

Devenir de la personne âgée après hospitalisation



ANA-RITA MARQUES, MEDECINE 3EME ANNEE
SANDIE LELERRE, DIETETIQUE 2EME BSC
LAURENCE AUBERT, DIETETIQUE 2EME BSC

Tuteurs :

Prof. C-H. Rapin, professeur, Faculté de Médecine, Université de Genève

Mme C. Maupetit, professeur, filière infirmière, Haute Ecole de Santé

Mme C. Guillod, chargé d'enseignement, filière infirmière, Haute Ecole de Santé



TABLES DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
LES CHIFFRES	6
LA PERSONNE AGEE : NOTRE AVENIR PROFESSIONNEL	6
PERSONNES AGEES : HOSPITALISEES PLUS SOUVENT ET PLUS LONGTEMPS	7
PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES SELON LE TYPE DE PATHOLOGIE.....	8
SCHEMA SYSTEME DE SOINS	9
SUITE DE TRAITEMENT	9
<i>Département de réhabilitation et de gériatrie des HUG.....</i>	<i>9</i>
<i>Clinique de Joli-Mont.....</i>	<i>10</i>
<i>Clinique Genevoise de Montana.....</i>	<i>10</i>
DEPART DE L'HOPITAL.....	10
<i>Modalités de sortie de l'hôpital.....</i>	<i>10</i>
<i>Colloque.....</i>	<i>11</i>
<i>Evaluation des besoins et mise en place des structures nécessaires.....</i>	<i>11</i>
<i>Entretien de sortie (négociation avec le patient).....</i>	<i>13</i>
<i>Répartition des sorties.....</i>	<i>13</i>
STRUCTURES A DOMICILE	14
✧ <i>Aide pratique et soins à domicile :</i>	<i>14</i>
<i>Fondation des services d'aide et de soins à domicile - FSASD.....</i>	<i>14</i>
<i>Coopérative des soins Infirmiers (CSI).....</i>	<i>16</i>
<i>Sitex SA, L'hôpital à domicile.....</i>	<i>17</i>
<i>Association la carte blanche.....</i>	<i>18</i>
<i>SOS pharmaciens.....</i>	<i>19</i>
✧ <i>Action sociale individuelle :</i>	<i>20</i>
<i>Hospice général.....</i>	<i>20</i>
<i>Foyers de jour.....</i>	<i>21</i>
<i>Unité d'accueil temporaire (UAT).....</i>	<i>22</i>
<i>Immeuble avec encadrement social.....</i>	<i>22</i>
<i>Etablissements médico-sociaux (EMS).....</i>	<i>24</i>
<i>Service Social de la ville de Genève (SSVG).....</i>	<i>24</i>
<i>Pro Senectute (PS).....</i>	<i>26</i>
✧ <i>Action sociale communautaire de proximité :</i>	<i>26</i>
<i>Unités d'Action Communautaire (UAC).....</i>	<i>26</i>
<i>Association de défense et de détente de tous les retraités (AVIVO).....</i>	<i>27</i>
<i>Unité de Gériatrie Communautaire (UGC).....</i>	<i>27</i>
<i>Clubs d'aînés.....</i>	<i>29</i>
<i>Avant'âge (radio).....</i>	<i>30</i>
<i>Gymnastique seniors.....</i>	<i>30</i>
✧ <i>Prestations financières :</i>	<i>31</i>
<i>Assurance vieillesse et survivants (AVS).....</i>	<i>31</i>
<i>Service des Prestations complémentaires (SPC) (ex. OCPA).....</i>	<i>33</i>
<i>Association d'appuis aux aînés.....</i>	<i>33</i>
EXEMPLES DE CAS.....	34
MME LOËX	34
MME BS	35
MME IM	36
PISTES DE REFLEXION.....	38
PROFESSIONNELS.....	38
✧ <i>Critères de sortie : consensus ?.....</i>	<i>38</i>
✧ <i>« Albu' quoi ? ».....</i>	<i>38</i>
✧ <i>Grille d'évaluation lacunaire.....</i>	<i>38</i>
✧ <i>Conflits éthiques entre le patient et les acteurs de soins.....</i>	<i>40</i>

✧ <i>Orientation post-hospitalisation inadéquate</i>	43
STRUCTURES	44
✧ <i>Insuffisance de formation des médecins dans la dimension sociale et du système socio-sanitaire</i>	44
✧ <i>Problème de centralisation des données</i>	45
✧ <i>Problème de coordination</i>	45
✧ <i>Le médecin : « la bonne à tout faire » par défaut</i>	46
✧ <i>Limites des structures existantes</i>	46
✧ <i>Offre versus besoins</i>	47
PERSONNES AGEES	47
✧ <i>Changement d'avis des patients</i>	47
✧ <i>Ethique et personnes âgées</i>	48
POLITIQUE	49
✧ <i>Contraintes des assurances</i>	49
✧ <i>Manque de structures intermédiaires</i>	50
✧ <i>Prise en charge binaire</i>	50
CONCLUSION	51
RESSOURCES	52
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	56

LISTE DES ABBREVIATIONS

AI : Assurance Invalidité
AVIVO : association de défense et de détention de tous les retraités
AVQ : Activités de la vie quotidienne
APG : Allocations pour perte de gain
AVS : Assurance Vieillesse et Survivants
BPCO : broncho-pneumonie chronique obstructive
CAD : Centre d'animation pour retraités
CASS : Centre d'Action Sociale et de Santé
CESCO : Centre de Soins Continus
CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIG : Centre Interfacultaire de Gérontologie
CSI : Coopérative de Sois Infirmiers
D2 : terme anciennement utilisé pour désigner les immeubles à encadrement social
DGCASSRS : Direction générale des CASS et du réseau de soins
EMS : Etablissement Médico-Social
EVA : Echelle Visuelle Analogique (pour la douleur)
FR : Fréquence Respiratoire
FSASD : Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile
HG : Hospice Général
HOGER : Hôpital de Gériatrie (syn. Hôpital des Trois Chênes)
HÔJOUR : Hôpital de Jour
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
IMC : Indice de Masse Corporelle
LAA : Assurance Accidents Obligatoire
LAMal : Loi Fédérale sur l'Assurance Maladie
LPP : Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
MRSA : Methicillin-resistant Staphylococcus aureus
OCPA : Office cantonal des personnes âgées (actuellement le SPC)
PEG : Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
PLRSMD : Projet de Loi sur le Réseau de Soins et le Maintien à Domicile (PL10058)
Poliger : Polyclinique de Gériatrie (actuellement UGC)
PS : Pro Senectute
SPC : Service de Prestations Complémentaires (anciennement OCPA)
SSVG : Service social de la ville de Genève
TA : Tension Artérielle
ttt : Traitement
UAC : Unité d'Action Communautaire
UAT : Unité d'Accueil Temporaire
UGC : Unité de gériatrie Communautaire (ex Poliger)

INTRODUCTION

Nous avons eu la chance, dans le cadre du module « immersion en communauté », de choisir une thématique sur laquelle nous avons travaillé durant quatre semaines au cours desquelles il convenait de rencontrer différents acteurs du terrain. Le but était de se familiariser avec « le monde réel » tout en développant notre capacité à travailler en interdisciplinarité puisque notre groupe de travail était composé d'un futur médecin et de deux futures diététiciennes. C'est dès le début que nous avons mis en pratique cette dynamique de travail et c'est donc d'un commun accord que nous avons choisi de développer la thématique suivante : le devenir de la personne âgée après hospitalisation.

Avant tout, nous estimons utile de fournir quelques arguments en vue de préciser en quoi cette thématique est importante :

- La population vieillissant, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et elles représenteront donc une part très importante de nos futurs patients- clients (sauf pour certaines spécialisations évidemment) et en cela, il est important que nous nous intéressions à cette catégorie de la population dès maintenant.
- Le département de gériatrie représente une part très importante des activités des HUG, le montant d'une hospitalisation étant élevé (environ CHF300 par jour), l'hospitalisation des personnes âgées engendre un coût important. Par conséquent, afin de limiter les risques de réhospitalisations inappropriées, il est important qu'en sortant de l'hôpital cette catégorie de la population soit bien orientée et prise en charge. L'importance du devenir de la personne âgée après hospitalisation a donc été notre préoccupation première.

Pour se convaincre encore davantage que le devenir de nos aînés après une hospitalisation est un thème fondamental qui soulève de nombreuses problématiques, citons le Projet de loi le sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 106- date de dépôt: 13 juin 2007) qui stipule qu' « un important gain d'efficacité global du réseau médico-social est indispensable pour garantir les ressources nécessaires à la couverture des besoins de la population âgée, qui augmente de 15,6% de 2004 à 2010. L'orientation efficace des personnes âgées dans le réseau est donc la pierre angulaire des économies réalisables. »

Nous nous proposerons ainsi de dépeindre ce devenir post-hospitalier, un peu comme une photographie de la situation actuelle. Dans un premier temps, nous décrirons le système de soin en place tout en expliquant les modalités de sortie de l'hôpital, en détaillant les structures d'aide à domicile ainsi que les prestations financières dont peuvent bénéficier les aînés. Ensuite, nous illustrerons le fonctionnement de ce système par des exemples de cas de personnes âgées rencontrées sur le terrain. Enfin, nous ferons part de quelques pistes de réflexion sur différents dysfonctionnements que notre modeste enquête aura permis de mettre en évidence.

Population cible : personnes âgées de plus de 65 ans, résidant dans le canton de Genève, sortant d'un séjour hospitalier.

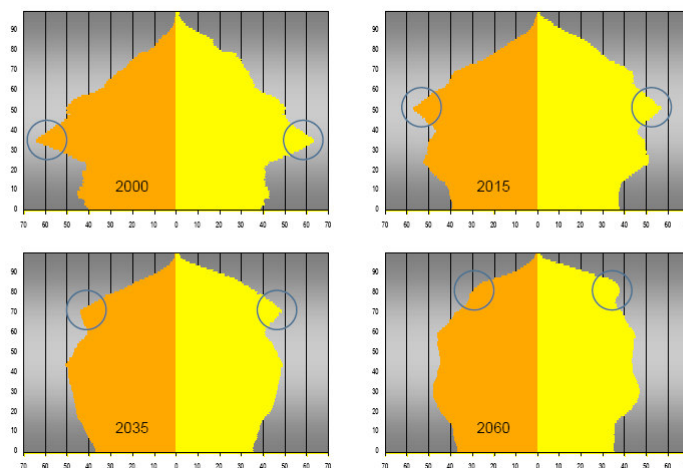
LES CHIFFRES

La personne âgée : notre avenir professionnel

- Evolution de la pyramide des âges

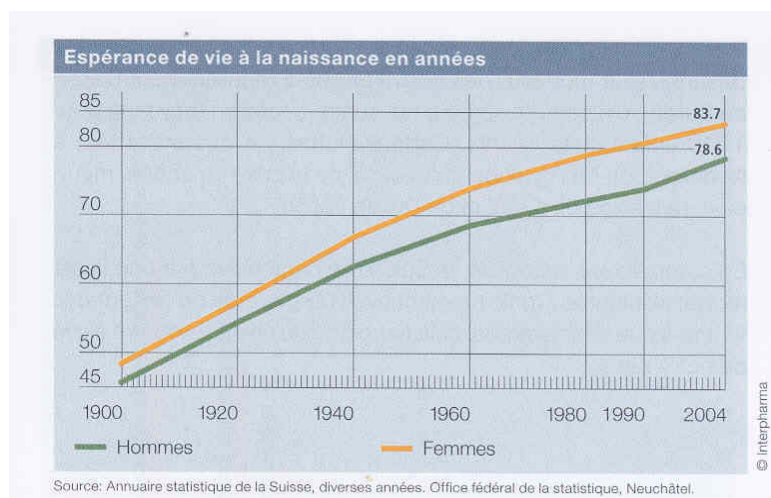
Source¹

Suisse, pyramide des âges en 2000, 2015, 2035 et 2060



- Evolution de l'espérance de vie à la naissance

Source¹



Ces deux graphiques démontrent que la population est vieillissante et que le nombre de personnes âgées ne cesse de croître, ce qui nous mène à dire que, proportionnellement à cela, les futurs soignants seront confrontés à de plus en plus de patients âgés.

¹ Issu du cours du Dr. M.C. Jacques, dispensé à la HES filière Diététique : « Le vieillissement : causes et conséquences »

Personnes âgées : hospitalisées plus souvent et plus longtemps

Source²

Départements (lieux d'hospitalisation)	Journées d'hospitalisation	Index durée de séjour (jours)	Age moyen des patients	Visites et activités semi- hospitalières
Anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs (APSI)	10'384	-	60.1	10'283
Chirurgie	108'999	9.5	56.3	72'206
Gynécologie et obstétrique (Maternité)	33'593	5.4	34.6	73'770
Médecine communautaire et premier recours *	15'492	2.2	62.7	102'935
Médecine interne **	79'767	10.3	62.8	89'939
Médecine génétique et de laboratoire (inclus dermatologie)	5'956	11.9	59.8	48'339
Neurosciences cliniques (NEUCLI)	52'142	9.7	54.7	97'631
Enfant et adolescent (inclus psychiatrie de l'enfant)	59'010	7.0	3.9	100'825
Psychiatrie	110'3460	27.4	44.0	158'637
Imagerie et sciences de l'information médicale	138	4.6	56.3	14'882
Réhabilitation et gériatrie (inclus Loëx)	248'865	38.9	79.5	2'576
Secteurs AI (foyers)				11'307

Les patients âgés sont, d'après ce tableau, hospitalisés plus souvent et pour une durée prolongée. Il est utile de préciser que non seulement ces patients peuvent séjourner dans le département de Réhabilitation et gériatrie, mais aussi, qu'ils sont comptabilisés dans les autres chiffres du tableau, puisqu'ils peuvent être hospitalisés dans des unités dites de « soins aigus », notamment la chirurgie, la médecine interne et la psychiatrie.

² Hôpitaux universitaires de Genève, « chiffres-clés », 2007

Principales causes d'hospitalisation des personnes âgées selon le type de pathologie

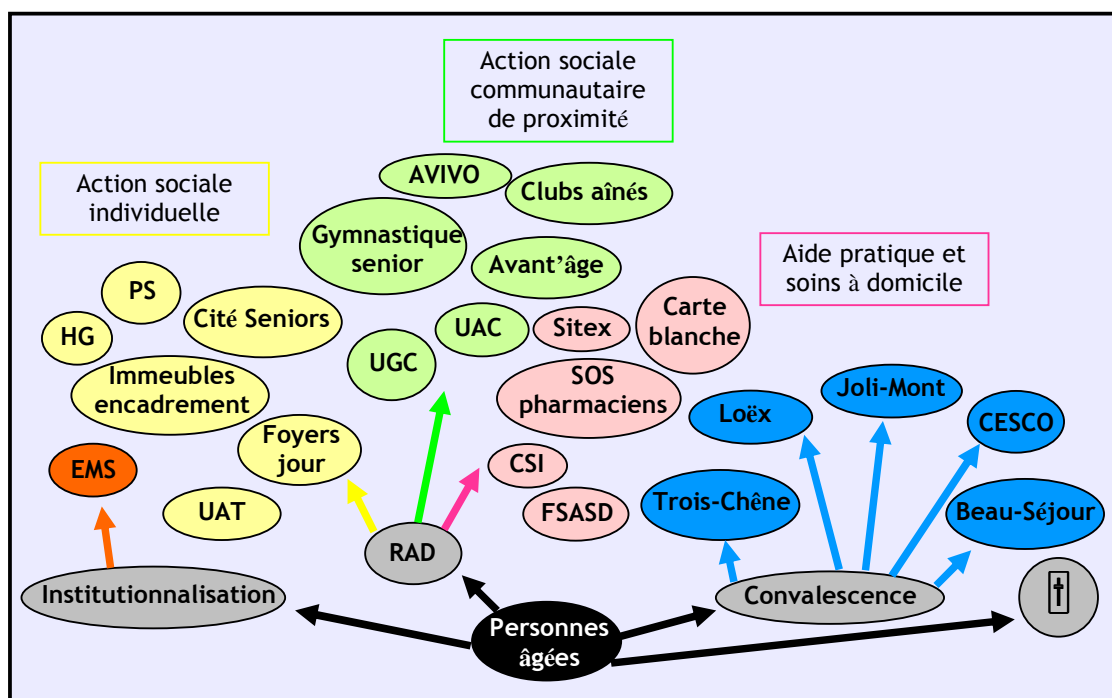
Source³

Pathologie	Nombre de patients par année
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	807
Maladies de l'appareil circulatoire	706
Lésions traumatiques, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes	562 <i>Mme L.Dipollina, responsable de l'UGC, précise que les chutes représentent 80% des admissions hospitalières liées aux traumatismes des personnes de plus de 65 ans</i>
Tumeurs	531
Maladies de l'appareil respiratoire	415
Troubles mentaux et du comportement	412

Ce tableau souligne le fait que les personnes âgées ne sont pas hospitalisées uniquement dans le département de Réhabilitation et Gériatrie, mais également dans d'autres départements des HUG. De plus, il nous illustre les principales causes pouvant mener à une hospitalisation. Dans notre travail, nous n'avons pas traité particulièrement de patients ayant été hospitalisés pour des pathologies définies. En effet, nous avons préféré ne pas nous cloisonner à des pathologies précises, mais plutôt d'étudier le problème dans son ensemble.

³ Hôpitaux universitaires de Genève, Département de Gériatrie, 2005

SCHEMA SYSTEME DE SOINS



Suite de traitement

Département de réhabilitation et de gériatrie des HUG

Hôpital de Beau-Séjour

Souvent en aval de la trajectoire hospitalière des patients de l'hôpital cantonal, Beau-Séjour accueille ces derniers, afin qu'ils bénéficient d'une hospitalisation et de soins spécialisés, en particulier des traitements de réhabilitation. Cet établissement est, d'ailleurs, équipé d'installations spécifiques, telles que piscine et mur d'escalade, visant au recouvrement de l'indépendance et l'autonomie des patients dans une activité de la vie quotidienne.

Hôpital de Loëx

L'hôpital de Loëx admet des patients adultes de tous âges nécessitant d'être hospitalisés et de recevoir des soins continus. De plus, ce lieu, dispose d'un hôpital de jour et fournit des consultations rattachés à l'unité de gériatrie communautaire (cf. sous UGC)

Hôpital des Trois Chênes

Anciennement dénommé l'hôpital de gériatrie (HOGER), il accueille des personnes âgées, dont l'état de santé justifie une hospitalisation et des soins spécifiques, notamment des soins gériatriques et des traitements de réhabilitation. Rajoutons,

que tout comme l'hôpital de Loëx et celui de Beau-Séjour, cette structure est située plus tard dans le parcours hospitalier des patients.

