

# **Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ( EHPAD)**

*Par les Drs M.P. HERVY et Michel SALOM*

En 2000, on dénombre 10 400 établissements hébergeant des personnes âgées dont 6240 maisons de retraite, 3120 foyer-logements et 1040 unités de soins de longue durée. L'ensemble de ces établissements hébergent 660 000 personnes.

En 1999, la réforme de la tarification de ces établissements a fusionné l'ensemble de ces structures en « Etablissements pour Personnes Agées Dépendantes » ( EHPAD). Cette volonté politique de fondre les établissements médico-sociaux accueillant des vieillards dépendants et les unités de soins de longue durée, du domaine sanitaire, en une seule entité, les EHPAD, est en partie liée à l'évolution observée des niveaux de soins de base et médico-techniques dans ces deux entités et à la volonté d'aboutir rapidement à une amélioration notable du niveau de la qualité de prise en charge globale de la personne dépendante .La demande de statut d'EHPAD est une démarche volontaire de la part des gestionnaires d'établissements.

## **Des établissements gradués**

### **Les logements foyers**

Conçus dans les années 60 pour répondre aux problèmes d'habitat inadapté d'une partie de la population âgée, ils accueillent des personnes valides mais ayant des besoins sociaux en termes de sécurité, relations, et encore parfois habitat.

L'entrée en logement foyer se fait principalement en venant du domicile, sans passer par une hospitalisation. C'est dans ce cas, que le taux de participation de la personne à ce choix de vie est le plus important

Ils se heurtent cependant aux problèmes de l'installation progressive de la dépendance de la population accueillie.

Leurs difficultés sont doubles :

- L'absence trop fréquente de diagnostic précis expliquant la perte d'autonomie, donc les pertes de chance pour les personnes de limiter leurs déficiences, à cause d'une faible médicalisation de ces structures.
- La prise en charge inadaptée des incapacités liées aux déficiences du fait du peu de personnel paramédical salarié au regard du pourcentage de personnes dépendantes et des inadaptations architecturales sans politique ambitieuse de restructuration.

En fait, ces difficultés sont minorées par l'appel systématique aux professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux, mais manque la coordination, possible dans les autres établissements, et qui assure la cohérence et la cohésion de la prise en charge, préventive du handicap.

### **Les maisons de retraite avec ou sans section de cure médicale**

Elles accueillent les personnes âgées dépendantes du fait de pathologies chroniques stabilisées et ne nécessitant pas à priori, des soins techniques lourds.

Comme les foyers logements, elles se heurtent au même problème de l'aggravation inéluctable d'un certain nombre de maladies, majorant progressivement le niveau de dépendance et aboutissant au bout de quelques années au décès

Les moyens médicaux et paramédicaux de ces maisons de retraite restent encore en 2003 extrêmement hétérogènes mais le plus souvent notoirement insuffisants pour répondre à tous les critères de qualité définis par les « bonnes pratiques gériatriques »

Leurs statuts sont multiples : maison de retraite publique, maison de retraite ayant un statut associatif, et maison de retraite privée à but lucratif.

### **Les unités de soins de longue durée**

En 2003, le statut de ces « ex services de long séjour » est variable ; soit ils sont devenus officiellement des EHPAD, après la signature d'une convention tripartite et sont passés du statut sanitaire

à un statut d'établissement médico-social, soit ils sont restés dans le domaine sanitaire mais ont quand même signé la convention tripartite (ceci permettant au personnel y travaillant de rester sur des statuts hospitaliers)

Ils accueillent les patients dépendants nécessitant l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne et/ou présentant une ou des pathologies nécessitant un suivi médical rapproché du fait du risque de décompensation aiguë important ( cf chapitre consacré aux USLD)

**En fait, on appelle actuellement EHPAD, les établissements médico- sociaux d'hébergement ayant signé une convention tripartite.**

Cette convention est fixée sur la base du respect d'un cahier des charges applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et a valeur d'engagement dans une démarche d'assurance qualité ( référentiel Angélique), de la part de tous les partenaires c'est à dire les responsables d'établissement et les autorités de tutelle.

Elle détermine trois tarifs

- un tarif hébergement, déterminé annuellement par le préfet.
- un tarif dépendance, (celle ci étant évaluée par la grille AGGIR), gradué en fonction du niveau de dépendance et dont le montant est arrêté par le président du Conseil Général
- un tarif soins versé directement par l'Assurance Maladie à l'établissement.

