

Intérêts et nécessité du renfort des soins à domicile dans le cadre des situations de crise psychique

Le résultat d'une politique de santé publique forte

Dre ESTELLE GILLÈS DE PÉLICHY^a, Prs HENK VERLOO^b, JACQUES GASSER^c et Dre STÉFANIE MONOD^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 1741-4

Avec l'augmentation constante de l'espérance de vie et le développement des maladies chroniques, la Direction générale de la santé du canton de Vaud a développé un dispositif communautaire de renforcement des soins pour les résidents en situation de crise psychique. Cette prise de position forte a permis la réalisation d'un projet ambitieux, dans une optique de *care management* en psychiatrie de l'âge avancé, impliquant les partenaires du réseau de soins et favorisant la prise en soins sur le lieu de vie de l'individu. Ce projet a permis d'élaborer des recommandations quant au renforcement des soins communautaires et ambulatoires, afin de lutter contre le recours systématique à l'hospitalisation, et l'augmentation de la dépendance fonctionnelle des âgés au sortir de l'hôpital.

Interests and need for strengthening home care in the context of psychological crisis situations The result of a strong public health policy

With the constant increase in life expectancy and the development of chronic diseases in the elderly population, the General Direction of Health of the Canton of Vaud has developed a community plan to strengthen the care of residents in psychological crisis. This strong position of Public Health has made it possible to carry out an ambitious project, with a view to «care management» in elderly psychiatry, involving partners from the care network and promoting care at the place of residence of the individual. This project made it possible to develop recommendations for the strengthening of local and outpatient care, in order to reduce the systematic recourse to hospitalization, and the increase in functional dependence of the elderly on leaving the hospital.

INTRODUCTION

Dans un contexte de réflexions concernant la prise en charge des patients âgés sur les années à venir, en lien avec les projections de l'Office fédéral de la santé publique pour les années 2030-2050, il va être nécessaire de revoir la façon de prendre en charge ceux souffrant de troubles psychiques. Afin

^aSecteur psychiatrique Ouest, Département de psychiatrie, Hôpital de Prangins, CHUV, 1011 Lausanne, ^bService universitaire de psychiatrie de l'âge avancé, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^cInstitut de psychiatrie légale, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, ^dDépartement de la santé et de l'action sociale, Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne
estelle.gilles-de-pelichy@chuv.ch | henk.verlooo@chuv.ch
jacques.gasser@chuv.ch | stefanie.monod@vd.ch

d'adapter la politique des soins pour les aînés et répondre aux besoins sanitaires de la population vieillissante, la Direction générale de la santé (DGS) a souhaité réfléchir à un projet pilote permettant d'améliorer la prise en soins des patients âgés souffrant de troubles psychiques, en favorisant des alternatives à l'hospitalisation. Ce projet a rassemblé les principaux acteurs de soins du canton de Vaud, notamment le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) – CHUV, l'association professionnelle vaudoise des institutions médico-psycho-sociales (Héviva) ainsi que le Réseau santé région Lausanne (RSRL).

CONSTATS DÉMOGRAPHIQUES, ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET DESCRIPTION DES INSTITUTIONS DE SOINS

En 2013, 121 400 personnes âgées de 65 ans et plus vivaient dans le canton de Vaud, soit 17% de la population. D'ici 2040, le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait doubler, et les plus de 65 ans devraient représenter 22% de la population générale. Concernant les personnes de plus de 75 ans, le canton devrait subir une croissance de 74% entre 2015 et 2035. Les projections envisagent une augmentation significative de l'espérance de vie de la population passant de 80,7 ans en 2015 à 84,5 ans en 2040 chez les hommes, et de 85,3 ans pour les femmes en 2015 à 88 ans en 2040.¹ Cette augmentation majeure s'accompagnera d'une hausse de la prévalence des maladies chroniques et de la dépendance fonctionnelle, ainsi que d'un accroissement des pathologies psychiatriques de l'âge avancé.

Selon des analyses démographiques réalisées par Statistique Vaud,² il faudrait créer, d'ici 2040, entre 3500 à 4600 lits de long séjour, environ 2100 lits d'hôpitaux pour les 65 ans et plus (soit plus qu'un doublement du parc hospitalier), augmenter de 76% le volume des prestations d'aide et de soins à domicile (de 12 500 clients/mois à 22 000). Une telle option n'est pas réaliste et le fonctionnement global du système de santé devra être revu, afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques.

