J.-P. Bréchet, F. Loew, M. Constantinescu, P. Carry et Ch.-H. Rapin

ACCUEIL-SERVICE : UNE ÉQUIPE D'ACCUEIL 24/24 H POUR LES VIEILLARDS EN CRISE MÉDICO-SOCIALE

La crise médico-sociale (situation sans menace vitale, où une maladie ou un accident de faible gravité vient s'ajouter à l'isolement social, la dépendance fonctionnelle et le manque d'encadrement immédiatement disponible), aboutit souvent à une hospitalisation inappropriée. L'article décrit l'expérience d'une structure nouvelle de lits infirmiers de répit aigu ayant accueilli 240 patients âgés en moyenne de 81 ans, en situation de crise médico-sociale. La durée moyenne de séjour a été de 4,1 jours. Une hospitalisation ultérieure n'a été nécessaire que dans 23 % des cas. Ces résultats préliminaires suggèrent qu'en répondant à une demande urgente, sociale, psychologique et infirmière autant que médicale, une structure de ce type s'inscrit comme un nouveau maillon utile et économique du réseau socio-sanitaire.

Mots-clés : urgence • personne âgé • isolement social • dépendance • hospitalisation

ACUTE RESPITE BEDS FOR MEDICO-SOCIAL EMERGENCIES

Medico-social emergencies, a poorly described type of emergency, may be defined as situations where a minor illness or trauma is added to social isolation, functional dependence and lack of immediately available home support. Such situations which require an urgent response often lead to inappropriate hospitalization and considerable costs. This pilot study describes a new setting of acute respite, «low tech» nursing beds aimed at receiving medico-social emergencies. Two-hundred and forty elderly persons (mean age 81 years) were admitted over a 9-month period. The mean length of stay was 4.1 days. Subsequent hospitalization was necessary in only 23 % of the cases. These results suggest that this type of setting responds more appropriately than the emergency department to medico-social emergencies of elderly people living in the community.

Méd et Hyg 1996 ; 54 : 2129-34

Introduction

Avec le vieillissement de la population, les personnes âgées vivant dans la communauté ont de plus en plus recours aux structures de maintien à domicile, telles que soins à domicile, hôpital de jour ou foyer de jour. Ces structures ont néanmoins leurs limites, et l'hospitalisation reste alors la solution de dernier recours à la situation de crise à la fois médicale, psychologique et sociale d'une personne âgée et de son entourage dans leur milieu de vie (1, 2). Mais l'admission dans le service des urgences est-elle toujours la bonne réponse ? La *Task Force* de médecine d'urgence gériatrique en Amérique du Nord a d'ailleurs récemment suggéré des soins spécialisés et des stratégies alternatives permettant d'éviter le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation (3). On sait en effet que, par rapport aux personnes plus jeunes, les personnes âgées utilisent 4 fois plus les ambulances, 6 fois plus les services d'un centre d'urgence (3) et qu'ils nécessitent significativement plus de tests diagnostiques (4).

«SIAD» : un exemple de crise médico-sociale

L'expérience genevoise montre qu'un certain nombre de personnes âgées sont hospitalisées au Service des urgences pour des raisons à forte composante sociale, appelées communément «Soins impossibles à domicile». Dans la classe d'âge des plus de 65 ans, les personnes hospitalisées pour «Soins impossibles à domicile» sont caractérisées d'une part par un âge plus élevé, d'autre part par le fait qu'elles vivent seules et qu'elles portent davantage de diagnostics médicaux sans qu'aucun de ces diagnostics n'explique clairement la raison de l'hospitalisation (5). Chez les personnes âgées, l'anxiété vient au premier rang (15%) des motifs d'appels aux médecins d'urgence à domicile (SOS-Médecins de Genève, données non publiées). En l'état actuel, les médecins d'urgence à domicile confrontés à ce type d'urgence non vitale ou non exclusivement médicale n'ont souvent d'autre choix que l'hospitalisation (solution de facilité coûteuse et peu efficace), par manque de structures adéquates et par manque de temps.

