

Les archives – non secrètes

Les établissements d'accueil pour personnes âgées État des lieux et propositions pour le Coderpa

En 2004, le Comité départemental des retraités et personnes âgées de la Mayenne (Coderpa) a souhaité disposer d'un état des lieux prospectif de la situation des établissements dans le département. Il en a confié la réalisation au CÉAS qui a rencontré en entretien une vingtaine de directeurs d'établissement. Nous présentons ici des extraits du rapport de synthèse, lequel s'articule autour d'une quinzaine de constats avec, pour chacun, des propositions concrètes. Nous n'avons retenu que les constats, mais le rapport complet (24 pages, plus les annexes) peut être consulté au CÉAS.

L'état des lieux qui ressort des entretiens a nécessairement ses limites. D'une part, nous nous sommes déplacé dans seulement une vingtaine d'établissements alors que le département en compte quelque quatre-vingt-cinq. Certes, l'échantillon, validé par le Comité de pilotage, s'est voulu représentatif en fonction du type d'établissement et de la localisation géographique. D'autre part, un entretien, en moyenne d'une durée de deux heures, a nécessairement ses limites en termes d'observation. Nous aurions souhaité pouvoir rencontrer systématiquement des membres du personnel, des résidents, des membres des familles, et par ailleurs pouvoir pratiquer de l'observation de la vie au quotidien sur une durée assez longue... De fait, le cadre de l'étude ne le permettait pas.

Cependant, nous nous sommes attaché à faire ressortir les problématiques plus ou moins spontanément abordées par les directeurs d'établissement, tout en déclinant un certain nombre de propositions. Nous espérons que la réactualisation du plan départemental gérontologique, annoncée pour 2005, offrira un cadre permettant la valorisation de cet état des lieux.

Le document porte exclusivement sur des constats pour lesquels des éléments de réponse sont susceptibles d'être apportés localement. Pour autant, les directeurs d'établissement ont profité des entretiens pour exprimer des revendications, mais pour lesquelles les réponses ne peuvent venir qu'à l'échelon national. Il en est ainsi, par exemple, de toutes les questions liées à l'allocation personnalisée d'autonomie (déséquilibre avec la prise en charge au domicile) et au financement des charges de personnel (répartition soins / dépendance ; par exemple la non prise en compte d'une partie du travail administratif en soins, etc.).

D'emblée, à partir des entretiens et des visites réalisés, nous souhaitons souligner que depuis une dizaine d'années ⁽¹⁾, les établissements ont connu de très profondes améliorations, tant sur le plan architectural que sur le plan de la qualité de la vie. Les conventions tripartites (Conseil général, État, établissement) impulsent manifestement une dynamique. Or, le grand public n'a pas forcément pris conscience de ces mutations (sinon à travers l'augmentation des coûts – ce qui est tout de même bien réducteur).

Atteste des améliorations constatées, notamment la mise à notre disposition de documents faisant apparaître des objectifs concrets à atteindre, des moyens à mettre en œuvre, des indicateurs d'évaluation... Elles se marquent également par le recrutement au sein des établissements de nouveaux professionnels : animateur, psychologue, ergothérapeute, diététicien, gérant de tutelle, médecin coordonnateur, qui renouvellent et enrichissent les compétences.

On peut également remarquer que les établissements rencontrés ne sont pas (ou ne sont plus) confrontés à des problèmes de vacance – ce que l'on peut facilement expliquer par la situation et les évolutions démographiques.



⁽¹⁾ – 1993 constitue pour nous une date repère qui correspond à la phase préparatoire du Schéma départemental des équipements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées. La phase d'enquête avait donné lieu à une visite dans tous les établissements du département.

Quatorze constats

1) Les établissements en attente d'une politique départementale

De par les compétences du Conseil général en matière gérontologique, les établissements attendent du Conseil général qu'il coordonne la définition d'une politique gérontologique départementale, déclinée en un programme d'actions et avec les moyens nécessaires à sa mise en œuvre.

