



Stéphanie LABRIET

Spécialiste en Gériatrie.

DIU Mémoire normale et Pathologies de la Mémoire
(Strasbourg).

DIU Neurogériatrie (Paris).

Exercice durant 10 ans dans des hôpitaux gériatriques : UGA, SSR,
USLD, hôpitaux de jour, consultations mémoire labellisées.

Médecin traitant en EHPAD depuis octobre 2019.

« La crise sanitaire a exacerbé des problèmes liés aux choix d'une société discriminante vis-à-vis de l'âge »

Quelle a été votre expérience pratique de la crise en EHPAD ?

Avec le déclenchement du *Plan bleu* le 6 mars dans les EHPAD, le confinement et la suspension des activités de groupe sont apparus inévitables. C'était une décision brutale pour les résidents et leurs familles mais elle semblait, à la lueur de l'expérience du Grand Est, proportionnée face aux risques encourus par les résidents les plus fragiles. Malgré toutes nos précautions, l'épidémie a franchi le seuil de l'EHPAD^[1].

Les conditions de travail ont été rendues éprouvantes physiquement par le port d'un équipement de protection 12 heures par jour et l'absentéisme (maladie, garde d'enfants), et psychologiquement par la peur de la transmission du virus (plusieurs décès parmi les membres du personnel des EHPAD du groupe), par les situations de prise en charge palliative extraordinaires par leur nombre et leur caractère répétitif, et par les procédures insoutenables pour la prise en charge des corps des défunts. Des

lignes téléphoniques de soutien aux soignants par des psychologues ont été mises en place, tardivement.

L'arrivée de personnel en renfort via les ARS[2], des services de PMI[3] ou de volontaires à fin du mois de mars a permis d'alléger la charge de travail des soignants et surtout de maintenir un lien social avec tous les résidents. Le développement accéléré de nouvelles technologies (dons de tablettes pour appel visio, etc.) a permis de maintenir un lien entre les familles et les résidents. Des informations transparentes ont été fournies très régulièrement à l'ensemble des familles : courriers, soutien de la psychologue, point médical régulier... Cela a contribué à renforcer l'acceptation de nos prises en charge par les familles, et la relation de confiance entretenue avec les équipes, gratifiées par leurs remerciements sincères et les encouragements.

Depuis le 11 mai, endeuillé par la perte due au Covid-19 de plusieurs résidents dans nos murs et de plusieurs autres à l'hôpital, l'EHPAD entame une lente et très prudente phase de déconfinement : levée du confinement en chambre des résidents, reprise des activités et des repas en groupes restreints, visites des familles avec gestes barrières...

Qu'est-ce qui vous a le plus marquée, sur le plan professionnel, depuis le début de la crise ?

Ce qui m'a le plus marquée, c'est le refus d'hospitaliser nos résidents. Nos demandes d'hospitalisation via une ligne téléphonique gériatrique Covid-19 ont été analysées à l'aide d'arbres décisionnels par des gériatres hospitaliers qui ne maîtrisaient pas les pratiques des EHPAD. L'ensemble de nos résidents âgés poly-pathologiques, considérés comme des patients non réanimatoires, ne correspondaient pas aux critères d'hospitalisation. Ces critères ne prenaient pas en compte l'incapacité humaine et matérielle des EHPAD à proposer des prises en charge de qualité dans le respect de la dignité des patients : nous n'avons que 2 infirmières pour 120 résidents, avec un projet de suppression de l'infirmière de nuit, et nous faisons face à une limitation du stock disponible de médicaments sans réapprovisionnement, à une réquisition des pousse-seringues et des bouteilles d'oxygène.

Le maintien des patients malades en EHPAD a participé à la diffusion du virus, notamment dans l'unité de vie protégée où le confinement des résidents en chambre n'est pas compatible avec leur état cognitif. Sous le regard impuissant des soignants et avec un sentiment de solitude absolue, les résidents de cette unité ont été un à un contaminés, et les équipes soignantes ont été éprouvées par la lourdeur de la prise en charge de ces malades. Les résidents et leurs familles ont dû faire face à la mort dans des conditions d'une violence exceptionnelle, sans visites depuis des semaines, sans soins du corps, sans recueillement possible, avec un transfert des corps sur le site de Rungis par des sociétés de pompes funèbres débordées.

De façon concomitante à l'intégration des décès en EHPAD dans le décompte des victimes, et le coup de projecteur médiatique mis sur les EHPAD, les résidents ont peu à peu bénéficié d'une hospitalisation en secteur Covid-19, ou non Covid-19 pour d'autres pathologies aiguës ; cela a redonné un peu de souffle aux EHPAD du groupe.

Qu'est-ce qui vous a le plus manqué pour accomplir vos missions pendant la crise ?

Nous n'avons pas constaté de difficultés majeures dans l'approvisionnement en matériel de protection pour les soignants – même si celui-ci était conditionné par une gestion stricte de la distribution. Le défi majeur, au début, était lié à la nécessité de former en urgence tout le personnel au contact des résidents sur les mesures d'hygiène spécifiques au Covid-19. Cela était rendu complexe par les innombrables recommandations publiques ou scientifiques, contradictoires d'un jour à l'autre.

