



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2008/2010**

Date du Jury : **mars 2010**

***Réflexion sur une prise en charge médicale
adaptée des personnes vieillissantes :
L'exemple des Maisons d'accueil rurales pour
personnes âgées en VENDÉE : les MARPA***

Annie DENOUE

A mon père,

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont reçue et apporté leur soutien dans la réalisation de cette étude et plus particulièrement :

- M. Didier DUPORT, Directeur adjoint de la DDASS de Vendée et maître de stage
- M. Serge PEROT, Inspecteur de l'action sanitaire et sociale, en charge du service « Personnes âgées » de la DDASS de Vendée, et ses collaborateurs : Jocelyne LOMBARD, Bruno HYBERT, Gérard TOURLOURAT
- M. Claude GADRAS, attaché territorial, responsable du service des établissements sociaux et médico-sociaux à la Direction de la Solidarité et des Familles du Conseil Général de Vendée
- Mme FERRE-GROSSOLEIL, responsable du service « Actions sanitaires et sociales » à la Mutualité Sociale Agricole de Vendée
- Mme Mylène CHEVALIER, Fédération Nationale des Marpa de Bagnolet
- Mme Patricia LIEBERT, Directrice adjointe Santé Qualité de la Fédération ADMR Vendée
- Mme Evelyne RAMBAUD, coordinatrice du CLIC part'Age des ESSARTS
- M. Yves-Marie MOUSSET, Maire et Président du CCAS de LA POMMERAYE S/ SEVRE
- M. Jean-Marie SICOT, Maire et président du CCAS de ST MAURICE LE GIRARD,
- Mme Cathy CHARRIER, adjointe au Maire et vice-présidente du CCAS de ST MESMIN
- M. Jean-Pierre GIRAUD, Maire et Président du CCAS de TIFFAUGES
- Mme Nadine FOUCTEAU, responsable de la MARPA « Les Nénuphars » de LA POMMERAYE S/ SEVRE
- Mme Anne-Marie GIRAUD, responsable de la MARPA « Les Tilleuls » de ST MAURICE LE GIRARD
- Mme Marie-Dominique FERRET, responsable de la MARPA « Arc en Ciel » de ST MESMIN
- Mme Jeanne-Marie MARTINEAU, responsable de la MARPA « Le Logis du Bois » de TIFFAUGES
- Mme Pascaline BERTERAULT, responsable de la MARPA « Clair de Lune » de VENDRENNES

Sommaire

Introduction	1
1 Les MARPA : un mode d'accueil spécifique dans un contexte global des politiques du vieillissement	7
1.1 Les évolutions des politiques gérontologiques	7
1.1.1 Une conception de la vieillesse qui évolue.....	7
1.1.2 ... avec une législation mieux adaptée aux besoins du grand âge.....	8
1.2 La prise en charge des personnes âgées : une offre désormais diversifiée pour répondre à l'évolution de la dépendance	10
1.2.1 Une modalité privilégiée par tous : le maintien à domicile	10
1.2.2 L'entrée en institution : complexe et souvent malgré soi	12
1.3 Entre le « tout domicile » et le « tout institution », un concept intermédiaire porté par un organisme social : les MARPA.....	14
1.3.1 Une réponse adaptée à des besoins individuels mais prenant en compte des enjeux socio-économiques collectifs	15
1.3.2 Un concept s'inscrivant dans un cadre juridique conforme à la réglementation en cours.....	18
1.3.3 Un label pour garantir le respect du concept	18
1.3.4 Le cas de la Vendée : le développement des MARPA	19
2 Les MARPA vendéennes : un concept majoritairement respecté mais qui soulève certaines interrogations.....	21
2.1 Un fonctionnement qui, globalement, ne trahit pas ses objectifs	21
2.1.1 Au regard du concept MSA.....	21
2.1.2 Au regard de la réglementation.....	24
2.2 Des avis extérieurs plus nuancés	28
2.2.1 A propos de la prise en charge de la dépendance	28
2.2.2 A propos de la prise en charge médicale.....	32
2.3 Des interrogations sur la viabilité économique	34
2.3.1 Le budget de fonctionnement des MARPA vendéennes	34
2.3.2 Le regard des promoteurs.....	36

3	Comment assurer des soins de qualité dans les MARPA : une réponse qui relève des services de l'Etat	37
3.1	La médicalisation des PUV : une réponse qui peut-être apportée par la mise en oeuvre d'outils réglementaires	37
3.1.1	Les possibilités ouvertes par le décret du 10 février 2005	37
3.1.2	Le groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS).....	41
3.2	Le rôle de l'Etat garant de la bientraitance et de l'accès aux droits des personnes âgées	42
3.2.1	L'Inspection	42
3.2.2	L'évaluation	43
3.2.3	La permanence des soins	45
3.3	Le rôle de l'Etat dans la planification gérontologique	46
3.3.1	Le schéma gérontologique départemental de la Vendée et les grandes orientations du Préfet de département	46
3.3.2	L'obligation d'une cohérence entre le schéma départemental et la planification et la programmation régionale.....	49
3.3.3	Les évolutions à venir en terme de planification.....	51
	Conclusion	55
	Sources et bibliographie.....	- 57 -
	Liste des annexes.....	- 61 -

Liste des sigles utilisés

ADMR :	Association du service à domicile (le sigle ne se décline pas)
ADPA :	Allocation départementale personnalisée d'autonomie (APA en Vendée)
AGGIR :	Autonomie, gérontologie, groupe iso ressources
APL :	Allocation personnalisée pour le logement
AMP :	Aide médico-psychologique
ANESMS :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux
ANGELIQUE :	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS :	Agence régionale de santé
AS :	Aide-soignant(e)
AVS :	Auxiliaire de vie sociale
CAF :	Caisse d'allocations familiales
CAFAD :	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile
CASF :	Code de l'action sociale et des familles
CCAS :	Centre communal d'action sociale
CCMSA :	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CG :	Conseil Général
CLIC :	Centre locaux d'information et de coordination
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODOSPR :	Comité opérationnel départemental pour l'organisation de soins de premier recours
CROS :	Comité régional de l'organisation sanitaire
CROSMS :	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
COVESS :	Comité vendéen d'éducation sanitaire et sociale
CVS :	Conseil de la vie sociale
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSF :	Direction de la solidarité et des familles (service du conseil général)
FNMARPA :	Fédération nationale des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées
FICQS :	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GMP :	Groupe iso ressources moyen pondéré
HACCP:	Hazard analysis critical control point
HAD :	Hospitalisation à domicile
IASS :	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
INSEE :	Institut national des statistiques et des études économiques
MAFI :	Mission d'animation des fonctions d'inspection
MARPA :	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MSA :	Mutualité sociale agricole
MRIICE :	Mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation
MRS :	Mission régionale de santé
PMP :	Pathos moyen pondéré
PRIAC :	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PUI :	Pharmacie à usage intérieur
PUV :	Petite unité de vie
SGD :	Schéma gérontologique départemental
SMTI :	Soins médicaux très importants
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
SROSMS :	Schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
UDAMAD :	Union départementale pour l'aide au maintien à domicile
URCAM :	Union régionale des caisses d'assurance maladie

Introduction

« *Notre pays a les cheveux qui blanchissent...* ». Derrière cette métaphore relevée dans une revue du Haut Comité de la santé publique¹, se profile une réalité dont nos pouvoirs publics ont dû, bien que tardivement, prendre toute la mesure : l'explosion démographique des personnes vieillissantes en ce début de XXI^e siècle.

La surmortalité occasionnée par la canicule de l'année 2003 a mis en évidence, de façon brutale, les failles de notre système sanitaire et social. Elle a permis de sensibiliser l'opinion publique sur l'ampleur du défi à relever pour répondre aux besoins des personnes âgées et en particulier ceux des personnes dépendantes. Cette crise sanitaire a également soulevé un problème sociétal : celui de la place que nos sociétés libérales accordent aux personnes vieillissantes. La question se pose avec autant d'acuité que la société s'est profondément transformée au cours des dernières décennies. Traditionnellement, l'aide requise par les personnes âgées dépendantes faisait l'objet d'une prise en charge familiale. Jusqu'au début du XX^e siècle, « *accepter une personne âgée à domicile relevait de la distribution traditionnelle des rôles ancestraux* »². Pour autant, bien que perçue comme normale par la société, cette fonction ne correspondait pas toujours à un souhait réel, mais plutôt à une coutume qui s'imposait aux femmes au foyer (souvent la fille ou la belle-fille). Désormais, même si les solidarités familiales restent présentes, les évolutions socio-économiques ont sensiblement diminué les possibilités qu'ont les nouvelles générations de s'occuper de leurs aînés et notamment des plus dépendants d'entre eux.

Bien que la réflexion sur le phénomène de la dépendance ait été menée dès 1962 par Pierre LAROQUE³, la prise en charge de la dépendance ne s'est concrétisée que très récemment. Ce n'est effectivement que dans la seconde moitié des années 90 que les pouvoirs publics ont pris la mesure des enjeux de solidarité et de santé publique que représentent la prise en charge des personnes âgées et la nécessité de repenser le dispositif datant de la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales⁴.

¹ Revue « adsp » n° 56, septembre 2006, « Les personnes âgées en situation de dépendance, dossier coordonné par S. CHAMBARETAUD, page 15. La documentation française.

² VERCAUTEREN R., BABIN N., Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées. Pratiques du champ social. Editions Erès

³ LAROQUE P., 1962, Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse, Paris, Documentation française

⁴ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

La loi du 24 janvier 1997⁵ instaurant une prestation spécifique dépendance (PSD) marque le début d' «une frénésie législative et réglementaire qui conduit à une transformation majeure des politiques publiques »⁶. Parmi ces dispositifs, figurent notamment trois textes capitaux dans le secteur gérontologique : la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités et aux libertés locales. Ces textes ont un double impact : ils réforment en profondeur les modalités de prise en charge des personnes âgées et confient au département le rôle d'acteur central de l'action sociale.

Dès 1983⁷, la décentralisation avait transféré aux départements et aux communes les compétences en matière d'action sociale. La responsabilité des conseils généraux a été réaffirmée par les lois susvisées. Le conseil général (CG) joue désormais un rôle majeur dans la définition, la planification et l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées. Il est également gestionnaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il assure par ailleurs une mission de coordination gérontologique en s'appuyant sur les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) à qui il confie un rôle d'accueil, de conseil, d'information et d'orientation pour les personnes âgées, leur entourage et les professionnels intervenant dans ce secteur.

Les autres collectivités très impliquées dans la politique gérontologique sont bien sûr les communes (loi de décentralisation du 6 janvier 1986) et plus particulièrement les centres communaux d'action sociale (CCAS), souvent responsables de l'organisation, du financement et de la coordination des services dévolus au maintien à domicile (portage des repas, aides ménagères...). Les communes peuvent également être maîtres d'ouvrage et gestionnaires d'établissements pour personnes âgées. En matière d'aide sociale individuelle, elles peuvent octroyer le financement d'aides destinées à l'adaptation des logements.

Bien que les lois de décentralisation aient restreint le rôle de l'Etat en matière de politique en faveur des personnes âgées, les grandes orientations restent cependant définies au plus haut niveau (Plan Solidarité Grand Age, Plans Alzheimer).

⁵ 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

⁶ « Politiques sociales et de santé – comprendre et agir », 2008, sous la direction d'Yvette RAYSSIGUIER, Josiane JEGU et Jean-Michel LAFORCADE – éditions EHESP

⁷ Lois n° 83-8 du 7 janvier 1983 et du 22 juillet 1983 relatives à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Par ailleurs, l'Etat conserve ses prérogatives en matière de financement, qu'il s'agisse des crédits d'assurance maladie ou de ceux de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), créée par la loi du 30 juin 2004⁸ et chargée de l'enveloppe nationale destinée aux personnes âgées et handicapées. Au niveau local, ce sont les services déconcentrés (DRASS et DDASS) qui assurent la mise en œuvre des politiques définies au niveau national, déterminent et contrôlent le niveau de ressources allouées par la CNSA, diligentent les inspections dans les établissements et animent les actions régionales et départementales dans le secteur médico-social.

En définitive, on assiste à une multiplicité des acteurs et à une complexité des prises en charge. Il est également permis de s'interroger sur l'équité de traitement d'un département à l'autre, en fonction des moyens dont chacun dispose et de la politique globale qui y est menée.

Département à la fois littoral et rural de la région des Pays de la Loire, la Vendée se caractérise par son évolution démographique. Selon le dernier recensement⁹, 19,6% des vendéens ont plus de 65 ans alors qu'au niveau national ce pourcentage se situe à 16,5%. Le conseil général affiche donc une politique volontariste en matière de prise en charge de «ses aînés». Le poste des dépenses sociales en faveur des personnes âgées représente 40 % du budget de solidarité du département, soit un montant de 45 M€. ¹⁰ Le schéma gérontologique 2009-2014 «**Bien vieillir en Vendée**» présenté aux différents acteurs en juin 2009, priorise le maintien à domicile le plus longuement possible. Un deuxième axe intitulé « nouvelles réponses aux nouveaux besoins », préconise le recours aux petites unités de vie. Derrière cette orientation, il faut y lire le développement d'établissements dénommés « Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées » (MARPA) qui répondent à un concept bien particulier et très implanté dans le département. Il s'agit de maisons de vie pour personnes âgées, d'une capacité de 24 lits maximum, dans des communes rurales de moins de 2000 habitants et qui s'inscrivent comme une alternative entre le maintien à domicile et le placement en institution. S'il existe 130 MARPA en France, le département de la Vendée en compte 12 à lui seul et 9 autres y sont en projet¹¹. Ces structures n'ont pas vocation à être médicalisées, puisque les résidents, considérés comme « à domicile », ont recours à des professionnels de santé extérieurs de leur choix intervenant à leur demande.

⁸ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

⁹ Source : Insee, RP 2006, exploitation principale

¹⁰ <http://www.cg85.fr/actualites>

¹¹ Annexe I : carte des MARPA, document transmis par la FNMARPA

Pourtant en 2008, un CCAS a demandé la médicalisation d'une des MARPA. La DDASS a proposé à titre exceptionnel, l'extension des places du Service de Soins à Domicile (SSIAD) desservant la commune siège, en raison du GMP¹² élevé de cette structure. Cette situation a conduit les services de la DDASS à s'interroger sur le risque d'une généralisation du problème de la prise en charge en soins à l'ensemble de ces petites unités de vie. Mon étude est donc à la fois une démarche qui s'inscrit dans le cadre de la formation dispensée par l' E.H.E.S.P., mais aussi dans celui d'une mission confiée par mon maître de stage, le thème ayant été choisi en accord avec lui.

La question centrale de ce mémoire pourrait reprendre, presque mot pour mot, celle déjà posée en conclusion d'un rapport sur le même sujet présenté par un élève directeur d'hôpital à l'ENSP¹³ en 1989 : **« Si la structure MARPA s'inscrit dans le cadre de la politique de maintien à domicile, comment pourra-t-elle [accompagner jusqu'au bout] des résidents dont l'espérance de vie est relativement élevée et dont l'état de santé risque d'exiger un soutien médical croissant ? »**¹⁴

La méthodologie utilisée pour mener mon étude s'est effectuée à partir de visites, d'entretiens ou d'échanges par voie électronique courant 2009.

Il apparaît que la non médicalisation de ces petites unités de vie était la règle de départ puisqu'elles étaient censées accueillir des personnes peu dépendantes. Dans les faits, mes investigations devaient me conduire à vérifier ce qu'il en est dans la réalité, et s'il est possible, comme le souligne un article d'une revue de la MSA, que la MARPA réponde *« au vieillissement et à la survenue de la dépendance, jusqu'à la fin de vie, lorsque la prise en charge est possible »*.¹⁵

Pour mener à bien cette étude et réaliser mon mémoire, j'ai pris, dès avril 2009, conseil auprès de mon maître de stage et de l'inspecteur responsable du secteur personnes âgées au sein de la DDASS. Ceci m'a permis de pouvoir disposer d'éléments factuels, de la documentation nécessaire et des coordonnées des personnes ressources des services chargés du suivi des MARPA, à savoir la Direction de la Solidarité et des Familles (DSF) du Conseil Général et la MSA de Vendée.

¹² GMP : GIR moyen pondéré (évaluation de la dépendance à partir de la grille AGGIR)

¹³ ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique (Ancien nom de l'EHESP)

¹⁴ DUPRAT F., 1989, rapport de stage DHP 4^{ème} classe, « La maison d'accueil rurale pour personnes âgées »

¹⁵ Site MSA85 >actualités>articles de presse, février 2008

J'ai également élaboré un questionnaire de satisfaction destiné aux résidents¹⁶. Ces 280 questionnaires ont été adressés (avec un courrier signé de la DDASS) aux douze responsables des MARPA existantes afin qu'elles le fassent remplir par les résidents. Au total, 150 personnes sur 210 sollicitées ont accepté de le remplir. Le retour s'est fait, soit directement lors de mes entretiens avec les responsables, soit par courrier. Pour chaque unité, une fiche synthétique des réponses a été élaborée et retournée, pour information, à chaque structure avec copie à la DSF. Il est à noter que trois MARPA n'ont pas fait de retour malgré deux relances. Et, certaines réponses étant arrivées tardivement, la synthèse globale n'a pu être élaborée avant la fin de mon stage.

Courant juin, j'ai pu m'entretenir avec la responsable du service « Actions sanitaires et sociales » de la MSA, ainsi qu'avec l'attaché territorial responsable du service des établissements sociaux et médico-sociaux de la DSF. Ces personnes m'ont elles-mêmes orientée vers d'autres acteurs (ADMR, CLIC, CCAS) et vers certaines MARPA représentatives (la plus ancienne, la plus récente et une en restructuration). J'ai consacré environ deux heures par entretien au cours desquels j'ai opté pour la prise de notes. Ces entretiens ont été complétés d'échanges, par messagerie électronique ou communication téléphonique, auprès d'autres acteurs, comme par exemple le recueil d'avis de personnes intervenant auprès des résidents de MARPA (SAD et SSIAD de l'ADMR, réseau de soins palliatifs ALTHEA, directeurs d'EHPAD connaissant la problématique). Concernant les visites sur place, je me suis rendue en réalité dans cinq structures et j'ai rencontré les maires de quatre communes. Pour pouvoir en tirer une synthèse globale et cohérente, les entretiens en MARPA ont été conduits sur la base d'une grille bâtie pour chaque « enquêté »¹⁷ : responsable, président de CCAS, personnel. L'analyse permet de comparer les pratiques, le fonctionnement, le rôle de chacun, le niveau de dépendance et le ressenti des personnes (professionnels et usagers) au sein des différentes structures. Elle est complétée à partir des documents remis par chacun et par ceux disponibles à la DDASS. Les entretiens avec la responsable de l'A.D.M.R.85 et avec une coordinatrice d'un CLIC m'ont permis d'obtenir des éléments complémentaires riches en enseignements.