Cette attente rejoint les préoccupations du Conseil général lui-même : « *Par ailleurs, il sera lancé les travaux d'actualisation du plan gérontologique sur le principe d'une large concertation* » (Débat d'orientations budgétaires – réunion du Conseil général du 15 novembre 2004).

Au pire, les établissements considèrent actuellement qu'il n'y a jamais eu de politique départementale en matière gérontologique. Cependant, certains ont été acteurs, en 1993, de l'élaboration du Schéma départemental des équipements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées ; parmi ceux-là, certains regrettent que le plan gérontologique ait seulement défini de grandes orientations et qu'il ait manqué un véritable programme d'actions.

L'étude réalisée en 2003 par le Conseil général sur les travaux de modernisation nécessaires dans les établissements contribue à accentuer le malaise. En effet, cette étude a laissé penser que le Conseil général allait financièrement s'impliquer, du moins que des propositions seraient faites pour le financement de ces travaux, mais les établissements restent dans l'attente de réponses.

2) Un déficit de communication sur l'action gérontologique

Si l'action du Conseil général et de l'État en matière gérontologique est insuffisamment identifiée, il serait réellement injuste de dire qu'il ne s'est rien passé depuis dix ans ou que le Conseil général et l'État y sont complètement étrangers.

En 1993, la phase d'élaboration du Schéma départemental avait amené le CÉAS à rencontrer les directeurs de tous les établissements du département. La présente étude confiée au CÉAS par le Coderpa a été l'occasion, onze ans plus tard, de retourner dans une vingtaine d'établissements, ce qui lui a permis de mesurer l'ampleur des améliorations, en l'occurrence spectaculaires, tant sur le plan architectural qu'au niveau de la qualité de vie.

La réforme des financements et les conventions tripartites aboutissent à une recomposition de l'offre d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées, et à une complète modification de la physionomie des établissements : travaux de mise aux normes de sécurité ou de modernisation, démarches qualité et projets de service, recrutement de nouveaux professionnels, etc. Pour autant, en direction du grand public, les médias locaux ne laissent rien transparaître de ces bouleversements. Ils évoquent les établissements le plus souvent

à travers des animations, des inaugurations, mais traitées superficiellement, sans véritablement un travail d'investigation qui évoque les questions de fond, les questions de sens, qui sont sous-jacentes.

La signature des conventions tripartites s'effectue ainsi de la façon la plus discrète qui puisse être... Se pose-t-on la question de la médiatisation de l'évènement ? Les médias locaux perçoivent-ils les enjeux ?

3) Des conventions tripartites à optimiser

La mise en œuvre des conventions tripartites peut manifestement avoir un effet très positif sur les établissements de par les exigences en termes de diagnostic et d'analyse, d'élaboration d'un programme global d'actions et d'outils pour une démarche qualité, d'évaluation également. La mise en œuvre des conventions tripartites permet ainsi d'améliorer la qualité de vie dans les établissements : c'était le deuxième axe, en 1994, de la politique départementale en matière gérontologique. À ce jour, quarante conventions sont signées.

Les conventions tripartites, avec les engagements de qualité que formulent les établissements, constituent indéniablement une opportunité. Dès lors, il est important de les utiliser au mieux possible, ce qui implique une évaluation, non pas seulement au terme des cinq ans, mais annuellement – au risque sinon de perdre le bénéfice de la dynamique enclenchée. Certains établissements se donnent les moyens, chaque année, de faire le point sur les engagements conventionnels, mais ce n'est pas systématique. Dans tous les cas, une véritable évaluation suppose l'intervention du Conseil général et de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. À ce niveau, certes, l'énorme travail que représente l'élaboration des conventions tripartites constitue un frein. Cela implique nécessairement un renforcement des moyens humains, notamment au niveau du Conseil général, ou bien une externalisation de cette mission d'accompagnement, de suivi, d'évaluation et de réajustement, chaque année, des conventions tripartites et de leur mise en œuvre.

