



# Structure des soins

---

J.P. Baeyens

## A. Définitions

Lors de l'examen des services et infrastructures à l'intention des personnes âgées, on se contente souvent de distinguer les services hospitaliers des services extra-hospitaliers. Cette distinction n'est pas des plus pertinentes dans la mesure où d'une part, d'importantes formes intermédiaires ne sont pas prises en considération, et d'autre part, on oublie ainsi l'essentiel, c.-à-d. la personne âgée elle-même et les objectifs des divers services et infrastructures. La plupart des personnes âgées (80 à 90%) présentent un état de santé très correct et restent autonomes jusqu'à un âge très avancé. Quand une personne âgée présente une altération fonctionnelle, il faut toujours en chercher la cause précise : ce n'est jamais le résultat de la vieillesse en tant que telle, mais bien le résultat d'une maladie. De nombreux dysfonctionnements peuvent être compensés par le traitement de la maladie qui les provoque. Les soins chroniques deviennent alors souvent superflus et la personne âgée peut ainsi continuer à vivre au domicile de manière autonome.

Il convient de distinguer **le patient gériatrique** de la personne âgée plus valide. Celle-ci peut aussi tomber malade ou souffrir d'un accident, comme c'est le cas p. ex. du cyclotouriste de 80 ans qui fait un infarctus ou qui se fracture le col du fémur dans un accident de la route. Le profil du patient gériatrique, pour lequel une approche particulière ou, éventuellement, des services et infrastructures sont nécessaires, est discuté au chapitre « Le patient gériatrique ».

**La prise en charge à domicile** (dans laquelle **le médecin généraliste** joue un rôle central) est le "maître étalon" des soins à apporter aux personnes âgées. C'est le but vers lequel doit tendre toute l'organisation des soins aux personnes âgées, car c'est là le vœu exprimé par la plupart des personnes âgées.

Le système **des résidence-services** (service flat) est une forme d'habitat qui nous vient des pays anglo-saxons et dont le but principal est d'assurer aux personnes âgées un environnement de vie adapté et plus confortable. En effet, plusieurs personnes âgées vivent dans des habitations plutôt délabrées, équipées d'un confort moderne très limité. On y assure en outre quelques services optionnels limités. La personne âgée doit en principe être autonome. Des services supplémentaires peuvent éventuellement être assurés par les services de soins à domicile.

**Les habitations pour personnes âgées** sont des logements sociaux spécialement conçus pour elles, et intégrés au sein d'autres logements sociaux où habitent des jeunes familles. Les contacts intergénérationnels sont soignés et développés. Ces logements sont généralement équipés de toutes les commodités requises par un handicap : situés au rez-de-chaussée, sans escaliers, les portes y ont la largeur suffisante pour permettre le passage d'une chaise roulante, etc.

Certains quartiers ont vu naître **des centres de services**, dont le but est de stimuler l'autonomie, surtout chez les personnes moins âgées. Ces centres cherchent à établir une bonne dynamique de quartier, grâce à des activités de détente et des repas à des prix intéressants, et mettent divers services à disposition, par exemple une pédicure, des bains, un salon-lavoir, la possibilité de repassage, etc.

**Les maisons de repos et de soins (MRS)** ont été initiées par A.R. en 1982 afin d'assurer les soins aux personnes âgées invalides (ou aux personnes jeunes gravement handicapées) qui ne pouvaient obtenir une telle aide à domicile à cause de l'insuffisance de l'aide non institutionnelle. Il faut cependant que le degré d'invalidité satisfasse à des critères déterminés (actuellement selon l'échelle de Katz modifiée, de type B ou C). Cet A.R. a été actualisé en 1999.

**La maison de repos** existe depuis de nombreuses générations et était conçue, à l'origine, pour aider des personnes âgées dans le besoin, mais valides, à trouver un toit après leur mise à la retraite (souvent des gens de maison ou employés des entreprises agricoles restés célibataires). Ces personnes n'avaient bien souvent droit à aucune pension. Aujourd'hui, les maisons de repos hébergent beaucoup de patients dépendants qui souvent devraient plutôt résider dans des MRS. On peut se demander si ce genre d'institutions a encore une place dans notre société.