Globalement, ma démarche a été bien accueillie et a même fait l'objet d'une forme de reconnaissance, les questions posées ayant permis aux responsables de prendre conscience de certaines attentes des usagers et d'envisager ainsi les améliorations à apporter. La plupart de mes interlocuteurs m'ont fait savoir qu'ils seraient intéressés par la communication de mon mémoire, dès lors que je l'aurai soutenu devant le jury de l'Ecole.

¹⁶ Annexe II : questionnaire de satisfaction adressé aux résidents des MARPA

Le premier objectif de ce mémoire est de replacer le concept MARPA au sein des politiques de vieillesse actuellement menées et de la diversité de l'offre de prise en charge du grand âge **(1)**. L'étude réalisée en Vendée pour approcher plus concrètement le fonctionnement de ce type de structure, ses apports aux usagers et à la collectivité et plus spécifiquement la prise en charge médicale et sociale des résidents, est présentée en seconde partie **(2)**. Enfin, la dernière partie, qui sera consacrée au rôle de l'Etat et de ses services¹⁸ dans la garantie de l'accès aux soins et d'une prise en charge de qualité des personnes âgées, intégrera des préconisations issues d'une réflexion professionnelle telle que devrait l'avoir un inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans le cadre de ses fonctions **(3)**.

¹⁷ Annexe III : grille entretien responsable MARPA

¹⁸ Aujourd'hui, DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et DDASS (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) et demain Agences régionales de santé (ARS)

1 Les MARPA : un mode d'accueil spécifique dans un contexte global des politiques du vieillissement

Pour répondre au défi posé par le nombre croissant de personnes âgées dépendantes, les pouvoirs publics ont pris, depuis un peu plus de dix ans, des mesures fortes pour améliorer mais aussi pour diversifier les modalités de prise en charge de ce public. Les MARPA s'inscrivent dans cette diversité d'offre de services. Cette première partie présentera donc d'abord les évolutions récentes des politiques gérontologiques, puis l'offre existante pour ce secteur au regard des besoins et enfin la place et le concept des MARPA dans ce paysage.

1.1 Les évolutions des politiques gérontologiques

1.1.1 Une conception de la vieillesse qui évolue...

Les dernières publications de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) confirment les évolutions démographiques liées au vieillissement de la population française. Au 1^{er} janvier 2009, la part des personnes âgées de 65 ans ou plus représente 16,5% de la population alors qu'elle n'était que de 15,7% en 1999. En dix ans, le nombre de personnes de 75 ans ou plus a augmenté d'un tiers, presque cinq fois plus vite que l'ensemble de la population¹⁹. L'arrivée à l'âge de la retraite des enfants de l'après-guerre et l'augmentation significative de l'espérance de vie ces dernières années laissent penser que le vieillissement atteindra son pic en 2040.

La notion de « troisième âge » apparue au début des années 1960 faisait référence à une population, certes âgée, mais encore active et participant à la vie sociale. Aujourd'hui, la vieillesse se définit comme telle à partir du 4^{ème} âge, celui de la perte d'autonomie. Car, même si l'espérance de vie en bonne santé a, elle aussi, considérablement progressé, la vieillesse s'accompagne fréquemment de besoins de soins et d'aide à la vie quotidienne.

Par ailleurs, l'épisode de la canicule de 2003 a mis en exergue le problème de l'isolement des personnes âgées à domicile. Pour Philippe PITAUD, directeur de l'Institut de gérontologie sociale de Marseille, « *la question du lien social, comme celle relative aux ordres sous-jacents de ce concept [...], est aujourd'hui récurrente*

¹⁹ Source INSEE : bilan démographique 2008

dans la société éclatée dans laquelle nous vivons ».²⁰ La solitude peut être source de souffrances psychiques et morales et engendrer des comportements de mise en danger de la personne (laisser-aller, mauvaise alimentation, hydratation insuffisante, perte de l'estime de soi...). La réponse à cette problématique relève de la prévention et d'une politique de développement des services à la personne.

Au regard de ces éléments et des grands principes qui le gouvernement, notre système de protection sociale se doit, non seulement de pallier les incapacités liées à la dépendance, mais aussi de proposer des mesures et une offre de services permettant de la retarder le plus longtemps possible. C'est dans cet objectif qu'ont été prises les grandes orientations de ces dernières années.

1.1.2 ... avec une législation mieux adaptée aux besoins du grand âge

La prestation spécifique dépendance (PSD) instaurée par la loi du 24 janvier 1997²¹ «*dans l'attente de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes*» était placée sous le régime de l'aide sociale et attribuée par les conseils généraux. Son attribution a pris fin en décembre 2001, date de sa substitution par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette nouvelle prestation, créée par la loi du 20 juillet 2001, «*est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance particulière* »²². Elle s'adresse à toute personne en perte d'autonomie résidant à domicile ou accueillie en établissement. Elle est accordée et servie par le département sans conditions de ressources, les seuls critères retenus étant une résidence stable, un âge minimum de 60 ans et le niveau de dépendance. Ce dernier est évalué par l'équipe médico-sociale du conseil général et l'APA est affectée à la couverture des besoins reconnus à partir de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources)²³. Deux éléments importants figurent également dans cette même loi de juillet 2001: tout d'abord la compétence donnée aux départements pour assurer la coordination de l'action gérontologique et élaborer

²⁰ PITAUD P., 2004, « solitude et isolement des personnes âgées », p. 27, éditions érès, TOULOUSE, 2004, 270 p.

²¹ 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

²² Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

²³ Voir annexe n° IV

un schéma arrêté conjointement avec le préfet de département ; puis, la réforme de la tarification qui oblige les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à passer une convention pluriannuelle avec l'Etat et le Conseil général (convention tripartite).

Parallèlement, face à l'expansion du secteur médico-social, aux évolutions des pratiques et à l'augmentation des demandes à satisfaire, il s'est révélé indispensable de remédier aux insuffisances de la loi de 1975. C'est tout le fondement de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce texte novateur tend à articuler la promotion du droit des usagers et la diversification de l'offre avec la mise en œuvre de procédures de pilotage plus claires et mieux encadrées. Au premier rang des droits des bénéficiaires, figure « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* »²⁴. Ces droits fondamentaux incluent la participation de l'utilisateur et de son entourage à l'élaboration de son projet de vie, à la définition de ses besoins et la prise en compte de son appréciation du service rendu. Pour concrétiser cette nouvelle approche, la loi 2002-2 prévoit la création d'outils et impose une démarche d'évaluation périodique interne et externe de l'activité et de la qualité des prestations délivrées en établissement.²⁵ La promotion des droits de l'utilisateur implique également une réponse la mieux adaptée possible aux nouveaux besoins et donc la création de nouvelles formes de prise en charge (hébergement temporaire, accueil de jour, aide au maintien à domicile...). La mise en œuvre de ces innovations s'accompagne d'une amélioration des techniques de pilotage et de l'instauration d'une réelle coordination des différents acteurs. Ceci se traduit par de nouvelles modalités en termes de planification et d'autorisations, une redéfinition des relations Etat/département, de nouveaux moyens de coopération et un élargissement des compétences du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

En 2004, deux textes d'importance viennent s'ajouter à ces réformes : tout d'abord la loi du 30 juin 2004 cité supra qui, outre la création de la CNSA, prévoit d'améliorer et de développer les aides au maintien à domicile, d'accroître et de diversifier l'offre en établissement et de mettre en place un système d'alerte (plan Vermeil) en cas de prévision de fortes chaleurs (effet canicule). Puis, la loi du 13 août 2004, présentée en introduction, qui confère au conseil général le rôle de chef de file dans la conduite et la coordination de l'action en faveur des personnes âgées.

²⁴ Extrait de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

L'ensemble de ces normes législatives s'est logiquement accompagné de nombreux décrets de mise en œuvre mais aussi de plans spécifiques en faveur des personnes âgées. Ainsi, le Plan Vieillesse et Solidarités de novembre 2003 prévoit le financement, sur 4 ans de 10 000 places d'hébergement complet, de 8 500 places d'accueil de jour et 4 500 places d'hébergement temporaire. Le Plan Solidarité Grand Age (PSGA) adopté en juin 2006 réaffirme le libre choix du « rester chez soi » grâce à l'augmentation des services d'aide à domicile et à la reconnaissance du droit au répit pour les aidants. Il promeut le développement de la médecine gériatrique et le travail des professionnels en réseau. Il prévoit par ailleurs des mesures en faveur de la recherche. Enfin, les Plans Alzheimer de 2001 et 2004 ont été renforcés par celui de 2008/2012 qui priorise « *le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie, le développement de la recherche médicale, la simplification et l'amélioration de la prise en charge précoce de la maladie d'Alzheimer.* »²⁶

Globalement, les politiques gérontologiques de ces dernières années visent donc à donner aux personnes âgées la liberté de vivre à domicile, à réformer en profondeur le fonctionnement des EHPAD, à mieux organiser la filière gériatrique entre établissements et services et à assurer la pérennité du financement de l'accompagnement de la dépendance. Mais la rationalisation des coûts repose désormais en partie sur une diversification de l'offre pour retarder le placement institutionnel.

1.2 La prise en charge des personnes âgées : une offre désormais diversifiée pour répondre à l'évolution de la dépendance

Du maintien à domicile au placement institutionnel, la palette des modes de prise en charge des personnes âgées s'est considérablement élargie pour mieux répondre aux besoins et aux souhaits des intéressés.

1.2.1 Une modalité privilégiée par tous : le maintien à domicile

De nos jours, les personnes âgées entrent de plus en plus tard en institution et le « rester chez soi » est reconnu comme répondant à la fois au souhait des usagers et de leurs proches mais aussi aux enjeux économiques des politiques de la vieillesse, dans un contexte de maîtrise des dépenses sociales et de sauvegarde de notre

²⁵ Articles L.311-3 à L.311-9 et L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) : droits fondamentaux, livret d'accueil, médiateur, conseil de vie sociale, règlement de fonctionnement, projet d'établissement, procédure d'évaluation.

²⁶ Acteurs magazine, mai 2008, n°113 page10

système de protection sociale. Toutefois, cette possibilité doit faire l'objet d'un double regard : celui porté sur l'état de santé de la personne et son environnement propre et d'autre part sur l'offre d'aides et de soins de proximité permettant un accompagnement adapté en cas de perte d'autonomie.

Si la personne vieillissante présente un état de santé (physique ou psychique) relativement satisfaisant, si elle bénéficie d'une présence familiale ou amicale régulière ou si ses ressources lui permettent de bénéficier de services extérieurs, et si son logement est adapté, les conditions sont réunies pour le maintien à domicile. Dans le cas contraire, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur les dispositifs médico-sociaux existants, sachant que l'APA octroyée par le département couvre en partie les charges afférentes à la dépendance et que l'aide sociale peut palier l'insuffisance de ressources de la personne âgée. Les caisses de retraite peuvent aussi apporter une aide complémentaire.

En matière de soins, outre le médecin généraliste, la personne âgée peut avoir recours au SSIAD, à un cabinet d'infirmiers libéraux ou à d'autres professionnels de santé. Concernant l'aide à la vie quotidienne, elle pourra bénéficier de l'intervention des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ou plus communément d'« une aide ménagère », proposée par des associations de service à domicile. Certaines associations gèrent parfois des SSIAD et des SAAD, facilitant ainsi la coordination entre soins et vie quotidienne.

Les SSIAD, financés à 100% par l'assurance maladie (CNSA) sont autorisés, en terme de places et de financement par arrêté préfectoral, après avis du CROSMS et selon les besoins reconnus par le PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie). Ils sont gérés soit par des CCAS, soit par des associations, soit par des établissements de santé ou des EHPAD. Le personnel d'un SSIAD comprend un infirmier coordonnateur, des infirmiers, des aides soignants et, éventuellement par convention, d'autres professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, pédicures...). Ces services « assurent sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels »²⁷. Le nombre de places de SSIAD est passé de 73 000 places en 2003 à 90 000 en 2007, permettant

²⁷ Article 1 du décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

ainsi le développement de l'accompagnement à domicile pour des personnes nécessitant une prise en charge en soins.

Les SAAD sont autorisés par agrément du conseil général, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Ils assurent au domicile des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels de la vie quotidienne. Ces prestations peuvent être partiellement ou totalement financées par l'APA, sur la base d'un plan d'aide proposé par le conseil général. Comme pour les places de SSIAD, le nombre de bénéficiaires de cette prestation s'est accru de façon considérable en quatre ans. A fin 2007, ce nombre était de 672 000, soit une augmentation de 55% depuis 2003. Ceci démontre le développement de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.

Il arrive cependant que, malgré ces services et autres facilités comme le portage de repas à domicile ou les services de téléalarmes, le maintien à domicile de personnes dépendantes engendre pour leur entourage un investissement physique et moral très important, notamment lorsqu'il s'agit de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou souffrant de troubles apparentés. C'est pourquoi le législateur a prévu des modes d'accueil spécifiques permettant de soulager les aidants. De nouvelles formes d'accueil ont ainsi vu le jour, comme l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour. Le premier consiste en une prise en charge en établissement pendant une période donnée, soit pour offrir à l'entourage un temps de répit, soit pour pallier leur absence pendant quelques jours. Le second, toujours dans cet esprit de répit pour l'aidant, est destiné à une prise en charge régulière à la journée, prise en charge le plus souvent spécifique avec des ateliers mémoire et des temps d'animation. Ces nouvelles formules intermédiaires entre le maintien à domicile et l'établissement sont, en plus du soulagement des familles, un moyen de préparer progressivement l'entrée en institution.

1.2.2 L'entrée en institution : complexe et souvent malgré soi

Il est courant de penser que le maintien à domicile n'est possible qu'en deçà d'un certain degré de dépendance et que l'hébergement collectif ne concerne que des personnes devenues très dépendantes. Pour l'Index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale (IIDRIS)²⁸, la dépendance est définie comme la « *Situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des*

²⁸ Source Internet : <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/fr/17/1761>

gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. ».

Mais plus que l'incapacité, c'est souvent un évènement majeur qui déclenche l'entrée en institution : une chute suivie d'une hospitalisation, la survenue d'une nouvelle pathologie ou bien encore la perte de l'aidant. Et la recherche d'une place en établissement doit alors s'effectuer dans l'urgence. En outre, l'entourage familial qui cherche avant tout à se rassurer est pour beaucoup dans cette décision et l'accord du futur résident s'explique souvent par la volonté de ne pas être un fardeau pour ses enfants. Le choix se détermine donc plutôt en fonction d'une place disponible à un instant donné plutôt qu'à partir d'une réflexion menée en amont. Il engendre alors parfois une incompréhension de la personne placée et un sentiment de culpabilité des proches. Pourtant, bien que le nombre de places paraisse encore insuffisant au regard des besoins, le choix existe et l'offre est mieux adaptée, la signature des conventions tripartites ayant renforcé le processus de médicalisation et de modernisation du parc (renfort des moyens médicaux et paramédicaux, aide à l'investissement, mise aux normes, rénovation...).

L'étude publiée par la DREES en mai 2009²⁹ dénombre, au 31 décembre 2007, 657 000 résidents accueillis dans les 10 305 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou EHPAD pour ceux qui se sont déjà engagés dans la signature d'une convention tripartite (6 900 au 31 décembre 2007, soit 67%). Le taux d'équipement s'établit à 127 lits (dont 95 en EHPAD) pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Paradoxalement, il est en forte diminution, en raison notamment de l'augmentation des plus de 75 ans (+14% en 4 ans). Le niveau de dépendance en établissement est en constante augmentation. En effet, les personnes classées en GIR 1 et 2 représentent 51% des personnes accueillies alors qu'elles n'étaient que 47% en 2003. De même, le GMP, indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents, s'élève à 575 fin 2007 contre 538 quatre ans plus tôt.

Parmi les structures accueillant les personnes âgées, il faut distinguer plusieurs types d'établissements même s'ils sont quasiment tous appelés à devenir des EHPAD :

- Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent des personnes nécessitant des soins importants et souvent en fin de vie. Ces unités ont d'ailleurs été redéfinies récemment avec un transfert vers le secteur sanitaire

²⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, PREVOT J. « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », n° 689 – mai 2009

des capacités réservées à la prise en charge de soins médicaux très importants (SMTI), les autres étant transformées en places d' EHPAD.

- Les maisons de retraite publiques et privées constituent la partie la plus importante de l'offre (6 504 structures et 471 102 places fin 2007). Leur capacité moyenne est de 72 places, avec un nombre plus important dans le secteur public (84). Au total, 88% d'entre elles étaient déjà transformées en EHPAD fin 2007, soit 93% des places autorisées.
- Les logements-foyers, au nombre de 2 786, constituent 16% du parc offert aux personnes âgées avec une taille moyenne de 51 places. Seuls, 430 étaient conventionnés fin 2007 mais ce nombre devrait évoluer rapidement.

Nous sommes donc loin du temps des hospices qui, « *ne répondant qu'aux besoins primaires, physiologiques [constituaient] une véritable entreprise de déshumanisation et de désocialisation des personnes hébergées* ». ³⁰ Hormis quelques exceptions, qui exigent une vigilance sans faille des services publics, la prise en charge du grand âge est aujourd'hui de qualité et répond aux deux souhaits majeurs des générations qui sont ou seront prochainement concernées par le vieillissement, à savoir, rester chez soi le plus longtemps possible et pouvoir bénéficier, en cas de placement institutionnel, de soins et d'accompagnement de qualité pour une fin de vie sans douleur et dans la dignité.

Entre ces deux modalités, existe une alternative qui ne ressort pas de l'étude de la DREES, à laquelle il vient d'être fait référence : les MARPA, petites unités de vie intégrées dans les chiffres concernant les logements-foyers. Celles-ci, sujet du présent mémoire, méritent une présentation détaillée.

1.3 Entre le « tout domicile » et le « tout institution », un concept intermédiaire porté par un organisme social : les MARPA

C'est dans le cadre d'un programme expérimental d'innovation sociale porté en 1986 par la MSA, pour répondre à l'isolement des personnes âgées, que les premières MARPA ont vu le jour. Pour présenter de manière exhaustive ce mode d'hébergement, il convient d'en présenter le concept, puis d'en exposer le cadre juridique et la procédure de labellisation. Un dernier point sera consacré plus spécifiquement aux MARPA vendéennes.

³⁰ PELISSIER Jérôme, « Les hospices : une tradition carcérale et déshumanisée », La lettre d'information professionnelle de Notre Temps, novembre 2006.

1.3.1 Une réponse adaptée à des besoins individuels mais prenant en compte des enjeux socio-économiques collectifs

La MARPA est une marque déposée de la Mutualité Sociale Agricole pour répondre à son objectif de protection globale de ses adhérents, quelque soit leur âge. Le concept MARPA a été élaboré à partir du bilan des premières expérimentations locales. Il consiste à accueillir dans une petite unité, des personnes encore autonomes mais dont le maintien à domicile n'est plus adapté et qui souhaitent se retrouver dans un environnement sécurisé sans être déracinées. L'objectif pourrait être ainsi résumé : apporter aux ruraux vieillissants une réponse sociale adaptée à leurs besoins dans un cadre architectural prédéfini au sein d'un environnement socio-économique de proximité satisfaisant.

a) « *La MARPA : avant tout une initiative sociale* »³¹

Les éléments principaux du concept social s'articulent autour de trois axes : un mode de vie proche de celui du domicile, la préservation de l'autonomie et la possibilité de bénéficier d'un accompagnement médico-social.

