

Le syndrome du soin inapproprié. Une situation gériatrique courante sévère, mais curable

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Robert MOULIAS, Sylvie MOULIAS, Alain FRANCO, Sylvie MEAUME

RÉSUMÉ

Les facteurs de risque de crise décrits pour le domicile pour les malades gériatriques sont également des facteurs de négligence ou de soins inappropriés aux besoins du malade.

Cette négligence conduit souvent à des hospitalisations en urgence. En l'absence de connaissance du soin gériatrique approprié en service d'accueil d'urgence et surtout en service d'aval des urgences, la poursuite de la négligence sera la règle.

En nursing home, si l'équipe n'est pas formée au soin gériatrique et ne dispose pas d'un encadrement soignant, médical et directorial qualifié en ce soin, le soin ne peut pas être adapté aux besoins du malade. Les conséquences sont lourdes : perte de mobilité, pertes fonctionnelles, dénutrition, dépressions, confusions, incontinences, escarres, mortalité et des surcoûts de dépenses de Santé.

Le syndrome de soins inappropriés est évitable par la sensibilisation des équipes à ce type de soins, la formation de toutes les équipes qui ont à prendre soin de malades âgés aux spécificités de ce soin en particulier au domicile et en nursing home, par le développement des services de gériatrie aigue et des équipes mobiles de gériatrie dans tous les hôpitaux.

Mots clés : Soins inappropriés - Malades âgés - Maltraitements - Négligences.

ALMA France, (RM), 38 Grenoble ; Unité de court séjour gériatrique, (SM), CHU Ambroise Paré, APHP, 92 Boulogne ; Service de gériatrie, (AO), CHU de Nice 06 Nice ; Hopital Rothschild, (SM), 75012 Paris ; France.

Article reçu le 31.01.2012 et accepté le 20.02.2012.

SUMMARY

In geriatric home care, risk factors for crisis are also factors for neglect and inadequate care. This neglect leads to emergency admission in hospital. If the hospital does not displays any geriatric ward or resource, inadequate care and neglect will persist and will be the rule.

In Nursing Homes if the team is not skilled in geriatric care and does not include at least a geriatrician, a chief nurse and a director skilled in the field, care cannot be adapted to specific needs of old disabled patients.

Consequences are severe: loss of mobility and functions, undernutrition, depression, delirium, incontinence, pressure sores, mortality and undue costs in Health expenses.

Neglect and inadequate care syndrome is avoidable through awareness, education and training in for this type of care, especially in home care and nursing homes and by spreading out of geriatric services and mobile units of geriatric care in all hospitals.

La Revue de Gériatrie 2012 ; 37:xxx-xxx.

Key words: xxxxxxxx - xxxxxxxx - xxxxxxxx - xxxxxxxxxx.

Auteur correspondant : Professeur Robert Moulias, 12 Avenue du Président Kennedy, 75016 Paris ; France.
E-mail : robert.moulias@gmail.com

L'expérience quotidienne des centres ALMA (Allô Maltraitance des personnes âgées), celle des gériatres hospitaliers et celle des services d'aide et soins à domicile démontrent que les mêmes facteurs de risque de négligence par des soins inappropriés aboutissent aux mêmes conséquences délétères que ce soit au domicile, à l'hôpital, en institution. Maltraitements, situations de crise, pertes fonctionnelles, pathologies nosocomiales relèvent des mêmes étiologies. Le point commun est l'ignorance de ce qu'il faut faire devant une situation pathologique gériatrique banale et parfois la transformation qui s'en suit du patient de sujet en objet.

Les données de la littérature⁽¹⁾ et les réactions suscitées par la présentation de ce travail au Congrès Mondial de Gériatrie de 2009, montrent que ce phénomène est largement répandu dans tous les continents. Notre but n'est pas de provoquer une quelconque culpabilisation, mais une prise de conscience des décideurs de tous niveaux que des actions d'éducation et de formation pratique amélioreraient non seulement les soins donnés et l'état de ces personnes âgées malades, mais aussi les conditions de travail des soignants et l'état des dépenses de santé.