**Les centres gériatriques de jour** accueillent des personnes âgées invalides pendant les heures de bureau, un ou plusieurs jours par semaine, selon le souhait de la personne âgée ou de sa famille. On y offre un programme varié destiné à développer ou à maintenir le degré d'autonomie de la personne.

Dans notre pays, **l'hôpital gériatrique de jour** n'existe qu'en quelques endroits, et ce sous forme expérimentale. Le but de cette infrastructure est d'offrir et de coordonner diagnostic et traitement ambulatoire, de manière à éviter une hospitalisation dans le service gériatrique (G).

**La rééducation gériatrique de jour**, quoique encore expérimentale, a pour but d'offrir au patient gériatrique, de plus grandes chances de quitter plus rapidement l'hôpital et de rester plus longtemps à la maison après une hospitalisation grâce à un programme actif de rééducation. Les activités de l'hôpital gériatrique de jour et de la rééducation gériatrique de jour peuvent parfois coïncider.

**Le séjour de courte durée** vise à offrir un toit et des soins à la personne âgée quand l'aide non institutionnalisée fait momentanément défaut, p. ex. pour cause de maladie ou de vacances du principal aidant de soins à domicile. Les séjours durent en général 1 à 4 semaines.

**Le service gériatrique (G)** de l'hôpital général tente de renvoyer à la maison le plus rapidement possible et de manière autonome un patient présentant un profil gériatrique typique, grâce à une bonne évaluation, au traitement et à la rééducation sur base multidisciplinaire. Si l'aide non institutionnalisée est insuffisante, on cherchera les possibilités les mieux adaptées au foyer.

## **B. Le service gériatrique (G) de l'hôpital général**

Le service gériatrique a été développé en premier lieu au Royaume-Uni peu après la deuxième guerre mondiale, grâce aux découvertes du Dr *Marjorie Warren*. Dès 1935, grâce au travail de son équipe multidisciplinaire, elle a pu renvoyer à la maison 50% des personnes résidant dans la section des malades d'une maison de repos ou les renvoyer dans la section maison de repos normale. On s'est alors demandé, à juste titre, s'il n'était pas plus logique de procéder à cette évaluation, ce traitement et cette rééducation multidisciplinaires avant que le patient gériatrique ne soit pris en charge par la maison de repos. C'est ainsi que, malgré un net vieillissement de la population, le nombre de maisons de repos n'a pas notablement augmenté au Royaume-Uni et que le nombre de lits d'hôpitaux est resté fortement limité.

En 1984, *L. Rubenstein* a montré dans une étude prospective que les patients gériatriques en observation et en traitement dans un service traditionnel de médecine interne, présentaient une mortalité dans l'année au moins deux fois plus élevée que celle des patients assimilables traités dans un service gériatrique. En outre, ils présentaient un risque deux fois plus élevé d'être placés dans une "nursing home" (l'équivalent de nos MRS); enfin, leur degré d'autonomie était très nettement inférieur. *Rubenstein* calculait que ceci représentait un surcoût de 5.000 dollars US par personne et par an.

Une méta-analyse a été publiée par *Stuck* dans le *Lancet* et a pu confirmer l'importance du service G au sein d'un hôpital général.

En Belgique, le service G a été introduit pour la première fois en 1963 par la législation sur les hôpitaux, sous le nom de "service R", mais cette tentative a échoué. Le plus souvent, ce service R n'a pas été mis sur pied dans les hôpitaux. Lorsqu'il l'a été, il a souvent été utilisé comme service de rééducation pour les fractures de la hanche, pour les patients ayant souffert d'un infarctus, ou encore comme lits de réserve (ce qui commence aussi par la lettre "R"). Ces services R n'éveillaient d'ailleurs pratiquement aucun intérêt chez les médecins et dans les universités.

La deuxième tentative, en 1984, était la bonne : on a alors défini des normes de reconnaissance des services G et en 1985, on a reconnu les qualifications spéciales en gériatrie, nécessaires à la direction d'un tel service G. Les différentes facultés de médecine ont dès lors, et de manière croissante, fait preuve d'un intérêt actif.

