



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**La prise en charge des personnes âgées dépendantes
en maison de retraite : de nécessaires évolutions ?**

– thème n° 22 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves

Animatrice : Dr Christine PIETTE

Sommaire

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS UTILISÉS	3
INTRODUCTION	4
ORGANISATION DU TRAVAIL ET MÉTHODOLOGIE	7
1 PREMIÈRE PARTIE : L'ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN MAISON DE RETRAITE.....	8
1.1 Une dépendance de plus en plus lourde de la population accueillie en maison de retraite.....	8
1.1.1 L'émergence du concept de dépendance.....	8
1.1.2 L'évolution de la population accueillie en maison de retraite	10
1.2 De la médicalisation à une meilleure prise en charge de la dépendance.....	12
1.2.1 L'hébergement, mission originelle des maisons de retraite.....	12
1.2.2 Les nouvelles missions des maisons de retraite.....	13
2 DEUXIÈME PARTIE : LES ORIENTATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	17
2.1 L'évolution de la prise en charge	17
2.1.1 La prise en compte des attentes de personnes âgées dépendantes en maison de retraite	17
2.1.2 La diversification des réponses institutionnelles	20
2.2 L'évolution de la place et du fonctionnement du secteur des maisons de retraite.....	23
2.2.1 L'ouverture des maisons de retraite.....	23
2.2.2 L'adaptation du cadre juridique des maisons de retraite	26
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	35
Annexe 1 : Entretiens effectués	35
Annexe 2 : Grille d'entretien	36

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS UTILISES

ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AGGIR	Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CODEM	Comité d'Observation et de la Dépendance de Médiation
CODERPA	Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées
COLERPA	Comité Local des Retraités et Personnes Agées
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
FNG	Fondation Nationale de Gérontologie
GIR	Groupes Iso-Ressources
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MAPA	Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SEPIA	Secteur Expérimental pour une Programmation Innovante de l'Habitat des Personnes Agées
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population française, comme celle de la plupart des pays développés, est un mouvement déjà engagé, et dont les décennies à venir verront le développement. Les 60 ans et plus, qui ne représentaient qu'un Français sur six en 1950, puis près d'un sur cinq en 1990, constitueront le tiers de la population en 2050.¹

Cette montée inéluctable du vieillissement de la population entraîne des conséquences :

- celle du financement des retraites : le rapport actifs/inactifs se dégrade et engendre un coût économique ;
- celle de la place des personnes âgées dans notre société : Il y a aujourd'hui une inadéquation entre l'importance démographique de la population âgée et les représentations sociales de celle-ci. Notre société a encore une image dévalorisée de la personne âgée qui renvoie à la maladie et à la mort. En effet, si la vieillesse a pu évoquer en d'autres temps la sagesse ou le temps libre, elle est malheureusement aujourd'hui trop souvent associée à l'idée de fragilité physique, psychologique ou sociale ;
- celle de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en termes de coût et de qualité.

La loi du 24 janvier 1997² définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière ».

Cette loi a fait l'objet de critiques, d'une part parce qu'elle restreint le champ de la dépendance à la population des personnes âgées, et d'autre part parce qu'elle ne s'attache pas aux causes de la dépendance, rendant difficile toute politique de prévention.

¹ Colin et Thomas, *La montée inéluctable du vieillissement : regard géographique* La revue de Gériatrie, Tome 21, n°3, mars 1996.

² Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, dite loi PSD (prestation spécifique dépendance).

Cette dépendance peut être de différentes natures. On distingue traditionnellement deux types de dépendance chez le sujet âgé :

- la dépendance physique qui se traduit par un besoin d'assistance pour pallier une déficience physique : besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, se déplacer...) ;
- la dépendance psychique qui se traduit par un besoin d'assistance et de surveillance pour pallier des troubles cognitifs ou comportementaux sévères.

Certains parlent aussi de dépendance sociale pour les personnes qui sont en situation d'exclusion ou d'isolement.

La dépendance ainsi définie, qui concerne un nombre croissant de personnes âgées, pose le problème de la prise en charge de cette population, caractérisée par un besoin d'aide. Cette prise en charge peut prendre différentes formes :

- *Le maintien à domicile*

Ce type de prise en charge est une réponse au souhait de la plupart des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible. L'aide à domicile a d'ailleurs été privilégiée par les pouvoirs publics ces dernières années : création de l'aide ménagère, développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pour soutenir les familles et compléter leur aide .

- *Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)*

Cette prise en charge est assurée par différents types de structures publiques ou privées : les unités de soins de longue durée, les foyers logements et les maisons de retraite. Notre étude se limite à la prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite.

Face à la montée de la dépendance et à son évolution, il nous apparaît nécessaire de s'interroger sur la prise en charge de la population concernée par les institutions que sont les maisons de retraite.

En effet, dans la mesure où la population française vieillit et où en conséquence le nombre de personnes âgées dépendantes augmente, la société doit mener une réflexion sur le devenir de ces personnes. Elle doit prendre en compte leur existence et leur donner une place, les enjeux étant d'ordre éthique, social et économique.

Il s'agit tout d'abord de reconnaître la personne âgée dépendante comme un être humain à part entière avec ses besoins et ses attentes, et qui, non seulement a un passé, mais aussi un avenir, même s'il est réduit. La maison de retraite doit ainsi lui garantir des conditions de vie respectant ses droits et sa dignité.

Ensuite, la personne âgée ne doit pas être considérée comme quelqu'un qui a vécu et qui est sorti de la société. Même dépendante, elle y a encore sa place. Elle constitue d'ailleurs une part non négligeable de l'électorat français. Elle est également un consommateur potentiel. L'entrée en maison de retraite ne doit donc pas avoir pour conséquence de mettre la personne âgée dépendante au banc de la cité, par exemple en construisant des bâtiments dans des lieux reculés.

Enfin, la prise en charge de cette population a un coût pour la société. Les pouvoirs publics doivent donc déterminer quelle part du budget ils sont prêts à consacrer à la prise en charge des anciens et qui supportera le poids du financement.

En tenant compte de ces enjeux, nous tenterons de répondre à la question suivante :
« la prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite doit-elle évoluer ? »

Notre hypothèse est que les maisons de retraite rencontrent des difficultés pour plusieurs raisons :

- parce que la dépendance des personnes âgées accueillies a évolué ;
- parce que la place de l'utilisateur dans ces établissements a également évolué ;
- parce que les moyens dont disposent les établissements ne semblent pas toujours adaptés aux nouveaux enjeux de leur prise en charge.

Dans une première partie, nous décrirons et nous analyserons la prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite aujourd'hui, puis en deuxième partie, nous tenterons de dégager les principales orientations pour améliorer cette prise en charge.

ORGANISATION DU TRAVAIL ET METHODOLOGIE

Constitué dans le cadre du module inter-professionnel, notre groupe de réflexion est composé de dix stagiaires/élèves provenant de six filières professionnelles différentes. La première semaine, nous nous sommes répartis en binômes inter-filières cinq axes de recherche bibliographique (aspects démographiques, dépendance et besoins, réformes et législation, maisons de retraite, perception et attentes des usagers). Nos recherches se sont orientées vers la base de données ENSP, le fond documentaire de la FNG (Fondation Nationale de Gérontologie) et nos documents personnels. Des rencontres régulières nous ont permis de formuler notre problématique et nos hypothèses. Ainsi, la grille d'entretien et l'ébauche d'un plan ont été finalisés dès la fin de la première semaine.

La deuxième semaine a été réservée aux 8 entretiens (annexe 1) qui ont donné lieu chacun à un compte-rendu, et à l'élaboration d'un plan détaillé définitif. Ces entretiens ont été réalisés en binômes reconstitués. Nous avons utilisé la méthode des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien à base commune (annexe 2) centrée sur 3 thèmes : la population accueillie, la place de l'utilisateur et les moyens des établissements.

La rédaction du document de synthèse a également été répartie en sous-groupes avec des réunions de bilan tous les 2 jours.

Nous avons été accompagnés dans notre démarche méthodologique par notre animatrice qui a participé à la plupart des réunions de groupe. Le fait que certains entretiens aient été prévus au préalable nous a fait gagner un temps précieux, et nous les avons complétés afin de répondre à l'orientation donnée à notre étude.

