



# Les Actes du 9<sup>e</sup> Congrès de la Fondation de l'Avenir

8 décembre 2015

---

**Thématique n°2 :  
chirurgie des personnes âgées dépendantes**

---

# 9<sup>e</sup> Congrès Fondation de l'Avenir

*Mardi 8 décembre 2015*

## Sommaire

---

### **LA CHIRURGIE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Professeur Georges MANTION 2  
Président de l'Académie Nationale de Chirurgie

**Table ronde** 3

Echanges avec la salle 11

# La chirurgie des personnes âgées dépendantes

Professeur Georges MANTION

*Président de l'Académie Nationale de Chirurgie*

Je suis ravi d'être parmi vous aujourd'hui pour représenter l'académie nationale de chirurgie, que je préside cette année. Cette présence est la traduction d'un partenariat de plusieurs années avec la Fondation de l'Avenir. L'académie nationale de chirurgie a été fondée en 1731 par Louis XV. Pour autant, elle est bien ancrée dans le monde moderne. La diffusion de nos séances hebdomadaires sur Internet en est la meilleure preuve, surtout que notre académie regroupe toutes les spécialités chirurgicales.

La chirurgie des personnes âgées dépendantes est un sujet très particulier. Aujourd'hui, les chirurgiens peuvent pratiquement tout opérer. Simplement, l'âge peut être un facteur. Or la définition de l'âge n'est pas toujours simple à donner. Une personne dépendante est une personne vulnérable. Les chirurgiens se posent de nombreuses questions. Le risque est de réussir l'opération sans améliorer la situation du malade, voire en aggravant son cas, avec un résultat tout à fait négatif en termes de survie à court ou moyen terme.

D'après une enquête récente, un tiers des américains ont été opérés dans l'année qui a précédé leur décès. Une très grande partie des patients de plus de 80 ans a été opérée dans le mois précédant son décès. Nous avons donc besoin de mieux comprendre les mécanismes de la physiologie dégradée par l'agression chirurgicale.

## Table ronde

---

- **Docteur Christiane Verny**, chef de service gériatrie aigüe à l'Hôpital Bicêtre, membre du comité scientifique de la fondation Paul Bennetot (Matmut) ;
- **Docteur Ivan Philip**, anesthésiste à l'Institut Mutualiste Montsouris ;
- **Professeur Xavier Cathelineau**, chef du département urologie à l'Institut Mutualiste Montsouris ;
- **Professeur Philippe Denormandie**, chirurgien neuro-orthopédiste, directeur général adjoint du Groupe Korian ;
- **Professeur Patrick Dehail**, chef de service MPR au CHU de Bordeaux ;
- **Professeur Georges Mantion**, président de l'Académie Nationale de Chirurgie.

*Les débats sont animés par Antoine Spire, journaliste.*

### **Antoine SPIRE**

45 % des hospitalisations concernent des personnes âgées dépendantes. Ce chiffre est très impressionnant. Qui sont ces personnes âgées dépendantes : sont-ce les plus de 75 ans, comme cela est communément admis ? De quelle dépendance est-il question ? La chirurgie opérée est-elle essentielle ou de confort ? Quels sont ses effets secondaires ? Comment interpréter l'éventuelle comorbidité ?

### **Professeur DENORMANDIE**

Je déteste ce terme de « dépendance ». Nous opérons des personnes qui se retrouvent avec un certain nombre d'incapacités, et nous essayons d'améliorer leur situation.

Avant de parler d'hospitalisation, j'aimerais que nous nous intéressions au champ de la prévention. Nous avons une véritable problématique de prévention auprès des personnes âgées dans un certain nombre de domaines. De nombreuses hospitalisations sont évitables.

Les personnes âgées présentent une variété très importante. Certaines ont besoin de soins de confort. D'autres soins tournent autour de la douleur. Nos spécialités sous-estiment probablement l'importance de l'impact d'un certain nombre de pathologies sur les composantes douloureuses des personnes âgées. Or la douleur est un facteur extrêmement péjoratif sur l'évolution des troubles cognitifs. Nous avons une véritable réflexion à mener sur ce champ de la douleur.

