

Philippe Rey-Bellet¹, Stéphane David¹, Georgette Gaille², Bertrand Yersin¹

¹ Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

² Bureau d'orientation des urgences médico-sociales, Lausanne

Hébergement médico-social temporaire: Alternative à l'hospitalisation de personnes âgées?

Résumé

L'hospitalisation en soins aigus de patients âgés souffrant d'une perte momentanée d'autonomie est inappropriée, en raison de ses effets pervers sur l'état fonctionnel du patient, et du coût de tels séjours. La création de lits d'hébergement médico-social temporaire (HMST) permet une réorientation rapide des patients et un désengorgement des lits hospitaliers. La présente étude, concernant 64 patients réorientés vers des lits d'HMST, a eu pour but d'évaluer cette nouvelle structure, en terme d'adéquation d'orientation (événements médicaux subséquents, devenir à 4 mois) et de qualité fonctionnelle de la chaîne de soins. Des informations standardisées furent récoltées rétrospectivement à partir du dossier médical des 64 cas et d'un groupe de 64 contrôles aux caractéristiques identiques admis aux urgences durant la même période, et de l'avis des partenaires de la chaîne de soins. L'âge moyen fut de 82 ans. A 4 mois l'orientation initiale fut jugée adéquate (vie à domicile sans affection intercurrente) dans 58% des cas, douteuse dans 8% et inadéquate dans 33%. La fréquence d'hébergement définitif en EMS à 4 mois fut supérieure pour les cas (27% vs 13%; $p < 0.1$). Aucune caractéristique médicale ou médico-sociale n'était associée à l'orientation inadéquate. En conclusion, la création de lits d'HMST est une amélioration de la chaîne de soins pour les patients âgés. La limitation principale de cette orientation est le pourcentage élevé de cas qui, 4 mois plus tard, nécessitent un hébergement médico-social définitif. Des outils plus perfectionnés que l'examen médical usuel doivent être identifiés, qui permettent d'anticiper la perte d'autonomie, et donc de faciliter l'orientation adéquate des patients.

L'évaluation et l'orientation adéquates des personnes âgées dans le réseau sanitaire est un des enjeux importants auxquels sont confrontés les médecins^{1,2}, en par-

ticulier dans un service d'urgence hospitalier. Plusieurs études ont montré que le vieillissement de la population engendrait de nouveaux types de problèmes pour cette caté-

gorie de la population^{3,4}. Les services de soins aigus sont souvent peu appropriés et parfois même délétères au niveau d'indépendance⁵ de patients nécessitant plutôt des traitements de réadaptation ou même simplement un encadrement médico-social à domicile. Une hospitalisation inappropriée dans une unité de soins aigus, en raison de l'absence de structures alternatives, engendre des complications inhérentes à une hospitalisation (infections nosocomiales, iatrogénicité, perte d'indépendance...)^{6,7}. Dans une récente revue d'hospitalisation menée au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) dans un des services de médecine interne, on constate que 40% des journées d'hospitalisation étaient injustifiées (absence de nécessité de traitements ou d'investigations), dont un tiers en raison d'un environnement sanitaire insuffisant ou inadapté⁸. La mise sur pied d'un bureau d'orientation des urgences médico-sociales (BOUM) dans la région lausannoise, dont la mission est d'offrir en permanence des structures de soins et de soutien permettant le maintien à domicile des personnes âgées présentant une «décompensation médico-sociale» aiguë, est une nouveauté⁹. De manière à éviter le recours à des

hospitalisations en unité de soins aigus pour ces patients admis dans un service d'urgence, le BOUM dispose d'une vingtaine de lits d'hébergement provisoire dans quelques établissements médico-sociaux (EMS) de la région lausannoise et une infirmière du BOUM aux urgences participe à l'évaluation et à l'orientation. Ces patients âgés, dont le bilan diagnostique est rapidement effectué aux urgences, ne nécessitent pas à priori une hospitalisation en unité de soins aigus. Le but de l'étude rapportée ici, fut d'évaluer le devenir de tout patient âgé admis aux urgences du CHUV et réorienté vers un lit d'hébergement temporaire en EMS.

L'évaluation de l'adéquation de l'orientation a été faite sur des critères objectifs (lieu de séjour à 4 mois, absence de complications ou réhospitalisation) et subjectifs (jugement des différents intervenants). Une comparaison des caractéristiques du collectif de cas et de leur devenir à 4 mois a été réalisée par l'étude d'un groupe de comparaison.

