LA SANTE D’UN RESIDENT EN EHPAD

 Ce témoignage est celui d’un accompagnant qui depuis plus de 7 ans passe au minimum 4 après- midi par semaine dans un EHPAD, qui en assume la présidence du CVS et peut ainsi apprécier au quotidien les conditions de vie de 80 personnes accueillies (et de travail du personnel) mais surtout constater l’évolution de leur parcours eu regard de l’évolution de leur santé compte tenu de leur handicap physique ou psychique (et souvent des deux) de leur perte de mobilité ou d’autonomie, de leur possibilité d’expression et de participation à la vie sociale, puis de leur dépendance avec perte de l’usage de la parole

 Il est assez difficile d’entendre de la part de certains de nos édiles que les enfants délaissent leurs parents et en confie le devenir de fin de vie a des établissements dit de l’ordre du Médico-social. De tel jugement étant le plus fréquemment émis sans connaissance de l’éloignement ou des contraintes professionnelles et familiales des descendants mais aussi surtout que soit tenu compte des conditions d’habitat et de confort de la personne isolée handicapée par l’âge ou la maladie

 Le rapport Laroque de 1962 mentionnait déjà que la question des conditions de vie des personnes âgées en perte d’autonomie commençait à se poser et avait alors dans ses préconisations fixé comme nécessaire la modernisation des établissements de même que l’élaboration de normes recouvrant les fonctions des maisons de retraites eu regard de leurs activités en matière de santé de leurs occupants

 Il avait aussi signalé la nécessité d’une formation spécifique des intervenants tout comme la reconnaissance de la pénibilité de certains métiers et avait alors interpellé les pouvoirs publics dans leur responsabilités organisationnelle, formatrices et financières

 Puis la loi de 1975 a structuré le médico-social dans sa double dimension d’accueil en établissement et de maintien à domicile. C’est dans le contexte économique des années 80 qu’un virage a été négocié autour de la dépendance des personnes âgées et la notion d’une vieillesse partie intégrante de la société et d’une action (y compris sanitaire) caractérisée a été délaissée au profit d’une approche médicalisée basée sur l’évaluation de critères de dépendance

 Lors des travaux préparatoires au rapport de Théo Braun en 1988 c’est au regard des conditions d’accueil dans les hospices qu’il était signalé la nécessaire séparation et le traitement sanitaire spécifique des malades relevant de la Psy et les personnes âgées dépendantes avec en point d’orgue la nécessaire coordination des actions médicales, sociales et médico-sociales et la mise en œuvre indispensables de financements adéquats et pérennes correspondants. C’est ainsi que dans l’idée d’une solidarité nationale la proposition d’un 5éme risque s’était faite jour sous la forme de la création d’une nouvelle branche de la sécurité sociale mais une telle mutualisation n’a toujours pas aboutie

 Qu’en est-il aujourd’hui dans la vie quotidienne d’un EHPAD accueillant non pas des patients à l’instar des usagers d’un service clinique de santé mais des Résidents devant, comme en leur logement précèdent, pouvoir recourir à des prestations de soins mais aussi à des conditions d’hébergement adapté, de nourriture appropriée, de temps d’écoute et de structures de détente nécessaires à la lutte contre la sédentarité en chambre ou à la déambulation pathologique liée à l’ennui de même qu’à toutes autres initiatives favorisant leur Bonne santé

 A l’évidence, le profil des résidents est évolutif, pour beaucoup il n’est en rien comparable de celui pris en compte à leur arrivée en établissement car ils présentent les symptômes de maladies cognitives alliées souvent à une perte d’autonomie physique s’aggravant au fil de longues années dès lors la réponse à leurs besoins se doit d’être également évolutive

 Par ailleurs certains sont orientés vers un EHPAD alors qu’ils devraient l’être vers des structures spécialisées en traitement psychiatrique, d’autres le sont du fait des financements différenciés de prise en charge en Hôpital ou en SSR et ce au détriment d’une approche cohérente au bénéfice de chaque individu dans une démarche de santé pour tous exercée dans le lieu le plus approprié

 Nombre d’établissements médico-sociaux ne peuvent aujourd’hui répondre favorablement à ces exigences pour des raisons de configuration des espaces, de gestion interne ou du manque de financements publiques car les budgets consacrés à la présence effective des médecins coordonnateurs sont restreints alors que le manque et la disponibilité des médecins de ville tant à faire disparaitre la connaissance de l’histoire des patients et la continuité des soins

 De même l’accompagnement/infirmier de nuit n’étant pas opérationnel le recours systématique aux urgences hospitalières est source d’engorgement des services, d’anxiété et de fatigue pour les personnes âgées, d’inquiétude pour les accompagnants Le manque de temps nécessaire à l’explicitation des traitements et à l’exigence de bonne prise des médicaments est facteur d’incompréhension pouvant se manifester pour certains par un rejet des thérapies

 Par ailleurs le manque d’investissement en matière d’équipements d’aide au déplacement favorisant lors des soins et prestations en chambre un meilleur confort pour le résident et une moindre pénibilité pour les personnels est source d’énervement voire de non bientraitance

 Pour un résident en EHPAD une attention particulière doit être portée à son alimentation tant sur le plan nutritionnel qu’en ce qui concerne son appétence car l’un et l’autre sont indispensable au bon équilibre de sa santé

 La grande complexité de la maladie Alzheimer ou autres maladies neurodégénératives et leurs évolutions nécessitent une vigilance soutenue, couteuse en disponibilité de temps d’écoute, et la mise en œuvre de pratiques adaptés mais en réponse les moyens d’Etat sont insuffisants, il en est de même en ce qui concerne la prise en charge spécifique des situations d’accompagnement de fin de vie en établissement médico- social

 Années après années les politiques en faveur des personnes âgées dépendantes interviennent dans le cadre de l’aide sociale au bénéfice des plus démunies mais il y a maintenant urgence à ce qu’elles intègrent pour tous une dimension sanitaire affirmé s’appuyant sur une meilleure cohérence des structures de notre système de santé, une effective complémentarité des acteurs et une politique multi-opérationnelle

 L’entrée d’une personne âgée dépendante dans un établissement est une étape difficile et sensible pour elle et son entourage voire une épreuve car elle intervient souvent dans un contexte rarement anticipé sous tendant bouleversement des habitudes, perte de repère, rupture sociale, désarroi des familles, culpabilité des proches, sentiment d’échec, inquiétude du devenir

 Du fait de l’état inadapté, dégradé si ce n’est insalubre de l’habitat en Seine saint Denis et les difficultés rencontrées par les services permettant le maintien dans des conditions acceptables les personnes âgées dans leur milieu de vie habituel une attention toute particulière doit être apportée quant aux orientations et décisions qui seront prises nationalement et au plan départemental dans la cadre de la stratégie Vieillir en bonne santé comme en ce qui concerne la future loi Grand Age et Autonomie en matière de développement de lieux d’accueil collectifs adaptés

Lucien BOUIS UDAF. 93

 Débat C.T.S. janvier 2020