Le champ du fonctionnel est également important. Il peut m'arriver d'opérer une personne qui a une main fermée pour lui permettre de prendre un verre. Récemment, j'ai vu un établissement où les personnes âgées étaient transférées sur des rails, alors que la moitié d'entre elles pourrait se déplacer les pieds au sol. Le fonctionnel, ce n'est pas que la marche ; c'est également pouvoir réaliser sa toilette debout.

Je terminerai mon propos sur le champ de l'esthétique et du corps. J'opère beaucoup de personnes complètement déformées. Or la déformation du corps peut modifier la relation aux autres. Le champ de l'esthétique du corps est donc essentiel. Il est clé dans la relation aux autres comme dans la relation aux professionnels. Ces derniers ont tendance à avoir un regard de bienfaisance. Nous passons notre temps à essayer de penser ce qui est bon pour la personne âgée, plutôt que d'essayer de comprendre ce qu'elle souhaite.

### **Antoine SPIRE**

Essayons de sérier les sujets. Qui sont les personnes âgées dépendantes : s'agit-il des personnes de plus de 75 ans ? Que sont la dépendance sur le plan cognitif et la dépendance sur le plan physique ?

**Docteur VERNY**

Les personnes âgées sont les plus de 75 ans. Toutefois, toutes les personnes âgées ne sont pas gériatriques. La dépendance est un peu plus compliquée chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune. La dépendance caractérise l'impossibilité totale d'effectuer au moins un des gestes de la vie courante avec ou sans aide technique. Le vieillissement entraîne une difficulté d'adaptation à une situation nouvelle. Le cognitif a un impact très important sur les causes de dépendance des sujets âgés.

La dépendance peut être uniquement physique. Elle peut également être cognitive. Dès lors, il existe une grande différence entre les personnes qui communiquent et celles qui ne communiquent pas. Les indications chirurgicales doivent tenir compte de cet aspect fondamental.

**Antoine SPIRE**

Partagez-vous cette séparation ?

**Professeur CATHELINEAU**

Oui. Le champ de la prévention est très important dans la chirurgie des personnes dépendantes. Par ailleurs, il est important d'étudier en amont le ratio bénéfice/risque. La chirurgie est faite pour les patients, pas pour les chirurgiens. Par la suite, l'hospitalisation doit être très bien organisée, de même que la sortie et l'organisation des soins avec l'extérieur.

**Professeur DEHAIL**

La prévention peut être envisagée avant qu'il n'y ait un traumatisme aigu. Elle doit également concerner l'aggravation de la perte d'autonomie dans des structures médico-sociales de type EHPAD. De ce point de vue, nous avons un vrai problème en France. Lorsqu'une personne âgée qui est déjà dépendante se retrouve dans un EHPAD, les soignants ont tendance à faire les choses à sa place, ce qui entraîne une dégradation des capacités procédurales de cette personne. Ce faisant, les personnes âgées perdent leurs compétences résiduelles. La prévention est donc très importante durant la période d'institutionnalisation. Il faut faire participer les personnes âgées autant que possible.

**Antoine SPIRE**

Comment éviter la perte d'autonomie ? Comment favoriser les rapports sociaux afin que les patients conservent leurs compétences ?

**Professeur DENORMANDIE**

En France, notre vision nous conduit à apporter du service. Dans les pays nordiques, la démarche est complètement différente. Dans nos EHPAD, 50 à 60 % des patients sont en fauteuil. En Allemagne, ce taux est d'à peine 20 %, tandis que 70 % des patients ont des déambulateurs ; ces 70 % sont donc debout. En France, nous avons une vision médicale de la vieillesse. Nous avons besoin de changer de paradigme sociétal. Plus une personne va mal, plus nous gagnons de l'argent. Plus la personne est lourde, plus la structure reçoit des financements. Nous devrions plutôt nous battre pour qu'une personne qui présente des incapacités puisse continuer à faire des choses. C'est pour cela que nous devrions être financés.

Si nous ne changeons pas le paradigme global de la manière dont nous avons envie de positionner les personnes âgées dans notre société, nous reconduirons un système qui est fondamentalement pervers.