Centre de Soins Continus (CESCO)

Le CESCO reçoit des personnes adultes qui requièrent des soins continus ou des soins palliatifs. Par ailleurs, ce centre dispose également de place pour attente de placement.

Clinique de Joli-Mont

Cette clinique est un établissement public médical situé dans la commune du Petit-Saconnex, et qui accueille des malades pour des suites de traitement médicaux à caractère non intensif, ainsi que pour des hospitalisations, de durée variable, de caractère médico-social de même que pour des convalescences. De plus, depuis 2006, Joli-Mont dispose de lits pour l'accueil temporaire (UAT).

Joli-Mont dispose de 104 lits et reçoit annuellement 1700 patients, admis via la demande d'un médecin hospitalier ou du médecin traitant.

La charge financière du séjour est assurée par les assurances médicales de base.

Clinique Genevoise de Montana

Il s'agit également d'un établissement public médical offrant des prestations identiques à la Clinique de Joli-Mont, à l'exception de l'unité d'accueil temporaire, et qui sont remboursées par l'assurance médicale de base ou l'assurance accident. Chaque année, 1200 patients sont accueillis dans les 80 lits mis à disposition dans la clinique de Montana. Cette dernière est située dans le canton valaisan, ce qui reste un inconvénient pour certains patients.

Départ de l'hôpital

Après l'admission, la gestion des problèmes physiques et la période de soins aigus, la problématique du départ et, principalement, du lieu de sortie advient. Parfois, il faudrait prolonger le séjour du patient âgé afin de résoudre la question du congé. Toutefois, les motifs étant sociaux, cela n'est pas justifiable auprès des assurances et le renvoi de l'hôpital doit s'effectuer au plus vite. Comment est-ce que les professionnels de la santé organisent-ils la sortie du patient, quelles sont les étapes suivies et en quoi aboutissent-elles ?



Modalités de sortie de l'hôpital

Les modalités de sortie regroupent les critères orientant le choix de destination de chaque patient. Toutefois, ceux-ci ne sont pas homogènes selon l'institution, du fait que chacune d'entre elles possède une grille d'évaluation différente. Dans ces conditions, comment décider de la destinée d'un malade? Les soignants évaluent principalement l'autonomie du patient et les besoins sous-jacents afin de prévoir l'assistance nécessaire à mettre en place et si un retour à domicile est

envisageable ou alors si un séjour dans un établissement de convalescence ou un placement en EMS serait préférable. Cette hétérogénéité des éléments de décision entre institutions est analysée plus loin dans le chapitre « pistes de réflexion ».

Colloque

Après avoir assisté à un colloque multidisciplinaire à Beau-Séjour et rencontré une assistante sociale de l'hôpital des Trois Chênes, nous avons constaté que le déroulement de ces réunions était similaire entre les deux établissements et il serait pertinent de le décrire dans ce chapitre.

La séance a lieu toutes les semaines, en présence du médecin, d'infirmières, d'une assistante sociale, ainsi que d'autres soignants spécialisés, notamment un physiothérapeute, un ergothérapeute, un diététicien et un infirmier de liaison de la FSASD, le cas échéant. Lors de cette heure de discussion, les soignants traitent le cas des patients un par un, par ordre alphabétique. Les points abordés englobent des paramètres larges, dont le diagnostic, l'âge, le suivi prévu, la mobilité, l'état nutritionnel, l'entourage proche, la situation sociale, l'évaluation de l'état psychique ainsi que l'anticipation du suivi nécessaire après l'hospitalisation du patient.



Le rôle de chaque partenaire de soin n'est pas défini et dépend de la volonté du groupe. Toutefois, la plupart du temps, les statuts sont répartis comme suit : le médecin est le meneur de « l'audience », l'infirmier responsable introduit le cas en sortant le dossier, les infirmiers présents conseillent sur la globalité des soins à fournir au malade, et les autres intervenants remplissent leur tâche de conseillers spécialisés.

D'après les intervenants que nous avons interrogés, l'ambiance de ces colloques est très « médecin-dépendant », c'est-à-dire que selon leur ouverture à l'interdisciplinarité, les médecins apportent une atmosphère agréable ou, au contraire, une certaine individualité et manque de communication entre les divers participants. Par ailleurs, suivant les caractères en présence à ces réunions, le climat peut s'avérer difficile et l'aboutissement à une prise en charge multidisciplinaire ne sera pas accompli.

Evaluation des besoins et mise en place des structures nécessaires

Au vu d'un gériatre que nous avons questionné, cette évaluation devrait avoir lieu au début et à la fin de l'hospitalisation. Toutefois, elle s'effectue plutôt quelques temps avant le départ de l'hôpital. Dans ce sous-chapitre, va être décrite l'évaluation effectuée lors d'un retour à domicile, qui est, selon notre point de vue et celui des soignants, le processus le plus complexe à mettre en place, par opposition au départ dans une maison de retraite. De plus, il s'agit de l'intervention la plus réalisée lors d'un congé hospitalier (60% des personnes âgées retournent à domicile après une hospitalisation)⁴.

⁴ Selon A. Winkelmann, assistante sociale de l'hôpital des Trois Chênes

Evaluation lors d'un retour à domicile

Un retour mal anticipé par l'équipe de soins et le patient peut aboutir à des conséquences psychologiques, impliquant un déconditionnement du client dans sa maison pouvant mener à une institutionnalisation, de même que des répercussions socio-économiques, notamment une augmentation de la durée de séjour, ainsi qu'une éventuelle réhospitalisation⁵. C'est pourquoi, chaque membre de l'équipe multidisciplinaire joue un rôle important dans cette évaluation. Le médecin évalue le semainier du patient et fournit des bons de physiothérapie, si le physiothérapeute de l'unité hospitalière le juge nécessaire. Le diététicien, quant à lui, intervient lorsqu'une problématique d'ordre nutritionnel survient, renseigne l'équipe sur le status nutritionnel du sujet, et estime si un retour à domicile pourrait induire un risque élevé de dénutrition. De son côté, l'assistante sociale apprécie les problèmes sociaux du patient dès son admission et informe le patient des structures existantes, notamment la FSASD, la CSI ou SITEX, ainsi qu'à propos de l'UAC, l'UGC ou même les clubs d'aînés selon les besoins à la sortie de l'hôpital. En ce qui concerne l'ergothérapeute, il joue un rôle central dans le retour à domicile, du fait qu'il évalue le degré de dépendance du patient et se rend au domicile de ce dernier en vue d'obtenir une vision holistique des possibilités fonctionnelles du patient dans son cadre de vie. Cette expertise domiciliaire s'effectue en présence du patient et vise à définir les aménagements à envisager, aussi bien qu'à déterminer les risques de chute, les activités de la vie quotidienne pouvant être accomplies par le client à son domicile et à cerner au mieux les services qu'il faudra mettre sur pied pour assurer une rentrée dans les meilleures circonstances. Un exemple d'évaluation à domicile effectuée par l'ergothérapeute est annexé en fin de rapport.

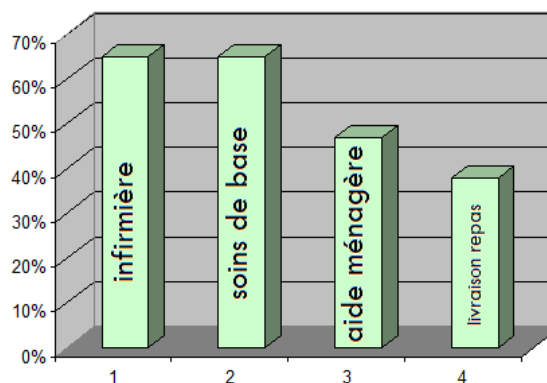
Résultat

Après que chaque soignant ait effectué l'évaluation qui lui compétait et que le colloque multidisciplinaire ait eu lieu, le médecin prescrit l'aide nécessaire à apporter au domicile du patient. D'après un chef de service de Beau-Séjour, bien souvent, le praticien sollicite plus de services que ceux que le client requiert absolument, par sécurité et afin d'éviter une réhospitalisation : « quand c'est bien organisé, c'est rare que le patient revienne à l'hôpital », indique-t-il. Du point de vue d'une assistante sociale, d'autre part, cette « surprotection » est causée par la « vision hospitalocentrique » des soignants et sera sûrement sujette à changements, une fois le client rentré à la maison.

⁵ D. Marcant, M.-P. Bereziat, E. Chaillou, S. Gavillet, A.-F. gueguen, G. Gold, Evaluer le domicile des patients hospitalisés en gériatrie : un luxe ou une nécessité, Revue Médicale Suisse n°2368, novembre 2001

Les services mis en place, selon Madame Winkelmann, assistante sociale des Trois Chênes, seraient:

- 1 - Des infirmières à domicile, dans 68% des cas
- 2 - Des aides pour les soins de base, dans 65% des cas
- 3 - Des aides ménagères, dans 47% des cas
- 4 - Des livraisons de repas à domicile, dans 38% des cas



Par ailleurs, il faut souligner qu'après le retour du patient dans son lieu de vie, une évaluation du suivi est nécessaire et s'effectue par l'infirmier à domicile.

Entretien de sortie (négociation avec le patient)

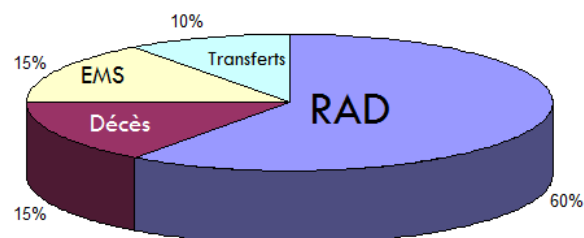
A la suite de l'évaluation et du colloque multidisciplinaire, les mesures envisagées doivent être discutées avec le patient. Cette étape de la prise en charge s'avère, quelques fois, délicate, car la personne âgée accepte difficilement de l'aide. Par conséquent, il est nécessaire qu'un dialogue entre le patient et le soignant s'effectue afin qu'une négociation ait lieu et que l'opinion de tous les acteurs soit prise en compte. Ce dernier point paraît être primordial au succès d'une sortie de l'hôpital vers le domicile⁶.

A l'hôpital de Beau-Séjour, peu avant le départ du patient, l'interne le prépare en s'assurant de sa stabilité clinique (poids, paramètres biologiques), en lui expliquant la pathologie et les traitements, en lui résumant son parcours hospitalier et en lui fournissant un tableau récapitulatif des traitements (avec doses, effets secondaires...). De plus, le médecin devra appeler le généraliste de son client en vue de fixer un rendez-vous une dizaine de jours après la sortie de l'hôpital pour qu'un suivi de son état de santé ait lieu.

Répartition des sorties

La destination des personnes âgées après hospitalisation est en majorité leur domicile. D'après A. Winkelmann, assistante sociale de l'hôpital des Trois Chênes, la répartition des sorties, à Genève, est la suivante :

- 60% de retours à domicile (RAD)
- 15% d'institutionnalisation (EMS)
- 15% de décès
- 10% de transferts interhospitaliers ou en convalescence



⁶ E. Perrin, en collaboration avec A.-F. Allaz, Point de vue des différents acteurs (patients, entourage, soignants et travailleurs sociaux) lors de la décision de retour à domicile de patients âgés hospitalisés nécessitant des soins à domicile, Genève, octobre 2002.

Structures à domicile

❖ Aide pratique et soins à domicile :

Fondation des services d'aide et de soins à domicile - FSASD



Fin 2006, 28 % de la population âgée de 80 ans ou plus résidante du canton de Genève est bénéficiaire des services de la FSASD. Des 9 988 bénéficiaires dénombrés fin 2006, 73 % sont des femmes, 81 % sont âgés de 65 ans ou plus et 51 % sont âgés de 80 ans ou plus.

Clientèle

Personnes empêchées d'assumer seules les tâches de la vie quotidienne et ménagères en raison d'une atteinte momentanée ou durable à leur santé.

De plus, les autres critères de prise en charge sont :

1. Etre résident sur le canton de Genève
2. Répondre à une évaluation des besoins faite par un des collaborateurs qui rendra visite à la personne âgée.

Origine de la demande

La demande est effectuée par la personne âgée elle-même, sa famille, le médecin ou l'hôpital auprès du CASS le plus proche du lieu d'habitation. Dans les 24h qui suivent la demande, un professionnel se rend au domicile de la personne âgée pour procéder à une évaluation des besoins à partir d'un questionnaire sur les habitudes de vie et l'état de santé et, ainsi que pour expliquer l'organisation des prestations.

Prestations

Aide pratique à domicile :

- Aide pour le lever et le coucher, la toilette
- Aide pour les activités de la vie quotidienne
- Aide au ménage (l'entretien porte sur les pièces utilisées effectivement)
- Grand nettoyage en cas de nécessité, après évaluation
- Entretien du linge, lessive et repassage
- Aménagement du lieu de vie : ergothérapie, aide à la rééducation et installation de moyens auxiliaires
- Accompagnement pour les déplacements extérieurs par exemple chez le médecin, en cas de difficulté de mobilité
- Aide pour les courses, s'effectue dans les commerces les plus proches du domicile et si possible en présence de la personne âgée
- Autour d'une table : chaque jour, du lundi au vendredi de 12h00 à 14h00, des restaurants partenaires réservent une table pour six personnes. Le client est accueilli par un accompagnateur de la FSASD qui anime le repas. Ce projet a été développé en coopération avec les unités d'actions communautaires (décrites plus bas) des quartiers concernés.
- Livraison de repas complet, sain et équilibré



- **Conseils nutritionnels** : une diététicienne est à disposition et intervient, si besoin, pour des conseils nutritionnels personnalisés

La prestation d'aide pratique est usuellement d'une durée contractuelle d'1h50 et facturée comme telle.

Soins à domicile :

- **Hospitalisation à domicile**, intervention en urgence, gestion des situations de crise
- **Hospitalisation à domicile** : une équipe de soins constituée d'infirmières intervenant à domicile permet d'éviter une hospitalisation
- **Urgences médico-sociales** : l'équipe de soins assure 24h/24, en urgence et sur une période limitée, une intervention auprès de familles et de personnes en situation de crise : garde ou veille d'adultes en situation de crise, aide aux activités quotidiennes et soins d'hygiène. Une équipe constituée d'infirmières de liaison travaillant sur différents sites hospitaliers : centre d'accueil des urgences, hôpital de gériatrie, hôpital des enfants, chirurgie (dès septembre 2003) : organise l'encadrement et assure un retour rapide et / ou facilité vers le domicile et assure votre placement temporaire vers un lieu de vie approprié si le maintien à domicile n'est pas possible, momentanément
- **Prévention, convalescence, accompagnement en fin de vie, soins infirmiers** : soins infirmiers à visée préventive (contrôle de santé), curative (injections, pansements), palliative (traitement de la douleur)

Financement

L'assurance maladie de base prend en charge sur prescription médicale le 90% des prestations suivantes : instructions et conseils, examens et soins, soins de base (simples ou complexes effectués par du personnel infirmier). Pour illustrer les tarifs de cette fondation, voici le prix des prestations prodiguées par des infirmières :

- Visite d'instruction et conseils CHF. 17.40 le ¼ heure
- Examens et soins : CHF. 17 le ¼ heure
- Soins de base pour situations complexes et instables : CHF. 15.70 le ¼ heure

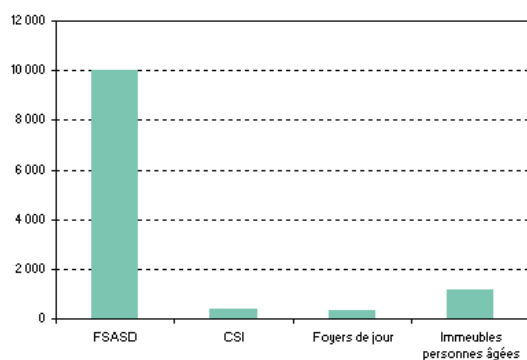
D'autre part, toutes les prestations d'aide pratique, telles que course, ménage, accompagnement à l'extérieur, sont facturées selon le tarif fixé d'entente avec les autorités cantonales. Par exemple, les prestations de repas coûtent:

- Livraison de repas à domicile CHF. 14.50 le repas
- Repas «autour d'une table» CHF. 14.50 le repas

Analyse

La FSASD est, comme en témoigne le graphique ci-dessous, la principale structure à laquelle a recours la population et en cela, elle est indispensable. Néanmoins, quelques dysfonctionnements semblent survenir ce qui ternit quelque peu l'image que peuvent en avoir les bénéficiaires de ces services ainsi que certains professionnels du terrain. Nous développerons cela dans les chapitres « Exemples de cas » et « Pistes de réflexion ».

Clients des services d'aide et de soins à domicile et des foyers de jour, locataires des immeubles avec encadrement social pour personnes âgées, à Genève, en 2006 (1)



(1) Pour les prestations d'aide de la FSASD (Fondation des services d'aide et de soins à domicile), il s'agit de dossiers. CSI : Coopérative de soins infirmiers. Situation en fin d'année.

Source : FSASD / CSI / DGCASS

©OCSTAT

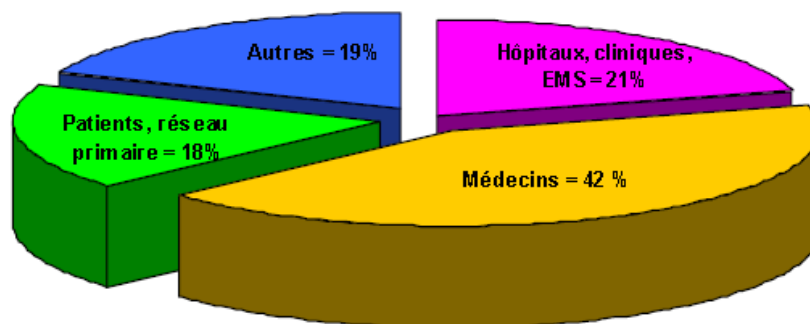
Coopérative des soins Infirmiers (CSI)



La CSI est une organisation sans but lucratif regroupant des infirmiers exerçant leur profession de façon indépendante. Ces professionnels de la santé accomplissent leur activité dans le cadre de soins infirmiers à domicile, de soins infirmiers en institutions, et de SOS Infirmière. Cette association agit en collaboration avec les autres partenaires du réseau socio-sanitaire genevois, notamment l'UGC.

Origine des demandes

Comme l'indique le diagramme ci-dessous, les médecins traitants sont les principaux solliciteurs de la CSI (42%). Cependant, ces derniers sont suivis des hôpitaux, cliniques et EMS qui représentent 21% des requêtes de prestations domiciliaires.



