

alertes

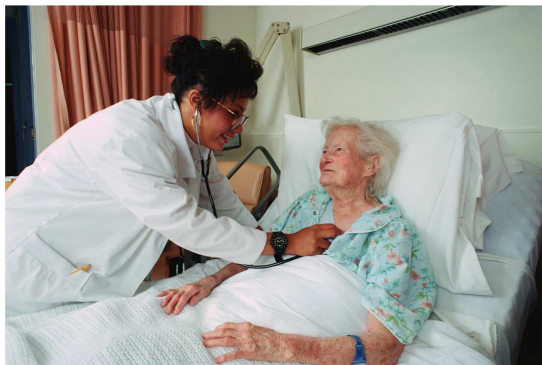
pour la qualité de vie des personnes âgées

La Grange du Château,

8 rue du Château, 38320 EYBENS

Secrétariat (9h-12h) : 04 76 24 08 63 (nouveau)

Courriel : alertes38@free.fr



LA PLACE DE LA PERSONNE AGEÉE A L'HOPITAL

Rapport du groupe de travail Hôpital de l'association ALERTES

sous la direction de Jean GIARD, président de l'association,

adopté par le Conseil d'Administration du 23 avril 2007.

SOMMAIRE

* Les raisons qui ont conduit ALERTES à se préoccuper de cette question	page 3
* De quelques références qui ont alimenté notre réflexion	page 4
- Mission hôpital 2007	page 4
- Rapport de Mme Paulette GUINCHARD.....	page 4
- Rapport des Pr. PFITZENMEYER et JEANDEL	page 5
- Plan Solidarité Grand Âge, M. Ph. BAS	page 5
* Le C.H.U. de GRENOBLE	page 6
- Projet d'établissement 2006 - 2010.....	page 6
- Préconisations principales du projet.....	page 7
* Les pistes d'ALERTES	page 8
- Urgences et permanence des soins	page 8
- Retour d'hospitalisation	page 8
- La démocratie à l'hôpital	page 9
* Documents de référence	page 10



Les raisons qui ont conduit Alertes à se préoccuper de cette question :

1) Nous avons été interpellés à plusieurs reprises par des familles qui nous ont fait part des difficultés qu'elles ont rencontrées concernant l'accueil, le soin ou le retour à domicile ou en établissement de leur parent.

Cela nous a amenés à écrire au directeur du CHU le 24 Janvier 2006 et à avoir un entretien avec Madame la directrice en charge du pôle gériatrique et Madame la directrice de la qualité et des usagers. Ce qui nous a conduits à nous interroger sur la politique gérontologique mise en œuvre à l'hôpital.

2) Compte tenu du vieillissement inéluctable de la population, l'importance des malades âgés dans la population hospitalière ne peut que grandir. Selon le rapport du CES « l'hôpital public en France » présenté le 21 Juin 2005, « près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au delà de 80 ans. »¹ En milieu hospitalier, dans les services de médecine de la Région Rhône Alpes, lors d'une coupe réalisée en 2004 par la direction régionale du service médical de l'assurance maladie, les personnes âgées fragiles représentaient 46,8% des patients hospitalisés de 75 ans et plus, et 53,7% des patients hospitalisés de 85 ans et plus.² L'association Alertes se devait de se préoccuper de cette situation, d'autant que, comme le montre un sondage SOFRES effectué pour la FHF en 2004, si l'hôpital public est plébiscité pour la qualité des soins, il donne une mauvaise image en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées, handicapées ou de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

3) Le code de santé public dans son article L611-2 définit les deux missions de l'hôpital :

« Les établissements de santé public et privé ont pour objet de dispenser :

1. avec ou sans hébergement :

**des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.*

**des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus dans le but de réinsertion.*

¹ Rapport du CES : l'hôpital public en France : bilan et perspectives » présenté par Monsieur Eric Molinie. P.130.

² Documents CLEIRPPA. Cahier n° 24. Octobre 2006.

2. *Des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.*

Longtemps l'hôpital a rempli sa première mission. Aujourd'hui sous l'effet de divers facteurs (survenue de la canicule, reconnaissance de la gériatrie, circulaire du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique, réforme de la tarification à l'activité) se met en place un nouveau modèle de l'exercice de la gériatrie et de la gouvernance en milieu hospitalier.