### **Docteur VERNY**

La première manière de lutter contre la perte d'autonomie dans les services hospitaliers consiste à lever les patients. Il suffit de se promener dans des services qui ne sont même pas des services de gériatrie aigue pour constater qu'un grand nombre de patients restent au lit. Le simple fait d'installer un patient dans un fauteuil représente un geste très important. Malheureusement, les maisons de retraite manquent de personnel. Il est beaucoup plus rapide de « faire à la place » que de « faire faire ».

### **Professeur MANTION**

L'hospitalisation est utile. Le sujet tient à la manière de la manager. Dans ma spécialité, la chirurgie viscérale, nous sommes très attachés à la réhabilitation rapide. Nous remettons le patient dans ses conditions initiales dans les heures qui suivent son opération.

### **Docteur PHILIP**

L'âge n'est plus le seul facteur qui conduit à prendre des décisions. Lorsque nous avons débuté nos études, dans les années 80, nous ne réalisions pas de coronographie à un patient souffrant de douleurs thoraciques au-delà de 65 ans. Aujourd'hui, il est possible d'opérer en chirurgie coronaire au-delà même de 90 ans. Nous avons donc réalisé des progrès considérables sur le plan chirurgical et de la prise en charge pré et post-opératoire qui permettent d'aller très loin dans les indications. Techniquement, nous parvenons à faire des prouesses. Néanmoins, quel est le bénéfice pour le patient à moyen et à long terme ? C'est le vrai sujet.

L'un de nos challenges consiste à ne pas faire basculer les patients âgés, par le geste chirurgical, à un niveau inférieur qui les conduirait à devenir dépendants.

### **Antoine SPIRE**

Comment évaluez-vous la qualité de vie d'un patient après une opération chirurgicale ? Il arrive, après une opération, que des malades soient attachés ou qu'ils prennent des psychotropes. Cela entre-t-il dans l'évaluation bénéfice-risque ? Comment travaillez-vous sur la comorbidité pour procéder à cette évaluation bénéfice-risque, alors qu'un patient peut souffrir de différentes maladies ?

### **Professeur DEHAIL**

Prenez le cas d'un patient qui n'est pas dépendant, mais qui est en situation de fragilité, et qui se retrouve en chirurgie orthopédique avec une fracture du col du fémur. Il sera important de réaliser un véritable bilan de ses comorbidités, des traitements qu'il prend et du risque de décompensation avant de l'opérer. Ces facteurs de risque doivent être évoqués avec l'anesthésiste afin que ce dernier prenne la meilleure décision. Après l'intervention, il faudra qu'une équipe soit capable de très vite sortir le patient du lit pour le remettre d'aplomb. La manière la plus efficace d'y parvenir consiste probablement à mutualiser nos compétences. Il existe un modèle, l'ortho-gériatrie\*, qui se développe en chirurgie orthopédique. Il a déjà montré son efficacité en réduisant d'une manière significative la durée de séjour, le niveau de dépendance du patient à la sortie et le risque de complication cutanée. Ce modèle, qui apporte un bénéfice important à tout le monde, pourrait être exporté à d'autres champs disciplinaires.

*\* Le terme d'orthogériatrie, regroupe tout ce qui concerne directement les soins péri-opératoires, l'opération elle-même, la réhabilitation, la prévention secondaire, la recherche clinique et préclinique ainsi que les axes nouveaux d'accompagnement de la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée pour fracture.*

S'agissant de la qualité de vie, nous l'évaluons très mal. Nous utilisons des échelles plus ou moins ajustées, qui ne représentent qu'un aspect très partiel de ce qu'est la qualité de

vie. Néanmoins, nous pouvons être d'accord sur un certain nombre de dénominateurs communs. Par exemple, une personne autonome pour faire sa toilette ou aller aux toilettes bénéficie d'une certaine qualité de vie.

### **Antoine SPIRE**

Qu'en est-il du syndrome confusionnel post-opératoire dû à l'âge et des syndromes démentiels qu'une opération peut aggraver ? De quelle manière en tenez-vous compte dans l'évaluation du ratio bénéfice-risque ?

### **Professeur CATHELIN**

En amont, nous devons tenir compte des comorbidités des patients, ainsi que du potentiel de complication que peut amener un geste. Sur le plan post-opératoire, le risque majeur de syndrome confusionnel se pose à deux jours après l'intervention. Il est encore plus grand chez un patient qui a déjà une dépendance cognitive. Tout cela entre en compte dans la décision, d'où l'intérêt de bien peser l'indication opératoire, mais également de réduire au maximum la durée opératoire et de faire le geste le moins traumatisant possible. Les hospitalisations doivent être courtes.