Patients et méthode

Site

Cette étude rétrospective a été conduite au CHUV, hôpital d'environ 1000 lits, qui joue le rôle à la fois d'hôpital de zone de la région lausannoise et d'hôpital de référence pour les hôpitaux de zone et de district avoisinants. Le centre des urgences de médecine du CHUV accueille environ 10000 patients par an, venant de la région lausannoise ou transférés depuis les hôpitaux périphériques.

Collectif des cas et contrôles

Du 1.5.1992 au 30.3.1993 (11 mois), 8315 patients ont été admis aux Urgences de médecine du CHUV dont 4269 (51%) âgés de plus de 65 ans. Durant cette péri-

ode, 64 patients âgés de 62 ans à 98 ans (âge médian = 82) furent réorientés vers des lits d'hébergement temporaire par l'équipe soignante des Urgences (associant l'infirmière du BOUM aux médecins des urgences). Chez ces 62 patients, l'équipe soignante jugea qu'un séjour hospitalier dans un lit aigu n'était pas justifié en raison de la non-nécessité d'investigations ou de traitements hospitaliers au-delà des prestations effectuées aux Urgences. En raison d'un retour à domicile impossible immédiatement et de l'hypothèse d'un retour à domicile possible dans les 30 jours suivants, ces patients furent orientés vers des lits d'hébergement temporaire. Les patients, nécessitant à priori un hébergement définitif, ont donc été exclus. Un groupe de comparaison fut constitué de 64 patients contrôles, admis aux Urgences pendant la même période, identifiés par la similitude du sexe, de l'âge (± 5 ans) et de la date d'admission. L'inclusion des cas du groupe de comparaison fut faite rétrospectivement (première admission aux Urgences suivant l'inclusion d'un cas et correspondant aux critères ci-dessus) et indépendamment de leur lieu de provenance et de leur destination ultérieure. Ces 64 patients avaient donc été jugés non éligibles pour une orientation vers un lit d'hébergement temporaire par l'équipe soignante, soit parce qu'un retour à domicile était possible immédiatement, soit parce qu'ils nécessitaient une hospitalisation, soit encore parce qu'ils provenaient d'ores et déjà d'un hébergement définitif en EMS pour une faible proportion.

Récolte des données

L'examen systématique des dossiers hospitaliers a été réalisé rétrospectivement pour les cas et les contrôles. De plus, chaque cas a fait l'objet d'une enquête standardisée (questionnaire) auprès des

6 intervenants de la chaîne de soins: le médecin ayant adressé le patient aux urgences, le médecin traitant, le médecin des urgences, l'infirmière du BOUM, le médecin de l'EMS receveur, et l'infirmier(e) chef de l'EMS receveur.

Ces données concernaient la situation médicale et médico-sociale avant l'admission (Tableau 1); les circonstances de l'admission en urgence (Tableau 1); les caractéristiques descriptives du séjour aux urgences et le bilan médical effectué (Tableau 2); la qualité subjective de l'orientation faite aux urgences et de la communication entre les partenaires du réseau à partir des urgences, le déroulement du séjour temporaire en EMS appréciés par les différents intervenants (Tableau 5); le devenir des patients au cours des 4 mois suivant le séjour en lit d'hébergement temporaire (Tableau 3).

Analyse

L'analyse principale de l'étude a porté sur la fréquence d'orientation adéquate pour les patients ayant été orientés vers des lits d'hébergement temporaire dans des EMS. Nous avons défini *l'orientation adéquate* comme étant la présence du patient à son domicile quatre mois après la sortie des urgences, sans réhospitalisation dans l'intervalle dans un lit de soins aigus. Une orientation inadéquate a été affirmée lors de réhospitalisation durant les quatre mois ou d'hébergement définitif en EMS après quatre mois. Une *orientation douteuse* a été retenue en cas de réhospitalisation pour des complications ou une affection non prévisibles lors du passage aux urgences.

Les comparaisons statistiques furent faites par l'utilisation du test du X^2 avec correction de Yates.