A l'heure actuelle, la plupart des hôpitaux généraux disposent d'un service G, qui n'est cependant pas toujours utilisé de manière optimale. Il fait encore parfois office d'annexe au service de médecine interne, ou il est redevenu un service de rééducation. Tous les services de gériatrie ont eu, il y a peu, la possibilité de participer de manière volontaire à une inspection dans le cadre du 'Collège de gériatrie' pour la surveillance de la qualité et la promotion. Plus de la moitié des services G y ont participé. Vu d'une manière globale, les services G visités offrent une bonne qualité, mais peuvent encore être améliorés, principalement lorsque l'adaptation du financement des services G aura été réalisée. Un travail multidisciplinaire suppose une équipe bien développée et disposant d'un personnel en nombre suffisant.

Le service G est un département hospitalier assurant des soins aigus, dont le but est de procéder sur une base multidisciplinaire à l'évaluation, au traitement et à la rééducation des patients gériatriques. Il faut que le médecin de famille oriente directement les patients présentant le profil gériatrique typique vers le service G, lorsqu'il constate une dégradation inexplicée de l'état général, une régression rapide de l'autonomie ou une affection aiguë ne répondant pas immédiatement au traitement qu'il a instauré. Ceci est valable tant pour les patients gériatriques résidant à domicile que pour les patients résidant ailleurs. Des études ont montré qu'un renvoi secondaire vers un service G après une hospitalisation initiale dans un service de médecine interne est très néfaste pour le patient gériatrique : la mortalité et la morbidité augmentent proportionnellement à la durée du séjour à l'hôpital. Rien de surprenant à cela, dans la mesure où l'approche du service G est fondamentalement différente. On y tente, dès le premier jour, de restaurer l'autonomie. Le patient est encouragé de manière progressive et systématique à effectuer lui-même les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), telles que se laver et s'habiller seul en partie et prendre ses repas dans la salle à manger. On insiste sur le fait de s'habiller le plus rapidement possible en vêtements de ville pendant la journée et non plus en vêtements de nuit. Des perfusions et autres techniques de traitement avec entraves sont systématiquement refusées, dès que faisable. Le recours à la kinésithérapie et à l'ergothérapie de groupe y est systématique. Le patient est informé du but ultime, qui est de le renvoyer à la maison. Au lieu de procéder à tous les examens possibles et imaginables pour être certain de ne rater aucun diagnostic (comme c'est souvent le cas en médecine interne), on s'y limite aux examens pouvant expliquer les déficiences découvertes dans les activités de la vie quotidienne. Les signes d'appel importants sont souvent remarqués par le personnel infirmier ou paramédical pendant les activités de la journée.

Le fonctionnement du service G est pluri- et multidisciplinaire, étant donné le profil du patient gériatrique. Un **fonctionnement pluridisciplinaire** signifie une coopération aisée avec toutes les autres disciplines médicales de l'hôpital général. Étant donné que le patient gériatrique présente un grand nombre de pathologies actives, la mise à disposition rapide de toutes les disciplines médicales spécialisées de l'hôpital général est nécessaire. C'est pourquoi un service G doit se trouver au sein d'un hôpital général, les premières expériences avec des 'hôpitaux gériatriques' ayant toutes échoué.

Étant donné le profil du patient gériatrique avec ses composantes ayant trait à la médecine, aux soins, à la rééducation et ses composantes psychosociales, l'interniste gériatre doit pouvoir se baser sur une **équipe multidisciplinaire**. L'équipe multidisciplinaire tient une réunion hebdomadaire au cours de laquelle tous les aspects du traitement d'un patient peuvent entrer en ligne de compte. La plus-value résultant de telles réunions interdisciplinaires est remarquable. Lors de ces réunions, un programme est mis au point pour la semaine suivante. Au cours de cette rencontre, la date optimale de sortie de l'hôpital ainsi que la destination du patient à sa sortie sont également discutées. Étant donné qu'un programme de rééducation maximal et optimal a été appliqué, aucune erreur ne sera commise en cas de placement dans une MRS, et les codes correspondants sur l'échelle Katz seront corrects. Le retour à la maison est préparé de manière professionnelle. Une sortie non préparée d'un patient gériatrique est injustifiable, surtout avant ou pendant un week-end. Au cours du séjour à l'hôpital, une visite à la maison par un ergothérapeute en compagnie du patient peut fournir de nombreuses informations et permettre d'identifier les points dangereux. Ces problèmes peuvent encore être résolus avant le retour à la maison par des séances d'exercices supplémentaires ou par l'optimisation de l'aide à domicile (*tableau 1*).