La crise médico-sociale : une entité à part

Notre première hypothèse est que les «crises médico-sociales» (CMS) constituent un type spécifique et encore mal connu de crise ou d'urgence : ce sont des situations sans menace vitale, où une maladie ou un accident de faible gravité vient s'ajouter à des facteurs chroniques tels que l'isolement social, la dépendance fonctionnelle, peut-être une carence alimentaire et le manque d'encadrement immédiatement disponible. La structure du «Bureau d'orientation des urgences médico-sociales» (BOUM) mise en place dans le canton de Vaud il y a quelques années tente d'ailleurs de répondre à ce problème (6, 7). Notre deuxième hypothèse est que des lits de «répit aigu» – pour un très court séjour – devraient mieux répondre à ce type de crise que l'hospitalisation au service des urgences. A cet effet, nous avons créé une nouvelle structure de soins dite de «lits infirmiers de répit». La phase pilote de sa mise en place et son insertion dans le réseau de santé communautaire font l'objet du présent article.

Méthode

Les «lits infirmiers de répit» ont été créés dans la Policlinique de gériatrie (Poliger) qui est la structure de soins ambulatoires du Département de gériatrie des Hôpitaux universitaires de Genève. Elle assure des consultations sur place, à domicile et dans les institutions de long séjour (pensions) ainsi que des prestations d'hôpital de jour. La Poliger travaille en étroit partenariat avec les médecins praticiens comme avec les structures de soins communautaires. Les «lits infirmiers de répit» dénommés ci-après «Accueil-Service», permettent d'assurer une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le staff à disposition est constitué par l'équipe multidisciplinaire de la Poliger augmentée de postes infirmiers. Le service s'est ouvert progressivement, passant de 2 à 8 lits, la durée de séjour admise étant de 72 heures. Les 240 premières admissions sur une période de 9 mois (de décembre 1994 à septembre 1995) sont décrites.

Accueil-Service et gestion de la crise

En fonction des premières données, de l'état clinique et du traitement, quelques examens simples tels qu'une formule sanguine ou une albuminémie peuvent être pratiqués. Les infirmières, outre les soins de base, observent la fonctionnalité dans les activités de la vie quotidienne. Le médecin évalue également l'état nutritionnel, et l'ergothérapeute note les difficultés dans les activités quotidiennes et les déplacements et propose une aide adaptée. L'assistante

sociale prépare le retour à domicile ou en pension. Chaque jour, les infirmières font le point pour préciser :

- les motifs d'admission : pourquoi le patient est-il venu ?
- Les observations : comment effectue-t-il les activités de la vie quotidienne ?
- Les objectifs de sortie : quelles sont les perspectives ?
- Les propositions pour le retour à domicile : comment fera-t-il pour rester à domicile ? Quelles sont les mesures d'encadrement à mettre en place ?

Les autres professionnels de l'équipe participent selon les cas afin de proposer un encadrement, ou encore trouver un lieu en accord avec la personne âgée pour une admission temporaire de 2-3 semaines. A la sortie, l'infirmière établit une feuille de transmission pour ses collègues du réseau, et le résumé du séjour est signé conjointement par l'infirmière, le médecin et tout autre professionnel concerné.

Résultats

Provenance des patients et motif d'admission

Quatre-vingt-huit personnes ont été admises après 4 mois et 240 après 9 mois. L'âge moyen est de 81 ans, les âges variant entre 60 à 98 ans ; 36 % des personnes âgées ont plus de 85 ans. Septante-trois pour-cent du collectif sont de sexe féminin (tableau 1). Trente personnes ont été admises plus de 2 fois et, parmi celles-ci, 10 personnes sont venues 3 ou 4 fois au cours de ces 9 mois. Il s'agit principalement de personnes dont un proche devait s'absenter 3-4 jours ou de personnes dont le maintien à domicile était précaire en raison d'une dépendance à l'alcool ou aux benzodiazépines, et dont le séjour a permis le retour à domicile en évitant une crise.

Cinquante-sept pour-cent des cas proviennent du domicile, envoyés directement par leur médecin traitant ; 34% sont transférés de la Division des urgences médico-chirurgicales (DUMC) de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève et 8% sont adressés par les services de soins à domicile. Six patients ont été suivis par leur médecin traitant personnel au cours de leur séjour.

		n	%
• Age	années (moyenne ± E.T.)	81,4± 8,5	
• Sexe	féminin	174	72,5
	masculin	66	27,5
• Lieu de vie	domicile	209	87,1
	EMS, pension	31	12,9
• Motif d'admission	soins	114	47,5
	traitement	40	16,6
	évaluation	38	15,8
	social	30	12,5
	soins palliatifs	18	7,6
• Envoyé par	médecins	138	57,5
	DUCM[1]	82	34,2
	soins à domicile	20	8,3

Tableau 1. Description du collectif (n = 240).

