

RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à l'interpellation Claire Attinger Doepper - Société de longue vie... oui, mais dans quelles conditions ?

Rappel de l'interpellation

Dans le portrait des seniors vaudois édité par le Service cantonal de recherche et d'information statistique (SCRIS), on nous informe que plus le temps passe plus la part des très âgés (80 ans et +) augmente : elle représente 29 % de la population contre 13 % en 1950. D'ici à 2040, le nombre devrait même doubler (+ 107 %).

Une grande évolution dans l'approche de ces besoins a permis de développer différentes mesures pour le maintien à domicile le plus longtemps possible : divers soins à domicile, livraison de repas ; les Centres d'accueil temporaires (CAT), les courts séjours, etc. Le placement en établissement médico-social (EMS) intervenant en dernier ressort.

Notons que les personnes atteintes de démence sont particulièrement fragilisées par le fait que tout repère disparaît à chaque changement. Leurs besoins deviennent ainsi cumulatifs.

Dès lors, une fois que les différentes étapes permettant le maintien à domicile sont écoulées, se pose la question du lieu de résidence encadré et permanent. Le choix de l'EMS devient donc impératif. Pour ces patients et leur famille, pouvoir demeurer dans un environnement connu jusqu'alors fréquenté la journée (CAT) devrait être privilégié.

Mais est-ce le cas ?

Partant, je me permets de poser les questions suivantes :

- 1. Les Centres médico-sociaux (CMS) connaissent souvent ces situations en amont et ont un lien avec les familles : quels processus et coordination sont mis en place entre les CMS, les EMS et les familles en vue d'un placement longue durée (coordination, anticipation, etc.) ?*
- 2. La centralisation des demandes de placement en EMS tient-elle compte des besoins spécifiques des personnes concernées et quel est son rôle dans la répartition/l'offre proposée à la famille ?*
- 3. Si une demande de placement dans un lieu de séjour particulier a été exprimée, comment les familles / les personnes concernées sont-elles soutenues dans cette démarche (respecter ou tenir compte du choix émis, accompagnement, stratégie et coordination avec la famille, etc.) ?*
- 4. Quel est le pilotage mis en place dans les EMS pour anticiper les demandes et répondre au mieux aux besoins de leurs résidents (processus d'anticipation, de coordination, etc.) ?*

Je remercie le Conseil d'Etat pour ses réponses.

Réponses du Conseil d'Etat

Dans son interpellation, Mme la députée aborde la question de l'accompagnement des personnes, la plus souvent âgée, lorsque l'état de santé ou de vulnérabilité ne permet plus la poursuite de la vie à domicile.

Dans ces situations, il est vrai que la coordination entre les différents intervenants est importante afin d'assurer la continuité de la prise en charge et l'accompagnement des proches.

La réponse à cette interpellation donne l'occasion au Conseil d'Etat de présenter les différentes étapes de cette phase d'institutionnalisation.

Ceci étant posé, le Conseil d'Etat répond ainsi aux questions posées.

Question 1 : quels processus et coordinations sont mis en place entre les CMS, les EMS et les familles en vue d'un placement de longue durée (coordination, anticipation, etc...) ?

Conformément à la Charte des CMS, ceux-ci doivent respecter l'autonomie et l'indépendance des clients sans exercer de

contrainte à leur égard ou décider à leur place d'une entrée en EMS [*Le client est responsable de son projet de vie à domicile. Il participe à l'élaboration des objectifs, aux choix des moyens d'intervention visant à favoriser son autonomie et son indépendance, et aux activités qui en découlent. Les ressources et disponibilités de l'entourage du client sont prises en compte et sont sollicitées avec l'accord du client à toutes les étapes de l'intervention. Le client assume les risques éventuels découlant des décisions qu'il a prises en connaissance de cause dans le choix de son maintien à domicile, etc.*].

Dans le dispositif d'accompagnement mis en place par les CMS, plusieurs processus de coordination se succèdent dans le suivi clinique du client ; ils peuvent se dérouler pendant de nombreux mois.

Parmi les processus, on peut relever :

L'évaluation régulière : elle s'appuie sur des outils (RAI HC, grilles pour la santé mentale, les risques de chutes ou de dénutrition) et des observations pluridisciplinaires, collectées par les intervenants du CMS. Des restitutions sont prévues par le professionnel référent auprès de l'utilisateur et de ses proches. Les constats portent notamment sur la capacité de la personne et de son entourage à faire face à sa vie quotidienne et à ses besoins de soins, d'aide ou de socialisation.