### **Docteur PHILIP**

Si l'on met de côté les accidents vasculaires post-opératoires, il existe deux types d'accidents dans la chirurgie non-cardiaque : les accidents précoces liés à des syndromes confusionnels et les dysfonctionnements cognitifs. L'âge est un facteur prédictif et péjoratif que l'on retrouve dans les deux syndromes. Pour éviter les syndromes confusionnels, il convient de mettre en place une prise en charge collégiale, avec des gestes de moins en moins invasifs. Les sujets âgés doivent être verticalisés et mis hors de l'hôpital le plus rapidement possible. Le syndrome cognitif post-opératoire est probablement plus insidieux et plus difficile à percevoir.

### **Professeur MANTION**

Pour notre part, nous organisons des réunions pluridisciplinaires en onco-gériatrie. Malheureusement, nous manquons de gériatres en France. Néanmoins, chaque fois que nécessaire, nous prenons le temps de recueillir l'avis d'un spécialiste afin de mieux analyser le ratio bénéfice-risque du patient. La qualité de vie est une notion qui peut paraître subjective. Il n'existe pas forcément d'échelle. Il convient donc de dialoguer avec le patient lorsqu'il est en état de le faire, et écouter ce qu'il considère comme étant une qualité de vie. Lorsqu'il n'est pas possible de s'entretenir avec le patient, il faut s'entretenir avec sa famille.

### **Professeur DENORMANDIE**

Une personne âgée a des envies de plaisir immédiat et bien identifié autour de certaines activités. En l'opérant, nous passons un contrat avec elle. Il est donc important de savoir pourquoi nous opérons cette personne. Une fois cet objectif défini, nous pouvons présenter au patient le risque associé. Nous devons être plus minimalistes. Les personnes âgées nous obligent à repenser ce que nous faisons, ce qui est valable pour toutes les spécialités.

### **Professeur DEHAIL**

Il convient tout de même de distinguer la chirurgie urgente et nécessaire pour des raisons organiques et la chirurgie fonctionnelle qui vise à améliorer la qualité de vie ou le confort du patient. Nous ne faisons jamais de geste sans nous interroger sur son bénéfice concret et ses conséquences. Effectivement, nous devons fixer un contrat avec le patient, une personne de confiance ou la famille.

**Antoine SPIRE**

Le sujet du dialogue avec les patients et leur famille est absolument clé. Comment se déroulent ces discussions, alors que les chirurgiens savent parfaitement ce qu'il faut pour permettre au patient d'aller mieux ? Que faites-vous de l'accord du patient ?

**Professeur CATHELIN**

La chirurgie est faite pour les patients, pas pour nous. Il faut bien distinguer la chirurgie fonctionnelle et la chirurgie pour une pathologie évolutive. Dans le premier cas, nous devons simplement nous demander si l'intervention chirurgicale apportera un plus au patient. Parfois, il suffit de médicaments et de quelques conseils, sauf si le patient ou son environnement émettent un véritable souhait d'intervention chirurgicale. Nous procédons au cas par cas. Nous devons tendre vers une médecine personnalisée pour tout ce qui est fonctionnel, en tenant compte de ce que souhaite le patient et des bénéfices que nous sommes capables d'apporter.

**Antoine SPIRE**

Dès lors que vous avez estimé qu'une opération était indispensable pour une personne âgée, comment se déroule le dialogue avec ce patient lorsque celui-ci souffre d'une déficience ? Essayez-vous de le convaincre ? Comment recueillez-vous son consentement ?

**Professeur CATHELIN**

Je ne réfléchis pas de cette manière. Une chirurgie n'est jamais indispensable. Nous n'avons donc pas à forcer un patient.

**Professeur MANTION**

Tout ceci est protocolisé. Lorsqu'un patient âgé vient nous voir, nous lui expliquons les bénéfices et les risques d'une intervention en des termes qu'il peut comprendre. Nous ne cherchons jamais à convaincre un patient que nous devons absolument l'opérer. Le pouvoir médical consiste simplement à bien expliquer au patient le contrat en termes de bénéfice-risque. Depuis plusieurs années, nous savons très bien le faire.