4) Des établissements isolés face aux travaux de modernisation

L'étude réalisée en 2003 par le Conseil général a montré l'ampleur des travaux à réaliser au sein des établissements dans les années à venir : sur soixante-quinze établissements enquêtés, soixante envisagent des travaux (mise aux normes de sécurité, adaptation des locaux à la dépendance, amélioration du confort, etc.).

De par leur formation et leur parcours professionnel antérieur, les directeurs d'établissement ne sont pas toujours préparés à la mise en œuvre et au suivi de ces travaux, que ce soit sur le plan strictement technique ou sur le plan financier.

Sur les aspects techniques, de nombreux établissements se lancent dans la réalisation de travaux, mais sans qu'il y ait véritablement capitalisation, à l'échelle du départe-

tement, des réussites mais aussi des erreurs à éviter.

On constate que des travaux de rénovation, dans certains établissements, génèrent des coûts d'hébergement très élevés, alors que d'autres établissements, réalisant pourtant des travaux conséquents, parviennent à limiter la hausse des tarifs. D'où nos interrogations : certains établissements parviennent-ils à mobiliser des financements particulièrement avantageux ? Peut-il exister, en la matière, des ressources ou des solutions qui ne sont pas forcément largement diffusées ?

Les directeurs d'établissement s'étonnent que le Conseil général ne subventionne pas les travaux ou n'apporte pas d'aides sous une autre forme. Ils comparent souvent avec ce qui se passe en Ille-et-Vilaine.

Compte tenu de l'ampleur des travaux qu'il reste à réaliser, ne peut-on pas suggérer plus de mutualisation, tant technique que financière, dans un souci de plus grande efficacité et en particulier d'économie budgétaire ?

5) La prise en charge de la désorientation et de la démence en question

Tous les établissements soulignent des évolutions concernant les publics accueillis : accueil de plus en plus tardif et de plus en plus en situation de dépendance et/ou de perte d'autonomie. En fait, ce sont principalement la désorientation et la démence qui semblent aujourd'hui poser problème.

La dépendance psychique préoccupe des établissements car ils savent qu'elle est consommatrice de temps si l'on veut proposer des activités, de la stimulation, du plaisir. Et si la dépendance psychique peut générer des attitudes de solidarité entre résidents, cependant la cohabitation peut parfois poser des difficultés. Sans augmentation des moyens humains, il y a le risque que l'accompagnement s'effectue au détriment des résidents moins dépendants, mais qui ont tout autant besoin d'une offre d'animation pour une qualité de vie. S'il est possible de rationaliser les tâches pour dégager du temps, il arrive un moment où cela n'est plus envisageable.

Des stratégies territorialisées peuvent également se mettre en œuvre. Dans telle zone géographique, on oriente plutôt une personne démente vers tel établissement où les locaux s'y prêtent mieux, où le personnel est mieux formé...

Cette situation illustre les deux « écoles » : accueillir le résident, par exemple malade d'Alzheimer, au sein même de l'établissement, éventuellement avec un accompagnement de la vie courante et une offre d'animation spécifique, si nécessaire dans des espaces sécurisés mais néanmoins ouverts ; ou bien l'accueillir dans une structure spécialisée, type cantou, avec une offre d'animation spécifique et dans un espace clos et sécurisé. Au-delà des questions techniques, on touche également ici à des questions éthiques.

Certains directeurs constatent qu'une prise en charge spécifique permet de réduire les troubles du comportement. Cependant, d'autres regrettent que la cohabitation pose parfois des difficultés. Dans tous les cas, il y a accord général pour refuser le recours à la contention et/ou à l'utilisation de médicaments pour « calmer » les personnes.

Pour trouver un certain consensus, on peut suggérer que la réponse type cantou n'est pas forcément à systématiser, mais qu'elle est adaptée pour accueillir des malades d'Alzheimer dont le comportement est incompatible avec une vie en collectivité au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) classique – avec l'espoir que l'inadaptation n'ait pas son origine dans le manque de formation et de professionnalisation du personnel.