		Cas (n = 64)		Contrôles (n = 64)**	
Nombre de patients	femme	58	(91%)	58	(91%)
	homme	8	(9%)	8	(9%)
Age moyen (dispersion)		82	(62–95)	82	(61–93)
	femme	83	(69–95)	82	(61–93)
	homme	78	(62–88)	78	(61–85)
<i>Caractéristiques médicales antérieures</i>					
Stabilité (a) durant les 3 mois précédents (n = 41*)	stable à très stable	19	(46%)	n.d.	(e)
	instable à très instable	22	(54%)	n.d.	
Stabilité durant les 2 jours précédents (n = 41*)	stable à très stable	11	(27%)	n.d.	
	instable à très instable	30	(63%)	n.d.	
Hospitalisation durant l'année écoulée (n = 58*)		21	(36%)	18	(28%)
Morbidity chronique connue (N = 59*)	cardio-vasculaire	32	(54%)	41	(64%)
	osteo-articulaire	10	(17%)	6	(9%)
	diminution des fonctions cognitives	13	(22%)	5	(8%)
	psychiatrique (dépression, éthyisme)	13	(22%)	10	(16%)
	autre	17	(29%)	31	(48%)
	l'une ou l'autre	55	(93%)	59	(92%)
Motifs d'admission (n = 60*)	médical	44	(73%)	64	(100%)
	social	16	(27%)	n.d.	
<i>Caractéristiques médico-sociales (n = 62*)</i>					
Vit seul sans entourage socio-familial (b)		22	(35%)	n.d.	
Vit avec l'aide d'un entourage socio-familial		40	(65%)	n.d.	
Avec aide non professionnelle (c)		29	(47%)	n.d.	
Avec aide professionnelle (d)		40	(64,5%)	n.d.	

* Nombre de réponses disponibles pour le groupe des cas.

** Collectif contrôle de patients de même âge et même sexe admis en urgence durant la même période (le nombre de réponses disponibles est toujours de 64)

Notes

a) La stabilité médicale a été appréciée par le médecin traitant et reportée sur les questionnaires en quatre catégories (très instable, instable, stable, très stable).

b) L'entourage socio-familial est défini comme l'existence d'une famille, ou d'amis à même d'aider le patient dans les tâches quotidiennes.

c) L'aide non professionnelle est définie comme l'existence d'une gouvernante, de repas à domicile.

d) L'aide professionnelle est représentée par l'aide d'une infirmière, d'une aide-infirmière ou d'une assistante sociale.

e) Non disponible.

Tableau 1. Caractéristiques médicales et médico-sociales du collectif de patients.

		Cas (n = 64)	Contrôle (n = 64)	(p)***
<i>Durée du séjour aux urgences</i>				
	< 12 h	1	29	
	12–24 h	36	25	
	24–48 h	15	7	
	> 48 h	6	3	p < 0.001
	Total	58*	64	
<i>Bilan effectué aux urgences</i>				
Examens de routine (Radiographie du thorax + électrocardiogramme + laboratoire)		51/57* (89%)	58/64 (90%)	n. s.
<i>Examens additionnels</i>				
	gazométrie	13	10	
	test de Schellong	2	0	
	gastroscopie	1	0	
	scintigraphie pulmonaire	1	0	
	doppler précérébral	1	0	
	scanner cérébral	1	0	
	ultrason abdominal	4	1	
	électroencéphalogramme	1	0	
	ponction lombaire	1	0	
	ponction pleurale	1	0	
	consultation spécialisée	6	3	
	pace-maker	0	1	
	l'un ou l'autre	22	14	
<i>Heure d'admission</i>				
	08h00–12h00	19	18	
	12h00–18h00	30	28	
	18h00–24h00	11	15	
	24h00–06h00	0	3	p < 0.5
	Total	60*	64	
* Nombre de réponses disponibles. ** Non significatif. *** Test de X ₂ .				

Tableau 2. Caractéristiques du séjour aux urgences des patients.

Résultats

Les caractéristiques médicales et médico-sociales du collectif des 64 cas et 64 contrôles figurent dans le Tableau 1. La quasi totalité des patients des 2 groupes était connue pour une affection chronique, mais la coexistence d'au moins deux

affections chroniques est plus fréquente dans le collectif des contrôles que dans le groupe des cas (29/64 [45%] vs 16/59 [27%], $p < 0.25$). En raison de la grande prévalence d'affections chroniques nous n'avons pas pu établir de corrélation entre l'adéquation de l'orientation des patients et l'exi-

stence d'affections chroniques. 48% (21/44) des cas avaient subi des examens paracliniques au cours des trois mois précédant l'admission avec de légères différences entre les patients instables (50% [11/22]) et les patients stables (37% [7/19]), de même qu'entre les patients hospitalisés

		Groupe des cas (n = 64)	Groupe de contrôle (n = 64)	(p)
Provenance	domicile	64	57	
	EMS		7	
Orientation depuis les urgences				
	domicile	0	16 (25%)	
	lit aigu	0	43 (67%)	
	EMS	64 (100%)	2 (3%)	
	décès	0	3 (5%)	
Lieu de vie à 4 mois				
		(n = 60*)	(n = 62*)	
	domicile	36 (60%)	29 (47%)	
	EMS	16 (27%)	15 (24%)	
	hôpital	3 (5%)	9 (15%)	
	décès	5 (8%)	9 (15%)	p < 0.25

* Nombre de réponses disponibles.