**Tableau 1 Le service G**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- service hospitalier aigu</li> <li>- évaluation, traitement et rééducation sur une base multidisciplinaire</li> <li>- tentative de restauration de l'autonomie dès le premier jour</li> <li>- examens limités en fonction du pronostic</li> <li>- accent mis sur les aspects fonctionnels</li> <li>- réunions multidisciplinaires hebdomadaires</li> <li>- le patient est orienté de manière optimale</li> <li>- préparation professionnelle du retour au domicile</li> <li>- visite au domicile par un ergothérapeute</li> <li>- élaboration d'un 'plan de soins'</li> </ul>
---

La situation est parfois si complexe que le retour au domicile paraît pour ainsi dire impossible. Il est alors recommandé de réunir toutes les parties : le patient lui-même, sa famille, le médecin de famille, les personnes apportant une aide à domicile (entre autres : personnel infirmier, aide familiale et gériatrique) et l'équipe multidisciplinaire du service G. Le résultat de cette réunion formelle est un "plan de soins" (exemple concret : voir *tableau 2*). Les tâches sont réparties dans les cases pour la semaine entière. On travaille ainsi de manière systématique; à intervalles réguliers, on peut estimer la part des soins professionnels, de l'aide non institutionnalisée et des soins personnels. L'expérience apprend qu'un tel plan de soins apporte une contribution essentielle et fonctionne de manière très efficace.

**Tableau 2 Exemple d'un "plan de soins"**

Tâches	Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
Se lever, faire sa toilette, s'habiller	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30	Croix J. et B. 7h30
Préparer les médicaments	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Prise de médicaments	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul
Préparation du petit-déjeuner	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Hôpital gériatrique de jour	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30	de 9h00 à 16h30
Achats	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Préparation du déjeuner	Repas de midi au centre gériatrique de jour					Compagne	Compagne
Rangement, vaisselle	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Entretien de la maison				Aide aux pers. âgées 8h30-12h30			
Lessive, repassage				Aide aux pers. âgées			
Gestion financière	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Kinésithérapie	Centre gériatrique de jour					Non	Non
Préparation du dîner	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Rangement, vaisselle	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne	Compagne
Prise des médicaments	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul	Seul
Se déshabiller Se mettre au lit	Fils Patrick	Fils Patrick	Fils Patrick	Fils Patrick	Fils Patrick	Fils Patrick	Fils Patrick
Aide durant la nuit	Compagne La nuit, peut utiliser seul un urinal						

## C. Infrastructures et services pouvant remplacer le foyer

Quand, pour le patient gériatrique invalide, l'aide non institutionnalisée est insuffisante (et ne peut être optimisée par un plan de soins), lorsque toutes les possibilités thérapeutiques et diagnostiques ont été mises en œuvre (y compris la rééducation), il faut rechercher les alternatives au foyer les mieux adaptées : une maison de repos ou une MRS, qui ne doivent pas être des “mini-hôpitaux” mais bien des “mini-foyers”.

Un déplacement depuis une section de repos vers une section MRS n'est raisonnable qu'après une évaluation multidisciplinaire, une thérapie et une rééducation préalables par une équipe multidisciplinaire qualifiée. Ce qui était en effet la première constatation du Dr *Marjorie Warren*.

