

## Sommaire

### Préambule

- I. Sollicitation du CDCA 29 par l'ARS Bretagne sur le Projet régional de Santé
- II. Construction de l'avis réglementaire

### Mises en perspectives PRS2-Bretagne/FSPA - CDCA 29

#### I. Constats. Une politique régionale dépendante des politiques nationales

- I.1. Une articulation PRS2-SNS qui questionne
- I.2. Des choix nationaux rendant difficile, en région, le quotidien de nombreuses personnes

#### II. La FSPA –CDCA 29 et les politiques de santé envers les personnes âgées

- II.1. Considérer la personne âgée comme un citoyen-acteur
  - II.1.1. Etre à l'écoute directe des personnes âgées
  - II.1.2. Informer les personnes âgées de manière adaptée
- II.2. Donner la priorité d'attention aux personnes les plus démunies
- II.3. Agir sur les déterminants qui influencent la santé tout au long de la vie
- II.4. Assurer la promotion de la santé par la prévention
  - II.4.1. Etat de santé des personnes âgées et actions de prévention
  - II.4.2. Promouvoir la santé au travail des professionnels accompagnant les âgés
- II.5. Accompagner la personne âgée dans son parcours de vie
  - II.5.1. Lieux de vie : entre domicile, habitat alternatif et hébergement collectif spécialisé
  - II.5.2. Un quotidien prenant en compte une diversité de besoins
- II.6. Construire des parcours de soins avec la personne concernée
  - II.6.1. Accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques
  - II.6.2. Chaînes de soins et prises en charge

## Préambule

### I. Sollicitation du CDCA 29 par l'ARS Bretagne sur le PRS 2

En Bretagne, après un processus de construction collective initié fin 2016 et après intégration de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) en 2017 dans le projet régional de santé, l'Agence régionale de santé de Bretagne (ARS) a ouvert le 16 mars 2018, la consultation réglementaire sur le PRS2.

Cette consultation réglementaire, comme le rappelle le directeur de l'ARS, porte sur l'ensemble du PRS 2 Bretagne dont les éléments consultatifs sont présentés sur le site de l'ARS Bretagne :

- « Le Cadre d'orientation stratégique (COS), document fixant pour 10 ans les grandes orientations stratégiques de santé de la région, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé.
- Le Schéma régional de santé (SRS), schéma déclinant les orientations du COS en prévoyant les travaux à mener dans les 5 ans pour améliorer la santé des Bretons. Il contient également les volets consacrés aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et à la permanence des soins en établissement de santé.
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), programme composé d'actions à mener, dans les 5 prochaines années, au profit des personnes en situation de précarité, pour leur permettre de recourir au système de santé dans le cadre du droit commun ».

L'article R 1434-1.61 du décret 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé stipule que ce texte est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis, dans le champ de leurs compétences respectives, de différentes instances, tels les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (article L 1434-12 du code de santé publique).

Instances consultatives de démocratie locale auprès des conseils départementaux, les CDCA regroupent des représentants de retraités, personnes âgées, des professionnels exerçant auprès des personnes âgées, représentants d'institutions, collectivités territoriales... (à compléter ou revoir). Les CDCA doivent assurer la participation des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie dans les départements. Plus largement ils sont compétents en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social, d'accès aux soins, accessibilité, logement, transport, intégration sociale et professionnelle, accès aux loisirs, vie associative, culture... C'est donc en référence à ces compétences que s'inscrit le présent avis contributif.

#### 1. Construction de l'avis réglementaire

La FSPA du CDCA 29 souhaite préciser qu'un partage d'idées entre formations PA et PH n'a pu être organisé et que la limite des moyens de fonctionnement de ses formations spécialisées n'a pas permis à la FSPA d'aborder collégialement l'ensemble des questions abordées dans le PRS2. Pour autant, l'appréciation de la pertinence, de l'efficacité du projet a pu se faire, grâce à la

participation de membres de la FSPA aux instances de l'ARS et de la CRSA (assemblées plénières, commissions, groupes de travail...), comme à celle des CTS ; structures ayant permis de suivre l'évolution du projet, dans le cadre de démarches dites de co-construction. De plus, malgré le contexte contraint, des échanges directs avec la direction finistérienne de l'ARS et le président de la CRSA ont été organisés en séances plénières de la FSPA ainsi qu'un travail par atelier pour recueillir le point de vue de membres (titulaires et suppléants) des différents collèges sur des thématiques précises. Enfin, des partages de ressources documentaires, la mise en circulation des contributions orales et écrites proposées par des organisations syndicales, des associations, des institutions, des professionnels de santé, des échanges en réunion préparatoire de l'assemblée plénière du CDCA... ont permis une pratique de regards croisés entre toutes les personnes impliquées au sein de la FSPA dans cette réflexion sur la santé en Bretagne.

### **Mises en perspective d'analyses FSPA et du PRS2 Bretagne**

Porter un avis sur le PRS2 Bretagne demande de chercher à articuler le **COS, le SRS et le PRAPS** afin d'analyser la traduction des objectifs de réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé en engagements concrets, au service d'une approche globale de la santé.

