

Colloque « Vieillir digne »

La prise en charge des personnes âgées en USLD et en EHPAD

En relisant le programme de cette table ronde sur « La prise en charge des personnes âgées en USLD et en EHPAD », je me suis aperçu qu'il y avait 3 médecins de SLD et aucun médecin coordonnateur ! Il y a bien sûr Pascal Champvert que tout le monde connaît et qui est un excellent défenseur des EHPAD, mais il me semblait nécessaire d'avoir le point de vue de médecins intervenants en EHPAD. J'ai donc interrogé les médecins coordonnateurs avec qui je travaille chaque jour. Un PH du service était jusqu'à il y a un an médecin coordonnateur, 2 attachées et une consultante le sont, et plusieurs autres médecins ont quitté l'hôpital pour travailler en EHPAD.

Je leur ai donc posé la question « *quelles sont pour vous les différences majeures entre EHPAD et SLD ?* »

- 1- Pour commencer, et on pouvait s'y attendre, ils ont insisté sur le manque de personnel qualifié, infirmières et aides soignantes, avec aussi des postes existants mais non pourvus (ceci va d'ailleurs s'accroître avec les

départs à la retraite de 50% des soignants dans les 10 ans à venir !) et des ratios trop faibles (0,3-0,4). Très souvent les aides-soignantes sont remplacées au mieux par des AMP (aides médico-psychologiques) qui ont une formation plus courte et plus axée sur la prise en charge du handicap que des personnes âgées. Mais en général, même lorsque la convention tripartite a été signée, il n'y a que des auxiliaires de vie (ADV) avec une formation de quelques jours seulement ! Pour l'instant (8 novembre 2006), ces médecins n'ont constaté aucune évolution vers plus de médicalisation des EHPAD, contrairement à ce qui a été annoncé dans le plan Solidarité - Grand âge.

2- Ensuite, il y a le problème de la nuit. Il n'y a jamais de médecin, et très souvent, il n'y a pas d'infirmière. Il n'y a que du personnel non qualifié et en sous-effectif. Il est donc impossible de faire des soins comme une aspiration, une injection, surveiller une sonde ou une perfusion. Si une perfusion sous-cutanée est posée par l'infirmière avant de partir, il n'y a plus aucune surveillance après. En cas de problème, il faut systématiquement envoyer le résident aux urgences. Dans ces conditions, impossible d'assurer des soins de fin de vie de bonne qualité !

- 3- Il y a aussi un manque de places spécialisées en EHPAD pour la grande dépendance et les troubles du comportement. Quand il existe des unités spécialisées pour les déments, le plus souvent elles ne sont pas habilitées à l'aide sociale et le coût est très élevé (jusqu'à 3500 euros par mois en région parisienne). Alors qu'actuellement, justement, la majorité des demandes de places en EHPAD concernent des déments non suivis (aucun bilan en amont) avec d'importants troubles du comportement.
- 4- Enfin, il faudrait redéfinir le rôle et la place des médecins coordonnateurs. Lorsqu'ils sont compétents et consciencieux leur statut actuel est impossible à tenir. Dans la pratique de tous les jours, ils sont obligés de prescrire et de prendre des décisions médicales pour les résidents malades. En effet, lorsqu'un résident ne va pas bien, on appelle le médecin traitant. Très souvent celui-ci est déjà occupé et répond « *qu'il ne peut pas venir avant 48 heures, et que si c'est urgent... il faut envoyer le résident aux urgences* ». Alors qu'il y a un médecin coordonnateur sur place qui peut en général résoudre le problème ! « *Quand ça va mal, il faut passer outre et prescrire* ». Quelques médecins coordonnateurs ont d'ailleurs obtenus des dérogations de la DDRASS pour être aussi le médecin traitant de certains résidents en EHPAD.

Voilà résumé les 4 points importants qui font la différence, d'un point de vue purement médical, entre EHPAD et SLD. Comment dans ces conditions et compte tenu du « Papy Boom » annoncé prendre le risque de diminuer aujourd'hui le nombre de lits de SLD ?

Il me semble aussi nécessaire d'insister sur 2 faits essentiels :

1-Beaucoup de ce qui se fait actuellement en EHPAD (animations, architecture, aides techniques, projet de vie...) a d'abord été développé ou testé en USLD.

2-Les médecins coordonnateurs sont souvent passés et ont été formés en USLD avant d'aller en EHPAD.

En conclusion :

Pour avoir demain de plus en plus d'EHPAD de haut niveau, il faut garder et développer aujourd'hui des SLD performants, innovants, qui fassent des soins de qualité mais aussi de la formation (médicale et paramédicale) et pourquoi pas de la recherche.

Dr Christophe TRIVALLE

Service de Gériatrie 1 et de Soins Palliatifs

Hôpital Paul Brousse, APHP, Villejuif