En priorité, la vie en MARPA doit offrir aux personnes âgées la possibilité de vivre comme à la maison en conservant leurs habitudes antérieures dans un espace sécurisé. Les résidents bénéficient d'un logement privatif qu'ils peuvent aménager et décorer à leur guise. Chacun peut y préparer ses repas (petit déjeuner et éventuellement dîner) et recevoir librement famille et amis. Les entrées et sorties sont libres, dans le respect de la tranquillité des autres résidents. La sécurité est assurée 24h/24 grâce à la présence quotidienne d'agents polyvalents. Les loyers et les prestations facultatives font l'objet d'une facturation mensuelle pour ne pas rompre avec les habitudes du domicile. Les gestionnaires sont invités à veiller à la maîtrise des coûts pour permettre au plus grand nombre d'accéder à cette structure.

Un second objectif vise à préserver un espace de liberté et d'autonomie. Les résidents sont encouragés à participer aux activités de la vie quotidienne en fonction de ce qu'ils peuvent ou de ce qu'ils veulent bien faire, mais ils peuvent aussi choisir de rester dans leur appartement. Leurs choix sont pris en compte aussi bien dans leur projet de vie individualisé que dans le contrat de séjour ou bien dans le projet de maison. Ce principe s'inspire directement du modèle canadien selon lequel on ne doit

³¹ Extrait de la plaquette de présentation du label MARPA réalisée par le service communication de la CCMSA

pas s'éloigner des habitudes de vie, pour ne pas stigmatiser ni accroître le risque de dépendance des personnes aidées.

Enfin, l'accompagnement médico-social repose sur un travail coordonné entre le personnel de la MARPA et les intervenants extérieurs. Il a pour but de stimuler voire d'améliorer l'autonomie des personnes accueillies. Le projet d'accompagnement et de soins tient compte des besoins, des capacités et des souhaits de chacun. L'animation s'appuie sur les ressources locales à partir des savoir-faire, des centres d'intérêt et des souvenirs des résidents. En terme de soins, la MARPA apporte un premier niveau de réponse en terme de prévention, en référence à la notion de « care » : évitement des facteurs de risque, actions sur la motricité, le cognitif, la nutrition, l'hydratation, etc. Concernant le « cure », la MARPA fonde son organisation sur les ressources externes conformément aux dispositifs réglementaires spécifiques aux petites unités de vie³². L'objectif est de mobiliser et coordonner les ressources médicales et paramédicales du territoire autour du résident pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Cette organisation doit figurer dans le règlement de fonctionnement et peut faire l'objet d'une convention de partenariat avec les professionnels soignants du secteur.

b) Un bâti qui doit répondre à des normes architecturales prédéfinies

La construction d'une MARPA doit répondre à des contraintes précises en matière d'architecture mais aussi en termes de coût. Comme le souligne Philippe DEHAN, en avant propos de son ouvrage sur l'habitat des personnes âgées, « *L'impact de l'architecture est particulièrement prégnant sur les personnes âgées, et les erreurs, les mauvais choix ont de grandes conséquences sur leur vie* ». ³³ Il est en effet nécessaire de privilégier un éclairage naturel, d'éviter les linéaires de couloir et de prévoir l'articulation entre les espaces collectifs et privés. C'est bien ainsi qu'est conçue l'architecture des MARPA.

La conception et la localisation des bâtiments sont extrêmement liées à la réalisation du projet social. Pour cela, l'unité de vie est construite de plain-pied au sein du village afin de faciliter les rencontres et les échanges avec les autres habitants. Le bâtiment comprend des espaces collectifs situés au centre et plusieurs ailes qui regroupent

³² Décret n°2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du code de l'action et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire).

³³ DEHAN P., 2007, « L'habitat des personnes âgées – Du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer », Editions LE MONITEUR

une vingtaine de logements permanents ou temporaires (25 résidents maximum). Les logements se présentent sous la forme de studios de 30 m² minimum, avec kitchenette, salle de bain adaptée, une sortie extérieure privative et un jardinet. Les équipements sont adaptés à une vie autonome et répondent à des critères d'ergonomie et de sécurité. Les locaux communs comportent un espace d'accueil et un salon relié à la salle à manger et à la cuisine. Celle-ci doit répondre aux normes techniques tout en permettant aux résidents de participer à la confection des repas. D'autres pièces complètent cet équipement (bureau, chambre de veille, salle de soins, buanderie, sanitaires communs, vestiaires...).

Le concepteur et le maître d'ouvrage, tout en répondant au respect des contraintes architecturales du lieu, doivent être attentifs à la maîtrise des coûts lors du choix des matériaux et de la détermination de la taille des locaux. Le montant de l'investissement a en effet un impact direct sur le montant des loyers des résidents. Pour limiter cet impact, l'installation de certains équipements innovants ou le recours à des avancées technologiques pour intégrer la maison dans son environnement peuvent faire l'objet d'une demande de financements spécifiques.

c) Un apport au contexte socio- économique du milieu rural

Pour la MSA, comme pour les collectivités territoriales, l'enjeu socio-économique est de conserver sur le département une démographie médicale et paramédicale suffisante, de créer des emplois sociaux et de maintenir des commerces en milieu rural. L'installation d'une MARPA sur une commune permet d'y maintenir 24 personnes âgées dans leur environnement. La non médicalisation conditionnant le label MARPA assure implicitement une clientèle aux professionnels de santé libéraux et peut inciter à leur installation. En retour, les médecins ou cabinets d'infirmiers installés peuvent prendre en charge les personnes âgées maintenues à domicile. Ces dernières requièrent également plus ou moins l'intervention d'auxiliaires de vie, ce qui induit des créations d'emplois d'aide à la personne. Les conventions passées avec les établissements sanitaires, avec les établissements et services pour personnes âgées et, le cas échéant, avec des équipes mobiles de soins palliatifs et la coopération avec les CLIC constituent un véritable réseau territorial gérontologique.

Enfin, les besoins en logistique et en entretien de la structure, le recours par les résidents aux commerces ou aux services de proximité sont créateurs d'emplois directs ou indirects sur le territoire environnant. La présence d'une MARPA favoriserait ainsi le maintien d'un tissu sanitaire et social et par là même un certain dynamisme dans la commune, voire dans l'intercommunalité.

1.3.2 Un concept s'inscrivant dans un cadre juridique conforme à la réglementation en cours

Juridiquement, les MARPA sont des établissements médico-sociaux, correspondant à la définition de l'article L.312-1, alinéa 6 du Code de l'action sociale et des familles : *« les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».*

Leur création et leur fonctionnement s'articulent en réalité autour de trois registres juridiques afin d'être en conformité avec la réglementation en vigueur au bénéfice des personnes accueillies en secteur médico-social :

- La réglementation du logement social : le statut de « foyer logement » permet aux résidents de pouvoir bénéficier de l' A.P.L. (Allocation Personnalisée au Logement) versée par la Caisse d'allocations familiales (CAF).
- La réglementation des petites unités de vie qui permet de déroger aux règles de tarification et de conventionnement (art. L.313-12 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) : application de l'APA comme au domicile en intégrant les coûts du personnel dans le plan d'aide et organisation des soins en appui sur les services de soins à domicile.
- La réglementation prévue par la loi 2002-2 concernant le régime d'autorisation de création, extension et de renouvellement, l'utilisation des outils de référence (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, conseil de vie sociale, projet d'établissement) et l'évaluation régulière dans le cadre de la démarche qualité.

1.3.3 Un label pour garantir le respect du concept

Le label « MARPA » a été créé dans les années 80 par la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA). C'est donc cet organisme national qui autorise (ou qui retire en cas de non respect du concept) la labellisation. Pour les porteurs de projet, il s'agit en quelque sorte d'obtenir une carte d'identité permettant à l'institution d'être reconnue auprès des interlocuteurs locaux et nationaux comme porteuse des caractéristiques voulues par la MSA. La procédure d'obtention de cette « marque déposée », repose sur des critères préalablement définis, à savoir le respect des valeurs et des principes figurant dans le concept social et architectural de ces petites unités de vie.

Lorsqu'un projet est connu, le promoteur (CCAS ou association) est reçu par les services de la MSA, en présence du (de la) Président(e) du conseil d'administration. Le promoteur est informé de l'obligation de respecter le concept social et architectural des MARPA. Il doit réaliser en préalable une étude de besoins auprès des populations ainsi que des partenaires qui seront inévitablement impliqués dans la prise en charge des résidents. L'information des partenaires est en effet primordiale car ces derniers doivent être en capacité, par la suite, de répondre aux demandes des futurs résidents et, le cas échéant, à l'évolution de la dépendance dans la structure. Si l'analyse de besoins est satisfaisante, le promoteur procède ensuite à une étude de faisabilité (fonctionnement, construction, financement...). Le projet doit s'inscrire dans la dynamique du réseau MARPA, à savoir, l'adhésion à la charte nationale des MARPA³⁴, la participation de la MSA à la structure gestionnaire ou au conseil de vie sociale et la signature d'un contrat qualité (réglementation loi 2002-2) avec la Fédération Nationale des MARPA et la MSA accompagnant le projet. Celui-ci doit également faire l'objet d'une autorisation par l'autorité de contrôle (CG) et donc d'un avis préalable du CROSMS.

La CCMSA délivre d'abord un label provisoire. A l'ouverture, elle procède à une visite de conformité avant d'octroyer le label définitif. Le concept original, actualisé en 2003, n'est pas figé. Il peut évoluer selon les attentes des résidents, du contexte réglementaire, politique ou économique des petites unités de vie. Chaque acteur du réseau MARPA est solidaire et co-responsable de sa mise en œuvre et de son évolution.

Toutes les MARPA sont regroupées au sein d'une fédération nationale (FNMARPA), créée en 1993. Celle-ci regroupe et anime le réseau constitué des maisons et de leurs gestionnaires, des caisses de MSA et des partenaires institutionnels. Elle développe un programme de formation en direction des élus et des personnels, leur apporte un appui technique et assure la représentation et la promotion nationale du réseau auprès des pouvoirs publics.

1.3.4 Le cas de la Vendée : le développement des MARPA

Bien que son littoral lui confère une renommée touristique, la Vendée est avant tout un département rural où la MSA occupe une place importante. En effet, l'agriculture demeure en Vendée une activité importante par le volume, la qualité des productions et l'étendue de la surface agricole utilisée. Bien qu'on assiste depuis trente ans à une profonde mutation de cette activité (31 400 exploitations en 1970 et 10 373

³⁴ Annexe V

seulement en 2000), la Vendée est encore le 5^{ème} département agricole français. Ce secteur emploie 7,6 % de la population active (3,8% au niveau national) et 77% de la superficie du département (55% pour la France entière) est utilisée par l'agriculture³⁵. Aujourd'hui, les anciens agriculteurs sont retraités et se retrouvent souvent isolés, loin des bourgs. C'est donc pour rompre cet isolement et maintenir une activité dans les petites communes rurales que la MSA de Vendée a soutenu dès la fin des années 1980, les projets de création des MARPA.

La première MARPA de Vendée a vu le jour en 1991 à TIFFFAUGES, sous l'impulsion du Maire, à partir d'une expérimentation en Indre-et-Loire. Il se rappelle « *avoir dû convaincre à la fois les services de la DDASS mais aussi ceux du Conseil Général* », qui ne se sont pas immédiatement ralliés à cette initiative. Aujourd'hui pourtant, pour faire face à l'explosion démographique des personnes âgées qui se dessine à l'horizon 2015, les petites unités de vie constituent, pour la collectivité vendéenne, une des priorités du schéma gérontologique départemental. Il convient de noter que toutes les maisons vendéennes sont gérées par des CCAS, alors qu'au niveau national, cette gestion est assurée à 50% par le secteur associatif.

Douze MARPA sont actuellement ouvertes et une dizaine de projets sont à l'étude, soit environ 10% de l'offre nationale. Ce développement, que l'on retrouve par ailleurs dans d'autres départements ruraux, ne peut s'opérer que s'il repose sur une offre territoriale de soins médicaux et paramédicaux suffisante et sous réserve d'une bonne gestion du GMP dans la structure. Or, dans une des maisons, le taux de dépendance est bien au dessus des moyennes tolérées pour une unité non médicalisée. La DDASS a dû créer spécifiquement des places de SSIAD pour assurer la sécurité dans cette MARPA. Parallèlement, la signature des conventions tripartites a augmenté de manière considérable les autorisations de places médicalisées en EHPAD. Pour autant, les financements n'ont pas suivi. Début 2009, il restait près de 400 places non financées pour la partie soins.

La question de la prise en charge des personnes âgées en MARPA s'articule donc, pour les services de l'Etat, autour de deux axes : d'une part, la sécurité et la qualité des soins apportés aux résidents et, d'autre part, les possibilités de financement dans un contexte de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

³⁵ Portail Internet des services de l'Etat en Vendée – 10 mars 2008 « Les grands secteurs d'activité »

2 Les MARPA vendéennes : un concept majoritairement respecté mais qui soulève certaines interrogations

Toute analyse nécessite, en préalable, un état des lieux, un diagnostic avant de s'inscrire dans une prospective. Cette deuxième partie rend compte des constats et des éléments que j'ai pu recueillir en territoire vendéen. Si les visites d'établissements et les entretiens avec les responsables et gestionnaires de ces structures plaident en faveur du maintien du concept, il n'en demeure pas moins que certains interlocuteurs extérieurs ont une vision plus nuancée dont il convient de tenir compte pour avoir un éclairage complet.

2.1 Un fonctionnement qui, globalement, ne trahit pas ses objectifs

Je n'ai pas visité toutes les MARPA mais dans celles où je me suis rendue, j'ai été marquée par la convivialité et la gaieté des lieux. Il me revient pourtant de porter un regard objectif au-delà de mon ressenti personnel et de rendre compte de mes constats sur le fonctionnement des maisons vendéennes.

2.1.1 Au regard du concept MSA

Sur le plan architectural, le bâti correspond bien aux obligations du label : beaucoup de logements T1bis de plus de 30m², de plain pied, aménagés avec du mobilier personnel et ouverts sur des petits jardinets entretenus par les résidents. Les équipements cuisine, salle d'eau et WC sont adaptés. Les espaces communs sont vastes et proches des appartements. En revanche, il arrive que la structure soit un peu excentrée par rapport au village. C'est d'ailleurs le seul reproche exprimé dans le retour des questionnaires. Pour le reste (emplacement au sein du bâti, confort et surface), 142 résidents sur 150 sont très satisfaits ou satisfaits.

Sur le plan social, le fonctionnement et la prise en charge sont assez homogènes d'une structure à l'autre, qu'il s'agisse du rôle de la responsable, du profil des résidents, des ressources humaines ou de l'organisation de la vie sociale.

a) Profil des responsables

Les cinq responsables rencontrées ont toutes été recrutées pour l'ouverture de la structure par le CCAS de la commune, sous statut de fonctionnaire territorial. La plus ancienne est sur son poste depuis 1993. Deux d'entre elles avaient déjà exercé la fonction dans une autre MARPA. Les autres ont des profils divers (aide-soignante, conseillère en ESF ou simplement personne de terrain). Elles assurent toutes des

fonctions d'encadrement, de gestion des ressources humaines, de logistique et sont parfois chargées de la comptabilité lorsque le CCAS leur délègue cette compétence. Elles travaillent du lundi au vendredi, en moyenne de 8h30 à 18h et n'interviennent le week-end qu'en cas d'urgence. Les absences pour congés font l'objet d'une organisation avec le CCAS. Elles ont toutes suivi la formation dispensée par la Fédération Nationale des MARPA, à raison de 3 jours par mois pendant un an. Les autres formations les plus suivies concernent la bientraitance (formation humanitude), les soins palliatifs et la méthode HACCP³⁶.

b) Profil des résidents

Les personnes accueillies sont majoritairement des femmes. Il y a également quelques couples (1 à 3 par maison). La plupart sont originaires de la commune ou plus rarement d'une commune limitrophe. La moyenne d'âge est d'environ 86 ans. A l'entrée, elle est de 81,5 ans mais avec exceptionnellement des personnes entrées très jeunes (5 p. entre 52 et 63 ans à l'arrivée). Sur les 150 personnes ayant répondu à l'enquête³⁷, 89 ont indiqué que leur vie en MARPA relevait d'un choix personnel, le plus souvent pour ne plus être seul ou pour être en sécurité. « *Je n'avais plus l'envie de me faire à manger* » m'a dit l'une d'elles. Une autre : « *Je suis rassurée* ».

Globalement, le niveau de dépendance est peu élevé (environ 300). Pour les GIR 5 et 6, le GMP est établi par le médecin traitant et le personnel MARPA à partir de la grille AGGIR qui permet un calcul automatique. Pour les GIR 1 à 4 ou en cas de changement de taux, l'évaluation est faite par les services du Conseil général. Une enquête réalisée en 2008 par la MSA dans dix MARPA montre que 64% des résidents permanents sont classés en GIR 5 et 6 et 23% en GIR 4. Sur 228 dossiers, seulement 2 relevaient du GIR 1. Mes visites m'ont permis de confirmer le bon niveau d'autonomie des personnes hébergées. Ce critère fait d'ailleurs partie des conditions d'admission requises par certains gestionnaires.

c) Effectif/ organisation du temps de travail

Dans la plupart des cas, les agents sont le plus souvent au nombre de 9 à raison de 20 à 24 h/semaine, auxquels il faut ajouter la responsable, soit une moyenne de 7 à 8 ETP (équivalent temps plein). Les salariés sont recrutés par la responsable de maison en accord avec le Président du CCAS. Les profils sont variés et les équipes

³⁶ HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point = système d'identification, d'évaluation et de maîtrise des dangers significatifs au regard de la sécurité alimentaire (NF V 01-002)

³⁷ Voir Annexe 6 : fiche récapitulative des réponses au questionnaire de satisfaction

sont polyvalentes : AMP³⁸, aides à domicile (CAFAD/AVS)³⁹, expérience en restauration collective ou non diplômées mais motivées par l'emploi proposé.

Les employeurs priorisent des personnes mûres, domiciliées sur la commune ayant la volonté de s'inscrire dans le projet et acceptant la polyvalence. Ils misent sur les formations à l'emploi pour développer les compétences et sur leur participation à l'ouverture de la MARPA qui les valorise. Il y a l'équipe du matin (2 personnes chargées de la cuisine, de la lingerie et des locaux), l'équipe d'après midi (1 à 2 personnes chargées du dîner et de l'animation) et une personne pour les nuits. Les agents travaillent un week-end sur trois. Ils assurent tour à tour la restauration, la blanchisserie et l'entretien des locaux communs. L'intervention dans les logements reste exceptionnelle puisque ce sont des services d'aide à domicile qui interviennent pour les personnes reconnues dépendantes. Le personnel entendu apprécie le roulement des horaires, la disponibilité de la responsable et les formations proposées. Les transmissions quotidiennes facilitent l'articulation et la bonne entente entre les équipes.