Dans **la partie COS**, l'ARS Bretagne affiche ses préoccupations : diminution des inégalités sociales et territoriales, approche territoriale affirmée, promotion de la santé préventive et curative, décloisonnement, transversalité des politiques publiques, renforcement de la qualité et de l'efficacité du système de santé. Des enjeux majeurs de transformation du système de santé sont énoncés au travers de sept objectifs, qu'il s'agisse de donner plus de place à la prévention, d'assurer un décloisonnement du système de santé, une meilleure coordination des soins...

La FSPA du CDCA 29 relève que le COS exprime bien la place de la santé dans le maintien de la cohésion sociale. Elle partage ces préoccupations aux enjeux importants en termes de qualité de vie pour tous, à tout âge, pour tout habitant du territoire breton.

Différents constats concernant les politiques de santé, l'analyse de points spécifiques de la FSPA sur la qualité de vie des personnes âgées, les questionnements provoqués par le PRS2 Bretagne ont conduit la FSPA à construire un avis circonstancié « pour une politique régionale de santé et de solidarité fortement engagée envers les personnes âgées et les personnes handicapées ».

## **I. Constats. Une politique régionale dépendante des choix de politiques nationales**

### **I.1. Une articulation PRS2 – SNS qui questionne**

Les questions relatives à la santé et aux prises en charge médicales et médico-sociales sont prises en compte par l'Etat, attaché à assurer une maîtrise des coûts financiers de santé. Les ARS sont des organismes de l'Etat, chargés de mettre en œuvre sur un territoire les priorités nationales. Aussi l'étude du projet régional ARS-Bretagne ne peut se faire sans analyse de la Stratégie nationale de santé (SNS).

Si la FSPA du CDCA 29 se retrouve dans les préoccupations communes énoncées par la SNS et l'ARS, à savoir la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et le principe d'une structuration globale et transversale du système de santé, en même temps elle s'interroge sur les conséquences potentielles de certains points de la SNS. Ainsi, quand la SNS dit « s'inscrire dans un cadre économique et financier pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques, condition d'un accès à des soins de qualité », quelles incidences concrètes cette mise en lien peut-elle avoir sur l'avenir des personnes rencontrant de nombreuses difficultés au quotidien et tout particulièrement sur le quotidien des personnes âgées les plus pauvres, en Bretagne ?

Comme tous les citoyens, les membres de la FSPA, actifs et retraités, représentants d'organisations syndicales, d'associations, de structures d'emploi, d'institutions administratives et juridiques ou encore membres ayant un mandat électif font partie des acteurs du système de santé, en tant que bénéficiaires mais aussi comme financeurs.

Une évolution du système de santé pourrait donc impacter ces doubles implications. L'ARS-Bretagne elle-même reconnaît inscrire ce projet dans un contexte budgétaire contraint qui, sans vigilance, pourrait accentuer les difficultés de prise en charge des soins pour certains. C'est pourquoi la FSPA a analysé le PRS2 Bretagne en portant attention au cadre budgétaire du projet, à la volonté nationale d'investir ou non dans les formations médicales et à l'accompagnement, comme à la coordination des politiques publiques qui modèlent le cadre de vie des personnes vieillissantes.

La question des articulations des moyens entre les échelles nationale, régionales, départementales et territoriales apparaît également un élément à prendre en compte à un moment où, sans voir les frontières de la Bretagne changer, des modifications ont été apportées dans l'organisation des territoires de santé et la départementalisation des soins (avec un territoire, le territoire 3, portant sur deux départements).

### 1.2. Des choix nationaux qui rendent difficile, en région, le quotidien de nombreuses personnes âgées

Les choix budgétaires des pouvoirs publics depuis une vingtaine d'années (baisse des cotisations sociales patronales et des dépenses publiques) ont conduit à ne pas anticiper les besoins et à restreindre l'accès aux soins et aux établissements de santé.

Les conséquences de ces choix sont ressenties vivement par la population, inquiète notamment des risques sanitaires encourus. Des usagers et des professionnels du secteur de la santé dénoncent fréquemment ces changements et les combattent :

° Le remboursement moyen de l'Assurance Maladie est passé de 80 % à 50 % pour les dépenses ambulatoires.

° Le coût des complémentaires - santé est en augmentation et plus particulièrement importante pour les personnes âgées retraitées

° Les renoncements aux soins pour raisons financières augmentent (1 personne sur 3 ou 4 selon les études)

- ° L'accès aux soins est caractérisé par la désertification médicale sur de nombreux territoires, dont il est urgent, pour y remédier, d'en identifier toutes les causes, y compris le rôle joué par le numéris clausus en cours dans les facultés de médecine, l'absence d'anticipation du vieillissement de la population...
- ° Les tarifs de consultation médicale (médecins traitants généralistes, spécialistes) sont en augmentation et l'abandon du tiers payant par l'actuel gouvernement pèse sur les populations les plus démunies
- ° Les délais d'attente pour se soigner peuvent être très longs sur certains territoires, qu'il s'agisse d'obtenir une consultation chez un spécialiste, pouvoir passer certains examens médicaux prescrits...
- ° Concernant les hôpitaux publics, on peut constater, de manière cumulée parfois, la fermeture de services de proximité, une suppression continue de lits, des délais d'attente aux urgences pouvant dépasser les 12h (sur des brancards, dans les couloirs...), une priorisation de certains actes médicaux, en lien avec la tarification à l'activité... Tous ces éléments sont des facteurs d'influence sur la sécurité du service rendu, malgré le fort investissement du personnel soignant cherchant à assurer une qualité de service dans des contextes souvent marqués par une dégradation des conditions de travail.