Tableau 3. Devenir des patients.

durant l'année précédente (81% [14/21] ou non (65% [24/37])). La raison d'admission invoquée était sans relation significative avec la stabilité déclarée ou l'existence d'une morbidité chronique particulière. On peut cependant noter que 50% (8/16) des cas admis pour une raison médico-sociale avaient fait une chute avant l'admission contre seulement 27% (12/44) admis pour suspicion de pathologie aiguë ($p < 0.25$).

Les caractéristiques médico-sociales des cas figurent dans le Tableau 1. Sur les 22 patients sans entourage socio-familial, 82% (18/22) bénéficiaient d'une aide non professionnelle dont onze avaient en plus une aide professionnelle. Parmi les 4 patients sans entourage socio-familial ni aide externe non professionnelle trois bénéficiaient d'une aide professionnelle. Sur les 40 patients ayant un entourage socio-familial, 72% (29/40) avaient une aide professionnelle et 22% (9/40) une aide non professionnelle. Les caractéristiques du séjour aux urgences figurent dans le Tableau 2. Le groupe contrôle est

caractérisé par une durée de séjour aux urgences beaucoup plus courte. Les deux groupes sont caractérisés par une fréquence identique d'un bilan paraclinique de routine, mais le groupe des cas a bénéficié plus souvent d'examen additionnels. Le détail des examens additionnels figurent dans le Tableau 2.

Le devenir à quatre mois des patients figure sur le Tableau 3. Alors que l'orientation des cas depuis les urgences était dans tous les cas un EMS (par définition), l'orientation des contrôles fut dans 23% le domicile et 77% un lit de soins aigus. A 4 mois, il est frappant de constater que pour les cas (dont le devenir prévu était un retour à domicile), 27% séjournaient définitivement en EMS (contre 24% des contrôles). Dans le groupe contrôle, si l'on fait abstraction des 7 patients provenant d'un EMS, seul 13% séjournaient définitivement en EMS contre 27% des cas ($p < 0.1$). Compte tenu des définitions attribuées à l'adéquation de l'orientation, on peut considérer l'orientation comme adéquate dans 58%, douteuse dans 8% et inadé-

quate dans 33% des cas. Sur les 35 patients (58%) dont l'orientation a été adéquate, 14% (5/35) ont présenté des complications durant l'hébergement temporaire mais sans nécessiter de nouvelle hospitalisation. Sur les 33% (20/60) des cas l'orientation a été inadéquate: au terme des 4 mois, 16 étaient placés définitivement dans un EMS, 3 étaient décédés et un était hospitalisé à nouveau en unité de soins aigus. Lors d'orientation inadéquate, 25% (5/20) des cas ont nécessité une réhospitalisation en lit de soins aigus pour le même motif (sous-utilisation des lits hospitaliers).

Dans le collectif des contrôles (Tableau 3), 40% (17/43) des patients orientés vers un lit de soins aigus depuis les urgences étaient à domicile au terme des 4 mois, alors que 75% (12/16) des patients orientés vers le domicile étaient à domicile. Sur les 29 patients à domicile au terme des 4 mois, 10% (3/29) avaient été réhospitalisés dans l'intervalle. Sur les 9 patients décédés, 3 sont morts aux urgences, 6 après un séjour en unité de soins aigus.

Orientation		Adéquate (n = 35)	Inadéquate (n = 20)	Douteuse (n = 5)
Sexe	femme	31	17	4
	homme	4	3	1
Age	moyenne	82.3	83	86.8
	range	69-95	62-95	82-95
Entourage socio-familial		28/34* (82%)	18/20 (90%)	4/4*
Entourage professionnel		22/33* (66%)	17/20 (85%)	1/4*
Chute précédant l'admission		11/35 (31%)	9/20 (45%)	2/5
Trouble cognitif		8/35 (23%)	4/20 (20%)	1/5
Trouble psychique (dépression, éthylisme)		8/35 (23%)	4/20 (20%)	2/5
Stabilité durant les 3 mois précédant l'admission		14/24* (58%)	4/12* (33%)	1/2
Motif d'hospitalisation	médical	26/34* (76%)	12/19* (63%)	0/5
	social	8/34* (24%)	7/19* (37%)	5/5

* Nombre de réponses disponibles.

