

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2022 - 2023 N° 2023-12

L'influence des Maisons d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées (MARPA)
sur le soutien social de la personne âgée

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : 04 Avril 2023
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR : Emeline DINAIRE

DINAIRE Emeline Annie
NEE LE : 16/06/1994
A EPINAL (88)

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE GENERALE

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr Paul FRAPPE	Faculté :	Jacques LISFRANC Saint Etienne
Asseseurs :	Dr Xavier GOCKO	Faculté :	Jacques LISFRANC Saint Etienne
	Dr Sebastien BRUEL	Faculté :	Jacques LISFRANC Saint Etienne
	Dr Stephane BOUXOM	Faculté :	Jacques LISFRANC Saint Etienne

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Nom	Prénom	Spécialité	Grade
ALAMARTINE	Eric	Néphrologie	PU-PH
ANTOINE	Jean Christophe	Neurologie	PU-PH
			surnombre
AUBOYER	Christian	Anesthésie réanimation	EMERITE
AZARNOUSH	Kasra	Chirurgie thoracique et vasculaire	PU-PH
BARJAT	Tiphaine	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	MCU-PH
BARRAL	Fabrice Guy	Radiologie et imagerie médicale	EMERITE
BARTHELEMY	Jean Claude	Physiologie	EMERITE
BERTHELOT	Philippe	Bactériologie, virologie, hygiène hospitalière ; option hygiène hospitalière	PU-PH
BERTOLETTI	Laurent	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PU-PH
BILLOTEY	Claire	Biophysique et médecine nucléaire	PUPH
BOISSIER	Christian	Médecine vasculaire	EMERITE
BOTELHO	Elisabeth	Maladies infectieuses, maladies tropicales	PU-PH
BOUDARD	Delphine	Histologie embryologie et cytogénétique	MCU-PH
BOURLET	Thomas	Bactériologie, virologie, hygiène hospitalière	PU-PH
BOUTAHAR	Nadia	Biochimie et biologie moléculaire	MCU-PH
BOUTET	Claire	Radiologie et imagerie médicale	PU-PH
BRUEL	Sébastien	Médecine générale	MCU-MG
BRUNON	Jacques	Neurochirurgie	EMERITE
CAMBAZARD	Frédéric	Dermatologie, vénéréologie	EMERITE
CAMDESSANCHE	Jean-Philippe	Neurologie	PU-PH
CATHEBRAS	Pascal	Médecine interne	PU-PH
CELARIER	Thomas	Gériatrie	PA
CHAULEUR	Céline	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	PU-PH
CHAUVEL PICARD	Julie	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	PHU CHAUVIN
	Franck	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	PU-PH
COTTIER JOUFRE	Michèle	Histologie embryologie et cytogénétique	PU-PH
CROISILLE	Pierre	Radiologie et imagerie médicale	PU-PH
DA COSTA	Antoine	Cardiologie	PU-PH
DEBOUT	Michel	Médecine légale et droit de la santé	EMERITE
DECOUSUS	Hervé	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	EMERITE
DELAVENNE	Xavier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PU-PH DOHIN
	Bruno	Chirurgie infantile	PU-PH
DUBAND	Sébastien	Médecine légale et droit de la santé	MCU-PH
EDOUARD	Pascal	Physiologie	PU-PH
FAKRA	Eric	Psychiatrie	PU-PH
FARIZON	Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PU-PH
FAVRE	Jean-Pierre	Chirurgie vasculaire	PU-PH
FEASSON	Léonard	Physiologie	PU-PH
FLORI	Pierre	Parasitologie et mycologie	PU-PH
FONTANA	Luc	Médecine et santé au travail	PU-PH
FOREST	Fabien	Anatomie et cytologie pathologique	PU-PH

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

FRAPPE	Paul	Médecine général	PU-MG
FROUDARAKIS	Marios	Pneumologie	PA
FUZELLIER	Jean-François	Chirurgie thoracique et vasculaire	PU-PH
GAGNEUX BRUNON	Amandine	Maladies infectieuses, maladies tropicales	MCU-PH
GAIN	Philippe	Ophthalmologie	PU-PH
GALUSCA	Bogdan	Nutrition	PU-PH
GARCIN	Thibaud	Ophthalmologie	MCU-PH
GAUTHERON	Vincent	Médecine physique et réadaptation pédiatrique	PU-PH
GAVID	Marie	Anatomie	MCU-PH
GERMAIN	Natacha	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale	PU-PH
GEYSSANT	André	Physiologie	EMERITE
GIRAUD	Antoine	Pédiatrie	MCU-PH
GIRAUX	Pascal	Médecine physique et réadaptation	PU-PH
GOCKO	Xavier	Médecine générale	MCU-MG
GONTHIER	Régis	Gériatrie	EMERITE
GONZALO	Philippe	Biochimie et biologie moléculaire	PU-PH
GRATTARD	Florence	Bactériologie, virologie, hygiène Hospitalière	MCU-PH
GUYOTAT	Denis	Hématologie ; transfusion	PU-PH
HUPIN	David	Physiologie	MCU-PH
KARKAS	Alexandre	ORL	MCU-PH
KILLIAN	Martin	Médecine interne gériatrie et biologie du vieillissement	MCU-PH
LEFAGE	Jean-Philippe	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCU-PH
LAFAGE PROUST	Marie-Hélène	Biologie cellulaire	PU-PH
LANG	François	Psychiatrie	EMERITE
LAPORTE	Silvy	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PU-PH
LAVAL	Bastien	Médecine générale	MCA-MG
LE HELLO	Claire	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PU-PH
LE ROY	Bertrand	Chirurgie digestive	PU-PH
LUCHT	Roland	Maladies infectieuses, maladies tropicales	EMERITE
LELONGE	Yann	Anatomie	PHU
MAGNE	Nicolas	Radiothérapie	PU-PH
MAILLARD	Nicolas	Néphrologie	PU-PH
MAILLET	Denis	Cancérologie, radiothérapie	PA
MARIAT	Christophe	Néphrologie	PU-PH
MAROTTE	Hubert	Rhumatologie	PU-PH
MASSOUBRE	Catherine	Psychiatrie adulte addictologie	PU-PH
MISMETTI	Patrick	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PU-PH
MOLLIEX	Serge	Anesthésie Réanimation	PU-PH
MOREL	Jérôme	Anesthésie Réanimation	PU-PH
MOTTET-AUSELO	Nicolas	Urologie	PU-PH
NERI	Thomas	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PU-PH
OLLIER	Edouard	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	MCU-PH
PATURAL	Hugues	Pédiatrie	PU-PH
PAUL	Stéphane	Immunologie	PU-PH
PELISSIER	Carole	Médecine et santé au travail	MCU-PH
PELLET	Jacques	Psychiatrie	EMERITE
PEOC'H	Michel	Anatomie et cytologie pathologique	PU-PH
PERROT	Jean-Luc	Dermatologie, vénéréologie	PU-PH
PEYRON	Roland	Neurosciences - Médecine palliative	PA

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

PHELIP	Jean-Marc	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PU-PH
PHILIPPOT	Rémi	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PU-PH
PILLET	Sylvie	Bactériologie, virologie, hygiène hospitalière	MCU-PH
PLOTTON	Catherine	Médecine générale	MCA-MG
POZZETTO	Bruno	Bactériologie, virologie, hygiène hospitalière	EMERITE
PRADES	Jean-Michel	ORL	PU-PH
PREVOT	Nathalie	Biophysique et biologie moléculaire	surnombre
RAGEY PERINEL	Sophie	Médecine intensive réanimation	MCU-PH
ROBLIN	Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	MCU-PH
SAVALL	Angélique	Médecine Générale	PA
SCALABRE	Aurélien	Chirurgie infantile	MCU-MG
SCHNEIDER	Fabien	Radiologie et imagerie médicale	PU-PH
SEFFERT	Pierre	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	MCU-PH
STEPHAN	Jean-Louis	Pédiatrie	EMERITE
TARDY	Bernard	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PU-PH
THIERY	Guillaume	Médecine intensive réanimation	PU-PH
THOLANCE	Yannick	Biochimie et biologie moléculaire	PU-PH
THOMAS	Thierry	Rhumatologie	MCU-PH
THURET	Gilles	Ophthalmologie	PU-PH
TIFFET	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	PU-PH
TROMBERT-PAVIOT	Béatrice	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	PU-PH
VARLET	François	Chirurgie Infantile	PU-PH
VASSAL	François	Neurochirurgie	PU-PH
VERGNON	Jean Michel	Pneumologie	EMERITE
VERHOEVEN	Paul	Bactériologie, virologie, hygiène hospitalière	PU-PH
VIALLO	Alain	Médecine d'urgence	PA
ZENI	Fabrice	Médecine intensive réanimation	PU-PH