Parallèlement, certaines mesures ont mis à mal le pacte social de solidarité avec la fixation des cotisations des complémentaires-santé sur l'âge et les prestations par exemple. De plus, les restrictions financières publiques amènent une augmentation des frais supportés par les malades (franchises médicales, participations forfaitaires, forfait hospitalier...).

## **II. La FSPA –CDCA 29 et les politiques de santé envers les personnes âgées**

L'ARS Bretagne, dans le SRS et le PRAPS, affiche des choix qui devraient permettre de répondre aux ambitions du COS, qu'il s'agisse de l'organisation des parcours de vie, de santé, de soins des personnes âgées, du renforcement de la coordination des actions, de la qualité, de la sécurité, de la continuité des soins, de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales etc. De plus, l'organisation des PRS deuxième génération, en inscrivant les actions dans un seul schéma, devrait favoriser la transversalité entre les champs de la prévention, des soins et du médico-social. Mais, comment regarder le fait que le PRAPS ne soit pas intégré au SRS ? Pourquoi la construction du programme régional de santé n'est pas incluse dans le même calendrier que le PRS ?

Pour la FSPA il est important que les intentions exprimées dans le COS soient traduites en actions accessibles à tous. Elle attend également que le SRS et le PRAPS permettent de renforcer le respect du droit de chacun à la santé, suscitent l'expression collective et individuelle concernant les déterminants de la santé, mobilisent les ressources nécessaires à la prise en charge de la santé et de la perte d'autonomie, dans le cadre de la solidarité nationale etc. Un tel champ d'appréciation est vaste. Il renvoie à la responsabilité de chacun mais aussi aux effets des environnements sur la vie de tous. L'enjeu est d'avancer en âge avec le moins de limitation possible. Pour cela il faut œuvrer au mieux et au plus près des citoyen(ne)s qui ont

connu des parcours de vie longs et variés ; des hommes et des femmes qui présentent des besoins à la fois communs et différenciés que doivent faire apparaître les diagnostics régionaux.

### II.1. Considérer la personne âgée comme un citoyen-acteur

Dans le préambule, comme à de nombreux passages de la contribution de la Conférence Régionale de Santé (CRSA) au projet de Plan régional de santé - Bretagne, il est indiqué que l'avenir de l'offre de soins pour les dix prochaines années doit considérer « l'usager-citoyen » comme acteur de sa trajectoire de soin, de sa trajectoire de santé et, par conséquence de sa trajectoire de vie. La CRSA Bretagne affirme également vouloir porter attention à des situations concrètes vécues par les personnes âgées et déclare souhaiter appliquer comme mode de recueil de données, des « démarches participatives de concertation » associant les usagers-citoyens et leurs représentants. La FSPA du CDCA 29, en tant que composante d'un conseil de la citoyenneté et de l'autonomie, partage cette démarche dans laquelle la personne âgée est reconnue comme acteur.

#### *II.1.1. Etre à l'écoute directe des personnes âgées*

La FSPA souhaite que des études consultatives qualitatives soient organisées pour entendre les besoins, les attentes, les ressentis des usagers-citoyens », « citoyens-acteurs », concernant la santé, la qualité des accompagnements, les représentations et mises en œuvre de « parcours de vie » personnels et familiaux etc.

Collecter « la » parole de celui ou celle qui est désigné.e « l'acteur de santé, l'acteur de sa vie » ; conduire des observations de terrain pour saisir au mieux le quotidien de personnes âgées vivant à domicile ou en institution, c'est pouvoir mieux comprendre l'influence de facteurs culturels, sociaux, économiques sur l'état de santé d'une personne âgée. C'est donner une valeur ajoutée aux diagnostics quantitatifs réalisés sur l'état de santé des personnes âgées ; c'est entendre leurs réactions à telle ou telle « prise en charge » ; c'est aussi mieux comprendre ce que veut dire pour les uns et les autres une trajectoire de vie « accompagnée ».

Chercher à appliquer le concept du « faire avec/faire à la place » ne peut que favoriser la mise en adéquation des demandes des populations avec les offres d'actions proposées aux publics. Réussir de telles démarches demande que les personnes âgées soient bien informées sur leurs droits, les accompagnements possibles...