*Le 31/12/2003, sur l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, 8500 sont concernées par la réforme de la tarification et devraient officiellement devenir EHPAD, mais à cette date, seuls 2500 établissements, soit 29,5% ont signé la convention tripartite.*

*L'avenir du fait de la décentralisation est à l'élaboration d'une convention bipartite entre l'établissement et le conseil général qui aura la gestion de la dépendance et du soin.  
Expérimentation dans les Yvelines et en Ile et Vilaine en 2004/2005.*

**Le projet d'établissement décline un projet de vie et un projet de soins**

**Le projet de soins vise à prévenir et traiter les maladies (déficiences )**

Le projet de soins définit les modalités selon lesquelles l'établissement peut assurer les soins requis par l'état de santé et le niveau d'autonomie de chaque résident

Ceux ci sont suivis par leur médecin généraliste habituel s'ils restent dans la même localité ou ont le choix sur une liste fournie par la direction des médecins généralistes du voisinage venant dans l'établissement. L'établissement peut aussi choisir si les sujets n'ont pas de médecin traitant un suivi par un médecin salarié.

La convention tripartite a instauré la présence obligatoire d'un médecin coordonnateur dont le rôle, défini par un décret (toujours non définitif) est d'assurer la coordination et la formation des différents intervenants médicaux et paramédicaux afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge.

Ce rôle extrêmement important dans une démarche gériatrique de qualité est particulièrement difficile à remplir pour différentes raisons :

- statut à ce jour encore non officiel
- nombre de médecins coordonnateurs formés à la gériatrie insuffisant
- retard « culturel » de l'ensemble du corps médical à la pratique de la coordination
- sous-évaluation budgétaire du temps nécessaire (en moyenne, le budget soins ne permet de financer que 6 à 10h de temps de coordonnateur pour un établissement moyen de 60 lits).

Le **tarif soins** recouvre les prestations de soins techniques (prestations médicales et paramédicales pour la prise en charge des affections somatiques et psychiques) et de soins de base ( prestations paramédicales pour les soins liés à l'état de dépendance soins, soit 70 % des charges de personnel relatives aux aides soignantes et aide médico psychologiques)

Ce tarif est modulé en fonction du groupe iso-ressources (cf infra) et est à la charge de l'Assurance Maladie.

Deux options sont possibles

- l'option tarif tout compris : Biologie, radiologie médicaments en plus.
- l'option pas tout compris les médicaments peuvent être ou non inclus.

Dans tous les cas Médecins généralistes compris.

### **Le projet de soins vise aussi à compenser les incapacités :**

L'évaluation de la dépendance individuelle est le résultat d'une évaluation gériatrique complète permettant de mesurer les incapacités, conséquences des déficiences et de mettre en place les aides humaines et techniques pour assurer au résident le maximum d'autonomie.

Ceci nécessite que les investissements en personnel et en matériels soient suffisants

Malheureusement, les ratios de personnel soignant, permettant d'apporter de l'aide aux personnes âgées ne pouvant plus faire seules les actes de la vie quotidienne ( transferts, toilette, continence, repas) sont insuffisants pour pouvoir individualiser au mieux la réponse à apporter aux besoins évalués. Ils se situent entre 0,3 et 0,4 par résident<sup>3</sup>.

La nature juridique des établissements n'influe plus sur les moyens apportés, que les structures soient privées ou publiques, habilitées à l'aide sociale ou non..

Dans le cadre de la convention tripartite, cet aspect de la dépendance est financé par le **tarif dépendance**, dont le montant est variable selon le groupe GIR ( groupe iso ressources) auquel le résident appartient ( plus la dépendance est élevée, plus le tarif dépendance est cher)

La grille AGGIR, outil d'évaluation de la dépendance dans une logique d'attribution de moyens ( et non utilisable pour évaluer finement l'autonomie d'une personne) permet de répartir les personnes en 6 groupes :

- déments grabataires
- grabataires lucides ou déments déambulants
- lucides mais dépendants au niveau locomoteur
- aide ponctuelle aux repas, aux activités corporelles et lors des transferts
- aide à la toilette, au ménage, aux repas
- pas de dépendance pour les actes de la vie courante

Le financement de ce tarif dépendance pour les GIR 1 à 4 se fait par l'allocation personnalisée à l'autonomie (l'APA), sous conditions de ressources. Le montant est d'environ la moitié de ce qui aurait été attribué pour la même personne, de même groupe GIR, vivant à domicile. En établissement les GIR sont regroupés par deux 1et 2, 3et4, 5et6. Il est à noter que les résidents en GIR 5 et GIR 6, considérés comme non dépendants, payent aussi un tarif dépendance, même si bien évidemment il est d'un montant moindre que pour les groupes précédents. Ce qui n'est pas financé par l'APA reste à la charge de la personne.