Légende :

- PU-PH :** *Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*
- MCU-PH :** *Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier*
- PA :** *Professeur Associé*
- EMERITE :** *Professeur à la retraite mais souhaitant poursuivre une activité scientifique*
- MCU-MG :** *Maître de Conférences des Universités de médecine générale*
- PU-MG :** *Professeur des Universités de médecine générale*
- MC-AMG :** *Maître de conférences associées de Médecine générale*
- PA-MG :** *Professeur associé de médecine générale*

Mise à jour : Novembre 2022

Remerciements

Remerciements

Tout d'abord, je remercie le professeur Paul FRAPPE, Professeur de Médecine Générale au DMG de Saint Etienne qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse et de nous apporter sa réflexion.

Je remercie également le Dr Xavier GOCKO, Maitre de Conférences des Universités au DMG de Saint Etienne et le Dr Sébastien BRUEL, Maitre de Conférences des Universités au DMG de Saint Etienne pour leur évaluation sur ce travail de thèse et leurs commentaires durant la soutenance.

Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Stéphane BOUXOM, chef de clinique au DMG de Saint Etienne qui a accepté de reprendre la direction de cette thèse. Son accompagnement et la qualité de ses retours ont été de réels moteurs. Je le remercie également pour son accessibilité, son humour, sa bienveillance et pour ses nombreux encouragements.

J'adresse aussi mes remerciements à l'ensemble des membres du personnel et de direction des MARPA, pour leur accueil, leur intérêt et leur aide précieuse à la mise en place de cette étude.

Merci également aux résidents, qui ont accepté volontiers de me recevoir. Merci à eux pour la confiance qu'ils m'ont accordée et pour le plaisir que j'ai eu à m'entretenir avec eux.

Enfin, je remercie l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux que j'ai croisé le long de ma formation ainsi que les membres du DMG. Merci à eux pour leur temps et leurs enseignements qui m'ont permis de me construire professionnellement et humainement. Je remercie particulièrement :

Le Dr Lizzy PETRIGNY : pour son dévouement, son énergie, son soutien indéfectible et de m'avoir accordé sa confiance.

Le Dr Jean Philippe MELIZAN : pour sa vision et sa passion de la Médecine Générale, un précieux héritage.

Merci à Céline et Tom, pour leur relecture ainsi que pour leur amitié.

Dédicaces

Je dédie ce travail,

A ma famille,

A mes parents, pour leur soutien inépuisable et pour les valeurs qu'ils m'ont transmises.

A ma sœur et à l'amour incommensurable qu'elle m'a apporté.

A mes adorables neveux et nièces : Noé, Emma et Léni.

A mes amis,

A Julien, mon frère de cœur et à notre longue et si précieuse amitié.

A Megane, ancienne co-interne en or et à son immense bienveillance.

A Florian, l'ami de toutes les aventures et à son subtil art du soutien humoristico-compréhensif.

A Cécile et à ses invitations régulières à sortir de ma zone de confort.

A Béné, pour son recul sur le monde.

Aux copains de la faculté, les Poneys : Amélie, Coline, Gaele, Guillaume, Guillemette, Julie, Léonard Quasiempereur, Louise, Mathilde, Nicolas pour toutes ces années rendues inoubliables et celles encore à venir.

Et enfin à ma compagne Léa,

Pour son aide, ses nombreuses relectures, sa patience ainsi que pour tout le bonheur qu'elle m'apporte au quotidien.

Je leur exprime à tous, ma gratitude la plus sincère.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Table des matières

Remerciements.....	6
Serment d'hippocrate.....	8
Résumé	10
Abstract	10
Introduction.....	11
Matériel et méthode	12
Résultats et interprétation	13
La MARPA : Un soutien social global et efficace	13
Diminution du sentiment de solitude.....	15
Préservation de l'estime de soi : une question identitaire ?	16
Soutien social non perçu : rupture avec la vie antérieure.....	17
Diminution progressive de l'autonomie : la MARPA jusqu'à quand ?.....	18
Discussion	20
Conclusion :.....	21
Bibliographie.....	23
Annexes.....	25

Résumé

Contexte : Les personnes âgées sont particulièrement exposées au sentiment de solitude qui induit un risque plus important de comorbidités psychiatriques, cardiovasculaires, neurocognitives et de mortalité. L'amélioration du soutien social permet d'en limiter le retentissement. Les MARPA se présentent comme une solution sociale bien que leur influence sur le soutien social soit peu explorée dans la littérature.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la MARPA sur le soutien social de la personne âgée autonome dans une logique d'optimisation de l'étaillage social adapté à la personne.

Méthodes : Nous avons réalisé une analyse qualitative théorique ancrée à partir d'une enquête de terrain par entretiens semi-directifs auprès des personnes âgées vivant dans deux MARPA dans la Loire. Le recueil s'est fait jusqu'à redondance des données et l'analyse a été réalisée sur verbatims anonymisés. Douze personnes ont été enquêtées. L'encodage des verbatims a été réalisé grâce au logiciel « Taguette »

Analyse et discussion : La MARPA permet un soutien social efficace et global. Ce soutien est en revanche perçu de façon différente en fonction des circonstances. Les personnes ressentant le moins l'apport social de la structure sont justement celles pour qui la MARPA a été créée c'est-à-dire les plus autonomes.

Conclusion : Les MARPA, bien que permettant un soutien social efficace, ne permettent de répondre à la problématique du sentiment de solitude de la personne âgée autonome qu'à la condition qu'il soit important et associé à un isolement avéré à domicile. Elles semblent en revanche s'inscrire de plus en plus comme une alternative efficace à l'EHPAD.

Abstract

Elderly people are particularly exposed to the feeling of loneliness with a greater risk of psychiatric, cardiovascular, neurocognitive comorbidities and mortality. Improving social support helps to limit its impact. "MARPA" structures present themselves as social solution although their influence on social support is not much explored in the literature.

The purpose of this research is to explore the social support of residents living in "MARPA" to understand how to better support the social scaffolding of the elderly persons.

We carried out a theoretical qualitative analysis anchored from a field survey by semi-guided interviews with elderly persons living in two "MARPA" of a French department ("Loire"). The collection was done until redundancy of the data and the analysis was carried out on anonymized verbatims. Twelve people were investigated. The encoding of the verbatims was carried out using the "Taguette" software.

"MARPA" enables effective and comprehensive social support. However, this support is perceived differently depending on the circumstances. The people who feel the least social contribution from the structure are precisely those for whom "MARPA" was created, i.e. the most autonomous.

Although "MARPA" provide effective social support, they can only respond the problem of the feeling of loneliness of the autonomous elderly person only if it is important and associated with proven isolation at home. On the other hand, they seem to be register increasingly effective alternative to "EHPAD".