L'attribution d'un référent CMS auprès du client permet d'unifier les points de contacts entre les intervenants. **Les professionnels des CMS** informent l'utilisateur et ses proches des risques pris à domicile, des limites sécuritaires, des besoins en surveillance continue, des perspectives d'évolution de la maladie ou de l'incapacité, des conditions à remplir pour permettre le maintien à domicile et, in fine, des limites à la prise en charge. Cette démarche permet d'évoquer les raisons qui justifient la proposition d'institutionnalisation. Durant cette période, des entretiens réguliers sont organisés avec les professionnels, l'utilisateur et ses proches pour définir les priorités et prendre des décisions adaptées aux valeurs du client, à ses capacités et à son environnement social et matériel. A ces rencontres, chacun est invité à s'exprimer, à partager son point de vue, à poser des questions afin de pouvoir s'accorder sur les prestations à mettre en place. Ces réunions permettent aussi, le cas échéant, de convenir d'une décision de placement en long séjour si les conditions du maintien de la vie à domicile ne sont plus remplies.

Pour les personnes qui n'ont pas tout leur discernement, l'évaluation est conduite par le médecin traitant et le représentant de l'utilisateur. En cas de risques importants, un contrat spécifique peut être passé entre les protagonistes pour valider la prise de risque commune.

Les professionnels du CMS et le médecin traitant sont les acteurs de l'orientation de l'utilisateur vers les prestations du réseau parmi lesquelles figurent notamment le centre d'accueil temporaire (CAT), le court séjour, la consultation mémoire, la relève à domicile, l'intervention d'équipes mobiles, des groupes d'entraide ou d'éventuelles prestations privées. **L'assistant social du CMS** peut alors être mobilisé pour apporter des informations sociales sur les droits du client et de ses proches, donner des réponses aux questions financières et accompagner les démarches auprès du BRIO (pour une place en court séjour ou en long séjour en EMS). Lorsque la solution convenue (CAT, court séjour, etc.) prend du temps à se mettre en place, le CMS renforce ses prestations et sa coopération avec le médecin traitant et les proches.

Dans ces phases, les professionnels du CMS suscitent le plus possible le **partenariat avec les proches** avec l'accord de l'utilisateur. A noter que depuis deux ans, le Service des assurances sociales et de l'hébergement a mandaté l'AVASAD pour déployer une **prestation spécifique de soutien au proche aidant**, par une personne ressource formée. L'entier du canton sera couvert à fin 2018.

Lors d'un placement en EMS, les familles appelées à prendre des décisions de placement pour le client, sont souvent - dans un premier temps en tout cas - réticentes à l'idée d'avoir à financer le placement avec l'argent du patrimoine du client et de sa famille ou les avis peuvent diverger entre les différents proches.

Question 2 : La centralisation des demandes de placement en EMS tient-elle compte des besoins spécifiques des personnes concernées et quel est son rôle dans la répartition/l'offre proposée à la famille ?

La centralisation des demandes de placement en EMS est gérée par les professionnels (infirmier de coordination, de liaison et assistant social) des Bureaux régionaux d'information et d'orientation (ci-après les BRIOs) des réseaux de santé, dont la mission est aussi d'informer les usagers et les professionnels sur l'offre médico-sociale d'hébergement et les moyens d'y accéder, d'orienter les patients et d'organiser la liaison d'un lieu de prise en charge à l'autre.

Tout au long du processus d'intervention, qui va de l'identification des signes précurseurs au besoin d'hébergement jusqu'au placement, les professionnels du BRIO analysent et évaluent la situation globale de l'utilisateur en tenant compte prioritairement de ses choix (région et EMS) et attentes spécifiques, ainsi que de ceux de son représentant thérapeutique et de sa famille.

Les professionnels du BRIO tiennent aussi compte, dans leur évaluation, de l'état de santé physique et psychique de la personne, de son niveau d'autonomie, de son habitat, de ses habitudes de vie, de ses besoins (aide pour se déplacer, se lever la nuit, structure fermée ou ouverte, etc.), des éventuels risques (chutes, dénutrition – malnutrition, mise en danger du patient et/ou de son entourage), de la situation de l'entourage (présent, absent, épuisé-malade-hospitalisé, etc.), etc.

Enfin, il s'agit également de composer avec le fait que tous les EMS ne sont pas adaptés pour accueillir n'importe quel usager. Ainsi, certaines prises en charge exigent des unités fermées ou sécurisées qui n'existent pas partout. De même, des