Tableau 4. Caractéristiques des patients et adéquation de l'orientation.

Le Tableau 4 montre les caractéristiques des patients associées à une orientation jugée adéquate, inadéquate et douteuse.

L'évaluation de la qualité subjective de la chaîne de soins figure dans le Tableau 5. Le nombre moyen de visites médicales durant le séjour en EMS a été de 2.3 (n = 53), alors qu'il a été de 2.5 (n = 9) pour les patients dont les soins médicaux ont été jugés trop lourds et de 2.3 (n = 44) pour les patients dont les soins médicaux ont été jugés adéquats. On peut remarquer que chez presque tous les patients souffrant de troubles cognitifs ou de troubles psychiques, les soins ont été décrits comme trop lourds par les différents intervenants du lieu d'hébergement temporaire. On ne constate pas de relation entre le devenir des patients à quatre mois et la lourdeur des soins appréciée par les infirmières ou le médecin du lieu d'hébergement temporaire.

Discussion

De longue date, l'hôpital général a joué et devrait continuer à jouer un rôle important dans l'accueil des patients âgés confrontés à une affection médicale aiguë, ou en cas de perte momentanée de leur niveau d'autonomie et d'indépendance¹⁰. Cependant, l'orientation inadéquate des patients âgés admis en urgence dans les hôpitaux vers des lits de soins aigus, lorsque ceux-ci ne sont pas nécessaires sur le plan diagnostique ou thérapeutique, conduit souvent à des séjours de longue durée. Ceux-ci sont délétères pour ces patients qui y perdent tout ou partie de leur indépendance fonctionnelle⁸ et dès lors, leur capacité à retourner à domicile. Des stratégies alternatives à l'hospitalisation en lit aigu doivent donc être trouvées pour les patients âgés, permettant de maintenir au mieux les capacités fonctionnelles et ainsi la vie à domicile.

L'étude rapportée ici démontre que la mise à disposition d'un hôpital général de lits d'hébergement médico-social temporaire est une alternative adéquate à l'hospitalisation en lit de soins aigus. Le recours à cette filière de soins ne s'est révélé inadéquat sur le plan médical (sous-utilisation des lits aigus) que dans 8% (5/60) des cas, et que la sous-utilisation de l'hébergement temporaire semble faible puisqu'aucun des patients du groupe de comparaison n'aurait pu bénéficier de ce type d'orientation. Cette structure de soins, nouvelle pour la région lausannoise, permet sans doute d'éviter des hospitalisations inutiles, même si l'hypothèse d'un retour à domicile ultérieur peut s'avérer fautive, puisque plus de 20% des patients orientés vers des lits d'hébergement médico-social temporaire bénéficieraient d'un hébergement définitif quatre mois après leur passage aux urgences.

	Adéquate	Inadéquate
<i>Appréciation de la décision médicale par</i>		
Infirmière du BOUM	100 % (60/60*)	
Infirmière de l'EMS	85 % (39/46*)	15 % (7/46*)
Médecin de l'EMS	85 % (40/47*)	15 % (7/47*)
Médecin-traitant	94 % (32/34*)	6 % (2/34*)
<i>Appréciation de la décision médico-sociale par</i>		
Infirmière du BOUM	100 % (59/59*)	
Infirmière de l'EMS	85 % (40/47*)	15 % (7/47*)
Médecin de l'EMS	83 % (35/42*)	17 % (7/42*)
Médecin-traitant	100 % (33/33*)	
<i>Appréciation de la qualité de la communication par</i>		
Infirmière de l'EMS	73 % (35/48*)	27 % (13/48*)
Médecin de l'EMS	88 % (46/52*)	12 % (6/52*)
<i>Appréciation de la lourdeur des soins infirmiers et médicaux dans l'EMS par</i>		
Infirmière de l'EMS	67 % (33/49*)	33 % (16/49*)
Médecin de l'EMS	77 % (37/48*)	23 % (11/48*)
<i>Appréciation du bénéfice médical et médico-social par le médecin-traitant</i>		
Médical	74 % (26/35*)	26 % (9/35*)
Médico-social	82 % (28/34*)	18 % (6/34*)

* Nombre de réponses disponibles.
 ** L'évaluation de la qualité de la chaîne de soins a été faite subjectivement par les différents intervenants (médecins et infirmières des établissements médico-sociaux, infirmières du bureau d'orientation des urgences médico-sociales et médecins traitants) concernant:
 a) L'appréciation subjective des aspects médicaux de la décision d'orientation prise aux urgences.
 b) L'appréciation subjective des aspects médico-sociaux de la décision d'orientation prise aux urgences.
 c) L'appréciation subjective par les infirmières et médecins des EMS de la lourdeur des soins infirmiers et médicaux engendrée par la prise en charge de ces patients en EMS.
 d) Le bénéfice pour le patient apprécié subjectivement par le médecin traitant.

