

L'hospitalisation des personnes âgées

Ch. TRIVALLE (1)

« Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant. »

Article 10, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1999.

Actuellement, l'hôpital représente encore un univers « hostile » pour les personnes âgées. Il n'a pas encore su s'adapter au vieillissement de la population. Pourtant il existe de nombreuses structures d'hospitalisation différentes ayant chacune leur intérêt propre. Mais à l'heure actuelle, elles sont souvent dispersées géographiquement et il n'existe aucun fonctionnement en réseau centré sur la personne âgée malade. Pour l'instant, les rares réseaux existants sont plutôt centrés sur l'hôpital avec pour intérêt principal de « désencombrer » les services de court séjour. Pour ces services, l'objectif est d'avoir la durée moyenne de séjour (DMS) la plus courte possible, et l'obstacle principal pour atteindre cet objectif est la présence de malades âgés. Pourtant l'arrivée de la personne âgée dans un service hospitalier correspond à une rupture avec son environnement, et peut signifier pour elle, abandon, irréversibilité, mort. Elle nécessite donc une prise en charge spécifique relevant de services spécialisés. C'est pourquoi, une prise en charge gériatrique immédiate et continue devrait être la règle.

PRINCIPALES MODALITES D'HOSPITALISATION DES PERSONNES AGEES

Les urgences

L'hôpital est un lieu de passage obligatoire pour un certain nombre de personnes âgées. Les trois-quarts des sujets âgés sont hospitalisés dans le cadre d'admissions non programmées. Un malade hospitalisé sur cinq a plus de 75 ans et dans 80% des cas, ceux-ci sont admis en urgence. Quelle que soit la qualité des services d'Urgence, l'absence de prise en charge spécifiquement gériatrique de ces malades conduit presque toujours à l'hospitalisation. Les malades âgés représentent 30 à 50% des personnes hospitalisées. Une toute petite minorité est hospitalisée directement dans un service spécialisé en gériatrie. Pourtant, l'accès direct en gériatrie est un mode de prévention de la dépendance et de l'entrée en institution bien reconnu aujourd'hui.

Les services de court séjour non gériatriques

Au décours des urgences, la plupart des malades âgés sont donc hospitalisés soit au service Porte en attente d'une place dans un autre service, soit directement dans un service de court séjour. Il s'agira le plus souvent d'un service de Médecine Interne qui assurera le bilan diagnostique et le trai-

tement des pathologies aiguës. Cependant, si le malade âgé présente une pathologie unique ou très spécifique, il sera directement admis dans un service spécialisé : cardiologie, pneumologie, chirurgie... Service dans lequel il bénéficiera d'une prise en charge de haute technicité et des traitements les plus performants et les plus modernes. Cependant, la durée d'hospitalisation dans ces services est habituellement très courte (6-7 jours), et si le malade n'est pas en état de retourner à son domicile, il devra alors aller dans un service de soins de suite (SSR) le plus rapidement possible afin de « libérer » le lit.

Les services de court séjour gériatrique

Les services de médecine aiguë gériatrique sont des Unités Fonctionnelles de médecine de type court séjour classique, accueillant des personnes de 65 ans et plus. Comme pour tout service de gérontologie, la moyenne d'âge des malades est de plus de 80 ans. Ces services font appel à une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées. Actuellement, ces services sont encore très rares en France. Ils sont malheureusement soumis à la contrainte de la durée de séjour qui doit être la plus courte possible (environ 10-11 jours en moyenne actuellement), ce qui joue probablement sur la qualité de la prise en charge.

Les services de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)

Les services de soins de suites et de réadaptation ont pour mission d'assurer la réadaptation d'un sujet âgé ayant perdu son autonomie de vie et les soins nécessaires à son état de santé après une prise en charge en unité d'aiguë ou après admission directe. C'est également un lieu d'observation avant de prendre une décision définitive d'orientation. La durée possible des soins est de 3 mois, avec renouvellement par période d'un mois si nécessaire. Les caisses d'assurance maladie couvrent la prestation forfaitaire des soins.