En 2013, diverses études faites dans le canton relevaient un taux de recours à l'hospitalisation de 30% pour les 61 à 80 ans et de 70% pour les plus de 81 ans avec, dans 30% des cas, un déclin fonctionnel à la sortie du séjour hospitalier pour le patient, aggravant sa dépendance.³⁻⁵

Sur le plan sanitaire, en 2015, le canton de Vaud disposait de 111 lits aigus de psychiatrie de l'âge avancé (PAA), soit un tiers des lits cantonaux de psychiatrie, répartis sur plusieurs unités, dont l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé (HPAA) à Cery pour le secteur Centre. Le canton dispose de 6876 lits d'hébergement de long séjour répartis dans plus de 150 établissements médico-sociaux (EMS). La durée d'institutionnalisation est en moyenne de 1,4 an pour les hommes et 2,1 ans pour les femmes, le canton de Vaud étant l'un des cantons avec la plus courte durée d'institutionnalisation.⁶ 50% des personnes entrent en EMS après un séjour hospitalier et le passage entre le domicile et l'hébergement est souvent le résultat d'une crise ayant conduit l'individu à l'hôpital aigu, somatique ou psychiatrique.

Entre 2009 et 2018, l'activité des centres médico-sociaux (CMS) s'est considérablement accrue, avec une augmentation de plus de 42,5%. Les clients sont en général âgés (51% ont plus de 80 ans), en majorité des femmes (67%) souvent seules du fait d'un veuvage ou d'une séparation. Des prestations d'aide et de soins à domicile sont également fournies par d'autres prestataires, privés (organisations privées de soins à domicile (OSAD)), qui se sont progressivement développés, et le nombre d'infirmier-ère-s indépendant-e-s continue également de croître.⁷

Dès le début des années 2000, le canton de Vaud a anticipé ces évolutions et mis en place plusieurs mesures:

- Le développement des soins communautaires en PAA, notamment au SUPAA, et la mise en place de l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA).
- Le programme «Vieillesse et santé» avec un volet santé mentale.
- L'augmentation du nombre de lits d'EMS spécialisés en PAA.
- Le développement de structures d'accueil médico-sociales (SAMS).
- Un renforcement des compétences dans le domaine de l'aide et des soins à domicile, en soutenant l'action de l'association Alzheimer Vaud.

Cette politique forte de maintien à domicile a permis une institutionnalisation plus tardive par rapport à la Suisse. Il existe une forte volonté de continuer à développer toujours plus les soins à domicile, avec des répercussions sur l'incidence d'institutionnalisation des 85 ans et plus qui ne cesse de baisser dans le canton.

Le corollaire de cette politique est l'absence de suivi de la croissance des besoins médicaux dans la planification sanitaire et la capacité de première ligne à pouvoir accompagner les soins à domicile. Le nombre de consultations par assuré n'a pas augmenté malgré l'accroissement des besoins primaires et la polymorbidité des consommateurs de soins. À la moindre complication somatique, les urgences hospitalières sont rapidement mobilisées.⁸ Ce recours aux urgences augmente fortement en fonction de l'âge et devient un réel problème de surcharge du milieu stationnaire faute d'alternative médicale à l'accès aux soins ambulatoires et communautaires. Cela souligne qu'un individu souffrant de pathologie chronique résidant en institution, où il existe peu d'infrastructure médicale, est plus souvent admis en milieu stationnaire en

l'absence d'alternative communautaire et ambulatoire. C'est dans ce contexte que ce projet pilote a été réfléchi, voulant combler un manque de compétence médicale «de base» et non d'expertise pour être en première ligne et soutenir les bénéficiaires de ces soins, en proposant des alternatives à l'hospitalisation. Cela permet aussi de rappeler le rôle central qu'occupe la psychiatrie en général, et la PAA en particulier, dans les disciplines de la médecine de premier recours.

HISTORIQUE DU PROJET

Le recours au système de soins sera fortement impacté par les changements épidémiologiques et les coûts de la santé, dont 80% peuvent être imputés au traitement des maladies chroniques, augmenteront inévitablement. Les besoins en prestations de soins, d'hospitalisation et d'hébergement vont croître parallèlement à l'évolution démographique.⁷

En réponse à ces défis, plusieurs modèles de prise en charge alternatifs doivent être développés pour permettre des soins médicaux le plus proche possible du patient et sur son lieu de vie si possible. Cela nécessite de renforcer les dispositifs communautaires, revoir les orientations des patients et éviter le recours à l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est pas absolument nécessaire, et qu'elle peut aggraver la trajectoire fonctionnelle et de santé des personnes vulnérables.