Source⁷

⁷ Tiré du rapport d'activité 2007 de la CSI

Prestations

Cette coopérative offre à la population des soins personnalisés à domicile, tels que des soins techniques, d'hygiène et de confort, et de conseils, ainsi qu'en institution, et par le biais de SOS Infirmières répondant aux appels d'urgence à tout moment.

De plus, l'équipe de coordination et de gestion de la CSI organise le travail de leurs collègues après évaluation des besoins des clients, et se chargent de la facturation, des liens avec les assurances et de la comptabilité.

Financement

Les prestations de la CSI sont remboursées par l'assurance maladie de base, au même titre que celles de la FSASD.

Cet organisme subsiste grâce à une subvention du DES (inférieure à celle fournie à la FSASD) et à un autofinancement. Toutefois, ce dernier n'est pas suffisant dans le secteur domiciliaire qui est tributaire de bénéfices dégagés dans celui des institutions. D'autre part, le soutien du DES a diminué presque de moitié entre 2007 et cette année, obligeant la CSI à se restructurer.

Analyse

La FSASD reste l'organisation la plus sollicitée par les hôpitaux lors d'un retour à domicile. Néanmoins, les demandes de soins à domicile auprès de la CSI ont augmenté progressivement depuis sa création. Selon une assistante sociale rencontrée lors de notre immersion en communauté, cet organisme correspondrait mieux aux attentes des patients, particulièrement aux aînés, dans la mesure où le travail domiciliaire s'effectuerait par binômes et serait donc plus personnalisé.

Sitex SA, L'hôpital à domicile



La société Sitex existe depuis 1999 à Genève et regroupe des pharmaciens et infirmiers spécialisés qui fournissent des soins et traitements de type hospitalier à domicile. Cette entreprise est joignable sept jours sur sept et se rend au logement du patient dans un délai de deux heures.

Financement

Ses prestations sont remboursées par les assurances.

Par ailleurs, Sitex est une structure privée qui ne bénéficie pas de subventions de l'Etat.

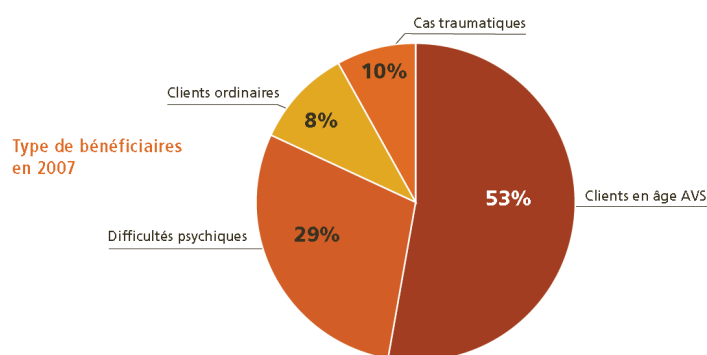
Association la carte blanche



La Carte Blanche est une association à but non lucratif qui a pour objectif de maintenir à domicile des personnes fragilisées. Cette structure agit avec le réseau en place à titre complémentaire et, pour chaque situation, tente de comprendre les besoins du client afin de construire un projet avec les différents acteurs sociaux actifs dans la situation.

Clientèle

L'association s'adresse principalement aux personnes âgées, qui représentent plus de la moitié de leurs consommateurs, aussi bien qu'aux polytraumatisés, victimes de maladies chroniques, aux accidentés ou encore aux individus atteints dans leur intégrité psychique. Toutefois, leur secteur déménagement et garde-meubles est ouvert à toute la population.



Tiré du rapport d'activité 2007 de la Carte Blanche

Origine de la demande

Les institutions recourant à cette structure comportent les Hôpitaux Universitaires de Genève, le Service de Tutelles Adultes, Pro Senectute, les CASS (notamment la FSASD) et le reste du réseau associatif genevois.

Prestations

Cet organisme fournit des services dans les domaines technique, pratique et social, ayant pour but la prévention. En effet, les prestations fournies comprennent une section déménagement qui effectue des travaux à domicile, ainsi qu'une aide à la gestion administrative (il s'agit d'une sorte de « curatelle douce », car elle ne nécessite pas de mandat du tribunal tutélaire), un atelier cuisine hebdomadaire, un soutien informatique à domicile, ou encore qui exécutent des actions sociales, telles qu'une assistance dans des démarches auprès des services sociaux, ou pour la recherche de fonds, de même qu'un accompagnement psycho-social. D'autre part, la Carte Blanche ne couvre pas les secteurs assurés par la FSASD, notamment les soins et repas à domicile, la téléalarme et l'aide ménagère.

Financement

Les prix varient en fonction de la prestation. Par conséquent, une intervention ponctuelle coûte CHF. 60 de l'heure, le tarif d'une action sociale dans la durée dépend de la situation du bénéficiaire et varie entre CHF 30 et 50 horaire. En ce qui concerne la « curatelle douce », un forfait de CHF 150 mensuel est demandé. Il faut mentionner que ces prestations ne sont pas remboursables dans le cadre de la LAMal. Toutefois, quelques assurances complémentaires peuvent couvrir les dépenses de moyens auxiliaires sur mesure, par exemple. En outre, toute demande fait l'objet d'un devis gratuit.

Par ailleurs, la « survie monétaire » de cette association s'effectue au moyen de dons et de subventions. Ces derniers contribuent à 30% du capital annuel de cette association, alors que les 70% restants sont financés par les prestations facturées.

Analyse

La Carte Blanche reste une association peu connue du public et guère mentionnée lors de nos divers entretiens. Toutefois, d'après les intervenants que nous avons rencontrés, les avis restent partagés. A ce propos, Mme BS⁸, patiente à Beau-Séjour, s'est plainte de leurs services d'aménagement de son domicile, alors qu'une assistante sociale de ce même établissement préférerait faire recours à cet organisme plutôt qu'à la FSASD pour une « curatelle douce ». Apparemment, la satisfaction serait liée au type de prestation fournie, ainsi qu'à l'acteur interrogé.

SOS pharmaciens

SOS Pharmaciens est actif dans le domaine de l'hospitalisation à domicile (HAD). C'est un service à but non lucratif, reconnu d'intérêt public par l'Etat de Genève, et qui fait partie des services privés d'aide et de soins à domicile. Outre les médecins et les pharmaciens du canton de Genève, ses partenaires sont la FSASD (équipe HAD-RUMS et CASS) et la CSI.

Clientèle

SOS pharmaciens s'adresse à tous : bébés, enfants, adultes et personnes âgées.

Prestations

Il s'agit d'une pharmacie d'hospitalisation à domicile qui se différencie des officines par le fait qu'elle prépare et dispense principalement des médicaments injectables ainsi que le matériel nécessaire à leur administration, qu'elle est atteignable 24h/24, 365j/365, qu'elle est accessible aux professionnels de la santé, mais n'est pas ouverte au public.

Les pharmaciens de SOS se déplacent chez les patients pour dispenser les préparations et les systèmes d'administration, pour expliquer au patient son traitement, et pour suivre les effets de celui-ci.

Les traitements sont soit des traitements aigus, soit des traitements chroniques, soit des traitements continus. Ils peuvent durer 2 jours comme ils peuvent s'étendre sur plusieurs mois.

⁸ Nom fictif

- Traitements par voie intraveineuse, perfusion avec ou sans pompe d'administration : Antibiothérapie, chimiothérapie, traitement antidouleur, soins palliatifs, hydratation, antiémétiques, nutrition parentérale,
- Nutrition entérale par sonde nasogastrique, par PEG, par gastrostomie ou jéjunostomie
- Soins divers nécessitant une technicité et du matériel spécifique : aspiration bronchique par exemple.

Financement

Les prestations de SOS Pharmaciens, médicaments, matériel médico-chirurgical, systèmes d'administration des médicaments, locations, prestations pharmaceutiques, etc., sont remboursées par l'assurance-maladie de base, dans les mêmes limites que pour tout autre traitement ambulatoire.

Analyse

Après avoir discuté avec un employé de SOS pharmacien, nous avons pris conscience de l'importance que peut jouer cette structure d'aide et de soins à domicile. En effet, nous ne nous doutions pas qu'il arrivait parfois que ses employés soient les seuls professionnels de santé que certaines personnes âgées acceptent de voir. Ces aînés très isolés, qui ne sortent pas de chez eux, qui voient très peu le médecin ou l'infirmier, échappent alors au dépistage de problèmes médicaux, mais grâce à SOS pharmacien (dont ils ont absolument besoin par exemple pour la livraison de poches de nutrition artificielle), ce dépistage peut avoir lieu et le cas échéant, des procédures peuvent être mises en place pour venir en aide à la personne (recours à l'UGC, hospitalisation etc.).

❖ Action sociale individuelle :

Hospice général



L'hospice général (HG) est un service cantonal qui ne s'adresse pas uniquement aux personnes âgées mais offre certaines prestations qui leurs sont adressées.

Prestations

L'HG offre des prestations pour les personnes âgées dans deux domaines distincts : des aides financières et des activités pour les seniors.

Les rentiers AVS-AI n'ont pas le droit aux aides financières. Le demandeur d'une aide financière doit s'adresser au Centre d'Action Sociale et de Santé (CASS) de son quartier. Puis un rendez-vous est fixé avec un assistant social pour évaluer les besoins de la personne.

Les Centres d'animation pour retraités (CAD) organisent des conférences, des expositions, des activités diverses, des ateliers de jardinage, de cuisine, de danses folkloriques.

De plus l'HG propose des vacances dans deux de leurs propriétés, l'une en plaine, l'autre en altitude afin de « permettre aux personnes âgées de se ressourcer » avec une équipe spécialisée.

Financement

L'HG est une institution entièrement financée par le canton de Genève. En ce qui concerne les CAD, les conférences et expositions sont gratuites, tandis que les ateliers coûtent entre CHF 5 la leçon pour les cours de danse et CHF 20 la journée pour les ateliers de cuisine. Certaines activités se font en partenariat avec Gym Seniors Genève.

Les maisons de vacances proposent des tarifs journaliers entre CHF 100 et CHF 115 par personne, en pension complète, cependant cette prestation n'est pas remboursée par les caisses maladies.

Foyers de jour

Dans le but d'un maintien des personnes âgées à domicile, les institutions genevoises ont mis en place dans différents secteurs du canton de Genève, sept foyers de jour.

Clientèle

Ces foyers accueillent jusqu'à 15 personnes en âge AVS chaque jour.

Objectifs

Les foyers de jours ont surtout un objectif de maintien à domicile des personnes âgées, notamment en :

- développant le mieux-être de chacun en respectant son autonomie
- rompant l'isolement, favorisant de nouvelles relations et activités
- aidant à surmonter une période difficile de la vie sur le plan affectif et/ou de la santé
- retardant ou écourtant une hospitalisation
- familiarisant à la vie communautaire les personnes âgées qui pourraient, un jour, être accueillies dans un EMS

Prestations

Les foyers de jours proposent un accompagnement psycho-social ainsi que le transport de la personne de son domicile au foyer. Les personnes âgées ont droit au petit-déjeuner, au repas de midi et une collation dans l'après-midi.

De plus, il est intéressant de relever qu'il existe un foyer de jour, « le Relais Dumas », spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer ou d'une démence apparentée et qui complète l'offre déjà existante des autres foyers de jour genevois.

Financement

Les tarifs varient en fonction des foyers de jour, mais, en moyenne, la journée coûte une cinquantaine de francs. Ces prestations ne sont pas remboursées par l'assurance maladie de base. Toutefois, les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS (SPC) peuvent recevoir un remboursement partiel de ces frais.

D'autre part, ces structures subsistent grâce à diverses subventions et à un autofinancement.

Analyse

Les foyers de jour sont des lieux permettant d'éviter l'isolement des personnes âgées. Toutefois, ces structures ont des limites, notamment du point de vue financier. En effet, les personnes âgées ne sont pas toujours en mesure de pouvoir payer les frais d'un foyer de jour, ce qui les restreint à profiter de cette offre. De plus, les horaires des foyers sont restreints : de 9h à 17h pour la plupart, ce qui empêche certains aînés d'y accéder pour notamment prendre leur petit déjeuner, ou leur souper.

Unité d'accueil temporaire (UAT)

Il s'agit d'EMS (établissements médico-sociaux) réservant des chambres à l'accueil temporaire des personnes âgées (minimum 5 jours, maximum 30 jours).

Les buts principaux de ces UAT sont de soulager momentanément la famille des personnes âgées ainsi que de permettre aux personnes âgées de se familiariser à la vie en EMS.

Immeuble avec encadrement social

En 2008, le canton de Genève compte 19 immeubles avec encadrement social pour personnes âgées (anciennement désignés D2). Si le nombre d'immeubles est stable depuis plusieurs années, le nombre de logements, quant à lui, a légèrement diminué. Il est passé de 1 127 logements en 2000 à 1 219 logements en 2008.

Clientèle

Ces immeubles à encadrement social d'adressent à toutes personnes:

- en âge AVS
- en âge non AVS, souffrant d'un handicap (psychique ou physique), après obtention d'une dérogation

Fin 2006, un peu plus de 3 % de la population du canton âgée de 80 ans ou plus vit dans un immeuble avec encadrement social pour personnes âgées. Au cours de ces dernières années, le nombre de locataires des immeubles avec encadrement social pour personnes âgées est resté stable. Parmi les 1 164 locataires recensés à fin 2006, près de la moitié (49 %) est âgée de 80 ans ou plus et 9 % sont âgés de 90 ans ou plus. L'âge moyen des locataires s'établit à 78 ans (75 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes). Les femmes représentent 71 % des locataires. Elles sont en majorité veuves (52 %), alors que seuls 16 % des locataires masculins le sont. Les 82 % des locataires vivent seuls.

La grande majorité (74 %) des 146 nouveaux locataires enregistrés en 2006 vient directement d'un logement privé sans encadrement. Pour 58 % d'entre eux, la durée d'attente n'a pas excédé 3 mois, mais 14 % ont néanmoins attendu plus d'une année.

Avantages

Les immeubles regroupent des logements indépendants (studios, 2 ou 3 pièces), dont les résidents sont locataires à part entière, et des locaux communs pour différentes activités d'animation. Ils sont équipés d'un système d'appel permettant de requérir de l'aide auprès du personnel d'encadrement.

Les appartements et les immeubles sont conçus sans barrière architecturale, pour des personnes âgées et handicapées.

Prestations

Des professionnels qualifiés assurent les prestations suivantes :

- aide sociale (conseils individuels, soutien moral, démarches administratives)
- intendance (achats de première nécessité, dépannage pratique lié à la vie de tous les jours)
- accompagnement en cas de handicap physique
- animation (repas communautaires, jeux de société, excursions, spectacles, etc.) 43 % des locataires fréquentent à l'occasion la salle à manger de leur immeuble (seul 1 immeuble ne possède pas de salle à manger commune), dont la majorité (62 %) au moins une fois par semaine. En outre, deux tiers des locataires (65 %) participent aux activités sociales et culturelles proposées, dont un tiers au moins une fois par semaine.
- sécurité (intervention comme premier échelon de secours)
- appui pour la mise en place d'aide et de soins à domicile
- permanence nocturne (un veilleur assure la tranquillité de l'immeuble et la sécurité, 365 jours / 365 de 19h à 7h)
- aide et soins à domicile

La FSASD a la mission de gérance sociale dans les immeubles. Fin 2006, 35 % des locataires sont au bénéfice d'aide de ménage et 26 % au bénéfice de soins à domicile dispensés par la FSASD.



L'immeuble avec encadrement social des Avanchets.

Financement

Comme dans toute location, le montant change d'un immeuble à l'autre. Pour les immeubles à loyers subventionnés, si les revenus dépassent le barème fixé, une surtaxe peut être demandée.

Les frais occasionnés par les prestations d'encadrement social ne sont pas à la charge des locataires. Les frais d'aide et de soins à domicile sont facturés aux tarifs en vigueur.

Analyse

« Le constat a été fait à plusieurs reprises: ces lieux d'interface entre le domicile habituel et l'établissement médico-social (EMS), qui offrent une possibilité d'être «chez soi» dans un lieu sécurisé, ralentissent incontestablement le processus de perte d'autonomie. Ils évitent des hospitalisations et retardent l'entrée en EMS. »

Allocution prononcée le 17 avril 2007 aux Avanchets par M. P.F. Unger, conseiller d'Etat en charge du DES et retranscrite dans Feuille d'Avis Officielle de la République et canton de Genève (255e année No 45).

M. Unger n'est pas le seul à saluer l'intérêt de ces immeubles. En effet, nous avons également recueilli l'avis de différents professionnels du terrain qui sont unanimes à ce sujet. Ils estiment néanmoins que le nombre de ces immeubles est insuffisant pour satisfaire les besoins.

Le témoignage d'une personne vivant dans un de ces immeubles est retranscrit dans le chapitre « Exemples de cas ».

Etablissements médico-sociaux (EMS)

Le canton de Genève dispose d'une cinquantaine d'établissements médico-sociaux (EMS) reconnus au sens de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) qui assurent l'hébergement, les soins, les repas, l'hôtellerie et les animations aux résidents.

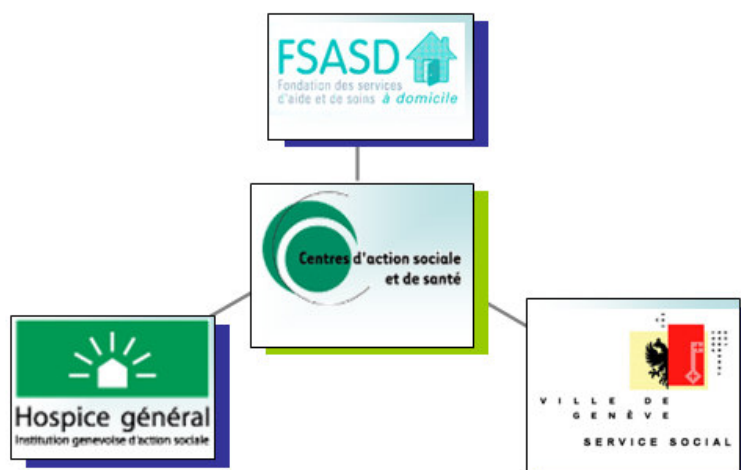
Objectifs

Le but principal des EMS est d'assurer le bien-être des personnes âgées qui ne peuvent plus vivre à leur domicile, ce qui constitue une mission essentielle face au vieillissement de notre population. Celle-ci se réalise à travers la collaboration des EMS privés et publics et l'appui de la Fédération genevoise des EMS (FEGEMS).