Introduction

En 2022, 20% de la population française de plus de 15 ans indique ressentir un sentiment de solitude « tous les jours ou presque »(1). Selon l'OFS, le sentiment de solitude est « l'expression subjective d'un manque de ressources sociales ou d'un besoin de contacts sociaux supplémentaires ou différents »(2). Il est distinct de l'isolement qui désigne un nombre de contact d'ordre privé par semaine inférieur à 4(3). Le sentiment de solitude est associé à un risque plus important de comorbidités psychiatriques (4,5), cardio-vasculaires, neurocognitives et de mortalité(6). Les personnes semblant les plus à risque sont les personnes veuves ou séparées ainsi que les personnes invalides ou en longue maladie(1). Les sujets âgés semblent donc particulièrement exposés à ce risque. D'après les estimations de l'INSEE(7), en 2050, plus du tiers de la population aurait plus de 60 ans ce qui représenterait plus de 20 millions de personnes.

Améliorer le soutien social permettrait de limiter le retentissement de la solitude particulièrement sur le plan psychiatrique(8). Les personnes âgées rapportant un haut niveau de soutien social présentent des niveaux de dépressions moindres(9). Selon B.H.Gottlieb (10), le soutien social est « un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales ».(10)

Dans ce contexte, les Maisons d'Accueil et Résidence pour Personnes Agées (MARPA), sont des établissements à but non lucratifs développés en milieu rural semblant proposer une alternative au domicile. D'après la brochure des créateurs (cf. annexe 2 et 3), elles ont été conçues pour les « personnes qui vivent isolées en milieu rurale » et s'adressent « prioritairement aux personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, autonomes et valides (GIR 5 et 6) ».

Néanmoins, il existe peu d'éléments dans la littérature explorant le soutien social de la personne âgée vivant au sein de ces structures. Une meilleure compréhension de ce soutien permettrait pourtant au clinicien « d'identifier les besoins sociaux du patient et de le soutenir dans les stratégies qui lui conviennent le mieux »(11). Pour cela, le soutien social est classiquement décomposé en 3 axes(12) afin d'en permettre une analyse : le réseau social , le soutien social reçu et le soutien social perçu ou, autrement décrit par Vaux(13), les ressources du soutien, le comportement de ce soutien et l'appréciation subjective du soutien .

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la MARPA sur le soutien social de la personne âgée autonome dans une logique d'optimisation de l'étayage social adapté à la personne.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une analyse théorique ancrée à partir d'une enquête de terrain par entretien semi-directifs auprès de personnes âgées de plus de 65 ans résidant en MARPA.

Le recrutement des participants s'est fait par affichage dans les parties communes de deux MARPA différentes, d'un appel à témoignage accompagné d'une fiche d'information. Les personnes volontaires se sont vu proposer un entretien dans leur domicile. Avant le début de l'entretien, l'enquêtrice s'est assurée de l'accord de participation de la personne à l'aide d'une notice d'information et de sa capacité à consentir librement à l'entretien. Son consentement a été recueilli par écrit après information claire, loyale et adaptée. Les possibilités d'inscription pour les enquêtés volontaires ont été arrêtées à redondance des données.

L'entretien était mené à l'aide d'une grille d'entretien composé de questions ouvertes préalablement rédigées et selon la méthode d'entretien compréhensif proposés par Kaufmann(14). Il était enregistré sur dictaphone puis retranscrit en verbatim intégral anonymisé avant d'être analysé. Le codage a été réalisé via un logiciel d'analyse qualitative « TAGUETTE ».

Une déclaration préalable auprès du *dataprotecteur officer* de l'université Jean Monnet a été réalisée concernant l'utilisation et la conservation des données de recherche.

Le travail de recherche a reçu un avis favorable du comité d'éthique « terre d'éthique » du CH de Saint Etienne (avis n°IRB1212022/CHUSTE).

Résultats et interprétation

La MARPA : Un soutien social global et efficace

L'institutionnalisation a pour principal avantage de garantir de nombreuses ressources de soutien. Au sein de la MARPA, les résidents interagissent avec de nombreux acteurs différents : famille, amis, personnel d'entretien, cuisinier, directeur d'établissement, bénévoles d'association, infirmiers, agents municipaux, animaux de compagnie ... Mais comment se comportent ces différents acteurs ?

L'une des façons d'appréhender le comportement social est d'en faire une analyse à partir des fonctions exercées par les intervenants. B. Malinoski (15) part du postulat qu'une organisation sociétale est un ensemble cohérent où chacun des éléments a une fonction bien définie dont le but est de répondre à un besoin (physiologique ou culturel). Ici, cela permet l'exploration du soutien social dans un système plus global correspondant à la MARPA afin de combler un besoin représenté par un besoin théorique de soutien social. Ce dernier a ainsi été catégorisé en plusieurs types de fonctions. Dans ce cas-ci, il a été choisi d'utiliser les catégories de soutien telles que décrites par M. Barrera(16) en 1986, faisant consensus et ayant été repris dans divers scores : l'assistance physique, l'aide matériel, le conseil (ou guide), la valorisation, la participation sociale (ou socialisation) ainsi que les interactions intimes. Selon S. Cohen et S.L. Syme(17) , il est « important de tenir compte des différents types de soutien car le contexte spécifique de l'aide joue un rôle dans son efficacité, ainsi selon le contexte, certains types de soutien peuvent être inappropriés ».

A partir des récits des résidents, les différentes catégories du soutien ont été identifiées et reliées aux acteurs les ayant effectuées. Les résultats sont résumés sous forme d'un tableau.

Tableau I – Les catégories du soutien social et les acteurs les ayant effectuées.

Acteurs	Fonctions majoritaires			Intermédiaire	Fonctions minoritaires	
	Aide physique	Aide Matérielle	Aide Socialisation		Aide guide et conseil	Liens intimes
Famille*	+	+++	+++	++	+	+
Amis*	-	-	+	+	+	-
Personnel MARPA	+++	++	+++	++	++	++
Directeur MARPA	+	++	+++	+++	++	++
Autres Résidents	++	+	++	-	+	+
Infirmiers	++	+	+	+	-	-
Bénévole d'association	+	-	+	-	-	+

« - » non mentionné, « + » un peu mentionné, « ++ » beaucoup mentionné, « +++ » Mentionné à l'unanimité

* : Pour les résidents en ayant

En nombre d'occurrence de verbatims, trois types de soutien sont omniprésents dans le discours : l'aide physique, l'aide matériel et l'aide à la socialisation. Si ce résultat semble assez attendu car la structure est pensée pour répondre à ces besoins, aucune catégorie n'est totalement marginale et toutes sont représentées.

Les catégories où les comportements du soutien sont considérés unanimement comme les plus adaptés et efficaces sont le soutien physique et le soutien à type de guide et conseil. Elles ont comme point commun d'être assurées majoritairement par les membres du personnel de la MARPA. Ainsi, elles sont constantes dans le temps et toujours dispensées par les mêmes acteurs prioritairement.

L'aide physique semble s'inscrire dans une logique de préservation de l'autonomie. Les résidents expliquent ce qu'ils continuent de faire pour l'entretien, comme Madame D qui le répète à multiple reprises dans son discours. Les personnes le souhaitant ne sont donc pas dépossédées de cette fonction. Cela paraît d'autant plus important que la tenue de la maison faisait partie des prérogatives au sein de leur ancien foyer pour une majorité de résidents.

Les conseils sont principalement prodigués par la directrice qui joue un rôle central dans l'organisation de la vie des résidents. Elle est la personne ressource en cas de problème administratif, organisationnel, technique, social et fait les liens entre les résidents, familles et les différentes organisations. En cas de question ou de problème : « *je m'adresse à la cheffe* » explique Madame B. « *J'ai été demandé à Denise¹ et elle m'a tout expliqué* » dit Madame D.

De ces soutiens résulte un sentiment de tranquillité d'esprit omniprésent dans les discours : « *je dis on est tranquille d'esprit* » affirme Madame D. Madame I explique « *on n'a pas besoin de se préoccuper de ses repas parce que ça commençait à me peser* » ou encore Madame E qui exprime « *Il y a une très bonne organisation, on est très bien reçues quoi qu'on demande* ».