Notre principale difficulté a été de s'approprier rapidement un sujet qui ne nous était pas familier à tous, et pour lequel il existe une bibliographie abondante mais dispersée. Notre terrain d'investigation s'est limité au département d'Ille et Vilaine, sauf pour deux entretiens qui se sont déroulés respectivement à Paris et au Mans.

1 PREMIERE PARTIE : L'ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES EN MAISON DE RETRAITE

Après l'analyse des caractéristiques de la population des personnes âgées dépendantes, l'étude des structures les accueillant pourra être réalisée.

1.1 UNE DEPENDANCE DE PLUS EN PLUS LOURDE DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN MAISON DE RETRAITE

Avant d'étudier la population accueillie par les maisons de retraite, il est important de définir le concept de dépendance.

1.1.1 L'émergence du concept de dépendance

1.1.1.1 Définitions

Si la définition en vigueur actuellement est celle de la loi du 24 janvier 1997 qui définit la dépendance par le besoin d'aide nécessaire à l'accomplissement d'une tâche ou d'une activité, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), inspirée des travaux de Wood, propose une définition plus large de la dépendance, en distinguant trois concepts :

- la déficience :

elle correspond à « toute perte ou altération d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique » ;

- l'incapacité :

elle se définit par une « réduction de la capacité à effectuer une activité d'une façon et dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». Elle est souvent la conséquence d'une déficience ;

- le handicap :

il est défini comme un désavantage pour un individu résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal pour un être humain (compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels).

Albert Memmi³ définit la dépendance comme une « relation contraignante, plus ou moins acceptée avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réel ou irréel et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

La dépendance est cependant difficile à cerner. En effet, elle prend des aspects de plus en plus diversifiés. La dépendance des personnes âgées est fonction de l'isolement, des ressources financières, du sexe et de l'état de santé physique et psychique. Elle n'est donc pas un phénomène exclusivement médical.

La dépendance se distingue d'une autre notion, celle d'autonomie qui se définit ainsi : « C'est la capacité de choisir soi-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'ils entraînent. C'est une notion équivalente à celle de liberté. Malheureusement, un abus de langage habituel veut que l'on désigne par perte d'autonomie l'existence d'un besoin d'aide. Il y a donc une confusion entre autonomie et dépendance. Cet abus de langage ne doit pas, pour autant, faire perdre de vue que l'objectif de toute prise en charge gériatrique est le maintien de l'autonomie quel que soit l'état de dépendance. »⁴

1.1.1.2 Les outils d'évaluation de la dépendance

Afin d'adapter la prise en charge de la personne âgée par les maisons de retraite, il est nécessaire d'évaluer la dépendance de chaque résident. De nombreux outils ont été élaborés pour mesurer cette dépendance, dans des buts différents :

- adapter la prise en charge aux besoins des personnes âgées,
- évaluer la prise en charge de l'institution,
- évaluer la charge de travail du personnel,
- déterminer les possibilités d'octroi d'une aide financière.

La loi du 24 janvier 1997 a retenu comme outil de référence nationale la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources). Cette grille repose sur la mesure de dix variables discriminantes de la dépendance, comportant chacune trois domaines :

- fait seul, habituellement, correctement ;
- fait partiellement ;
- ne fait pas.

³ Memmi A. La dépendance. Paris : Guillemard, 1979.

⁴ O. Carissimo, E. Etienne, JM. Delille, C. Loison, Dépendance du sujet âgé : à évaluer chaque année, La revue du Praticien - Médecine Générale- Tome 13, n°481 du 13 décembre 1999, p. 259-261.

Cette classification a permis de définir 6 groupes iso-ressources (GIR) comprenant des personnes dont la dépendance nécessite des niveaux d'aide équivalents. Remplie par l'équipe soignante, la grille AGGIR doit faire l'objet d'une réévaluation régulière, car la dépendance évolue au cours du temps. La prise en charge de la personne âgée peut ainsi être adaptée à son niveau de dépendance.

1.1.2 L'évolution de la population accueillie en maison de retraite

La maison de retraite correspond à un des modes de prise en charge de la dépendance, face au vieillissement de la population, et à la diversité des formes de dépendance.

1.1.2.1 Les facteurs explicatifs du recul de l'âge d'entrée en maison de retraite

- L'âge et la dépendance⁵

Le tableau suivant présente l'évolution de la répartition de la population âgée de plus de 60 ans en France de 1975 à 2020.

	1975	1995	2020
Proportion de personnes âgées de plus de 60 ans	18,4 %	19,9 %	27 %

Cette projection démographique, réalisée sur la base des résultats du recensement de 1990, montre qu'à l'horizon 2020 les personnes âgées de plus de 60 ans représenteraient 27 % de la population, celles de plus de 75 ans 9,5 % et celles de plus de 85 ans un peu plus de 3 %.

D'après l'enquête HID (Handicap-Incapacité-Dépendance)⁵, les taux de prévalence de la dépendance lourde croissent très fortement avec l'âge : 1,7 % des personnes entre 65 et 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, ou ont besoin d'aide pour la toilette ou l'habillement. C'est le cas de 9 % des personnes de 80 ans, de 20 % de celles de 85 ans et de 35 % de celles de 90 ans. La diminution des décès liés aux maladies physiques a abouti à un accroissement des cas de démences séniles, en particulier de maladie d'Alzheimer. Les projections conduiraient à un doublement du nombre de cas de maladies d'Alzheimer entre 1990 et 2020.

Cependant, la population actuellement la plus âgée, même lorsqu'elle devient dépendante, désire tout autant que les personnes âgées du début du siècle continuer de vivre à son domicile ou chez un proche parent.

⁵ Badeyan G., Colin C. Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil, DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999.

- Les limites de la politique de maintien à domicile

En 1998, on estime que 87 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile. Cette estimation diminue à 73 % pour les personnes âgées de plus de 85 ans et plus⁵.

La politique d'aide à domicile vise le maintien de la personne âgée dans son milieu de vie initial, les équipes venant à elle. Des exonérations fiscales et de cotisations sociales existent pour l'emploi d'une tierce personne, complétées le cas échéant par une aide ménagère et/ou une aide aux repas. Cependant, 80% des personnes âgées dépendantes sont financièrement aidées par leurs familles⁶.

La politique d'aide au maintien à domicile souffre encore d'un manque d'organisation entre les différents intervenants (soins, courses, ménage, alimentation, divertissements). Ainsi aujourd'hui, il s'agit d'améliorer la politique de maintien à domicile et de conserver la diversité de l'offre, l'hébergement en maison de retraite devant être un complément ponctuel ou définitif au maintien à domicile lorsque celui-ci est compromis.

1.1.2.2 Montée de la dépendance de la population âgée en maison de retraite

L'âge d'entrée en établissement n'a cessé d'augmenter : fin 1998, il atteignait 79 ans en moyenne pour les hommes et 84 ans pour les femmes⁷. Près des trois quarts des personnes hébergées sont des femmes⁷. D'après les enquêtes HID de 1998 et EHPA (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées) de 1994, on estime que 9 % des personnes de 75 ans et plus, et 19 % de celles âgées de 85 ans et plus sont hébergées en maison de retraite⁵.

En maison de retraite et services de soins de longue durée, les taux de dépendance sont élevés : en 1998, selon l'enquête HID⁵, 62 % des résidents de 75 ans et plus étaient confinés au lit ou au fauteuil ou aidés pour la toilette ou l'habillage, et 20 % avaient besoin d'aide pour sortir de l'institution. Plus de la moitié (55 %) des résidents de 75 ans et plus étaient atteints de dépendance psychique et 48 % de dépendance cumulée (physique et psychique).

⁶ 80 % selon l'étude INSEE "France, portrait social", printemps 1999.

⁷ Morniche P. *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE Première, août 1999, n°669.

1.2 DE LA MEDICALISATION A UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

La prise en charge des personnes âgées a évolué et s'est diversifiée au cours du temps.

1.2.1 L'hébergement, mission originelle des maisons de retraite

Jusqu'au Moyen-Age, les infirmes et les vieillards étaient généralement pris en charge par leur famille, puis les œuvres de bienfaisance, dépendant le plus souvent de l'Eglise se sont développées, comme par exemple les Hôtels-Dieu ou les hospices. Les vieillards ne sont pas dissociés des autres types d'indigents. A partir de la Révolution, on commence à percevoir la notion de « devoir d'assistance de la société » aux vieillards nécessiteux.