FACTEURS DE RISQUE DU SYNDROME DU SOIN INAPPROPRIÉ

Au domicile

L'UNA (union nationale des associations de services d'aide et soins à domicile) a réuni dans un document destiné à ses auxiliaires de vie tous les facteurs observables par elles, pouvant évoquer un risque de maltraitance⁽²⁾. Ces facteurs : isolement social du duo aidé – aidant ; absence de conscience de la maladie et du handicap (“c'est l'âge”) ; refus de l'aide ; recours à une assistance incompétente (personnel de gré à gré) ; refus de recourir à d'autres avis ou inanité de ces avis, inadaptés à la demande et aux besoins du malade et de son aidant ; usage inapproprié de sédatifs (notamment neuroleptiques). Ces facteurs coïncident avec ceux de l'épuisement de l'aidant et des situations de crise⁽³⁾. Ils coïncident aussi avec ceux observés par les centres d'écoute ALMA pour les situations de maltraitance, qu'il s'agisse de négligences ou même d'abus et de violences. L'épuisement, la non-conscience de la maladie du parent aidé, l'absence d'accès à la compétence, l'isolement social du duo aidé – aidant sont les mêmes facteurs rencontrés. Le résultat le plus courant du caractère inapproprié des aides et soins au domicile

est l'hospitalisation vers un service d'urgences. Crise, épuisement de l'aidant ou conséquence pathologique de la prise en soin inapproprié sont le prétexte de cette orientation nécessaire : le domicile a été dépassé et néfaste.

Mais, faute de structure d'aval d'accueil gériatriquement compétente, cette négligence ne va pas cesser, au contraire. Nous verrons (infra) qu'il est possible d'éviter cette évolution.

A l'Hôpital aigu

Le syndrome du soin inapproprié peut y suivre plusieurs étapes. Dès les urgences, ce malade qui ne présente pas de pathologie aiguë classique définissable est laissé de côté dans son stress pour faire place aux “vraies” urgences, celles pour lesquelles les équipes disposent de signes cliniques évidents et de protocoles de soins. Quand arrive son tour, le malade âgé a été “protégé” de barrières pour l'empêcher de se lever : soit il est tombé en les franchissant, soit il a uriné sur lui et est classé “incontinent”. Il a souvent reçu un sédatif pour cette “agitation” et est classé “confus”, quand ce n'est pas “dément”... Il n'a pas eu à boire et s'est déshydraté, etc. On a même vu un service d'urgence pratiquer des MMS dans cette situation pour déterminer si la personne accueillie était dément ou non et décider ainsi de l'envoyer directement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) !

En fait l'envoi aux urgences d'un malade dont l'évolution était prévisible depuis des jours n'est pas la solution à proposer (cf infra). Là n'est pas le problème principal. Le pire est qu'il faudra trouver un lit d'aval. Ce malade, qui ne ressort clairement d'aucune spécialité est “incassable”. Sa place serait dans le service de gériatrie aiguë, mais soit celui-ci n'existe pas, soit il dispose d'un nombre de lits insuffisants. Ses effectifs médicaux et soignants sont négligeables vis-à-vis des besoins. Ce malade – qui n'y peut rien – arrivera dans un service hostile : celui où il y aura de la place. Il y sera accueilli comme un “bed – blocker”, l'expression est internationale. Les aides-soignants ne sont pas préparés à sa prise en soin. Le petit-déjeuner sera posé devant le malade endormi et repris non consommé. On demandera au patient, qui n'a peut être pas compris où il était ni pourquoi, d'attendre dans son lit la visite du médecin, débutant ainsi un syndrome d'immobilisation. Au mieux dans sa multi-morbidité, il est atteint d'une pathologie correspondant à la spécialité du service. Le médecin n'étant pas formé au diagnostic gériatrique, cette pathologie spécifique devient le diagnostic principal

même si le besoin essentiel du malade était qu'on détecte sa démence, sa neuropathie, sa coronarite, son cancer évolutif latent ou son infection urinaire haute...

Venu sans information sur ses antécédents, qu'il ne peut raconter sans son appareil auditif et son dentier, souvent, le malade est retourné à son domicile quasi à l'improviste, sans information du médecin traitant, ni des services d'aide à domicile car la prolongation de son séjour pèserait sur les moyens alloués au service. Parfois, ce retour au domicile expédié est accompagné d'une demande de placement en EHPAD pour "dépendance", de façon à éviter "les réhospitalisations abusives". Le problème est qu'entre temps⁽¹⁾, immobilisé, le malade négligé dans ses besoins, voire traité à coté de ses besoins, a perdu sa motricité et ne peut plus marcher seul. Il est devenu réellement incontinent. Il est gravement dénutri et déprimé, il a parfois développé une escarre qui mettra des mois à se refermer. Bref il a développé une série de pathologies nosocomiales dont l'infection est la plus rare, mais la seule que l'on cherche à prévenir.