Les résidents ont également tous un sentiment de sécurité au sein de leur structure et ce même en l'absence d'infirmier ou de passage du personnel 24h sur 24. Madame A le conçoit « *l'avantage est que si on a un malaise on appelle, dans les 10 minutes un quart d'heure après on est secouru* ».

Les catégories à type d'aide matériel et d'aide à la sociabilisation sont plus complexes. La famille y joue un rôle prépondérant. Les résidents ayant une famille très présente et proche géographiquement rencontrent peu de difficultés, tout comme les résidents sans famille qui ont une organisation adaptée en conséquence. Finalement, ceux sont ceux ayant une famille présente de façon inconstante qui ont un ressenti de soutien dysfonctionnel. Cela semble les placer dans une situation de demande telle que décrite par Madame H : « *J'essaie de prévenir 1 jour ou 2 à l'avance. (...) Je téléphone à l'un ou à l'autre que je suppose être disponible* » avant d'ajouter « *je tape à une porte puis à une autre* ». Il semble alors exister un inconfort lié à l'incertitude de la temporalité de réponse au besoin ainsi qu'une exacerbation du sentiment de dépendance vis-à-vis de l'entourage.

Dans ces catégories tout particulièrement, de nombreux acteurs interviennent et semblent se relayer. Ainsi, des membres du personnel font quelques courses pour Madame E, la directrice organise elle-même le déménagement de Monsieur B avec l'aide de bénévoles, les infirmiers vont chercher les traitements à la pharmacie pour Madame I. Plus rarement, ceux sont les autres résidents qui apportent cette aide comme Monsieur B qui s'est fait prêter une nappe par sa voisine.

Les catégories correspondant aux liens intimes et à la valorisation du résident correspondent au soutien dit émotionnel de la personne. Ainsi, Madame B a apprécié cuisiner un gâteau d'anniversaire dont « *tout le monde lui a dit qu'il était très bon* » et Madame E a été félicitée par les bénévoles pour ses créations très réalistes lors d'une animation. Là encore, ceux sont les membres du personnel qui remplissent majoritairement la fonction de valorisation et de soutien émotionnel. Cela s'explique en grande partie par le partage d'un quotidien commun propice à la confiance. Il semble également qu'il existe souvent un frein culturel avec un désir de ne pas « *s'épancher* » au sein du cercle intra-familial. Une partie des résidents garde une approche protectrice vis-à-vis de

¹ Le prénom a été modifié

leurs enfants comme madame I à propos de sa fille : « *Celle qui est la plus proche n'est pas bien donc je ne veux pas qu'elle vienne me voir, qu'elle se fatigue.* » De la même façon, l'expression et la réception de compliments semble plus facile dans un échange entre résident ou personnel de la MARPA qu'au sein des cellules familiales. Pour certains, la MARPA semble alors être l'occasion de pouvoir se confier sans entraver leur propre perception de leur rôle intrafamilial et de l'image qu'ils souhaitent y associer.

En somme, la MARPA est un lieu de vie permettant un renforcement global de toutes les catégories du soutien social et ce majoritairement grâce aux membres du personnel et au directeur d'établissement. Il existe une grande équivalence fonctionnelle tel que décrite par R. Merton (15): l'ensemble des fonctions sont toutes exercées par plusieurs acteurs et plusieurs acteurs exercent plusieurs fonctions. Cette redondance semble indispensable afin de permettre un certain maillage et un soutien qui soit stable et constant dans le temps. Cependant, le plus confortable pour les résidents paraît tout de même que chaque fonction ait un référent stable clairement identifié.

La place et le rôle de la famille, quand celle-ci est présente, restent importants et nullement concurrencés par la structure. De façon réciproque, l'importance du soutien familial semble peu influencer l'importance du soutien apporté par la MARPA.

Les soutiens internes et externes à la structure semblent alors s'additionner plutôt que de se substituer.

Diminution du sentiment de solitude

Les résidents en MARPA décrivent majoritairement s'y sentir moins seuls. C'est pour eux l'un des principaux avantages d'y vivre. Certains résidents ont vécu un sentiment de solitude associé à un isolement très important à domicile : « *je suis restée facilement 15 jours sans voir quelqu'un* ». Pour ces personnes, l'arrivée à la MARPA est vécue comme une renaissance comme Monsieur A qui explique « *je suis moins seul c'est ce qui compte (...) Avant je prenais le noir* ». D'autres ont un vécu moins traumatique, ce qui ne les empêche pas d'exprimer un certain soulagement comme Madame I : « *ici on ne se sent pas seul, c'est déjà quelque chose* ».

L'une des façons d'appréhender le sentiment de solitude est de l'étudier sous l'angle de la lutte contre l'isolement en s'intéressant aux interactions sociales du résident. Cela semble d'autant plus adapté que pour B.H. Gottlieb(10), le soutien social est avant tout un « processus d'interaction sociale » et que selon Becker(18) , « c'est dans la dynamique des échanges entre les personnes et à travers le sens que donnent les individus à leur action que l'on peut saisir l'essence du jeu social ».

Ici, le soutien social du résident repose quotidiennement sur deux grands types d'interaction : avec le personnel et avec les autres résidents.

« *Le personnel est très gentil et à l'écoute* ». A l'instar de Madame E, la gentillesse du personnel est soulignée avec appui. C'est une base importante qui participe à instaurer un climat de bienveillance et de confiance. Plus qu'un simple devoir professionnel, c'est un souci sincère du résident qui est perçu. Le personnel change peu, les résidents connaissent chaque membre et réciproquement. Cette stabilité semble indispensable pour l'équilibre de la structure et la création de liens. Certains d'entre eux parlent d'amitié créée, comme Madame E évoquant deux des membres du personnel : « *je suis très proche d'elles* » avant d'ajouter « *elles sont proches de moi* » témoignant d'une réciprocité de l'échange. Ces relations sont sources d'interactions intimes, de confidences voire de commérages. Il existe parfois quelques interactions jugées « négatives ». Elles semblent marginales comme le souligne Monsieur B « *de temps en temps il y a eu des petits trucs mais ce n'est pas méchant, 5 min après c'est passé* ». Cela paraît au contraire plutôt s'ancrer dans une vie sociale normalisée avec des personnes appréciées et d'autres moins, dépassant ainsi le simple rapport usager – professionnel.

Entre certains résidents également, des liens d'amitié peuvent se créer mais sont minoritaires. L'essentiel des relations sont dans l'ensemble décrites comme courtoises. Les résidents sont solidaires entre eux et se soutiennent : Madame D règle le chauffage de sa voisine, Monsieur B va chercher les médicaments à la pharmacie. Cette entraide ressemble beaucoup aux relations de voisinages classiques : « *nul besoin d'être proches pour se rendre service* ». Elle témoigne d'une volonté de « vivre ensemble » poussant les personnes à interagir malgré des différences de caractères ou d'autonomie. Madame C explique que ses voisins « *sont plus ou moins d'aplomb* » mais qu'elle l'accepte parce que « *c'est comme ça* ». Madame I le résume : « *vivre en collectivité, automatiquement, il y a des gens qu'on est obligé de supporter* ».

Comme dans tout groupe, certaines tensions existent et les interactions peuvent parfois être hostiles entre les résidents. Ainsi, Madame J s'est sentie mise à l'écart. Elle exprime même une notion de « *clan* » et s'est sentie « *jugée* » par ses voisins. Ces interactions, bien que décrites négativement par les enquêtés, signifient que la MARPA permet l'expression des différentes personnalités, compliquant les enjeux relationnels comme cela a déjà dû être expérimenté dans le passé. Paradoxalement, ces interactions négatives paraissent renforcer l'idée que la MARPA est un lieu où « *la vie continue* » (Madame C).

Mais lutter contre le sentiment de solitude ne se résume pas à lutter contre l'isolement. D'autres éléments influencent ce ressenti.