Service Social de la ville de Genève (SSVG)



Le Service social de la Ville de Genève (SSVG) a pour principale mission de soutenir les personnes en difficultés financières et sociales, domiciliées sur le territoire de la commune. Les aînés sont une population prioritaire pour le SSVG. Il faut noter que le SSVG fait partie des Centres d'action sociale et de santé (CASS) de la ville de Genève, qui regroupent, en plus, l'hospice général et la FSASD de la ville.



Prestations

Présent dans tous les quartiers et dans diverses structures, le SSVG propose de nombreuses prestations qu'il coordonne avec celles développées par les services cantonaux et les associations œuvrant dans le secteur social et sanitaire et en étroite collaboration avec plusieurs services municipaux. Privilégiant l'action de proximité, le SSVG est un service polyvalent qui offre une palette de prestations individuelles et communautaires, ainsi le SSVG :

- suscite, développe et soutient des actions de type communautaire dans les quartiers, en collaboration avec d'autres institutions et des associations,
- octroie des aides financières aux personnes et familles de condition modeste et aux associations sociales, (Le SSVG est chargé d'attribuer diverses aides financières aux personnes ou familles de condition modeste habitant la Ville de Genève dont le revenu est inférieur aux barèmes établis.)
- lutte contre l'exclusion sociale et vient en aide aux personnes sans abri et démunies,
- organise des animations et activités pour les personnes âgées, handicapées ou isolées.

La rencontre avec un adjoint de direction du SSVG, Stéphane Birchmeier, nous a permis de bien cerner les actions spécifiques menées par le SSVG à l'attention des personnes âgées.

Le secteur Aînés :

- gère et anime des lieux de rencontre (clubs d'aînés, espaces-quartiers, Cité Seniors. En contact avec toutes les associations d'aînés, Cité Seniors dispose d'une plate-forme d'information concernant les seniors, ainsi que d'un programme d'action comprenant des débats et des concerts.)
- propose des cours et ateliers, organise des activités de loisirs, des animations, des séjours et excursions ainsi qu'un programme spécifique pour les personnes à mobilité réduite, etc.
- Les prestations proposées sont ouvertes aux personnes résidant en EMS et les clubs d'aînés sont subventionnés par le SSVG.

De plus, ce service communal a mis à disposition principalement des personnes âgées, trois immeubles dans lesquels des infirmières peuvent intervenir auprès des locataires qui en font la demande, pour les accompagner dans leurs problèmes de santé, en leur délivrant conseils et soins.

Analyse

Ce que M. Birchmeier a mis en relief, c'est que malgré l'ensemble des prestations fournies, quelques personnes âgées restent très isolées. Le SSVG a alors mené une action pilote aux Eaux-Vives en engageant un collaborateur qui a contacté toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant dans le quartier pour leur demander comment elles vivent, quels sont leurs besoins. Cela a permis d'identifier les personnes les plus seules, isolées, avec très peu de liens sociaux. Dès lors, des micro-activités à proximité de ces personnes leur ont été proposées. L'opération a eu de bons résultats puisque cela a permis que certaines personnes recommencent à sortir de chez elle pour se rendre au café par exemple et d'autres ont recommencé à prendre soin de leur apparence, à s'apprêter. M. Birchmeier aimerait



développer cette opération à l'ensemble des quartiers de la ville de Genève.

Pro Senectute (PS)



Pro Senectute est une fondation privée, réservée aux seniors, existant depuis 1917 en Suisse et reconnue par la Confédération. Cette institution vise à assurer une réelle qualité de vie aux aînés.

Prestations

PS offre de nombreuses et diverses prestations en vue de faciliter la vie à domicile. Tout d'abord, des assistants sociaux proposent des consultations sociales gratuites et confidentielles destinées aux personnes âgées, de même qu'à toute la population. En effet, le service social de PS met à disposition un accompagnement et une évaluation personnalisée, des informations sur les assurances sociales, des renseignements et une orientation pour l'organisation du maintien à domicile, ainsi que sur les services médico-sociaux adéquats et un accompagnement lors d'handicaps, une aide financière individuelle entre autres. D'autre part, cette institution possède un appartement communautaire au sein de la coopérative Inti, et un foyer de jour, le Caroubier, où ont lieu, tous les lundis, des ateliers créatifs pendant lesquels les aînés laissent parler leur imagination. De plus, cette fondation gère des unités d'accueil temporaire (UAT) situées à la Résidence Fort-Barreau et à la Résidence des Franchises. De plus, Pro Senectute vend des moyens auxiliaires neufs ou d'occasion aux personnes âgées.

Financement

La facturation diverge selon la prestation. Ainsi, la consultation sociale dispensée par cet institut est gratuite, les tarifs du foyer de jour et des UAT gérés par PS restent identiques aux autres lieux et la location d'une chambre de l'appartement communautaire est de CHF 830 tout compris. Quant à l'achat de moyens auxiliaire, l'AVS octroie un forfait de CHF 900 pour l'achat d'un fauteuil roulant, tous les cinq ans, et le rentier peut bénéficier d'une aide supplémentaire dont Pro Senectute peut aider à en effectuer la demande.

D'un autre côté, cette fondation subvient à ses besoins financiers au moyen de donations.

❖ **Action sociale communautaire de proximité :**

Unités d'Action Communautaire (UAC)

Basées dans les huit Centre d'action sociale et de santé (CASS) de la ville de Genève, les unités d'action communautaire existent depuis cinq années et sont sous la responsabilité du service social de la ville de Genève. Afin de renforcer au mieux les liens sociaux entre les habitants, il existe une unité d'action communautaire par secteur socio-sanitaire de la ville de Genève, ainsi qu'une

collaboration avec les clubs d'aînés et les EMS, dans le cadre d'interventions destinées aux personnes âgées.

Association de défense et de détente de tous les retraités (AVIVO)



Fondée en 1949, l'AVIVO s'était donnée pour objectif central, la défense des vieillards, des invalides, des veuves et des orphelins.

Prestations

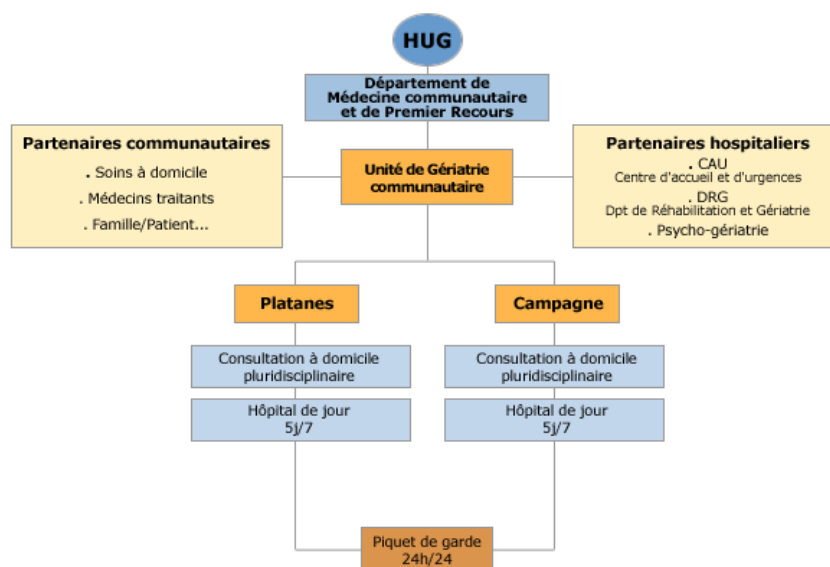
AVIVO est active aux travers d'actions de revendications, de pétitions, d'initiatives populaires. Son activité est également dans les domaines des loisirs afin de permettre aux retraités de rompre la solitude en faisant des rencontres aux travers de thés dansants, repas d'amitié, pétanque, chorale, marches pédestres, ateliers, vacances, etc.

AVIVO édite un mensuel « Espaces » qui informe ses membres de leurs activités.

Unité de Gériatrie Communautaire (UGC)

L'UGC est un service de soins communautaires qui a pris naissance en 1972 avec la création du Centre de Gériatrie (CEGER) par le Professeur Junod. Par la suite, dans les années 90, s'est créé la Policlinique de Gériatrie (Poliger) qui comprenait deux sites, le premier à Colladon, et le second aux Bains. Depuis 2004, la Poliger quitte le département de gériatrie pour s'insérer dans celui de médecine communautaire et de premier recours. En 2007, la Poliger devient une unité de ce département, l'UGC. La même année, le site des Bains déménage aux Platanes et les huit lits d'hospitalisation brève des Bains sont transférés équitablement à Beau-Séjour et aux Trois Chênes, tous deux faisant partie du département de réhabilitation et gériatrie et HUG.

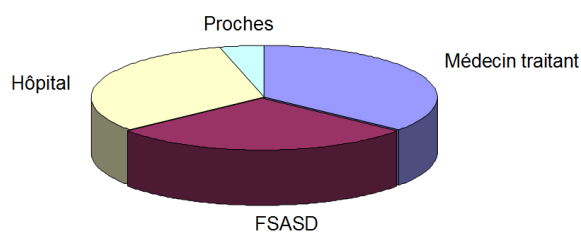
Actuellement, la mission de cette structure est de prendre soin d'une population âgée, fragile, dépendante et présentant de nombreuses co-morbidités, dans son milieu de vie habituel. Pour cela, le service de L. DiPollina dispose de deux secteurs d'activité sur le site Platanes et Campagne, il s'agit de consultations domiciliaires et de deux hôpitaux de jours. De plus, devant ces situations socio-sanitaires difficiles, l'ancienne Poliger collabore avec divers partenaires. En effet, il est question de partenaires communautaires, dont, notamment, les soins à domicile (FSASD, CSI, Sitex), les médecins traitants (dont SOS médecin et Genève médecin), le patient et sa famille, les ilotiers de la gendarmerie, ainsi que de partenaires hospitaliers mentionnés dans l'organigramme ci-dessous. Enfin, l'UGC inclut un piquet médical assuré pour l'ensemble des prestations.



9

Origine de la demande d'intervention

Comme le souligne le diagramme ci-dessous, les services hospitaliers, les médecins traitants, et les CASS représentent environ 30% chacun des solliciteurs de ce service des HUG. Seulement 10% des demandes proviennent des patients eux-mêmes ou de leurs proches. Il faut souligner que, quelle que soit l'origine de la requête, l'accord du médecin traitant, dans le cas où le patient en possède un, est indispensable avant toute intervention.

Source¹⁰

Consultations domiciliaires

Le médecin, accompagné d'un autre professionnel de santé (assistante sociale, ergothérapeute, physiothérapeute, diététicienne, infirmier référent du CASS...), effectue une évaluation gériatrique standardisée (cf. l'annexe), d'une durée moyenne de trois heures, qui vise à analyser l'ensemble des problèmes médicaux-psycho-sociaux. Ces interventions peuvent mener à un suivi global dans 60% des cas, ou à un suivi du conjoint, un avis ponctuel, ou encore à une évaluation pour la participation à l'Hôpital de jour.

Hôpital de jour

L'UGC dispose de deux hôpitaux de jour : Platanes, sur le site de Belle-Idée, et Campagne, sur le site de Loëx.

Platanes et Campagne sont des structures thérapeutiques diurnes, ouvertes 5 jours sur 7, et recherchant à optimiser le maintien à domicile des personnes âgées, afin de retarder ou d'éviter des hospitalisations à répétition et l'entrée prématurée en

⁹ Tiré du site : <http://geriatrie-communautaire.hug-ge.ch/organisation/organigramme.html>

¹⁰ Tiré de la présentation Power Point sur l'UGC, de L. DiPollina

EMS. Contrairement aux Foyers de Jour, ces hôpitaux de jour sont des lieux de soins où se forment des groupes thérapeutiques. De plus, la prise en charge des patients est limitée dans le temps et réévaluée tous les 3 à 6 mois par une équipe multidisciplinaire, alors que la fréquentation des foyers de jour est indéterminée. Cela s'explique par le fait que la prise en charge dans un hôpital de jour est couverte par l'assurance maladie, alors que les frais sont à la charge du client dans un foyer.

Ces hôpitaux diurnes comportent des groupes thérapeutiques divers, c'est le cas des ateliers mobilité (Tai-chi, balnéothérapie à Cressy Santé), mémoire (art thérapie, éveil mémoire), alimentation (atelier protéine), et dépendance à l'alcool. Les personnes âgées assistent aux activités une à deux fois par semaine et la durée de participation est limitée, comme expliqué ci-dessus.

Le processus d'admission dans l'un des deux sites de l'UGC est le suivant : tout d'abord, une demande se fait par le médecin traitant ou autre. Ensuite, l'équipe mobile se déplace afin d'évaluer la situation du patient et un colloque se réalise à l'hôpital de jour afin qu'une orientation en fonction des problématiques s'effectue. Par la suite, une journée d'essai et un projet thérapeutique, ainsi qu'une ré-évaluation des objectifs tous les trois mois ont lieu.

Forfaits et prise en charge

Les consultations domiciliaires sont au tarif Tarmed et la Lamal les prend en charge, sous réserve de la participation aux coûts. En ce qui concerne les hôpitaux de jour, les assurances maladie remboursent les prestations fournies facturées selon un forfait dégressif de CHF 178 quotidiens pour le premier mois.

Analyse

L'évolution de l'UGC, avec les nombreux déménagements de territoire, de lits et les changements administratifs, montre le périple de ce groupe d'action. En effet, il semblerait que les décisions bureaucratiques ne correspondent pas toujours aux réels besoins de nos aînés. A ce propos, le déplacement du site des Bains à Belle-Ideé pose un problème d'acceptation de fréquentation par les patients qui craignent d'y être enfermés pour troubles psychiatriques. De plus, le déplacement des lits d'hospitalisation brève dans des lieux hospitaliers ont mené à une réticence de la part des personnes âgées. De surcroît, le fait que l'UGC soit réduit à une sous-unité du département de médecine communautaire et de premier recours, alors qu'elle constituait elle-même un département, souligne le fait qu'il existe un désintérêt à l'égard de « nos » grands-parents. Ainsi, d'après un gériatre que nous avons rencontré, « les administrateurs devraient faire un stage sur le terrain avant de prendre toute décision ».

Clubs d'aînés

Les clubs d'aînés sont des associations à but non lucratif gérés par des comités de bénévoles. Ils sont implantés dans de nombreux quartiers de la ville de Genève, sont des lieux conviviaux où il est possible de se rencontrer entre membres pour jouer au yass, au bridge ou au loti, participer à des ateliers, partager un repas, un goûter, une excursion... Ils contribuent au développement de la vie de quartier et sont un exemple de prise en charge autonome d'activités pour les seniors. Ils sont regroupés au sein de la Fédération Genevoise des Clubs d'Aînés (FGCA).

Objectifs

- Représenter les clubs d'aînés auprès des pouvoirs publics et des divers groupements concernés par les aînés
- Coordonner, soutenir et promouvoir les actions des clubs
- Faciliter les contacts entre retraités
- Prôner la solidarité
- Permettre aux aînés de rester actifs dans la société
- Favoriser la création de nouveaux clubs.

Prestations

- Promouvoir des activités, rencontres et manifestations permettant aux personnes à la retraite de rester actives et bien intégrées dans la collectivité
- Recueillir, éditer et diffuser des informations utiles aux membres et à la population
- Représenter les membres auprès des pouvoirs publics et des divers groupements qui se préoccupent des questions liées aux personnes à la retraite

Avant'âge (radio)



Association à but non lucratif qui réalise l'émission quotidienne pour les aînés « Art de vivre » qui a pour objectifs :

- Atteindre les personnes âgées isolées
- Informer le public sur des questions liées au vieillissement
- Donner la parole aux aînés dans les émissions
- Promouvoir la santé des aînés
- Rester en phase avec l'actualité
- Divertir

Gymnastique seniors

Association à but non lucratif politiquement et confessionnellement neutre subventionnée par l'Office fédéral des assurances sociales et partenaire de Pro Senectute.

Actuellement plus de 170 adhérents suivent chaque semaine un des 144 cours répartis dans l'ensemble du canton. 30 cours de mobilité sont dispensés dans des EMS, résidences et foyers de jour.

Objectifs

- Maintenir et améliorer la condition physique des participants mais aussi favoriser la solidarité dans le groupe.
- Adapter au mieux l'enseignement à ses participants sans esprit de compétition.
- Les activités doivent être accessibles à tous et rester un plaisir.



- Offrir un enseignement performant : moniteurs et monitrices suivent une formation reconnue par l'office fédéral du sport et une formation continue.

Financement

Exemple : Gym mobilité et plaisir CHF. 50 pour 10 cours.

Mouvement des aînés



Objectifs

Le Mouvement des aînés a pour but d'offrir une certaine qualité de vie aux personnes à la retraite ou proches de celle-ci, à valoriser le rôle des aînés dans la société et à faire reconnaître leurs compétences.

Il les encourage à demeurer autonomes et actifs, à acquérir de nouvelles connaissances et un nouveau savoir-être, à favoriser la solidarité inter-générationnelle, à rencontrer des personnes partageant les mêmes intérêts et les mêmes goûts et à maintenir leurs capacités physiques, morales et intellectuelles pour leur procurer une avance en âge réussie et positive.

Financement

Les membres doivent payer une cotisation par année civile non remboursable de CHF. 50. Ils peuvent être sollicités, le cas échéant, pour d'autres contributions particulières, durables ou limitées. Exemple : Visites de musées, d'expositions, d'entreprises, d'institutions : CHF. 3 par visite.

Une fois adhérente, la personne âgée est alors régulièrement informée de l'ensemble des activités (plus de 40) par un bulletin d'information et peut ainsi participer à tarif réduit aux activités de son choix tout en bénéficiant également d'autres avantages MDA.

