Réduire la “dépendance iatrogène pour les personnes âgées accueillies à l’hôpital”

R.-M. Van Lerberghe

© Springer-Verlag France 2011

Argumentaire

1. Constitue une étape importante dans la réflexion sur la prise en soins des personnes âgées
2. L’adjectif “évitable” est au cœur du sujet
3. Il faut élargir la réflexion à l’ensemble de la filière de soins et de prise en charge en construisant un « modèle de soins apportant un début de réponse intégrée »
4. C’est la responsabilité collective de tous les acteurs de la filière.

L’atelier de janvier 2011 qui a mis au point la rédaction de la présente étude en marque, à de nombreux titres, une étape importante dans la réflexion sur la prise en soins des personnes âgées : par la qualité des experts réunis, français, monégasques, espagnols et américains ; par le périmètre des études collationnées — 107 études publiées depuis 1995 et couvrant à la fois la mesure et les causes de la dépendance iatrogène ; enfin, parce que, pour la première fois, une communauté d’experts où les médecins hospitaliers étaient très majoritaires s’accordait à reconnaître la responsabilité de l’hôpital dans la détérioration “évitable” des capacités fonctionnelles des patients âgés admis pour une affection aiguë.

L’adjectif “évitable” était au cœur du sujet de l’atelier. L’étude menée sous l’égide du Pr Vellas, chef du pôle Gériatrie du CHU de Toulouse, documente le phénomène de la “dépendance iatrogène” de façon synthétique et irréfutable, en mettant en évidence son caractère évitable. Et les membres du groupe de travail se sont accordés à définir “dépendance iatrogène” comme “dépendance évitable, qui survient souvent durant les soins » reconnaissant que « cette part évitable est essentiellement liée à l’organisation de la structure » et que « l’objectif est d’adapter la structure à la clientèle âgée, de manière à éviter les complications évitables (perte d’indépendance 30 %, confusion 30-50 %,

iatrogénie 38 %, malnutrition...). »

Ce sujet me tient à cœur depuis longtemps. J’ai encore récemment rappelé « l’inadaptation de l’organisation de l’hôpital aux personnes âgées », et souligné qu’elle tient à ce que « notre système de santé n’est pas bien préparé à la gestion des polypathologies ». Toutefois, étant l’un des quelques membres non-médecins de l’atelier de Monaco, je souhaite élargir la réflexion à l’ensemble de la filière de soins et de prise en charge, en y incluant les SSR et les EHPAD ainsi que la médecine de ville et le domicile, où les personnes âgées vivent de plus en plus tard.

Un plan d’action contre la dépendance iatrogène ne peut donc se limiter au périmètre de l’hôpital. L’optimisation des soins hospitaliers aux personnes âgées passe par la prévention, la coordination et le décloisonnement des secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, du fait de la forte interdépendance entre les secteurs. Promouvoir des modèles de soins apportant un début de réponse intégrée à l’ensemble des besoins, médicaux, psychologiques et sociaux, et graduelle, allant du maintien à domicile à l’hospitalisation et à l’entrée en EHPAD doit donc constituer un objectif collectif majeur pour l’ensemble des acteurs de santé.

Tel est le grand chantier qu’ouvre l’étude que l’on va lire. Ses initiateurs et les membres du groupe de travail qui y ont contribué sont convaincus qu’elle ne constitue que « la première étape d’un projet visant à prévenir la dépendance iatrogène chez les personnes âgées hospitalisées » qui « rend nécessaire une réflexion sur les pratiques de soins ». Cette réflexion dépasse la dimension technique et - en appelle à la responsabilité collective de tous acteurs de la filière.

La mise en place des ARS constitue une avancée importante en ce sens à condition que des moyens leur soient progressivement donnés pour dépasser le cloisonnement des financements et des responsabilités qui caractérise notre système aujourd’hui en France.

R.-M. Van Lerberghe (✉)

Présidente

KORIAN

32 rue Guersant, 75017 Paris, T +33 1 55 37 52 17

rm.van-lerberghe@groupe-korian.com