Les premières données analysées par l'HPAA dans le cadre de ce projet montrent qu'en 2014,⁸ 481 admissions y ont été réalisées. Parmi elles, 137 (28,5%) concernaient des patients en provenance d'EMS. Une analyse plus détaillée montre que sur ces 137 admissions, 91 résidents (66,4%) ont été adressés directement depuis l'EMS vers l'HPAA et que 46 (33,6%) sont passés par le milieu somatique avant d'être orientés à l'HPAA.

La proportion de patients de l'HPAA en provenance d'EMS n'était pas négligeable et justifiait l'étude d'alternatives à l'hospitalisation en PAA pour ces résidents. Néanmoins, en regard du nombre total de résidents d'EMS dans le canton, ce chiffre reste toutefois très faible, proche de 1% d'entre eux, soulignant une bonne capacité de prise en charge dans les EMS des patients avec troubles psychiques.

DÉVELOPPEMENT DE L'ÉQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE DE L'ÂGE AVANCÉ

Mise en place en 2004 dans le cadre d'un projet supporté par les membres du RSRL, la mission de l'EMPAA a consisté jusqu'alors à assurer, en deuxième ligne, des consultations spécialisées de PAA à la demande des médecins de premier recours ou, s'agissant de soins infirmiers, à celle des équipes de soins. La réorganisation à mettre en place dans le cadre de ce projet s'appuie sur cette structure déjà en place.

MANDAT ET OBJECTIFS⁹

En février 2015, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) a mandaté les institutions sanitaires du RSRL afin de revoir la prise en soins de patients d'âge avancé sur le

plan spécifique de la PAA. Le but de cette réflexion est d'élaborer des mesures permettant de renforcer la prise en charge communautaire des personnes âgées atteintes de troubles psychiques tout en maintenant la qualité de la prise en charge.

Le mandat et les objectifs confiés par le DSAS ont consisté, dès avril 2015, à coconstruire, avec les partenaires concernés, un dispositif répondant aux objectifs ci-dessous :

- Diminuer des lits d'hospitalisation à l'HPAA (-19 lits en 18 mois, soit -27,5%).
- Modifier la structure et les missions de l'équipe mobile de PAA via un élargissement des compétences, la possibilité d'intervention de première ligne, et un renforcement en personnel.
- Renforcer le dépistage et le suivi des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (y compris démences) dans la communauté afin de renforcer les possibilités de maintien à domicile et de prévenir les hospitalisations inappropriées provenant du domicile.
- Mettre en place les moyens permettant aux EMS et aux SAMS de maintenir leurs résidents dans leur lieu de vie en cas de détérioration de leur état de santé et développer, le cas échéant, des structures additionnelles (SAMS) favorisant le maintien à domicile.
- Mettre en place un plan d'action introduisant des moyens incitatifs de recrutement et de formation continue du personnel médical et paramédical nécessaire au développement de la PAA.

RECOMMANDATIONS¹⁰

Au terme de ce dispositif pilote, des recommandations ont été formulées et il a été décidé que ce dispositif soit pérennisé vu son succès. Une partie d'entre elles sera reprise dans les mesures prévues par le « Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022 ».

Sur le plan clinique, le développement d'un outil pour le suivi et l'évaluation clinique de la crise a permis la mise en place d'un langage commun entre l'équipe mobile de PAA et les soignant en EMS. Il est important de pouvoir continuer à travailler autour de la conceptualisation de tels outils cliniques, valorisant les échanges et le partage entre équipes interdisciplinaires et interinstitutionnelles. Le développement de l'interdisciplinarité et la transversalité entre les institutions, par une prise en charge des situations en binôme médico-infirmier, ont permis une valorisation du double discours auprès des partenaires.

Dans une perspective de prévention du recours aux hospitalisations, le développement des équipes mobiles doit être considéré comme un moyen parmi d'autres pour accompagner les patients en situation de crise. Ce projet doit être l'ouverture vers une réflexion nécessaire concernant une montée en compétences cliniques des équipes d'EMS, de CMS et des OSAD (soignantes et non soignantes) via l'approfondissement des connaissances et du niveau de qualification du personnel à tous les niveaux.