[1] Division des urgences médico-chirurgicales.

Il est à relever que 24% des admissions l'ont été pour suites de chutes et qu'en cas de fracture, le retour à domicile n'a pas pu être réalisé immédiatement, une convalescence de 2-3 semaines étant généralement requise. Les personnes bénéficiant d'un répit dans une situation de crise uniquement sociale sont moins nombreuses que prévu (12,5%). Un tiers des patients admis l'ont été pour évaluation de leur maladie ou pour adaptation d'un traitement.

Un très bref séjour peut être efficace

La durée moyenne de séjour est de 4,1 jours de calendrier, ce qui représente 3 nuits passées à Accueil-Service et moins de 72 heures de séjour effectif. Le taux d'occupation a eu tendance à augmenter régulièrement, atteignant 89% après 9 mois, parallèlement à l'ouverture progressive des lits. Au total, 963 journées-patients sur 1456 journées possibles ont été enregistrées.

Les admissions plus médicales (10,8%) nécessitant investigations et soins complexes difficiles à effectuer (par exemple une dyspnée aiguë ou l'aggravation d'une broncho-pneumonie) ne correspondent pas au profil de cette structure : ces cas trop lourds en raison d'agitation psychomotrice ou d'une dépendance totale dépassant les forces d'une infirmière, ont nécessité un transfert dans un établissement hospitalier.

Quelques cas illustratifs

Quelques cas illustrant les différents types de problèmes rencontrés sont brièvement présentés :

- refus de soins à domicile : hygiène déplorable d'une femme de 82 ans isolée, dénutrie qui épuise le réseau de soins. A son arrivée, elle accepte de prendre une douche et démontre la capacité de faire sa toilette avec l'aide des infirmières. Après 3 jours, elle pourra retourner à domicile avec la proposition de participer une fois par semaine à l'hôpital de jour, d'avoir des repas livrés à domicile et une visite quotidienne du Service de soins à domicile.
- La chute à domicile d'une femme de 76 ans occasionne une contusion : la fracture étant exclue au service des urgences, la personne ne pouvant pas se mobiliser mais ne nécessitant pas une hospitalisation nous est transférée le jour même. Un traitement antalgique et des soins infirmiers lui permettent en 4 jours de retrouver sa mobilité et d'aller chez sa fille avant de regagner son domicile.
- Le décès d'une femme de 92 ans constaté par le Service d'urgence entraîne l'hospitalisation urgente du mari, dont le maintien à domicile est

impossible. Il est alors transféré à «Accueil-Service», où il est soutenu dans les démarches à effectuer pour l'ensevelissement de son épouse. En 4 jours, l'assistante sociale trouve une pension pouvant l'accueillir.

- Une femme de 86 ans renverse la bougie allumée sur sa table et un incendie se déclare. La voisine fait intervenir les pompiers et le médecin traitant envoie la personne à «Accueil-Service». Après six jours, une unité d'accueil temporaire est trouvée pendant que les réparations de l'appartement sont effectuées. Cette personne avait besoin d'un temps de répit pour accepter d'aller en unité d'accueil temporaire.
- Le jour de Noël, un patient de 89 ans téléphone en pleurs : désespéré par ses douleurs des membres inférieurs (sur insuffisance artérielle), il a déjà trop eu d'investigations et refuse d'être hospitalisé. Invité dans sa famille pour fêter Noël, il n'en a pas le coeur tant il souffre... Nous le faisons venir à «Accueil-Service» pour instaurer un traitement antalgique. Rapidement soulagé, sécurisé, il a alors été d'accord d'être hospitalisé.

La grande majorité retourne dans son lieu de vie

Soixante-trois pour-cent des patients sont retournés dans leur lieu de vie habituel dans la communauté, alors que 37% ont été transférés dans des établissements hospitaliers gériatriques, dont un tiers dans un établissement de convalescence (tableau 2). Un décès, dans une situation de soins palliatifs a été enregistré au cours des 9 mois d'activité. Cent vingt-neuf personnes ont reçu un encadrement à la sortie constitué par des soins infirmiers à domicile, la participation à l'hôpital de jour, le soutien d'une assistante sociale, une physiothérapie ou des mesures d'adaptation du domicile par une ergothérapeute.