Ce n'est que dans les années 1970 qu'émerge la prise en compte des besoins gérontologiques à travers la loi médico-sociale du 30 juin 1975. Cette loi prévoit la disparition des hospices pour le développement de structures d'accueil adaptées. Ce texte a également instauré une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Initialement prévue pour les handicapés, les personnes âgées dépendantes en ont finalement aussi bénéficié dans la pratique jusqu'à l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD).

L'appellation « maison de retraite » apparaît pour la première fois dans l'ordonnance du 18 décembre 1958 pour désigner les hospices qui accueillent seulement les vieillards. Le cinquième plan (1965-1969) accorde une priorité au maintien à domicile des personnes âgées. Les maisons de retraite ont été conçues pour « héberger » des personnes âgées ne souhaitant ou ne pouvant plus vivre à leur domicile. A part certaines personnes souffrant d'isolement et de solitude, la majorité des personnes âgées a toujours souhaité rester le plus longtemps possible à son domicile.

Dans les années 1970, les maisons de retraite ont commencé à accueillir des personnes âgées de plus de 75 ans et dans un état de dépendance ne leur permettant plus de demeurer chez elles. Dès lors, les maisons de retraite ont rapidement été confrontées au vieillissement de la population hébergée et à l'augmentation de son état de dépendance.

1.2.2 Les nouvelles missions des maisons de retraite

Avec l'évolution des besoins des personnes âgées, le secteur de l'hébergement a connu des évolutions sur le plan qualitatif pour faire face au problème de la dépendance physique et psychique : humanisation, médicalisation des structures, volonté de privilégier la qualité de vie des résidents.

1.2.2.1 L'humanisation des hospices

Depuis la condamnation de l'hospice par le rapport Laroque de 1962⁸, les pouvoirs publics ont eu pour objectif de transformer les établissements pour personnes âgées en de véritables lieux de vie.

L'humanisation du cadre de vie a débuté en 1974 avec la suppression des dortoirs et l'émergence des chambres individuelles, l'apparition du concept de substitut du domicile et l'amélioration des locaux collectifs.

L'humanisation des structures s'est développée dans les années 80 : promotion de formes diversifiées d'habitat favorisant l'autonomie des résidents, volonté d'inscrire l'établissement dans une démarche locale de projet permettant aux personnes âgées de vivre dans leur environnement social habituel.

La transformation juridique des hospices a été réalisée par la loi du 30 juin 1975 qui prévoyait leur remplacement soit par des établissements de santé relevant de la loi hospitalière du 31 décembre 1970⁹, soit par des établissements médico-sociaux régis par la loi de 1975. La grande majorité des hospices (75 %) a été transformée en établissements médico-sociaux, seuls 25 % des hospices sont devenus des structures sanitaires. En 1986, le programme MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) préconise le développement de petites structures de 80 lits en remplacement des structures V120 et V240 (structures de 120 et 240 lits).

Les maisons de retraite sont donc des institutions sociales ou médico-sociales, publiques ou privées, hébergeant des personnes âgées (loi de 1975). Elles comprennent également, au sens actuel du terme, les MAPAD, les MAPA (Maison d'Accueil pour Personnes Agées), les MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées) et les résidences pour personnes âgées.

⁸ Rapport Laroque, Politique de la vieillesse, Paris, La Documentation Française, 1962.

⁹ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

Il existe d'autres structures hébergeant des personnes âgées tels les logements foyers et les unités de soins de longue durée. Les logements foyers sont a priori destinés aux personnes valides. Gérés pour la plupart par les municipalités, par l'intermédiaire de leur Centre communal d'action sociale (CCAS), ils sont composés généralement de logements de type F1 ou F1 bis. Les unités de soins de longue durée (anciennement long séjour) correspondent à une prise en charge sanitaire répondant à des besoins médicaux constants.

L'adaptation des maisons de retraite à la prise en charge de sa nouvelle clientèle s'est faite progressivement : développement de la médicalisation, puis l'accent a été mis sur la qualité de vie en institution (mise en place de projets de vie).

1.2.2.2 La médicalisation des structures

Au début des années 70, suite à la réforme hospitalière, une priorité a été donnée à la réalisation d'unités normalisées très médicalisées de type V ("vieux")¹⁰. Il y a ainsi eu un mouvement de médicalisation intensive des unités hospitalières hébergeant des personnes âgées.

Plus tard, avec le nombre croissant de personnes âgées dépendantes accueillies en établissement social, la médicalisation est devenue nécessaire pour adapter ces structures à la prise en charge de leur nouvelle clientèle. Le décret du 22 novembre 1977 a autorisé les établissements sociaux et médico-sociaux régis par la loi de 1975 à se doter de lits de section de cure médicale, plus adaptés aux pensionnaires dépendants dont l'état de santé nécessitait une surveillance médicale.

Les maisons de retraite sont devenues des établissements médicalisés, perdant ainsi leur mission originelle d'établissement d'hébergement. Ces sections de cure médicale ont pour objectif « *l'hébergement et la surveillance médicale que nécessite l'état des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale et des soins paramédicaux.* »¹¹

La médicalisation des maisons de retraite a consisté en l'octroi d'un forfait de soins particulier devant permettre l'adaptation de la prise en charge en termes de moyens matériels et humains : lits médicalisés, présence de personnel soignant en nombre plus important. Un plan pluriannuel de médicalisation a permis la création et le financement entre

¹⁰ Bellanger M. Analyse de processus de décision l'exemple de l'hébergement pour personnes âgées de 1960 à 1990 ENSP 1996, p. 193.

¹¹ Décret du 22 novembre 1977.

1991 et 1993 de nombreuses places de section de cure médicale et de services de soins de longue durée ¹². A cette même époque se développent l'accueil temporaire et l'accueil de jour permettant de soulager les aidants.

La loi sociale de 1975 a marqué l'autonomie du régime juridique applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux par rapport à celui qui régissait les établissements hospitaliers. La loi sociale et la loi hospitalière avaient un objectif commun : partant de l'idée que la vieillesse n'est pas une maladie, il convenait de sortir les établissements hébergeant des personnes âgées du système hospitalier et de les ranger dans la catégorie des établissements et services relevant du secteur social et médico-social.

De plus, la loi sociale n'a pas seulement permis la constitution d'un secteur social autonome du secteur hospitalier, mais elle y a introduit la prise en charge des soins avec l'émergence du médico-social, compte tenu du nombre croissant des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement. La médicalisation des maisons de retraite a donc permis d'atténuer la séparation entre le sanitaire et le social.

Néanmoins, la médicalisation importante des maisons de retraite s'est révélée insuffisante pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cette médicalisation était parfois en contradiction avec l'humanisation des hospices souhaitée par la réforme de 1970.

1.2.2.3 La volonté de privilégier la qualité de vie des résidents

La "surmédicalisation" des maisons de retraite a parfois conduit à les rapprocher des établissements de santé hébergeant des personnes âgées, niant ainsi leur transformation en de véritables lieux de vie.

La prise de conscience que la maison de retraite est avant tout un lieu de vie apparaît avec le développement du secteur commercial qui fait ressortir l'importance de la qualité hôtelière. L'accent a alors été mis sur l'élaboration de projets de vie et de réponses architecturales adaptées, l'intégration de l'établissement dans son environnement et l'ouverture à l'extérieur, le renforcement quantitatif et qualitatif du personnel.

Le programme interministériel SEPIA¹³, était inspiré en 1989 par une volonté de fondre les établissements pour personnes âgées dans l'environnement de la ville permettant ainsi la proximité d'autres services et activités de la commune. Ce programme insistait déjà

¹² Anghelou, *Gérontologie et société*, 1995, n°73.

¹³ Secteur Expérimental pour une Programmation Innovante de l'habitat des personnes Agées.

sur la qualité architecturale des structures d'hébergement et sur la qualité de la prise en charge.

Dans les années 90, les maisons de retraite ont été confrontées à l'accueil d'une population croissante de personnes âgées atteintes de diverses formes de démence à des stades différents. La réflexion sur l'adaptation de la prise en charge s'est donc également portée sur ce type particulier de population. De nombreux établissements ont vu naître en leur sein des unités de petite taille, spécialisées pour accueillir des personnes âgées désorientées qui requièrent une prise en charge particulière : adaptation des locaux à une surveillance permanente tout en conservant une liberté aux résidents, travail de la mémoire, suivi médical de la dépendance psychique (traitement chimique ou suivi psychiatrique).