Les services de soins de longue durée (long séjour)

Ces services ont pour mission de « dispenser des soins de longue durée, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien » (Article L711-2 de la Loi 70-1318). Les soins de longue durée relèvent de l'hébergement collectif médicalisé. Il s'agit de permettre aux personnes âgées qui vont s'installer pour un temps indéfini en service de longue durée, d'y être admises, d'y trouver les conditions d'une existence décente et aussi agréable que possible et d'y demeurer en y recevant les soins requis par leur état, le plus souvent jusqu'à leur décès. Du fait de la possibilité de soins médicaux sur place, ces résidents évitent ainsi des hospitalisations non indispensables, ce qui leur épargne des transferts

(1) Praticien Hospitalier Service de gérontologie et de soins palliatifs Hôpital Paul Brousse, 12-14, avenue Paul Vaillant Couturier 94804, Villejuif cedex. Tél: 01.45.59.38.43 Fax: 01.45.59.36.94
E-mail : christophe.trivalle@pbr.ap-hop-paris.fr

souvent traumatisants et libère les services spécialisés des hôpitaux. Pour différencier les malades nécessitant des soins de longue durée, de ceux relevant d'une section de cure médicale, il a été introduit ces dernières années la notion d'« hospitalo-requérance ». Avec la réforme de la tarification, ces services seront probablement amenés à disparaître sous leur forme actuelle.

Les unités gériatriques spécialisées : nutrition, psycho-gériatrie, démence,...

Certains services de gérontologie se sont spécialisés dans la prise en charge de pathologies spécifiques, c'est le cas des unités nutritionnelles, des unités « démence », des services de psychogériatrie. Ces unités spécialisées sont encore relativement rares, mais sont amenées à se développer, en particulier en ce qui concerne les démences et la maladie d'Alzheimer qui constituent un véritable problème de santé publique.

Les soins palliatifs

Actuellement, en France, plus de 60% des décès surviennent après 75 ans et moins de 30% de ces décès ont lieu au domicile. Le plus souvent les malades décèdent à l'hôpital ou en institution. La prise en charge de la fin de la vie est donc un problème quotidien dans les services de gérontologie. Ceci nécessite une formation spécifique des personnels amenés à s'occuper de personnes âgées en fin de vie et, dans certains cas, la création d'unités de soins palliatifs gérontologiques. Si pour les malades jeunes en fin de vie (cancer, sida,...), la stratégie a été de créer des unités de soins palliatifs indépendantes des autres services médicaux, en ce qui concerne la gériatrie, la tendance est plutôt de créer des unités de soins palliatifs directement intégrées dans les services de gérontologie. Dans le futur, il faudra également développer des équipes mobiles de soins palliatifs gérontologiques qui pourront intervenir au domicile des personnes âgées et surtout dans les maisons de retraite.

Les consultations

Un conseil gérontologique ou un suivi hospitalier peuvent être proposés en consultation. Celles-ci sont un complément indispensable à tout service gérontologique. Elles sont soit isolées, soit intégrées au sein d'un centre d'évaluation gérontologique. Il s'agit alors d'un travail d'équipe avec au minimum un gériatre, un travailleur social et un psychologue.

Les centres d'évaluation gérontologiques

Le développement de centres d'évaluation gérontologiques, si possible au sein de départements gérontologiques hospitaliers, devrait permettre s'ils sont en nombre suffisant, une meilleure prise en charge à domicile des personnes âgées en coordination avec le médecin traitant, d'anticiper sur les hospitalisations et surtout d'éviter le passage par les services d'urgence et les services de court séjour non-gérontologiques. En effet, dans de nombreux cas, et en dehors bien sûr de la nuit et des week-ends, les motifs d'hospitalisation ne relèvent pas d'un service d'urgence. Ces centres doivent s'intégrer aux réseaux gérontologiques et permettre le développement de filières efficaces centrées sur le malade âgé. La filière de soins est alors un outil qui permet de raisonner en termes d'individus traités et non plus en termes de structures et de séjours hospitaliers. De plus, ces centres ont également des fonctions de formation, de recherche, de prévention et d'éducation

sanitaire. Ils devront travailler en étroite collaboration avec les futurs CLIC (centres locaux d'information et de coordination).

Hôpital de jour et hôpital de semaine

L'hôpital de jour propose une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en favorisant le maintien à domicile. C'est à la fois un lieu d'évaluation et de soins, et un lieu de vie. Il permet d'effectuer des bilans, des traitements et de raccourcir une hospitalisation en permettant la poursuite de traitements et de rééducations débutées en hospitalisation traditionnelle. Son utilité se situe aussi bien avant, à la place ou après une hospitalisation classique.

Il existe également des hospitalisations dites « de semaine » pour lesquelles le malade peut passer une ou plusieurs nuits à l'hôpital. Ceci permet de mieux préparer les malades pour certains examens complémentaires (pour une colonoscopie par exemple) ou d'effectuer des traitements pouvant nécessiter un surveillance médicale (chimiothérapie, transfusions,...). Dans quelques services, il a également été envisagé des hospitalisations de nuit pour les malades âgés déments ayant des troubles du comportement prédominant la nuit.