Discussion

Ce type de structure apportant un répit «aigu» (c'est-à-dire de quelques jours seulement) aux CMS n'a pas encore été décrit dans la littérature à notre connaissance. Les lits de répit aigu se différencient des unités d'accueil temporaire non seulement par la brièveté du séjour (4,1 jours en moyenne, 14% seulement des patients étant restés 5 jours ou plus), mais encore par l'intervention d'une équipe gériatrique formée au travail en réseau communautaire et aux visites à domicile. Pour notre collectif de patients âgés, (plus du tiers ayant 85 ans ou plus), l'accueil dans une petite structure est aussi un facteur sécurisant : ils bénéficient d'un temps d'écoute suffisant, d'une observation et de l'identification des difficultés rencontrées, malgré la brièveté du séjour. Les patients retournent à domicile dans 63% des cas. Ces personnes vivent une situation de rupture à domicile en raison de plusieurs facteurs surajoutés tels que l'isolement, la dénutrition, une chute, un épisode infectieux, un deuil subit, un état de détresse, un manque d'encadrement.... Cette situation de crise est en fait réversible pour la majorité des cas. Ainsi, nous voyons se profiler les situations médico-sociales qui nécessitent une réponse urgente. L'admission de 240 patients en quelques mois tend à montrer qu'une structure de lits de «répit aigu» pour personnes âgées correspond à un besoin dans cette population.

Le système montre aussi ses limites : les patients ont dû être transférés dans un établissement dans 37% des cas : 13% (soit le tiers des transferts) dans des lieux de convalescence ou une unité d'accueil temporaire pour un séjour de 2-3 semaines, alors que 23% (soit les deux tiers) ont nécessité un transfert dans un hôpital de soins aigus général ou gériatrique. Dans ces cas, l'hospitalisation n'est pas un échec : l'accueil étant prioritaire, les demandes d'admission ont été acceptées sans limites strictes et l'on s'est exposé à admettre des cas qui se sont avérés trop lourds, débordant les possibilités de la structure.

Certains aspects du fonctionnement devront encore être mieux précisés, tels que le motif d'admission ou de transfert dans un établissement hospitalier, le bénéfice du séjour, l'encadrement à domicile, ou encore le devenir des patients en termes de lieu de vie, d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de mortalité à 1 et 3 mois. Une étude prospective en cours permettra d'apporter des réponses à ces questions. Par ailleurs, les coûts de fonctionnement, présumés faibles, ne sont pas encore connus. Le grand intérêt suscité par cette expérience-pilote auprès des utilisateurs et des professionnels de santé justifie à nos yeux de la poursuivre en affinant le concept d'une structure d'accueil au service de la population âgée vivant dans la communauté.

Conclusion

Des lits de répit, d'observation et de soins gérés par des infirmières dans une approche multidisciplinaire permettent dans la majorité des cas de résoudre la crise médico-sociale de personnes âgées en difficulté et d'assurer leur retour dans leur lieu de vie en évitant une hospitalisation. La gestion de cette crise médico-sociale au cours

		Nombre	%
Destination (n= 240)	domicile	129	53,8
	pension	22	9,2
	convalescence	33	13,7
	hôpital	56	23,3
Encadrement [1] (n= 129)	soins à domicile	80	62,0
	hôpital de jour	23	17,8
	Ass. soc., physio- ou ergothérapie	27	20,9

Tableau 2. Destination et encadrement à la sortie.

[1] Certaines personnes reçoivent plusieurs types d'encadrement simultanément.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Lowenstein SR, et al. Care of the elderly in the emergency department. Ann Emerg Med 1986 ; 15 : 528-35.*
2. *McDonald AJ, Abrahams ST. Social Emergencies in the Elderly. Emerg Med Clin North Am 1990 ; 8 : 443-59.*
3. ■ *Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments : Conclusions and recommendations. Ann Emerg Med 1992 ; 21: 830-4.*
4. *Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room : Age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987 ; 5 : 398-404.*
5. ■ *Sanchez-Menegay C, Mermillod B, Vermeulen B, Unger PF, Stalder H. Soins impossibles à domicile : impression médicale ou diagnostic ? Réan Urg 1994 ; 3 : 421-4.*
6. *Antille J. Le Bureau d'orientation des urgences médico-sociales (BOUM), cinq ans d'existence et d'expérience. Cahiers Médicaux Vaudois 1995 ; 8 : 12.*
7. *Yersin B. Rôle des infirmières de liaison dans un centre d'urgences. Cahiers Médicaux Vaudois 1995 ; 8 : 11.*

Adresse des auteurs :
Drs J.-P. Bréchet, F. Loew, M. Constantinescu, P. Carry et Pr Ch.-H. Rapin
Policlinique de Gériatrie
Département de gériatrie
Rue du Nant 8
1207 Genève

d'un séjour très bref de 3-4 jours, implique non seulement une bonne collaboration avec le réseau de soins à domicile, respectant ainsi le partenariat dans la continuité de soins, mais exige en outre rigueur et disponibilité de toute l'équipe de la structure d'accueil. Nos résultats préliminaires suggèrent qu'en répondant à une demande urgente, sociale, psychologique et infirmière autant que médicale, une structure de ce type s'inscrit comme un nouveau maillon utile et économique du réseau socio-sanitaire genevois.