Pour Y. Castellan(19), lutter contre la solitude c'est aussi lutter contre l'ennui. Ce sentiment semble d'autant plus présent lorsqu'il existe une perte d'autonomie. Madame C explicite ce lien entre perte d'autonomie, ennui et isolement : « *j'arrivais à m'ennuyer après, quand vous êtes tout seul, que vous pouvez plus sortir* ». Malgré l'organisation d'animations ou de sorties, les stratégies mises en avant par les interrogés pour « *passer le temps* » restent prioritairement des activités solitaires (lecture, jeux papiers, télévision, musique, promenades...) surtout chez les résidents sans troubles cognitifs. La MARPA semble alors plus efficace pour lutter contre l'ennui en facilitant la réalisation de ces activités grâce à la préservation de l'autonomie plutôt qu'en distrayant directement les résidents pendant les animations.

Enfin, il paraît important de prendre en considération les causes responsables du sentiment de solitude. Deux résidentes semblent se sentir seules au sein de la MARPA alors que la lutte contre la solitude était la raison de leur venue. Dans les deux cas, ce sentiment n'était pas lié à un isolement avéré au domicile mais plutôt en lien avec le décès d'un proche parfois associé à des conflits familiaux. S'il n'est pas associé à un isolement vrai ou à une perte d'autonomie antérieure, l'institutionnalisation dans ces circonstances ne semble a priori pas une solution adaptée dans la lutte contre la solitude.

Préservation de l'estime de soi : une question identitaire ?

Les résidents décrivent une possibilité de choix et de respect de leurs choix. D'après Dell'acio, le risque concernant les personnes âgées « serait de penser que la vulnérabilité se traduit par une diminution de l'autonomie décisionnelle »(20). Au sein de la MARPA, les résidents choisissent la fréquence des repas communs, le type d'aide-ménagère, la façon de meubler leur appartement ou leur emploi du temps. Comme le dit Madame D : « *on est libre* ». Les choix reposent également sur des détails du quotidien : ils choisissent s'ils veulent participer aux activités, s'ils veulent faire leur lit, quel gâteau faire ou comment couper les fruits... Cela peut paraître anecdotique mais traduit la volonté de la structure de s'adapter au résident dans son individualité. Monsieur A est un ancien maraicher, son parterre de fleurs devant son logement a été remplacé par un potager que le résident entretient lui-même. Dans cet esprit, des délégués sont nommés pour discuter avec la direction et les membres du personnel pour faire remonter les dysfonctions ou les suggestions.

Associé à la stabilité des intervenants, ce respect des volontés de chacun permettent aux résidents de se sentir comme des personnes à part entière avec une personnalité et des besoins spécifiques, faisant partie intégrante de la structure et non un résident parmi tant d'autres. Ces conditions sont favorables pour faire naître un « sentiment d'appartenance » en permettant de réunir les conditions nécessaires que sont « identifier autrui, s'identifier à autrui, être identifié par autrui » (21).

Plus globalement, c'est la question de « l'identité » du résident qui se pose alors. D'après C. Camilleri (22), l'identité est avant tout un phénomène conscient de stratégie d'adaptation. « L'identité n'est pas une donnée, mais une dynamique, une incessante série d'opérations pour maintenir ou corriger un moi où l'on accepte de se situer et que l'on valorise ». P. Blanchet et M. Francart précisent : « C'est en identifiant l'Autre qu'on s'identifie soi-même, dans le regard de l'Autre et par rapport à l'Autre ». Il semble donc exister un lien entre sentiment d'appartenance, estime de soi et construction identitaire.

Au sein de la MARPA, certains résidents ont réussi à se construire ou à maintenir une identité dont ils sont fiers comme Monsieur B qui exprime « *moi je suis le dépanneur* », Monsieur A, qui continue en tant qu'ancien maraicher de distribuer ses légumes aux membres du personnel : « *Les légumes je ne les fais pas pour moi. C'est pour eux. Ça me redonne le courage de faire le jardin pour eux* » ou encore Madame D qui est assez fière d'être reconnue comme étant la personne la plus à même d'être déléguée car aimant aider son prochain : « *Ah oui j'aime bien et quand il y a des malades je vais toujours les voir aussi. C'est pour ça que Denise² (la directrice) m'a dit « à vous ils vous diront peut-être ce qui ne va pas »* ». Ainsi, la plupart des résidents ont une préservation de leur estime de soi.

Soutien social non perçu : rupture avec la vie antérieure

Tous les résidents ne semblent pas ressentir ces bénéfices du soutien social au sein de la MARPA.

L'une d'entre eux, Madame G, semble en difficulté à investir son nouveau quotidien : « *Les journées sont longues* », « *de 8h à 21h le soir on voit les mouches volées* », explique-t-elle. Dans le monde actif, le temps doit être productif. Selon M. Membrado(23) : « Ces normes productives sonnent comme des injonctions auprès des plus âgé(e)s et confortent le sentiment d'inutilité ressenti ainsi que l'angoisse de devoir remplir un temps «vide» de sens »(23). La participation de Mme G aux animations semble peu efficace contre ce ressenti. Dans ce sens, K. Theurer(24) estime que ce type d'animation « perpétue le stéréotype des résidents en tant que bénéficiaires passifs de soins. ». Il préconiserait alors plutôt « d'introduire une nouvelle approche centrée sur les contributions des résidents et le soutien des pairs » afin d'offrir aux résidents « des opportunités d'être socialement productifs et de développer une identité sociale valorisée. ». Madame G conclut « *on ne peut pas être et avoir été* » renforçant l'idée que son temps est définitivement révolu et que le temps présent est peu profitable. Pour l'éviter, des stratégies peuvent être mises en place, tels que le maintien d'une mobilité vers l'extérieur, qui permettraient d'assurer « l'ancrage de la personne âgée dans le monde » ou la mise en place d'une « routinisation », qui permettrait d'assurer « une amnésie du peu de temps à vivre »(23).

Or, Madame G vivait selon un mode de vie plutôt citadin. Son quotidien était rythmé par ses courses qu'elle réalisait quotidiennement auprès des commerçants de son quartier. Elle déplore alors « *on a le cafard par moment parce qu'il n'y a rien ici, pas de commerces, il n'y a rien dans ce village* ». La « routine » de Madame G, n'a pas pu être maintenue au sein de la MARPA. Elle vit alors son entrée comme une rupture avec sa vie quotidienne antérieure et comme une perte de contact avec l'extérieur. Cela s'oppose à d'autres résidents au mode de vie rural comme madame

² Le prénom a été modifié

D qui estime que son arrivée en MARPA n'a pas changé « *grand-chose* ». On note ici l'importance de l'environnement de la structure qui ne doit pas être considéré comme un système clos.

Pour certains, à ce changement de cadre de vie s'ajoute un éloignement géographique peu propice au maintien des liens sociaux. Madame A vivait à 45 min du village et explique : « *ça a changé que ça m'a éloigné de tous mes amis* ». Elle a vécu son emménagement avant tout comme une rupture sociale.

Lorsqu'ils sont bons, les liens familiaux notamment avec les enfants semblent les liens les plus stables dans le temps. Ils paraissent peu influencés par l'entrée en MARPA mais plutôt par le facteur géographique. Pour G. Desquesnes (25), les liens familiaux « incarnent la continuité avec le monde d'avant et l'extérieur de l'établissement. » (25).

Concernant les liens amicaux, plusieurs résidents décrivent un appauvrissement au fur et à mesure du temps. Madame E explique : « *La première année j'ai eu des amis, des voisins qui sont venus une fois, deux fois et après c'est terminé* ». Là aussi le facteur géographique reste important mais n'est pas la seule raison. G. Desquesnes explique que c'est le contexte et le contenu d'une relation qui compte et notamment que « lorsque l'activité qui était partagée avec une proche cesse, la relation ne perdure pas. »(25).

Dans l'ensemble, il existe une « centration des liens intra-établissement »(25) qu'il semble judicieux de prendre en compte dans la réflexion autour d'une institutionnalisation.