**Docteur VERNY**

Certains patients ne sont pas aptes à comprendre ce rapport bénéfice-risque. Nous devons intervenir en amont. Or nous disposons de petits moyens complètement individualisés pour évaluer la qualité de vie. Au besoin, nous prenons contact avec le personnel des EHPAD pour nous faire une idée de la qualité de vie du patient. Lorsque nous nous entretenons avec le patient, nous nous sommes déjà fait notre propre idée : nous pouvons donc lui présenter les choses d'une certaine manière, sans chercher à le convaincre. Il est important que le patient comprenne notre position. S'il refuse une intervention après avoir été complètement éclairé, nous suivons son avis.

**Antoine SPIRE**

Est-il déjà arrivé qu'un patient vous dise qu'il préfère ne pas être opéré ? Dans ce cas, tenez-vous compte de son point de vue ?

**Professeur DEHAIL**

N'étant pas chirurgien, je ne suis pas confronté à ce type de situation. Ce qui m'importe, c'est que le chirurgien ou l'anesthésiste ne renoncent pas à un acte chirurgical en raison d'un manque d'accompagnement. Revenons à mon exemple du patient souffrant d'une fracture du col du fémur : si nous ne le remettons pas debout, ce patient est condamné. Or de trop nombreuses équipes renoncent car l'environnement ne permet pas au chirurgien ou à l'anesthésiste de bien faire son travail. Il s'agit d'un véritable problème éthique. Nous avons

besoin d'un meilleur travail pluri-professionnel autour du patient. De plus en plus, nous donnons de l'information à plusieurs, avec des mots qui sont compréhensibles par le patient, ses aidants et sa famille.

### **Docteur PHILIP**

Effectivement, il existe une grande hétérogénéité dans la prise en compte du risque. Ainsi, il nous arrive d'accepter de prendre en charge des patients qui ont été récusés ailleurs. Ce n'est pas à une seule personne qu'il appartient de prendre une décision. Les décisions sont collégiales. Au moindre doute, il faut appeler le chirurgien.

### **Professeur MANTION**

Je suis tout à fait d'accord. La prise en charge des patients est un sujet difficile, en particulier dans les pathologies évolutives. Il est très difficile de dire oui ou non. Nous recueillons donc toujours l'avis des spécialistes gériatriques. En outre, il est important de bien expliquer au patient et à sa famille qu'il ne sera pas abandonné s'il n'est pas opéré. Ce patient sera pris en charge dans un circuit de soins extrêmement personnalisé.

### **Antoine SPIRE**

Acceptez-vous qu'un patient ou un proche ait un point de vue différent de celui de l'équipe médicale ?

### **Professeur DENORMANDIE**

Bien sûr. Cela ne souffre d'aucune discussion. Les points de vue sont même parfois différents entre la personne âgée et certains membres de sa famille. Cela doit nous conduire à nous interroger sur la manière de construire une décision dans un environnement complexe. Nous devons construire des décisions collectives. Parfois, nous faisons appel à des logiques de médiation.

### **Antoine SPIRE**

Comment se construit la décision avec le malade et son entourage ?

### **Docteur VERNY**

C'est très compliqué. Le malade ne doit pas être privé de son libre-arbitre. S'il ne souffre pas de troubles cognitifs, c'est à lui de décider, même s'il est très âgé. La situation est plus difficile lorsqu'un patient souffre de troubles cognitifs, sans être sous tutelle. Il arrive que le patient et sa famille ne partagent pas la même position. Nous entrons alors dans de la négociation. Ce n'est vraiment pas simple. Je ne sais pas comment gérer ces situations.

### **Professeur CATHELINEAU**

Je suis tout à fait d'accord. Il existe de nombreuses techniques qui font que la décision n'est pas binaire : ce n'est pas la chirurgie ou rien. Certes, le résultat n'est pas aussi bon que celui de la chirurgie classique, mais le bénéfice est réel et suffisamment significatif. Il est donc possible de trouver des solutions adaptées à chacun.