Nous proposerions d'appeler cette version hospitalière du syndrome le "syndrome de désorientation médico-sociale", syndrome dans lequel ce n'est pas tant le malade qui est désorienté (de façon iatrogène, tout hospitalisé recevant un somnifère dans certains services), que le médecin et l'assistante sociale qui ne savent pas quoi faire devant ce malade aberrant. Ce tableau catastrophique ne devrait plus se voir grâce à des solutions simples (infra).

En Institution médico-sociale (EHPAD en France, maisons de soins en Belgique, nursing homes ailleurs).

La mission de ces établissements n'est pas de s'occuper des "Personnes Agées Dépendantes", que nul ne peut définir, mais de personnes malades, incurables, atteintes de maladies chroniques invalidantes, principalement de syndromes démentiels, qui rendent, plus ou moins tôt dans l'évolution, leur soin à domicile impossible. Par ailleurs ces personnes sont âgées, mais là n'est pas le problème. Il est banal que la doyenne de l'établissement, plus que centenaire, y soit la mieux portante. Si l'établissement n'a pas conscience de s'occuper de personnes malades et qui dépendent de lui, la négligence est inévitable. Quelle est la compétence gérontologique du directeur ? De l'infirmière chef ? Le médecin "coordonnateur" est censé être formé à la gériatrie pour promouvoir un soin gériatrique. C'est loin d'être toujours le cas. Quelle influence peut-il avoir sur ses collègues libéraux ? Sur les soignants en l'ab-

sence d'un cadre référent compétent ? On peut sensibiliser et former les équipes, ce sera inutile si l'encadrement n'est pas formé à ce soin. Par contre un encadrement motivé et compétent peut avoir fort à faire avec une équipe encroûtée dans la routine. "On a toujours fait comme ça" est la devise commune à toutes les négligences et maltraitances.

Les symptômes communs aux établissements n'offrant pas de soins appropriés ou négligents sont : un fonctionnement refermé sur lui-même, un fort taux d'absentéisme, une forte consommation de neuroleptiques et de fauteuils roulants (c'est plus commode de pousser que de faire marcher). On y voit les résidents en groupe, affaissés dans leur fauteuil, devant des postes de télévision tonitruants que personne n'écoute, ou occupés à des jeux infantilissants. On y respire le désespoir et l'ennui. L'ennui est la toute première des maltraitances par négligence.

Les conséquences y sont identiques : pertes des fonctionnalités, dont la mobilité en premier, dénutrition, dépression, incontinence, déshydratation plus rarement- le danger est mieux connu, escarre, etc. viennent compléter les troubles qui avaient rendue nécessaire l'institutionnalisation.

Il ne faut pas noircir le tableau. De l'expérience des auteurs, le lieu où une personne atteinte de syndrome démentiel avancé a le plus de chances d'être traitée avec compétence et respect, sans négligence, est un EHPAD ou une unité hospitalière de Soins de Longue Durée, Ces "bons" établissements, de plus en plus nombreux, restent souvent en sous effectifs, mais surtout disposent d'équipes mieux formées, motivées et encadrées.

VICTIMES DU SYNDROME DE SOIN INAPPROPRIÉ

Les personnes les plus menacées sont celles que leurs handicaps placent sous l'emprise d'autrui pour leurs activités de la vie quotidienne et pour leurs soins. Ne pas pouvoir faire soi-même met sous la dépendance d'autrui. Dépendance purement physique pour les handicaps moteurs et sensoriels. Dépendance psychique pour les handicaps mentaux et psychiques, limitation d'autonomie qui peut rendre le besoin d'aide humaine permanent. Le déficit cognitif est un facteur de risque primordial. Les prétendus troubles du comportement, quand la personne cherche d'autres

voies pour se faire comprendre, les troubles de la parole, l'agressivité ou encore plus l'apathie, quand la personne ne réclame rien, sont autant de facteurs de risque supplémentaires de négligence. C'est dire que les malades d'Alzheimer et les personnes frappées de maladies apparentées sont en première ligne, représentant près du tiers des signalements à ALMA. L'exposition aux négligences et maltraitements est une cause reconnue de surmortalité.

