



PROJET REGIONAL DE SANTE : CONTRIBUTION ALERTES pour les PERSONNES AGEES

Toute la première partie du document de l'ARS qui évoque les besoins non couverts correspond globalement à la réalité vécue par les personnes âgées, leurs proches qu'elles soient à domicile ou en établissements.

**La partie « ressources Humaines » pointe les carences régionales en matière médicale, médicosociale et sociale qui sont un obstacle important à la réalisation des objectifs et qui pose d'importants problèmes dans les zones isolées.

Dans les EHPAD, outre l'absence de médecin coordonnateur il devient de plus en plus difficile d'avoir recours à un dentiste, à un ophtalmologiste.

**La partie « démocratie en santé » évoque ce qui doit permettre à terme à chacun de prendre des décisions éclairées. Les personnes âgées doivent prendre les décisions qui les concernent le plus longtemps possible, même en difficulté elles restent des citoyens bénéficiant de leurs droits.

Présents dans les EHPAD (CVS) **les usagers n'ont pas de place de représentation en ce qui concerne les interventions du maintien à domicile.

Au moment où ces lignes sont écrites, après les « missions flash » de la députée Mme Iborra et du député Mr Dharréville sur les EHPAD et les aidants, le chantier de la transformation du système de Santé, le rapport du sénateur Bonne (un ligérien) sont rendus publics, ils interpellent sur les sujets traités. Nous resterons attentifs à toute évolution favorable et serons force de proposition pour leur mise en œuvre.

Concernant les Personnes âgées : remarques et propositions

Le parti pris du maintien au domicile, acté par la loi ASV (adaptation de la société au vieillissement), s'il est légitime, connaît cependant des limites avec l'avancée en âge, l'évolution de la perte d'autonomie, des maladies chroniques, de problèmes psychiatriques ...

Le maintien au domicile exige une organisation et des moyens que ne peuvent assurer toutes les personnes dépendantes, leur famille, les services intervenant au domicile elles-mêmes. L'avancée en âge requiert une présence quasi permanente qui devient de plus en plus difficile à assumer.

A cet égard la « stabilisation » du nombre des établissements d'accueil, voire leur fermeture ou fusion ou même reconversion sont préoccupantes si elles deviennent un mode de régulation. Le concept de désinstitutionnalisation est de ce point de vue inquiétant, notamment pour toutes celles des PA pour lesquelles est exclu le maintien au domicile avec la noria des intervenants – quand ils sont disponibles, personnels médicaux compris – des financements manquants et l'isolement, de plus en plus fréquent à cause des dispersions familiales.

Le manque de personnels, le peu d'attractivité des métiers liés au domicile freine l'engagement dans cette voie : il y a besoin de plus d'aides à domicile comme en établissement. Les actions menées par les personnels des EHPAD en témoigneraient s'il en était besoin.

S'appuyer sur les aides à domicile pour permettre de retarder le recours à l'hospitalisation comme l'indique le PRS2 pose question : celle de la qualification, de la pratique d'un autre métier que le leur.

Dans le même registre la place accordée aux aidants dans le document interroge :

On ne peut pas ne pas le mettre en relation avec le manque de personnels formés et qualifiés. Désormais détenteurs d'un statut (loi ASV) ils sont invités, moyennant la perspective d'un répit, et d'éventuels ajustements professionnels des entreprises qui les emploient, à occuper des fonctions de quasi professionnels, aidés par des formations, des coordinations ... comme s'ils étaient à demeure disponibles : le terme, le « métier » d'aidants, figure dans le texte.

Les aidants pour les 2/3 d'entre eux ont moins de 60 ans et ont une activité professionnelle :

8/10 estiment leur charge lourde, 3/4 se déclarent stressés, angoissés – rapporte le PRS2. Les autres, souvent des conjoints, vieillissants eux aussi s'épuisent et pour 40 % d'entre eux décèdent avant la personne aidée. Ils ne peuvent se rendre disponibles à la demande pour des coordinations ou des formations, **Oui**, ils ont besoin d'aide, de repos, de répit.

La volonté exprimée dans le document de « soutenir les aidants » est une intention positive, mais le partenariat qu'on leur propose avec les professionnels ne peut les conforter dans ce rôle : ce sont des professionnels aidants qu'il faut, l'aidant s'en tenant du mieux qu'il peut à s'assurer que l'aidé est bien traité, entouré de l'équipe médicale et médico-sociale. C'est déjà beaucoup d'efforts, d'engagement et de souci.

La situation devient très difficile en cas de situations complexes, de risques de crises, des soins aigus à prodiguer : aidant et aidés sont en danger ; ne pas oublier que 80 % des actes de maltraitance ont lieu au domicile.