6) Une réflexion à engager sur les adultes handicapés mentaux vieillissants

Des directeurs d'établissement font part de leurs interrogations face aux demandes d'hébergement pour des adultes handicapés mentaux vieillissants. Il peut s'agir :

- de personnes jusqu'à présent au domicile de leurs parents, mais cette solution n'est plus possible suite à une forte dépendance, une hospitalisation ou un décès ;
- de personnes ayant des troubles psychiatriques, dont le maintien à domicile devient difficile ;
- de personnes précédemment en structure protégée mais arrivées à l'âge de la retraite.

Des initiatives sont prises d'une part par des structures ayant l'expérience de l'accueil des personnes handicapées, d'autre part par des établissements d'accueil pour personnes âgées, soit avec un foyer de vie à proximité immédiate d'une maison de retraite, soit en accueil conjoint (certains établissements pouvant ainsi trouver une réponse à un problème de vacance).

La cohabitation entre des adultes handicapés mentaux d'une soixantaine d'années avec des personnes âgées de plus de 80 ans, dépendantes et/ou en perte d'autonomie, peut être riche sur le plan humain, mais d'aucuns considèrent néanmoins qu'elle pose des problèmes. Faut-il spécialiser un ou deux établissements dans le département, ou bien encourager l'accueil conjoint ?

7) Une organisation territorialisée des services de type alternatif

Notamment dans le cadre des conventions tripartites, l'offre d'hébergement temporaire s'est développée dans le département. Par ailleurs, des accueils de jour fonctionnent et d'autres sont en projet. Personne ne remet en question cette offre de réponse intermédiaire entre le maintien à domicile et l'entrée en établissement. Par contre, des directeurs d'établissement ont le souci d'une gestion raisonnée de cette offre existante et potentielle.

Il y a en effet le risque de voir se développer une offre en hébergement temporaire ou en accueil de jour sans concertation territorialisée, au risque d'un suréquipement ou, au contraire, d'une absence de réponses dans certains territoires.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) facilitent la concertation, voire l'analyse des besoins, mais tout le département n'est pas couvert et il manque de toute façon une certaine coordination et un certain cadrage à l'échelon départemental.

8) Une politique d'animation révélatrice de la qualité de vie

Le dispositif « Nouveaux Services – Emplois Jeunes » a favorisé le recrutement de professionnels sur des fonctions d'animation. Ils sont (ou ont été) plus ou moins bien formés et encadrés. Dans certains établissements, l'animation est déléguée et consiste en un programme d'activités conçu par le professionnel. Dans d'autres établissements, l'animation est une fonction partagée (ce qui n'empêche pas qu'elle puisse être coordonnée), et le contenu part d'abord de ce que sont les résidents, de leurs envies et aspirations, de leurs attentes. En outre, l'animation peut avoir une fonction de médiation entre les résidents et leur environnement (être attentif aux événements locaux et s'y associer).

9) Des coûts en établissement très peu lisibles

La complexité des tarifications d'hébergement et de soins ne contribue guère à leur lisibilité auprès des résidents et de leur famille. La concurrence, parfois assez vive entre établissements, n'incite pas à une très grande transparence et, dans certains cas, les tarifs affichés peuvent ne pas inclure un certain nombre de prestations qui s'y ajouteront par la suite.

Les coûts sont rarement mis en perspective de la qualité architecturale, des services proposés et de la qualité de vie dans un établissement (cf. *Mémento* du Conseil général). On dit des familles que les coûts sont leur principale préoccupation dans le choix d'un établissement, mais on ne leur offre pas véritablement une autre grille de lecture.

10) Des familles aux exigences parfois excessives

Dans la quasi-totalité des cas, les relations avec les familles sont très faciles et constructives. Cependant, une très faible minorité de familles sont dans une attitude de récrimination systématique, ce qui mobilise beaucoup d'énergie au niveau des directions et du personnel.