Enfin, il faut distinguer les Centres (d'accueil) de jour qui sont des structures extrahospitalières. Ces centres sont en général totalement indépendants des services hospitaliers et proposent essentiellement des activités et des animations destinées aux malades déments.

L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) des personnes âgées se développe de plus en plus. A Paris, 1 malade sur 2 en HAD a plus de 65 ans. L'hospitalisation à domicile est soumise à une entente préalable, et la prise en charge est limitée dans le temps. Actuellement, son organisation permet la prise en charge de personnes qui n'ont pas été hospitalisées auparavant. C'est un pont entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. L'HAD permet de délivrer des soins médicaux et paramédicaux à domicile de nature comparable à ceux délivrés à l'hôpital. Le suivi médical est assuré par le médecin traitant. Cependant, il faut que la personne âgée bénéficie d'un confort minimum dans son domicile et qu'elle ne vive pas seule et isolée. L'accord de la famille est demandé, car elle sera sollicitée pour cette prise en charge.

Forfait soin et frais d'hébergement

Depuis la loi hospitalière de 1991, on distingue les soins de courte durée (court séjour), les soins de suite et de réadaptation (SSR, anciennement moyen séjour) et les soins de longue durée (SLD, anciennement long séjour). En théorie, l'hébergement des personnes âgées s'effectue dans les établissements relevant de la loi sociale de 1975, et celui des « malades » dans ceux relevant de la loi du 31 décembre 1970, modifiée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Rompant avec le système antérieur de prise en charge de la dépendance, la loi modificative du 4 janvier 1978 a institué la double tarification (forfait soin + frais d'hébergement) pour la prise en charge des personnes âgées relevant de la structure sanitaire des long séjours. Le forfait soin est financé par la Sécurité Sociale, alors que les frais d'hébergement, fixés par le Conseil Général (environ 16000 francs par mois à l'Assistance Publique -

Hôpitaux de Paris), sont à la charge de la personne âgée, de sa famille (obligation alimentaire) ou de l'Aide Sociale (recours sur succession). Cette réforme a entraîné une séparation artificielle entre le handicap dû à l'âge (baptisé pour l'occasion dépendance) et le handicap avant 60 ans dû à d'autres causes. Ainsi, contrairement à la personne âgée en long séjour, les frais d'hébergement pour une personne adulte handicapée en maison spécialisée sont financés par l'assurance maladie.

Cependant, ce mode de financement va être modifié par la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes qui en plus du tarif hébergement et du tarif soins introduit la notion de tarif dépendance qui sera variable selon le degré de dépendance défini par la grille d'évaluation AGGIR (Autonomie, gérontologie, Groupe Iso Ressource). Ce tarif dépendance pourra être pris en charge par une nouvelle prestation dépendance : l'aide personnalisée à l'autonomie ou APA.

Les unités de court séjour et de SSR sont financées par le système du budget global. Il est important de noter qu'aucune de ces structures (CS, SSR ou SLD) n'est reconnue par les tutelles comme exclusivement réservée aux personnes âgées. Seule la volonté des chefferies de service tend à une spécificité gériatrique.

Pourquoi faut-il des services de gérontologie ?

L'hôpital soigne des pathologies et non des catégories sociales particulières : le classement toujours plus précis du service public hospitalier et des spécialités médicales a exclu, d'une certaine façon, le malade âgé de l'hôpital. Cependant, faute de structures adaptées, il se retrouve souvent sans nécessité dans les services de haute qualification (cardiologie, pneumologie, néphrologie,...). La difficulté de fonctionnement de ces services de spécialité (y compris la médecine interne) est liée aux durées de séjour des malades âgés, très fréquemment supérieures au temps nécessaire au seul traitement. Ceci pose la question du «bed blocker», ce malade « encombrant », qui ne bénéficie plus vraiment des soins de l'unité dans laquelle il se trouve et dont on ne sait que faire ou comment le transférer.