Les EHPAD : les oubliés de la loi ASV

Le volet EHPAD ne s'est pas concrétisé comme annoncé et attendu dans la loi ASV.

L'enjeu désormais serait donc leur « stabilisation » notamment pour les établissements publics. Plus grave, le PRS2 décrit 4 scénarios de reconversion des hébergements permanents qui pourraient intervenir en fonction de la situation, allant de la fermeture à la fusion d'établissements, à leur transformation en résidences autonomie, ou à leur évolution en EHPAD ressources. L'annonce pour l'ISERE de **la réhabilitation et l'humanisation des établissements notamment publics** est importante pour les résidents et pour les risques incendies ; elle soulève des interrogations . Elle renvoie à une situation très grave dont on ignore, pour certains des membres du CTS (Le Conseil Territorial de Santé pour lequel est faite cette contribution) les tenants et les aboutissants.

L'augmentation annoncée du nombre des personnes dépendantes à échéance de 2 ans, tout comme le nombre des dossiers en attente (plusieurs milliers sur le 38) imposent l'augmentation des places d'hébergement permanent. Les 213 places d'hébergement permanent programmées sont en deçà des besoins.

Répit - Accueil temporaire et hébergement temporaire

Ce sont des alternatives, des possibilités de soulager les aidants et aussi de faciliter des retours au domicile après une hospitalisation par exemple : ils doivent être beaucoup plus développés que l'indiquent les projets actuels (56 places en hébergement temporaire) et, effectivement, être limités dans le temps.

L'hébergement temporaire doit être développé. Le document évoque l'accueil de jour, possible sans doute pour des situations sans gravité. Le concept mériterait des précisions (en EHPAD ? Dans un appartement thérapeutique ? En lits réservés de soins de suite ?) La loi ASV cite parmi les possibilités l'accueil familial. Une des formes temporaires d'aide pourrait être facilitée par des aides supplémentaires pour le domicile lui-même (adaptations du logement, augmentation des aides) le temps de revenir à une situation « normale »

L'hospitalisation à domicile – La chirurgie ambulatoire – Les urgences.

L'intention affichée de **limiter les durées** d'hospitalisation, de développer l'HAD (hospitalisation à domicile) et d'éviter le recours aux **urgences**, ne sont pas toujours dictés par le seul impératif sanitaire. Les lois récentes, le PLFSS 2018 (projet de loi de financement de la Sécurité sociale) entre autres en font une orientation importante pour réaliser des économies à l'hôpital. C'est vrai également pour les soins de suite et de réadaptation pour lesquels, ici aussi, l'accueil de jour est préconisé et l'appel aux libéraux. L'importance de la relation ville-hôpital est décisive pour les personnes âgées (PA).

Le document PRS2 vise le développement de l'HAD **à domicile et dans les établissements sociaux et médico-sociaux**, qui manquent déjà de personnel pour assurer le service normal. Les carences ou insuffisances en personnel médical (ville comme EMS) encouragent à aller aux urgences.

C'est vrai en EHPAD où il n'y a presque pas d'infirmière de nuit, ni de médecins coordonnateurs disponibles (nombreux temps partiels), non mobilisés la nuit.

La limitation de la durée hospitalière doit s'accompagner, même brefs, de sas d'Hébergement temporaire avant le retour au domicile, si l'on veut éviter le retour à l'hôpital.

Les 56 places annoncées d'ici à 2020, prévues pour le soutien à domicile ne permettront pas d'accueillir les retours d'hôpital. L'hospitalisation des PA et leur retour au domicile mériteraient un approfondissement (anticipation des sorties – organisation du domicile – des intervenants- Ne pas laisser sortir de PA sans avoir la garantie des conditions de son retour...)

Personnes handicapées vieillissantes : Le secteur Handicap traite la question.

- Pour information on retient le déficit souligné de places en MAS (Maison d'accueil spécialisée) et FAM (Foyer d'accueil médicalisé)
- La nécessité de développer des sections en EHPAD
- La prévention de l'impact du handicap sur la perte d'autonomie
- La nécessité de favoriser l'accès et la continuité des soins grâce à un appui de type PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées).

Partie Santé Mentale (Personnes âgées) : le sujet est traité par la commission « santé mentale »

- La mise en place d'un groupe de travail sur le sujet est annoncée.

*Le travail de la filière Nord 38 sur les EHPAD, modalités d'accueil, prises en charge des PA ayant des troubles du comportement, refus d'entrées, pointe les difficultés rencontrées en établissement et conclut en soulignant **le manque cruel de médecins psychiatres et d'accompagnement dont la présence rendrait possible l'accueil des patients** ayant des troubles du comportement.*

Nul doute qu'une telle situation se retrouve en d'autres points du département.