On peut expliquer de telles attitudes par le coût de l'hébergement (« *au prix qu'on paye*...»), mais plus encore par une certaine forme de culpabilisation devant l'impossibilité pour une famille de prendre elle-même en charge un parent dépendant : une culpabilisation qui génère une certaine forme d'agressivité (« *on n'a pas pu s'occuper d'un parent, mais il faut qu'à la maison de retraite, ils s'occupent très bien de lui* »...).

11) Maltraitance : une vigilance à encourager

Malgré toutes les précautions prises, aucune démarche qualité ne peut prémunir définitivement contre des pratiques professionnelles, à la marge, qui vont à l'encontre des valeurs collectivement partagées, des buts et objectifs fixés en équipe. L'Association des aînés résidant en collectivités et de leurs familles (ARCF), plutôt bien acceptée par les établissements, a un rôle particulier à jouer : à partir de l'écoute des résidents et des familles, elle peut contribuer au repérage des dysfonctionnements et notamment des pratiques qui relèvent de la maltraitance. Mais cela ne peut être sa seule fonction et, dans tous les cas, les militants de l'ARCF ne sont pas forcément préparés à cette fonction d'observation et de repérage, laquelle doit s'opérer sans prendre le risque de heurter injustement les directions et le personnel soignant.

41 % des infirmier(ière)s ont plus de 45 ans

Selon une enquête réalisée début 2004 dans les établissements mayennais et l'exploitation par le CÉAS, avec l'accord de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, de cinquante-cinq réponses, il ressort que plus de 41 % des infirmier(ière)s sont âgé(e)s de plus de 45 ans, d'où de probables difficultés de recrutement dans les cinq à dix ans à venir.

Répartition des professionnel(le)s selon la tranche d'âge

	Infirmier(ière)		Aide-soignant(e)		ASH
60 ans ou plus	1 %	} 41 %	/	} 21 %	1 %
55 à 59 ans	6 %		2 %		5 %
50 à 54 ans	9 %		8 %		10 %
45 à 49 ans	25 %		11 %		13 %
40 à 44 ans	16 %		23 %		14 %
35 à 39 ans	14 %		18 %	18 %	
30 à 34 ans	16 %		12 %	15 %	
25 à 29 ans	9 %		16 %	12 %	
20 à 24 ans	3 %		10 %	12 %	
Moins de 20 ans	/		/	1 %	
TOTAL	100 %		100 %	100 %	
Moyenne d'âge	41,2 ans		37,1 ans		37,5 ans

Source : enquête Ministères / DREES 2004

Les sorties définitives des établissements en 2003

Selon l'enquête réalisée début 2004 dans les établissements mayennais (exploitation des réponses de 55 établissements pour un effectif total d'environ un millier de sorties définitives), le décès est la première cause de sortie définitive des établissements (76 % dans les maisons de retraite et 54 % dans les logements-foyers). Les taux enregistrés en 2003 sont sensiblement identiques à ceux d'une précédente enquête réalisée en 2000. Seulement 10 % des personnes en maison de retraite et 2 % de celles en logement-foyer retournent chez elles ou dans leur famille. Cependant, concernant les maisons de retraite, le taux est de cinq points plus élevés qu'en 2000. Pour les logements-foyers, le taux de sortie vers un autre logement-foyer ou une maison de retraite est très élevé : 32 %.

Causes de sorties définitives selon le type d'établissement

	USLD	Maison de retraite	Logement-foyer	Ensemble
Domicile privé ou d'un proche	24 %	10 %	2 %	14 %
Logement-foyer ou maison de retraite	7 %	7 %	32 %	9 %
Soins de longue durée	/	6 %	10 %	5 %
Décès dans l'établissement	58 %	54 %	19 %	51 %
Décès lors d'une hospitalisation temporaire	9 %	22 %	35 %	21 %
Autres	1 %	1 %	2 %	1 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : enquête Ministères / DREES 2004

Cette fonction d'observation et de repérage ressort également complètement des compétences des directeurs d'établissement. Cependant, ceux-ci, surtout dans les établissements de plus petite dimension, ne sont pas toujours préparés à mettre en œuvre des mesures disciplinaires.