La législation actuelle va dans la continuité de cette volonté de privilégier la qualité de vie des résidents. En 1997, paraît la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes. L'arrêté du 26 avril 1999¹⁴ incite les établissements hébergeant des personnes âgées à entrer dans une démarche qualité, en se fixant des objectifs et les moyens pour y parvenir.

Les perspectives actuelles d'amélioration tendent vers une prise en charge individualisée de la personne âgée dépendante avec la mise en place du volet qualité de la réforme de la tarification en 1999 et la prise en compte de la dépendance dans la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Après avoir pensé la dépendance des personnes âgées en terme de réponse purement médicale, on semble s'orienter vers la recherche d'une réponse en terme de qualité de vie. Le défi actuel des maisons de retraite est donc d'offrir une qualité de vie à ses résidents âgés et très dépendants. Il s'agit d'améliorer les espaces privés et collectifs, la compétence du personnel, et de respecter les droits fondamentaux de la personne, par référence à des normes législatives.

La rénovation de la loi de 1975 qui semble être la prochaine étape devrait prendre des dispositions relatives aux droits des usagers.

¹⁴ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

2 DEUXIEME PARTIE : LES ORIENTATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Les maisons de retraite essaient d'adapter leur offre à la population accueillie en proposant de nouvelles formes de prise en charge. Mais ces évolutions doivent s'accompagner d'une réflexion plus large sur la place et le fonctionnement du secteur des maisons de retraite.

2.1 L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE

Les personnes âgées dépendantes et leur famille étant de plus en plus exigeantes envers les maisons de retraite, ces dernières ont dû prendre en compte leurs attentes et diversifier leurs réponses.

2.1.1 La prise en compte des attentes de personnes âgées dépendantes en maison de retraite

Les revendications de plus en plus fortes des usagers se situant dans un secteur concurrentiel, les personnes âgées deviennent de véritables "clients". Une réflexion sur la qualité et l'évaluation des prestations est donc entreprise par les maisons de retraite.

2.1.1.1 Une montée de la place de l'utilisateur à renforcer

L'implication des usagers dans les orientations et les décisions en matière de santé publique et au sein des établissements est de plus en plus présente et s'amplifiera très probablement à l'avenir. Leur présence au sein des conseils d'établissement et des conseils d'administration a été instaurée par la loi de 1975 modifiée respectivement en 1985 et 1986¹⁵.

La montée de l'expression des usagers et la prise en compte de leurs revendications ont été signalées par tous nos interlocuteurs : Conseil Général, maisons de retraite et associations. La place de l'utilisateur ne peut plus être seulement passive, celui-ci devient acteur et revendique sa participation aux décisions de santé. Les usagers se regroupent en associations permettant d'identifier des interlocuteurs nécessaires aux réflexions sur la prise

¹⁵ Brami G. *Faire entrer officiellement les droits et libertés des résidents dans les établissements d'hébergement*. *Gestions Hospitalières*, 1996, août-septembre, :p. 534-536.

en charge des personnes âgées. Ces associations peuvent également être un soutien pour les usagers et leur famille.

En pratique, des difficultés sont toutefois observées dans l'expression des attentes des usagers. Par exemple, leur participation aux conseils d'administration est souvent freinée par une incompréhension partielle des réunions et par une attitude effacée limitant leurs interventions¹⁶.

Le personnel de l'établissement peut aussi percevoir les revendications des usagers comme excessives et inadaptées. Les personnes âgées dépendantes et leurs familles, de leur côté, hésitent parfois à solliciter les équipes de peur de passer pour trop exigeantes. Il en ressort la nécessité de développer la communication entre les différents interlocuteurs afin de limiter les malentendus, de mieux faire comprendre les attentes et les contraintes des uns et des autres, et de mener un travail en partenariat entre personnels et familles au service des usagers.

Dans une démarche de personnalisation, l'implication des personnes âgées dépendantes et des familles dans l'élaboration et la réalisation du projet de vie est à développer. Ainsi, les rythmes de vie et le choix des activités devraient respecter, dans la mesure du possible, les vœux des résidents et la charte des personnes âgées dépendantes. Un fonctionnement sur la base de la concertation permettrait davantage d'être au plus près des besoins des usagers.

2.1.1.2 Le secteur concurrentiel

La maison de retraite, qu'elle soit privée ou publique, se situe parmi d'autres possibilités de prise en charge et évoluera en fonction du contexte général. Les missions et possibilités des EHPAD, des unités de soins de longue durée et des soins ambulatoires sont à redéfinir¹⁷.

Par exemple, les personnes âgées manifestant globalement une volonté de rester le plus longtemps possible à domicile, les soins et autres aides à domicile doivent s'adapter à une demande croissante. Ces services à domicile vont devoir faire face à des situations de plus en plus lourdes, dans la mesure où ils prennent en charge des personnes de plus en plus dépendantes.

¹⁶ Entretien avec une assistante sociale de l'association France Alzheimer.

¹⁷ Desmay D. *Une architecture pour personnes âgées dépendantes*. Techniques hospitalières, 2000, 649, p. 61-64.

Il existe également une concurrence entre certaines maisons de retraite et certains services hospitaliers de soins de longue durée qui parfois accueillent la même population. Une complémentarité devrait plutôt s'instaurer entre ces structures : les maisons de retraite prendraient en charge des personnes dépendantes physiques et psychiques, tandis que les personnes requérant des soins médicaux et techniques lourds seraient maintenues dans des structures hospitalières. Il faudrait alors pouvoir définir le niveau de soins nécessitant une prise en charge hospitalière¹⁸.

La concurrence entre les structures doit tenir compte du fait qu'une partie des frais est à la charge de l'utilisateur. La moindre augmentation étant supportée par la personne âgée dépendante, les marges de manœuvre de l'établissement sont limitées. Dans certains départements¹⁹, il semble que les plus démunis sont admis plutôt dans le service public, tandis que les personnes plus aisées s'orientent vers le secteur privé à but lucratif.

2.1.1.3 La réflexion sur la qualité et l'évaluation

L'utilisateur finançant une partie des frais, une relation commerciale s'instaure entre celui-ci et la structure d'accueil. Il se place en client et devient plus exigeant sur la qualité des services proposés.

Au cours des entretiens aussi bien que dans les articles consultés, la qualité est tout d'abord associée au projet de vie. Ce dernier doit tenir compte de la personne dans sa globalité et dans son entourage, avec ses besoins et ses désirs. Il s'agit d'une adaptation de la prise en charge de la personne en fonction des possibilités de l'établissement. Le projet de vie doit être élaboré et réalisé en partenariat avec l'utilisateur, la famille et le personnel de l'établissement, et être réévalué régulièrement en fonction de l'évolution de la personne²⁰. Il s'élabore dès l'accueil en accord avec les souhaits exprimés par l'utilisateur et sa famille. Il est important d'associer l'ensemble des équipes lors de l'élaboration du projet de vie²¹, en effet, « *le personnel doit prodiguer des soins de qualité, tout en trouvant une satisfaction dans sa pratique quotidienne* »²².

¹⁸ Vetel, Salom, Dourthe, *Avenir des soins de longue durée, avenir des filières de soins : un lien indissociable*. Techniques hospitalières, 649, p. 49-51.

¹⁹ Entretien avec le médecin chargé de la mission santé adultes du Conseil Général d'Ille et Vilaine.

²⁰ Martin JR. *Soins et maltraitance en institution gériatrique : quels projets pour une meilleure qualité de vie ?* Techniques Hospitalières, 649, p. 79-82.

²¹ Entretien avec le directeur de la maison de retraite des Champs Manceaux du CCAS de Rennes .

²² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Adaptation des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes en vue d'une amélioration de la qualité de vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle, 1999.

Une formation spécifique est nécessaire au personnel. Comme le précise une directrice de maison de retraite²³ : « *il faudrait développer une profession spécifique aux maisons de retraite prenant en compte les compétences d'aide soignante, d'auxiliaire médico-psychologique, d'animatrice et d'accompagnement de fin de vie... Il faudrait développer des formations concernant la prise en charge de la désorientation, et l'accompagnement de fin de vie* ».