Tableau 5. Appréciation subjective de la qualité de l'orientation et des soins**.

L'analyse des données révèle qu'un bref bilan médical pratiqué aux urgences permet d'éviter presque dans tous les cas une erreur d'orientation médicale, alors que l'inadéquation de l'orientation médico-sociale provient essentiellement d'une mauvaise perception de la perte d'indépendance ultérieure et de l'évolution inéluctable vers un hébergement médico-social définitif pour un bon nombre de patients. Cette filière de soins, alternative à l'hospitalisation en soins aigus, semble donc pertinente et réalisable; elle offre également des avantages économiques liés au

coût moindre des hébergements médico-sociaux comparativement aux hospitalisations en lit aigu. Par contre, il ne fait pas de doute que l'évaluation médicale usuelle pratiquée dans un centre d'urgences, même complétée par une évaluation médico-sociale par une infirmière de santé publique, n'a pas permis dans ce collectif d'anticiper l'hébergement définitif d'un bon nombre de patients pour lesquels cette hypothèse avait été rejetée. Par ailleurs, aucune donnée clinique ou médico-sociale à disposition, ni aucune caractéristique du patient quant à sa situation médicale

antérieure ou au motif d'admission, n'ont permis d'identifier les patients qui nécessiteront rapidement un hébergement médico-social définitif. En cela, l'incapacité des médecins à prédire correctement le devenir médico-social du patient rejoint les données d'une étude bâloise de R. Schoenenberger et al.¹¹, où, inversement, les médecins hospitaliers surestimaient l'évolution vers un hébergement définitif pour les patients admis à l'hôpital. L'utilisation adéquate des structures sanitaires pour les personnes âgées requiert donc des outils capables d'anticiper au

mieux l'évolution fonctionnelle des patients et donc de leur niveau d'indépendance. Plus précisément, l'orientation médicale et médico-sociale des personnes âgées évaluées avant l'admission ou admises à l'hôpital en urgence¹²⁻¹⁵, doit faire appel à des instruments prédictifs de la perte (voire du gain possible) d'indépendance, et qui, associés à l'évaluation médicale et médico-sociale usuelle, amélioreraient l'utilisation globale du réseau des soins par les médecins hospitaliers. Certains instruments clinimétriques d'évaluation des capacités fonctionnelles du patient, tels que l'ADL (Activity of Daily Living)^{16,17} ou l'IADL (Instrumental Activity of Daily Living)^{18,19}, de même que les instruments permettant une évaluation standardisée des capacités cognitives du patient, tel que le Mini Mental State^{20,21} ou ceux mesurant les troubles thymiques²², semblent être des instruments performants pour prédire l'évolution du niveau d'indépendance^{10,23-25}. De tels instruments devraient probablement être introduits de manière systématique dans la pratique clinique hospitalière de manière à améliorer la qualité des décisions d'orientation²⁶⁻²⁹.

Certaines limitations méthodologiques de l'étude doivent être relevées, avant que des conclusions définitives puissent être tirées sur la fonctionnalité de cette nouvelle chaîne de soins qu'est l'hébergement médico-social temporaire en urgence. Tout d'abord, il s'agit d'une étude ayant analysé rétrospectivement les données médicales et médico-sociales à disposition des médecins des urgences. Aucune donnée prospective standardisée sur l'état des patients n'a été relevée; l'analyse est donc de type naturaliste; elle ne permet d'affirmer que l'insuffisance des évaluations usuelles de la pratique hospitalière pour l'orientation des patients. D'autre part, le groupe contrôle, apparié pour l'âge, le sexe et

la date d'admission, identifié à posteriori ne constitue pas un réel groupe contrôle puisque ces patients n'étaient à priori pas éligibles pour une prise en charge par le BOUM. Il ne permet que la comparaison des caractéristiques médicales, de celles du séjour au Urgences et du devenir à 4 mois. Un réel groupe contrôle, comprenant des cas témoins éligibles à une prise en charge par le BOUM, aurait permis une évaluation précise de la pertinence d'une telle structure. Par ailleurs, une récolte systématique et standardisée d'informations sur l'état fonctionnel du patient ou ses performances cognitives auraient peut-être permis l'identification de caractéristiques associées à la perte ultérieure d'indépendance. Enfin, la conduite de l'étude a été rendue difficile par l'impossibilité de retrouver un certain nombre de données sur l'état médical du patient, antérieur ou ultérieur à son hébergement temporaire, de même que sur l'estimation subjective de la qualité de la filière de soins. Ces données manquantes peuvent sans aucun doute avoir biaisé l'analyse, tout au moins sur le plan de l'évaluation subjective de la filière de soins.