Contrairement aux services de court séjour gériatriques, ces services prennent peu en compte la prévention et la prise en charge de la dépendance (lever précoce, stimulation pour la toilette, compléments nutritifs, rééducation...) car celle-ci ne relève pas de leur spécialité et pourra être faite en SSR. Ce qui fait que cette phase d'attente est non seulement improductive et coûteuse, mais souvent très délétère pour les malades âgés. En effet, les sujets âgés polypathologiques sont plus fragiles (*frail elderly*) que la population générale et sont susceptibles de faire des complications en cascade (déshydratation, confusion, chutes, fracture, dénutrition, complications de décubitus, incontinence, dépression, iatrogénie, infections nosocomiales,...) aboutissant à une aggravation de l'état de santé et à une majoration de la dépendance. Ceci conduit souvent à une institutionnalisation justifiée par l'évolution du malade en cours d'hospitalisation et parfois même au décès. De plus certaines personnes âgées retournent à domicile, faute d'une autre solution, sans que les aides nécessaires aient été envisagées ou mises en place. Pourtant, pour que la prise

en charge soit efficiente et durable, il faut prévoir la sortie de la personne âgée de l'hôpital et l'organiser, et ce, souvent dès les premiers jours de l'hospitalisation. Un retour à domicile non préparé peut conduire à de nouvelles hospitalisations et/ou à un risque accru d'aggravation de l'état de santé.

QUELLES DOIVENT ETRE LES CARACTERISTIQUES D'UN SERVICE DE GERONTOLGIE ?

Une équipe pluridisciplinaire

La prise en charge d'une personne âgée malade à l'hôpital - en court séjour comme en SSR ou en SLD - nécessite la présence d'une équipe pluridisciplinaire (tableau I) compétente et en nombre suffisant, pour permettre une prise en charge globale avec l'élaboration d'un véritable projet de soins et de vie dès le début de l'hospitalisation. Trois catégories professionnelles sont essentielles : les aides-soignantes, les infirmières et les assistantes sociales. Mais, il faut également insister sur le rôle des psychologues, des rééducateurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes,...) et de toutes les personnes qui s'attachent à rendre le plus agréable possible le séjour des malades âgés à l'hôpital. Enfin, la présence de bénévoles est indispensable, de même que les associations des familles de malades.

Ce travail d'équipe nécessite de nombreuses réunions pour prendre en compte l'avis de tous les intervenants concernant les soins, le séjour hospitalier et le devenir du patient. Les relations avec la famille et le médecin traitant sont également fondamentales et nécessitent un temps de communication important.

Actuellement, la densité en personnel au lit du malade dans les services de gérontologie est largement insuffisante, même si elle atteint parfois les normes définies il y a plus de 20 ans par le Ministère de la Santé (6 juin 1977) : 0,6 agent par lit en moyen séjour et 0,4 par lit en long séjour. Avec le vieillissement de la population, le nombre de plus en plus important de personnes âgées polypathologiques et dépendantes, et à l'heure de l'accréditation et de l'évaluation qualité, ces normes sont largement obsolètes, et ne permettent plus une prise en charge satisfaisante des malades âgés hospitalisés. Il est admis, par exemple, que le ratio minimum nécessaire devrait être de un poste de personnel pour un lit dans les services de SLD. Ceci explique les nombreux postes non occupés dans les services de gérontologie, les arrêts de travail quotidiens et les actions de grèves répétées, non tant pour des questions de salaire, que pour réclamer plus de personnel au lit du malade.

Un lieu de vie

Tout service de gérontologie doit être considéré comme un lieu de vie, en particulier pour les patients en soins de longue durée. C'est pourquoi, bien que de plus en plus négligée du fait des restrictions financières et du manque de personnel, l'animation est un élément essentiel de la prise en charge des malades âgés. L'architecture de ces services est également importante avec - en plus des éléments liés aux handicaps (signalétique, éclairage, barres d'appui, toilettes adaptées,...) - des jardins protégés, des lieux d'animation, des salons destinés aux familles, des éléments de décoration, des possibilités de recevoir la visite d'animaux, etc.

Tableau 1 : L'équipe hospitalière en gériatrie, une équipe pluridisciplinaire.

- Médecins gériatre-gérontologues qui coordonnent les soins.
- Médecins consultants (Psychiatre, Neurologue, Cardiologue, Chirurgiens,...)
- Cadres infirmiers.
- **Infirmières +++.**
- **Aides-soignantes +++.**
- **Assistants sociaux +++.**
- Kinésithérapeutes.
- Psychologues.
- Diététiciennes.
- Orthophonistes.
- Ergothérapeutes.
- Psychomotriciens.
- Socio-esthéticiennes.
- Pédicures, coiffeurs,...
- Personnes formées à l'animation.
- Bénévoles.

QUEL FUTUR ?