Un référentiel national²⁴ et des référentiels locaux (notamment en Ille et Vilaine) viennent d'être élaborés pour évaluer la qualité des établissements. Il paraît important de pouvoir, en complément, mettre en place des dispositifs de satisfaction des usagers, malgré les limites de l'appréciation par des personnes démentes²⁵.

Les actions engagées par les établissements dans cette recherche d'une offre de qualité, restent encore insuffisantes.

2.1.2 La diversification des réponses institutionnelles

Les réponses aux besoins de la personne âgée dépendante sont multiples. Diverses solutions émergent mais sont encore à développer. Ainsi, plusieurs modes de prise en charge plus spécifiques sont envisagés.

2.1.2.1 Les unités géronto-psychiatriques

Les unités géronto-psychiatriques, appelées habituellement « CANTOU »²⁶, accueillent des personnes désorientées nécessitant un cadre sécurisé. La population concernée est essentiellement constituée de personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Elles sont encadrées par un personnel spécifique et sur un même site rassemblant des lieux de vie différents (chambres, salles à manger, salles d'activités). Les activités sont personnalisées de façon à préserver l'autonomie et à maintenir des repères, autant que possible, en s'adaptant à l'évolution de l'individu. Une critique fréquemment mentionnée est le manque de relations sociales entre ces unités et les unités « ouvertes ».

²³ Entretien avec la directrice de la maison de retraite de Saint-Cyr à Rennes.

²⁴ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide d'accompagnement ANGELIQUE, 2000.

²⁵ Henrard JC. Ankri J. Grand âge et santé publique. Editions ENSP, Rennes, 1999, p. 96-98.

²⁶ Centre d'Animation Naturelle Tournée vers les Occupations Utiles.

2.1.2.2 L'hébergement temporaire, l'accueil de jour, l'accueil de nuit

L'hébergement temporaire pendant quelques semaines ou quelques mois présente plusieurs avantages favorisant son développement ultérieur. Il permet aux personnes âgées d'être entourées pendant un certain temps lorsque leur famille ne peut les prendre en charge (périodes de vacances, soucis personnels...). Les personnes âgées vivant essentiellement à domicile, la population concernée par cette prise en charge spécifique est importante.

L'hébergement temporaire permet également aux personnes de vivre un certain temps dans un établissement avant de choisir d'y rester définitivement. La demande est importante et nécessite une augmentation du nombre de structures proposant ce type d'accueil.

L'accueil de jour ensuite permet de reculer l'entrée définitive en institution, et de décharger les familles ne pouvant faire face à la présence permanente de leurs proches mais assurant un maintien à domicile partiel. Il s'agit d'une structure d'alternative à l'hébergement continu. « Le soin porte alors davantage sur une appréhension globale du patient dans son milieu, les enjeux étant tout à la fois de soutenir le patient avec des handicaps et une dépendance trop lourde pour être supportée seule par l'entourage et de pouvoir instaurer un accompagnement rapproché de l'ensemble familial »²⁷.

Le développement des accueils de nuit correspond à une solution efficace en vue de soulager les familles. L'accueil de nuit permet notamment de retarder l'entrée définitive en établissement.

2.1.2.3 La spécialisation des établissements

Divers types d'établissements coexistent, certains spécialisés, d'autres offrant dans une même structure des prises en charge différentes. L'aspect traumatisant du changement du lieu d'hébergement de la personne âgée et les répercussions sur sa désorientation sont reconnus. Il est donc souhaitable, pour les usagers ainsi que leur famille, de les déplacer le moins possible, afin qu'ils gardent leurs repères et qu'un suivi puisse se faire dans de bonnes conditions.

Le développement des établissements polyvalents (par exemple proposant à la fois un hébergement classique de la population valide, un hébergement plus adapté pour la population dépendante et des unités géro-psycho-geriatriques), permet, sur un même site, l'adaptation de l'offre à l'évolution des besoins des usagers. Ainsi, par exemple, une

²⁷ Ollivet C. *Les centres d'accueil de jour, attentes réalistes et irréalistes des familles*. *La revue de gériatrie*, 1999, 24, p. 711-716.

personne atteinte d'Alzheimer peut bénéficier d'activités adaptées, et si des fugues surviennent, elle peut changer de chambre sans changer d'établissement pour être admise dans un service sécurisé.

2.1.2.4 La diversité des populations à l'intérieur des établissements

Au sein des services, la question de la mixité des populations au sein des maisons de retraite se pose. L'intégration par exemple des personnes atteintes de démence de type Alzheimer ou d'handicapés physiques est ainsi d'actualité. La cohabitation de populations orientée et désorientée peut avoir pour objectif l'amélioration de l'état des personnes désorientées.

Cependant, les risques encourus sont la détérioration de la personne non dépendante et les difficultés relationnelles qu'une telle cohabitation implique. La prise en charge des personnes difficiles comme certains déments violents, nécessite une mise à l'écart par souci de sécurité et de tranquillité des autres résidents. L'établissement doit donc ajuster son offre à la diversité de la population et ses degrés de dépendance.

2.1.2.5 L'adaptation de l'architecture

La tendance actuelle de la maison de retraite « idéale » serait non plus de gros établissements, mais plutôt de petites unités de vie de 8 à 12 personnes autour d'un personnel formé. Cette organisation favorise l'aspect familial et convivial du lieu de vie, une meilleure connaissance des résidents par le personnel et un meilleur suivi. Les résidents doivent également avoir la possibilité d'apporter leurs meubles et objets personnels afin de familiariser leur lieu de vie. Toutefois, ces unités sont très consommatrices de personnel.

Une autre évolution porte sur l'adaptation de l'architecture à la dépendance²⁸. Les maisons de retraite doivent s'intégrer dans leur bassin d'habitation, être accueillantes et chaleureuses, donc être munies de lieux de rencontre agréables (jardin, salle de jeux...). Elles doivent être fonctionnelles et faciliter l'autonomie de déplacement (adaptées aux fauteuils roulants, sans longs couloirs). Idéalement, elles devraient être de plein pied, sinon munies de plusieurs ascenseurs et de locaux à chaque étage pour le personnel.

²⁸ Desmay D. *Une architecture pour personnes âgées dépendantes*. Techniques hospitalières, 2000, 649, p. 61-64

2.2 L'EVOLUTION DE LA PLACE ET DU FONCTIONNEMENT DU SECTEUR DES MAISONS DE RETRAITE

L'évolution des maisons de retraite concernant les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes ne suffit pas. Ces structures doivent également trouver leur place dans la société en s'ouvrant sur l'extérieur et en adaptant leur cadre juridique, toujours dans l'objectif d'une prise en charge personnalisée de la dépendance.

2.2.1 L'ouverture des maisons de retraite

L'ouverture des maisons de retraite sur l'extérieur est réalisée par plusieurs moyens : l'ouverture sur la ville, la présence de médecins coordinateurs, la mise en place de réseaux et des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

2.2.1.1 Une ouverture sur l'extérieur à renforcer

Les maisons de retraite s'ouvrent de plus en plus sur l'extérieur. En effet, il est très important pour une personne âgée dépendante de rester dans l'environnement dans lequel elle a tissé ses liens, et à défaut de ne pas être isolée du monde. C'est en créant des conditions de vie se rapprochant le plus du domicile, en créant des liens avec l'environnement extérieur, que l'on peut favoriser l'insertion des résidents dans les secteurs de la vie en société. Différents exemples mettent en évidence cette évolution :

- l'intervention de personnes extérieures

Les professionnels qui interviennent auprès des résidents constituent un lien avec l'extérieur. Par exemple, dans la maison de retraite des Champs Manceaux du CCAS de Rennes, chaque personne âgée conserve son médecin généraliste après son entrée dans l'institution. Ainsi, on compte 56 médecins libéraux pour 80 résidents.

Les bénévoles qui viennent faire de l'animation dans la maison de retraite sont également un lien avec le monde extérieur pour les personnes âgées, de même que la famille lorsqu'elle s'investit.

- l'animation

Les maisons de retraite tentent de développer en général l'animation. Des sorties sont organisées dans la mesure du possible selon l'état de dépendance (marchés, visites...). Des spectacles et des fêtes ont lieu pour les grandes occasions.