### La maison de repos et de soins

Depuis 1982, ce concept qui existait déjà ailleurs, est également d'application en Belgique. Dans d'autres pays, ces structures s'appellent “maisons de soins infirmiers - *verpleeghuizen*” ou “*nursing homes*”. En 1999, les normes de reconnaissance ont été précisées et confirmées en de nombreux points (*tableau 3*). La législation a prévu que la personne résidant dans une MRS peut être suivie par son médecin de famille. Ce n'est pas le cas aux Pays-Bas où c'est le médecin de la maison de repos, et non plus le médecin de famille, qui traite le patient. Cependant, la situation chez nous n'est pas encore optimale. La possibilité d'être soigné par son médecin de famille garantit les meilleurs soins possibles à la personne résidant dans une MRS. Une certaine uniformisation est toutefois nécessaire pour certains aspects des soins offerts dans une infrastructure afin de permettre un travail efficace des infirmiers et de la MRS : par exemple, la prévention et le traitement des plaies de décubitus, la gestion des antibiotiques, la formation du personnel infirmier et soignant ou le formulaire des médicaments, les relations avec les déments, afin de limiter le plus possible la contention et de privation de liberté. Dès lors, le rôle du “médecin coordinateur” s'impose, même s'il s'agit d'un médecin de famille. Une structuration des consultations, l'organisation du dossier médical et la continuité des soins permettront d'éviter les hospitalisations inutiles.

Tableau3 La MRS

-	un environnement remplaçant le foyer
-	le médecin de famille
-	un médecin coordinateur
-	une évaluation, une thérapie et une rééducation préalables sur base multidisciplinaire sont essentielles
-	un comité des pensionnaires
-	une fonction palliative
-	une liaison fonctionnelle avec les services G, avec les services palliatifs

### La maison de repos et la résidence-service

On doute de plus en plus de la pertinence de l'existence de «maisons de repos». Soit le patient gériatrique a tellement besoin d'aide que son placement dans une MRS est recommandé (du moins si l'aide non institutionnalisée ne suffit pas), soit les services facultatifs et adaptés d'une résidence-service sont suffisants. De nombreuses maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) hébergent des patients qui justifient un forfait « MRS ». Sur l'ensemble du territoire il y a +/- 100.000 lits de long séjour dont +/- 79.000 lits MRPA et +/- 17.000 lits MRS, et à titre indicatif, deux tiers des forfaits lourds B ou C sont octroyés à des lits MRPA, et un tiers aux lits MRS.

Un grand problème reste la personne souffrant de démence légère, ne répondant pas aux critères MRS, mais nécessitant néanmoins une surveillance constante par du personnel qualifié. Actuellement, ces personnes demeurent souvent dans une maison de repos, où le personnel est en fait en nombre insuffisant pour pouvoir assumer la prise en charge.

La résidence-service est menacée par deux phénomènes : d'une part, des personnes âgées valides et relativement jeunes y sont acceptées; celles-ci «bloqueront» cette structure pendant de nombreuses années (20 à 30 ans ?). Par

ailleurs, les personnes âgées présentant un degré d'autonomie qui diminue sont inmanquablement envoyées vers une MRS, sans qu'on ait réalisé préalablement l'évaluation, le traitement et la rééducation sur une base multidisciplinaire. Ceci a pour conséquence que des affections qu'il est possible de traiter ne sont pas diagnostiquées. Ici aussi, l'établissement d'un plan de soins peut apporter une solution, de manière à ce que la personne âgée puisse résider plus longtemps dans une résidence-service.

## **D. Les structures et services intermédiaires**

Pour beaucoup, il n'y a pas d'alternative entre les soins à domicile et le placement. Néanmoins, entre le «blanc» et le «noir», il existe de nombreuses nuances de gris. C'est le cas également dans le domaine des soins aux personnes âgées. Il est donc très important que le médecin de famille, plaque tournante des soins à domicile, connaisse la place exacte de ces structures et services intermédiaires.

### **Le centre gériatrique de jour**

Le centre gériatrique de jour joue un rôle social important. Je le comparerais volontiers à un «centre d'achat» ou à un «centre culturel». Son but est d'offrir une journée entière d'activité, une ou plusieurs fois par semaine, à des personnes âgées invalides et/ou à leur famille. Pour l'entourage, il s'agit souvent d'une pause bienvenue; les membres de la famille peuvent en profiter pour accomplir leurs tâches quotidiennes normales. Pour la personne âgée, il peut s'agir d'un changement agréable hors du domicile. Dans tous les cas, un tel accueil doit s'insérer dans un programme judicieux de soins à domicile, dans lequel, la plupart du temps, un «plan de soins» a également son utilité.