En conclusion, la mise à disposition pour la région de lits d'hébergement médico-social temporaire en urgence permet d'éviter le recours à des lits de soins aigus pour des patients âgés présentant une perte momentanée de leur niveau d'autonomie. Il s'agit là d'une structure utilisable et adéquate sur le plan médical, puisqu'il n'y a aucune évidence qu'il s'agisse, dans ces cas-là, d'une sorte «d'hospitalisation à bon marché». Bien que l'orientation ait été jugée inadéquate pour 20% des patients, en raison du non-retour à domicile dans les 30 jours, elle a permis d'éviter des hospitalisations en soins aigus de longue durée. Dès lors, cette structure de soins doit probablement être maintenue et reproduite dans d'autres régions,

en raison de ses capacités à éviter des hospitalisations en soins aigus. Des études prospectives visant à identifier des critères prédictifs du niveau d'autonomie à court et moyen terme doivent cependant être conduites, de manière à affiner l'utilisation des différentes structures de soins à dispositions des personnes âgées.

Zusammenfassung

Kurzzeitige Betreuung von älteren Patienten in einem Pflegeheim anstatt in einem akuten Spital

Die Besetzung von Akutbetten durch ältere Patienten mit einem momentanen Autonomieverlust ist inadäquat, einerseits aufgrund einer hohen Kostenbelastung, andererseits aufgrund eines oft gegenteiligen Effektes auf die zukünftige Eigenständigkeit des Patienten. In Lausanne besteht neu die Möglichkeit einer kurzzeitigen Bettenbelegung in einem Pflegeheim (KBP); dies erlaubt eine patientengerechte Orientierung und eine Belastungsabnahme der Notfallstation. Ziel der Studie war die Qualitätsüberprüfung dieses neuen Systems bezüglich adäquater Orientierung (erneute Hospitalisation, Aufenthaltsort 4 Monate später). Diese retrospektive Studie umfasst 64 Patienten, die nach KBP orientiert wurden, und eine Kontrollgruppe von 64 Patienten mit gleichen Charakteristiken. Die Informationen stammen sowohl aus der medizinischen Krankengeschichte als auch von dem betreuenden Pflorgeteam. Das Durchschnittsalter der beiden Gruppen war 82 Jahre. Die Auswertung der Studie ergab, dass 4 Monate nach KBP die Orientierung in 58% adäquat, in 8% diskutierbar und in 33% inadäquat war. 27% der Patienten mussten definitiv plaziert werden, in der Kontrollgruppe nur 13% ($p < 0.1$). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Möglichkeit einer kurzzeitigen Bettenbelegung in einem Pflegeheim eine Verbesserung der patientengerechten Orientierung darstellt. Leider bestand trotz dieser neuen Handhabung ein doch sehr hoher Prozentsatz von Patienten, die 4 Monate später definitiv plaziert werden mussten. Zur Erleichterung der patientengerechten Orientierung müssen also dementsprechend neben der medizinischen Untersuchung andere Methoden gefunden werden.

Summary

Orientation of elderly patients to a short stay unit in nursing home from an emergency center

The orientation of elderly patients, temporarily disabled, to acute care beds is inappropriate because of its adverse effects on functional status and its costs. The creation of short-stay units (SSU) in nursing homes provides an alternative to acute care hospitalization. The aim of this retrospective study, involving the first 64 patients oriented to the SSU from the emergency center, was to evaluate this new health care network. The analysis was focused on the rate of appropriate orientation (site of living at four month; subsequent medical events), as well as the functional quality of this health care network. Information were collected from medical records of the 64 patients oriented to SSU and 64 sex- and age-matched patients admitted during the same period, and the opinion of the network's partners. The mean age of patients and controls was 82 years. Four months after admission to the SSU, the orientation was considered appropriate in 58% of the cases (living at home without subsequent hospitalization), doubtful in 8%, and inappropriate in 33%; 27% of patients and 13% of controls were living definitely in nursing homes ($p < 0.1$). No medical or social characteristics was correlated to inappropriate orientations. In conclusion, the creation of SSU may be considered as an improvement in the care of elderly patients. The main problem of this orientation was the high percentage of patients living permanently in a nursing home four months later. Accurate assessment's tools capable to predict the subsequent decrease of the functional status should be used in the daily practice in order to improve the orientation of elderly patients.