12) Un manque déjà sensible d'infirmiers, voire d'aides-soignants

La plupart des établissements enquêtés évoquent des difficultés de recrutement au niveau des infirmiers, tant pour des postes fixes que pour des remplacements. Le problème est encore plus aigu dans les établissements de petite dimension, et à plus forte raison s'ils sont assez éloignés des pôles urbains. Le problème risque de s'accroître dans les années à venir du fait de la pyramide des âges.

Au-delà de la faible attractivité des milieux ruraux, parfois avancée pour expliquer cette situation, les directeurs mentionnent l'image peu valorisée du métier lorsqu'il s'exerce auprès des personnes âgées (moins technicité). Par ailleurs, un Ehpad offre moins de perspectives en termes de mobilité professionnelle qu'un centre hospitalier (dans cette logique, des fusions au niveau d'établissements voisins apporteraient un élément de réponse partiel).

Actuellement, les établissements pallient cette difficulté en ayant recours à l'intérim (mais coût plus élevé), ou alors, quand le nombre d'infirmiers le permet et quand il s'agit d'un remplacement à assurer, en jonglant avec les congés ou les récupérations du personnel en poste – ce qui génère de la fatigue, de la déception, du stress et, à terme, ne peut générer qu'une perception négative du métier.

Certains établissements sont également confrontés à

des difficultés de recrutement d'aides-soignants (mais la formation continue et la promotion interne constituant pour certains une réponse efficace), voire d'agents des services hospitaliers.

13) La mobilisation de ressources bénévoles à expérimenter

Dès maintenant et à plus forte raison dans les années à venir, on manque et on manquera de personnels soignants, et ce pour diverses raisons : le manque de professionnels sur le marché du travail ; la faible attractivité des postes proposés alors qu'il existe d'autres possibilités de travail ; l'accroissement des besoins ; enfin les limites financières alors que des établissements atteignent déjà des coûts qui peuvent paraître dissuasifs.

Seuls des professionnels infirmiers ou aides-soignants peuvent assurer la prise en charge sanitaire des résidents. Par contre, d'autres tâches, tout en exigeant une certaine technicité et une certaine expérience, se prêteraient plus facilement au recours à des ressources bénévoles. En Mayenne, certains établissements font déjà appel à des ressources bénévoles pour l'animation, mais peut-on systématiser cette initiative, voire l'étendre à d'autres fonctions au sein des établissements ?

En France, la question est taboue pour des logiques quelque peu corporatistes. Pour autant, demain, aura-t-on le choix face aux difficultés de recrutement, à l'accroissement de la dépendance, aux coûts très élevés induits par les travaux de mise aux normes de sécurité et de modernisation, ainsi que par l'augmentation des charges de personnel.

Dès lors, à titre expérimental et avec l'accord de la totalité des acteurs d'un établissement (et surtout le personnel), pourrait-on imaginer qu'un établissement mayennais réfléchisse au recours possible à des ressources

bénévoles, ce qui implique d'identifier les tâches qui pourraient être déléguées, de solliciter des bénévoles, de les former, de fixer des règles, d'évaluer selon des critères établis en amont ? En l'occurrence, une telle initiative permettrait-elle de dégager du temps pour les professionnels de l'établissement, de limiter les charges de personnel, d'améliorer la qualité de vie ?

14) Un déficit de directeurs à prévenir

En Mayenne, des postes de direction sont vacants, ce qui occasionne un certain nombre d'intérim. A priori, cette situation n'est pas spécifique au département. Cependant, elle risque de s'accroître de par le prochain départ à la retraite d'un certain nombre de directeurs (dont véritablement des personnes-ressources du fait de leur longue expérience et de leur connaissance de l'histoire).