Un programme journalier complet est offert dans le centre gériatrique de jour. Le visiteur est amené par sa famille, ou par un minibus appartenant au centre, ou encore par la centrale des moins mobiles (Taxistop). Un large éventail de formules de kinésithérapie et d'ergothérapie de groupe est proposé, un repas chaud est servi, des soins infirmiers sont éventuellement assurés.

Le financement de cette infrastructure est assuré actuellement par un paiement forfaitaire de l'INAMI, octroyé uniquement pour les patients du degré B et C sur l'échelle de Katz.

L'expérience apprend qu'un centre gériatrique de jour, à la satisfaction de chacun, parvient à maintenir un grand nombre de personnes âgées à domicile pendant très longtemps, sinon définitivement. Il est impossible de gérer de manière optimale un service gériatrique lorsqu'on ne peut s'appuyer sur un centre gériatrique de jour.

### **Le séjour de courte durée**

Il est important que l'époux/épouse, la fille/le fils ou un autre membre de la famille qui prend en charge les soins à donner à une personne âgée, sache qu'il existe une alternative à l'hospitalisation, si il/elle veut partir pour de courtes vacances, ou si il/elle a des problèmes de santé. Les MRS prévoient dans la plupart des cas la possibilité de courts séjours. Quelques lits sont laissés libres à cet effet pendant toute l'année. La durée est limitée à quatre semaines maximum. Par définition, une place prévue pour un séjour court ne peut donc être utilisée pour prendre en charge un patient gériatrique en attendant qu'une place se libère dans une MRS.

Aucune réglementation et aucun financement ne sont prévus pour ces séjours courts, que ce soit au niveau flamand ou au niveau fédéral. Le Gouvernement provincial de Flandre occidentale a toutefois prévu des subsides et un règlement. C'est ainsi qu'il existe maintenant dans cette province environ septante places pour des séjours courts. Certaines mutualités remboursent une part des frais personnels dans le cadre de l'assurance complémentaire libre.

## **E. Les soins à domicile**

Bien que les soins à domicile constituent le «maître étalon», il apparaît que la plupart des pays consacrent beaucoup plus d'attention au développement des institutions. Actuellement, les soins à domicile sont caractérisés par la discontinuité des soins, avec pour conséquence que le patient gériatrique se retrouve à l'hôpital ou même dans une MRS le week-end ou en cas d'absence temporaire du médecin de famille. Le manque de coordination est une autre caractéristique des soins à domicile : nous disposons de différents types de soins à domicile (entre autres : médecins de famille, soins infirmiers à domicile, aide familiale et gériatrique, kinésithérapeutes) sous différentes formes d'organisations. Cependant, toutes ces personnes travaillent de manière indépendante, il n'existe quasiment aucune

concertation structurée entre les parties concernées. Les personnes handicapées moins âgées l'organisent elles-mêmes. Les patients gériatriques, eux, n'ont pas ces possibilités et sont souvent à tort pris en charge dans des institutions. Comme nous l'avons signalé plus haut, la mise au point d'un plan de soins est donc nécessaire, du moins dans les situations complexes.

Le développement d'ICS (Initiative de Coopération dans les Soins à domicile) a amélioré la situation en Flandre : la plupart des services se connaissent entre eux maintenant. Une lettre de communication a été élaborée et promue à différents endroits. Le but d'une telle lettre est de permettre aux différents services d'aide à domicile de communiquer de manière rapide et efficace entre eux. Mais ces ICS restent souvent trop théoriques, il n'y a que peu de réunions multidisciplinaires, ce qui est une des conditions nécessaires et représente également une plus-value. Remarque : n'existe-t-il rien de semblable en Wallonie et à Bruxelles ?