- le rapprochement des structures

Quelques exemples novateurs de la part des maisons de retraite traduisent une volonté de mélange des générations. Dans le Centre Hospitalier du Havre, le restaurant de l'une des maisons de retraite accueille les élèves de l'école voisine qui devait restructurer sa cantine. Le Centre gérontologique de Nîmes a créé en son sein un arboretum qui est régulièrement visité par les écoles.

2.2.1.2 La présence du médecin coordonnateur

La création du médecin coordonnateur est un des piliers de la réforme de la tarification. Son rôle est décrit dans l'annexe de l'arrêté du 26 avril 1999²⁹ : il participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet de soins, organise la permanence des soins, donne un avis permettant l'adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge par l'institution à un moment donné.

Le médecin coordonnateur est désigné par le directeur de la maison de retraite. Il assure une coordination avec les prestataires de soins externes à l'institution (professionnels libéraux, établissements de santé, secteur psychiatrique, SSIAD...). Aujourd'hui, peu d'établissements disposent déjà d'un médecin coordonnateur. Cependant, sa présence est amenée à se généraliser avec la mise en place progressive de la réforme de la tarification. En effet, l'existence d'un médecin coordonnateur est une des conditions pour la signature des conventions tripartites.

2.2.1.3 Les réseaux gérontologiques

Les maisons de retraite doivent s'intégrer dans des réseaux gérontologiques. Ces réseaux ont pour objectif d'orienter la personne âgée vers la prise en charge la mieux adaptée à son état de dépendance, en prolongeant le maintien à domicile tant qu'il est possible, et en préparant l'entrée dans la maison de retraite, afin qu'elle ne soit pas faite dans l'urgence.

La mise en place de réseaux gérontologiques est d'ailleurs préconisée par le rapport Guinchard-Kunstler de septembre 1999³⁰, qui prévoit un réseau au niveau du « bassin de vie » entre le secteur de maintien à domicile, l'hébergement collectif et l'hôpital, et un échelon départemental de coordination.

²⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales 99-316 du 26 avril 1999.

³⁰ Rapport « Vieillir en France » de Paulette Guinchard-Kunstler de septembre 1999.

Les réseaux ont été définis d'une manière générale par la circulaire du 25 novembre 1999³¹ et par la Coordination nationale des réseaux comme constituant « à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté ».

Par exemple, à Rennes, il existe un relais local entre les acteurs qui gravitent autour de la personne âgée (le CHU, les maisons de retraite, le maintien à domicile, les professionnels libéraux) : le Comité d'observation de la dépendance et de médiation (CODEM). Mais aujourd'hui la coordination est encore difficile. En effet, la mise en place de ces réseaux pose des problèmes en termes de financement et de mise en commun de cultures professionnelles différentes.

2.2.1.4 Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Suite aux propositions du rapport Guinchard-Kunstler, la circulaire du 6 juin 2000³² renforce les possibilités des maisons de retraite de travailler en partenariat grâce à la création de CLIC. Ces structures visent à « mieux répondre notamment aux besoins de la personne âgée dépendante en réunissant autour d'elle l'information, les moyens, et surtout les services lui permettant de rester chez elle. Cette coordination doit être articulée avec une estimation des besoins de la personne et avec un recensement de l'offre en termes de services, de places, de formation. (...)»

L'objectif est d'aboutir au maillage, sur le territoire national, de CLIC ouverts principalement aux personnes âgées et à leur entourage, sans considération de niveaux de revenus ni de critères de santé ou de dépendance »³³.

Une enveloppe de 12,5 millions de francs de l'Assurance Maladie est allouée à l'expérimentation de 25 CLIC sur des sites pilotes sur l'année 2000.

Un plan pluriannuel 2001-2005 est prévu pour la création d'un réseau national d'information et d'aide de proximité correctement implanté et clairement identifié par les usagers.

³¹ Circulaire n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux : « Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient et à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé, et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. »

³² Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC.

³³ Cahier des charges en annexe 2 de la circulaire du 6 juin 2000.

2.2.2 L'adaptation du cadre juridique des maisons de retraite

La réforme de la tarification envisagée par les pouvoirs publics a pour objectif d'adapter les tarifs des maisons de retraite à la dépendance des personnes âgées, avec notamment une "aide personnalisée à l'autonomie". Les rigidités dans le mode de financement des maisons de retraite constituent des freins majeurs au changement. Par ailleurs, la question de l'accueil des personnes handicapées de plus de 60 ans demeure sans solution. Pour toutes ces raisons, il importe de redéfinir les missions des différentes institutions du secteur sanitaire et social et médico-social.

2.2.2.1 La réforme de la tarification

Les maisons de retraite, rebaptisées Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) par la loi du 24 janvier 1997³⁴, doivent conclure une convention tripartite avec l'Assurance Maladie et le Conseil Général qui définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier et sur le plan de la qualité de la prise en charge et des soins.

La réforme de la tarification prévoit que les EHPAD seront financés par trois tarifs³⁵ :

- **un tarif journalier afférent à l'hébergement**, à la charge de la personne accueillie ou à défaut par l'aide sociale (prix de journée fixé par le département) ;
- **un tarif journalier afférent à la dépendance** évaluée par l'équipe médico-sociale de l'établissement, à la charge des résidents et à défaut de la PSD ;
- **un tarif journalier afférent aux soins** (forfaits de soins ou de santé fixé au niveau national par l'Assurance Maladie).

Avec cette nouvelle réforme, la tarification des soins de santé et de la dépendance sera fonction non plus de la nature juridique du lit proposé par l'établissement d'accueil, mais du degré de dépendance de la personne hébergée.

³⁴ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote d'une loi instituant une prestation autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

³⁵ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

2.2.2.2 De la PSD à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA)

Plusieurs études ont révélé les limites de la PSD actuelle^{36,37}. Les différences des montants d'un département à l'autre créent des inégalités entre des personnes ayant des besoins identiques. Certains critiquent le plafond de ressources qui est trop bas, ainsi que le niveau de dépendance à partir duquel la PSD n'est plus versée (GIR 4).

Il est donc envisagé de transformer la PSD en APA selon les principes suivants³⁶ :

- un accès plus largement ouvert (prestation non réservée aux cas de dépendance les plus lourds)
- une prestation individualisée : détermination des montants en fonction du seul degré de dépendance
- participation de la personne fixée au niveau national suivant un barème prenant en compte ses ressources
- contribution de l'Etat pour le financement.

2.2.2.3 La question du financement

La réforme de la tarification ne pourra réellement améliorer la situation des EHPAD que si elle s'accompagne d'une augmentation des moyens financiers mis à leur disposition. Or les frais liés à l'hébergement et à la dépendance sont toujours à la charge de l'utilisateur, ce qui limite les possibilités d'augmenter les ressources des maisons de retraite.

Pour résoudre cette difficulté, certains ont émis l'hypothèse de la création d'un « cinquième risque » qui consisterait à faire supporter une partie de la charge financière de la dépendance par l'Assurance Maladie (branche maladie ou vieillesse). Un rapport de la mission IGAS évoque la mise en place d'une assurance dépendance. Mais cette solution reste encore largement controversée, dans la mesure où elle supprimerait les conditions de ressources, où elle poserait la question de l'articulation entre l'aide sociale et la sécurité sociale, et où la contribution pèserait sur les salariés. La France ne semble donc pas prête à suivre cette voie, par opposition à des pays comme l'Allemagne.

2.2.2.4 La place des personnes handicapées

La réforme de la tarification ne résout pas le problème des personnes handicapées vieillissantes. En effet, à leurs soixante ans, elles passent de l'allocation compensatrice pour

³⁶ Sueur J.P. Rapport sur L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité, rendu public le 15 mai 2000.

³⁷ COMITE DE VIGILANCE DE LA PSD. Le Livre Noir de la PSD, adressé Mme la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, juin 1998.

tierce personne (ACTP) à la PSD qui est moins élevée, ce qui crée une scission entre handicapés jeunes et vieux.

Leur accueil en institution pose également des difficultés dans la mesure où, à soixante ans, les personnes handicapées doivent intégrer les EHPAD qui disposent de moyens beaucoup moins importants, alors que leur handicap, lui, n'a pas évolué au cours la nuit de leur soixantième anniversaire.