LES AUTEURS DU SYNDROME DE SOINS INAPPROPRIÉ

Il faut isoler les négligences volontaires avec intention de nuire qui font partie des malveillances, relevant de la juridiction pénale plus que de la médecine. Elles peuvent se voir au sein des familles, suites de longues histoires de violences. Elles peuvent se voir aussi au sein des établissements. La présence au sein d'une équipe d'un pervers, harceleur narcissique, est souvent vite identifiée par ses pairs. Le problème est alors d'oser le signaler et le sanctionner sans avoir peur des représailles. Très rarement il s'agit d'équipes entières enfermées dans une routine où le soin a perdu tout sens et où l'effet de meute aggrave les faits.

Des enquêtes démontrent que quelques médecins, de plus en plus rares, s'octroient de façon délibérée le droit de ne pas proposer les soins nécessaires aux pathologies graves, mais potentiellement curables présentées par des malades âgés⁽⁴⁾. C'est une atteinte grave à la déontologie médicale : ils privent leurs patients de choisir eux-mêmes d'être traités avec un risque ou de ne pas être traités avec une certitude. Ce sont généralement des médecins eux-mêmes âgés et n'ayant donc pas reçu de formation gériatrique.

Les grandes causes du soin inapproprié sont de très loin l'ignorance de ce qu'il faut faire et l'inconscience du besoin d'aide et de soin. Parfois l'ignorance est telle que le personnel, cadres, médecins et direction en premier, ne sont même pas conscients de ne pas savoir. Ce qui place les soignants en grande difficulté, car eux voient bien l'insuffisance de ce qu'ils apportent aux patients qui leurs sont confiés. Toute formation améliore immédiatement les conditions de travail.

L'effectif lui aussi inapproprié, intervient aussi, surtout en Soins de Longue Durée et en EHPAD. Les acteurs de l'aide et du soin y savent ce qu'il faut faire, mais ils ne disposent pas du temps nécessaire pour le faire. Eux

aussi sont "négligés". Epuisement, démotivation, aggravation des négligences en résultent.

L'hôpital aigu qui dispose d'effectifs supérieurs, mais non formés au soin gériatrique est souvent bien plus négligent que ces équipes surchargées.

Ces faits posent un problème de responsabilités. Ce ne peut être le personnel qui soit responsable de son ignorance, mais la direction ou ceux qui octroient les moyens qui n'ont pas vérifié si l'équipe à laquelle ils confiaient cette personne malade et dépendante disposait des compétences nécessaires et des effectifs nécessaires à la mission confiée.

CONSÉQUENCES DU SYNDROME DE SOIN INAPPROPRIÉ

Elles sont multiples et sévères, pas toujours réversibles en particulier chez le malade trop vite baptisé "Alzheimer", c'est-à-dire frappé d'un syndrome de déficit cognitif progressif, quelle qu'en soit la cause.

Perte de mobilité. La personne est maintenue au lit ou au fauteuil à attendre la visite du médecin (hôpital), des différents intervenants (domicile) ou pour éviter une éventuelle fugue ou une simple déambulation (EHPAD). La perte de la marche qui en résulte n'est pas toujours rattrapable en soins de suite, en particulier chez les patients déments. La perte des automatismes et l'accélération de l'apraxie ne sont plus réversibles. Dans les syndromes extrapyramidaux (y compris iatrogènes) et les séquelles pyramidales, l'immobilisation entraîne des rétractions. Dans ces cas, on a fabriqué des "grabataires" ou accéléré cette évolution, parfois en 48 heures⁽¹⁾.

Perte des fonctionnalités. Pour "protéger" la personne, on l'empêche d'utiliser ses capacités restantes (marche, équilibre, station debout, toilette, alimentation, habillement, sujets d'intérêt), au lieu de les développer. La personne perd ses automatismes ou son savoir faire, ce qui altère ses capacités de rester ou de revenir à son domicile.