Pro Senectute (cf. ci-dessus)

✧ Prestations financières :

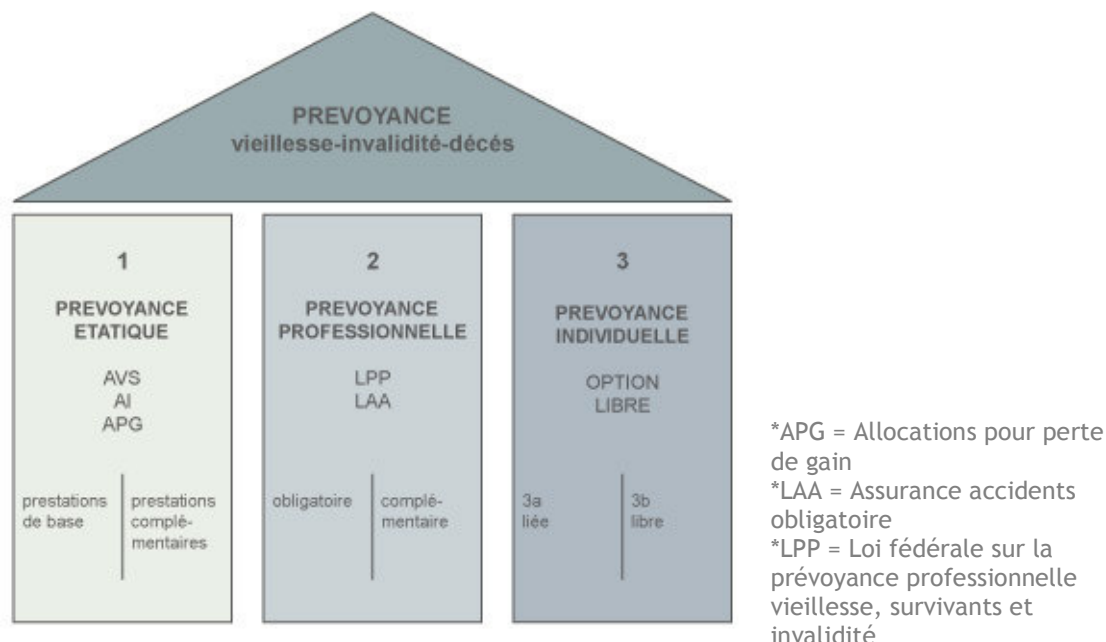
Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Les premières rentes AVS ont été versées en 1948. À cette époque et encore de nos jours, l'objectif de cette assurance est de compenser partiellement la perte de revenu lié à l'âge ou au décès.

Avec l'assurance invalidité (AI) et les prestations complémentaires (PC), l'AVS forme le premier des trois piliers du système de sécurité sociale suisse.

Le deuxième pilier est composé par la prévoyance professionnelle (caisse de retraite), qui est obligatoire pour les salariés.

Quant au troisième pilier, il est constitué par la prévoyance personnelle qui est facultative (assurance privée).



BUT DU SYSTEME DES 3 PILIERS

- 1 Garantir le minimum vital
- 2 Garantir le maintien du niveau de vie antérieur jusqu'à un certain revenu
- 3 Garantir le maintien du niveau de vie antérieur pour les revenus élevés

Gestion

L'office fédéral des assurances sociales s'assure de l'application uniforme des prescriptions légales, alors que la centrale de compensation AVS à Genève régit la comptabilité générale de l'AVS.

Prestations

D'une part, l'AVS remet une rente de vieillesse, dont le montant est calculé en fonction de la durée de cotisation et du revenu annuel moyen. Depuis le 1er janvier 2007, le versement mensuel de la retraite s'élève à CHF 1'105 au minimum et à CHF 2'210 au maximum pour une durée complète de cotisation.

Par ailleurs, l'AVS fournit des allocations d'impotence ainsi qu'une contribution aux frais de moyens auxiliaires et des subventions en faveur de soins et d'aide à domicile (notamment FSASD) et d'autres institutions d'aide à la vieillesse (Pro Senectute p.ex.).

Financement

Les employeurs, les personnes salariées, les personnes indépendantes, la Confédération et les cantons, ainsi qu'une partie de la taxe à la valeur ajoutée (TVA) constituent les principales sources de revenus de l'AVS. Son financement se fait selon un système de répartition, où les cotisations encaissées sont alors redistribuées pendant la même période sous forme de prestations aux ayants droits.

De plus, il faut souligner le fait que l'AVS se base sur le principe de « solidarité » non seulement intergénérationnelle (les rentes en cours sont financées par la population active), mais aussi entre riches et pauvres (les personnes disposant d'un revenu élevé paient davantage de cotisations).

Service des Prestations complémentaires (SPC) (ex. OCPA)



Le SPC est rattaché au Département de la solidarité et de l'emploi (DSE). Il n'est pas chargé uniquement de verser des prestations aux personnes âgées.

Prestations

Ce service est chargé de verser des prestations complémentaires fédérales ou cantonales aux personnes recevant l'AVS-AI. Sous certaines conditions, des prestations complémentaires peuvent être versées aux personnes ne recevant pas l'AVS-AI. Le but de ces prestations complémentaires est d'offrir un véritable revenu minimum d'aide sociale.

De plus le SPC est amené à rembourser des frais médicaux qui ne sont pas remboursés par les assurances, propose des aides financières aux personnes en établissement, certaines réductions sur les abonnements aux transports publics.

Association d'appuis aux aînés

Cette association fournit un soutien financier occasionnel ou régulier pour divers frais liés au vieillissement, à l'état de santé ainsi qu'à l'aménagement du domicile. Ces aides sont fournies après une évaluation budgétaire et s'adressent aux personnes en âge AVS, bénéficiant de prestations complémentaires ou non.

Pro Senectute (cf. ci-dessus)

SSVG (cf. ci-dessus)

EXEMPLES DE CAS

Nous trouvons intéressant de rencontrer des personnes âgées pour recueillir leur vécu et leur ressenti concernant différentes situations en lien avec notre thématique, plutôt que de se baser uniquement sur le point de vue des professionnels du terrain. Ainsi nous espérons avoir une relative vision d'ensemble des points de vue des différents protagonistes et par là, faire émerger des problématiques à différents niveaux.

Remarque : tous les cas présentés ont des noms fictifs pour respecter l'anonymat de la personne.

Mme Loëx

Parcours

Mme Loëx et une personne âgée, actuellement hospitalisée à l'hôpital de Loëx. Son parcours hospitalier commence en décembre 1999 aux HUG où elle est hospitalisée aux soins intensifs suite à des problèmes pulmonaires (BPCO). Elle y restera environ deux mois. Puis, durant plusieurs mois elle séjournera à l'hôpital de Beau-Séjour pour y faire de la physiothérapie pulmonaire. En juillet 2005, elle entra à l'hôpital de Loëx pour se faire déplacer d'une unité à l'autre durant deux ans, pour finir dans une unité « fixe » depuis environ une année.

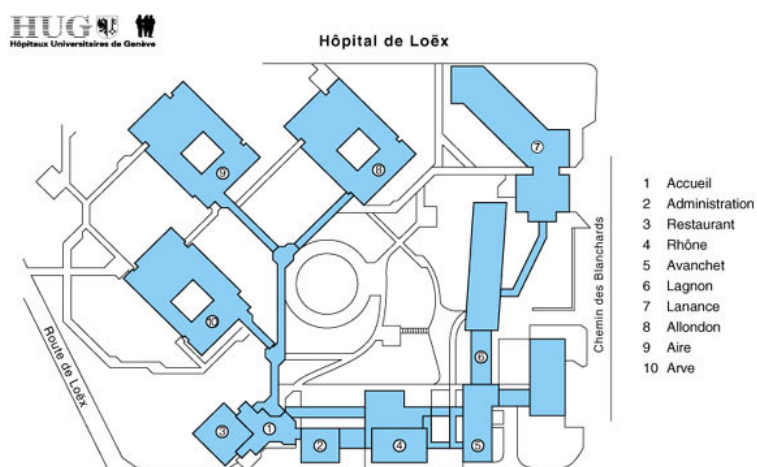
Arrivée à l'Hôpital de Loëx

Lorsqu'elle était à l'hôpital de Beau-Séjour, on lui avait promis une chambre seule à l'hôpital de Loëx. Toutefois, à son arrivée, elle s'est trouvée dans une chambre à deux personnes. Selon elle, elle a été « sauvée » par le MRSA qui lui a permis d'être déplacée dans une chambre seule où elle se trouve encore actuellement. Trois mois après son arrivée à Loëx, une discussion avec le chef de clinique scandalise Mme Loëx, qui prend mal la remarque du médecin qui lui a dit qu'elle n'était pas malade puisqu'elle pouvait respirer.

Quelques temps plus tard, le physiothérapeute est venu pour la mobiliser, mais elle n'y arrivait pas, car son souffle lui faisait défaut.

Après quelques mois, on lui a dit qu'elle était stable, ce qu'elle interprète comme étant un état définitif où les progrès ne sont plus envisageables.

Depuis quelques mois, on lui a proposé d'aller dans un EMS ce qu'elle a refusé.



Ressentis

La patiente se sent trahie en tous points et a l'impression d'être incomprise par les soignants. Lorsque ces derniers viennent dans sa chambre, elle se sent inférieure à eux, du fait qu'elle soit couchée dans son lit et eux soient debout.

Lorsqu'on lui a proposé d'aller en EMS, elle a refusé pour deux raisons :

- Elle a l'impression qu'elle n'est pas en état pour être institutionnalisée, elle souhaiterait reprendre des forces et être mieux rétablie, car elle estime que son état médical relève de l'hôpital
- Pour elle, l'EMS est un lieu où l'on va mourir, « c'est définitif ».

Concernant sa prise en charge elle a l'impression que c'est le côté politique qui prime sur la dimension humaine et le regrette énormément.

Attentes

D'une part, elle espère que son état va s'améliorer, car elle a l'impression qu'il n'a fait qu'empirer depuis qu'elle est à l'hôpital de Loëx. D'autre part, elle attend plus d'humanité envers elle de la part des soignants.

Mme BS

Parcours

Une personne âgée hospitalisée à Beau- Séjour a eu la gentillesse de nous recevoir dans sa chambre afin de nous relater son expérience des services de la FSASD. Sa présence à l'hôpital fait suite à une chute dans les toilettes, elle s'y est tordue la cheville.

Sa première hospitalisation, il y a cinq ans de cela, a duré deux ans (4 mois aux soins intensifs, 5 mois à Beau- Séjour et 11 mois à Loëx). L'accident qui a causé cette hospitalisation a rendu Mme BS hémiplegique droite, elle se trouve alors en fauteuil roulant et des aménagements à son domicile ont donc du être réalisés. Pour cela, quelques temps avant la sortie de l'hôpital, un ergothérapeute s'est rendu chez la patiente, en sa présence, afin d'y évaluer les aménagements à effectuer. Il a fallu installer une barre dans les toilettes, une dans la baignoire où une planche pour s'asseoir a également été posée et les seuils de porte ont été changés.



Sortie de Beau-Séjour

Une fois les travaux effectués, Mme BS a pu retrouver son domicile. Elle s'est dite satisfaite des nouveaux aménagements mais les travaux en eux même l'ont rendue amère puisque d'après elle, la société mandatée (Carte Blanche pour ne pas la citer) a « fait un travail de cochon ».

Ressentis vis-à-vis de la FSASD

Du fait de son handicap, une aide à domicile a été prévue par l'hôpital ; c'est la FSASD qui a été sollicitée et cela fait trois ans que la Fondation s'occupe de Mme BS. A l'hôpital, il a été estimé que la patiente aura besoin d'aide pour la douche (trois fois par semaine), pour le ménage, pour préparer le pilulier (une fois par semaine) ainsi que des séances d'ergothérapie. A partir de là, le discours de la patiente a été plus animé, elle est très critique à l'égard de l'organisation de la FSASD et de certains de ses employés. Elle regrette par exemple que les équipes tournent aussi rapidement et il n'est pas rare de voir plusieurs personnes



différentes au cours d'une même semaine. De fait, il est difficile de s'attacher à quelqu'un, de créer des liens. De plus, comme elle a souvent affaire à des « poolistes », elle ne les connaît pas d'une part, ce qui peut être gênant pour la toilette et d'autre part, comme il n'y a pas de communication entre employés, ils ne savent pas ce qu'ils doivent faire et c'est alors Mme BS qui doit tout expliquer, ce qui lui est pénible à la longue. La patiente déplore également que certains employés de la FSASD bâclent leur travail, d'autres viennent plus de deux heures en retard, les absents ne sont pas toujours remplacés et enfin, elle trouve le service bien cher même s'il est en grande partie pris en charge. En résumé, pour reprendre ses termes : « c'est le bordel » mais pour finir sur une note positive, Mme BS précise tout de même qu'« en général ça se passe bien ».

Mme IM

Parcours

C'est au volant de sa voiture, à Lausanne, que Mme IM a subi un accident vasculaire cérébral. Ce dernier mena à une hémiparésie gauche, ainsi qu'à une hémiparésie gauche et une perte de sensibilité superficielle et profonde de l'hémicorps gauche. Cette dame a donc été hospitalisée pendant une quinzaine de jours au CHUV, après lesquels on l'a rapatrié sur Genève, son canton de résidence. Là, Mme IM a passé une dizaine de jours aux soins intensifs des HUG, à la suite desquels on l'a transférée à Beau-Séjour, où elle a séjourné pendant neuf mois, afin de procéder à une rééducation ayant pour but de réapprendre à marcher. Pour cela, cette patiente était accompagnée quotidiennement, au rythme de quatre fois par jours, par un ergothérapeute et un physiothérapeute.

Sortie de Beau-Séjour

Après avoir passé deux-tiers de son année à Beau-Séjour, le médecin du service annonça à sa patiente, deux jours auparavant, qu'elle allait pouvoir quitter les lieux. Toutefois, cette décision semblait précipitée pour Mme IM, qui aurait voulu pouvoir séjourner plus longtemps dans cet établissement des HUG en vue d'améliorer sa marche. Ne pouvant pas s'opposer à cette initiative, cette dame, invalide, s'est vue dans l'obligation de préparer son départ. A cet égard, Mme IM désirait partir habiter dans la grande maison de sa fille, en France. Cependant, ce souhait semblait impossible financièrement, car l'assurance maladie de base ne couvrait pas les frais à l'étranger. Une autre solution devait s'envisager. Le retour à domicile ne lui semblait pas concevable, du fait de son important degré de dépendance. La résolution de cette situation a été apportée par la patiente elle-même, qui proposa à l'assistante sociale, un emménagement dans un immeuble à encadrement social, logement qu'elle avait découvert une année auparavant en rendant visite à un ami. Par la suite, une infirmière de la FSASD a réalisé l'évaluation des besoins de cette dame, dans un studio de l'immeuble, afin d'organiser les soins et aides à domicile nécessaires pour cette dernière.

Immeuble à encadrement social (anciennement appelé D2)

Après un an de vécu dans cet immeuble avec encadrement pour personnes âgées, Mme IM a partagé son expérience avec nous, en nous décrivant l'infrastructure en place dans ce genre d'habitation, ainsi que les caractéristiques pratiques de cette dernière. En effet, ce lieu de vie est dirigé par un gérant social et dispose d'une

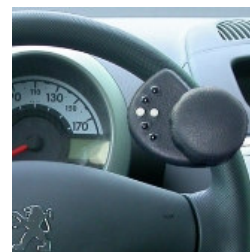
assistante polyvalente fournissant de l'aide dans diverses tâches, notamment le transport de charges aux étages et une contribution au ménage des studios. De plus, ce D2 est pourvu d'une cafétéria assurant un service quotidien, et propose des activités diverses, en particulier des sorties organisées et des cours de gymnastique.

D'autre part, la locataire de cet immeuble nous a fait visiter son studio. Celui-ci possède une salle de bain équipée pour personnes handicapées, une pièce principale meublée par Mme IM et une petite cuisine donnant sur le balcon. Les tons chauds de ce studio ont été choisis par cette résidante, qui, depuis son accident, a une « envie de rouge », cela montre sa « faim » de lutter contre ses problèmes de santé et reflète également son fort caractère.

Ressentis de la patiente

Mme IM nous a fait part de quelques remarques et critiques envers sa trajectoire de vie. D'une part, elle a ressenti un manque d'humanité de la part des médecins. En effet, selon cette patiente, « les médecins n'ont pas de psychologie », car lorsqu'elle a manifesté sa volonté de reconduire et remarcher un jour, le médecin l'a découragée, dès le départ, ce que Mme IM a peu apprécié. De plus, comme Mme Loëx, cette patiente a reproché la supériorité engendrée par les médecins, notamment lors de la visite médicale, où, non seulement, elle se trouve toujours en position inférieure de par sa position assise ou allongée, mais encore, elle paraît inexistante aux yeux du groupe de praticiens, qui parlent d'elle à la troisième personne du singulier. D'autre part, lors de son départ de Beau-Séjour, cette dame a éprouvé un délaissement de la part des soignants qui ne lui ont pas apporté de solution quant à sa destination, de telle façon que la résolution de ce problème s'est effectué par la patiente elle-même. En conséquence, Mme IM a montré beaucoup de volonté pour aboutir à ses objectifs et ne s'est pas sentie soutenue par les soignants; bien au contraire, elle souligne qu'il « faut toujours réclamer », sans quoi on ne parvient à rien.

Aujourd'hui, Mme IM se déplace à l'aide d'une canne, mais réussit à marcher et peut même conduire sa voiture adaptée à son handicap ce qui lui concède une certaine autonomie et liberté. D'un autre côté, cette dame ressent une certaine satisfaction dans ce nouvel habitat, dans la mesure où son studio correspond à ses besoins.



PISTES DE REFLEXION

Suite à nos différentes rencontres, nous avons pu faire ressortir des dysfonctionnements du système socio-sanitaire Genevois. Evidemment ces éléments ne sont pas exhaustifs car, par défaut de temps, nous n'avons pas pu effectuer une étude précise et complète sur le sujet, ce qui aurait pu nous permettre d'approfondir et défendre plus pertinemment notre réflexion. Toutefois, nous aspirons à constater les problèmes sous-jacents du système afin d'attirer l'attention du lecteur à ce sujet.

Professionnels

✧ Critères de sortie : consensus ?

D'après le projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (K 106-date de dépôt: 13 juin 2007), il semblerait que les modalités de sortie entre les différents établissements hospitaliers ne soient pas homogènes. Il y a donc une absence de critères d'évaluation précis des degrés de dépendance et des besoins en soins, partagés entre les différentes institutions. Ainsi, le Conseil d'Etat a décidé, en juin 2006, que des dispositions devaient être prises en matière de coordination des partenaires concernés par le domaine des personnes âgées notamment en définissant des critères d'admission et d'octroi des prestations, ce qui devra dès lors être mis en application lors des colloques de sortie dans les différents établissements hospitaliers.

✧ « Albu' quoi ? »

Que ce soit à Beau-Séjour ou aux Trois-Chênes, nous avons noté que lors des colloques de sortie des patients, l'état nutritionnel ne fait pas partie des critères d'évaluation. Il ne semble pas que l'équipe soignante se soucie de savoir si le patient est dénutri ou non alors qu'une étude montre bien que l'état nutritionnel à l'entrée (d'après l'albuminémie) est un élément prédictif du risque de réhospitalisation¹¹. Il semblerait donc logique que l'on prenne soin de s'assurer qu'en quittant l'hôpital, le patient ait un état nutritionnel satisfaisant de façon à limiter les risques de réhospitalisation.