Enfin, et contrairement à la promesse du projet initial, il existe au sein de la MARPA une grande hétérogénéité d'autonomie et cognitive. Les résidents sont exposés régulièrement à la maladie, la démence, la perte d'autonomie et la mort. Comme l'explique Mme E « *Des gens qui meurent il y en a 5/6 par an ici* ». Les préoccupations de santé sont au cœur des conversations. Si certains résidents sont philosophes : « *Il y a une voisine qui va vous parler de problèmes de santé mais il y a des moments on en a assez... rho ba écoutez. On écoute patiemment* » d'autre en revanche en souffre : « *Vous croyez que ça nous remonte le moral d'être dans un milieu comme ça ?* ». Madame B exprime : « *vous savez c'est pénible de pas pouvoir parler aux gens. Il y en a pleins qui ne sont pas capables, ou ils sont très sourds, ou ils ne sont pas bien ou trop âgés. C'est ça qui m'avait le plus touché : de pas pouvoir communiquer* ». Contrairement aux interactions négatives liées aux différentes personnalités, ces interactions, voire parfois ces non-interactions, sont liées à des pathologies et n'ont pas été expérimentées dans le passé des résidents. Cela peut donner une impression de rupture avec les interactions antérieures à la MARPA voire un sentiment de régression sociale.

Paradoxalement, ceux sont alors les personnes les plus autonomes qui ont tendance à participer le moins et à le plus s'isoler. C'est le cas de Mme H qui, ne supportant plus le contact de ses voisins, s'isole dans son appartement : « *Ce n'est pas une distraction d'aller là-bas. Ça me rend malade. (...) Ça me fait un blocage là-dessus, c'est nerveux. J'aspire qu'une chose c'est de revenir là et de m'enfermer.* » explique-t-elle.

Diminution progressive de l'autonomie : la MARPA jusqu'à quand ?

Madame A vit à la MARPA depuis 10 ans et explique une dégradation de l'autonomie au fur et à mesure des années : « *Quand je suis arrivée il n'y avait personne en déambulateur. Il n'y avait qu'une personne avec une canne c'est tout. Maintenant, c'est catastrophique.* ». Cela semble s'expliquer par deux raisons. La première, par le vieillissement des personnes au sein même de la structure. Il semble difficile de forcer un résident à déménager dès les premiers signes de pertes d'autonomie d'autant plus qu'il existe un rejet fort de l'EHPAD. Madame E explique « *quand ça ne va plus, on va à l'EHPAD. Moi, c'est ma peur que j'ai* ». Cet établissement est considéré comme une grande structure impersonnelle : « *il y a 90 chambres* », occupées par des personnes soit démentes soit grabataires : « *la plupart des personnes sont vraiment handicapées physiquement ou intellectuellement* », où les « *gens crient* », où la nourriture est mauvaise « *ils mangent comme les bébés. C'est tout haché, tout mouliné* » et où les résidents sont délaissés « *on va la chercher une demi-heure avant, on la ramène une demi-heure après* ». En comparaison, la MARPA paraît alors une alternative plus attirante.

La deuxième semble également qu'au moment même de l'arrivée à la MARPA, les personnes soient de moins en moins autonomes. Comme l'explique Madame D « *maintenant les personnes âgées restent de plus en plus chez elles.* ». Selon l'INSEE, actuellement « la vie à domicile demeure le mode de vie majoritaire des seniors y compris parmi les nonagénaires »(26).

A la question « pour qui conseillerez-vous la MARPA », Madame D répond : « *Il ne faut pas être trop vieux pour rentrer, ce n'est pas la peine* » soulignant ainsi que la problématique de la décision autour de l'entrée en foyer est avant tout celle de la temporalité par rapport à l'autonomie. De même, Madame C exprime que la MARPA c'est « *dès qu'on commence un peu à baisser* ».

Pour faire face à cette perte d'autonomie et à l'augmentation de la charge de travail qui en découle pour les personnels, la structure semble s'adapter. Au sein même des locaux, des barres d'appuis supplémentaires ont été demandées par les résidents. Aussi, des glissements de tâches sont régulièrement décrits. Les infirmières vont chercher les traitements de Madame I, le cuisinier met les gouttes dans les yeux de Madame H, les membres du personnel font quelques courses pour Madame E pendant leur temps libre, les résidents eux même aident à relever ou à régler le thermostat de leur voisin. Cette surcharge est ressentie par les résidents qui décrivent à propos des membres du personnel : « *vous savez elles n'ont pas toujours le temps* », « *elles sont débordées ça c'est certain* », « *je trouve qu'elles sont toutes fatiguées* » avec parfois pour conséquence des réticences à les solliciter.

Il semble exister une évolution dans le recrutement des résidents qui, bien que compensée par le personnel et par des modifications matérielles visibles, paraît fragiliser l'équilibre de la structure.

Discussion

La solitude et l'isolement de la personne âgée sont des enjeux de santé publique présents et futurs. Les facteurs de risques, les conséquences ainsi que la psychologie de la personne âgée ont été étayés par de nombreux travaux. Il existe en revanche peu d'étude évaluant l'efficacité des stratégies mises en place, et encore moins concernant l'impact sur le soutien social. Dans ce sens cette étude, traitant d'un sujet d'actualité sous un angle très peu abordé dans la littérature, est originale.

Le recueil est réalisé à un instant t. Les sentiments et les avis sont dynamiques et peuvent évoluer. Il serait intéressant d'évaluer si le temps passé en institution influence la perception de la structure. Ainsi, Madame G n'était pas à la MARPA depuis longtemps, il serait opportun d'estimer si avec le temps elle arriverait à s'investir dans un nouveau quotidien et si l'ensemble des stratégies mises en œuvre au sein de la structure porteraient leurs fruits.

Le recueil ayant été effectué par une investigatrice professionnelle de santé dans le cadre d'une thèse de médecine générale, il existe potentiellement un biais de recueil de l'information. Certaines des personnes interrogées ont beaucoup axé leur réponse sur les détails de leurs problèmes de santé probablement du fait d'une confusion des fonctions de l'investigatrice. Cela peut engendrer une surexpression de la maladie dans le discours.

Le traitement des verbatims a été réalisé conjointement avec le directeur de thèse afin d'en permettre une analyse croisée. Les hypothèses ont ainsi toutes été discutées afin de limiter le biais interprétatif lié à une réflexion isolée de l'enquêtrice principale.

En accord avec le cadre éthique, une partie des résidents ont été exclus du fait de troubles cognitifs. Le biais que représente la sélection des résidents les plus préservés cognitivement semble limité car en adéquation avec la population étudiée qu'est la personne âgée autonome.

Les résidents interrogés sont tous dans un espace géographique restreint posant la question de l'extrapolation des résultats à l'échelle du territoire français. Le fait que ce soit en milieu rural ne semble pas intervenir puisque cela correspond au milieu d'implantation de l'ensemble des MARPA. Afin de limiter l'influence que pourrait avoir les personnalités du personnel et/ou des résidents, ces derniers ont été recrutés auprès de deux structures différentes.

La principale limite de cette étude est liée au faible échantillon de résidents (douze personnes interrogées). Les résultats découlant de cette étude sont des hypothèses qui gagneraient à être mis à l'épreuve par d'autres études ultérieures. L'arrêt des inclusions a été fait à redondance des données permettant de limiter ce biais. Les résultats et hypothèses formulées sont des propositions soumises à la controverse scientifique mais ne peuvent être revendiqués comme vérités extrapolables.

Pour autant, ces résultats semblent être en adéquation avec des études réalisées sur la psychologie de la personne âgée suggérant que même si l'espace géographique et la population enquêtée sont limités, les résultats s'inscrivent dans une compréhension du ressenti du soutien social plus universel. Ainsi, cette étude permet de donner des pistes de réflexion autour de la question d'un placement en MARPA d'une personne âgée autonome souffrant d'un sentiment de solitude. Plus que des règles applicables, c'est une compréhension plus globale des enjeux dont il s'agit et qui peut permettre au clinicien de pouvoir s'adapter à la spécificité de chaque situation.