L'effectif peut paraître restreint mais il est complété par l'aide des familles ou de proches (pour l'entretien du logement) et de bénévoles de la commune (pour l'animation). D'ailleurs, un des objectifs de la MARPA étant de favoriser les liens sociaux entre le résident et ses proches (famille ou amis), ces derniers sont invités à signer un engagement d'accompagnement de la personne accueillie, en coordination avec les professionnels de la maison, afin « *de contribuer à la qualité de son séjour* ».

d) *Les animations*

Les animations proposées dans les MARPA présentent beaucoup de similitudes d'une structure à l'autre. Les activités plébiscitées sont le loto et les jeux de cartes. Parmi les autres activités, figurent entre autres, le scrabble, le triamino, les ateliers créatifs, les expositions, la préparation de certaines manifestations festives (Noël, kermesses, défilés de chars fleuris...). Sont également appréciés les moments où les résidents évoquent leur jeunesse au travers d'anciennes chansons ou d'ateliers « récits d'autrefois » qui permettent au personnel d'avoir une meilleure connaissance des vies et des habitudes des résidents (ex : « *quand les dames allaient au lavoir* »). Dans un département comme la Vendée, la pratique religieuse est intégrée aux activités dans le respect des croyances.

³⁸ AMP : aide médico-psychologique

³⁹ CAFAD : certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile remplacé en 2002 par le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (AVS)

Les après-midi sont aussi des moments d'échanges intergénérationnels. Il arrive ainsi que les enfants du centre de loisirs de la commune viennent partager un temps avec les résidents. Certains ont même joué à la Wii et ont trouvé très drôle de « *lancer les quilles dans la télé* ». Ces moments d'échanges avec les enfants sont très importants car ils maintiennent le lien avec les habitants. Autre point commun aux MARPA visitées : la venue régulière du club du 3^{ème} âge de la commune (concours de belote, loto...) qui permet par ailleurs de promouvoir l'image de ce lieu de vie auprès des personnes âgées extérieures.

Enfin, la sortie annuelle organisée dans certaines MARPA est un temps fort qui mobilise les résidents autour d'un projet. « *On en parle beaucoup avant, on s'en réjouit et puis ensuite on a les souvenirs et les photos à montrer à nos enfants et nos petits enfants* ». Dans l'ensemble, les entretiens avec les résidents et leurs réponses à l'enquête font ressortir un bon taux de satisfaction concernant les animations. Cependant dans quelques structures, des améliorations pourraient être apportées, notamment là où les responsables ont privilégié l'autonomie des résidents en matière d'occupation. Le retour de la synthèse des questionnaires leur a permis de repenser leur fonctionnement.

e) *Le projet de vie*

A l'exception d'une MARPA parmi les cinq visitées, il n'y a pas de projet de vie écrit. Celui-ci est le plus souvent informel et s'appuie beaucoup sur la transmission orale. Dans la mesure où l'admission est souvent précédée d'une visite de la responsable au domicile du futur résident, celle-ci permet d'observer les modes de vie, d'entendre la personne âgée sur ses motivations et ses habitudes. Il en est ensuite tenu compte dans la prise en charge. Par ailleurs, le personnel, souvent originaire de la commune, connaît les résidents. Il leur revient de distinguer ce qui peut être utilisé de ce qui ne doit pas être divulgué. Il leur est donc rappelé régulièrement, lors des réunions de service, l'obligation du respect du secret professionnel.

2.1.2 Au regard de la réglementation

a) *Un accueil et une prise en charge conformes aux obligations de la loi 2002-2*

A l'exception du projet d'établissement qui n'était pas toujours rédigé, toutes les structures visitées disposaient des outils imposés par la loi de janvier 2002 :

- La Charte des droits et libertés de la personne accueillie qui est affichée à l'entrée de chaque maison.
- Le livret d'accueil qui rappelle le concept, les modalités d'admission, les frais de séjours, la description des espaces de vie collectifs et individuels, les prestations incluses ou non dans les tarifs, les animations proposées et les intervenants extérieurs (professionnels de santé, aides ménagères, coiffeuse, service religieux), précisant qu' « *une collaboration étroite, de tous ces intervenants avec l'ensemble de l'équipe, est nécessaire dans le respect du secret professionnel* »⁴⁰.
- Le contrat de séjour entre le résident et le gestionnaire qui précise les dispositions générales, les conditions d'admission, la description des locaux et les modalités de mises à disposition du logement individuel, le détail des prestations et services proposés, le mode de fixation des tarifs, certaines dispositions particulières et les possibilités de résiliation.
- Le règlement de fonctionnement (ancien règlement intérieur) où l'on retrouve les éléments du contrat de séjour mais avec une portée plus générale et plus juridique. IL mentionne que « *le gestionnaire se porte garant d'une bonne information des résidents et de leur famille* » et que leur représentation est assurée par la mise en place du Conseil de la Vie Sociale. Ce règlement est remis à chaque résident qui, après lecture, le date et le signe avec la mention « lu et approuvé ». Une fois contre signé par le gestionnaire, l'original est remis au résident et une copie est gardée dans l'établissement.
- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) qui est composé de collègues représentant les usagers, les familles représentants légaux, le personnel, l'organisme gestionnaire et la direction de l'établissement. En plus de cette composition réglementaire, le CVS des MARPA comprend un membre de la caisse locale de la MSA et un représentant du réseau extérieur (médecin traitant, infirmière...justifiant d'une intervention effective dans l'établissement). Il se réunit au moins 3 fois par an et donne son avis ou émet des propositions sur le fonctionnement de la MARPA, les projets de travaux et d'équipements, les tarifs, l'entretien des locaux, l'animation Il est obligatoirement consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement.

Ces outils garants de l'information et de la participation des usagers sont globalement connus des résidents ainsi qu'en témoignent les réponses au questionnaire qu'ils ont remplis. Certains, en revanche semblent ignorer la non médicalisation de la structure bien qu'elle soit mentionnée dans le livret d'accueil et le règlement de

⁴⁰ Extrait du livret d'accueil de la MARPA « Arc en Ciel » de ST MESMIN

fonctionnement. Toutefois, il faut relativiser cette information dans la mesure où le terme de médicalisation peut être mal interprété par les personnes âgées. Au-delà de ces outils, il reste à regarder la prise en charge au quotidien.

Pour les personnes les plus autonomes, l'apport de la MARPA par rapport au domicile consiste essentiellement à ne pas vivre seul. Le fait de partager les repas, de participer à leur préparation, voire dans certaines MARPA de cultiver les légumes qui seront mis sur la table, de bénéficier des animations proposées par l'établissement, de pouvoir compter sur le personnel en cas de nécessité, répond à leurs besoins. La vie en petite collectivité permet de stimuler à la fois le corps et l'esprit, dans la mesure où chacun se connaît et a donc à cœur de garder sa fierté. *« Je mets le pain, le vin et l'eau sur la table »*, m'a dit un vieux monsieur, ravi de pouvoir faire quelque chose. Pour une autre résidente, la MARPA, *« c'est une grande famille »*. Ce sentiment d'appartenance à une communauté pourrait expliquer, malgré le grand âge de certains, le recul de la dépendance. C'est du moins l'avis du Maire de TIFFAUGES qui pense que *« certains établissements fabriquent de la dépendance. Il faut apprendre à faire avec et non pas à la place de..., accompagner chaque geste et ne pas se substituer, sinon la personne âgée perd vite son autonomie. A TIFFAUGES, on les pousse plutôt à se prendre en charge, en leur expliquant que pour bien vieillir, il faut maintenir une certaine activité et donc participer à la vie de la MARPA »*.

D'après les questionnaires et les échanges avec les résidents, ces derniers sont, pour la plupart, très satisfaits de l'aide à la vie quotidienne. Ils estiment tous que leur intimité est respectée et qu'ils bénéficient, le plus souvent, de l'aide nécessaire. J'ai ainsi entendu : *« on ne peut pas faire mieux »*.

b) Une prise en charge de la dépendance et des soins qui déroge à la loi 2002-2 mais réglementairement

Le Code de l'action sociale et des familles dispose que les établissements d'hébergements pour personnes âgées, dont le GMP est supérieur à 300 doivent passer une convention pluriannuelle avec le préfet de département et le président du conseil général (art. L.313-12, alinéa I). Mais l'alinéa II du même article ouvre une dérogation possible pour les établissements de moins de 25 places, même si le GMP

est au-delà de 300. Un décret du 10 février 2005⁴¹ permet aux PUV non conventionnées, soit de bénéficier d'un forfait journalier de soins couvrant des soins infirmiers, soit d'avoir recours à un SSIAD, à un SAAD ou à un service polyvalent.

Pour les personnes plus dépendantes (à partir du GIR 4), le recours aux services d'aide à domicile est basé, comme à domicile, sur le plan d'aide proposé par les services de la DSF du conseil général.

Les résidents peuvent faire appel à des auxiliaires de vie sociale, elles-mêmes employées par des associations spécialisées dans l'aide à domicile, comme l'ADMR ou l'UDAMAD. Ces employées, diplômées, peuvent aider à l'entretien du logement mais aussi à la toilette. Ces tâches sont parfois exercées par les aides soignantes travaillant dans les SSIAD. Dans certaines MARPA, les « aides ménagères » sont des employées de la commune.

Parmi les différentes modalités de médicalisation offertes par le décret susvisé, le réseau des MARPA a choisi de privilégier le recours aux prestataires extérieurs et de renoncer à signer une convention pluriannuelle ou à percevoir un forfait global de soins. La prise en charge médicale est assurée, comme au domicile par le médecin traitant du résident (souvent médecin de la commune ou de la commune voisine) à raison d'une visite en moyenne par mois (annexe 6). Les soins infirmiers sont assurés soit par des cabinets libéraux, soit par le SSIAD le plus proche qui peuvent également proposer les services d'aides soignantes. L'étude réalisée auprès des résidents montrent que le recours au kinésithérapeute et au pédicure dépend beaucoup de la présence ou non de ces professionnels sur la commune. Il est intéressant de mentionner la démarche d'un CCAS qui a pris la décision de financer, au kinésithérapeute intervenant dans la MARPA, une démarche de prévention auprès des résidents.

Ainsi, l'audition des responsables de maison, des présidents de CCAS, du personnel et des résidents et la visite des locaux plaident en faveur du maintien de ces structures qui respectent à la fois le concept voulu par la MSA et la réglementation en vigueur. Toutefois, je n'ai vu que cinq MARPA sur les douze existantes et je n'ai reçu que 50% des questionnaires envoyés. Mon ressenti, il est vrai, favorable, est peut-être faussé par un manque d'exhaustivité de mon enquête. Par ailleurs, lors de mon stage en Vendée, une MARPA faisait l'objet d'une attention particulière de l'ensemble

⁴¹ Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L.312-12 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code.

des institutions concernées. En effet, cette maison que j'appellerai la MARPA X présente un GMP très élevé et le président du CCAS gestionnaire souhaite obtenir sa médicalisation « à la demande des familles ». Cette demande de médicalisation n'est pas conforme au concept. Les représentants de la MSA, de la FNMARPA, de la CCMSA sont plutôt favorable au maintien du label sous réserve que l'établissement s'engage dans un contrat de progrès, à savoir un retour à un GMP plus proche de 350. Pour me permettre une analyse plus complète de la problématique du grand âge en MARPA, le regard d'acteurs extérieurs s'imposait.

2.2 Des avis extérieurs plus nuancés

Ayant constaté que le mode d'hébergement et l'accompagnement social étaient globalement satisfaisants, il convient d'objectiver ce constat par des regards extérieurs sur la qualité de la prise en charge du grand âge lorsque la dépendance s'installe et qu'un suivi médical s'impose.

2.2.1 A propos de la prise en charge de la dépendance

Le positionnement actuel de la MSA est bien sûr primordial. Mais les associations intervenant dans le secteur de l'aide à domicile telles que l'ADMR, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et les directeurs d' EHPAD sont des observateurs essentiels dans ce domaine et leur vision extérieure apporte des éléments indispensables à l'analyse qui sera menée par la suite.

a) Les recommandations de la MSA

Pour la responsable du service « actions sanitaires et sociales » à la MSA de VENDEE, le problème de la trop grande dépendance ne s'est posé qu'à la MARPA X car cette structure reste dans l'idée initiale qui était de « garder les gens jusqu'au bout ». Aujourd'hui, le concept a évolué au regard de l'augmentation de l'espérance de vie. Les MARPA ne peuvent plus accompagner jusqu'à la fin mais « tant que cela est possible ». Si la dépendance devient trop importante, les résidents sont réorientés vers une structure adaptée. Il en est de même s'il s'agit d'une personne atteinte d'un ALZHEIMER fuguant ou violent. Dans ce cas, la MARPA n'est plus adaptée.

D'ailleurs, l'enquête réalisée par la MSA sur le GMP des MARPA montre que celui-ci est très variable d'une année sur l'autre, ce qui sous-entend que dans la majorité des cas, les CCAS respectent le concept. On ne constate pas d'évolution de la grande dépendance. De plus, les SSIAD sont à saturation en prise en charge et ne pourrait pas absorber une augmentation d'activité. Lorsqu'il est constaté un GMP supérieur à 400 (seuil d'alerte), la MSA intervient pour rappeler qu'il convient d'être vigilant.

b) Le point de vue des services de l'ADMR

L'ADMR a été créée il y a plus de 60 ans pour accompagner à domicile ou en lieux de vie, les personnes fragilisées handicapées et/ou dépendantes. En Vendée, elle fédère 111 associations (84 pour l'aide aux personnes, 12 centres de soins infirmiers, 16 SSIAD, 1 pour les lieux d'accueil enfants/parents, 1 pour la télé assistance et 1 pour la gestion des lieux de vie). Concernant l'aide aux personnes âgées, le nombre total d'heures effectuées s'est élevé, en 2008, à 1 752 711 heures dont 45% ont été financées par l'Allocation départementale pour l'autonomie (ADPA). D'ailleurs l'ADMR participe activement aux commissions ADPA organisées chaque semaine par le conseil général. Elle travaille également en partenariat étroit avec la MSA et avec d'autres associations intervenant dans le département.

La Fédération ADMR Vendée emploie au total 2 853 salariés, soit 1 856 ETP qui, sous l'autorité de bénévoles, apportent leur savoir-faire au service des publics qui en ont besoin. Au nombre de ces salariés, figurent notamment 2008 aides à domicile, 22 infirmières coordinatrices, 95 infirmiers et 190 aides-soignants.⁴² En terme d'aide aux personnes, l'ADMR 85 couvre 277 communes sur les 282 du département. C'est dire tout le poids de cette fédération dans le tissu sanitaire et social du territoire vendéen.

L'ADMR intervient dans les MARPA à deux titres : soit au titre de l'aide à domicile (SAD), soit au titre de la prise en charge en soins au sens large du terme (SSIAD).

Pour la directrice adjointe « Santé Qualité », les MARPA gèrent globalement bien la dépendance et ces structures sont une alternative adaptée pour des personnes qui souhaitent avant tout ne pas être isolées. Toutefois, le transfert vers un EHPAD s'avère indispensable lorsque la dépendance devient trop importante, notamment en cas de dégradation sévère du système cognitif (démence, maladie d'Alzheimer). Il faut également être vigilant au maintien de la bienveillance dans la mesure où le personnel des MARPA est en effectif limité et où les professionnels extérieurs sont aussi parfois débordés par les besoins existants. Pour elle, tout repose sur les choix des gestionnaires et sur les compétences et la personnalité de la responsable de maison. Il ne faut pas courir le risque d'arriver à des cas de maltraitance en voulant à tout prix garder les résidents jusqu'à la fin de leurs jours.

Interrogée par messagerie, la responsable d'un secteur de SAD dont l'un intervient dans une MARPA à raison de dix aides à domicile, 3 fois/jour du lundi au dimanche,

précise que, dans cette maison, 50% des résidents sont dépendants et que trois d'entre eux sont en phase terminale. Malgré la coordination avec la responsable, avec les salariés de la structure et avec les autres intervenants pour respecter le plan d'aide établi par le conseil général, l'organisation est fragile, ce qui génère parfois des conflits. Par ailleurs, la coordination, chronophage, mériterait d'être formalisée par convention. Pour cette responsable, le transfert vers un EHPAD est à éviter. La personne âgée perd ses repères, se retrouve éloignée de ses proches et déracinée. La transformation en structure médicalisée présenterait l'avantage de pouvoir disposer d'un personnel qualifié sur place mais l'inconvénient de faire cohabiter des personnes autonomes avec d'autres très dépendantes.

c) Le point de vue d'une coordinatrice de CLIC

Pour mémoire, les centres locaux d'information et de coordination sont des services sociaux et médico-sociaux visés au 11° de l'article 312-1 du CASF. Financés en grande partie par le conseil général, ils ont pour missions :

- L'accueil par l'écoute, l'information des personnes âgées et de leur famille sur toutes les demandes (soutien à domicile, entrée et vie en établissement, aides financières, etc.) et l'orientation vers le partenaire concerné si nécessaire.
- La coordination des actions autour de la personne et la coordination institutionnelle par la création de réseaux.
- La mise en place d'actions collectives d'information et de prévention (permanence dans les communes)
- Un rôle d'observatoire (réalisations d'enquêtes de besoins)

La personne rencontrée est coordinatrice d'un des onze CLIC vendéens, lequel couvre neuf communes, soit environ 3 000 personnes âgées. Son activité est majoritairement orientée vers les personnes âgées de 75 ans et plus (41% ont entre 75 et 84 ans et 25% entre 85 et 89 ans). Les motivations les plus fréquentes du recours au CLIC sont la dégradation brutale de l'état de santé, les sorties d'hospitalisation, l'isolement de la personne, l'usure des aidants, la recherche d'hébergement temporaire ou permanent ou bien la mise en place des aides à domicile.

Dans le cadre de sa mission d'observation, le CLIC développe des projets comme la coordination hôpital/domicile par la formalisation de procédures (ex : fiche navette SAD/établissement de santé). En dehors des missions fixées par le CASF, les

⁴² Données issues du rapport d'activité 2008 de l'ADMR 85 présenté en Assemblée générale le 24 avril 2009.

coordinatrices ont mis en place des actions collectives de prévention en lien avec d'autres partenaires (un atelier « santé seniors » proposé par le COVESS⁴³ et un atelier des chutes avec S.I.E.L. Bleu⁴⁴). En 2008, les coordinatrices ont été sollicitées par 250 personnes et ont effectué 900 entretiens, soit 56% de plus qu'en 2007. Cette progression d'activité prouve que le CLIC est désormais reconnu par les personnes âgées et leur entourage.⁴⁵

Pour la coordinatrice du CLIC, les MARPA sont des structures prévues pour des personnes relativement « en forme ». Les difficultés de la MARPA X proviennent du fait qu'elle est présentée au public comme une maison de retraite traditionnelle et qu'elle accueille des personnes déjà fragilisées à leur entrée. Cependant, le CLIC entretient de bonnes relations avec cette MARPA et n'hésite pas à y adresser des personnes lorsqu'elles relèvent bien de ce type d'établissement. Pour la coordinatrice, les résidents bénéficient d'une bonne prise en charge, notamment depuis l'intervention du SSIAD, grâce aux places autorisées par la DDASS et depuis l'octroi d'un poste d'aide-soignante par le conseil général.

d) *Le point de vue de directeurs d'EHPAD*

Pour compléter ces regards externes, il m'a semblé juste aussi de recueillir l'avis de directeurs d'EHPAD. Pour l'un d'entre eux, exerçant dans un établissement proche de la MARPA X, ces structures «*sont des petites unités familiales qui n'ont pas les inconvénients liés à la taille des EHPAD* », les établissements de grande taille pouvant être facteurs de dépendance, ce qui explique l'engouement actuel pour les petites unités. Pour lui, le cas de la MARPA X n'est pas forcément isolé. Dans la mesure où le nombre de places d'hébergement en maison de retraite est insuffisant, il devient logique que les résidents des MARPA y restent jusqu'à leurs derniers jours.