Dépressions. Perte des repères, abandon des soins, sentiment de dégradation, culpabilisation de faire perdre le temps des agents "inutilement dérangés" provoquent souvent l'immense souffrance morale d'un syndrome dépressif réactionnel. Certains n'en ressortiront jamais

Incontinence. Barrières de lit, attaches, poses systématiques de changes provoquent des incontinenances nosocomiales, facteurs de dépressions, d'infections et d'escarres.

Dénutrition. Le malade est souvent hospitalisé pour une affection accompagnée de dénutrition endogène. Le désintérêt pour ses apports alimentaires va y ajouter ou créer une dénutrition exogène.

Confusion. Souvent iatrogène par accumulation de prescriptions de sédatifs (diazépines, neuroleptiques, somnifères), dont la longue durée d'action fait parfois porter des diagnostics abusifs de démence.

Escarres. Incontinence, immobilisation, traitements sédatifs, absences de matelas de prévention et de changements de position, absence de surveillance des points de pression lors des toilettes font des escarres évoluées un des témoins et des fléaux du syndrome de soins inappropriés.

COÛTS DU SYNDROME DE SOINS INAPPROPRIÉ

A coté du coût humain en souffrances, le coût financier du syndrome de négligence représente une charge financière extraordinairement élevée. C'est le coût de la non-qualité appliqué au système de santé ⁽⁵⁾. Hospitalisations évitables provoquées par les crises et négligences au domicile, hospitalisations prolongées provoquées par les complications nosocomiales des soins inappropriés hospitaliers, réhospitalisations itératives par sorties non préparées, longues et coûteuses hospitalisations en soins de suite pour récupérer des capacités perdues en hospitalisation aiguë et qui auraient pu ne pas l'être, institutionnalisations abusives (notamment à partir des urgences), institutionnalisations pour grabatisation "nosocomiale" irrécupérable - mais évitable, accélération de l'évolution des maladies neuro-dégénératives vers la perte d'autonomie. La liste est longue des dépenses qui auraient pu être évitées en apportant des soins plus appropriés. La négligence est la plus facile à prévenir des maltraitances.

C'est là un immense gaspillage, quand la perte évitable de fonctionnalités se passe principalement dans le lieu où les moyens humains et matériels sont les plus importants : le service hospitalier aigu non gériatrique. Ensuite la personne infirmisée est confiée en un lieu de soins où les moyens sont moindres : domicile, soins de suite, voire directement, institution médico-sociale.

TRAITEMENTS DU SYNDROME DE SOINS INAPPROPRIÉS

On peut supprimer la négligence en agissant sur certains facteurs.

Chez la personne victime

Si on peut diminuer sa dépendance à autrui, améliorer sa motricité (réadaptation), ses troubles de l'humeur ou de la parole, diminuer son apathie ou son agitation, voire son agressivité, on augmente le confort du malade et on diminue la charge des aidants et soignants. Ce sont, avec la prévention, les objectifs du soin gériatrique. Mais cela implique le préalable que l'équipe sache ce qu'il convient de faire et que le médecin le prescrive.

En EHPAD, on est impressionné par les résultats positifs de la simple sensibilisation des équipes par les formatrices ALMA : diminution des négligences et amélioration des conditions de travail. Faire ressortir l'humanité des personnes prises en soin, malgré leurs déficiences, l'emprise que l'on a sur ces personnes qui dépendent de vous, leurs capacités restantes, le caractère indispensable de la mission de l'équipe, on aboutit à une prise de conscience qui change le regard. Encore faut-il que ce soit l'équipe complète qui soit présente, y compris encadrement et direction. Si les seules aides-soignantes et auxiliaires de vie sont présentes, on risque d'accroître leurs difficultés car leur prise de conscience et leur savoir se heurtera à la persistance d'un soin routinier qui a perdu tout sens au niveau du reste de l'équipe et de l'encadrement. La valorisation morale, et financière, du travail d'aide à la dépendance est indispensable à toute politique de suppression des négligences dans les soins envers les personnes dépendantes.

En EHPAD et en Soins de Longue Durée, la mise à niveau des effectifs (formés) en fonction des besoins est nécessaire. Donner aux équipes une charge de travail qu'elles ne peuvent matériellement pas réaliser, c'est créer de la négligence.