#### *II.1.2. Informer les personnes âgées de manière adaptée*

L'accessibilité à l'information est une donnée fondamentale pour tout citoyen. Or, les offres sur un territoire, les droits individuels ne sont pas toujours connus des personnes âgées. En milieu rural particulièrement, certains, isolés, ne connaissent pas toujours leurs droits ou renoncent à les faire valoir, malgré des pertes d'autonomie ayant appris à « toujours se débrouiller seuls ».

D'autres faits permettent de comprendre ce qui peut gêner ou favoriser l'information de chacun

° Le public âgé peut se trouver en difficulté dans la compréhension d'informations données dans des dépliants ou par téléphone (pour joindre un informateur, un service par exemple). Faire appel de plus en plus au numérique pour les circulations d'informations risque d'augmenter les inégalités d'usage et d'appropriation.

° Les médecins traitants, pour la plupart, ne viennent plus à domicile, ne connaissent pas l'environnement dans lequel vit la personne, ne peuvent donc pas faire de la prévention ou accompagner la personne en perte d'autonomie dans un véritable parcours de vie pouvant demander le passage du domicile à un hébergement collectif.

° Les personnes âgées apprécient le contact direct avec les infirmiers et autres professionnels de santé, les CLIC, les associations de lutte contre l'isolement... qui viennent à domicile. Ces liens avec l'extérieur leur permettent de disposer d'informations indispensables à connaître au moment où se manifestent des pertes d'autonomie.

° Des EHPAD organisent des visites à domicile avant l'entrée en établissement, occasions de donner des informations mais aussi d'en prendre sur le milieu et les habitudes de vie d'un futur résident. Intégrer de telles démarches dans les budgets alloués à l'accompagnement des personnes âgées apparaît comme essentiel.

Un PRS doit pouvoir valoriser de telles initiatives et montrer combien ce droit à l'information peut permettre à la personne âgée et à son accompagnant, à la personne de confiance choisie, d'être de réels acteurs de santé, pouvant aborder ensemble la question du consentement aux soins, un sujet à intégrer systématiquement dans les documents définissant auprès des personnes âgées les politiques de santé.

En effet, « conformément à la loi (article 96 de la loi de modernisation de notre système de santé [LMSS]), les professionnels appartenant à la même équipe de soins peuvent, au sujet d'une même personne, partager les informations qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médicosocial et social. Lorsque les professionnels ne font pas partie de la même équipe de soins, le partage d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable. L'utilisateur peut s'opposer, à tout moment, à l'échange et au partage d'informations le concernant. Une information sur les risques éventuels de perte de chance lui sera alors délivrée. » (Guide d'accompagnement de la charte du parcours de santé – CNS).

Alertée par des situations de non recherche du consentement éclairé, la FSPA considère comme très importante cette question du consentement dont la mise en œuvre pourra permettre, pour la personne âgée comme pour son entourage, une meilleure adhésion à un nouveau parcours, à un soin thérapeutique... Tous ces éléments constituent des exemples de ce qui peut aider ou non chacun à être, devenir ou redevenir acteur de sa santé, en tant que citoyen éclairé.

La FSPA est favorable à la création d'un **Service Public d'Information en Santé** de référence, ayant la responsabilité de donner des informations fiables et accessibles.

## II.2. Donner la priorité d'attention et d'accompagnement aux personnes les plus démunies

Les mesures proposées dans le PRAPS doivent, en toute logique, améliorer les situations de publics souvent « oubliés », tels que les détenus, les migrants. Un certain nombre de personnes âgées, connaissant comme les autres des baisses de capacités physiques, cognitives, psychologiques... font elles aussi partie des personnes les plus démunies. Pauvres économiquement, isolées géographiquement et socialement, elles deviennent vulnérables, ce qui rejoue sur leur état de santé. Ces personnes âgées doivent pouvoir être considérées comme des publics prioritaires, pouvant bénéficier de mesures PRAPS qui, elles-mêmes seraient pleinement articulées avec l'ensemble du SRS.

Pour la FSPA du CDCA 29, des actions spécifiques sont à mener envers les populations âgées les plus précaires (faibles revenus, appels aux associations caritatives pour s'alimenter, absence de soins spécifiques type dentaire, ophtalmologique par manque de mutuelles, difficultés d'accessibilité aux hébergements collectifs...). Définir et organiser les moyens d'aller à la rencontre de ces personnes, souvent éloignées des soins, apparaissent comme des priorités, pour que les attentes et les points de vue de ces populations soient entendus et trouvent des réponses efficaces, l'objectif étant que le taux de ces populations diminue de manière significative.

## II.3. Agir sur les déterminants qui influencent l'état de santé tout au long de la vie

Parmi les enjeux repérés dans le COS figurent, pour la Bretagne, une surmortalité liée aux cancers et maladies cardio-vasculaires, les troubles musculo-squelettiques (90% des maladies professionnelles), la présence de radon dans les habitations (sous-sol granitique), les influences du chauffage, des transports, de l'agriculture sur la qualité de l'air extérieur, la qualité de l'eau, et autres risques émergents. Le SRS fixe comme prioritaire d'agir sur les déterminants de santé pour lutter contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales. La FSPA partage cet objectif car l'état de santé et en conséquence le parcours de vie de la personne âgée sont profondément marqués par un grand nombre de facteurs extérieurs subis tout au long de la vie.

