

Implémentation d'une approche de soins adaptée aux personnes âgées à l'échelle d'un hôpital : un défi de taille

Christian Swine^{1,2}, M.D., Anne Spinewine^{3,4}, M.Pharm., M.Sc., Ph.D.

¹Médecin gériatre, Responsable du Service de gériatrie aiguë, CHU UCL Mont-Godinne Dinant, Belgique;

²Professeur clinique à la Faculté de médecine, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique;

³Pharmacienne, Responsable du Service de pharmacie clinique, CHU UCL Mont-Godinne Dinant, Belgique;

⁴Chargée de cours, Faculté de pharmacie et des sciences biomédicales, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique

Reçu le 12 mai 2013; Accepté après révision le 22 mai 2013

Comment implanter une culture de soins adaptée à la personne âgée dans l'hôpital? C'est ce que nous présentent les auteurs de cet article en décrivant dans le détail leur démarche qualité¹. Changement de culture est le mot qui convient, parce qu'il s'agit bien de cela, et il faut le susciter parce que, spontanément, la transition démographique et épidémiologique n'a pas suffi à déclencher une prise de conscience du changement de profil des patients.

La logique basée sur l'organe malade reste le paradigme prégnant à l'hôpital. Pourtant, une mutation s'opère, le modèle biopsychosocial remplace progressivement le modèle biomédical pur². Pourtant, le processus de soins gériatriques, encore appelé Évaluation gériatrique standardisée ou Évaluation gériatrique complète est bien établi, et ses résultats en termes de réduction du déclin fonctionnel et cognitif reposent sur des preuves robustes³. Stuck et Iliffe n'hésitent pas à recommander cette pratique comme standard de soins pour tous les patients âgés admis à l'hôpital et plaident pour un changement dans le système de soins qui soutienne le travail d'évaluation standardisée, qui crée des unités adaptées et qui place la gériatrie au centre du management médical dans les pays où la plupart des patients admis à l'hôpital sont plus âgés³.

Pour renforcer la démarche des auteurs et l'orientation prise par l'Hôpital de Montmagny¹, laissons la parole à Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Nancy, délégué régional Lorraine de la Fédération hospitalière de France, qui écrit : « Lorsque le médical, l'éthique et l'économique se rejoignent, toutes les raisons sont là pour qu'un hôpital fasse de la gériatrie un axe central de son projet d'avenir⁴. »

Au niveau européen, une mise au point récemment publiée met l'accent sur la nécessité de rendre les systèmes de soins plus *age-friendly* avec des actions spécifiques pour une gestion appropriée des admissions à l'hôpital et des plans de sortie (congé)⁵. En France, des recommandations de bonnes pratiques en soins des personnes âgées sont élaborées par la Haute Autorité de Santé et concernent de nombreux domaines sensibles : prescription de neuroleptiques, prévention des chutes, contention, etc.⁶⁻⁸.

En Belgique, les services gériatriques hospitaliers ont été institués en 1987 par une loi détaillant la pratique hospitalière

des soins apportés aux personnes âgées, précisant des directives architectoniques et d'organisation, des objectifs cliniques clairs et des limites de durée de séjour⁹. Il ne s'agissait plus uniquement de diagnostiquer une maladie et de la traiter, mais aussi de donner des soins, de valider et de préparer la sortie dans les meilleures conditions. Le processus s'est déployé depuis 2007 dans un programme complet de soins pour le patient gériatrique hospitalisé avec instauration de l'hôpital de jour gériatrique et de la fonction de gériatrie de liaison aux côtés de l'unité d'hospitalisation gériatrique existante.

La mission générale est de repérer et d'évaluer les patients âgés fragiles¹⁰ admis tous services confondus, pour donner un appui spécialisé, favoriser un plan de sortie adéquat et assurer ainsi la continuité des soins. Une partie importante de l'action de l'équipe de liaison se déroule en salle d'urgences, où les patients au-delà de 75 ans évalués « à risque » par l'instrument ISAR¹¹ bénéficient d'une évaluation des paramètres gériatriques par une infirmière gérontologique qui transmet un tableau de recommandations à l'unité de soins de destination du patient. L'équipe mobile de gériatrie peut également répondre à des demandes spécifiques ou revoir chaque semaine les problèmes gériatriques dans des unités électives (chirurgie orthopédique, chirurgie cardiovasculaire, cardiologie).