Pour l'instant, toutes les réformes concernant les personnes âgées se sont plutôt révélées négatives que génératrices de progrès. C'est le cas notamment de la PSD (Prestation Spécifique Dépendance, loi du 24 janvier 1997) qui est financièrement plus défavorable que les systèmes antérieurs (mais ceci devrait être corrigé de façon très positive par la mise en place de l'APA). C'est le cas également de l'informatisation des services de gérontologie et de l'utilisation du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information), qui loin d'être un gain de temps, diminue encore la disponibilité du personnel auprès des malades. De plus ce système d'informatisation est utilisé non pas pour une meilleure prise en charge des malades, mais pour essayer de diminuer encore plus les budgets et le nombre de personnel. Enfin, il est malheureusement probable que les réformes de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la redéfinition des soins de longue durée avec la création de quelques services « de soins prolongés » qui seront entièrement pris en charge par la Sécurité sociale et la transformation des autres services en EHPAD (qui sortiraient alors du secteur sanitaire), se fassent au détriment des soins et des personnes âgées. En effet, cette transformation des services de soins de longue durée présente un risque non négligeable de voir diminuer les ratios de personnel qui sont déjà insuffisants ■

(Ce texte est publié avec l'aimable autorisation des Editions Masson).

Références

1. Bègue R, Humbert V. Pour une nouvelle gériatrie à l'hôpital public. Les guides de l'AP-HP. Doin éd., Paris, 1994.
2. Drunat O, Faraldi O, Bessey D, Lutzler P. Filières de soins gériatriques. Rev Gériatrie 1998; 23: 527-533.
3. Gérontologie et société. L'Hôpital 1997; 80.
4. Gonthier R, Belmin J. Un système de santé moderne peut-il encore se passer d'unités de médecine gériatrique aiguë ? Rev Gériatrie 1997; 22: 501-503.
5. Moulias R. Pour un projet gériatrique dans chaque centre hospitalier. Rev Gériatrie 1996; 21: 41-48.
6. Sebag-Lanoë R. Soigner le grand âge. Desclée de Brouwer éd., Paris, 1992.
7. Wolmark Y. L'hospitalisation des personnes âgées. In: Gérontologie fondamentale, clinique, sociale. Maugourd M-F éd. Duportet B/Sauramps médical 1992: 834-841.

■ Nouvelles de l'Industrie

Making Connections in Alzheimer's Disease

Les 1 et 2 Mars 2002, à Prague, au cours du congrès Making Connections, organisé par le laboratoire Novartis, s'est tenue une session consacrée à la Maladie d'Alzheimer.

Le président de cette session, Stevens G. Potkin, a rappelé que la maladie d'Alzheimer (MA) est une affection neurodégénérative progressive, responsable de symptômes concernant trois champs fondamentaux : les activités quotidiennes, le comportement et la cognition. Le développement et la détérioration de ces symptômes entraînent la perte d'autonomie des patients et contribuent aux conséquences dramatiques de l'affection que l'on connaît sur le plan social et économique. De nombreuses preuves sont actuellement disponibles pour permettre de considérer que la survenue des symptômes dans la MA et les autres formes de démence (démence à corps de Lewy [DLB], démence parkinsonienne [PDD] et démence vasculaire [VaD]) est en relation avec la perte des neurones cholinergiques et la diminution des neurotransmetteurs à l'acétylcholine (ACh) dans les régions cérébrales responsables des activités motrices, d'apprentissage, mnésiques et des réponses comportementales et affectives. En agissant sur les enzymes clés intervenant dans la régulation des taux d'ACh, les inhibiteurs de la choline-estérase (ChE), comme l'*Exelon*, permettent de favoriser la fonction cholinergique restante et ont démontré leur rôle bénéfique dans la prise en charge des troubles. De plus, des données cliniques récentes suggèrent que l'action des inhibiteurs de la ChE peut aller au-delà de l'amélioration des troubles, en modifiant le cours de l'évolution démentielle.

Durant cette session, ont été présentées les dernières recherches dans la MA avec les nouveaux développements fondamentaux et cliniques de la prise en charge quotidienne, concernant la neurobiologie, le diagnostic et le traitement de la MA, en insistant particulièrement sur l'utilité clinique de l'*Exelon*, par suite de sa double inhibition à la ChE.

Les nouvelles stratégies thérapeutiques comme le « switching » et l'intérêt des bénéfices sur le plan clinique des inhibiteurs à la ChE chez les patients atteints de DLB, PDD et VaD ont été développées au cours de cette session de haut niveau scientifique.

Ph. DUIZABO