2.2.2.5 La séparation du sanitaire et du social

Aujourd'hui, les maisons de retraite hébergent des personnes âgées qui requièrent des soins médicaux et techniques parfois importants. Or, elles ne peuvent pas y faire face, malgré les sections de cure médicale, faute de personnels et de moyens suffisants. L'idée est donc que les EHPAD accueillent les personnes âgées quelle que soit leur dépendance (du GIR 1 au GIR 6), tant que leur état de santé est stabilisé. L'hôpital intervient lorsque leur état de santé se dégrade.

Dans cette optique, la réforme de la tarification conduit à séparer le sanitaire du social. La question de la pérennité des unités de soins de longue durée, dont la loi du 24 janvier 1997 avait prévu une redéfinition, se pose alors. En effet, l'hôpital accueillerait les personnes dont l'état de santé s'est dégradé en court séjour gériatrique ou en soins de suite.

La difficulté est de déterminer la frontière entre la dépendance et la nécessité de soins médicaux et techniques, car des personnes pourraient se trouver dans une situation intermédiaire et ne sauraient pas vers quelle structure s'orienter. Si la grille AGGIR permet uniquement de déterminer le niveau de dépendance des personnes âgées, l'outil PATHOS a été proposé pour évaluer le besoin en soins médicaux et techniques. Il serait utilisé dans ce cas comme indicateur de médicalisation d'une prise en charge et pourrait aider aux décisions d'orientation vers une unité de soins.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite pose de nombreuses questions, la notion même de dépendance s'avérant des plus complexes. D'indéniables évolutions ont d'ores et déjà modifié l'image ainsi que les missions de la maison de retraite. Celle-ci doit ainsi tenir compte des attentes de la personne et s'adapter non seulement au degré de dépendance de chaque individu, mais aussi à l'évolution de son état. La diversité des modalités de prise en charge constitue une des réponses à ces enjeux.

La maison de retraite doit s'adapter tant sur un plan structurel que sur un plan humain. Ainsi, la personne âgée dépendante doit être perçue et traitée comme un individu à part entière, qui a des droits et des désirs.

De la même façon, la maison de retraite de demain est sans doute avant tout un « lieu de vie » permettant aussi à la personne âgée dépendante dans l'impossibilité de se maintenir à domicile de conserver une vie digne et de rester active le plus possible. Pour cette raison, l'ouverture de la maison de retraite sur son environnement, notamment par le biais d'échanges entre générations, est essentielle.

Même si les acteurs ont conscience que la qualité n'est pas qu'une question de moyens supplémentaires, l'enjeu de l'évolution vers la maison de retraite « idéale » est en partie lié à son financement. En effet, améliorer l'habitat, les activités ou encore la formation a un coût que ne peut pas forcément supporter l'utilisateur. Le défi auquel sont confrontés les pouvoirs publics est donc de trouver une solution à ce dilemme. Par ailleurs, d'autres difficultés émergent, comme le sort des personnes handicapées de plus de soixante ans.

Mais étant avant tout la traduction d'un choix de société, l'avenir de la prise en charge des personnes âgées dépendantes reste flou et se doit de mobiliser de nombreux acteurs du champ sanitaire et social, avec pour seul objectif la volonté d'améliorer le quotidien de la personne.

BIBLIOGRAPHIE

Références juridiques

CODE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE - titre 5 : des établissements hébergeant des personnes âgées, des adultes infirmes, des indigents valides et des personnes accueillies en vue de leur insertion sociale.

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Décret du 22 novembre 1977 relatif à la création des sections de cure médicale.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire n° DAS/RV2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins.

Projet de réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, 2000 (disponible sur le site internet du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité).

Documents et rapports officiels

Rapport Laroque, Politique de la vieillesse, Paris, La Documentation Française, 1962.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE / SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE, FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE , Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Paris, éditions Sicom, 1999.

GUINCHARD-KUNSTLER P. Rapport à monsieur le Premier Ministre, Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et plus solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie, 1999.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La santé en France, septembre 1998 .

Etude INSEE *France, portrait social*, printemps 1999.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Adaptation des établissements d'hébergement pour les personnes âgées en vue d'une amélioration de la qualité de la vie des résidents présentant une détérioration intellectuelle, 1999.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE (Rapport THIERRY), Une société pour tous les âges, 1998.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Améliorer la qualité en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Guide d'accompagnement ANGELIQUE, 2000.

SUEUR J.P. Rapport sur L'aide personnalisée à l'autonomie : un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité, rendu public le 15 mai 2000.

Ouvrages

ALBOU P. L'image des personnes âgées à travers l'histoire, Paris, Glyphe et Biotem Editions, 1999.

COMITE DE VIGILANCE DE LA PSD Le Livre Noir de la PSD, adressé Mme la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, juin 1998.

HENRARD J.C., ANKRI J. Grand âge et santé publique, Rennes, Editions ENSP, 1999, P. 96-98.

HOLSTENSSON L., RIOUFOL Marie-Odile Besoins affectifs et sexualité des personnes âgées en institution, Collection Formation et pratique de l'aide soignant, Paris, éditions Masson, 2000.

MEMMI A. La dépendance, Paris, 1979.

VERCAUTEREN R. (sous la direction de), PREDAZZI M., LORIAUX M., FERNANDO M., Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées, Ramonville St-Agne, Editions Erès, 2000.

Revue et périodiques

ADEHPA *Journées d'études de l'ADEHPA (Paris 8 juin 2000)*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 33-36.

ALBRAND G. *De la maladie vers la dépendance. Evolution de la personne âgée dépendante*, La revue de gériatrie, Tome 23, n° 5, mai 1998.

ALIAGA C., NEISS N.- DREES - *Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution*, Etudes et résultats, n° 35, octobre 1999.

ANGHELOU, Gérontologie et société, 1995, n°73.

ANKRI J. *Le système de prise en charge des personnes âgées malades et handicapées : une comparaison européenne, la France*, Gérontologie, n° 113, p. 20-26.

ARVIEU J.J. *Les structures de jour, nouveau mode de prise en soin des malades déments*, La Revue de Gériatrie, Tome 24, n° 9, novembre 1999, p. 699.

BADEYAN G., COLIN C. *Les personnes âgées dans les années 90, perspectives démographiques, santé et modes d'accueil*, DREES, Etudes et résultats, n° 40, novembre 1999.

BEAUFILS B., PAICHELER H. *La dépendance des personnes âgées : que mesure-t-on exactement ?* Santé Publique, n° 6, 1992, p. 22-30.

BIGNON J.P. *L'éthique en marche*, Union Sociale, n° 43 - novembre 1991.

BONTOUX L., COLIN D. *Réadaptation de la personne âgée*, Techniques hospitalières, n° 615, avril 1997.

CARISSIMO O., ETIENNE E., DELILLE JM., LOISON C., *Dépendance du sujet âgé : à évaluer chaque année*, La revue du Praticien – Médecine Générale, - Tome 13, n°481 du 13 décembre 1999, p. 259-261.

CHAMBE M.A. *Témoignage sur une maison d'accueil des personnes âgées comme il y en a encore*, Gérontologie, n° 113, p. 39-42.

CHAMPVERT P., MARTIN B., TOURET J. *Entretien avec Edgar Morin*, Gestions Hospitalières, n° 330, novembre 1993.

CHARLES E. *Maison de retraite : dans le vent de la réforme*, Revue de l'infirmière, supplément au n° 56, janvier 2000, p. 5-6.

CHARLES E. *Relation d'aide en maison de retraite*, Revue de l'infirmière, supplément au n° 56, janvier 2000, p. 12.

CHARLES E. *Violence et maltraitance*, Revue de l'infirmière, supplément au n° 56, janvier 2000.

COLIN S., THOMAS P. *La montée inéluctable du vieillissement : regard géographique*, La Revue de Gériatrie, Tome 21, n° 3, mars 1996 p. 171-178.

COLVEZ A. *Evaluation des besoins, couverture et ciblage des services aux personnes âgées dépendantes*, Santé Publique, n° 6, 1992, p.16-22.

DESNAY D. *Une architecture pour personnes âgées dépendantes*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 61-64.

DILIGENT M.B. *Vieillir accompagné pour accomplir sa vie dans l'échange et dans l'espérance*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 58-60.

DUPONT B. *Les maisons de ville du centre hospitalier du Vexin : un concept novateur pour l'accueil des personnes âgées*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 76-78.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE *Relever les défis : place et rôle des institutions*, Revue Hospitalière de France, n° 2, mars-avril 1998.