Adapter l'hôpital à l'accueil et aux soins des personnes âgées est une préoccupation qui prend forme à travers différentes initiatives *Elder-friendly hospital* ou *Senior-friendly hospital*¹², et l'approche adaptée au Québec¹³ est une belle illustration de la richesse des recommandations qui doivent être diffusées à tous les hôpitaux de la Belle Province. En Belgique, la Fondation Roi Beaudouin (FRB Fondation Roi Baudouin. Communication personnelle) commence un programme semblable pour compléter le processus de soins des programmes de soins pour les patients âgés dans les hôpitaux, en portant l'attention sur l'accueil, l'information, l'accessibilité, l'aide aux repas, l'adaptation des locaux techniques et salles d'attente, la manipulation lors des examens techniques, etc.

Le programme Vision Gérontonomie s'insère parfaitement dans une démarche gériatrique, en s'intéressant aux

principaux syndromes gériatriques (chutes, delirium), en visant à prévenir le déclin fonctionnel et en rendant accessible une apparente complexité grâce au recueil systématique de paramètres vitaux gériatriques¹. Il serait intéressant que les personnes extérieures à ce programme connaissent les ressources nécessaires pour faire fonctionner ce programme, les actions concrètes et nouvelles réalisées conséquemment aux mesures journalières de l'AINEES¹ ainsi que les actions mises en place pour améliorer la préparation de la sortie.

Le point fort de la démarche réside dans le fait qu'elle commence dès l'admission aux urgences. C'est en effet un mode d'admission devenu habituel pour les personnes âgées à l'hôpital, et ce, dans tous les pays. Même si ce mode de fréquentation témoigne de défaillances des structures de première ligne (prévention), une fois que la personne âgée y est admise, le risque de déclin fonctionnel et de complications doit être repéré (utilisation d'échelles) et des actions doivent être entreprises (plan de soins)¹⁴. Celles proposées sont intéressantes mais requièrent du personnel et du temps que la salle d'urgences ne peut toujours fournir, elles sont alors confiées à l'équipe de l'unité de soins qui prend le relais.

La réalisation systématique d'un bilan comparatif des médicaments est décrite dans l'article et constitue un élément important pour la prévention des événements iatrogènes et pour l'amélioration de la continuité des soins. Les outils et initiatives mis en place au Canada¹⁵ peuvent certainement être considérés comme un modèle pour d'autres pays, comme la Belgique, où ce bilan comparatif et la conciliation médicamenteuse lors de chaque transfert ne font pas encore suffisamment partie des standards de soins¹⁶.

Le mérite principal du Programme d'implantation d'une approche adaptée à la personne âgée hospitalisée à l'Hôpital de Montmagny est de toucher toutes les équipes de soins de l'hôpital et de mobiliser tous les professionnels de l'institution. Selon notre expérience, l'existence dans une institution d'une unité gériatrique spécifique ne garantit pas nécessairement la diffusion de la culture, des savoirs et des pratiques gériatriques efficaces. En effet, et paradoxalement, cette unité peut constituer un alibi du genre : « chez nous, nous avons une unité où on s'occupe bien des aînés... », ce qui dispense le personnel des autres unités d'en faire davantage, d'autant que les soignants préfèrent ne pas trop voir ou savoir ce qui touche au vieillissement en général, qui préfigure peut-être leur propre vieillissement et qui évoque pour eux des images négatives.

La composante organisationnelle est une dimension essentielle à considérer, et elle fait l'objet de discussions approfondies dans le cadre de référence québécois « Approche adaptée

à la personne âgée en milieu hospitalier »¹³. En effet, les changements de pratique proposés doivent être soutenus, non seulement par une équipe de professionnels, mais par l'organisation tout entière. Dans la démarche décrite par les auteurs, on retrouve plusieurs éléments importants, comme la mise en place d'une équipe de gestion de projet représentative de tous les groupes concernés, la présence d'un mentor sur le terrain ou encore l'engagement de la direction.