Implications pratiques

1. La crise médico-sociale nécessite une réponse urgente, mais adaptée.
2. L'hospitalisation aux urgences peut être évitée grâce à des lits de «répit aigu».

COÛTS DE LA SANTÉ

ALLEMAGNE : LE MINISTRE DE LA SANTÉ MENACE DE BLOQUER LES COTISATIONS D'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses en médicaments ont encore augmenté en Allemagne, les six premiers mois de l'année, présentant une augmentation de 7,1% par rapport à la même période en 1995. Dans les nouveaux Etats de l'Allemagne de l'Est l'augmentation a atteint 16,1% *(Br Med J 1996 ; 313 : 648)*.

Après une période de modération des prescriptions, avec un point bas en 1993, les médecins tendent maintenant à prescrire davantage et, particulièrement en Allemagne de l'Est, des médicaments plus coûteux. L'augmentation des coûts des médicaments a aussi été aggravée du fait de l'abandon par le gouvernement l'année dernière – à la suite d'une forte pression de l'industrie pharmaceutique – d'une «liste positive» qui était destinée à fixer des limites de prix pour des médicaments standard. En conséquence, les coûts des médicaments n'ont baissé que de 0,2% au cours de l'année dernière.

En outre, des experts prédisent déjà que les limitations des prestations par les compagnies d'assurance maladie pour les traitements hospitaliers, les cures thermales, les lunettes et les traitements dentaires, qui entreront en application en 1997, ne seront probablement pas aussi efficaces pour réduire les coûts qu'on l'avait initialement prévu. Et les médecins protestent contre les projets du ministre de la santé allemand Horst Seehofer de rémunérer les médecins de famille de manière trimestrielle à partir de l'année prochaine au lieu d'honoraires sur la base des services.

Le conflit entre le ministre de la santé et l'industrie de l'assurance maladie augmente de jour en jour. Au début de cette année M. Seehofer avait déclaré que les cotisations de l'assurance maladie devaient être réduites de 0,4% au 1er janvier 1997. Mais les compagnies d'assurance maladie viennent d'annoncer que les cotisations vont augmenter de 1% ou alors que certaines pourraient faire faillite parce qu'elles ne sont pas en mesure de répondre aux coûts croissants des médicaments.

M. Seehofer a répliqué en disant que les compagnies d'assurance maladie avaient suscité elles-mêmes leurs difficultés en faisant de plus en plus des offres coûteuses telles que de la gymnastique, du yoga ou des consultations diététiques gratuites pour attirer de nouveaux membres. Il a menacé de bloquer les cotisations d'assurance maladie pendant plusieurs années à venir si les compagnies persistent à aller de l'avant avec de telles augmentations. Ce serait la première fois que le gouvernement intervient de cette façon dans l'histoire du système d'assurance maladie publique en Allemagne.

Comme on pouvait s'y attendre, la plus grande compagnie d'assurance, l'*Allgemeine Ortskrankenkasse*, a repoussé sèchement l'idée. «Cela ferait tomber notre système de santé libéral jusqu'aux fondations», a déclaré Peter Kirch, directeur administratif du groupe et il a qualifié l'initiative de M. Seehofer de «scandale».

Herbert Rebscher, directeur du comité de l'association du groupe d'assurance des employés (Verband der Angestellten – Krankenkassen), a affirmé que l'initiative signifierait «l'abandon de tous les concepts de politique de santé élaborés dans les années récentes». Il a déclaré que le blocage des cotisations d'assurance pendant des années allait inévitablement conduire à une nouvelle réduction des services de l'assurance maladie.

Toutefois, aucun des critiques n'a soulevé la question de savoir si l'intervention de M. Seehofer serait constitutionnelle ou non et n'a eu le projet d'entreprendre une action légale contre elle. P.H.