Le tarif dépendance comprend les prestations d'aide et de surveillance liées à l'état de dépendance et est arrêté par le président du Conseil Général pour chaque établissement :

- emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes( 30% des charges de personnel relatives aux aides soignantes et aux aides médico-psychologiques et 30% des agents hôteliers.
- fournitures et prestations hôtelières : ex le surcoût de linge lié à la dépendance, les changes, les dépenses d'entretien
- matériel et mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation

Lorsqu'il est besoin de matériel individuel type fauteuil roulant adapté, celui-ci est pris en charge par l'Assurance Maladie.

Si cette réforme a permis une amélioration notable dans certains établissements, (essentiellement les structures les privées à but lucratif car ils ont pu payer leur personnel sur le forfait soin sans réduire le forfait hôtelier sur lequel ils étaient préalablement imputés ) permettant l'embauche de quelques personnels qualifiés supplémentaires, ou de matériel adapté, force est de reconnaître qu'elle ne valorise pas tout le travail fait pour le maintien ou la récupération de l'autonomie puisque l'établisse-

ment reçoit des subventions d'autant plus élevées que ces résidents sont dépendants. Un élément de pondération permettant de valoriser une approche gériatrique correcte et positive pour les résidents est maintenant indispensable à trouver.

### **Le projet de vie limite le désavantage social induit par la perte d'autonomie**

Le projet de vie définit les objectifs et les moyens de l'établissement en termes de qualité hôtelière de l'hébergement (architecture, repas, mobilier...) et de vie sociale (maintien des relations familiales et amicales, respect des droits de citoyen, animation,...).

Il est financé par le tarif hébergement qui comprend les prestations non liées à l'état de dépendance: dépenses d'administration, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et de vie sociale ( ce dernier point est en cours de négociation)

Il est à la charge de la personne, éventuellement pris en charge par l'aide sociale et est également arrêté par le président du Conseil Général pour chaque établissement.

Au total, le résident en EHPAD paye les tarifs hôtelier et dépendance et même si les coûts sont atténués par l'aide sociale départementale et l'APA, cela fait de lui, le plus souvent par l'intermédiaire de sa famille, un consommateur. Cette notion, légitime pour ce qui touche à la qualité de vie, l'est moins dans la relation de soins, source de malentendus et d'incompréhensions entre les professionnels et le plus souvent les familles des résidents.

### **L'établissement s'engage le plus souvent à être le dernier lieu de vie**

Dans le grand âge, 70% des plus de 75 ans meurent en institution ( 47% hôpital public, 9% cliniques, 14% maisons de retraite) qu'ils soient issus du milieu rural ou du milieu urbain

L'accompagnement des derniers moments de la vie fait partie intégrante du projet de prise en charge de l'établissement (cf chapitre unités soins palliatifs)

### **Le choix de l'institutionnalisation relève d'une décision personnelle**

**La décision de vivre dans un autre lieu que son domicile est une décision personnelle et/ou familiale.** Contrairement aux idées reçues, il ne s'agit pas d'un « placement d'office » fait par le médecin avec ou contre l'avis de la personne intéressée.

L'intégration dans un nouveau mode de vie sera d'autant meilleure que cette décision aura été réfléchie, partagée avec le médecin et les autres membres de l'entourage et prise en dehors de toute situation de crise.

Les critères qui vont aboutir à une telle décision sont d'abord d'ordre médical ( pathologies mettant en jeu ou non la sécurité du patient si la surveillance n'est pas constante), puis liée à la dépendance ( fonction des aides existantes ou non à domicile)et enfin pragmatiques ( quelle est l'offre disponible ? à quel coût ?). En parallèle, le seuil de tolérance de l'entourage immédiat ( le plus souvent la famille), sa capacité à accepter les aides, sa capacité à apporter de l'aide à la personne dépendante pèsent également très lourdement dans la décision.

Plus la personne est dépendante, plus la décision de l'institutionnalisation est prise surtout par la famille<sup>2</sup>.