En terme de comparaison de prise en charge, il faut relativiser cet avis. Ainsi, Sylvie FAUGERAS, dans son ouvrage sur « L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social »⁴⁶, cite l'exemple d'un EHPAD de Loire Atlantique (87 places et une moyenne d'âge de 92 ans) où l'enquête fait ressortir une impression de bien-être au sein de l'établissement. Pour l'auteur « *la qualité [dans cet EHPAD] repose avant tout sur l'état d'esprit de la directrice dont l'engagement transparaît dans tous les actes qu'elle pose au sein de l'établissement* ».

⁴³ COVESS : Comité vendéen d'éducation sanitaire et sociale

⁴⁴ S.I.E.L. Bleu : Sport Initiative Et Loisirs Bleu (association sportive pour retraités)

⁴⁵ Eléments issus du rapport d'activité 2008 CLIC remis le jour de l'entretien

⁴⁶ FAUGERAS S., 2007, « L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social – Paroles d'usagers et démarche qualité »

Pour un autre directeur, « *tout établissement à sa place, quelque soit sa capacité dans le cadre d'un réseau coordonné, d'une filière gériatrique.* »

2.2.2 A propos de la prise en charge médicale

Compte tenu des problèmes de démographie médicale et paramédicale, notamment en milieu rural, la prise en charge en soins des résidents des MARPA se pose avec la même acuité que pour les personnes ayant choisi de rester chez elles mais avec une difficulté supplémentaire : considérant que les personnes accueillies en MARPA bénéficient déjà de la présence du personnel de la structure et qu'à priori celle-ci est conçue pour des personnes plutôt autonomes, les SSIAD privilégient d'apporter leurs compétences au domicile des habitants de leur secteur. Néanmoins, le besoin est là et il faut bien y répondre. La réponse à apporter diffère selon les interlocuteurs.

a) L'avis de la DDASS

La problématique de la MARPA X, qui pourrait dans l'avenir se poser dans d'autres maisons, est ancienne mais c'est la demande de médicalisation déposée par le gestionnaire qui a déclenché une réflexion commune de tous les acteurs concernés (DDASS, CG, MSA, SSIAD, FNMARPA, CCSMA) avec le promoteur et la responsable de maison. Dans un premier temps, il a été financé deux places supplémentaires au SSIAD intervenant dans la structure et le conseil général a accepté d'accorder à 100% un poste d'aide soignant.

La position de la DDASS est claire : les places de SSIAD créées l'ont été à titre tout à fait exceptionnel. Réglementairement, elles n'ont pas à être dédiées spécifiquement. La demande de transformation en EHPAD, soit 24 places supplémentaires n'est pas inscrite au PRIAC, et même lorsqu'elles le sont, ceci ne signifie pas forcément un financement à la clé. En effet, la médicalisation des établissements se fait dans le cadre d'une enveloppe contrainte de la CNSA. En Vendée, la forte augmentation des places médicalisées engendrée par la signature des conventions tripartites et leur renouvellement n'a pas été suivie des crédits nécessaires. Il restait ainsi fin 2008, 396 places autorisées non financées. Les moyens seront donc en priorité affectés au financement de ces places. Pour 2009, ils le seront à hauteur de 112 places. Les 284 places restantes seront étalées sur les quatre prochaines années. La transformation de MARPA en EHPAD est donc difficilement envisageable. Les services de la DDASS se positionnent plutôt sur un retour à un GMP proche de la norme et sur la signature du contrat de progrès souhaité par la MSA, la FNMARPA et la CCSMA. Par ailleurs, la CNSA a fait savoir qu'il n'y aurait pas de crédits spécifiques. La transformation en EHPAD est donc très aléatoire.

b) Les orientations du Conseil général

Comme cela a été indiqué en introduction, le conseil général est très favorable aux petites unités de vie. Cette orientation figure dans les grands axes du schéma gérontologique et elle a été rappelée par le représentant de la collectivité lors de l'ouverture des Assises de la Bienveillance en septembre 2009. Toutefois, les services de la DSF avec lesquels je me suis entretenue ne sont pas favorables à la médicalisation. Ils ont cependant accepté de financer un poste d'AS dans deux MARPA pour assurer la qualité de la prise en charge et avant tout maintenir ces structures dans leur concept initial car elles répondent à une demande des personnes âgées et de leur famille.

c) Le positionnement du réseau MSA/ MARPA

Lors de ma rencontre avec la responsable de la MSA, celle-ci m'a réaffirmée que la médicalisation des MARPA n'était pas à l'ordre du jour pour l'instant. Pour elle, le concept veut que les MARPA s'appuient, si besoin, sur les SSIAD. Mais la position de associations gérant des SSIAD est de dire, que compte tenu de l'augmentation des besoins liée au vieillissement de la population, la priorité est donnée aux personnes isolées. Or, si les MARPA permettent de rompre avec l'isolement, elles ne disposent pas de personnels soignants. Pour pallier cet inconvénient, la MSA se positionne plutôt sur une augmentation des places de SSIAD. Ceci permettrait aux résidents de conserver leur professionnel de santé et aux collectivités locales et à la MSA de maintenir un tissu local d'intervenants sanitaires et sociaux du secteur libéral ou associatif (médecins, infirmières, kiné, personnel ADMR...).

Lors d'une réunion à la DDASS à propos de la MARPA X, à laquelle j'assistais, le gestionnaire a expliqué la difficulté d'une part, de faire sortir les résidents GIR 2 vers un EHPAD et donc de vider les lits et d'autre part, celle de la commission d'admission amenée à refuser l'entrée de personnes trop dépendantes alors qu'il n'y a pas de places ailleurs. Le représentant de la CCMSA, tout en reconnaissant les besoins, lui a rappelé les règles et la charte des MARPA. Si le concept n'est pas respecté, le label MARPA sera retiré. La MSA a par ailleurs proposé un accompagnement financier sur deux ans pour pallier l'insuffisance de recettes dans l'attente d'un retour à un GMP plus conforme (entre 350 et 400 points).

d) Le témoignage de responsables de SSIAD

Parmi les SSIAD de l'ADMR, deux ont accepté de répondre au questionnaire envoyé par mail. L'un intervient pour deux résidents dans une MARPA et l'autre pour six résidents répartis dans deux MARPA. Pour les deux référentes, la poursuite de l'intervention des SSIAD en MARPA est conditionnée au déblocage de places

supplémentaires. Pour la première, la prise en charge médicale « devrait être envisagée avant la réalisation des structures ». Quant à la seconde, elle constate une élévation importante du niveau de dépendance dans les maisons où elle intervient (beaucoup de GIR 2 et 3, parfois GIR 1). Pour toutes les deux, la médicalisation de la structure apparaît comme la meilleure solution et pourrait se traduire par un système de coopération avec des établissements voisins. Le transfert vers un EHPAD est considéré comme « dommageable pour la personne âgée et dramatique pour les couples concernés par l'aggravation de santé de l'un d'entre eux ». Mais il demeure inévitable dans certaines situations trop dégradées.

Pour la directrice du SSIAD qui intervient à la MARPA X depuis 14 ans, il n'est pas toujours possible de répondre à certaines exigences, comme par exemple d'intervenir tous les jours à 8h précises. Sur le canton, le service dessert 9 communes et prend en charge trente cinq personnes. La directrice confirme que les deux places octroyées par la DDASS pour la MARPA sont bien incluses dans l'organisation des tournées prévues.

e) *La place du réseau de soins palliatifs*

Le réseau de soins palliatifs ALTHEA, créé début 2004, a pour mission de fédérer l'accompagnement en fin de vie à domicile. A sa création, les MARPA qui, jusque là, avaient passé convention avec le secteur hospitalier, se sont adressées au réseau. Ce dernier a d'abord assuré la formation des responsables de maison, puis, plus récemment, celles des personnels. Par ailleurs, le médecin rencontre les responsables deux fois par an pour évoquer le cas de certains résidents. Pour celui-ci, l'accompagnement en fin de vie en MARPA est tout à fait possible, « *l'approche philosophique de ces structures étant proche de celle du réseau* » et le partenariat fonctionne bien. Concernant la médicalisation, le concept actuel ne pose pas problème tant que l'environnement, en interne comme en externe, permet de répondre aux besoins des résidents.

2.3 Des interrogations sur la viabilité économique

Après avoir entendu les différents acteurs concernés par la problématique, il m'a semblé important de porter un regard sur la situation budgétaire actuelle des MARPA afin d'avoir une idée sur leur viabilité économique.

2.3.1 Le budget de fonctionnement des MARPA vendéennes

L'étude comparative qui suit a été menée à partir des comptes administratifs 2008 de 11 maisons (la 12^{ème} n'ayant ouvert qu'en 2008) et des arrêtés de tarification du conseil général (dossiers disponibles à la DDASS).

Pour l'ensemble des MARPA, le total des charges s'établit en moyenne à 343 000 €, soit un coût moyen à la place de 14 300 €. Mais, alors qu'elles disposent toutes d'une capacité de 24 places, il existe un écart de 140 000 € entre celle qui présente les charges les moins élevées (250 000 €) et celle qui en présente le plus (390 000 €). Cet écart s'explique parfois par des constructions plus récentes et qui pèsent plus lourd sur les dépenses de structures. Mais il peut aussi s'expliquer par des différences sur les dépenses de personnel qui pèsent en moyenne pour 58% dans le total des charges. Les effectifs varient en effet entre 7,15 et 9,85 ETP.

Pour toutes les maisons vendéennes, le montant des produits est supérieur à celui des charges, ce qui signifie pour toutes une situation excédentaire qui leur permet une affectation soit à l'investissement soit à la couverture de charges de fonctionnement. Les produits de la tarification pour l'hébergement représentent en moyenne 82% des ressources. Ils s'établissent globalement à 300 000 €, soit une tarification moyenne mensuelle par résident de 1 040 € par mois. Les tarifs journaliers pour un T1bis (restauration et blanchisserie comprises) varient de 36,36 € pour la plus ancienne et à 43,17 € pour la plus récente. En revanche, les produits issus du tarif dépendance ne comptent que pour 9% dans le total des produits et s'élèvent en moyenne à 33 147 €, soit 115 € par mois et par résident.

Pour la MARPA X qui demande la médicalisation, les charges s'élèvent à 382 000 €, soit un coût à la place de 15 900 €. L'effectif y est de 9,85 ETP pour un coût total de 226 000 € et les produits de la dépendance sont comptabilisés à 62 000 €. Le poids des charges afférentes à l'exploitation courante et à la structure est en revanche proche des autres maisons (respectivement 20 et 22% en moyenne). La tarification à l'hébergement dégage 316 258 €, ce qui correspond à la moyenne des MARPA. En revanche, les tarifs liés à la tarification de la dépendance s'élève à 62 000€, donc presque deux fois plus que la moyenne en Vendée. Le total des produits est supérieur de 10 000 € à celui des charges. Le tarif journalier est comparable à celui des autres maisons puisqu'il est de 40,26 €.

De prime abord, cette analyse montre que même là où la dépendance est élevée, il est possible d'équilibrer les comptes et même de dégager un résultat positif. Mais il ne faut pas oublier que la dépendance y est financée en grande partie par le plan d'aide du conseil général, que la principale ressource est constituée par la tarification de l'hébergement aux résidents et que les dépenses de soins réglées par les résidents sont en majorité remboursables par l'assurance maladie.

2.3.2 Le regard des promoteurs

Pour les présidents de CCAS rencontrés, la gestion des MARPA, assurée par eux-mêmes ou déléguées aux responsables en fonction de leur compétence montre que les petites unités de vie sont viables. Pour l'un d'eux, la viabilité n'est pas une question de taille, mais une question de gestion et le mode de financement des EHPAD ne conviendrait pas aux petites unités de vie. Cette opinion, est reprise dans un rapport du sociologue Dominique ARGOUD du CLEIRPPA⁴⁷ pour qui, chaque promoteur a « *le souci de rendre viable son projet, en adoptant tel montage financier, en mobilisant tel partenariat, en solvabilisant de telle façon le prix de journée, en créant un réseau de gestion, etc.* »⁴⁸

Ceci est d'autant plus vrai en Vendée où tous les promoteurs de MARPA sont des élus et que la réussite de leur projet a implicitement une portée électoraliste.

Par ailleurs, partant du principe que ces structures sont nées d'un besoin local, les promoteurs ont, avant de déposer leur dossier, réalisé l'enquête exigée par la MSA sur la faisabilité économique du projet. Et si le caractère expérimental du début des années 1980 est aujourd'hui reconnu et développé, c'est bien qu'il a toute sa place dans le paysage de l'offre gérontologique.

Il apparaît donc au terme de cette enquête de terrain qu'en interne, l'existence des MARPA est perçue comme la réponse idéale aux besoins des personnes âgées en milieu rural et que leur viabilité est avérée. Et même, si vu de l'extérieur, les avis sont plus hétérogènes, la plupart des personnes entendues reconnaissent que la taille humaine de ces maisons favorisent une qualité de l'accompagnement des personnes âgées. Il n'en demeure pas moins que la prise en charge médicale des résidents reste le point d'achoppement sur lequel les institutions doivent encore réfléchir. La troisième partie de ce mémoire sera consacrée à cette réflexion.

⁴⁷ CLEIRPPA : Centre de Liaison d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées

⁴⁸ Article publié dans la revue « Générations » de novembre 1997, p. 19-22 sur le site <http://www.uclouvain>

3 Comment assurer des soins de qualité dans les MARPA : une réponse qui relève des services de l'Etat

La problématique de la médicalisation des MARPA implique évidemment les services de la DDASS ou de la future antenne territoriale de l'ARS. L'analyse d'un tel dossier relève pleinement des missions réglementairement confiées à l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale⁴⁹, et plus particulièrement, au regard du sujet traité, celles de la mise en œuvre des politiques médico-sociales, du contrôle des établissements pour personnes âgées et celles relevant de la planification gérontologique. Imaginant qu'en tant qu' IASS, je sois affectée dans l'antenne vendéenne de la future ARS des Pays de la Loire, quel serait mon rôle pour répondre à la nécessité d'assurer la prise en charge en soins, au sens large du terme, des résidents des MARPA ? C'est bien dans cette hypothèse que je dois me placer pour établir des préconisations à partir des missions qui me seraient confiées.

3.1 La médicalisation des PUV : une réponse qui peut-être apportée par la mise en oeuvre d'outils réglementaires

3.1.1 Les possibilités ouvertes par le décret du 10 février 2005

Le décret du 10 février 2005, mentionné en partie 2⁵⁰, offre aux MARPA trois options possibles pour la médicalisation : soit conclure une convention pluriannuelle et donc être transformée en EHPAD, soit bénéficier d'un forfait global de soins, soit avoir recours à un SSIAD. Une circulaire du 17 mai 2006⁵¹ précise les modalités d'application de ce décret. Il convient d'analyser chacune de ces possibilités.

a) Conclusion d'une convention pluriannuelle

En réalité, ce décret permet aux petites unités de vie de ne pas rentrer dans la réforme prévue par la loi de juillet 2001. Mais, si un gestionnaire le souhaite, il peut demander à conclure une convention tripartite avec l'Etat et le conseil général. Dans ce cas, il entre dans le droit commun des EHPAD, sans toutefois être soumis à

⁴⁹ Missions définies par le décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale et modifiant le décret n° 97-157 du 20 février 1997 relatif aux emplois de directeur régional, de directeur départemental et de directeur adjoint des affaires sanitaires et sociales

⁵⁰ Partie 2-1-2 du mémoire, page 27

⁵¹ Circulaire DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées

l'obligation d'avoir une pièce rafraîchie et à celle de recruter un médecin coordonnateur. C'est donc le choix qui a été retenu par la direction de la MARPA X, en Vendée.

Il me semble important qu'un gestionnaire optant pour ce mode de médicalisation mesure bien l'impact de la réorganisation des services de l'Etat. En effet, transformée en EHPAD, la MARPA ne relèverait plus seulement de la compétence du conseil général en matière de tarification mais aussi de l'autorité compétente de l'Etat puisqu'elle sera sous l'autorité de tutelle des deux financeurs. Ceci signifie qu'en terme d'autorisations et de suivi administratif et budgétaire, les documents devront être transmis aux services de la DSF et à ceux de la délégation territoriale de l'ARS (je me place dans un futur imminent).

Or, les orientations prévues par la loi HPST concernant les établissements médico-sociaux ne vont pas en faveur des petites structures. Qu'il s'agisse de la planification ou de l'efficacité économique, les établissements de petite taille seront invités à se regrouper. Si, sur un territoire, une seule MARPA demande sa transformation en EHPAD, elle risque de devoir se rapprocher d'un autre établissement plus important du même type et donc d'être rapidement « absorbée » par celui-ci. Dans le cas même où il ne s'agirait que d'une convention de coopération, la MARPA court toujours le risque d'une ingérence de l'établissement avec lequel elle conventionne dans son propre fonctionnement. Ainsi, en cas de mutualisation de la restauration, les personnes âgées ne participeraient plus à l'élaboration des repas, alors que cette activité fait partie du concept. D'ailleurs, au regard des acteurs de la MSA, la transformation en EHPAD conduit inévitablement au retrait du label.