### **L'aide non institutionnalisée et les volontaires**

Il serait fondamentalement erroné de commencer le paragraphe concernant les soins à domicile sans accorder une attention particulière à l'aide non institutionnalisée, aux volontaires et autres formes d'aide non institutionnalisée (comme l'aide de voisinage, etc.)

L'aide à domicile ne peut fonctionner que lorsqu'il existe effectivement une aide non institutionnalisée. Celle-ci doit persister au cours du temps. Lorsqu'un patient gériatrique doit être hospitalisé d'urgence ou être envoyé vers une MRS, bien souvent le problème principal n'est pas le patient, mais bien l'aide non institutionnalisée. Différentes études ont montré que les aidants nécessitent plus de tranquillisants et plus d'attention médicale que d'autres personnes du même âge.

Dans le domaine des soins à domicile, il faut prêter une égale attention à l'aide non institutionnalisée et à la maladie. En faisant appel à l'aide qualifiée nécessaire, éventuellement aux infrastructures citées plus haut, et grâce à une formation indispensable de l'aidant lui-même, les moyens de l'aidant peuvent être remarquablement améliorés. La participation de volontaires est également une nécessité pour le soutien de l'aide non institutionnalisée, par exemple sous forme d'aide à la surveillance, afin que l'aidant puisse parfois partir. Ces services de surveillance se développent très bien à différents endroits : l'action Grands-parents de l'Association des Jeunes Familles Nombreuses et différents services d'aide familiale, avec ou sans soutien financier provincial.

### **Le médecin de famille**

Pour ce genre de patients, un service de garde unique par région est un concept totalement dépassé. Grâce à des accords de garde concrets entre quelques médecins de la même région ou un cabinet de groupe, ces médecins peuvent mieux connaître toutes les personnes âgées, de sorte que les problèmes peuvent être résolus rapidement et à la maison. Un médecin de garde qui rend visite à un patient gériatrique présentant des problèmes complexes sans en connaître les antécédents se trouve contraint de l'hospitaliser rapidement. A l'hôpital, cette personne sera souvent prise en charge par un médecin qui la connaît encore moins. Malgré la mobilisation de tant de moyens, le résultat est sans grande utilité pour le patient.

Le médecin de famille doit également prendre en considération les observations et les signes fournis par les personnes assurant les soins à domicile. L'aide familiale et gériatrique, par exemple, remarquera souvent assez vite un changement dans l'état de la personne âgée. Si les médecins de famille connaissent mieux les soignants au domicile, ceux-ci prendront plus facilement et spontanément contact quand ils font l'une ou l'autre nouvelle observation.

A chaque nouvelle prescription, il est nécessaire de passer systématiquement en revue les médicaments pris par la personne âgée. Ils seront vérifiés chaque fois, afin de déterminer lesquels peuvent être diminués, voire supprimés. Seuls les médicaments vitaux doivent continuer à être pris. En effet, une foule de produits entraîne de nombreuses erreurs dans l'administration et augmente les risques d'une interaction médicamenteuse nocive.

Lorsqu'un recul de l'état général est constaté ou une diminution du degré d'autonomie (par exemple l'apparition d'incontinence ou de problèmes locomoteurs, ou encore une dégradation de l'état de santé mentale) qui n'est pas corrigée rapidement après l'intervention du médecin de famille, pour celui-ci un bon réflexe serait désormais d'envoyer le patient à l'hôpital après concertation avec l'interniste gériatre. De cette manière, le nombre d'hospitalisations de patients gériatriques pourrait être diminué et le résultat global nettement amélioré.

### Les infirmiers(ères) à domicile

Aujourd'hui, les infirmiers(ères) à domicile consacrent énormément de temps à la toilette des patients. Il s'agit d'ordinaire d'une perte de temps si une aide familiale et gériatrique vient au même moment : l'aide familiale et gériatrique doit alors attendre que l'infirmier à domicile ait terminé. Il faudrait aussi consacrer plus de temps à accompagner les patients très invalides, ainsi que leur famille, et à guider la famille et le patient pour que celui-ci développe une plus grande autonomie. La disponibilité de jour comme de nuit est également nécessaire.