Nous appuyant sur ce que nous pouvons percevoir des attentes, des besoins, des aspirations des personnes âgées et de leurs familles ainsi que des professionnels, sur les travaux et prises de position de différents organismes et associations, sur le projet d'établissement 2006-2010 du CHU, notre intervention se fonde sur l'idée selon laquelle par delà la maladie, il y a la personne.

***Manifeste d'Alertes** : développer une politique gérontologique implique de considérer la personne âgée quelle que soit sa situation physique, sociale ou psychique comme une personne avec tous les droits afférents à la personne, citoyenne à part entière, pleinement actrice de sa vie, pouvant choisir son lieu de vie ou de fin de vie...et bénéficier des progrès en matière médicale, sociale et autres...*

De quelques références qui ont alimenté notre réflexion :

*La mission hôpital 2007 identifiait cinq dysfonctionnements majeurs responsables de la crise de l'hôpital :

- les directeurs ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires...
- Les médecins s'inquiètent de la bureaucratie, du manque de personnel soignant.
- L'absence de la prise en compte de la pénibilité et de la responsabilité dans les rémunérations...
- Les malades et leurs familles se plaignent de l'absence de prise en charge globale de leur cas...
- En ce qui concerne la mise en œuvre des trente-cinq heures l'association ALERTES estime qu'elle ne s'est pas accompagnée d'un recrutement suffisant de personnel permettant de répondre à une aspiration légitime du personnel sans porter atteinte à la qualité des soins.

*Rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS) sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées - Rapporteuse : Madame Paulette Guinchard

Le rapport encourage le développement de passerelles entre les soins hospitaliers, les soins de ville et les établissements et services sociaux et médico sociaux.

Actuellement l'admission à l'hôpital contribue souvent à rendre la personne âgée définitivement grabataire parce que l'hospitalisation ne s'accompagne pas de soins spécifiques visant à préserver l'autonomie physique et psychique de la personne âgée.

*Rapport du Professeur Pfitzenmeyer corédigé avec le professeur Claude Jeandel et Philippe Vigouroux directeur général du CHU de Limoges sur l'hôpital face au vieillissement de la population et le Plan Solidarité Grand Age :

En ce qui concerne la réalité de la prise en charge sur le terrain hospitalier : derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est que, aujourd'hui, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital. En effet, l'hôpital est avant tout constitué de services cliniques de spécialités, non gériatriques, où la complexité de la prise en charge de sujets polyopathologiques et très dépendants est un frein à une acceptation optimale. La personne âgée handicapée nécessite un fort investissement en temps de la part d'équipes confrontées à une rotation accrue des patients et donc à une accélération du travail, alors que ces tâches supplémentaires, bien réelles, ne sont actuellement pas valorisées et ne permettent donc pas de renforcer les équipes. En outre, trop souvent ce patient gériatrique est perçu comme embolisant le service faute de place d'aval au moment où, T2A oblige, la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles. Ceci peut se traduire par des hospitalisations non pertinentes ou dans des services inadéquats, avec pour conséquence des sorties trop précoces...

A propos de l'HAD, le rapport fixe comme objectif d'éviter ou de réduire la durée d'une hospitalisation, d'organiser un retour à domicile anticipé à l'issue d'une hospitalisation...Il recommande de doter les HAD des compétences gériatriques nécessaires à la prise en soin des patients âgés en impliquant un médecin gériatre au sein de l'équipe pluridisciplinaire...de permettre à l'HAD d'intervenir au sein des EHPAD afin d'éviter certaines hospitalisations.

L'objectif n°3 du rapport préconise de prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques ; et l'objectif n°5 : disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Le rapport conclut : « *Ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'hôpital. C'est à l'hôpital de s'organiser pour offrir aux personnes âgées toujours plus nombreuses, outre des soins compétents, un accueil adapté à leurs besoins bien particuliers* ».

L'association Alertes s'associe pleinement à ces propositions.

*De quelques préconisations du Plan Solidarité Grand Age présenté par Monsieur Philippe Bas, le 27 Juin 2006 :

-Développer le nombre de places de services de soins à domicile afin de bâtir le scénario du libre choix.

-Adapter l'hôpital aux personnes âgées :

L'hôpital doit développer une prise en charge gériatrique spécifique et pour cela réorganiser l'accueil des patients âgés à l'hôpital grâce à une filière de soins qui permette une prise en charge globale de la personne âgée qui tienne compte de sa fragilité ; la préservation de son autonomie ; son retour au domicile dans les meilleures conditions.

Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital .

Dans une lettre à Monsieur le Préfet de l'Isère du 19 Septembre 2006 à propos de ce plan, l'association ALERTES écrivait : le constat fait par le gouvernement est proche de la réalité, les orientations préconisées sont intéressantes en tant que telles, mais les moyens proposés ne correspondent pas aux besoins.

Le professeur Pfitzenmeyer dans un entretien au journal la Croix du 7 Novembre 2006 déclare : « Ce rapport a sur le coup reçu un accueil favorable. C'est ensuite que le plan m'est surtout apparu comme un effet d'annonce. Ses orientations sont intéressantes, mais les moyens sont largement insuffisants. Ce plan montre que nos responsables politiques n'ont pas pris conscience de la gravité de la situation. Dans notre société est en train de se développer une sorte de ségrégation médicale et sociale vis-à-vis de nos concitoyens les plus âgés, les plus malades et handicapés. »

Le CHU de Grenoble:

Selon les renseignements publiés par l'hôpital dans son projet d'établissement en 2005 :

« 10^{ème} CHU français par son activité sanitaire (en hospitalisation complète : 2 033 lits, 97 961 entrées, 553 519 journées), son budget (473 287 637M d'euros + 39M d'euros d'investissements) et son effectif (un personnel médical de 1339 équivalents temps plein+un personnel non médical de 5718 équivalents temps plein) il représente sur son bassin de santé 80% de l'offre de soins de médecine, 60 % de celle de chirurgie, 55 % de celle de gynéco obstétrique. Il est particulièrement actif en recherche et en recherche clinique bénéficiant de l'environnement exceptionnel que constitue son partenaire, l'université Joseph Fourier et plus globalement l'agglomération grenobloise et le carrefour européen Grenoble Lyon Genève. »

Ce que nous retenons du projet d'établissement 2006 - 2010 se fonde sur quelques principes à l'origine de la création d'ALERTES :

- Ce n'est pas à la personne à s'adapter à l'hôpital, mais à l'hôpital à s'adapter à la personne...
- Au delà de la maladie, il y a la personne...
- La demande de soins révèle souvent une demande de présence, c'est-à-dire du temps et de l'attention ; d'où l'importance que nous accordons à la formation des professionnels...
- Eviter les ruptures brutales...
- Priorité aux personnes âgées fragiles

Nos préoccupations quant à l'influence que pourrait avoir une utilisation négative de la T2A (tarification à l'activité)...

La réforme de la nouvelle gouvernance hospitalière avec la mise en place des pôles et la réforme du financement de l'hôpital avec l'introduction progressive de la T2A nous préoccupent.

En effet, la T2A introduit à l'hôpital public une notion de rentabilité avec des recettes et donc des dépenses qui seront liées à l'activité réalisée dans les pôles. L'activité rémunérant un « séjour patient » pour une pathologie donnée, plus la rotation des patients sera importante et l'organisation des soins efficaces, plus les recettes seront élevées.

Dans cette logique, on peut craindre que les patients soient poussés plus rapidement vers la sortie. Or les personnes âgées hospitalisées ont besoin de temps pour se rétablir du fait de la rupture occasionnée par la maladie ou l'accident dans un équilibre déjà fragile au préalable. De plus les lits de soins de suite, les structures d'accueil en EHPAD, et les places de soins à domicile sont très insuffisants sur l'agglomération.

Cette course à l'activité ne risque-t-elle pas de se faire au détriment de la qualité des soins ? Pour une personne âgée, comme pour tout patient hospitalisé, la qualité dépend du diagnostic et des traitements adaptés et on peut faire confiance à l'hôpital pour continuer à assurer cette mission. Mais en sera-t-il de même pour les soins du quotidien (le prendre soin) si importants pour les personnes âgées fragilisées par la pathologie et qui ont besoin d'être aidé pour manger, se déplacer, se laver...à un rythme adapté à leurs besoins ? Ces soins là sont indispensables pour potentialiser les possibilités de récupération et surtout prévenir la dépendance qui fait souvent obstacle à un retour à domicile. Ces soins nécessitent une disponibilité en temps importante pour le personnel soignant, seront-ils compatibles avec la recherche de rentabilité ?