Si l'on reprend l'exemple de la qualité de l'air extérieur, les déplacements urbains, la proximité d'axes routiers, d'activités agricoles ou industrielles (matériaux utilisés dans le bâtiment, colles, peintures... par exemple) sont autant d'éléments soumettant les personnes à diverses pollutions. Le modèle agricole dominant fait un usage régulier de produits chimiques sur les cultures, antibiotiques et autres produits dans les élevages, avec des conséquences sur la qualité de l'air, de l'eau, la santé des agriculteurs etc. Les résidus des produits de traitement dans l'alimentation portent atteinte à la santé de la population et participent au développement des maladies chroniques. Si tous les acteurs ont à contribuer à l'évolution de pratiques polluantes identifiées et incriminées, les politiques de santé, à différentes échelles territoriales peuvent contribuer à instaurer des seuils de référence plus favorables à la santé des individus et participer à la formation des citoyens face aux risques. Ce point rejoint celui de

l'information des usagers-citoyens. La population doit pouvoir disposer d'informations en temps réel, de plus en plus précises, complètes, sur les situations jouant sur la santé de tous, dans le cadre d'une démarche transparente permettant une mise en confiance (ex. évaluation des nouvelles programmations vaccinales).

#### II.4. Assurer la promotion de la santé par la prévention

L'état de santé d'une personne arrivée à la retraite est à la fois fonction des déterminants extérieurs de santé qui ont pu marquer l'individu et des comportements qu'il a pu mettre en œuvre. Aussi, la promotion de la santé passe-t-elle par une « éducation en santé », à construire tout au long de la vie. Pour ce sujet comme pour d'autres, l'appel à l'intervention citoyenne apparaît indispensable pour développer des dynamiques sur tout un territoire.

##### *II.4.1. Etat de santé des personnes âgées et actions de prévention*

Différentes actions sont conduites envers les personnes âgées au titre de la prévention. Construire ces actions et leurs programmes avec des personnes âgées et leurs représentants pourrait faire partie des recommandations. S'assurer que des personnes en situation précaire bénéficient des formations organisées pourrait également être prescrit. De plus une évaluation fine des programmes et contenus, avec les bénéficiaires, sur la base de données quantitatives et qualitatives pour voir l'adéquation réelle entre attendus et obtenus, pourrait être rendue obligatoire pour un renouvellement, en cas de financements publics.

A côté des actions collectives de prévention, des démarches individualisées sont possibles. Pour les professionnels de santé, le paiement à l'acte limite souvent leur intervention. Pouvoir intégrer la prévention dans les protocoles de soins suppose une révision de ce système de paiement.

Mais, la question de la promotion de la santé pour les personnes âgées ne doit pas être détachée des actions générales de prévention. Les conditions de vie et de travail peuvent conduire à des dépendances prématurées. Les incidences du travail sont grandes sur le potentiel santé avec lequel arrive un retraité au moment de connaître une nouvelle étape de vie. Comment articuler, en cas de besoin, le suivi post-professionnel avec celui des effets du vieillissement ?

Dans cet avis centré sur les politiques d'accompagnement des personnes âgées, il paraît fondamental d'aborder aussi la question de la promotion de la santé pour les personnels intervenant à domicile ou en établissement collectif de résidence des personnes âgées dépendantes.

##### *II.4.2. Promouvoir la santé au travail des professionnels accompagnant les âgés*

La prévention concerne tous les milieux professionnels. Les moyens accordés à la prévention sont très faibles (La Carsat accorde 0,007% de son budget à la prévention en entreprise). L'augmentation des budgets prévention est une nécessité en Bretagne où 90% des maladies

professionnelles sont liées aux troubles musculo-squelettiques ; des troubles très fréquents pour les personnels accompagnant les personnes âgées dépendantes, compte tenu des postures pénibles, des difficultés rencontrées dans l'aide aux levers et aux déplacements, par exemple, les personnes âgées n'ayant pas toujours la possibilité d'échanges aidants.

Les mouvements nationaux récents concernant le travail dans les EHPAD, qui se sont traduits par de fortes mobilisations sur tous les territoires bretons, ont démontré le malaise profond qui prévaut en la matière, tous personnels confondus. Ils ont mis en lumière l'inadéquation grandissante entre les financements et la croissance des besoins, en particulier ceux liés à l'augmentation de la durée de vie, l'accompagnement de malades chroniques et de personnes âgées à la dépendance croissante ; autant de situations impliquant une augmentation de la demande de soins. Ces mobilisations traduisent également le mal-être de professionnels dont on exige de plus en plus de qualité des soins mais auxquels on ne donne pas souvent les moyens (humains et financiers) ou les bonnes conditions pour accomplir leurs missions à la hauteur de la qualité de service qu'ils souhaitent apporter aux usagers.