L'accès à la formation continue est la base de la prévention des soins inappropriés et de la négligence. Nul ne peut être omniscient. Assurer à tout soignant une formation permanente au soin nécessaire à la personne qui dépend de lui, est la première priorité. L'aide-soignante ou l'infirmière qui sortent de leur formation initiale peuvent être scandalisées par la routine négligente qu'il leur arrive de constater.

A l'hôpital non gériatrique, pris dans le quotidien d'un soin parfois très spécialisé, ou plus simplement trop banalisé, le soignant ne sait plus choisir ses priorités devant un malade complexe par sa polypathologie et dépendant par ses polyhandicaps. Il ne trouvera conseil ni dans un encadrement désormais consacré à la gestion et abusivement détaché de sa mission d'encadrement du soin et de formation continue, ni dans une équipe médicale quand elle est contrainte à ne voir dans le malade âgé qu'un bed-blocker qui va "altérer sa T2A".

Toutes les équipes hospitalières amenées à recevoir des malades âgés et plus particulièrement des malades âgés en situation de dépendance, devraient bénéficier, soignants, encadrement et médecins, d'un minimum de formation continue à la prise en soins gériatrique. Ce qui n'empêche pas la nécessité de transformer des lits en unités gériatriques aiguës, au fur et à mesure que les effectifs de gériatres spécialistes le permettent. En Irlande, pays le plus jeune d'Europe, la Gériatrie est la discipline hospitalière la plus importante. Ce devrait être une priorité de la "nouvelle gouvernance" pour répondre aux besoins réels de la population et faire cesser ce coûteux gaspillage.

Recours à un avis compétent extérieur

Nul n'est censé tout savoir, bien au contraire, celui qui connaît les limites de son savoir sait beaucoup de choses, beaucoup plus que celui, dangereux, qui croit savoir et ne sait pas. Devant une difficulté concernant un malade âgé, un tel recours est toujours efficace à condition d'être réalisé en temps utile. Ce sont les médecins généralistes les mieux informés en gériatrie qui savent le mieux quand demander ce recours.

• A domicile

Adresser la personne à un centre d'évaluation gérontologique pluridisciplinaire ou à défaut, la couverture du territoire étant insuffisante, à une consultation de gériatrie peut apporter solution diagnostique et solution pratique, y compris pour les malades déments âgés, qui n'en sont pas moins polypathologiques. Certaines consultations mémoires croient trop souvent avoir fini leur travail en faisant une prescription d'inhibiteur de la cholinestérase, qui ne règle aucun des problèmes pratiques de l'aidant, si par ailleurs elle n'assure pas la prise en charge gériatrique.

Si une hospitalisation est nécessaire, la personne doit être adressée, sans attendre la catastrophe, à son correspondant hospitalier de gériatrie. Cela évitera le passage par les Urgences et l'hospitalisation dans une

unité inadaptée où elle mettra en difficulté une équipe non préparée ou, pire, serait considérée comme indésirable.

• A l'hôpital

De nombreux services de gériatrie ont développé une "antenne mobile", associant médecin spécialiste, infirmière et parfois assistante sociale, qui vont non pas "débarrasser" le service concerné du malade âgé, mais délibérer avec l'équipe d'un projet de soins adapté à son cas, qui permette au mieux le maintien ou le retour des capacités fonctionnelles et un retour à domicile solide. C'est de plus hautement formateur.

A défaut le gériatre hospitalier peut être consulté. Encore faut-il que l'hôpital en dispose – ce qui est censé être obligatoire dans les hôpitaux avec centre d'urgences – et qu'il ne soit pas dépassé par sa charge de travail.

C'est au conseil d'administration et sinon à l'Agence Régionale de Santé d'exiger de l'hôpital qu'il réponde à sa mission en disposant des compétences médicales et soignantes nécessaires à l'accueil et aux soins de sa patientèle la plus courante : les malades âgés. Il ne s'agit pas de malades d'exception à diriger vers un service spécialisé de CHU. Il s'agit de malades quotidiens vis-à-vis desquels tout hôpital a l'obligation d'assurer des soins compétents. Maires, directeurs et commission médicale d'établissements préfèrent garder des services de chirurgie ou de maternité vides ou devenus dangereux par leur manque de pratique que de répondre aux besoins de la population captive du secteur. Ce sont souvent les hôpitaux dont la clientèle âgée est la plus importante, qui sont les moins préparés à cette prise en soins.