personnes agressives ou souffrantes d'alcoolisation ne peuvent pas non plus être hébergées dans tous les EMS. Pour ces raisons, un EMS peut donc refuser d'héberger tel ou tel usager. Le refus peut aussi se justifier pour d'autres motifs touchant l'architecture, l'indisponibilité d'une chambre à un lit, la lourdeur déjà excessive des situations hébergées, etc. Un EMS peut accepter un usager, mais ne pas avoir encore de lit disponible. Dans ce cas, il peut être proposé de passer par une structure de préparation et d'attente à l'hébergement en EMS (SPAH). Globalement, le canton connaît une demande en lits plus élevée que l'offre. Cette situation a nécessité l'élaboration de critères de priorisation dans l'attribution des places [*Une priorisation cantonale a été mise sur pied, dans le but d'attribuer les lits disponibles de manière juste et équitable. S'il y a une mise en danger de la personne ou d'autrui, la situation est prioritaire. Les personnes présentant les caractéristiques suivantes sont aussi prioritairement hébergées : usager à domicile dans une situation précaire (Centre d'accueil temporaire, court-séjour, soins à domicile dépassés), usager dans une institution qui n'arrive plus à le prendre en charge en raison d'une péjoration de son état de santé ou usager hospitalisé en attente d'un placement (priorité 1 – réponse dans les 6 jours maximum). Enfin, l'hébergement de personnes placées provisoirement dans un autre EMS que celui de leur choix et qui n'arrivent pas à s'intégrer, ou celles dont les limites du maintien à domicile sont quasiment atteintes (priorité 2 – réponse dans les 30 jours maximum), sont plus prioritaires que celles qui sont déjà en institution, mais qui souhaitent changer d'EMS, ou encore que celles à domicile qui ont refusé plusieurs propositions (priorité 3 - réponse dans les 6 mois maximum)*].

Ainsi, dans le réseau lausannois, en 2015, le délai moyen entre la demande et l'hébergement était de 49.6 jours en moyenne (27 jours délai médian). Les demandes ont débouché sur un hébergement dans un délai de 4 à 14 jours dans 25% des cas, de 15 à 27 jours dans 25% des cas, de 28 à 55 jours dans 25% des cas et de plus de 55 jours dans 25% des cas. Dans 90.1% des cas, la personne va ou va être placée dans l'établissement de son choix.

L'interpellation aborde les personnes atteintes de démences. Au vu de ce qui précède, il se peut qu'il ne soit malheureusement pas possible de trouver une place d'hébergement dans un lieu connu et fréquenté la journée (CAT), soit par manque de place au vu de la nécessité de placement ou parce que l'EMS n'est pas fermé.

Question 3 : Si une demande de placement dans un lieu de séjour particulier a été exprimée, comment les familles/les personnes concernées sont-elles soutenues dans cette démarche (respecter ou tenir compte du choix émis, accompagnement, stratégie et coordination avec la famille, etc.) ?

Toute démarche de prise en charge d'un usager par les professionnels inclut le représentant thérapeutique et sa famille, si l'usager l'accepte. Chacun participe alors à l'évaluation de la situation, aux séances de réseaux (consultations réunissant les différents professionnels concernés, l'usager et son entourage) et au choix de l'EMS.

Si un usager, son représentant thérapeutique et sa famille demandent un hébergement dans un EMS particulier, le dossier est présenté à l'EMS en question, même s'il n'y a pas encore ou plus de place disponible. Le souhait de la personne est présenté à l'EMS concerné. En cas de disponibilité, ce dernier en tiendra compte dans sa décision.

Toute personne est libre de refuser les propositions faites, puisqu'aucune base légale ne peut contraindre une personne à aller dans une institution contre son gré (sauf à fin d'assistance). Les professionnels concernés sont d'ailleurs tenus de placer les usagers dans les structures correspondant le mieux à leurs besoins de prise en charge.

Question 4 : Quel est le pilotage mis en place dans les EMS pour anticiper les demandes et répondre au mieux aux besoins de leurs résidents (processus d'anticipation, de coordination, etc.) ?

Avant d'entrer dans un CAT, une visite d'une heure et une journée d'observation ont généralement lieu [*N.B. Les prestations et processus de travail peuvent être différents d'un CAT à l'autre*], dans le but de déterminer les besoins de l'usager et de lui permettre, ainsi qu'à son entourage, de décider s'il souhaite bénéficier de cette prestation et à quelle fréquence. La question de l'hébergement en long-séjour peut aussi être abordée à ce moment-là, sur demande de l'usager ou de son entourage. Le passage par un CAT permet donc à l'EMS de connaître l'usager et sa famille et, le cas échéant, d'apporter sa contribution lorsqu'une décision de placement doit être prise, plusieurs mois ou années plus tard.

Des EMS ouvrent aussi leurs portes à la population et aux personnes concernées, dans le but d'anticiper de futurs hébergements. Le passage par le SPAH permet aussi d'appréhender la logique institutionnelle et de faciliter l'entrée en EMS.

En définitive, la question de l'orientation vers un hébergement en EMS reste une question très sensible, douloureuse, propre à chaque histoire de vie. C'est un moment difficile, lié à la perte d'autonomie, à la souffrance, à une rupture dans un parcours de vie. Chaque entrée en EMS est donc singulière et les meilleurs des processus ne pourront jamais s'adapter à toutes les situations qui se présentent, jour après jour.

En conclusion, le Conseil d'Etat remercie les professionnels qui s'engagent au jour le jour pour que cette phase de l'existence se déroule du mieux possible.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 août 2017.

La présidente :

N. Gorrite

Le chancelier :

V. Grandjean