Beaucoup d'études mettent en évidence le fait que prodiguer des soins de qualité nécessite de se sentir soit même dans un environnement favorable. Aujourd'hui on constate chez les personnels en place une augmentation du stress, de la pénibilité (à un moment de révision restrictive des comptes de pénibilité), tout comme une augmentation des risques psychosociaux, de l'absentéisme... La réforme budgétaire pour les EHPAD montre combien la perte de moyens financiers peut avoir des effets négatifs sur l'organisation du travail de chacun, inquiet des risques de diminution des effectifs déjà insuffisants pour une prise en soins correcte des résidents (ex. minutage très contraint du temps des toilettes en établissement).

Le « maintien à domicile » est également en difficulté compte tenu des prises en soins de plus en plus lourdes pour lesquelles les personnels ne sont pas tous formés. Le travail des « infirmières de famille » (disponibles 7 jours sur 7) comporte également de plus en plus de contraintes (tâches multiples ; temps de plus en plus courts avec les patients ; horaires difficiles... pour tous).

Aujourd'hui, le secteur de la gériatrie n'est plus attractif. Le recrutement de personnels, formés ou pas, est difficile. C'est pourquoi, promouvoir la santé au travail pour celles et ceux qui oeuvrent pour le bien-être des personnes âgées dépendantes ne peut se faire sur la seule base d'actions de prévention individuelle. Promouvoir des politiques de santé pensées avec les professionnels de santé pour agir sur les déterminants qui « construisent » l'activité de travail paraît important pour la FSPA. Sensibilisée par les membres du collège 3 aux réalités du quotidien des professionnels de santé, la FSPA considère comme important de faire de la qualité de vie au travail des professionnels un véritable enjeu dont bénéficieraient les personnes âgées « accompagnées ».

### II.5. Accompagner la personne âgée dans son parcours de vie

Le SRS met en articulation parcours de soin, santé et vie, ce qui est important. Mais pour la FSPA, la notion de parcours de vie est à mettre en premier car les soins, la santé, sont à intégrer dans

une approche globale de la qualité de vie que chaque personne âgée, avec ses dépendances, doit pouvoir trouver au travers de différents parcours.

Un projet régional de santé comporte obligatoirement des actions pensées pour le plus grand nombre mais les actions ne pourront atteindre les objectifs si leur conception, leur réalisation, leur évaluation ne prennent pas en compte des histoires de vie marquées par des dimensions économiques, sociales, culturelles, environnementales spécifiques. Reconnaître le rôle des accidents de la vie, la spécificité des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, les changements de situations des personnes handicapées vieillissantes comme ou à des personnes âgées développant des handicaps est également essentiel pour la FSPA.

C'est pourquoi les réponses choisies dans le SRS pour répondre aux ambitions du COS doivent pouvoir être adaptées aux besoins différenciés et faire appel à des innovations facilitantes, qu'il s'agisse des pratiques alternatives de logement des personnes âgées, de l'accompagnement des « aidants ».

#### II.5.1. *Lieux de vie : entre domicile, habitat alternatif, hébergement collectif spécialisé...*

La politique du grand âge ne peut être construite en ayant comme seul idéal pour les personnes âgées, le « maintien » à domicile, avec le placement en EHPAD comme ultime recours, ce qui renverrait à un parcours linéaire type.

L'important, c'est de rechercher la meilleure adéquation entre les besoins, les attentes de la personne âgée, les possibilités de logement... en s'interrogeant, entre autre, sur les points suivants :

° Le domicile est-il un lieu de partage entre la personne âgée et les différentes personnes intervenant « autour » de la personne âgée dépendante

° Le foyer-logement, la résidence autonomie envisagés répondront-ils au « droit à une qualité de vie à tout âge », prenant en compte les possibilités financières de la personne (un certain nombre de personnes âgées étant en dessous du seuil de pauvreté) ?

° L'EHPAD proposé ou demandé est-il ouvert sur l'extérieur, en tant que lieu ressources pour un territoire donné ? Les structures cherchant à être des lieux de rencontre, d'information, d'animation, permettant des liens entre l'extérieur et l'intérieur peuvent-elles bénéficier d'aides durables ? Autant de questions à repositionner dans le contexte des politiques annoncées. Le Cadre d'orientation stratégique signale que 508 établissements d'hébergement pour personnes âgées pour 40822 lits et places devront accueillir des personnes plus âgées avec des niveaux de dépendance plus élevés, souvent liés aux maladies neurodégénératives. En même temps, aucun établissement supplémentaire n'est prévu, la création de places étant laissée aux soins des directeurs et directrices d'établissement, sans moyens supplémentaires...

° Les démarches d'habitants souhaitant développer sur un territoire donné des habitats alternatifs à services partagés sont-elles ou seront-elles accompagnées pour faciliter l'aboutissement de projets innovants, favoriser des liens, des mises en perspectives entre projets et expériences en cours ?

Autant de questions montrant combien un projet régional de santé peut être un cadre d'entraînement, de stimulation pour des politiques territoriales, départementales, intercommunales ou communales, mettant la personne âgée au cœur de dispositifs faisant du lien social un élément essentiel de la vie.