Sur un plan financier, le forfait global de soins demandé par la MARPA X est de 166 000 €, alors qu'après renseignements pris auprès de la responsable, la structure dispose déjà de trois aides-soignantes. La formule de calcul d'un forfait soins pour un EHPAD qui opte par exemple pour un tarif partiel sans PUI (pharmacie à usage intérieur), c'est-à-dire hors honoraires médicaux et hors médicaments, est la suivante :

$$\text{Valeur du point } \{ \text{GMP} + (\text{PMP} \times 2,59) \} \times \text{capacité}$$

A ce jour, il n'y a pas de PMP (Pathos moyen pondéré) évalué pour cette MARPA. Sur la base du PMP moyen en Vendée (142), du dernier GMP connu (472) et de la valeur du point 2009 (9,36 €), le forfait soins de la MARPA X pourrait être de :

$$9,36 \times (472 + 142) \times 24, \text{ soit } 137\,929 \text{ €}$$

En tout état de cause, cette demande est incompatible avec l'engagement de la DDASS de prioriser le financement des places déjà autorisées dans les EHPAD conventionnés. Par ailleurs, il est permis de s'interroger sur le fait que, la MARPA disposant déjà de personnel soignant salarié, les salaires de ces personnels ne soient pas à la charge des résidents. Dans le cadre de mon enquête, je n'ai pas soulevé cette interrogation mais elle relève bien de la mission d'un inspecteur titulaire.

b) Le recours au forfait soins

Cette option s'adresse aux PUV qui emploient du personnel soignant. Il recouvre uniquement les salaires et les charges des infirmiers salariés ou les honoraires des infirmiers libéraux intervenant auprès des résidents. En effet, la circulaire précitée rappelle que dans les établissements de moins de 25 places autorisées et dont le GMP est supérieur à 300, le plan d'aide des résidents bénéficiaires de l'APA est le même que celui établi pour une personne résidant à domicile. Les charges afférentes à la dépendance prises en compte dans le plan d'aide intègrent l'ensemble des rémunérations et charges des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison, des aides-soignants et des AMP.

En 2008, le plafond de ce forfait soins s'établissait à 12,10 € par jour, soit environ 106 000 € par an pour une capacité de 24 places. Il permettrait le recrutement de deux infirmières. Mais il convient de noter qu'il s'agit d'un plafond qui ne sera pas systématiquement retenu.

De plus, cette éventuelle allocation de moyens ne résout pas la difficulté liée au recrutement d'infirmiers dans un contexte de pénurie de ces professionnels. D'après une enquête menée par le service statistique de la DRASS des Pays de la Loire en 2006, la Vendée se place au 79^{ème} rang des 96 départements métropolitains classés de façon décroissante en terme de densité globale d'infirmiers (libéraux, salariés hospitaliers et autres). En effet, elle y est de 619 pour 100 000 habitants alors qu'elle est de 768 en France métropolitaine. La MARPA pourrait donc avoir du mal à recruter sans se rapprocher d'un autre établissement, tout au moins par convention.

En outre, le recours au forfait soins doit être considéré comme une demande d'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux. Ceci implique une instruction par les services déconcentrés et un arrêté de l'autorité compétente (donc l'ARS) puis un suivi par cette même autorité sans doute peu favorable aux PUV isolées. Les gestionnaires qui opteraient pour le forfait soins doivent donc bien mesurer les impacts de ce choix.

c) *L'intervention d'un SSIAD*

Cette troisième option concerne les PUV qui n'ont pas de personnels soignants salariés. L'intervention d'un SSIAD suppose une prescription médicale par résident nécessitant des soins et un contact préalable avec le responsable de ce service. Son accord pour intervenir en MARPA est en effet indispensable.

Toujours selon l'étude réalisée par la DRASS⁵², la Vendée disposait au 1^{er} janvier 2008 de 30 SSIAD, soit 1 133 places. Dans la mesure où les pouvoirs publics (Etat et collectivités territoriales) ont misés sur le soutien du maintien à domicile, et où le PRIAC 2009/2013 prévoit la création de 657 places pour le département, il ne me paraît pas incohérent d'imaginer une augmentation plus marquée des places dans les cantons où siègent les MARPA. A raison de 2 places par structure, ceci ne représenterait que 22 places supplémentaires (2 places ayant déjà créées, il resterait 11 MARPA à aider). Financièrement, sur la base du coût à la place de 12 500 € proposé dans les orientations du PRIAC, le financement serait de 275 000 €. Il conviendra de s'appuyer sur les moyens alloués par la CNSA pour déterminer s'il est possible ou non de favoriser cette option. Même si ces places de SSIAD ne sont pas dédiées spécifiquement aux MARPA, elles ne pourront que contribuer à une meilleure articulation entre les deux entités. Par ailleurs, la création de ces places pourrait pallier partiellement l'insuffisance de place en EHPAD.

Contrairement aux deux premiers choix, le recours à un SSIAD n'induit pas que les services de l'Etat deviennent tarificateurs de la MARPA. En cas d'option pour cette possibilité, le forfait soins est alloué au SSIAD territorialement compétent et n'a donc aucun impact sur le budget de la MARPA. Celle-ci reste donc sous la seule compétence du conseil général.

Cette dernière option me paraît donc la plus facile à mettre en œuvre et ne remet pas en cause le concept de la MARPA. Elle va même en ce sens puisque, selon ses concepteurs, « ce qui sert aux MARPA, sert à l'ensemble de la population ».⁵³

Enfin, il convient de noter que l'article D. 313-17 du CASF modifié par le décret sus visé précise que les établissements concernés « peuvent » et non pas « doivent » faire un choix entre ces différentes options. Le choix du réseau vendéen des MARPA de conserver leur fonctionnement actuel est donc tout à fait possible.

⁵² Source : document STATISS 2009, disponible en DDASS

⁵³ Parole recueillie lors de l'entretien avec la responsable du service « actions sanitaires et sociales » à la MSA de Vendée.

3.1.2 Le groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS)

Le GCSMS est un nouvel outil à la disposition des intervenants du secteur social et médico-social. Bien qu'inscrit dans la loi 2002-2, il n'a pu être mis en œuvre réglementairement que depuis avril 2006⁵⁴.

a) *La nature juridique du GCSMS*

Le groupement est doté de la personnalité morale soit de droit public, soit de droit privé (selon la nature des membres qui le composent). Il est donc à but non lucratif. Cette formule juridique présente l'avantage d'offrir un champ d'activité très diversifié : mutualisation des moyens, mise en commun de services ou d'équipements, interventions communes de professionnels ou bien encore l'exercice des missions relevant habituellement des établissements et services du secteur social ou médico-social. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 les autorise à gérer une pharmacie à usage intérieur à compter de janvier 2011.

b) *Objectifs*

Ce nouvel instrument est destiné à mieux répondre à l'évolution des besoins et à permettre la coordination, la complémentarité et la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge des publics relevant du secteur social ou médico-social. Il a la possibilité d'être employeur. De ce fait, il est destiné à rompre l'isolement d'unités de petite taille, à réaliser des économies d'échelle et participer ainsi à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

c) *Modalités de création et organisation*

Le GCSMS est constitué avec ou sans capital. Sa création passe par la rédaction d'une convention constitutive transmise au directeur général de l'ARS pour approbation et publication. Cette convention doit traduire l'accord des parties sur les missions, objectifs et règlement de fonctionnement du groupement. Elle précise la répartition des tâches entre le groupement et ses membres. Ces derniers (à partir de deux) peuvent être des personnalités morales gestionnaires de droit public ou de droit privé, des établissements ou services ou encore des professionnels du secteur, y compris des médecins libéraux. Les établissements de santé peuvent adhérer au GCSMS. Ces groupements de coopération pourront bénéficier de financement de la CNSA et seront sous la responsabilité de l'ARS.

⁵⁴ Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, (modifié par la loi 2009-1646 du 21 juillet 2009) pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code (partie réglementaire).

Le regroupement de plusieurs MARPA en GCSMS pourrait être une orientation préconisée par l'ARS dans la mesure où les ARH prônent déjà ce dispositif dans le sanitaire et où la loi HPST prévoit la mise en œuvre de communautés hospitalières de territoires. Cette option pourrait être une piste soumise à l'avis des acteurs concernés par la problématique des MARPA. Elle pourrait en effet, lever les obstacles à la médicalisation en résolvant à la fois les problèmes de rentabilité, de coordination et d'encadrement des différents intervenants.

Si, en tant qu'inspecteur, je devais faire des propositions à l'attention de la direction du service auquel je serai rattachée, à partir des éléments présentés ci-dessus, je plaiderais en faveur de l'extension des SSIAD en proposant, pour que ces places puissent être dédiées aux MARPA, la création d'un GCSMS entre les MARPA et les associations gérant des SSIAD. Ce groupement qui gérerait un ensemble de services et de professionnels de soins, me paraît pouvoir répondre à la fois aux besoins des MARPA et aux orientations des politiques actuelles.

3.2 Le rôle de l'Etat garant de la bientraitance et de l'accès aux droits des personnes âgées

Parallèlement aux missions assurées par les services de l'Etat pour planifier, diversifier et tarifier l'offre de services médicalisés en direction des personnes âgées, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ont, dans ce domaine, la charge de contrôler et d'évaluer les établissements et services intervenant dans le champ de la gérontologie. Enfin, l'organisation de la permanence des soins, dont l'accès constitue un droit fondamental pour tout citoyen, relève également du rôle de l'IASS en lien avec le médecin de santé publique. L'Etat est en effet garant de la qualité de la prise en charge de l'ensemble des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées, en MARPA comme ailleurs.

3.2.1 L'Inspection

La médiatisation de dysfonctionnements inacceptables dans certaines maisons de retraite a conduit les pouvoirs publics à inviter les services déconcentrés à multiplier les inspections dans les établissements et notamment les inspections non programmées. Pour assurer cette mission, les inspecteurs peuvent s'appuyer sur les outils mis à leur disposition par la Mission d'Animation des Fonctions d'Inspection (MAFI), cellule placée au niveau de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

(IGAS), mais également sur la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de Contrôle et d'Evaluation (MRIICE), chargée, au sein de la DRASS, de la coordination des inspections menées par les différents services.

Malgré l'appui de ces deux entités, la programmation d'inspections représente pour les inspecteurs une charge de travail considérable pour l'ensemble de l'équipe (préparation, visite, entretiens avec le personnels, rédaction d'un rapport contradictoire, préconisations, voire sanctions). Compte tenu de la faiblesse des effectifs, les inspections sont priorisées lorsqu'il y a suspicion de dysfonctionnement ou de maltraitance.

En Vendée, aucune MARPA n'a fait l'objet d'une inspection. Pourtant, bien que non médicalisées et donc sous la seule compétence du conseil général, si un cas de maltraitance était signalé, les services de l'Etat seraient tout à fait habilités à vérifier que les droit des personnes y sont respectés, que les soins y sont dispensés selon les normes, que des protocoles existent et sont mis en œuvre, que les personnels disposent des compétences nécessaires, que la sécurité y est assurée et que les résidents y sont bien traités.

3.2.2 L'évaluation

La procédure d'évaluation de la qualité dans les établissements médico-sociaux trouve son ancrage législatif dans la loi 2002-2 avec la création du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESM) devenu ANESMS depuis 2007⁵⁵. Cette agence est chargée d'élaborer ou de valider des procédures, des référentiels et des guides de bonnes pratiques professionnelles sur lesquels les établissements pourront s'appuyer pour réaliser ou faire réaliser les deux types d'évaluation qui leur sont imposées :

- une évaluation interne tous les cinq ans des activités et de la qualité des prestations délivrées ;
- une évaluation externe au cours des sept années qui suivent l'autorisation ou son renouvellement et au moins deux ans avant la date de celui-ci.

⁵⁵ ANESMS : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux créée par la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale 2007 (article 85)

Ainsi, le référentiel ANGELIQUE⁵⁶ est utilisé comme outil d'évaluation et de prévention de la maltraitance.

Le rôle de l'inspecteur chargé des politiques en faveur des personnes âgées doit s'assurer que tous les établissements de son secteur ont bien été destinataires des questionnaires d'auto-évaluation et qu'ils ont bien été remplis. Il doit être vigilant à l'impulsion, dans chaque établissement, d'une culture de bientraitance. Ce concept repose notamment sur l'organisation et la gestion des structures. Il importe donc de vérifier la qualification des directeurs et le niveau de formation des personnels. Il convient également de vérifier que le projet d'établissement, rendu obligatoire par la loi 2002-2, intègre bien la lutte contre la maltraitance et le développement des bonnes pratiques, à savoir la démarche qualité, l'ouverture sur l'extérieur, la coopération avec les réseaux locaux et la participation des usagers et de leur famille.

Lors de ma dernière période de stage, les MARPA vendéennes n'avaient pas été destinataires des questionnaires d'évaluation, sans doute parce qu'elles ne ressortent pas du champ principal de compétence de la DDASS. Pourtant, en tant qu'établissement médico-social tel que défini à l'article L. 312-1 du CASF, elles sont bien soumises à la démarche d'évaluation en interne comme en externe. Les autorisations dans le secteur médico-social sont désormais limitées à quinze ans et les renouvellements seront conditionnés à la réalisation de ces évaluations. Les MARPA devraient donc répondre à cette obligation.

Toutefois, aucun label n'est délivré sans qu'une MARPA ne s'engage dans un contrat qualité avec les organismes de la mutualité sociale agricole (local et central). Ce contrat, dont le respect conditionne l'engagement financier de la MSA, comporte trois objectifs :

- « *Garantir le niveau de formation et de qualification des personnels recrutés et la formation continue dispensée par la MARPA*
- *Elaborer le projet de maison (projet d'établissement) conjointement avec les signataires du contrat*
- *Formaliser les partenariats avec les intervenants et services de la MARPA »*⁵⁷

⁵⁶ ANGELIQUE : Application nationale pour guider une évaluation interne de la qualité pour les usagers des établissements

⁵⁷ Extrait de la plaquette de communication réalisée par la CCMSA : « La MARPA, un outil privilégié de la politique gérontologique »

Ce contrat vise à formaliser le partenariat entre les MARPA, la MSA et la FNMARPA. Une fois signé, il a valeur juridique. En terme de suivi, la vigilance portée par l'organisme social sur l'évolution du GMP au sein des structures, semble indiquer l'intérêt porté par les concepteurs à la qualité de la prise en charge des résidents. Leur participation au conseil de vie sociale est une garantie supplémentaire. Toutefois, en tant qu'IASS, je préconiserais qu'une réflexion soit menée avec la MSA et la DSF sur la démarche d'évaluation qui doit être mise en œuvre dans les MARPA.

3.2.3 La permanence des soins

L'accès aux soins est un droit fondamental et doit faire l'objet d'une attention particulière des services de l'Etat dans un contexte d'une inégale répartition de la démographie médicale et paramédicale sur le territoire. Les services en charge de la santé au sein des DDASS travaillent sur cette problématique en lien avec la Mission régionale de santé (MRS), instance préfiguratrice de l'ARS puisqu'elle regroupe l'Union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) et l'ARH. En Vendée, la mise en place du Comité opérationnel départemental pour l'organisation de soins de premier recours (CODOSPR) facilite la coordination de la démarche. Ce comité regroupe les services de la DDASS, de la MRS, des organismes d'assurance maladie, du Conseil de l'Ordre des médecins et du Conseil général. La MRS qui définit les zones déficitaires a réalisé un travail de délimitation de territoires d'offre de soins de proximité. Elle a demandé au Préfet de département, fin 2008, de finaliser et de mettre en œuvre dès 2009 des dispositifs attractifs pour l'installation des médecins.

Des aides financières peuvent être apportées soit par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), soit par le Conseil général. Les orientations stratégiques du FIQCS, pour 2008/2009, sont de soutenir le développement d'exercice regroupé des professionnels de santé et de développer des maisons de santé pluriprofessionnelles. Il est également proposé une exonération temporaire de la taxe professionnelle pour les médecins et auxiliaires médicaux s'établissant ou se regroupant dans les communes de moins de 2 000 habitants.

Ces mesures sont complétées par la loi HPST qui place l'accessibilité des soins au 1^{er} rang de ses priorités. A cette fin, la loi prévoit d'organiser l'offre de soins en niveaux de recours, de valoriser la médecine générale, d'inscrire dans le SROS un volet ambulatoire pour identifier les territoires déficitaires et garantir un bon maillage territorial.

Bien qu'à ce jour, l'inspecteur en charge du secteur personnes âgées ne soit pas amené à participer au CODOSPR, il doit travailler en étroite collaboration avec ses collègues du pôle santé pour s'assurer d'un tissu sanitaire suffisant permettant la prise en charge en soins dans les MARPA. La question se pose alors de la coordination des services au sein des futures antennes territoriales des ARS. En ce sens, la nouvelle organisation devra intégrer une réflexion sur les liens à maintenir, voire à développer, entre le sanitaire et le médico-social.

3.3 Le rôle de l'Etat dans la planification gérontologique

Bien que ces dernières années aient conféré au département le rôle de chef de file en matière de prise en charge des personnes âgées (cf. 1^{ère} partie), le schéma gérontologique départemental (SGD) ne peut s'élaborer qu'en concertation avec les services de l'Etat, qu'il s'agisse du niveau départemental ou du niveau régional. Le rôle de l'inspecteur est donc de s'assurer que le SGD prend bien en compte les orientations du Préfet de département et qu'il est en cohérence avec le SROS et le PRIAC.

3.3.1 Le schéma gérontologique départemental de la Vendée et les grandes orientations du Préfet de département

Comme le prévoit l'article L. 312-5 du CASF, dans sa version actuelle, « *le schéma départemental est adopté par le conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département* ». Pour le Préfet du département de Vendée, il importe, pour les cinq ans à venir, que soit maîtrisée l'extension des places d'EHPAD, que soit portée une attention particulière au réseau des intervenants à domicile et notamment à l'articulation MARPA/SSIAD, et qu'une réflexion soit menée sur l'organisation de la prise en charge au regard du vieillissement démographique.

En l'absence à ce jour de l'adoption officielle du schéma 2009/2014⁵⁸, la présentation des travaux, menés en amont de sa rédaction en collaboration avec les services de la DDASS, laisse présumer que les préconisations préfectorales ont été, en grande partie, intégrées. Au regard du sujet traité, il convient d'analyser l'importance de cette concertation Etat/département.

⁵⁸ Vérifié début janvier 2010 auprès des services de la DDASS

a) La maîtrise de l'extension des places d' EHPAD

L'effort de médicalisation par les pouvoirs publics s'est traduit en Vendée par l'attribution de mesures nouvelles d'un montant de près de 30 M€ en 9 ans permettant la création de 825 emplois⁵⁹. Compte tenu des 396 places non financées, les services de la DDASS (encore sous l'autorité du Préfet) ont souhaité privilégier la garantie de la prise en charge et la stabilité des équipes en hissant le ratio d'aide-soignante à 0,20 ETP par résident dans tous les établissements. La création de places nouvelles ne pourra être envisagée tant que le stock des places à financer ne sera pas absorbé et au delà de ce délai, elles ne seront autorisées que dans les cantons sous équipés. Ceci explique la position de la DDASS sur la demande de médicalisation de la MARPA X qui induirait de nouvelles places d' EHPAD. Et c'est sans doute sur ce point que les divergences, entre les orientations de la collectivité territoriale et celles des services de l'Etat, sont les plus significatives.

b) La question du maillage dans l'aide à domicile

Les efforts menés par la collectivité vendéenne en faveur du maintien à domicile sont importants : soutien aux aidants familiaux et aux professionnels, conduite d'actions de prévention, portage de repas et surtout l'attribution de l' ADPA (6 000 bénéficiaires à domicile). Cette volonté politique repose bien sûr sur la création d'emplois sociaux mais aussi inévitablement sur une démographie médicale et paramédicale suffisante et sur une diversification de l'offre de services, les personnes dépendantes nécessitant le plus souvent un recours aux soins et parfois une prise en charge temporaire dans un établissement. En Vendée, la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants est inférieure à celle de la France métropolitaine (95 pour 111). Il en est de même pour celle des infirmières (70/85)⁶⁰. Si les *numerus clausus* relèvent du plus haut niveau de l'Etat, le problème de la démographie médicale en milieu rural est une préoccupation constante des services de la DDASS chargés de la gestion de la permanence des soins garante de l'accès aux soins pour tous. Concernant l'accompagnement des personnes âgées à domicile, un effort conséquent a également été consenti sur l'enveloppe assurance maladie qui leur est consacrée. De 2003 à 2008, il a ainsi été créé en Vendée 83 places d'accueil de jour, 53 places d'hébergement temporaire et 181 places de SSIAD. Les services de l'Etat jouent donc un rôle important dans la politique du maintien à domicile qui, comme le maintien en MARPA, est conditionné à l'existence d'un tissu sanitaire et social suffisant.