Références

- 1 Branch L, Jette A, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elders' health service utilization. *J Commun Health* 1981; 7:80-92.
- 2 Williams ME. Geriatric assessment. *Ann Intern Med* 1986; 104:720-721.
- 3 Branch L, Jette A. The Framingham Disability Study I: Social disability among the aging. *Am J Publ Health* 1981; 71:1202-1210.
- 4 Jette A, Branch L. The Framingham Disability Study II: Physical disability among the aging. *Am J Publ Health* 1981; 71:1211-1216.
- 5 Hirsch C, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd D. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Ger Soc* 1990; 3:1296-1303.
- 6 Steel K. Iatrogenic Disease on a Medical Service. *J Am Ger Soc* 1984; 32:445-449.
- 7 Brennan T, Leape L, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients; results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-376.
- 8 Christen F, Egli Y, Nicod P. Revue des hospitalisations du service de médecine interne B du CHUV. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne 1995: 17 p. + annexes. Cahiers de recherches et documentation; 119.
- 9 Bruno C, Santos-Eggiman B. Clientèle et activités du bureau d'orientation des urgences médico-sociales. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne 1992: 70 p. Cahiers de recherches et documentation; 93.
- 10 Utilization of short stay hospitals: Annual Survey for the USA 1979. Vital and Health statistic series 60:20. The US National Center for Health Statistics, Washington, 1980.
- 11 Schoenenberger R, Conzelmann M, Dubach U, Schwander J. Quality of emergency room triage of medical inpatients to an acute care clinic or chronic health care facilities. *J Gen Intern Med* 1992; 7:321-327.
- 12 Inouye S, Wagner D, Acampora D, et al. A predictive index for func-

- tional decline in hospitalized elderly patients: *J Gen Intern Med* 1993; 8:645–652.
- 13 *Rosario B, Estevez H, Mendez B.* The exhaustive geriatric evaluation in primary care: an assessment of its utility. *Aten Primaria* 1994; 13: 8–10.
 - 14 *Boult C, Dowd B, McCaffrey D, Boult L, Hernandez R, Krulewitch H.* Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Ger Soc* 1993; 41:811–817.
 - 15 *William M, Gailor S, Gerritt M.* The Time Manual Performance Test as a predictor of hospitalization and death in a community-based elderly population. *J Am Ger Soc* 1994; 42:21–27.
 - 16 *Katz P, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914–919.
 - 17 *Appelgate W.* Use of assessment instruments in clinical settings. *J Am Ger Soc* 1987; 35:45–50.
 - 18 *Lawton M, Brody E.* Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179–186.
 - 19 *Lawton M, Moss M, Fulcomer M, Kleban M.* A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J Gerontol* 1982; 37: 91–99.
 - 20 *Folstein M, Folstein S, McHugh P.* “Mini-Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189–198.
 - 21 *Pfeiffer E.* A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Ger Soc* 1975; 23:433–441.
 - 22 *Davidson H, Feldman P, Crawford S.* Measuring depressive symptoms in the frail elderly. *J Gerontol* 1994; 49:159–164.
 - 23 *Winograd C, Gerety M, Chung M, Goldstein M, Dominguez F, Vallone R.* Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 778–784.
 - 24 *Narain P, Rubenstein L, Wieland G, et al.* Predictors of immediate and 6-month outcomes in hospitalized elderly patients: The importance of functional status. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:775–783.
 - 25 *Sullivan D.* Risk Factors for Early Hospital Readmission in a Select Population of Geriatric Rehabilitation Patients: The Significance of Nutritional Status. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:792–798.
 - 26 *McVey L, Becker P, Saltz C, Feussner J, Cohen H.* Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1989; 110:79–84.
 - 27 *Miller S, Appelgate W, Elam J, Graney M.* Influence of diagnostic classification on outcomes and charges in geriatric assessment and rehabilitation: *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:11–15.
 - 28 *Becker P, McVey L, Saltz C, Feussner J, Cohen H.* Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team. *JAMA* 1987; 257:2313–2317.
 - 29 *Appelgate W, Blass J, Williams T.* Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322:1207–1214.

Adresse pour correspondance

Dr. Bertrand Yersin, PD
 Médecin-adjoint
 Centre des urgences
 CHUV
 CH-1011 Lausanne