✧ Grille d'évaluation lacunaire

Toujours d'après le projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (PL10058), il semblerait que des personnes prises en charge par l'aide et les soins à domicile devraient être prises en charge en EMS (en moyenne 50 clients au cours du premier trimestre 2006) alors que des personnes de dépendance relative, hébergées en EMS, pourraient encore recevoir de l'aide et des soins à domicile et/ou bénéficier d'une structure du type UAT ou foyer de jour par exemple.

¹¹ Herrmann FR, Safran C, Levkoff, SE, Minaker KL (1992). Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission, *Arch Intern Med*, 152(1) 125-30

Pour illustrer cela, le projet de loi retranscrit des exemples de cas dont voici l'un d'entre eux :

« Monsieur A, âgé 78 ans, est connu et suivi par la FSASD depuis 2003. Il est d'origine albanaise et vit avec son épouse. Il est atteint d'une démence sévère, accompagnée de troubles cognitifs majeurs, extrapyramidaux et sphinctériens. Il est totalement dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne, est complètement aphasique et ne comprend pas le français. Les soins quotidiens requis sont une toilette complète au lit avec prévention d'escarres, des soins liés à la sonde urinaire et à l'incontinence fécale, une aide pour les transferts pour les levers et les couchers, une aide pour l'alimentation avec des troubles de la déglutition, une installation dans la chaise roulante en dépit d'une grande spasticité.

Ces soins complexes au domicile ne peuvent être délégués à une aide seule et nécessitent quotidiennement deux soignants à trois reprises par jour, soit 3 à 5 heures de soins chaque jour et l'aide d'une troisième personne pour les transferts.

Parcours dans le réseau socio-sanitaire

- a) Monsieur A est hospitalisé en Gériatrie pour chute. En août 2006, la FSASD est sollicitée pour le colloque de sortie. L'HOGER demande un retour à domicile au vu du refus de placement par la famille, particulièrement Mme A. Suite à ce colloque, la FSASD envoie un courrier pour refuser la prise en charge de monsieur A à domicile avec motifs de la non garantie d'une sécurité minimale, l'impossibilité des transferts au domicile exigü, l'épuisement de l'épouse et la charge en soins (la demande est évaluée à l'équivalent d'un poste et demi !). Il est par ailleurs demandé au chef de clinique d'enclencher les démarches pour une mise sous tutelle, nécessitée par l'incapacité de discernement de Monsieur A et les décisions à prendre pour un placement.
- b) Monsieur A rentre à domicile car la famille le demande et le médecin de l'unité à l'HOGER avait fait une feuille d'arrêt de traitement. La FSASD redonne les soins 4 h par jour, et au bout de trois jours, Monsieur A est hospitalisé en urgence pour un globe vésical.
- c) La FSASD envoie encore un courrier au chef de clinique pour solliciter à nouveau la demande d'une mise sous tutelle.
- d) Plus de nouvelles de ce patient, jusqu'en janvier 2006, date à laquelle nous apprenons par l'assistante sociale que l'EMS de Val Fleury aurait refusé l'entrée de Monsieur A à deux reprises car il était sous antibiothérapie. En janvier 2006, l'assistante sociale de l'HOGER parle d'un éventuel retour à domicile. L'infirmière de liaison est informée et tente de suivre ce qui se passe.

Problématique identifiée

Monsieur A, totalement dépendant, nécessite 1,5 poste pour des soins à domicile qui ne garantissent pas sa sécurité. Clairement il doit être placé en EMS. Il n'a plus la capacité de s'exprimer sur son devenir, ni d'assurer lui même sa protection.

Personne, ni assistante sociale, ni médecin n'a pris la peine de demander à temps une mise sous tutelle nécessitée par l'état de santé de Monsieur A.

Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions qui vont à l'encontre de la famille, le réseau n'a pas de possibilité de protéger le patient « contre » sa famille.

Indépendamment d'un positionnement clair et sans équivoque des soins à domicile en colloque et par courrier, le client est sorti de l'hôpital pour un retour à domicile. Cette situation est très fréquente, soit par pression à la sortie des

services hospitaliers, soit par pression des familles, soit par méconnaissance des limites du domicile. »

Fort de ce constat, le Conseil d'Etat a décidé, en juin 2006, que des dispositions devaient être prises en matière de coordination notamment concernant l'orientation des personnes vers les structures de soins et/ou d'aide et/ou d'accompagnement les plus adaptées pour répondre à leurs besoins. Il s'agirait de mettre cela en pratique dès la sortie de l'hôpital pour éviter que des expériences telles que celle vécue par M. A ne se reproduisent de nouveau.

❖ **Conflits éthiques entre le patient et les acteurs de soins**

Les soignants sont souvent confrontés à des situations complexes où il n'apparaît aucune solution, à priori. Un conflit de valeurs est à la source de ces problèmes et leurs résolutions fait appel à une démarche éthique. Selon A. Mauron¹², il faut entreprendre une approche pragmatique, qui est un processus critique et argumenté sur les démarches et pratiques, et les valeurs morales qui s'y appliquent. Le but d'un tel procédé est de clarifier les enjeux éthiques sous-jacents, d'évaluer explicitement les options disponibles, ainsi que de discuter des décisions à prendre avec le patient¹³. S. Monod et ses collaborateurs proposent, lors d'une analyse éthique des situations, une marche à suivre résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Canevas de lecture éthique de situations cliniques qui nécessitent des décisions éthiquement difficiles	
1) Quels sont les faits cliniques pertinents ?	
a) Diagnostic, pronostic, thérapie	
b) Options thérapeutiques	
c) Avantages et inconvénients de chaque option médicale	
2) Quels sont les enjeux éthiques ?	
a) Quels principes éthiques sont en conflit dans ce cas ?	
• autonomie	
• non-malfaisance	
• bienfaisance	
• justice	
b) Comment aborder ces conflits ? (options éthiques)	
c) Implications respectives de chaque option	
3) Quelle est la décision appropriée ?	
a) Arguments en faveur	
b) Arguments en opposition	
c) Résultat de la délibération éthique	

13

Faits cliniques pertinents

¹² Cité dans la présentation de : François Loew, Ethique et nutrition en gériatrie, conseil d'éthique clinique des HUG, mars 2005

¹³ S.monod, C.Büla, L.Benaroyo, Comment décider quand une situation paraît trop complexe ?, Revue Médicale Suisse n°3085, novembre 2006

Tout d'abord, il faut énumérer les faits cliniques pertinents au centre des enjeux éthiques. Il s'agit, en l'occurrence, d'énoncer le diagnostic ainsi que le pronostic et les options de traitement, ainsi que d'analyser chaque option médicale. Le degré de dépendance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ), le souhait de rentrer à domicile ou non, sont des exemples de faits cliniques opportuns à évoquer et qui pourraient se produire lors du congé hospitalier d'une personne âgée.

Enjeux éthiques

Principes

Les quatre principes éthiques sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, puis la justice. Chacun regroupe des aspects importants à considérer.

Autonomie

La capacité d'autonomie est manifestée par un individu lorsqu'il est en mesure d'assumer sa situation, de prendre des décisions en accord avec ses valeurs et convictions et d'exprimer sa volonté¹⁴. Toutefois, cette autonomie peut être mise en doute lorsque le patient n'est plus « capable de discernement ». Dans la loi, la définition de la capacité de discernement est intacte lorsque l'individu n'a pas de confusion, ni de troubles métaboliques, et que son comportement est adéquat¹².

Le respect de l'autonomie par l'équipe traitante comporte¹² :

- Un soutien, sans contrainte et de manière empathique, des processus nécessaires à la capacité d'autonomie, dont la compréhension de la situation et l'identification des différentes décisions personnelles
- L'évaluation de la capacité de discernement du patient
- L'inclusion des proches du patient dans le but de favoriser la communication
- L'investissement de moyens nécessaires à la communication
- La conscience du risque de projeter ses propres désirs et préjugés au travers de la perception de la volonté du patient

Bienfaisance et non-malfaisance

La bienfaisance est appliquée notamment par les soins et la prise en charge multidisciplinaire visant au bien être du patient. Cependant, le soignant doit considérer le principe de non-malfaisance et ne pas aller jusqu'à l'acharnement thérapeutique.

Justice

Le principe de justice est souvent employé comme synonyme d'équité, de reconnaissance et respect des droits et du mérite de chacun¹⁵. Il existe une injustice lorsqu'un individu se voit refuser certains avantages auxquels il a droit sans arguments valables¹⁶. Prenons l'exemple d'une dame âgée hospitalisée, désireuse de rentrer chez elle, alors que son état est trop détérioré et que les services d'aide et de soins à domicile refusent de la prendre en charge. Par

¹⁴ Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap, directives et recommandations médico-éthiques, directives approuvées par le Sénat de l'ASSM le 20 mai 2008

¹⁵ Dictionnaire Le Petit Robert, Paris 2002

¹⁶ Rapport Belmont : principe éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche, rapport de la Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et comportementale, Etats-Unis, 1979

conséquent, les soignants envisagent plutôt un placement en EMS. Du point de vue de la patiente, il est injuste de retirer les services d'aide domiciliaire, alors que sous l'angle des soignants et de l'institution, il faut tenir compte de l'équité dans les soins et s'empresse d'institutionnaliser cette cliente, afin que d'autres patients puissent bénéficier d'un séjour hospitalier.

Principes éthiques en conflit

L'identification des principes d'éthique en conflit permettra, par la mise en évidence la source du problème, d'aboutir à une évaluation des bénéfices et risques d'une décision. En général, le principe d'autonomie s'oppose aux autres principes éthiques. Voici quelques exemples :

- Respecter le souhait de retour à domicile du patient, lorsqu'un placement serait plus pertinent afin de limiter les risques de décompensation des pathologies. Dans ce cas, l'autonomie s'oppose à la bienfaisance¹³.
- Considérer le projet du malade de rentrer à la maison, alors qu'il faut prendre en compte la répartition équitable des ressources, du fait que le patient pourra présenter des risques de décompensation et de réhospitalisation si un retour à domicile à lieu. Dans ces circonstances, il existe une discordance entre l'autonomie et la justice¹³.
- Tenir compte du renoncement de l'aide et des soins à domicile par le client, tandis qu'il est très dépendant pour plusieurs AVQ. Dans cette situation, l'autonomie se heurte à la bienfaisance.

Résolution de ces conflits (options éthiques)

Afin de résoudre les « dilemmes cornéliens » entre les principes éthiques, il faut imaginer tous les scénarios possibles à partir de la situation, en tenant compte des objectifs et des conséquences prévisibles (bénéfices et risques), les valeurs de prédilection, ainsi que les valeurs négligées¹⁷. Par la suite, il faudra analyser l'implication respective de chaque scénario et décider s'il est justifiable.

Pour mener à bien cette résolution de conflits, François Loew¹⁷ énumère quelques conseils utiles à suivre lors de tout ce processus éthique :

- Un partenariat entre les acteurs (patients, proches, médecins, soignants, autres professionnels) est indispensable
- Une écoute attentive permet une coordination, une cohérence, ainsi qu'un éventuel consensus
- Éviter le jargon avec les patients afin d'éviter tout malentendu
- Tenir compte des dimensions légales : un consentement informé du patient est exigé pour tout acte thérapeutique¹⁸

Décision

Selon H.Doucet, la décision prise importe moins que la façon dont elle a été prise et l'interprétation des valeurs sous-tendant la décision¹². Son raisonnement paraît approprié, car l'aboutissement à une solution résulte de la délibération éthique, permise après un processus déontologique rigoureux.

Parfois, le principe d'autonomie n'est pas respecté, mais cela peut être évité par une discussion entre le médecin et le patient, où les deux acteurs apportent leurs

¹⁷ Présentation de François Loew, Ethique et nutrition en gériatrie, conseil d'éthique clinique des HUG, mars 2005

¹⁸ Loi K.1.80, art 5

opinions et négocient une décision. En effet, le dialogue entre ces deux acteurs pourra mettre en évidence les craintes du patient qui, bien souvent, concernant notre problématique d'aide et soins à domicile, impliquent un refus d'aide de la part du client qui craint de perdre son autonomie ou alors appréhende ce changement dans son cadre de vie. C'est pour cela que les professionnels de la santé doivent prendre en considération la personne dans sa globalité bio-psycho-sociale et dans son contexte de vie¹⁹.

Catamnèse

Finally, après qu'une décision ait été prise et appliquée, il est indispensable qu'un suivi soit effectué afin de vérifier à posteriori la pertinence des choix faits et de modifier, le cas échéant, les aspects problématiques.

✧ **Orientation post-hospitalisation inadéquate**

Toujours d'après le projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, il semblerait que des personnes prises en charge par l'aide et les soins à domicile devraient être prises en charge en EMS (en moyenne 50 clients au cours du premier trimestre 2006) alors que des personnes de dépendance relative, hébergées en EMS, pourraient encore recevoir de l'aide et des soins à domicile et/ou bénéficier d'une structure type UAT ou foyer de jour par exemple.

Pour illustrer cela, le projet de loi retranscrit des exemples de cas dont voici l'un d'entre eux :

« Monsieur A, âgé 78 ans, est connu et suivi par la FSASD depuis 2003. Il est d'origine albanaise et vit avec son épouse. Il est atteint d'une démence sévère, accompagnée de troubles cognitifs majeurs, extrapyramidaux et sphinctériens. Il est totalement dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne, est complètement aphasique et ne comprend pas le français. Les soins quotidiens requis sont une toilette complète au lit avec prévention d'escarres, des soins liés à la sonde urinaire et à l'incontinence fécale, une aide pour les transferts pour les levers et les couchers, une aide pour l'alimentation avec des troubles de la déglutition, une installation dans la chaise roulante en dépit d'une grande spasticité.

Ces soins complexes au domicile ne peuvent être délégués à une aide seule et nécessitent quotidiennement deux soignants à trois reprises par jour, soit 3 à 5 heures de soins chaque jour et l'aide d'une troisième personne pour les transferts.

Parcours dans le réseau socio-sanitaire

a) Monsieur A est hospitalisé en Gériatrie pour chute. En août 2006, la FSASD est sollicitée pour le colloque de sortie. L'HOGER demande un retour à domicile au vu du refus de placement par la famille, particulièrement Mme A. Suite à ce colloque, la FSASD envoie un courrier pour refuser la prise en charge de monsieur A à domicile avec motifs de la non garantie d'une sécurité minimale, l'impossibilité des transferts au domicile exigus, l'épuisement de l'épouse et la charge en soins (la demande est évaluée à l'équivalent d'un poste et demi !). Il est par ailleurs demandé au chef de clinique d'enclencher les démarches pour

¹⁹ C.-H. Rapin et al. Stratégies pour une vieillesse réussie : un concept de santé communautaire pour les personnes âgées qui va des problèmes aux solutions et de théorie à la pratique, Genève, 2004

- une mise sous tutelle, nécessitée par l'incapacité de discernement de Monsieur A et les décisions à prendre pour un placement.
- b) Monsieur A rentre à domicile car la famille le demande et le médecin de l'unité à l'HOGER avait fait une feuille d'arrêt de traitement. La FSASD redonne les soins 4 h par jour, et au bout de trois jours, Monsieur A est hospitalisé en urgence pour un globe vésical.
- c) La FSASD envoie encore un courrier au chef de clinique pour solliciter à nouveau la demande d'une mise sous tutelle.
- d) Plus de nouvelles de ce patient, jusqu'en janvier 2006, date à laquelle nous apprenons par l'assistante sociale que l'EMS de Val Fleury aurait refusé l'entrée de Monsieur A à deux reprises car il était sous antibiothérapie. En janvier 2006, l'assistante sociale de l'HOGER parle d'un éventuel retour à domicile. L'infirmière de liaison est informée et tente de suivre ce qui se passe.

Problématique identifiée

Monsieur A, totalement dépendant, nécessite 1,5 poste pour des soins à domicile qui ne garantissent pas sa sécurité. Clairement il doit être placé en EMS. Il n'a plus la capacité de s'exprimer sur son devenir, ni d'assurer lui même sa protection.

Personne, ni assistante sociale, ni médecin n'a pris la peine de demander à temps une mise sous tutelle nécessitée par l'état de santé de Monsieur A.

Lorsqu'il s'agit de prendre des décisions qui vont à l'encontre de la famille, le réseau n'a pas de possibilité de protéger le patient « contre » sa famille.

Indépendamment d'un positionnement clair et sans équivoque des soins à domicile en colloque et par courrier, le client est sorti de l'hôpital pour un retour à domicile. Cette situation est très fréquente, soit par pression à la sortie des services hospitaliers, soit par pression des familles, soit par méconnaissance des limites du domicile. »

Fort de ce constat, le Conseil d'Etat a décidé, en juin 2006, que des dispositions devaient être prises en matière de coordination notamment concernant l'orientation des personnes vers les structures de soins et/ou d'aide et/ou d'accompagnement les plus adaptées pour répondre à leurs besoins. Il s'agirait de mettre cela en pratique dès la sortie de l'hôpital pour éviter que des expériences telle que celle vécue par M. A ne se reproduise de nouveau.

Structures

✧ Insuffisance de formation des médecins dans la dimension sociale et du système socio-sanitaire

Les structures sociales pour les personnes âgées à Genève existent et sont nombreuses. Malheureusement, ce n'est qu'une faible part des aînés qui en profitent. L'une de ces raisons est expliquée par le fait que les médecins sont très peu formés à la dimension sociale, comme nous l'a souligné le Dr. A. Sant, gériatre en cabinet privé. Le problème survient à un moindre degré en milieu hospitalier, où l'équipe pluridisciplinaire, notamment l'assistante sociale, pallie à ce manque de connaissances du réseau social. Par contre pour les médecins traitants qui se trouvent en cabinet privé, l'insuffisance de compétences sociales peuvent être déterminantes pour le devenir de la personne âgée, puisque les généralistes sont, bien souvent, les seuls intervenants dans la prise en charge de la personne âgée.

Par conséquent, la dimension sociale est bien souvent mise de côté au bénéfice de l'aspect purement médical, lors de la formation des médecins. En effet, la plupart du temps, les médecins prennent connaissance des structures sociales sur le terrain, sans apprentissage préalable ce qui est bien souvent insuffisant pour pouvoir les connaître afin de les utiliser à bon escient.

✧ **Problème de centralisation des données**

Le système socio-sanitaire actuel ne permet pas de centraliser les informations concernant les structures existantes. En fait le médecin n'a pas la possibilité de consulter un panel des structures adéquates pour telle ou telle personne. C'est lui qui doit prendre la décision de faire appel à une structure, alors que peut-être une autre serait mieux adaptée.