⁵⁹ Données issues d'un courrier, en date du 21 avril 2009, adressé par le Préfet de Vendée au Président du Conseil Général dans la cadre de l'élaboration du schéma

⁶⁰ Source D.R.E.E.S. au 01/01/2008

c) Nouveaux besoins : nouvelles réponses

Ce thème est l'un des axes prioritaires du futur schéma et il répond au souhait du préfet de voir mener une réflexion sur l'organisation à mettre en place pour accompagner le vieillissement démographique. Les préconisations établies par les groupes de travail portent surtout sur le respect de l'usager et de sa famille et sur l'importance de les placer au cœur du dispositif. La collectivité vendéenne s'attache aussi à préserver, pour les personnes vieillissantes, un environnement de qualité, qu'il s'agisse du domicile, des lieux de vie collectifs ou des autres solutions d'accueil. Elle entend accorder une attention particulière à la prévention, à la formation des aidants (familiaux, professionnels ou bénévoles), à la coordination des acteurs, à l'émergence de formules novatrices et à l'information du grand public.

En terme de santé, et donc en lien avec la DDASS, elle souhaite faciliter l'intervention des SSIAD et améliorer leur répartition sur le territoire, poursuivre la médicalisation des établissements, programmer des axes de travail sur l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins palliatifs, la psychiatrie.... Le problème de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer est également au cœur des priorités du conseil général qui souhaite sensibiliser les médecins traitants au diagnostic précoce de cette pathologie.

Bien que le développement des petites unités de vie soit privilégié par le Conseil Général, cette orientation n'a pas été mise en exergue lors de la présentation des travaux.

d) La coordination des acteurs

Dans le courrier adressé par le Préfet de département au Président du Conseil général pour faire connaître les orientations qu'il souhaitait voir figurer dans le SGD, il peut être relevé les mots « réseau », « articulation » et « organisation ». Ceci sous entend que soit mis en place une coordination des acteurs que l'on retrouve bien dans les objectifs du futur schéma vendéen. La place des CLIC (dont le rôle a été précisé en partie 2) est mentionnée dans au moins trois des axes prioritaires : soutien à domicile, prise en charge de la maladie d'Alzheimer et bien entendu dans l'articulation des acteurs. En ce qui concerne le maillage à domicile et plus particulièrement, l'articulation entre les petites unités de vie (PUV) et les SSIAD, les préconisations des groupes de travail vont dans ce sens, avec la signature de conventions SSIAD/PUV et Hôpital/CLIC/Conseil Général.

Le schéma gérontologique répond donc globalement aux demandes des services de l'Etat.

3.3.2 L'obligation d'une cohérence entre le schéma départemental et la planification et la programmation régionale

Conformément à l'article L.312-4 du CASF, la collectivité territoriale doit également veiller à ce que les préconisations de son schéma soient en cohérence avec deux outils régionaux de la planification : le volet personnes âgées du schéma d'organisation sanitaire (SROS) et celui du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Ces outils sont élaborés soit par l'ARH, soit par la DRASS, sur la base des besoins reconnus dans chaque département par les DDASS.

a) Le volet « personnes âgées » du SROS des Pays de la Loire

Le schéma régional d'organisation sanitaire des Pays de la Loire arrêté par le directeur de l'ARH pour la période 2006-2010 comporte un chapitre consacré aux personnes âgées. Il porte bien sûr majoritairement sur la prise en charge sanitaire de la vieillesse et des pathologies lourdes ou polyopathologies qui lui sont associées. Mais il précise : « *La prise en charge des personnes âgées s'accommode mal d'une segmentation des soins. Elle implique que des articulations soient recherchées dans les réponses sanitaires, médico-sociales et sociales* ». ⁶¹

L'état des lieux fait ressortir les disparités infrarégionales et notamment la particularité de la côte vendéenne où il est prévu plus de 50% de personnes de 60 ans et plus à l'horizon 2030. Au regard du bilan concernant l'offre sanitaire ligérienne et son utilisation vis-à-vis des personnes âgées, certains constats sont sévères et révèlent des insuffisances dans leur prise en charge. Pour pallier ces difficultés liées à la multiplicité des intervenants et à l'enchevêtrement des compétences, le SROS propose 4 orientations stratégiques, que l'on peut effectivement rapprocher des objectifs du schéma gérontologique départemental :

- contribuer à la politique de soutien à domicile
- adapter l'offre de soins aux personnes âgées
- développer la prévention, le dépistage et le soin des personnes âgées fragiles
- mieux articuler les hôpitaux et les autres structures

Toutefois dans la mesure où les objectifs des deux schémas sont établis à partir des études de besoins, il est permis de se demander si cette cohérence ne relève pas plus d'une simple logique que d'une réelle concertation entre l'ARH et les collectivités territoriales.

⁶¹ S.R.O.S. des Pays de la Loire 2006-2010, page 367

b) Le PRIAC

Le PRIAC a été institué par la loi du 11 février 2005⁶². Cet outil de programmation a pour objet d'organiser l'offre régionale de prise en charge des personnes âgées ou en situation de handicap. Il est établi par le Préfet de région, en liaison avec les Préfets de départements concernés et s'appuie sur les schémas nationaux, régionaux et départementaux. Les objectifs du PRIAC des Pays de la Loire 2009/2013, pour le secteur personnes âgées, visent à rééquilibrer l'offre de soins entre les territoires, à transformer l'équipement existant pour mieux répondre aux besoins et à diversifier l'offre en développant des prises en charge spécifiques.

La programmation en matière de places prend en compte les besoins futurs liés au vieillissement de la population de la région. A titre d'exemple⁶³, le nombre de personnes de 85 ans et plus augmentera dans la région de 72% d'ici à 2015 (57,8% au niveau national). Il est donc prévu la création de 4 110 places d'EHPAD et 3 500 places de SSIAD sur 5 ans, sous réserve que la CNSA alloue les moyens correspondants. Ces créations seront assorties d'un rééquilibrage territorial à l'issue duquel la Vendée bénéficierait de 500 places d'EHPAD et de 657 places de SSIAD.

Parallèlement, le taux d'équipement global de la région passerait de 811 à 561 places pour 1 000 personnes âgées de 85 ans et plus. Néanmoins, cette baisse du taux d'équipement s'accompagne d'un réaménagement de l'offre globale de service concourant au maintien à domicile. Pour la Vendée, cette mesure se traduit par une augmentation significative des places d'accueil de jour (+86) et des places d'hébergement temporaire (+71). Par ailleurs, bien que la CNSA ait notifié 10 500 € par place de SSIAD, la région des Pays de la Loire prévoit de la valoriser à 12 500 € pour pallier les insuffisances constatées dans ces services.

Ainsi, les mesures du PRIAC pour réduire les écarts infrarégionaux vont en faveur de la Vendée. Toutefois, il s'agit bien d'une programmation et non de décisions. Et, il n'est pas permis, à ce jour, de savoir si les moyens réellement alloués permettront de répondre aux objectifs du schéma départemental et aux orientations préfectorales.

Il peut par ailleurs être regretté le décalage des calendriers entre ces différents outils de régulation. Pour une véritable cohérence, ils devraient être élaborés sur les mêmes périodes.

⁶² Article n° 58 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁶³ Données de la CNSA figurant dans le PRIAC des pays de la Loire

3.3.3 Les évolutions à venir en terme de planification

La loi du 21 juillet 2009, dite loi « HPST »⁶⁴ a des conséquences significatives sur l'organisation du secteur médico-social avec des nouvelles modalités concernant la planification et les procédures d'autorisation.

a) *Une planification au niveau régional*

Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROSMS) sera arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil général compétent. Il sera établi en cohérence avec le conseil général pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. L'objectif est de faire évoluer l'offre médico-sociale et son organisation. Ce schéma sera opposable aux promoteurs du secteur.

Les schémas départementaux seront toujours arrêtés par le président du conseil général, en concertation, non seulement avec le Préfet de département mais aussi avec le directeur de l'ARS dans le cadre de la commission de coordination prévue à l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

Le PRIAC sera désormais établi par l'ARS qui dressera les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou services médico-sociaux.

b) *Une rénovation profonde des procédures d'autorisation*

Le CROSMS qui jusqu'à ce jour émettait des avis sur les créations, extensions ou transformations d'établissements ou services médico-sociaux est supprimé au profit de la mise en place de commissions consultatives d'appels à projets. Ce sera donc l'ARS qui déterminera le contour des services à ouvrir en lançant un appel à projet. Seuls, les projets requérant des financements publics sont concernés par cette procédure. Seront notamment encouragés, les projets de regroupement ou de réorganisation avec un objectif d'une meilleure efficacité.

Ces nouvelles modalités, voulues par le législateur, risquent d'être toutefois défavorables aux petites structures et notamment à celles du secteur public face à la capacité de réactivité, en terme de réponse à un appel à projet, du secteur privé. A terme, la logique d'efficacité pourrait aller à l'encontre du développement des MARPA.

⁶⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients et aux territoires

Le rôle de l'IASS, dans sa mission de planification, sera donc, dans la future organisation, totalement modifié. L'étude menée en Vendée, m'ayant convaincue de l'utilité des petites unités de vie, il me reviendrait de défendre leur place dans les groupes de travail qui seront, sans nul doute, mis en place pour l'élaboration du futur SROSMS. Mon argumentation s'articulerait autour de trois axes : les limites du maintien à domicile en milieu rural, la participation des structures à taille humaine au ralentissement de l'évolution de la dépendance et la nécessité d'assurer une prise en charge paramédicale de qualité et coordonnée.

Le maintien à domicile soutenu par la collectivité vendéenne répond effectivement au souhait de la population. Toutefois, en milieu rural, deux éléments peuvent faire obstacle à cette volonté politique : le domicile en lui-même et le manque de formation des intervenants. L'habitat, soit parce qu'il est trop éloigné de tout, soit parce qu'il n'est plus adapté, peut être préjudiciable à une personne dépendante. L'impossibilité de sortir de chez soi conduit à réduire, voire à supprimer toute vie sociale. L'inactivité entraîne une fonte musculaire, elle-même engendrant l'inactivité et donc une accélération de la dépendance. Le manque de qualification des intervenants à domicile constitue le second obstacle. Bien que ce secteur soit en pleine expansion, il reste peu attractif (travail à temps partiel, faibles rémunérations, obligation de disposer d'un moyen de transport...). En dehors des auxiliaires de vie sociale, aujourd'hui titulaires du CAFAD, les diplômés sont rares. De nombreux intervenants ont encore un niveau trop faible de formation. Les possibilités d'action pour lever ces obstacles relèvent bien sûr des compétences des collectivités territoriales mais ils ne doivent pas être occultés lors des échanges dans les groupes de travail en amont de la préparation d'un SROSMS.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, l'alternative au placement institutionnel que proposent les MARPA devrait aussi, à mon sens, être inscrite dans le paysage du futur schéma régional du secteur médico-social, la petite unité de vie, permettant à la personne accueillie de « vivre comme chez elle » en favorisant « *la continuité du parcours de vie dans un contexte sécurisant et convivial* ». ⁶⁵

⁶⁵ METTEFEU T., CAFDES 2007, Mémoire ENSP « Créer une petite unité de vie » pour accompagner les personnes vieillissantes dans le respect du choix de leur mode de vie, p. 42

Le fait de vivre en petite collectivité auprès de gens connus, incite les personnes âgées à se bouger et à participer aux actions collectives. Les démarches de prévention, le partage des repas qui évite la dénutrition, la présence du personnel qui veille à l'hydratation participe aussi au meilleur état de santé des résidents. Ce mode de vie a donc un effet positif sur l'état physique et psychique des résidents. Et, une personne moins dépendante et en meilleure santé coûte moins cher à la collectivité. Les MARPA ont donc bien une utilité humaine mais aussi économique.

Il n'en demeure pas moins qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, l'évolution de la dépendance et le besoin de soins nécessitent qu'une attention particulière soit portée à la qualité de la prise en charge des résidents.

Parmi les trois options offertes par la réglementation récente sur la médicalisation, il m'a semblé que le recours à un SSIAD était celle qui convenait le mieux et c'est d'ailleurs celle qui est préconisée par l'ensemble des acteurs entendus, en dehors des responsables de SSIAD. Les réticences de ces dernières à intervenir en MARPA s'expliquent par le fait que leurs services travaillent déjà à flux tendus et qu'intervenir dans une structure où il y a du personnel qui a ses habitudes, est quelquefois source de conflit.

L'octroi de places de SSIAD à un GCSMS constitué entre les associations gérant des SSIAD et SAD, et les gestionnaires de MARPA, me paraît être la solution la plus adaptée. En effet, il serait le moyen d'assurer une meilleure coordination, de dispenser des formations communes à l'ensemble des personnels et favoriserait ainsi la communication et une harmonisation des pratiques professionnelles. Il pourrait même être imaginé que des médecins libéraux, le réseau de soins palliatifs et les CLIC adhèrent à ce groupement. La soumission de cette proposition pourrait, de plus, recevoir l'assentiment du directeur général de l'ARS (en l'occurrence, une directrice) qui aura pour mission de favoriser les regroupements mais aussi de s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux.

Conclusion

Alors que les politiques générales des pouvoirs publics s'orientent actuellement vers des regroupements de services (services publics de l'Etat, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux) dans un objectif de réduction des coûts, le souhait de maintenir et même de développer des MARPA, pourrait être perçu comme « à contre-courant ».

Pour autant, ces structures à taille humaine répondent à un vrai besoin en milieu rural. Elles seront bien sûr amenées à évoluer, au même rythme que celui de la démographie des personnes âgées et de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé qui retarde, un peu plus chaque année, l'âge de l'entrée en institution.

Mais toute institution évolue et les gestionnaires de MARPA ne pourront que s'adapter aux évolutions sociétales pour répondre aux besoins de la population.

C'est d'ailleurs également l'avis d'Hubert Allier, directeur de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés à but non lucratif sanitaires et sociaux (UNIOPSS) pour qui : *« Les PUV ne peuvent plus travailler seules. Elles doivent s'ouvrir à des réseaux, conclure des partenariats et réfléchir à des coopérations ou à des regroupements qui permettront d'alléger encore les coûts et de répondre en partie au problème de la médicalisation sans pour autant sacrifier leur projet. »*⁶⁶

La proposition de répondre au besoin de médicalisation par l'adhésion des MARPA à un GSCMS me semble aller dans ce sens. Et dans la mesure où il leur sera de plus en plus difficile de transférer leurs résidents vers un EHPAD, en raison de la baisse prévue du taux d'équipement en lits, elle pourrait contribuer à une meilleure prise en charge des personnes accueillies, et, le cas échéant, à un accompagnement en fin de vie de qualité.

⁶⁶ Extrait d'un article de PAQUET M. « Petites unités de vie : le ciel s'éclaircit », ASH n° 2484 du 15 décembre 2006 – citant H. Allier dans son discours tenu lors de la journée nationale des petites unités de vie, le 13 octobre 2006 à PARIS (site www.ash visité le 4 juin 2009)

Sources et bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES, CIRCULAIRES

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JORF du 1^{er} juillet 1975, p. 6604

Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de la santé. JORF du 7 janvier 1986, p. 327

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance (PSD). JORF n° 21 du 25 janvier 1997, p. 1280

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie. JORF n° 167 du 21 juillet 2001, p. 11737

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JORF du 3 janvier 2002, p. 124

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales. JORF n° 190 du 17 août 2004, p. 14545

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. JORF n° 36 du 1^{er} février 2005, p. 2353

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. JORF n° 296 du 22 décembre 2006, p. 19315

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). JORF n° 167 du 22 juillet 2009, p. 12184

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES et MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE. Décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 modifié portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale et modifiant le décret n° 97-157 du 20 février 1997 relatif aux emplois de directeur régional, de directeur départemental et de directeur adjoint des affaires sanitaires et sociales. JORF n° 303 du 29 décembre 2002, p.21959

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. JORF n° 148 du 27 juin 2004, p. 11713

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements

mentionnés au II de l'article L.312-12 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code. JORF n° 37 du 13 février 2005.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire N° DGAS/SD2C/2006/217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées. BO n° 2006-6, annonce n° 42

OUVRAGES

DEHAN P., 2008, *L'habitat des personnes âgées. Du logement adapté aux EHPAD, USLD et unités Alzheimer*, Paris, éditions LE MONITEUR, 343 pages

FAUGERAS S., LAFORCADE M., 2007, *L'évaluation de la satisfaction dans le secteur social et médico-social. Paroles d'usagers et démarche qualité*. Paris, éditions Seli Arslan, 272 pages

PITAUD P. (dir.), PUIJALON B., REDONET M., 2004, *Solitude et isolement des personnes âgées. L'environnement solidaire – Pratiques du champ social*, Toulouse, éditions Érès, 270 pages

RAYSSIGUIER Y., JEGU J., LAFORCADE M., 2008, *Politiques sociales et de santé – comprendre et agir*, Rennes, éditions EHESP, 492 pages

VERCAUTEREN R., BABIN N., 1998, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Pratiques du champ social. Editions Érès, 154 pages

RAPPORTS / Revues

LAROQUE P., 1962, *Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse*, Paris, La documentation française

Revue « adsp » n° 56, septembre 2006, *Les personnes âgées en situation de dépendance*, La documentation française.

Revue Notre temps, La lettre d'information professionnelle, Novembre 2006, article de PELISSIER J. « *Les hospices : une tradition carcérale et déshumanisée* »

AUTRES SOURCES

Dossier de presse MSA, MARPA, Salon des maires et des collectivités locales du 25 au 27 novembre 2008

SROS 2006-2010 des Pays de la Loire, pages 131 à 137 et 367 à 372

Schéma gérontologique départemental 2009-2014 « Bien vieillir en Vendée – Synthèse des travaux

Plaquette de communication réalisée par la CCMSA : « La MARPA, un outil privilégié de la politique gérontologique » remise par la MSA de Vendée

Etude DREES, mai 2009, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007

Mémoire ENSP, METTEFEU T., CAFDES 2007, « Créer une petite unité de vie » pour accompagner les personnes vieillissantes dans le respect du choix de leur mode de vie, 42 pages.