Par ailleurs, le taux de visite préalable décroît avec la médicalisation de l'établissement : plus de 70% des résidents de logement-foyers déclarent avoir eu une visite préalable versus 50% de ceux qui sont en maisons de retraite commerciales et 33% en maison de retraite non commerciale

**La visite d'admission en EHPAD** est la règle du premier temps de la pratique gériatrique, permettant de mesurer la capacité de la personne âgée à accepter cette solution, à faire le deuil de ce qui ne sera plus, à intégrer des idées positives sur le thème du confort, de l'environnement sensé être plus favorable à la gestion de ses handicaps, d'une qualité de vie sociale.

Il est du devoir de l'entourage d'expliquer clairement et sans faux semblant, lorsque cela est possible le bien fondé de la démarche, ainsi que d'aider au travail du deuil de ce qui ne sera plus.

Il est aussi du devoir de l'institution de s'assurer que la personne a bien compris où elle se trouve et recueillir d'elle un accord éclairé. Certes, la prévalence des troubles cognitifs rend difficile une telle démarche mais de nombreux malades, atteints de pathologie démentielle sont à même de faire part de leur adhésion ou non à un tel projet.

La situation la plus difficile est représentée par le cas de la personne, ne pouvant objectivement plus vivre à son domicile qu'elles qu'en soient les raisons ( pathologies, absence d'aides...) mais refusant clairement toute institutionnalisation. Très clairement, de par la loi, l'établissement médico-social n'est pas habilité à réaliser des placements d'office.

La peur de l'entourage au regard des risques pris par l'intéressé est parfaitement respectable, mais ne doit pas se traiter par un déni de droit avec privation de liberté.

### **L'EHPAD est inscrite dans un maillage gérontologique C'est un maillon de la filière gériatrique**

Afin de garantir aux résidents hébergés une qualité optimale de soins lorsqu'ils sont malades, les EHPAD travaillent en réseau avec les structures sanitaires gériatriques pour une prise en charge optimale des épisodes aigus ou de rééducation en SSR dès lors qu'il est besoin d'un plateau technique.

A l'inverse, elle est le lieu de référence lorsqu'il est besoin d'une institutionnalisation d'un malade âgé qui du fait de son handicap ne peut rentrer à son domicile.

Cette appartenance à une filière est très variable d'une région à l'autre en fonction de la nature administrative de l'EHPAD. S'il s'agit d'une EHPAD relevant du centre hospitalier général, elle se fera plus naturellement que s'il s'agit d'une EHPAD, privée à but lucratif.

Néanmoins, la recherche de son inscription dans une filière gériatrique qu'elle qu'elle soit est la garantie d'une qualité de prise en charge adaptée aux besoins toujours évolutifs et changeants de la population âgée fragile. Cette inscription exige de la part des différents professionnels de la gériatrie, médicaux ou non un apprentissage (pas encore acquis) de l'ouverture et de la coordination. Le développement des CLIC (comité local d'information et de coordination) traduit cette évolution culturelle positive.

### **Elle peut proposer des structures « passerelles » entre domicile et institution**

**L'accueil de jour**, dont le développement est à l'ordre du jour du plan démente et du plan solidarité et vieillissement ( il est prévu de financer 13.000 places d'accueil de jour). Le but de cette structure est de permettre une prise en charge thérapeutique des personnes âgées malades, en général atteintes d'une pathologie démentielle , une à plusieurs journées par semaine, afin de stimuler les capacités restantes, assurer un soutien psychologique du patient et indirectement de sa famille.

Il est financé par un prix de journée, à la charge de la personne, pouvant être pris en charge dans le cadre de l'APA ( au moins le transport pour se rendre dans le lieu), voire avec l'aide de l'Aide Sociale du département.

Cette structure est à clairement distinguer de l'hôpital de jour dans le sens où il ne s'agit pas d'un lieu où se font des diagnostics. Il n'est cependant pleinement cohérent que s'il s'inscrit , lui aussi dans une filière gériatrique complète.

**L'hébergement temporaire**, qui permet de solutionner des situations passagères de crise à domicile lorsque cette dernière est due à une rupture des aides en place (vacances, hospitalisation de l'aidant principal et/ou carence temporaire des aides professionnelles) mais aussi de permettre à la personne âgée de se rendre compte par elle même de la réalité institutionnelle et de sa capacité à s'y adapter.