### **Antoine SPIRE**

Comment traitez-vous la question de la souffrance pendant et après l'opération ?

### **Professeur CATHELINEAU**

Il s'agit d'une question essentielle. Aujourd'hui, la douleur est bien prise en charge dans les établissements. Encore une fois, c'est toute une équipe médico-chirurgicale qui intervient.

**Docteur PHILIP**

La douleur constitue évidemment une préoccupation majeure en péri-opératoire. Lorsqu'un patient souffre avant l'opération, l'objectif doit évidemment être de faire diminuer cette douleur en post-opératoire. En revanche, lorsqu'un patient ne souffre pas avant l'opération, nous devons nous interroger sur les types de douleur qui apparaîtront en post-opératoire et bien expliquer au patient que l'analgésie peut présenter un certain nombre d'effets secondaires. Nous utilisons de plus en plus des techniques combinées qui permettent d'avoir moins recours au morphinique en post-opératoire. Tout ceci doit être expliqué au patient.

**Antoine SPIRE**

Que faites-vous lorsqu'un malade vous déclare qu'il est extrêmement sensible à la douleur ? Tout le monde ne présente pas la même sensibilité à la douleur. Pouvez-vous accorder davantage d'attention à un patient qui a l'impression de souffrir énormément ?

**Docteur PHILIP**

Des patients ne tolèrent pas bien certains antalgiques. Il nous faut savoir les écouter durant la consultation d'anesthésie. Il est important que les patients comprennent que nous en tiendrons compte et qu'ils sachent que leur prise en charge sera individualisée.

**Professeur DENORMANDIE**

La douleur post ou péri-opératoire offre un champ d'action extrêmement vaste dans le non-médicamenteux. Je pense notamment à l'association de la musicothérapie avec des soins douloureux. Nous devons réfléchir différemment. C'est une chance.

**Antoine SPIRE**

Avez-vous l'impression que l'intervention est suffisamment unitaire du point de vue de la technique de soin et des soins de support ? Comment avoir une vision synthétique et unique du « cure » et du « care » en même temps ?

**Professeur DEHAIL**

Cela nécessite de la pédagogie. Les techniques complémentaires sont très importantes avec les patients vulnérables. Souvent, elles deviennent même prioritaires. Plusieurs techniques ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Malheureusement, elles sont sous-enseignées et sous-appliquées. Dès que nous le pouvons, nous devons nous abstenir d'un traitement médicamenteux supplémentaire, surtout chez le patient polymédiqué.

**Docteur VERNY**

Ces pratiques non-médicamenteuses ne sont du tout enseignées. Nous n'avons même pas accès à ces méthodes dans les centres hospitaliers.

**Professeur MANTION**

Il est très difficile d'utiliser une échelle d'évaluation de la douleur avec une personne âgée qui est en situation de dépendance. Nous avons du mal à évaluer le degré de ressenti douloureux de ces patients. Il s'agit d'un véritable problème.

**Docteur VERNY**

Nous possédons des échelles qui font intervenir l'observation du patient par le soignant, sans aucune interprétation de la part du soignant. Nous n'avons donc pas toujours besoin de faire intervenir le patient.

**Professeur DEHAIL**

Ces échelles non-verbales d'estimation de la douleur ne sont pas suffisamment connues. Pourtant, il faut absolument les utiliser.

**Antoine SPIRE**

Pensez-vous que cette réflexion sur la douleur se déroule vraiment partout ? J'ai visité trop de services médicaux au sein desquels la question de la douleur n'était pas suffisamment prise en compte. Avons-nous progressé au point que la douleur n'est même plus une question ?

**Professeur MANTION**

Non. La douleur reste une question car elle est toujours présente, malgré les traitements. La douleur est une préoccupation de tous les professionnels de santé. Simplement, l'évaluation et l'interprétation des signes de la douleur ne sont pas faciles chez les personnes âgées dépendantes.

**Antoine SPIRE**

Comment le sujet de la douleur est-il pris en compte après l'intervention chirurgicale, lorsque le patient est rentré chez lui ou dans son EHPAD ? Comment dialoguez-vous avec le médecin traitant ?