Pour pallier à ce problème, le Dr. A. Sant a proposé une solution. Il faudrait créer un logiciel où sont entrées toutes les structures d'aide et de soutien pour les personnes âgées. Les « symptômes » des personnes âgées seraient également recensés, notamment la solitude, l'isolement ou les troubles de mobilité. Ensuite une fois les « symptômes » entrés dans le logiciel, toutes les structures qui correspondent aux besoins de la personne apparaîtraient en précisant quel est le rôle de chaque structure, à quel numéro on peut les joindre, etc.

Voici un exemple très simpliste : Mme XY a de la peine à se mobiliser, elle vit seule, s'alimente peu, se débrouille pour la toilette. Dans ce cas, ce serait probablement la FSASD qui serait la structure la plus adaptée avec une aide aux courses, des repas à domicile et peut-être une aide au ménage. De plus, une éventuelle indication à se rendre à l'hôpital de jour pour assister à une séance « alimentation » pourrait être conseillée sur un tel logiciel.

✧ **Problème de coordination**

Le problème de coordination dans le système socio-sanitaire genevois est une réalité qui peut parfois entraver une prise en charge adéquate de la personne âgée. En effet, il existe une pléthore de structures à Genève, mais celles-ci « ne se parlent pas » ce qui complique les situations où une personne âgée bénéficie des services de plusieurs organismes différents.

La problématique de la coordination est soulevée dans le projet de loi (PL10058), qui prévoit notamment une élimination des CASS. Cette dernière a également été soulevé par M. Birchmeier, adjoint à la direction du Service Social de la Ville de Genève (SSVG) et responsable des unités d'action communautaires (UAC). Rappelons que le SSVG dépend des Centres d'Actions Sociale et de Santé (CASS) dont sont issus également l'Hospice Général (HG) et la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD) (cf. diagramme de la page 25). On aurait donc pu pensé que ces différentes structures communiqueraient entre elles, par le biais du CASS, afin de se transmettre des données sur leurs patients. Toutefois, cette coordination n'a pas réellement eu lieu, ce que regrette M. Birchmeier, qui nous explique que cela aurait permis à l'UAC de pouvoir, par exemple, cibler des zones où l'isolement des personnes âgées se fait beaucoup ressentir.

Ces CASS prévoient une communication entre deux grandes structures (FSASD et HG), ce qui n'a jamais réellement abouti. Il s'agit d'un exemple parmi d'autres structures en place.

✧ **Le médecin : « la bonne à tout faire » par défaut**

Les médecins et particulièrement les médecins traitants, sont amenés à effectuer de nombreuses tâches administratives qui leur font perdre beaucoup de temps, au détriment, parfois de leurs patients. Etant donné que les structures ne se parlent pas entre elles, c'est le médecin qui se charge par défaut de centraliser les informations, prend beaucoup de temps pour faire des téléphones, trouver la bonne personne qui résoudra le problème, etc. Ce sont les éléments qu'a fait ressortir le Dr A. Sant.

Etant donné que le médecin doit fournir les prescriptions pour certains services afin que les patients soient remboursés par les assurances, il devient automatiquement la personne de référence du patient. Par exemple, si une personne âgée a des troubles mnésiques et qu'elle n'arrive plus à gérer ses factures, c'est le médecin qui devra faire une évaluation de son état psychique pour ensuite le communiquer au Tribunal Tutélaire par exemple.

✧ **Limites des structures existantes**

Les structures existantes ont parfois des limites dans la prise en charge des patients. On peut par exemple citer les foyers de jour dont les horaires sont limités à la journée, l'hôpital de Beau-Séjour, Trois-Chêne et la Clinique de Joli Mont dont l'attente d'une place peut être de 10 jours.

Bien que les structures existantes possèdent toutes leurs limites, nous allons nous consacrer à celles de la FSASD qui, étant une des structures la plus sollicitée pour les personnes âgées, a été analysée par plusieurs intervenants que nous avons rencontrés.

Premièrement, le temps consacré aux personnes âgées est souvent très court. En effet, les employés de la FSASD ont un emploi du temps très chargé, ce qui ne leur permet pas de prendre le temps d'effectuer leurs tâches. D'autre part, il faut que le rendement soit maximum. De plus, les fourchettes des horaires auxquels passent les aides sont très approximatives, donc les clients doivent parfois bloquer leur matinée en attendant les employés de la FSASD.

Deuxièmement il y a un tournus des équipes qui est très important, les clients ne savent jamais quel professionnel viendra chez eux. Les personnes âgées que nous avons rencontrées nous ont fait part de cet élément qui les dérange. Pour elles, d'une part, cette situation est déplaisante d'un point de vue de leur pudeur et leur intimité qui n'est pas prise en compte. D'autre part, ce changement de personnel n'est pas pratique, puisqu'elles doivent toujours réexpliquer à chaque nouvel intervenant où se trouvent leurs affaires (produits de nettoyage, soins corporels...). Il n'y a donc pas de personne de référence qui connaît bien la personne âgée.

Les personnes âgées sont parfois très seules et isolées, les soignants à domicile devraient leur permettre de créer un lien social, être un moment convivial. Malheureusement, il semblerait que ça ne soit pas le cas. Selon une assistante sociale rencontrée sur le terrain, il semblerait qu'une des directives de la FSASD soit de demander à leurs employés d'éviter de créer des liens affectifs avec leurs clients. Ceci expliquerait la raison pour laquelle le tournus des équipes est considérable. Cependant, il est difficile de justifier de demander aux employés de créer des liens avec leurs clients, la seule explication est d'empêcher des dérives de type financières.

Finalement d'un point de vue plus général, la FSASD est la structure d'aide et de soutien la plus sollicitée et fortement subventionnée par l'Etat de Genève. Ceci en fait une structure publique qui se doit d'accepter tous les nouveaux clients quelques soient les situations. Il arrive pourtant que des situations très complexes créent de sortes conflits. En effet, la FSASD ne peut pas refuser un client puisque c'est une institution publique, par contre elle peut mettre la pression sur des hôpitaux de suite de traitement, comme l'hôpital de Beau-Séjour, afin de leur faire comprendre qu'ils ne souhaitent plus s'occuper d'un client dont la situation est difficile.

✧ Offre versus besoins

Le système socio-sanitaire genevois compte une abondance de structures pour les personnes âgées, par rapport à d'autres cantons ou pays. Toutefois, cela ne semble pas suffisant pour nos aînés qui ne s'y intègrent pas toujours. Selon toute vraisemblance, les prestations mises à dispositions par le réseau genevois ne paraissent pas correspondre aux besoins de nos aînés. En effet, selon un gériatre que nous avons contacté, les attentes des patients ne correspondent pas toujours à l'offre et il faut mettre en parallèle l'évaluation effectuée par le soignant et le désir du patient.

Des professionnels du terrain, ont mis en évidence le fait que la personne âgée devrait se situer au cœur du projet : « il faut la faire bosser », a partagé avec nous M. Lacroix, responsable du service social de la ville d'Onex. C'est pourquoi il propose aux aînés onésiens de participer à des activités, telles que des ateliers de cuisine où ils partagent leurs connaissances culinaires avec des enfants. En ce sens, le sociologue, M. Lalive d'Epinay nous explique que « lorsqu'on se penche sur la personne âgée, c'est pour savoir comment on peut l'aider, plutôt que de savoir comment elle peut aider » et c'est pour cela qu'elles se sentent inutiles et finissent, souvent, par s'isoler.

Par ailleurs, M. Birchmeier, travaillant au cœur des UAC, mentionne qu'au quatrième âge, les gens ne sont plus assez dynamiques et se retranchent de la société ; par conséquent, bien qu'il existe une pléthore d'activités, ces personnes n'y participeront pas, il faut donc partir à leur recherche. Dans cette perspective, cet adjoint de direction a mené une action pilote aux Eaux-Vives qui consistait à identifier les personnes âgées vivant seules et à organiser des « micro-activités » à proximité des immeubles habités par ces gens isolés. Cette initiative a obtenu de bons résultats, tant et si bien qu'il compte la développer dans d'autres quartiers.

Personnes âgées

✧ Changement d'avis des patients

Une autre problématique a été soulevée au cours de nos différentes rencontres. En général à l'hôpital, les patients acceptent les aides à domicile qui leur sont prévues mais une fois chez eux, il est fréquent qu'ils refusent désormais cette aide. Comme mentionné dans l'ouvrage d'E. Perrin, «à l'hôpital, le patient est en territoire médical, “chez les soignants”, alors qu'à son domicile, ce sont les

soignants qui sont “ chez lui”. Conséquences : à l’hôpital, ce sont les soignants qui décident ; à domicile, c’est le patient. La terminologie actuellement en vigueur est significative : à l’hôpital, on parle de “patients” et dans le monde des soins à domicile de “ clients ”.» Toujours d’après le travail d’E. Perrin, il semblerait que plus de la moitié des patients (58% à l’hôpital) ne se considèrent pas comme impliqués dans les décisions générales les concernant donc on comprend pourquoi une fois à domicile, se sentant plus en position de s’affirmer, le patient va désormais pleinement choisir pour lui-même et faire volte- face.

Une autre piste d’explication nous a été fournie par une infirmière : le défaut d’anticipation. C’est-à-dire que la personne âgée n’avait pas prévu cette « intrusion » à son domicile qu’elle peut dès lors très mal vivre. Il n’est pas rare que les aînés perçoivent cette aide comme un envahissement ou encore comme la manifestation d’une perte d’autonomie qu’ils ne veulent pas accepter. Voilà pourquoi il existe assez souvent une nette différence entre ce qui a été initialement prescrit en sortant de l’hôpital et les aides et soins qui sont effectivement donnés aux seniors. Pour éviter ce genre de situations, un médecin de ville nous a expliqué qu’il était très important de prendre le temps de discuter avec la personne âgée pour lui expliquer très clairement en quoi consisteraient les aides qu’on lui propose. Par exemple, en racontant qu’à chaque étape de la vie, de l’aide est nécessaire, comme les couples avec enfants dont les deux parents travaillent et qui ont souvent besoin d’aide pour le repassage ou la garde des enfants. A partir de là, les patients acceptent plus volontiers d’être aidés.

✧ Ethique et personnes âgées

« Je suis contente de voir qu’il y a des jeunes, encore plus jeunes que moi, qui s’intéressent aux personnes âgées », nous a confié une jeune interne. Cela montre à quel point la personne âgée est méprisée dans notre société, où le vieillissement est tristement considéré. De plus, notre monde prône l’individualisme et empêche les personnes de se lier en communauté ce qui aboutit à un isolement de la part des plus faibles, notamment de nos aînés, ainsi qu’à un mauvais traitement de ces derniers. Par ailleurs, l’évolution de la technologie et des mœurs, ont débouché sur un manque d’humanité, indispensable, toutefois, lors d’une relation entre soignant - soigné.

Représentation de la vieillesse

D’après le sociologue, M. Lalive d’Epinay, la vieillesse est synonyme de perte, qui pousse à une reconstruction de son monde où la recherche de sens à sa vie est centrale. Pour bon nombre de personnes âgées, cette perte est synonyme de maladie. En effet, pour certains, l’âge mène à des problèmes de santé qui sont considérés comme « normaux ». Toutefois, selon un gériatre que nous avons rencontré, cette vision est absurde et les conséquences qu’elle engendre peuvent être dramatiques, puisque certains patients âgés refusent des soins, sous prétexte que leurs pathologies font partie de leur sénescence. Ces fausses idées sur la vieillesse et les stéréotypes négatifs au sujet des « vieux », mène souvent à une forme de discrimination nommée « âgisme »¹⁹. Il est étonnant de remarquer que bien souvent ce sont les personnes âgées qui abordent cette période de vie de façon négative et qui ont une perception négative de celle-ci.

Humanisation des soins

« Prioritairement déterminés par des impératifs technologiques, organisationnels et financiers, les systèmes de santé visent d'abord l'amélioration constante de leur efficacité c'est-à-dire de leur capacité à offrir le meilleur système au meilleur coût »¹⁹, souligne C.-H. Rapin. Par conséquent, l'humanité dans les soins est menacée d'être ignorée, car elle n'est pas « quantifiable » du point de vue économique. Dans le même ordre d'idée, un médecin que nous avons interrogé parle de la dévalorisation de la personne âgée dans notre société du fait qu'on la considère comme un « fardeau économique ». Cette approche mène à une prise en charge axée sur les coûts plutôt que sur le patient, et une déshumanisation des soins est ressentie par les patients. C'est le cas de Mme IM qui souligne que « les médecins n'ont pas de psychologie », ou encore Mme Loëx qui met en évidence le fait que « les soignants devraient aimer les gens ». Ces témoignages montrent qu'il existe un mal-être chez la personne âgée prise en charge par des professionnels de la santé, qui peut conduire à une fragilisation du patient et une détérioration de leur santé aboutissant, éventuellement, à une hospitalisation.



Politique

✧ Contraintes des assurances

Lorsqu'un patient est hospitalisé, le diagnostic est communiqué aux assurances et dès lors une durée d'hospitalisation est fixée selon la pathologie (en application des APDRG -All Patient Diagnosis Related Groups depuis 2007). Passé ce délai si le patient n'a pas quitté l'hôpital, l'assurance sollicite (harcèle ?) le médecin pour qu'il justifie cette prolongation de séjour hospitalier. Tant et si bien, qu'un médecin de Beau- Séjour nous a expliqué qu'il prenait désormais les devants : il rédige les demandes de prolongation avant de recevoir la réclamation de justification de la part des assurances (toutes les 3 semaines). Ainsi le médecin peut gérer et organiser comme il l'entend ces tâches administratives qui sont chronophages et qui font peser sur les soignants une certaine forme de pression très pénible.

Notons que certains contrats d'assurance poussent le bouchon (vice ?) jusqu'à faire établir par les soignants une demande préalable d'hospitalisation du patient !

D'après un médecin de ville que nous avons rencontré, ce désolant mode de fonctionnement s'expliquerait en partie par le fait que certaines assurances gagnent plus avec des entrées/sorties répétitives plutôt qu'en laissant leur client hospitalisé.

Donc, on se rend bien compte ici que les assurances oppriment les soignants pour que le patient quitte l'hôpital le plus rapidement possible mais ils ne sont pas les seuls à pâtir de ce système. En effet, cette contrainte temporelle limite la marge de liberté du patient puisqu'il est informé que, s'il refuse un transfert ou un retour à domicile, son assurance risque de s'opposer au remboursement de frais hospitaliers non justifiés et de se retourner contre lui.

De plus, le raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital provoque des sorties plus rapides de patients avec une poursuite des soins à domicile ce qui augmente forcément le nombre de demandes de prestations d'aide et/ou de soins à domicile.

L'offre est-elle suffisante pour satisfaire cette augmentation des besoins ? La question reste ouverte car nous n'avons pas pu effectuer un travail assez approfondi en si peu de temps pour tenter d'y répondre. Néanmoins, la surcharge de travail de la FSASD nous donne une petite idée...

✧ Manque de structures intermédiaires

Conformément aux témoignages récoltés lors de cette immersion en communauté, les structures intermédiaires sont définies comme étant des lieux de séjour se situant dans la trajectoire rattachant l'hôpital au domicile ; il s'agit, notamment des cliniques de convalescence, telles que Joli-Mont, ou des unités d'accueil temporaire ou d'attente de placement. Le constat d'insuffisance de structures intermédiaires entre l'hôpital et la maison a été soulevé par deux professionnels du terrain que nous avons rencontré : un gériatre, ainsi qu'un professionnel des services sociaux. Ces deux acteurs ont fait ressortir cette problématique, car ils estiment que ce manque pourrait aboutir à un risque de réhospitalisation, puisque le patient n'aurait pas pu jouir d'une convalescence optimale après son séjour hospitalier, lui permettant de retourner au domicile ou d'être institutionnalisé dans des conditions physiques satisfaisantes. Par ailleurs, il nous semble dommage que le projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (PLRSMD) ne prévoit rien à cet effet, et paraît plutôt vouloir accélérer le retour à domicile.

✧ Prise en charge binaire

Le projet de loi PLRSMD et une assistante sociale que nous avons rencontrée évoquent la caractéristique binaire du mode de prise en charge à Genève. En effet, les deux seules options à long terme pour la personne âgée, après l'hospitalisation, sont le retour à domicile ou l'hébergement dans un EMS. Dans d'autres cantons ou pays, la palette est plus large. Au Danemark, par exemple, il existe le « domicile aménagé » ; il s'agit d'une résidence contenant quelques infrastructures, notamment les repas au restaurant et l'aide à domicile sur place. En plus de ces prestations, des résidences bernoises et zurichoises fournissent une médicalisation en cas de besoin. Le concept de « résidence » permet une large gamme d'offres et laisse la possibilité de médicaliser le lieu de vie habituel. Selon l'assistante sociale avec qui nous avons discuté, le système socio-sanitaire en place requiert une restructuration et les politiciens devraient laisser place à leur imagination et être créatifs afin de remédier à l'insuffisance des structures actuelles : « Genève a un peu de peine à se sortir de la méfiance ambiante et souffre d'une frilosité certaine quant à des initiatives novatrices. », nous confia-t-elle.

CONCLUSION

Notre enquête nous aura permis de prendre conscience que le canton de Genève dispose d'un tissu dense et varié d'acteurs et d'organismes dispensant des prestations d'aide et/ou de soins pour les personnes âgées. En tant que futures soignantes, la connaissance de ce tissu nous permettra d'être plus compétentes et ainsi diriger au mieux les personnes âgées lorsqu'elles quittent l'hôpital. De plus, nous avons été sensibilisées sur un point qui nous semble désormais fondamental : lorsque la personne âgée s'apprête à quitter l'hôpital, il est essentiel de se soucier autant de la dimension médicale que de la dimension sociale de sa prise en charge post-hospitalisation.

Les liens sociaux permettent à la personne âgée de pouvoir « donner », d'être active plutôt que d'uniquement « recevoir », d'être passive. Par exemple en partageant ses expériences de vie aux jeunes générations ou encore en leur transmettant un savoir culinaire. Finalement, il nous semble important de retenir que la meilleure façon de venir en aide à la personne âgée, c'est de la rendre actrice de son devenir et de la stimuler à s'investir dans son projet de vie.

Au cours de ce mois d'immersion en communauté, notre collaboration en interdisciplinarité nous a conforté dans l'idée qu'il est essentiel de partager notre savoir-faire et nos connaissances dans un but commun. Cette découverte partagée du terrain sur un thème qui nous a réuni et fédéré aura été une expérience stimulante et enrichissante.



Dans le cadre de notre immersion en communauté, nous avons dû élaborer un poster. Le nôtre a pris la forme d'une toile d'araignée, avec comme « proie » la personne âgée qui s'interroge sur toutes ces structures « gravitant » autour d'elle.