SITES INTERNET

<http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/fr/17/1761>

<http://www.uclouvain>

<http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr>

<http://www.cg85.fr>

www.ash.fr

www.cnsa.fr

www.insee.fr/

www.marpa.fr

www.msa.fr

www.sante.sports.gouv.fr

www.sante.gouv.fr/drees/index.htm

Liste des annexes

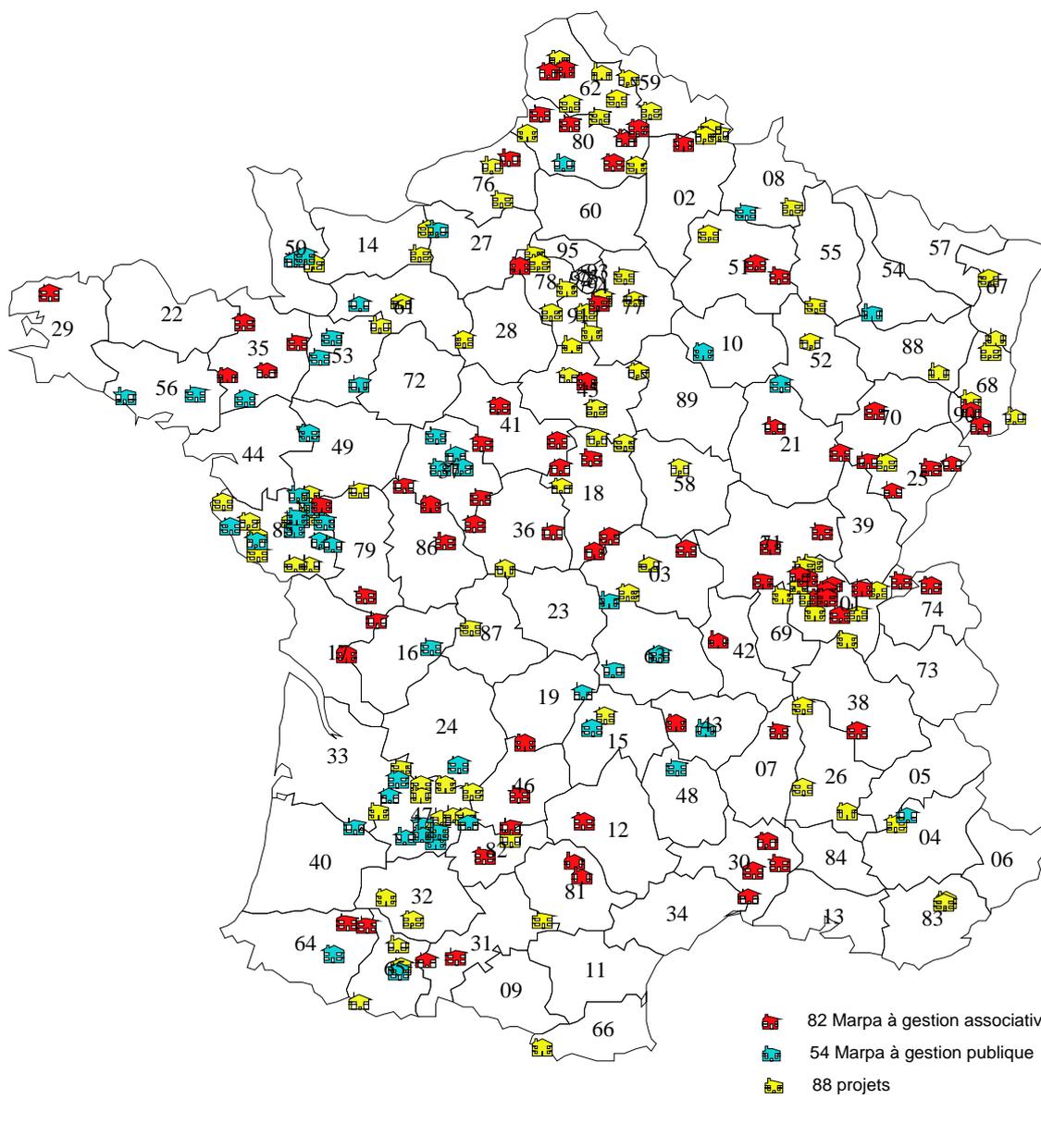
- Annexe 1 : carte nationale des MARPA
- Annexe 2 : questionnaire de satisfaction destiné aux résidents
- Annexe 3 : grille d'entretien avec responsable de MARPA
- Annexe 4 : grille AGGIR
- Annexe 5 : Charte des MARPA
- Annexe 6 : Fiche récapitulative des questionnaires de satisfaction

ANNEXE I (document FNMARPA)

Les MARPA en fonctionnement et les projets en cours au 15 avril 2009

- 129 MARPA et sept Petites unités de vie
- 82 MARPA à gestion associative 
- 54 MARPA à gestion publique 

- + 88 MARPA en projet 



ANNEXE II : Questionnaire de satisfaction destiné aux résidents

*Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de RENNES
Réalisation d'un Mémoire sur les MARPA*

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Votre avis m'intéresse : dans le cadre de ma formation, je réalise actuellement une étude sur le fonctionnement des MARPA en Vendée. Afin d'étayer mon analyse, je souhaite recueillir votre avis, vos remarques et vos suggestions sur les prestations qui vous sont offertes.

Je vous propose de remplir ce questionnaire qui est **anonyme**. Vous pourrez le déposer dans la boîte prévue à cet effet à l'accueil ou le remettre à une personne de votre choix qui le déposera.

Merci de bien vouloir cocher les cases correspondant à votre réponse.

Ce questionnaire est rempli par : vous-même
 avec l'aide de votre famille
 autre, précisez _____

Satisfaction globale

La vie en MARPA vous donne-t-elle satisfaction : oui
 pas tout à fait
 non

PARTIE 1 : Votre entrée

En quelle année êtes-vous entré(e) ? Quel âge aviez-vous ? . . ans

S'agissait-il : d'un choix personnel de votre famille du médecin traitant

Avant votre arrivée,

- avez-vous été informé(e) du règlement intérieur oui non
- avez-vous été informé(e) que la MARPA n'est pas médicalisée ? oui non
- avez-vous été informé(e) de la liberté de choisir votre médecin, pharmacien, infirmière, kiné... oui non
- avez-vous visité la structure oui non

Le jour de votre arrivée,

Vous-a-t-on remis un livret d'accueil ? oui non ne sait pas

Avez-vous été satisfait de l'accueil ? satisfait peu satisfait pas satisfait

Sinon pourquoi ? _____

Avez-vous été présenté(e) aux autres résidents ? oui non

Le personnel s'est-il présenté par sa fonction ? oui non

PARTIE 2 : Evaluation de votre séjour

Votre logement

Etes-vous satisfait(e) :

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
- de la taille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'emplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- du confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la tranquillité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de l'accès aux commerces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques _____

Les repas

Etes-vous satisfait(e) :

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
- du choix des menus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la présentation du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la quantité servie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité des plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- des horaires des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bénéficiez-vous d'une aide aux repas ? oui non

Vie quotidienne

Pour les activités de la vie courante, pouvez-vous obtenir l'aide nécessaire ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le personnel respecte-t-il votre intimité ?

Avez-vous l'aide nécessaire pour la toilette ?

Les horaires des toilettes et la fréquence des douches vous conviennent-elles ? oui non

Sinon, pourquoi ? _____

Vie sociale et animations

Concernant les animations, êtes-vous suffisamment informé(e) ? oui non

Etes-vous satisfait(e) :

	Très Satisfait	Satisfait	Peu Satisfait	Pas du tout Satisfait
- du nombre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la fréquence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de la qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Des sorties extérieures sont-elles proposées ? oui non

Avez-vous accès aux journaux et magazines ? oui non

Suggestions

-
-

Les relations avec les autres résidents sont-elles ?

- Très satisfaisantes
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Pas du tout satisfaisantes

Avez-vous connaissance de l'existence et du rôle du conseil de la vie sociale ? oui non

Les soins

Avez-vous recours régulièrement :

	1fois/jour	1f/semaine	1f/15jours	1f/mois
- au médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux services infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- au pédicure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si intervention infirmière, s'agit-il d'un S.S.I.A.D.
 d'une infirmière libérale

Avez-vous un traitement médicamenteux ? oui non

Si oui, qui prépare les médicaments ? Vous le personnel l'infirmière

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE III (grille entretien MARPA)

Interlocuteur : RESPONSABLE MARPA

Questions envisagées :

1 - Eléments sur poste :

- date de la prise de fonctions
- mode de recrutement
- profil
- statut
- fonctions (encadrement, gestion RH/ F, intervention auprès PA)
- horaires
- formations depuis prise de poste

2 – Comment s'organisent les nuits, le WE, les périodes de congés ?

3- Tableau des effectifs (nb/catégorie) – planning semaine

4 – Comment sont assurées les différentes prestations ?

- restauration
- Entretien des locaux (communs, chambres)
- blanchisserie (linge plat, linge des résidents)

5- Comment s'organise l'animation ?

6- Existe-t-il des protocoles (prise en charge de la douleur, maltraitance, chutes, escarres...)

7 – Qui rédige le projet de vie ? Avec qui ? (résident, famille)

8 – Combien de résidents ont recours au médecin, à des soins infirmiers et à quel rythme?

9 – Comment s'exerce la coordination entre les différents intervenants ?

10 – Comment est calculé le GMP moyen ? Par qui ?

11- Taux d'occupation actuel – Liste d'attente ?

12- Quels sont pour vous les avantages de la vie en MARPA ?

13- Quelles améliorations pourraient être apportées ?

ANNEXE IV : La grille AGGIR

Code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 à R232-6 : Article R232-3 (modifié par le décret n°2008-821 du 21 août 2008)

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de **dix-sept variables** :

- **dix variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- **sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources** que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas, seules, leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Source : <http://vosdroits.service-public.fr/F1229.xhtml>, visité le 9 janvier 2009

ANNEXE V : CHARTE DES MARPA

La présente charte complète le concept social et architectural MARPA dont la finalité est avant tout le bien-être des personnes accueillies. Elaborée avec la Mutualité Sociale Agricole, les élus locaux, les personnels des MARPA et les partenaires associés à leur fonctionnement, la Charte des MARPA regroupe les principes fondateurs d'un accompagnement raisonné des résidents dans une démarche ambitieuse de développement social local.

La Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées est un lieu de vie chaleureux guidé par un projet vivant. Il puise ses racines aux fondements même de la solidarité pour permettre aux Aînés de « Continuer à habiter au pays, comme chez eux, en toute sécurité ». Tous les partenaires associés à son fonctionnement partagent, au sein du réseau national, un socle de valeurs communes.

Article 1 :

Inscrite dans une démarche de développement local, la MARPA est un établissement à but non lucratif. Les personnes âgées du pays y vivent « comme chez elles » avec la garantie et dans le respect du concept MARPA. Grâce à l'engagement des signataires et des partenaires associées, la MARPA fait partie de la vie sociale, culturelle et économique locale. Elle est ouverte sur son territoire et participe, selon ses moyens, à la vie qui s'y déroule.

La MARPA est un lieu d'intégration et de mixité qui accueille en priorité des habitants de son territoire sans distinction d'origine, de religion ou de niveau de ressources.

Un logement privatif offre à chaque résident la liberté de vivre « comme chez lui », avec ses repères familiers (décoration, mobilier) et ses habitudes de vie « recevoir des amis ». La liberté d'entrée et de sortie selon son rythme et ses activités personnelles sont garanties à chaque résident.

Le concept MARPA, validé et appliqué par l'ensemble du réseau national, constitue la référence sociale et architecturale pour le montage et le fonctionnement de cette structure d'accueil originale.

Article 2 :

Chaque résident accueilli à la MARPA est avant tout un citoyen dont l'identité, la dignité et le droit à la vie privée doivent être respectés.

Les résidents exercent leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens.

Les résidents sont connus et acceptés sans jugement par l'ensemble des intervenants professionnels et bénévoles.

Le fonctionnement de la MARPA garantit à chaque personne accueillie la confidentialité des informations la concernant. L'intimité de chacun est respectée et les relations sont fondées sur un échange entre adultes responsables (pas de familiarité ou d'infantilisation).

Article 3 :

La MARPA est une petite unité de vie qui permet à toutes les personnes accueillies de choisir leur mode de vie, d'entretenir et de développer leur autonomie.

Les gestionnaires et acteurs locaux s'engagent à ce que des services internes ou externes soient proposés à chaque résident. Ces services permettent d'adapter l'accompagnement selon les besoins, les souhaits et les ressources de chacun. Les repas, services ménagers, lingerie... sont facultatifs.

La MARPA s'engage à rechercher auprès des familles et des institutions les ressources nécessaires pour permettre l'accès aux résidents disposant de revenus modestes.

Des activités collectives fondées sur les désirs des résidents, sur leurs savoirs et sur la vie quotidienne à la MARPA sont proposées régulièrement à chacun, celui-ci gardant la liberté de participer ou non à cette animation.

Article 4 :

Chaque résident, par son engagement personnel, contribue à la qualité et à l'ambiance générale de la vie à la MARPA

Comme dans son ancien logement, la personne accueillie à la MARPA prend part en toute liberté à la vie du pays, de la maison. L'équipe professionnelle et bénévole s'engage à stimuler chacun dans ce sens, à solliciter sa participation aux activités de la vie quotidienne et au sein du conseil de la vie sociale. L'ouverture aux autres, la tolérance et la discrétion favorisent les relations conviviales et l'entraide entre résidents.

Article 5 :

Les familles, les proches et les acteurs du « pays » participent à la vie de la maison. Les liens sociaux des résidents sont encouragés à la MARPA.

Le résident doit pouvoir garder ses relations et activités sociales antérieures.

La MARPA encourage le maintien des liens entre chaque résident et ses proches. Les visites et sorties en familles sont facilitées ainsi que la participation des parents et amis à l'animation collective de la maison.

La famille est associée pour toute décision concernant son parent accueilli. La MARPA veille toutefois à garantir le respect des désirs exprimés par chaque résident.

La famille et les proches sont invités à signer l'engagement des familles et des amis des résidents

Article 6 :

La MARPA accompagne chaque résident en fonction de ses besoins et attentes. Elle adapte ses services, veille à la bonne organisation des soins et des autres aides nécessaires.

Les signataires garantissent que soient précisés dans le contrat de séjour les modalités de l'accueil, ses limites et les engagements réciproques entre le résident, éventuellement sa famille, et la MARPA.

La MARPA n'est pas une structure médicalisée en interne (pas de personnel soignant salarié de la MARPA). Chaque résident fait appel aux praticiens et intervenants paramédicaux du réseau

gérontologique local. Une convention cadre de partenariat organise les relations de la MARPA avec ces intervenants externes.

Le personnel de la MARPA assure une sécurité permanente (de jour comme de nuit) à chaque résident et organise si nécessaire pour chacun la coordination des interventions d'accompagnement et de soins externes.

Si, pour des raisons ou dans des circonstances exceptionnelles, la MARPA n'est plus en mesure d'assurer un accompagnement ajusté aux besoins d'un résident, une proposition d'orientation vers une structure d'accueil spécialisée est formulée après recueil de l'avis du résident ou de son représentant légal, dans l'objectif de rendre à la personne accueillie le service le mieux adapté à sa situation.

Article 7 :

Chaque signataire est co-responsable et garant du concept MARPA. Il s'engage à participer à la vie du réseau et à en promouvoir le développement.

Le label MARPA est attribué par la MSA à la structure qui respecte les préconisations du concept social et architectural. Chaque signataire est co-responsable de son application au fil du temps dans la maison.

Les travaux du réseau sont guidés par le principe d'amélioration continue de la qualité d'accueil des résidents dans les MARPA. Dans ce sens, la formation des responsables, des élus, des équipes et la démarche qualité engagée par chaque MARPA constituent des leviers importants.

Le réseau existe par la participation active de ses membres, par les échanges, témoignages et ouverture de chaque MARPA et par le souci partagé de mettre en oeuvre au mieux le concept.

Article 8 :

La présente charte est affichée dans la MARPA. Les signataires, les résidents et leurs familles, les personnels et intervenants extérieurs, s'engagent à en appliquer les principes, dans le temps, au service des personnes accueillies.

La charte des MARPA est intégrée au livret d'accueil de la MARPA. Elle doit être affichée dans la Maison à un endroit visible par tous. Elle doit être présentée à tous les personnels intervenants régulièrement ou non dans la MARPA ainsi qu'aux familles et bénévoles participant à la vie de la maison.

La Mutualité Sociale Agricole, les structures gestionnaires, le personnel et les différents partenaires associés sont conjointement garants de la qualité de la vie dans les MARPA. Ils partagent les valeurs fondatrices du concept MARPA. En signant cette charte, ils s'engagent ensemble à servir l'intérêt de chaque résident, à participer à la vie du réseau et à promouvoir les MARPA.

Signataires :

A le

Pour la structure gestionnaire de la MARPA

Pour la caisse de Mutualité Sociale Agricole

Pour la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Pour la Fédération Nationale des MARPA

ANNEXE VI : fiche récapitulative des réponses au questionnaire de satisfaction

Ensemble des MARPA :

Nombre de questionnaires adressés aux 12 MARPA par courrier signé du directeur adjoint de la DDASS de Vendée : environ 300 (exemplaire en annexe 2).

Nombre de questionnaires rendus : **150**

Questionnaires remplis :

- par résident seul : 91
- avec aide : 59

Année d'entrée : de 1993 à 2009

Moyenne d'âge à l'entrée : 81,55 (moyenne actuelle des résidents : 86 ans)

Motif d'entrée :

- Choix personnel : 89
- Choix de la famille ou en accord avec elle: 37
- Médecin : 11
- Médecin et famille : 13

Information sur RI, non médicalisation, liberté choix PS : oui dans l'ensemble sauf **11** non informé sur la non médicalisation

Connaissance du CVS : 89 oui - 23 non - 48 SR

Satisfaction :

- sur vie en MARPA : 136 oui
- sur accueil arrivée : 133 oui
- sur logement : très satisfait : 67 – satisfait : 73 mais remarques sur éloignement des commerces
- sur repas : très satisfait : 49 – satisfait : 91 – autres avis partagés (« ça dépend des jours »...)
- sur l'aide à la vie quotidienne : globalement bon ressenti
- sur l'animation : très satisfait : 31 - satisfait : 89 – peu satisfait : 15 – partagés : 3 - Sans réponse : 7

Relations avec autres résidents : satisfaisantes dans la majorité des cas

Fréquence recours aux soins : pas vraiment exploitable car beaucoup de non réponses

PS	1f/3mois	1f/2mois	1f/mois	2à3f/mois	1f/semaine	2f/semaine	1f/jour
Médecin	21	13	77	7	13		
Infirmière			15	10	26	6	21
Kiné			6		12	5	6
Pédicure	10	5	37				

Préparation des médicaments : (5 sans réponse)

- par infirmière ou personnel habilité: 69
- par résident : 68
- par famille : 8