• En EHPAD (nursing home)

En France, chaque EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur. Il est censé former les soignants et l'ensemble du personnel et tenter d'éviter les erreurs de ses confrères libéraux. Lourde tâche. Tâche impossible s'il n'est pas formé à la gériatrie, s'il ne dispose pas de l'appui d'un directeur formé à la gériatrie et si l'infirmière chef n'a pas une solide expérience en gériatrie pour conseiller son personnel à chaque instant. Les pays voisins disposent de cadres infirmiers spécialisés en gériatrie. C'est la meilleure garantie contre la survenue du syndrome de soins inappropriés et contre les négligences. Créer ce corps est permis par le passage des soignants dans les professions LMD (Licence, Master, Doctorat). C'est une urgence. Cela nous mettrait au niveau de nos voisins.

Cette prévention serait facilitée si comme le prévoit la loi, chaque EHPAD était conventionné non pas avec un hôpital sans autre précision (à quoi sert de se conventionner avec un établissement moins compétent que l'EHPAD dans ce domaine ?) mais avec un service de gériatrie hospitalier.

INTÉRÊT CONCEPTUEL DU “SYNDROME DE SOINS INAPPROPRIÉS” OU “SYNDROME DE NÉGLIGENCE”

La conception syndromique du soin inapproprié, des négligences qu'il entraîne et de ses conséquences permet de changer les attitudes aussi bien envers les malades en perte d'autonomie qu'envers les équipes qui en ont la charge.

Les négligences dans les soins représentent de loin la plus fréquente et la plus facile à éviter de l'ensemble des maltraitances pouvant frapper les aînés. Elles dépendent des équipes de soins et de leur préparation à leur mission, qui concerne ces personnes malades qui sont des citoyens comme tous les autres. L'intérêt est de démontrer que de nombreuses pathologies et pertes fonctionnelles ne sont pas que liées à la maladie initiale, encore moins à l'âge, mais au manque de formation des équipes de soins dans leur intégralité (administrateurs, médecins, cadres, soignants et autres agents) à tous les aspects techniques et humains de leurs missions, y compris les soins, aides et accompagne-

ment (Care) prodigués aux personnes dépendantes ou celles en limitation d'autonomie décisionnelle. La description en tant que syndrome médical permet de décrire des facteurs de risque, des manifestations, des complications et des traitements efficaces. Prise de conscience et formation, accès à la compétence permettent d'éviter nombre d'hospitalisations inutiles, répétées ou prolongées, de pathologies “nosocomiales”, d'aggravations de la situation lors de l'entrée en institution.

Est-il acceptable qu'une part importante de la patientèle, que ce soit à l'hôpital ou en institution, ne reçoive pas les soins nécessaires parce que les équipes ne sont pas formées à ce type de soins, voire ne sont pas conscientes qu'il s'agit de personnes qui leurs sont confiées et qui sont sous leur emprise en raison de leurs handicaps ? N'y a-t-il pas là, sans même parler d'éthique, une atteinte inadmissible à la plus élémentaire déontologie du soin ?

Une prise de conscience des décideurs et des acteurs du soin et pas seulement en gériatrie est nécessaire pour faire disparaître ce syndrome nosocomial évitable. Sinon ce seront les économistes qui exigeront la fin de ce gaspillage créateur ou accélérateur de pathologies. Soit en interdisant de soigner les personnes âgées, comme le proclament une poignée de malthusiens délirants (de quel droit ? Sur quels critères ? Qui déciderait ?). Soit, plutôt, en imposant des normes de formation, des critères de qualité de soins accompagnés de sanctions pour les coûteux fabricants de grabataires. ■

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt concernant cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Pedrone C, Ercolani S, Catani M, Maggio D, Ruggiero. R, Cherubini A.** Elderly patients with Cognitive Impairment have a high risk for functional decline during hospitalization : the GIFA study. *J of Gerontology. Med Sc.* 2005 ; 60A:1576-1580.
 2. **UNA.** L'outil RESAM. www.una.fr
 3. **Maison des Aidants.** www.maisondesaidants.fr
 4. **Moulias M, Cudennec T, Teillet L.** Réflexion éthique dans le cadre de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. *J Canrad.* 2009;06:17
 5. **Haute Autorité de Santé (HAS).** Coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions, rapport 2004, www.has-sante.fr.
-