Ne risque-t-on pas de sélectionner les patients les plus « rentables » à l'entrée dans le pôle ? Et donc qu'en sera-t-il pour les plus fragiles d'entre eux c'est-à-dire les plus âgés, les plus dépendants ou les plus isolés socialement ? N'est ce pas là le principe de l'égalité d'accès aux soins du service public hospitalier qui est menacé ?

Dans le contexte précisé plus haut, nous serons attentifs à la mise en œuvre des préconisations suivantes du projet d'établissement :

AXE 1 : Projet 3 : Développement de toutes les alternatives à l'hospitalisation en particulier la relance de l'activité HAD.

AXE 2 : Projet 6 : Renforcer les filières de proximité :

Urgences : Développer les avis des spécialistes seniors pour les grandes spécialités médicales...Affirmer le rôle de l'UMG...Mise en place d'outils de suivi et d'évaluation...

La politique gériatrique du CHU : créer en 2006 à Michallon une unité de court séjour gériatrique de 25 lits articulée avec l'UMG..Créer en complément un pôle d'évaluation gériatrique...Améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles dans les services non gériatriques...Identifier une unité de neuro-psycho-gériatrie aiguë en court séjour...

Améliorer l'articulation ville-hôpital...

AXE 3 : Projet 7 : Développer l'HAD et rénover son organisation en revenant par étapes à une pleine utilisation des 80 places autorisées...

Projet 8 : Mise en place des pôles urgences et gériatrie...

AXE 4 : Projet 10 : Mieux accueillir et prendre soin en axant la prise en charge du patient sur l'accueil, les modalités du soin, la préparation de la sortie du patient...

Projet 11 : Qualité et sécurité des soins : Renforcer la place des usagers à l'hôpital par la création d'une Maison des Usagers gérée par les associations ; favoriser l'écoute de l'utilisateur dans ses requêtes...Renforcer la professionnalisation de l'accueil...Développer l'évaluation des pratiques professionnelles...

Les pistes d'ALERTES :

Les urgences et la permanence des soins :

Constat :

De plus en plus la population a recours aux urgences. Nous connaissons mal les pathologies et les comportements des patients qui se rendent aux urgences. Le dernier rapport de la Cour des Comptes souligne que le taux de recours aux urgences des personnes âgées de 80 ans et plus est particulièrement fort. Il s'agit de personnes fragiles, polyopathologiques. L'INSEE souligne que les personnes de plus de 80 ans déclarent 8 maladies. Ce serait une caractéristique essentielle du patient âgé malade. Selon les témoignages que nous avons eus, trop de patients attendent sur des brancards dans les couloirs, sont orientés dans des services non adaptés au traitement de leur pathologie au gré des lits non occupés, sans lien avec la famille...Les situations les plus difficiles concernent les malades d'Alzheimer.

Le rapport³ présenté par le député de l'Isère Monsieur Georges Colombier souligne que « la prise en charge des personnes âgées aux urgences n'est pas toujours organisée de façon satisfaisante. » Il montre que l'organisation de la prise en charge des personnes âgées ne tient pas suffisamment compte de leurs besoins sanitaires spécifiques : attente souvent trop longue aux urgences ; mauvaise prise en compte du risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance ; mauvaise orientation en cas d'hospitalisation (la circulaire du 18 Mars 2002 constatant que le service des urgences oriente souvent les malades davantage en fonction des lits disponibles que des besoins réels du patient) ; manque de lits d'hospitalisation polyvalents ; des sorties mal préparées...Face à cette situation, le rapport préconise 50 propositions pour une meilleure prise charge des urgences médicales.

Propositions :

- * *Mieux connaître la situation des « urgences » et des possibilités qu'offre la permanence des soins afin que le grand public soit mieux informé,*
- * *Doter le service d'un personnel plus nombreux et formé à l'écoute,*
- * *Avoir un « référent personnes âgées » pour l'accueil, l'entretien avec la famille, l'orientation des soins, le retour d'hospitalisation,.*
- * *Eviter les retours d'hospitalisation en fin de semaine et à des heures tardives...*
- * *Assurer une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital ainsi qu'entre l'hôpital, la police et la famille dans les cas de fuite de la personne âgée,*

Les retours d'hospitalisation :

Constat :

Globalement, bon nombre de sorties d'hospitalisation se passent bien. Les difficultés concernent principalement les personnes âgées en situation de fragilité physique, matérielle ou sociale :

Par manque de structures adaptées : soins de suite gériatriques, hébergement temporaire, EHPAD, unités de soins de longue durée...

³ Rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales présenté par Monsieur Georges Colombier, député, au nom de la commission des affaires culturelles et sociales

Par des services de soutien à domicile en butte à des difficultés dues au manque de places en SSIAD, à un manque de personnel qualifié...

Par manque de logements adaptés aux déficiences de la personne âgée...

Par une réponse inadaptée aux besoins réels de cette population...

Propositions :

** La prise en charge de ces personnes requiert la coordination des secteurs sanitaire et social et donc une collaboration étroite entre la ville et l'hôpital en sorte que l'hôpital s'intègre dans un continuum de soins et services à la personne...comme un partenaire...*

** C'est toute l'équipe hospitalière qui, en partenariat avec les services de soutien à domicile, l'assistante sociale, le médecin généraliste de la personne et autres professionnels de santé, la famille et autant que faire se peut, la personne âgée elle même doit se préoccuper de l'avant et de l'après hospitalisation. Pour cela, il faut organiser la transition entre soins hospitaliers et soins à domicile « par la mise en place d'un service mobile d'aide au retour à domicile des personnes âgées avec du personnel hospitalier.⁴*

** Développer l'utilisation du PEPS (Plate Forme d'Echange entre les Professionnels de Santé.)*

La démocratie à l'hôpital :

Constat :

Le CHU s'est doté de deux projets allant dans le sens d'une démocratisation de la gestion de l'hôpital : le projet n°16 (projet social) et le projet n° 11(qualité et sécurité des soins) :

Propositions :

** La qualité implique un personnel plus important et mieux formé en gériatrie.*

Reconnaître dans tous les services le rôle et la place des bénévoles et des associations d'usagers ;un lieu permettant à tous de se réunir ; en gériatrie, compte tenu de la durée de séjour et de la fragilité des personnes âgées, faciliter l'intervention des bénévoles en lien avec le personnel.

** Création de la Maison des Usagers, lieu d'accueil et d'information pour les patients et leurs proches, d'écoute, de recueil des dysfonctionnements éventuels, lieu de rencontre et de coopération inter associative des différentes associations de malades...dans les conditions prévues par l'arrêté qui en précise le mode de fonctionnement, à savoir : « il est indispensable que la direction et les instances de l'établissement apportent leur soutien au projet et s'impliquent dans son élaboration, sa mise en œuvre et son fonctionnement...des locaux accessibles, confortables et équipés...une coordination et une animation assurées par un professionnel de l'établissement de santé..un budget spécifique... »*

Compte tenu de l'importance et de la place de l'hôpital pour les personnes âgées, nous souhaitons un large débat public sur les objectifs et les moyens d'une politique gérontologique à l'hôpital.

⁴ Rapport Colombier P. 170_171.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- Manifeste d'Alertes et propositions de l'association pour le Schéma gériatologique départemental.
- Projet d'établissement du CHU de Grenoble 2006_2010.
- Plan « Solidarité Grand Age » 27 Juin 2006.
- Document du CLIC de Grenoble « domicile hôpital » Rapporteur Claude Fages.
- Dossier CLEIRPPA « entre hôpital et domicile : quelle place pour les réseaux ? » Cahier N°24, Octobre 2006.
- Rapport de la Cour des Comptes : « les urgences médicales : constats et évolutions récentes ».
- Discours du Ministre de la Santé et de la Solidarité Monsieur Xavier Bertrand « sur l'investissement hospitalier du Plan hôpital 2007 au Plan hôpital 2012 » 13 Février 2007.
- Rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale du 17 Mai 2006 présenté par Madame Paulette Guinchard-Kunstler.
- « Un programme pour la gériatrie » présenté par Claude Jeandel, Pierre Pfitzenmeyer, Philippe Vigouroux. Avril 2006.
- Plan national « bien vieillir 2007-2009 »
- Rapport du Conseil Economique et Social « l'hôpital public en France : bilan et perspectives » présenté par Monsieur Eric Molinié. 2005.
- Rapport « sur la prise en charge des urgences médicales » présenté par Monsieur Georges Colombier, Député de l'Isère, 7 Février 2007.