La difficulté principale pour les gestionnaires d'établissement est de pouvoir compter sur des séjours dont la durée est clairement déterminée au départ, ce qui est souvent infirmé du fait de la fragilité de la population accueillie et des multiples raisons amenant à des adaptations du projet initial.

### **Une indispensable capacité d'adaptation à l'évolution des besoins**

**La population accueillie en EHPAD est fondamentalement différente de celle qui était accueillie il y a 10ans en maisons de retraite :**

En termes de besoins de santé, la prévalence de la démente est passée de 39% à 71% en une dizaine d'années . Or, à l'échelle d'une institution, il s'agit d'un temps court pour que les différentes autorités de tutelle intègrent ces données nouvelles et adaptent les moyens humains et matériels initialement prévus à ces besoins accrus en termes de gestion de la maladie elle même et de ses conséquences en termes de dépendance. En effet, la moitié des malades déments en institution ont

une démence sévère donc s'accompagnant d'une dépendance importante nécessitant l'aide de tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne.

Deux autres populations ayant des besoins spécifiques de santé émergent :

- la population psychiatisée pour laquelle les hôpitaux psychiatriques considèrent qu'ils n'ont plus à l'assumer au long cours en dehors des périodes de « crise »
- les handicapés vieillissants dont l'espérance de vie s'est considérablement accrue et pour lesquels les structures « adaptées » sont théoriquement justifiées jusqu'à l'âge de la retraite

Sur le plan social, d'autres besoins spécifiques sont à prendre en compte

- les immigrés vieillissants, population d'origine étrangère arrivée en France pour des raisons économiques dans les années soixante, désinsérés de leur propre communauté et toujours pas totalement intégrés dans la population française
- les marginaux vieillissants, qui vivent depuis trente ans en situation de grande précarité, alternant des périodes dans la rue et dans diverses structures variées dans les périodes difficiles

La cohabitation de ces populations aux besoins très différents dans la même structure, l'EHPAD, nécessitera de la part de tous la recherche active ( et rapide !) de pistes de solutions. Il est certain que le rapprochement des divers professionnels ayant déjà en charge ces populations particulières est la base des progrès à venir .

### **Pour répondre à l'ensemble de ces besoins, une professionnalisation de tous les acteurs**

Que ce soit en termes de formation initiale ou de formation continue, la prise en charge de cette population âgée fragile, variée, ayant des besoins évolutifs ne peut s'appuyer que sur des professionnels de santé formés à la gériatrie, mais aussi des professionnels sociaux et administratifs formés à la gérontologie.

La formation continue est un critère de qualité suivi par le référentiel Angélique dans le cadre de la convention tripartite. Il est cependant sur ce volet peu ambitieux.

Le rôle du médecin coordonnateur dans le suivi du plan de formation, de sa pertinence pour l'institution donnée et de l'évaluation de l'efficacité de cette formation sur le terrain est fondamental, (pour autant qu'il en ait réellement le temps) .

Cette formation médicale et sociale, gériatrique et gérontologique doit être validée dans sa forme et son contenu par les universitaires de la discipline gériatrique et gérontologique pour en conserver la cohérence.

### **En sachant qu'un certain nombre d'évolutions sociologiques restent inconnues**

En l'état de la situation actuelle, les besoins en « lits » d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a été évalué à 120.000.

Ceci ne préjuge pas de plusieurs évolutions possibles

- l'amélioration de l'état de santé de la population vieillissante d'une part avec l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité
- l'amélioration des systèmes de prise en charge en réseau des malades âgés permettant de prévenir l'apparition de dépendance majeure incompatible avec un maintien à domicile
- mais à contrario, sur le plan sociologique, comment réagira la génération du baby boum qui a « assumé » la dépendance de ses parents, souvent difficilement vues les carences de notre système actuel lorsqu'elle même percevra le risque de perte d'autonomie ? par une demande plus « virulente » pour l'aider à rester à domicile ? par l'invention de nouvelles solutions non imaginées à ce jour ? par la demande de création de nouvelles institutions ?

### **Conclusion**

Les évolutions des concepts, de la connaissance, des besoins, des moyens, accompagnent la démographie des citoyens âgés, leurs volontés et celles du corps social. L'EHPAD n'est qu'une partie d'un ensemble de services devant être proposés aux vieillards afin qu'ils choisissent ceux qui leur conviennent le mieux à un moment donné de leurs besoins. Il convient de le bien situer individuellement dans l'offre locale de soins et d'hébergement et de rester vigilant pour en anticiper les mutations.