### *II.5.2. Un quotidien prenant en compte une diversité de besoins*

Les besoins des personnes âgées dépendantes sont divers, qu'il s'agisse des domaines de la nutrition, de l'hygiène, des activités culturelles, physiques... Les souhaits exprimés par les résidents sur leurs conditions de vie en établissement ou à domicile peuvent être très éloignés des réalités (horaires et qualité des repas, horaires de fermeture des volets, conditions d'hygiène, respect de l'intimité...). Des pratiques développées sur différents territoires, à l'initiative de structures d'aide à domicile pourraient faire l'objet de programmes d'études partagées pour transférer, avec ajustement, les initiatives dans d'autres cadres de vie des personnes âgées (modes de cuisson des aliments et nutrition, participation des personnes âgées à l'élaboration des menus et de la cuisine, attention à la qualité des produits utilisés pour la restauration, circuits courts, produits relevant de l'agriculture biologique...). Le recours possible à une nourriture bio dans les établissements d'hébergement, les services de repas à domicile n'est pas mis en avant dans les actions envisagées.

Encourager l'activité physique adaptée pour les personnes âgées dans l'objectif de préserver leur autonomie le plus longtemps possible paraît également important pour la FSPA. La sensibilisation des professionnels de santé à l'intérêt de l'activité physique, la formation des encadrants à l'activité physique adaptée, le développement des liens entre professionnels de santé et professionnels du sport, la mise en réseau des acteurs, constituent des démarches importantes la mise en réseau des acteurs, la mise à disposition d'aide à la prescription, l'orientation et le suivi de leur patient constituent les axes de travail prioritaires. Pour les personnes âgées, il paraît important de décliner ces orientations en partant des activités du quotidien qui peuvent faire davantage sens pour certains que des exercices de gymnastique « déconnectés » des gestes du travail, développés hier pour l'entretien de la maison, du jardin...

### *II.5.3. Renforcer le soutien aux aidants*

Vieillir accompagné, tel est le souhait largement formulé par les personnes âgées. Le SRS du PRS2 Bretagne fait sien cet objectif, prévoyant le « recueil des attentes des personnes aidantes ». Cela suppose un repérage des actions entreprises par une personne pour lui permettre de réaliser qu'elle est « aidante ». Une définition de l'aidant, qui tienne compte de toute la complexité de la fonction en raison de situations variées et évolutives, paraît en effet un préalable indispensable.

L'engagement de la personne proche aidante, défini par certains comme naturel et par d'autres comme culturel, va souvent croissant pour devenir très important et bouleverser parfois profondément la vie personnelle de l'aidant cherchant à apporter de l'équilibre à la personne aidée et à la structure familiale.

Si l'intervention de départ répond à une préoccupation de bientraitance, le poids de la charge peut entraîner du stress, de la lassitude, de l'hostilité et provoquer des maltraitances de tous types : psychologiques, physiques, financières. Cet aboutissement à l'épuisement de l'aidant doit pouvoir être évité par différentes mesures : actions d'informations pour que l'enfant, le conjoint, le membre de la famille, l'ami se reconnaissent AIDANT, dans les faits, soient accompagnés pendant toute la durée de l'aide, au domicile comme en EHPAD. Les propositions de répit, importantes, doivent pouvoir être considérées comme une des formes d'aide qui, selon les situations, doivent pouvoir s'accompagner de démarches, méthodes, offres « singulières », personnalisées. De plus, il paraît important de considérer les couples accompagnant-accompagné comme des binômes dont les rôles respectifs peuvent ne pas être maintenus la suite d'un événement familial, une déficience en santé... Envisager une telle hypothèse c'est permettre à l'aidant de pouvoir et savoir se faire aider, en référence à une offre dynamique de promotion de la santé pour tous.

Une même attention doit être faite au travail d'accompagnement réalisé par les accompagnants professionnels ; un volet à valoriser et favoriser pour tous les professionnels de santé, dans le cadre des formations initiales et continues.

## II.6. Parcours de soins

Les affections de longue durée et la surmortalité en matière de cancers et de maladies cardiovasculaires. Le cadre d'orientation stratégique considère que l'effort le plus important est à mener sur la prévention de ces pathologies, d'autant que l'espérance de vie en bonne santé, tend-t-elle à stagner. Comportements individuels, facteurs socio-culturels, environnement et exposition professionnelle sont les principales causes de ces maladies. Si les comportements individuels sont bien repérés (pouvant conduire à une culpabilisation de l'individu) la dégradation de l'environnement, évoquée dans le point sur les déterminants environnementaux de santé, ne fait pas l'annonce de recherches de solution spécifiques favorables à la santé.

L'ARS Bretagne s'engage à prévenir les maladies chroniques qui affectent une part importante de la population retraitée et améliorer la qualité de vie des patients. Les démarches préventives dans le PRS témoignent d'avancées envisageables au bénéfice du patient ... sans précisions sur les moyens qui y seront consacrés.