De plus, nous avons voulu sensibiliser les soignants sur la nécessité de s'informer sur les structures existantes pour pouvoir effectuer une prise en charge optimale de la personne âgée après son hospitalisation.

RESSOURCES

Nous remercions les intervenants que nous avons rencontrés au fil de notre immersion en communauté, sans qui nous n'aurions pas pu élaborer ce travail. De plus, nous sommes très reconnaissantes envers nos tuteurs qui nous ont beaucoup orientés lors de cette immersion en communauté.

- Prof. C. Lalive d'Épinay, Sociologue, Fondateur du Centre Interfacultaire de Gérontologie (CIG)
- Dr D. Boillat, Médecin assistant à l'Hôpital de la Tour
- Dr M.C. Jacques, Gériatre aux HUG
- Dr L. Dipollina, Responsable de l'UGC
- Dr A. Sant, Gériatre en cabinet privé
- Dr. A.-F. Allaz, Cheffe de clinique à l'hôpital de Beau-Séjour
- Dr A. Schollet, Cheffe de clinique à l'hôpital de Beau-Séjour
- Mme Pellacani, Assistante sociale à l'hôpital de Beau-Séjour
- Mme Winkelmann, Assistante sociale à l'hôpital des Trois Chêne
- M. Lacroix, Responsable du CASS à Onex
- M. Birchmeier, Adjoint de direction du SSVG
- Mme Fichter, Directrice générale du DGCASSRS (Direction générale des CASS et du réseau de soins)
- Les trois patientes qui ont témoigné

Nos tuteurs :

- Prof. C-H. Rapin, MD, Gériatre FMH, professeur, responsable du programme « Bien Vieillir », Département de Santé et de Médecine communautaires, Faculté de médecine, Université de Genève
- Mme C. Maupetit, professeur, filière infirmière, Haute Ecole de Santé
- Mme C. Guillod, chargé d'enseignement, filière infirmière, Haute Ecole de Santé

BIBLIOGRAPHIE

Livres/Ouvrages

- I. Hospice général et Société genevoise d'utilité publique (2005-2006). *La clé : guide social et pratique*. Genève
- II. Rapin C.-H. & al., (2004). *Stratégies pour une vieillesse réussie : un concept de santé communautaire pour les personnes âgées qui va des problèmes aux solutions et de théorie à la pratique*, Genève : Ed publ. Sous la dir. De J-J Guilbert
- III. Lalive d'Epinay C., (2003). *La retraite et après ? Vieillesse entre science et conscience*, Genève, 2003, CIG
- IV. Perrin E & Allaz A.-F. (2002) *Point de vue des différents acteurs (patients, entourage, soignants et travailleurs sociaux) lors de la décision de retour à domicile de patients âgés hospitalisés nécessitant des soins à domicile*, Genève
- V. Institutions Universitaires de Gériatrie de Genève (1993). *Otarie : rapport final*. Genève : Le Bon Secours, école de soins infirmiers et de sages-femmes de Genève
- VI. Commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste (1979). *Rapport Belmont : principe éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche*, Etats-Unis

Articles de revue

- VII. Santos-Eggimann B, (2007) La santé des personnes de 65 à 70 ans : un profil instantané, *Revue Médicale Suisse*, 132(32660)
- VIII. Büla C & Michel J-P (2006). Edito: Entre bonne nouvelle et inquiétude : comment faire face au vieillissement démographique ?, *Revue Médicale Suisse*, 85(31734)
- IX. Monod, S, Büla C, Benaroyo L, (2006). Comment décider quand une situation paraît trop complexe ?, *Revue Médicale Suisse*, 85(3085)
- X. Michel J-P & De Ribaupierre A, (2003). Edito: La santé des octogénaires suisses, *Revue Médicale Suisse*, 541(23397)
- XI. Guillet L, Métral G, Spini D, (2003). SWILSO-O : une étude longitudinale sur le grand âge, *Revue Médicale Suisse*, 541(23371)
- XII. Marcant D, Bereziat M.-P, Chaillou E, Gavillet S, Gueguen A.-F, Gold G, (2001). Evaluer le domicile des patients hospitalisés en gériatrie : un luxe ou une nécessité ?, *Revue Médicale Suisse*, 632(21773)
- XIII. Herrmann FR, Safran C, Levkoff, SE, Minaker KL (1992). Serum albumin level on admission as a predictor of death, length of stay, and readmission, *Arch Intern Med.*, 152(1) 125-30

Article de journal

- XIV. Mori P (Juin 2008), Dépister la dénutrition en gériatrie, *Pulsations*, p. 9

Document publié

- XV. *PL 10058*, (Projet de loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile, K 1 06, Titres I, II, III, IV, date de dépôt : 13 juin 2007).

Documents non publiés

- XVI. Jacques M-C, (2008). *Le vieillissement : causes et conséquences* (Support de cours). Genève : HEdS filière diététique
- XVII. Loew F, (2005). *Ethique et nutrition en gériatrie*. (Support de cours). Genève : Conseil d'éthique clinique des HUG

Documents électroniques (documents PDF en ligne)

- XVIII. Bulletin des médecins suisses (2008, 9 juin), Bulletin des médecins suisses, *Directives et recommandations médico-éthiques : traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap*. [Page Web]
Accès : http://www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-24/2008-24-572.PDF
- XIX. Hôpitaux Universitaire de Genève, Balahoczky M (2008, 9 juin), Direction des soins, *Complexité et Interdisciplinarité*. [Page Web]
Accès : http://soins.hug-ge.ch/library/geriatrie_pdf/complexite_interdisciplinarite.pdf
- XX. République et canton de Genève (2008, 9 juin), FAO : Feuille d'Avis Officielle de la République et canton de Genève, *Bienvenue à Genève* [Page Web]
Accès : <http://www.geneve.ch/fao/2007/doc/20070423.pdf>
- XXI. Service social de la Ville de Genève (2008, 2 juin), Aînés à Genève 2008 : programme du Service social de la Vile de Genève, *Bienvenue à Cité Seniors*, [Page Web]
Accès : http://www.seniors-geneve.ch/pdf/ssvg_brochure_2008.pdf

Documents électroniques (sites Web)

- XXII. Carte Blanche [Page Web]
Accès : <http://www.lacarteblanche.ch/>
- XXIII. Centre Interfacultaire de Gérontologie (CIG). [Page Web]
Accès : <http://cig.unige.ch/index.html>
- XXIV. Centres d'action sociale et de santé (CASS) [Page Web]
Accès : <http://www.social-sante-ge.ch/>
- XXV. Clinique de Joli Mont [Page Web]
Accès : <http://www.cliniquedejolimont.ch/>
- XXVI. Clinique Genevoise de Montana [Page Web]
Accès : <http://www.cgm.ch/>
- XXVII. Coopérative des soins infirmiers (CSI) [Page Web]
Accès : <http://www.csi-ge.ch/>
- XXVIII. Département de l'Economie et de la Santé (DES) [Page Web]
Accès : <http://etat.geneve.ch/des/site/master-home.jsp>
- XXIX. EMS [Page Web]
Accès : <http://etat.geneve.ch/info-ems/ui/Accueil/BdeUi/Accueil.jsp>
- XXX. Foyers de jour [Page Web]
Accès : http://www.geneve.ch/spc_ocpa/accueil-encadrement-personnes-agees_structure-accueil-03.asp
- XXXI. Gymnastique Seniors Geneve [Page Web]
Accès : <http://gymseniorsge.ch>
- XXXII. Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) [Page Web]
Accès : <http://www.hug-ge.ch/>
- XXXIII. Hospice général [Page Web]
Accès : <http://www.hg-ge.ch/prestations/activites-pour-personnes-agees.html>

- XXXIV. Office Cantonal de la Statistique [Page Web]
Accès : http://www.geneve.ch/statistique/statistiques/domaines/14/14_02_3/graphiques.asp
- XXXV. Pro Senectute, Genève [Page Web]
Accès : <http://www.ge.pro-senectute.ch/index.html>
- XXXVI. Senior Genève [Page Web]
Accès : <http://www.seniors-geneve.ch/>
- XXXVII. SOS pharmacien [Page Web]
Accès : <http://www.pharmageneve.ch/>
- XXXVIII. Unité d'accueil temporaire [Page Web]
Accès : http://www.geneve.ch/spc_ocpa/accueil-encadrement-personnes-agees_structure-accueil-01.asp
- XXXIX. Ville de Genève [Page Web]
Accès : http://www.ville-ge.ch/dpt5/social/social_f.php

ANNEXES

Exemple d'évaluation effectuée par un ergothérapeute au domicile d'une patiente

Items	Evaluation à l'hôpital	Questionnement	Evaluation à domicile	Propositions ergothérapeutiques
Transferts déplacements	Autonome pour sortir de son lit et se relever d'une chaise, aller aux WC, indépendante avec un réhausseur de 10 cm A l'hôpital, Mme B. a des troubles de l'équilibre et se déplace avec un tricycle Elle participe au groupe mobilité Nous constatons également des troubles visuels Mme B. nous dit qu'à son domicile, la porte d'entrée est lourde et qu'il y a des escaliers	→ A domicile : – lit : est-il à bonne hauteur ? – WC : faut-il rehausser et/ou installer des barres d'appuis ? – baignoire : Mme B. a une planche de bain : les transferts seront-ils encore possibles ? → Peut-on circuler avec un tricycle à domicile (obstacles, seuils, largeur de porte...)? → Est-elle encore capable de sortir seule de chez elle, d'aller seulement jusqu'à la boîte aux lettres ?	→ Le lit ainsi que les WC sont trop bas pour permettre de se relever seule → Transfert baignoire dangereux seule → Les seuils et les tapis représentent de réels obstacles → Sortir seule de l'immeuble représente des risques pour Mme B. → La rampe des escaliers est une aide suffisante pour descendre les escaliers	→ Rehausser les pieds du lit de 10 cm → Mettre un réhausseur de WC de 10 cm → Une aide de bain est conseillée 2 fois par semaine → Enlever les seuils, supprimer ou coller les tapis. Le couloir principal serait à éclairer davantage en changeant l'ampoule → Les sorties devront se faire accompagnées d'une tierce personne dans un premier temps → Poursuite du groupe mobilité
Hygiène corporelle	Mme B. recevait de l'aide pour la douche deux fois par semaine Un traitement médical et de rééducation de l'incontinence de type urgence est réalisé et la patiente accepte d'utiliser une chaise percée à l'hôpital	→ Accepte-t-elle la chaise percée à domicile ?	→ Les WC sont éloignés du lit	→ Une aide de douche 2 fois par semaine → Une chaise percée pour la nuit semble la seule solution : nous lui avons proposé différents modèles
Habillage	Mme B. est indépendante avec un chausse-pied et un enfile-bas			
Repas	Au cours des essais de préparation de repas (groupe cuisine en ergothérapie) : mise en évidence de difficultés dans les déplacements avec un objet en main. Elle a aussi goûté les repas livrés à domicile mais les refuse	→ Comment organiser les repas à domicile ?	→ Les déplacements dans la cuisine avec assiette, verre, casserole, etc. sont possibles grâce à la tablette du tricycle	→ Proposition d'une aide-ménagère pour les courses et pour l'aider à préparer les repas 2 fois par semaine. Les autres jours, elle recevra l'aide de ses filles
Activités instrumentales	Prise du traitement Gazinière Volets, fenêtres Robinets Courses, ménage, linge : étaient assurés par les filles jusque-là	→ Qui aidera Mme B. à domicile à présent ?	→ Au cours de l'EAD, découverte de casseroles brûlées au fond → Mme B. arrive à les fermer et les ouvrir	→ Choix et utilisation d'un pilulier → Conseil : opter pour des plaques ou n'utiliser que le micro-onde déjà en place → Une aide-ménagère
Activités relationnelles et sociales	Angoisse de retourner à domicile Personnes, ressources : deux filles qui expriment leur peu de disponibilité Pas de voisins	→ Faut-il proposer un retour à domicile ou un placement dans un établissement médical spécialisé ? → Quel rôle les filles veulent-elles assumer à domicile ?	→ Une fois à domicile, la patiente retrouve ses repères, nous la mettons en situation d'activité de la vie quotidienne, et constatons que le retour est possible. En même temps, son angoisse diminue et laisse place à un désir de rentrer vivre chez elle	L'assistante sociale organise l'encadrement et élabore un Planning hebdomadaire : aide-toilette, contrôle de santé et remplissage du pilulier par l'infirmière, aide-ménagère, téléalarme (démonstration sera faite en ergothérapie) Inscription dans un foyer de jour une fois par semaine

Tableau 1. Processus ergothérapeutique lors d'une évaluation à domicile.

Tirée de l'article D. Marcant, M.-P. Bereziat, E. Chaillou, S. Gavillet, A.-F. Gueguen, G. Gold, *Evaluer le domicile des patients hospitalisés en gériatrie : un luxe ou une nécessité*, Revue Médicale Suisse n° 2368, novembre 2001

Evaluation gériatrique de l'U.G.C.

Département de médecine communautaire
et de premier recours
Service de médecine de premier recours
Unité de gériatrie communautaire

Etiquette

Evaluation Gériatrique

Informations recueillies le : Par :

A : Hôpital de jour Platanes Hôpital de Jour Campagne Domicile**Histoire de vie :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ancienne profession :

Niveau scolaire :

Motif d'admission à hsjour/suivi à domicile :

.....

.....

.....

Lieu de vie :	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> D2
	<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Escalier	
Mode de vie :	<input type="checkbox"/> Vit seul	<input type="checkbox"/> Avec conjoint	<input type="checkbox"/> avec enfants <input type="checkbox"/> animaux
Ressources :	<input type="checkbox"/> en suffisance	<input type="checkbox"/> OCPA no	
Pratiquez-vous une religion :	<input type="checkbox"/> oui, laquelle	<input type="checkbox"/> non	
Souhaiteriez-vous être accompagné sur le plan spirituel, à domicile par quelqu'un de votre paroisse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
<small>(Si oui, téléphoner à l'aumônerie des HUG : 022/382.85.90)</small>			

Encadrement formel		Encadrement informel	
Infirmier	....x/sem	Famille	....x/sem
Aide à la toilette / habillage	....x/sem	Voisins	....x/sem
Aide au ménage / courses	....x/sem	Aide privée	....x/sem
Repas à domicile	....x/sem		
Foyer de jour / Hojour	....x/sem		
Téléalarme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Fréquence des visites médicales UGC	....x/mois		
Fréquence des visites méd ttt	....x/mois	<input type="checkbox"/> cabinet	<input type="checkbox"/> domicile
Tuteur / curateur :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom :	

Activité de base de la vie quotidienne			
Manger	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Se laver	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
S'habiller	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Utilisation des WC	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Marcher	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Transferts	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Activités instrumentales de la vie quotidienne			
Téléphone	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Faire les courses	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Préparer les repas	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Faire le ménage	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Faire la lessive	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Finances	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Prises des médicaments	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Utiliser les transports publics	<input type="checkbox"/> indépendant	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépendant
Semainier	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Incontinence urinaire :	<input type="checkbox"/> absente	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> présente
Incontinence fécale :	<input type="checkbox"/> absente	<input type="checkbox"/> occasionnelle	<input type="checkbox"/> présente
Utilisation de protection :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Constipation :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Moyen auxiliaire :	.....	
Aménagement à domicile :	.....	
Loisirs/hobby :	.....	
Commentaires :	.....	

Mobilité		
Antécédent de chute :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antécédent de fracture :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Test de la chaise	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Station unipodale	<input type="checkbox"/> non déficitaire	<input type="checkbox"/> déficitaire

Dépistage de l'état nutritionnel MNA (Mini Nutritional Assessment)	
Le patient a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 2 = pas d'anorexie	1 = anorexie modérée Pts
Perte récente de poids (<3 mois) : 0 = perte de poids > 3 kg 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg	1 = ne sait pas 3 = pas de perte de poids Pts
Motricité : 0 = du lit au fauteuil 2 = sort du domicile	1 = autonome à l'intérieur Pts
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui	2 = non Pts
Problèmes neuropsychologiques : 0 = démence ou dépression sévère 2 = pas de problème psychologique	1 = démence ou dépression modérée Pts
Indice de masse corporelle IMC (IMC = poids/(taille ²) en kg/m ²) : 0 = IMC < 19 2 = IMC entre 21 et 23	1 = IMC entre 19 et 21 3 = IMC > 23 Pts
Score de dépistage (max 14 pts) 12 pts ou plus : normal 11 pts ou moins : malnutrition possible (faire appel à la diététicienne)	..... Pts

Albumine :	g/l	CRP :	Mg/l
Poids :	kg	Taille :	cm

Allergies alimentaires ou autres Lesquelles :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Régime Lequel :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tabac Combien :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hydratation : Quelle boisson ?		
Quelle quantité ?		
Alcool : Fréquence et quantité ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ACME (Arrêter, Coupable, Matin, Ennuyé)		
Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de boire des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de votre entourage concernant votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Troubles de la vue :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> lunettes	<input type="checkbox"/> non adaptées
Troubles de l'audition :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> appareil auditif	<input type="checkbox"/> non adapté
Troubles de la dentition :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> appareil dentaire	<input type="checkbox"/> non adapté
Etat cutané normal :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisez	
Etat des pieds normal :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Précisez.....	

Troubles cognitifs :				
Plaintes mnésiques		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Orientation spatiale (adresse ?)		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Orientation temporelle	jour	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Mois	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Années	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
(consulter psychologue/médecin pour MMS si test de l'horloge négatif)				
Troubles du comportement :		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Commentaires :				
Troubles de l'humeur :				
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Etes-vous malheureux la plupart du temps ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Vous sentez-vous souvent démoralisé ou désemparé ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
(en cas d'une réponse par oui, faire un GDS 15)				

Facteurs de risques de maltraitance :				
Nous avons que la violence à la maison a un impact sur la santé des personnes. Nous avons décidé de questionner tous nos patients à ce sujet. Pour votre part, avez-vous déjà subi, commis ou été témoin de violences psychologiques, physique ou sexuelles par un proche ?				
		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Commentaires :				
si des facteurs de risques ont été mis en évidence durant cette anamnèse, remplir la grille de maltraitance				

Douleurs : (cf grille et EVA) oui non EVA =/10
 Commentaires :

Troubles du sommeil : oui non
 Somnifères ? oui non
 Commentaires :

Directives anticipées : oui non
 Commentaires :

TA :mmHg	Pouls :/minute	FR :/minute	Température :°
----------------	----------------------	-------------------	----------------------

Diagnostics :	Antécédents :
---	---

Médicaments :
---	---

Conclusion / proposition

.....

Fourni par la Dresse DiPollina, responsable de l'UGC.