En parallèle, l'article met bien en évidence les défis associés à la mise en place d'une telle démarche. Comme le décrivent les auteurs, les formations et le coaching ne suffisent pas pour implémenter et pérenniser un changement de culture, et le phénomène de rotation du personnel soignant est une barrière à ne pas négliger.

Enfin, un dernier point particulièrement important dans le cadre d'une démarche visant à apporter un changement de culture, mais qui ne semble pas encore avoir été mis en place, concerne la sélection d'indicateurs. Le cadre de référence insiste sur la nécessité de s'évaluer, de mesurer, pour s'améliorer : comparer la situation de départ à la situation souhaitée¹³. Ainsi, les indicateurs de qualité (de résultats, de processus et de structure) facilitent le travail en fournissant des données objectives, ce qui diminue les risques de porter des jugements reposant sur des impressions, des généralisations, des mythes ou des préjugés. Il est sage de n'en gérer que quelques-uns à la fois, de les choisir avec soin selon les priorités de chaque établissement. Leur analyse permet de cibler des activités d'amélioration. Pourtant la détermination d'indicateurs et la réalisation de mesures ne sont mentionnées que comme une perspective. Nous pensons plutôt que cette étape est essentielle, voire même qu'elle devrait être mise en place dès le démarrage de la démarche institutionnelle. En effet, les mesures et le *feedback* fournis aux équipes sur le terrain constituent des éléments clés de motivation des équipes et de pérennisation des changements.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflit d'intérêts

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflit d'intérêts potentiel. Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Doiron A, Lord MC. Implantation d'une approche intégrée adaptée à la personne âgée hospitalisée à l'Hôpital de Montmagny. *Pharmactuel* 2013;46:2:143-6.
2. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med* 2004;116:179-85.
3. Stuck E, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011;343:d6799.
4. Accueil des personnes âgées à l'hôpital : quand l'éthique rejoint l'économique. [en ligne] <http://www.agevillagepro.com/actualite-8171-1-accueil-des-personnes-agees-a-l-hopital-quand-l-ethique-rejoint-l-economique.html> (site visité le 12 mai 2013).
5. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach J, Knai C et coll. Health in Europe 6: Ageing in the European Union. *Lancet* 2013;381:1312-22.
6. Limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_885227/fr/limiter-la-prescription-de-neuroleptiques-dans-la-maladie-dalzheimer (site visité le 12 mai 2013).
7. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee (site visité le 12 mai 2013).
8. Contention physique de la personne âgée. [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee (site visité le 12 mai 2013).
9. Arrêté royal fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/api2.pl?lg=fr&pd=2007-03-07&numac=2007022208> *Moniteur Belge* :07.03.2007;1197-11205
10. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752-62.
11. McCusker J, Verdon J, Vadeboncoeur A, Lévesque JF, Sinha SK, Kim KY et coll. The elder-friendly emergency department assessment tool: development of a quality assessment tool for emergency department-based geriatric care. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1534-9.
12. Parke B, Hunter KF, Bostrom AM, Chambers T, Manraj C. Identifying modifiable factors to improve quality for older adults in hospital: a scoping review. *Int J Older People Nurs* 2012;doi:10.1111/opn.12007.
13. Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence. [en ligne] <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/4b25b2aba4f5c7768525783000584c27> (site visité le 12 mai 2013).
14. Beaton K., Grimmer K. Tools that assess functional decline: Systematic literature review update. *Clin Interv Aging* 2013;8:485-94.
15. Bilan comparatif des médicaments. [en ligne] <http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/medrec/Pages/default.aspx> (site consulté le 12 mai 2013).
16. Spinewine A, Foulon V, Claeys C, De Lepeleire J, Chevalier P, Desplenter F et coll. Continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2010;KCE Reports:131B.D/2010/10.273/38.