FERRY M., ALIX E., BROKER P. CONSTANS T. LESOURD B. VELLAS B. *Le temps du repas en maison de retraite*, Techniques Hospitalières, n° 615, avril 1997.

- FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *Le marché des séniors*, Gérontologie et société, Cahier n° 76, 1996.
- GERARDIN P. *Approche psychologique de l'accompagnement à la vie de la personne âgée*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 55-58.
- HARRIBEY B., DUPONT H. *Evaluer votre EHPAD par la grille HARDU nouvelle grille de qualité*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 52-54.
- HAZIF-THOMAS C., THOMAS P. *La maladie d'Alzheimer : un pont entre la formation et la recherche, ou comment redéfinir la démence*, La Revue de Gériatrie, Tome 24, n° 9, novembre 1999, p. 678.
- HOVASSE-PRELY E. *Relations triangulaires personnes âgées, familles, soignants : présentation générale*, Revue Hospitalière de France, n°2, mars-avril 1997.
- KERSCHEN *Dépendance et droit social*, Santé Publique, 1992, n° 6, p. 3-15.
- LAVAL R. *L'accompagnement des personnes atteintes d'Alzheimer et troubles apparentés*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n°649, p. 37-39.
- MARTIN J.R. *Soins et maltraitance en institution gériatrique : quels projets pour une meilleure qualité de vie*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 79-82.
- MEYNADIER B. *Les pouvoirs publics et les personnes âgées dépendantes*, Réadaptation, n° 440, mai 1997, p.17.
- MOYNOT Y., CLACCIN E. *L'hôpital de Oissel, un lieu de soins, un lieu de vie*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 72-75.
- MORNICHE P. *Les personnes dépendantes en institution*, INSEE Première, août 1999, n°669.
- NEISS M., ROUVERA G.- SESI- *L'entrée en institution est liée à l'aggravation de la dépendance*, Informations Rapides, n° 76, juin 1996.
- OLLIVET C. *Les centres d'accueil de jour : attentes réalistes et irréalistes des familles*, La Revue de Gériatrie, n°24, 1999, p. 711-716.
- OUELLET D. *Un milieu de vie : une réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie*, Gestions Hospitalières, n° 330, novembre 1993.
- PELLERIN D., BAULIEU E.E. *Rapport sur le vieillissement Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, Gérontologie, n° 59, octobre 1998, n° 109.
- POCH B. VETEL J.M. *Le malade d'Alzheimer et les structures de jour*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 45-48.
- SAUNDERS R., GUISSSET M.J. *L'expérience du Kent – évaluation des besoins - coordination des moyens*, Union Sociale, n° 43, novembre 1991.
- VETEL J.M., DOURTHE C. *Le médecin coordonnateur en EHPAD*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 40-44.
- VETEL J.M., Dr SALOM, DOURTHE C. *Avenir des soins de longue durée, avenir des filières de soins : un lien indissociable*, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 49-51.

VETEL J.M. *La gériatrie demain*, La Revue de Gériatrie, Tome 25, n° 5, mai 2000, p. 291-293.

VETEL J.M. *Projet d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en maison de retraite et autres institutions extra- hospitalières*, L'année gériatrique, 1995.

VOISIN J. *Les institutions publiques, privées associatives et commerciales*, Gérontologie et Société, n° 92, mars 2000.

Dossiers Techniques hospitalières :

Le centre de gérontologie du CHU de Nîmes, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 65-71.

Personnes âgées dépendantes : dans l'attente d'une aide personnalisée à l'autonomie, Techniques Hospitalières, septembre 2000, n° 649, p. 29-32.

Mémoires

BELLANGER M. Analyse de processus de décision l'exemple de l'hébergement pour personnes âgées de 1960 à 1990 ENSP 1996.

FLAUD-LEROY L. Dynamiser la vie sociale en maison de retraite pour répondre au besoin d'identité des personnes âgées dépendantes ENSP 1998 – Directeur d'établissement social.

JARRY C. La prise en compte des besoins spécifiques de la personne âgée psychiquement désavantagée ENSP 1998 – Directeur d'établissement social.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ENTRETIENS EFFECTUES

*** Association**

- France Alzheimer (Paris) : Mme HUON, Assistante sociale et conseillère technique de l'association.

*** Centre Communal Action Sociale de Rennes**

- Mme FOURDAN, responsable du service des personnes âgées ;
- Mr GUEGAN, directeur de la Maison de retraite des Champs Manceaux.

*** Centre hospitalier du Mans**

- Monsieur le Docteur VETEL, Chef du service de gériatrie.

*** Conseil Général de l'Ille et Vilaine**

- Madame le Dr LEGUEN, chargée de la mission Santé Adultes-Personnes âgées-personnes démunies-Personnes handicapées ;
- Mr BAZIN, responsable du service Etablissements (tarification, équipement, financement).

*** Maison de retraite**

- Mme SiPOS, directrice de la Maison de retraite associative St Cyr à Rennes.

*** Union des Mutuelles de l'Ille et Vilaine (UMIV)**

- Mme TOUZE, Secrétaire coordonnant toutes les résidences de l'association.

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation des personnes conduisant l'entretien.

Présentation du travail en cours.

Présentation de la personne rencontrée, quelle est sa fonction ?

1 - La population accueillie

- **La population accueillie en maison de retraite a-t-elle évolué ?**
Quelle est la proportion de personnes âgées dépendantes dans ces institutions ?
Le niveau de dépendance de ces personnes âgées a-t-il évolué ?
- **Est-ce que les maisons de retraite ont adapté leur offre à cette évolution ?**
- **Existe-t-il des critères de sélection pour l'admission en maisons de retraite** (liés à l'âge ou au niveau de dépendance par exemple) ?

2 - La place de l'utilisateur

- **Nous assistons aujourd'hui à la montée de la place de l'utilisateur.**
A-t-elle modifié la manière d'appréhender les besoins de la personne âgée dépendante par les maisons de retraite ?
Existe-t-il des outils pour évaluer ces besoins ?
- **Observe-t-on une évolution de la demande des usagers (personnes âgées dépendantes, familles) envers les prestations des maisons de retraite ?**
Quelles sont les nouvelles demandes des usagers en matière de qualité et de services dans les maisons de retraite ?
Comment ces demandes sont-elles recueillies ?

3 - Les moyens des établissements

- **Quels sont les principaux obstacles à l'évolution des maisons de retraite ?**
Les moyens dont disposent les structures sont-ils suffisants (en termes humains, matériels, financiers) ?
- **Que pensez-vous de la législation et de son évolution ?**
(concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite)
- **Comment voyez-vous l'évolution des maisons de retraite ?**
Quelles sont les principales pistes de cette évolution ? (donner des exemples)
- **Quelle est votre opinion sur cette évolution ?**
Quelles est pour vous la maison de retraite idéale ?

Module interprofessionnel de santé publique

2000

Thème n°22

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite : de nécessaires évolutions ?

Résumé :

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la dépendance des personnes âgées et la montée de la place de l'usager amènent à s'interroger sur l'évolution de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en maison de retraite.

A partir d'une étude bibliographique et de rencontres avec des usagers et des professionnels, les évolutions suivantes ont pu être observées : l'humanisation, la médicalisation de ces institutions et aujourd'hui une démarche de prise en charge de la dépendance tournée vers la qualité de vie des résidents. Une réflexion sur la qualité s'est donc engagée, notamment à travers une prise en charge plus individualisée grâce à l'élaboration de projets de vie.

Certaines institutions ont déjà diversifié leurs offres par la mise en place d'unités géro-psycho-geriatriques, des hébergements temporaires, des accueils de jour voire de nuit. De meilleures réponses aux besoins identifiés impliquent notamment l'adaptation de l'architecture, des équipements, de l'organisation du travail ainsi que la coordination des intervenants et la mise en place d'actions de formation. Les maisons de retraite doivent évoluer au sein de la communauté, s'ouvrir sur l'extérieur, participer à des réseaux gérontologiques.

Malgré des réformes successives, des facteurs limitent ces évolutions : en particulier, un manque de moyens financiers, un personnel souvent insuffisant et peu formé aux prises en charge des différentes formes de dépendance et à l'accompagnement de fin de vie.