Conclusion

La MARPA semble exercer une influence très positive sur les ressources et les comportements du soutien social. Ils paraissent efficaces et stables dans l'ensemble des catégories (aide physique, aide matériel, conseil, socialisation, valorisation, liens intimes) tout en préservant l'autonomie du résident. Bien que ces comportements de soutien reposent essentiellement sur les membres du personnel et la direction, le rôle de la famille ne semble pas annihilé. Pour autant, le ressenti du soutien social au sein de la structure, diffère selon les résidents. La majorité a une perception très positive et décrit un sentiment de sécurité, d'appartenance et une préservation de leur estime d'eux même. D'autres en revanche ne s'y sentent pas à leur place et semble le vivre comme un déclassement social.

La variabilité de ce ressenti ne semble pas lié à une question de personnalité mais plutôt de temporalité et d'environnement social précédant l'arrivée en MARPA. La majorité des résidents enthousiastes à propos de leur lieu de vie ont tendance à le comparer à l'EHPAD : « *toutes les personnes qui sont là le disent « on a de la chance d'avoir la MARPA » parce qu'entre chez soi et la maison de retraite, ça fait un milieu* ». A l'opposé, une minorité ne conseille absolument pas d'y vivre au motif qu'« *on est mieux chez soi* ». L'alternative imaginée est alors le domicile. L'un des points d'influence de la perception du soutien social semble être sa relativité en fonction du lieu de comparaison. De la même façon, cette relativité est fonction du vécu antérieur. Certains résidents ont beaucoup souffert chez eux. La description de leur enthousiasme pour la structure se fait alors en comparaison d'un passé qu'il ne souhaite plus vivre. Bien que la structure ait été créée pour des personnes autonomes, ceux sont ces dernières qui sont actuellement minoritaires et qui s'y sentent le moins bien soutenues. Il existe donc un paradoxe, d'autant plus que les résidents eux même plébiscitent une entrée précoce. Ce paradoxe semble en partie lié à une difficulté de recrutement des personnes autonomes en situation d'isolement.

Il semble alors que la MARPA ne soit une réponse à la question initiale du sentiment de solitude de la personne âgée autonome, qu'à la condition qu'il soit associé à un isolement social avéré. Plus fréquemment, elle s'inscrit de plus en plus vers une alternative réussie à l'EHPAD pour les personnes ayant déjà expérimentée une perte d'autonomie.

La lutte contre l'isolement social et l'accompagnement du grand âge sont manifestement, des enjeux de santé publique. C'est aussi un enjeu d'organisation sociale comme l'explique A.M Daune Richard, « en France, l'isolement social apparaît comme le premier facteur d'inégalité dans l'accès à l'aide institutionnelle. » (27). Les MARPA étant l'une des réponses possibles, une meilleure identification et orientation du public cible pourrait être un des leviers efficaces dans l'enjeu sociétal qu'est l'accompagnement du grand âge.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

La MARPA semble exercer une influence très positive sur les ressources et les comportements du soutien social. Ils paraissent efficaces et stables dans l'ensemble des catégories (aide physique, aide matériel, conseil, socialisation, valorisation, liens intimes) tout en préservant l'autonomie du résident. Bien que ces comportements de soutien reposent essentiellement sur les membres du personnel et la direction, le rôle de la famille ne semble pas annihilé. Pour autant, le ressenti du soutien social au sein de la structure, diffère selon les résidents. La majorité a une perception très positive et décrit un sentiment de sécurité, d'appartenance et une préservation de leur estime d'eux même. D'autres en revanche ne s'y sentent pas à leur place et semble le vivre comme un déclassement social.

La variabilité de ce ressenti ne semble pas lié à une question de personnalité mais plutôt de temporalité et d'environnement social précédant l'arrivée en MARPA. La majorité des résidents enthousiastes à propos de leur lieu de vie ont tendance à le comparer à l'EHPAD : « toutes les personnes qui sont là le disent « on a de la chance d'avoir la MARPA » parce qu'entre chez soi et la maison de retraite, ça fait un milieu ». A l'opposé, une minorité ne conseille absolument pas d'y vivre au motif qu'« on est mieux chez soi ». L'alternative imaginée est alors le domicile. L'un des points d'influence de la perception du soutien social semble être sa relativité en fonction du lieu de comparaison. De la même façon, cette relativité est fonction du vécu antérieur. Certains résidents ont beaucoup souffert chez eux. La description de leur enthousiasme pour la structure se fait alors en comparaison d'un passé qu'il ne souhaite plus vivre. Bien que la structure ait été créée pour des personnes autonomes, ceux sont ces dernières qui sont actuellement minoritaires et qui s'y sentent le moins bien soutenues. Il existe donc un paradoxe, d'autant plus que les résidents eux même plébiscitent une entrée précoce. Ce paradoxe semble en partie lié à une difficulté de recrutement des personnes autonomes en situation d'isolement.

Il semble alors que la MARPA ne soit une réponse à la question initiale du sentiment de solitude de la personne âgée autonome, qu'à la condition qu'il soit associé à un isolement social avéré. Plus fréquemment, elle s'inscrit de plus en plus vers une alternative réussie à l'EHPAD pour les personnes ayant déjà expérimentée une perte d'autonomie.

La lutte contre l'isolement social et l'accompagnement du grand âge sont manifestement, des enjeux de santé publique. C'est aussi un enjeu d'organisation sociale comme l'explique A.M Daune Richard, « en France, l'isolement social apparaît comme le premier facteur d'inégalité dans l'accès à l'aide institutionnelle. » (27). Les MARPA étant l'une des réponses possibles, une meilleure identification et orientation du public cible pourrait être un des leviers efficaces dans l'enjeu sociétal qu'est l'accompagnement du grand âge.

VU ET
PERMIS D'IMPRIMER

Saint-Etienne, le 23/03/2023

Le Doyen
de la Faculté,



Ph. BERTHELOT

Le Président
de Thèse,



P FRAPPE

Le Président
de l'Université,



F. PIGEON

Bibliographie

1. Hervé. Etude Solitudes 2022 : en France, 11 millions de personnes se sentent seules [Internet]. Fondation de France. 2023 [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/fr/les-solitudes-en-france/solitudes-2023>
2. statistique O fédéral de la. Sentiment de solitude [Internet]. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/einsamkeitsgefuehl.html>
3. 6,6 millions de français souffrent d'isolement, selon l'INSEE [Internet]. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.monalisa-asso.fr/actualites/item/66-millions-de-francais-souffrent-d-isolement-selon-l-insee>
4. Kopp-Bigault C, Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:S35-7.
5. Ge L, Yap CW, Ong R, Heng BH. Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS One*. 2017;12(8):e0182145.
6. Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr*. :1-4.
7. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
8. Zhao X, Zhang D, Wu M, Yang Y, Xie H, Li Y, et al. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Res*. oct 2018;268:143-51.
9. Altintas E, Gallouj K, Guerrien A. Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2012;170(4):256-62.
10. B.H. Gottlieb Social support A.L. Weber, J.H. Hanvey (Eds.), *Perspectives on close relationships*, Allyn et Bacon, Boston (1994), pp. 307-324 Google Scholar.
11. Caron J, Guay S. Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *smq*. 2005;30(2):15-41.
12. Beauregard L, Dumont S. La mesure du soutien social. *ss*. 1996;45(3):55-76.
13. Vaux A. *Social support: Theory, research, and intervention*. New York, NY, England: Praeger Publishers; 1988. xiv, 346 p. (Social support: Theory, research, and intervention).
14. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. In: *L'entretien compréhensif* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 16 févr 2023]. p. 9-11. (128; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-entretien-comprehensif--9782200613976-p-9.htm>
15. Delas JP, Milly B. Chapitre 6 - Les fonctionnalismes. In: *Histoire des pensées sociologiques* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2015 [cité 25 janv 2023]. p. 293-322. (Collection U; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-des-pensees-sociologiques--9782200601454-p-293.htm>
16. Barrera M. Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*. 8 janv 1986;14:413-45.