**Professeur CATHELIN**

La sortie du patient doit être organisée en concertation avec le patient, sa famille, son médecin traitant et les différents intervenants de sa prise en charge. Il est essentiel que les informations soient transmises rapidement. La communication doit être directe et immédiate afin que tout le monde soit prêt à la sortie du patient.

**Antoine SPIRE**

Est-ce que tout cela fonctionne bien ?

**Professeur DENORMANDIE**

Non, sinon nous ne serions pas ici. De nombreux acteurs interviennent. Or tous n'ont pas les mêmes intérêts. Face à cela, le monde sanitaire s'érige parfois en donneur de leçons auprès du médico-social. Les personnes âgées nous obligent à nous questionner. Malheureusement, le monde de la personne âgée est assez silencieux. Personne ne vient nous bousculer. Pourtant, nous avons d'énormes progrès à faire. Pour cela, je crois beaucoup à la féminisation. Des choses changent. Nous avons l'opportunité de repenser des rapports différents. Notre culture est encore trop hospitalière. Nous devons la rééquilibrer.

**Docteur VERNY**

La prise en charge de la douleur en EHPAD n'est pas aisée puisque la plupart de ces établissements n'ont pas de personnel infirmier la nuit. Le personnel soignant ne peut pas donner de morphine.

**Professeur DENORMANDIE**

Dans la réalité, les aides-soignants interviennent la nuit en fonction des ordonnances qui ont été prescrites. Ce que je trouve absolument anormal, c'est qu'il n'y ait pas de délégation de tâches, alors que les infirmières sont davantage capables d'évaluer les besoins du patient face à la douleur que le médecin traitant.

**Antoine SPIRE**

Je vous propose maintenant d'écouter la salle.

**Echanges avec la salle****De la salle**

J'ai beaucoup aimé cette table ronde et les propos échangés. Néanmoins, ce que j'y ai entendu n'est pas toujours conforme avec la vraie vie. J'ai été coordinateur dans une maison de retraite. J'y suis resté un mois et demi. Il n'y avait pas de coordination. Je devais me débrouiller avec très peu de personnel infirmier. Les EHPAD ont un véritable problème de personnel. Nous ne pouvons pas améliorer la vie des patients.

**Professeur DEHAIL**

Nous faisons tous le même constat. Nous ne vivons pas dans un monde différent du vôtre. Nous sommes confrontés à cette dichotomie entre la nécessité du soin et l'insuffisance de personnel. Nous devons évoluer dans ce cadre contraint. Des établissements se battent. Des équipes ont compris les problématiques de liaison entre l'hôpital et les institutions. Ces articulations sont encore insuffisantes, en termes de qualité comme de quantité. Par exemple, nous devons davantage développer les équipes mobiles de gériatrie. Toutes les expérimentations qui ont été menées, notamment dans le champ de la rééducation, ont montré un bénéfice notable. Les équipes mobiles apportent de l'encadrement, de la formation, voire des soins techniques.

Au-delà du problème quantitatif, nous avons un problème de philosophie du soin. Notre manière de fonctionner fait qu'un établissement gagne de l'argent en fonction de la dépendance d'un patient. Il s'agit d'un frein majeur à une philosophie bienfaisante.

**De la salle**

Les établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisée ont développé des alternatives. Le système de prise en charge a déjà largement évolué. Dans nos établissements, une personne sur deux arrive du domicile et non de l'hôpital. Nous essayons d'investir le champ de la prévention. Nous avons créé une équipe mobile. En aval, nous sommes très attentifs, avec une équipe pluridisciplinaire, au maintien à domicile pour éviter toute perte d'autonomie.

D'après un groupe de travail auquel j'ai participé, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 92 ans. Un patient reste ensuite 2 ans. J'ai entendu dire qu'il suffirait que les personnes âgées soient maintenues une année de plus pour régler le problème des places en EHPAD en France.

**Professeur DENORMANDIE**

Il n'existe pas de problème de place en EHPAD. D'après le Ministère, entre 40 et 50 000 places sont inoccupées. En revanche, il est possible qu'il y ait des problèmes de places en certains endroits.