### *II.6.1. Accompagnement des sujets atteints de maladies chroniques*

Il paraît important de développer des actions de sensibilisation, formation accompagnement sur les facteurs de risques identifiés à l'origine d'une majorité de maladies chroniques évitables, avec la promotion des comportements pouvant réduire des facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables. Il paraît également essentiel de prioriser une lutte contre les déterminants environnementaux impliqués dans le développement des maladies chroniques tout au long de la vie. Quelques exemples montrent le chemin à parcourir : les résidus de traitements médicamenteux que l'on retrouve dans l'eau potable, la dangerosité des aliments ne sont pas évoqués. Les perturbateurs endocriniens, les perturbateurs endocriniens, les

composés organiques volatils COV auxquels appartiennent les alcools et le benzène de l'essence à fort indice d'octane, les nano matériaux, le changement climatique sont cités mais pour autant ne font pas l'objet de déclinaison dans le SRS.

La maladie chronique génère un ensemble de conséquences pouvant être dommageables pour la vie de la personne, notamment sur son emploi, sa vie quotidienne, sa vie affective... dommages aux conséquences importantes pour la qualité de vie à la retraite. Identifier les effets, agir sur les répercussions pour en diminuer les risques et la portée, constituent des moyens de réduire les inégalités de santé. Evaluer la pertinence des actes et des traitements, celle des dispositifs coordonnés et intégrés considérés les plus efficaces dans les prises en charge apparaît également comme incontournable. De telles démarches sont à construire en lien avec les études de l'OMS (liens entre alimentation, inactivité physique, sédentarité et maladies chroniques, 2003), les travaux de l'INSERM sur les effets bénéfiques de l'activité physique pour tous, les déclarations de la Haute autorité de santé classant les activités physiques et sportives dans les règles hygiéno-diététiques validées comme thérapies non médicamenteuses). De son côté le 3ème Plan national santé environnement 2015-2019, décliné régionalement au travers du Plan régional Santé-environnement aborde les problèmes environnementaux qui sont de plus en plus souvent désignés comme facteurs expliquant la progression des maladies chroniques.

#### II.6.2. Chaîne des soins

Les soins à prodiguer aux personnes âgées en perte d'autonomie amènent celles-ci à devoir subir des changements de lieux d'hébergement pouvant devenir cause de pertes de repères.

Le choix de développer les hospitalisations courtes, après opération, toujours nommé « virage ambulatoire » montre combien l'objectif de diminution des coûts l'emporte souvent, plutôt que l'assurance d'une qualité de soins, sans rupture de maillon. Les accueils des personnes, au retour de l'hôpital ne sont pas toujours bien organisés, ce qui crée un ressenti d'insécurité et un réel facteur de risque en cas d'isolement de la personne. Pour la FSPA, une évaluation de retours « anticipés » à la maison paraît indispensable. De plus, lors de tels retours, des soins techniques infirmiers non référencés, peuvent être prescrits par les médecins hospitaliers, montrant les manques d'articulations entre soignants pour espérer produire une chaîne de soins de qualité.

Penser un protocole de soins en adéquation avec l'état de santé de la personne âgée, c'est aussi savoir prendre en compte la réversibilité possible de certaines déficiences et, par là même, limiter parfois la durée de certaines aides pour éviter une perte d'activité du patient (ex. choix d'une préparation des repas par la personne âgée, avec aide, plutôt qu'une inscription permanente à un service de portage de repas).

De nombreux points relevant de la « chaîne des soins » peuvent se révéler préjudiciables très souvent à la bienveillance de la personne âgée : appel aux services d'urgence pour auscultation d'une personne âgée par manque de médecins généralistes ; programmation d'examen douloureux et coûteux sans demande de consentement ; mauvaise prise en charge de la douleur ; absence de remboursement ou remboursements très faibles d'actes ou de thérapies

## AVIS du CDCA 29/FSPA sur le PRS2 Bretagne - ARGUMENTAIRE

pourtant efficaces... Les mesures de restriction sont nombreuses telles que franchises médicales, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires, le forfait hospitalier ou encore le déremboursement de médicaments évoqué ci-avant. Les populations les plus défavorisées sont les plus touchées. Ces points comme les opérations de restructuration dans le domaine de la santé et du médico-social pourraient faire l'objet d'actions « bilan et prospectives » soutenues par un SRS.

Les chaînes de soins seront sans doute de plus en plus marquées par les évolutions techniques et technologiques : télésurveillance, télémedecine... Ces technologies ne pourront pas résoudre le problème des inégalités territoriales (zones blanches internet par exemple). De plus si des pratiques comme la télémedecine peuvent être des réponses pertinentes, pour des secteurs géographiques isolés ou des personnes âgées dépendantes difficilement transportables, elles doivent apporter un réel progrès pour le malade, faire l'objet d'informations aux résidents et à leur famille. Comme cela a pu être évoqué dans un autre point, les usagers-citoyens et leurs proches doivent pouvoir s'assurer de la confidentialité et de la sécurisation de la « boucle de soins » en échanges numériques.