De plus, l'approvisionnement en médicaments destinés à la prise en charge des infections pulmonaires (extracteurs d'oxygène, antibiotiques...) et au traitement des symptômes de la fin de vie a été mis à mal par le fonctionnement propre de cet EHPAD – il dispose d'une pharmacie à usage interne à stock limité – mais surtout par la réquisition pour les services hospitaliers du matériel et des médicaments utilisés en réanimation. On avait l'impression de se voir imposer des restrictions révoltantes avec une non-reconnaissance de la gravité de la situation dans les EHPAD.

Les décompensations aiguës de pathologies chroniques ont parfois dû être traitées en EHPAD, le SAMU étant par ailleurs injoignable. Le temps a manqué pour le soin des résidents non atteints.

Le bilan à distance de cette épidémie devra prendre en compte les conséquences délétères de ce confinement comme la dénutrition, les syndromes de glissement, les décompensations psychiatriques, la mise en suspens du suivi des pathologies chroniques cardiaques, cancéreuses...

Quels sont les enjeux saillants pour demain dans le secteur de la gériatrie et de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, tels que révélés ou amplifiés par la crise ?

Dans les EHPAD, la fulgurance de cette épidémie a exacerbé l'inadéquation entre les besoins des résidents et les ressources humaines et matérielles disponibles. La lourdeur des soins en EHPAD ne permet plus de répondre aux enjeux sanitaires actuels, même si les conventions avec les équipes mobiles de gériatrie ou les équipes de soins palliatifs se développent. Les résidents sont de plus en plus âgés et cumulent en moyenne 8

pathologies chroniques, avec une augmentation croissante de pathologies neurodégénératives, et des prises en charge proches de celles des USLD[4] - tout cela sans renforcement du taux d'encadrement.

Le deuxième enjeu majeur amplifié par l'épidémie est l'isolement des résidents en EHPAD. Pendant la crise, l'opinion publique s'est émue de la solitude des personnes âgées confinées en EHPAD ou à domicile ; Olivier Véran a confié fin mars à Jérôme Guedj la mission « *d'identifier les leviers [...] pour combattre l'isolement des aînés pour le temps de crise mais aussi pour la période qui suivra* »... Mais la solitude et la vie à huis clos des résidents en EHPAD préexistaient à la crise.

La crise sanitaire a exacerbé des problèmes liés aux choix d'une société discriminante vis-à-vis de l'âge, qui nous pousse à croire que le vieillissement devient, de façon inéluctable, synonyme d'une incapacité et d'une vulnérabilité que nous refusons de voir au quotidien. Le choix sémantique traduit bien le regard que nous portons sur le vieillissement avec le terme « dépendance », qui est définie comme l'état de quelqu'un soumis à l'autorité d'autrui, ou l'expression « maintien à domicile », qui laisse supposer une certaine contrainte.

La prise en charge actuelle de la perte d'autonomie ne permet plus à la personne âgée d'être accompagnée dans ses droits, dans sa liberté de choix quant à son parcours de vie, et la rend invisible, comme mise au ban de la société, notamment en EHPAD. Les projections du vieillissement de la population, qui portent à 15% la proportion des plus de 75 ans en 2040[5], nous obligent à reconsidérer la place de nos anciens dans la société, à les considérer de façon plus individualisée, en évoluant vers un modèle inclusif de la fragilité donnant l'image d'une personne porteuse d'un potentiel.

Quels seraient les changements à opérer sans délais dans le secteur de la gériatrie ?

Tout d'abord, il faut reconnaître les compétences et revaloriser le travail des professionnels du grand âge afin d'augmenter l'attractivité de ces métiers (revalorisation salariale, évolution de carrière, reconversions professionnelles). La place des gériatres dans les EHPAD est indiscutable et doit gagner en importance, tant pour les tâches de coordination (comme la formation des soignants paramédicaux aux bonnes pratiques gériatriques), que dans le rôle de médecin traitant, avec le renforcement du suivi chronique des résidents, soutenu par l'arrivée accélérée des nouvelles technologies permettant la téléconsultation.

Ensuite, pour limiter le recours à l'EHPAD souvent subi par les personnes âgées, il faut développer des maisons de santé pluridisciplinaires à orientation gériatrique pour faciliter l'accès des patients âgés aux professionnels de santé spécialisés en gériatrie

dans un même lieu, et proposer des actes à domicile rémunérés en conséquence (gériatres, infirmiers, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens). Tout cela permettrait d'appréhender le vieillissement sous l'angle de la prévention et du travail autour de la fragilité.

Plusieurs travaux récents, dont le rapport de Dominique Libault^[6], montrent la préoccupation des politiques face au vieillissement de la population. La création d'une cinquième branche de la protection sociale avec la création d'un risque relatif à la perte d'autonomie est remise sur le devant de la scène par Oliver Véran, après avoir été abordée puis abandonnée par Nicolas Sarkozy...

Il est indispensable de ne plus nier le sujet de la mort en EHPAD comme à domicile, et de pouvoir sereinement préparer sa fin de vie en développant la pratique des directives anticipées, pour permettre à chacun de rester acteur de son parcours de vie.

[1] Il s'agit d'un EHPAD public, avec des particularités liées au profil atypique des résidents (isolement familial, plusieurs personnes de moins de 75 ans avec des pathologies psychiatriques) et à la fragilité de l'encadrement médical.

[2] Agences régionales de santé.

[3] Protection maternelle et infantile.

[4] Unité de soins de longue durée.

[5] Aujourd'hui, cette proportion est de 9,5%.

[6] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

Propos recueillis par Julie Jolivet.