D'emblée, pour expliquer le manque de candidats, on pourrait faire l'hypothèse d'une faible attractivité des zones rurales, à l'instar de ce que l'on entend pour les médecins. Cependant, certains directeurs évoquent plutôt la pression qu'ils subissent de par les responsabilités qui leur incombent. De fait, ils ont à subir parallèlement les contraintes liées aux obligations réglementaires (sécurité incendie, sécurité sanitaire, etc.) et celles liées aux budgets, sans oublier les relations au quotidien avec le personnel, les résidents, leur famille... Ainsi, ce serait beaucoup plus la lourdeur de la fonction que la faible attractivité du département qui serait en cause.

En outre, dans le secteur public, la fonction serait peu reconnue au niveau de la rémunération, ce qui constitue un frein supplémentaire au recrutement.

En fait, le problème est spécifique selon la taille de l'établissement. Dans un établissement jusqu'à une certaine capacité d'accueil, le directeur est nécessairement polyvalent et extrêmement sollicité. Il est notamment demandeur de toute mesure qui irait dans le sens d'une réduction des exigences administratives, souvent considérées comme abusives (les diverses enquêtes consécutives à la canicule en 2003 en sont une illustration presque caricaturale). Certes, dans un établissement d'une plus grande dimension, le directeur peut s'appuyer sur un ou des collaborateurs auxquels il peut plus facilement déléguer une partie de ses responsabilités.

Les directions communes à plusieurs établissements sont généralement redoutées dans le secteur public de par la charge de travail et les responsabilités qu'elles impliquent. À l'époque des budgets par exemple, cela occasionne une multiplication de réunions particulièrement lourde. Des rapprochements d'établissements apparaissent indispensables dans la logique de réaliser des économies financières (mutualisation des moyens), mais seule la fusion permettrait d'alléger réellement les charges administratives. Dès lors, comment parvenir à mutualiser, voire regrouper, sans perdre les atouts de la proximité, tout en conservant à chaque établissement une certaine identité ?

Quels établissements demain ?

La réforme des financements et les conventions tripartites vont progressivement aboutir à une plus grande lisibilité de l'offre d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées : il y aura les Ehpad et les autres établissements, lesquels n'auront pas la possibilité, ou alors à la marge, d'accueillir des personnes dépendantes.

À moyens hospitaliers sûrement équivalents, avec une capacité d'accueil en Ehpad qui ne pourra probablement pas suivre proportionnellement l'augmentation du nombre de personnes âgées, et de personnes âgées dépendantes, on peut prévoir que les résidents en Ehpad, demain, seront plus dépendants, physiquement et/ou psychologiquement, notamment du fait des progrès techniques de la médecine. Une telle situation ne peut aboutir qu'à une plus forte médicalisation des établissements.

La question qui se pose alors est de savoir jusqu'où les établissements pourront s'adapter et s'ils disposeront des moyens nécessaires pour prendre en charge la

dépendance, la douleur, la fin de vie.

Les conventions tripartites donnent le sentiment aux établissements qu'elles permettent une remise à niveau des moyens humains professionnels nécessaires aujourd'hui, mais le Conseil général et l'État ont-ils intégré qu'il ne peut s'agir d'une réponse suffisante pour les dix ou quinze ans à venir ?

Il y a aujourd'hui des besoins d'hébergement pour des personnes âgées valides ou légèrement dépendantes, mais sans nécessité d'une prise en charge sanitaire par l'établissement. Les résidences, les foyers-logements (non médicalisés), les Marpa répondent ainsi à des besoins de sécurité ou de rupture d'un certain isolement. Dès lors, si ces établissements conservent le même but, quelles structures pourront demain prendre en charge les personnes dépendantes, mais sans nécessité d'une hospitalisation ou d'une quasi-hospitalisation en Ehpad, alors que le maintien à domicile n'est plus possible dans de bonnes conditions de prise en charge ?