17. House, J. S. and Kahn, R. L. (1985) Measures and Concepts of Social Support. In: Cohen, S. and Syme, S.L., Eds., *Social Support and Health*, Academic Press, New York,. :83-108.
18. Cabin P. L'essor de la sociologie interactionniste. In: *La sociologie* [Internet]. Auxerre: Éditions Sciences Humaines; 2009 [cité 18 janv 2023]. p. 76-8. (Petite bibliothèque). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-sociologie--9782912601858-p-76.htm>
19. Castellan Y. Le sentiment de solitude. *Le Journal des psychologues*. 2009;273(10):54-7.
20. Dell'Accio E. La valeur de la vie finissante et la place de la personne âgée dans la décision. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2014;119(4):67-77.
21. Blanchet P, Francard M. APPARTENANCE (SENTIMENT D'). In 2003. p. 18-25.
22. CAMILLERI Carmel (1998a), " Cultures et stratégies, ou les mille et une manières de s'adapter ", in RUANO-BORBALAN Jean-Claude (sous la dir. de), *L'Identité*, op. cit., pp. 57-62.
23. Membrado M, Salord T. Expériences temporelles au grand âge. *Informations sociales*. 2009;153(3):30-7.
24. Theurer K, Mortenson WB, Stone R, Suto M, Timonen V, Rozanova J. The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*. 1 déc 2015;35:201-10.
25. Desquesnes G, Monfreux M, Rouault M. Du domicile à l'institution : évolution des réseaux de sociabilité. *Gérontologie et société*. 2018;40 / 156(2):217-31.
26. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>
27. Daune-Richard AM, Jönsson I, Ring M, Odena S. When elderly persons become dependent#: What type of care for what social and gender differences#:? *Revue française des affaires sociales*. 2012;(2):148-68.

Annexes

1 - Annuaire des abréviations :

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MARPA : Maisons d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées (Anciennement : Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées)

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

OFS : Office Fédéral de la Statistique

2 - Brochure de la MARPA



Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA)

Créées en 1986, les MARPA s'adressent aux personnes âgées qui vivent isolées en milieu rural.

UN SAVOIR-FAIRE MÉDICO-SOCIAL RECONNU

www.msa.fr

Le logo de la MSA (Maison d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées) est visible en bas à gauche, avec le slogan "L'essentiel & plus encore".

Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA)

- Les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées sont des petites unités de vie de moins de 25 personnes.
- Elles leur permettent de vivre "comme chez soi" tout en bénéficiant de relations sociales.

Notre valeur ajoutée

- Les MARPA permettent aux personnes âgées de rester vivre "au pays" et d'éviter le déracinement.
- Elles encouragent l'autonomie des personnes âgées tout en leur offrant un cadre de vie familial.
- Elles mettent en œuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé (Pac Euréka, ateliers de prévention des chutes, ateliers nutrition...) proposées notamment par la MSA.
- Ces structures font l'objet d'un accompagnement et d'un suivi (formations, moyens communs, échange d'expériences...) de la Fédération Nationale des MARPA.

Notre savoir-faire

- Les MARPA s'inscrivent dans les initiatives de développement social local. Elles associent les acteurs du territoire.
- Elles représentent une alternative à la vie à domicile ou à l'accueil en établissement.
- Elles bénéficient d'un accompagnement méthodologique, technique et financier et d'un suivi de la MSA.

Nos résultats

- Il existe 156 MARPA (environ 2 800 résidents) sur tout le territoire français.
- 29 MARPA sont en construction.
- Évaluation disponible "Qualité des soins et continuité d'accompagnement en MARPA" (mars 2006).

3 – Livret d'accueil de la MARPA (Page 1)

Qu'est ce qu'une MARPA ?

Une Maison d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées (MARPA) est une initiative sociale, solidaire et volontaire. Elle s'inscrit dans une démarche de lutte contre les exclusions et l'isolement en particulier. Son objectif est de fournir aux personnes âgées un lieu et une qualité de vie qui préservent leurs repères et leurs habitudes antérieures.



La MARPA permet :

- Un mode de vie « comme chez soi » dans un logement privatif qui se traduit par la liberté d'aller et venir, recevoir,...
- La conservation des liens familiaux, amicaux et sociaux,
- Un cadre de vie agréable et ouvert sur la commune, sur le territoire,
- Une facilité d'accès aux services de soins de la commune et des services de l'intercommunalité,
- Un habitat sécurisé 24h sur 24 par la présence du personnel et un système de télé assistance.

Le cadre juridique

La Marpa est un établissement qui entre dans la catégorie des établissements ou services, social ou médico-social (ESMS), au sens de la loi du 2 janvier 2002, qui s'inscrit dans le cadre des résidences « autonomie » défini par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi du 28 décembre 2015 et décret du 27 mai 2016).

Elle repose sur un fonctionnement de type Résidence autonomie de moins de 25 résidents. Les logements sont conventionnés à l'APL avec un financement en Prêts Locatifs Sociaux.



La MARPA s'adresse prioritairement

La Marpa accueille des personnes âgées de plus de 60 ans, seules ou en couple, autonomes et valides (GIR 5 et 6). Des personnes âgées de moins de 60 ans peuvent être également admises avec dérogation de l'autorité compétente (commission d'admission). En cas de perte d'autonomie, le séjour peut être maintenu sous certaines conditions.

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : E. Dinaire - S. Bouxom

N° DE THESE : 2023 - 12

TITRE DE LA THESE : L'influence des Maisons D'accueil et de Résidence pour Personnes Agées (MARPA) sur le soutien social de la personne âgée.

RESUME :

Contexte : Les personnes âgées sont particulièrement exposées au sentiment de solitude qui induit un risque plus important de comorbidités psychiatriques, cardiovasculaires, neurocognitives et de mortalité. L'amélioration du soutien social permet d'en limiter le retentissement. Les MARPA se présentent comme une solution sociale bien que leur influence sur le soutien social soit peu explorée dans la littérature.

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer l'influence de la MARPA sur le soutien social de la personne âgée autonome dans une logique d'optimisation de l'étayage social adapté à la personne.

Méthodes : Nous avons réalisé une analyse qualitative théorique ancrée à partir d'une enquête de terrain par entretiens semi-directifs auprès des personnes âgées vivant dans deux MARPA dans la Loire. Le recueil s'est fait jusqu'à redondance des données et l'analyse a été réalisée sur verbatims anonymisés. Douze personnes ont été enquêtées. L'encodage des verbatims a été réalisé grâce au logiciel « Taguette »

Analyse et discussion : La MARPA permet un soutien social efficace et global. Ce soutien est en revanche perçu de façon différente en fonction des circonstances. Les personnes ressentant le moins l'apport social de la structure sont justement celles pour qui la MARPA a été créée c'est-à-dire les plus autonomes.

Conclusion : Les MARPA, bien que permettant un soutien social efficace, ne permettent de répondre à la problématique du sentiment de solitude de la personne âgée autonome qu'à la condition qu'il soit important et associé à un isolement avéré à domicile. Elles semblent en revanche s'inscrire de plus en plus comme une alternative efficace à l'EHPAD.

MOTS CLES : - Médecine Générale
- Soutien Social
- Personne Agée
- MARPA

- Sentiment de solitude
- Isolement
- Gériatrie
- Lien social

JURY :

Président :
Pr Paul FRAPPE

Faculté de : Jacques LISFRANC Saint Etienne

Assesseurs :
Dr Xavier GOCKO
Dr Sébastien BRUEL
Dr Stéphane BOUXOM

Faculté de : Jacques LISFRANC Saint Etienne
Faculté de : Jacques LISFRANC Saint Etienne
Faculté de : Jacques LISFRANC Saint Etienne

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 04 avril 2023

ADRESSE DE L'AUTEUR : 2 rue Roger Lorisson 42160 Andrézieux