Vous avez posé une question essentielle au sujet des SSR : qui doit gérer la pathologie chronique ? Nous avons la chance, en France, d'avoir un très important maillage de SSR polyvalents gériatrie. Nous pourrions les utiliser, en lien avec les médecins de ville, pour réaliser des bilans. Le plateau technique pourrait alors être utilisé de manière différente. Les personnes très âgées (plus de 85 ans) ne reviennent que très peu dans les SSR après avoir eu un petit problème de santé. Elles effectuent souvent des courts séjours dans les EHPAD, qui deviennent donc des lieux de réautonomisation. Des circuits nouveaux se créent. Les EHPAD et les SSR peuvent certainement occuper des places très utiles à côté de la médecine de ville.

**Docteur VERNY**

Une partie importante de ces courts séjours correspond à des séjours de répit familial. Par ailleurs, la réautonomisation en EHPAD requiert beaucoup de moyens. Enfin, dans le secteur où je travaille, les SSR ne sont même pas suffisants pour accueillir les patients âgés en perte d'autonomie hospitalisés dans les MCO. En certains endroits, il faut attendre un an pour entrer en EHPAD.

**De la salle**

Le rôle que peuvent jouer les SSR et les EHPAD dans le parcours de santé est extrêmement intéressant. Néanmoins, le coût est un point important, y compris en transition : passer quelques jours en EHPAD coûte cher. Des dispositifs se mettent en place pour réduire les coûts : il s'agit des nouveaux foyers logements. Malheureusement, il n'existe pas de coordination entre l'établissement hospitalier et ces établissements. La préparation de la sortie pose question.

**Professeur DENORMANDIE**

Un certain nombre de séjours courts en EHPAD peuvent être pris en charge. Des mutuelles réfléchissent au sujet. Pour les personnes très âgées, le circuit hôpital-foyer logement se développe de manière importante.

**De la salle**

Je suis étudiante. J'ai la chance de faire partie d'une équipe mobile de gériatrie. Depuis 4 ans que cette équipe existe, 80 % des patients viennent nous voir parce qu'ils ont chuté à domicile. Parmi eux, 50 % retournent chez eux sans que nos préconisations aient été prises en considération. Ils reviendront donc à l'hôpital. Fort de ces constats, que pouvons-nous faire pour coordonner la ville et l'hôpital ? C'est là qu'est le problème. Que pouvons-nous faire pour accompagner les aidants du domicile, qui sont en grande souffrance ? Comment faire pour être là au bon moment ?

**Professeur DEHAIL**

J'entends vos témoignages, qui pourraient nous faire penser que tout est noir et compliqué, et qu'il est impossible de fonctionner entre SSR, hôpital et EHPAD autour de la personne âgée. Je connais bien ces structures. Le travail que nous réalisons auprès des personnes âgées dépendantes est tout de même très satisfaisant. Il faut se le dire. Simplement, nous sommes fatigués car nous sommes noyés. Les bonnes idées que nous pouvons avoir ne sont que de surface. Personnellement, j'en ai assez des réunions d'une après-midi avec des technocrates de la médecine qui se terminent par une mesure impossible à mettre en place. Ainsi, je me pose des questions sur le sens à donner au projet Trajectoire. Tâchons tout de même de rester pragmatiques et professionnels. Essayons d'en faire un maillon qui ne soit pas trop inutile. Soyons conscients des efforts que nous réalisons tous pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De leur côté, nos tutelles doivent comprendre que nous avons besoin d'éléments facilitateurs plutôt que d'entraves administratives.

**Antoine SPIRE**

Davantage que d'un déficit d'organisation, j'ai l'impression que vous souffrez d'un déficit de la pensée. Nous avons trop l'habitude, en France, de remplacer la pensée par l'organisation. Nous ne pensons pas suffisamment aux petits aspects techniques qui pourraient faciliter la communication entre les diverses structures de soins afin que les suites d'une opération chirurgicale soient prises en compte d'une manière simple. Je crois qu'une réflexion commune est nécessaire pour penser la communication entre les structures de soins.

**Professeur DENORMANDIE**

L'argent est au cœur du système. Si la tarification d'un acte chirurgical était liée à l'envoi du compte-rendu par le chirurgien, le problème serait réglé. Aujourd'hui, il n'existe ni logique d'intéressement collectif, ni sanction collective.

Document rédigé par la société Ubiquis.



# 9<sup>e</sup> Congrès Fondation de l'**Avenir**