### L'aide familiale et gériatrique

L'aide familiale et gériatrique est souvent un atout sous-estimé dans les soins à domicile. Mais les personnes assurant ce service devront aussi se montrer plus souples à l'avenir. Une aide de 2 heures par jour est souvent plus efficace qu'un jour entier une fois par semaine. Il doit être possible d'assurer un service le soir, la nuit et le week-end. La définition de la tâche de l'aide familiale et gériatrique est en train d'évoluer; l'aide familiale et gériatrique doit encourager et guider tant le patient que sa famille vers une plus grande autonomie.

### Le kinésithérapeute

La visite quasi quotidienne pendant de nombreuses années du kinésithérapeute venant faire des massages, devenue plutôt une visite sociale agréable, date d'une autre époque. Nous attendons aujourd'hui d'un kinésithérapeute qu'il apprenne au patient et à la famille à faire des exercices actifs. Il doit suivre l'évolution toutes les semaines ou toutes les deux semaines et, éventuellement, enseigner d'autres exercices.

Dans des infrastructures pouvant remplacer le foyer, il doit également y avoir de la kinésithérapie de groupe. Outre qu'elle permet un temps d'exercice plus long, la kinésithérapie de groupe crée aussi une dynamique non négligeable.

### L'ergothérapeute

Aujourd'hui, l'ergothérapeute est bien connu dans les hôpitaux et les MRS. Par contre, dans le cadre des soins à domicile, ce prestataire de soins paramédicaux reste inconnu. Son rôle est néanmoins essentiel, afin d'aider les patients âgés à rester plus longtemps dans leur foyer. C'est l'ergothérapeute qui adaptera l'environnement de manière à améliorer l'autonomie de la personne âgée. Quelques petites modifications bien pensées permettent parfois déjà d'obtenir de grands résultats. D'autres personnes âgées peuvent être aidées grâce à des appareils bien choisis. L'ergothérapeute peut donner un avis précieux jusque dans le choix d'une chaise roulante adéquate.

### Repas chauds

Les repas chauds, en général proposés par les CPAS, sont un des éléments essentiels permettant d'assurer des soins à domicile pour personnes âgées. Parfois, pour certains patients plus aisés, on peut faire appel à des traiteurs privés.

Hélas, il existe aussi une forme dégénérée du repas chaud : c'est le repas refroidi. Si, un jour sur deux, on présente à la personne âgée un repas refroidi qu'elle doit réchauffer elle-même, ce service est superflu. Ces personnes âgées n'ont pas besoin d'un repas chaud mais plutôt d'une aide pour faire leurs achats. En outre, on a montré que dans le domaine des soins aux personnes âgées, offrir plus d'aide qu'il n'est nécessaire est non seulement nuisible mais s'accompagne aussi d'une mortalité accrue.

### Systèmes d'alarme

La peur de tomber ou d'un incident qui pourrait limiter son autonomie croît chez les personnes âgées vivant seules et inquiète leurs enfants.

L'électronique moderne a apporté une solution à ce problème. Le patient porte un système avec bouton-pression autour du cou. En cas de chute ou de malaise, le patient pousse sur ce bouton. Une centrale ainsi prévenue demande alors de l'aide sur base d'une liste de numéros de téléphone déterminés au préalable. Les études ont montré que plus de 95% des personnes jouissant de ce système en sont heureuses et se sentent en sécurité.

### Approche pratique (tableau 4)

Une diminution de l'autonomie doit toujours être évaluée par le médecin de famille, avec l'aide de l'équipe assurant les soins à domicile. Si une cause est définie, il faudra y remédier.

Si, après quelques jours, aucune amélioration marquée n'a été obtenue, il est recommandé de faire appel à l'interniste gériatre et à son équipe multidisciplinaire. Ceci devrait, à l'avenir, se passer au niveau de la polyclinique, dont la tâche est de s'assurer que le patient puisse rester à la maison le plus longtemps possible. Le placement dans un environnement autre que le foyer ne peut avoir lieu que si toutes les autres possibilités ont été épuisées et que l'aide non institutionnalisée a été soutenue et optimisée au maximum.

**Tableau 4 Approche pratique**