D'autres recommandations peuvent être formulées dans un objectif de santé publique. Afin de favoriser le recours aux soins de patients complexes, un tel projet ne doit pas être

réservé à une prise en charge en hôpital universitaire. Il doit pouvoir être étendu au canton et accessible à la population des autres secteurs du canton, en lien avec l'absence de renforcement des structures ambulatoires et communautaires de ces autres secteurs, ne pouvant proposer d'alternatives à l'hospitalisation.

Il est à noter que ce dispositif ne conduira vraisemblablement pas à une réduction des hospitalisations et certains EMS ont déjà été confrontés à des difficultés d'hospitalisation faute de lit disponible. Compte tenu de l'évolution de la population en EMS, accueillant des résidents de plus en plus complexes, une réflexion doit être menée sur une montée des compétences des équipes soignantes par le biais de la formation et du niveau de qualification de celles-ci. L'impact humain et financier du maintien en EMS des résidents en crise devrait faire l'objet d'une évaluation approfondie.

DISCUSSION

En lien avec ce renforcement des ressources ambulatoires au détriment de l'hôpital, l'EMPAA a pu intervenir auprès d'un nombre toujours plus grand d'individus, même s'il est à déplorer que le nombre de patients admis à l'HPAA en provenance des EMS n'ait pas baissé. Cette expérience a permis d'améliorer le dépistage et l'accès aux soins de ces patients, avec un accent fort mis sur l'anticipation de la crise. Cela a servi pour mieux orienter les personnes nécessitant des soins hospitaliers.

Cette augmentation du nombre d'individus au bénéfice d'une prise en charge par l'EMPAA montre une réelle demande et un besoin de soins pour ces personnes fragiles, ainsi que de la part du réseau de soins pour les accompagner et les soutenir dans leur mission.

Le résultat des études de satisfaction menées auprès des médecins traitants et bénéficiaires des interventions de l'EMPAA valide un authentique besoin de soutien et d'accompagnement dans le cadre du *care management* de ces personnes.¹⁰ Ce besoin de renfort et d'accompagnement des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients complexes et multimorbides est souligné par Monod et coll.,¹¹ dans une perspective de *case management* de ces situations le plus souvent complexes. Cela ne peut se faire qu'en améliorant la coordination entre les milieux stationnaire et ambulatoire, ainsi qu'en développant des prises en soins de plus en plus spécialisées sur les besoins spécifiques de l'individu. Il est constaté une fracture de plus en plus importante entre les besoins des personnes âgées en soins, en lien avec les maladies chroniques, et un système de santé s'organisant sur une prise en charge de type aigu et centré sur l'organe.¹² À l'heure actuelle, de multiples programmes de « Chronic Disease Management » se développent en Europe^{13,14} et en Amérique du Nord¹⁵ avec un objectif commun de pouvoir coordonner les soins, en se concentrant sur l'itinéraire d'un patient. Ces soins doivent être basés sur l'Evidence-Based Practice, et les bénéficiaires doivent être inclus de façon active. Ces éléments peuvent être facilités par le développement de la télémédecine, du dossier patient informatisé commun, ou encore par des itinéraires cliniques clairement identifiés par les différents partenaires du réseau. Ces objectifs sont possibles avec le développement

des *nurses practitioners*, ou infirmières de pratique avancée (IPA), dont le canton de Vaud se veut être un pionnier avec le développement de tels programmes depuis 2018. Le rôle de ces professionnels est de pouvoir assumer des responsabilités cliniques élargies et de venir en soutien aux divers intervenants auprès du patient souffrant de pathologies chroniques.¹⁶

Un tel dispositif pilote de développement des soins communautaires en PAA, avec le renforcement des équipes mobiles, a été rendu possible grâce à un effort significatif de tous les partenaires. Ainsi, malgré la fermeture de 19 lits, l'HPAA a pu continuer à accueillir les patients nécessitant un séjour en milieu psychiatrique grâce à une contraction de la durée d'hospitalisation passant de 42 à 37 jours sur la période observée.¹⁷ Cela illustre le résultat positif d'une impulsion politique forte, qui parfois peut se montrer crispante pour les acteurs de réseau mais pousse au changement et à l'évolution des politiques de santé publique. Ce changement n'a pu être possible que grâce à des efforts significatifs de communication tant en interne, dans les différents milieux de soins, qu'en externe, afin de réussir à trouver un message de santé publique fort, faisant sens pour tous les acteurs du projet.

CONCLUSION

Ce dispositif pilote a permis la réalisation d'un projet ambitieux. Bien que n'ayant pu clairement baisser le recours à l'hospitalisation, le déploiement de cette équipe mobile a permis l'accompagnement d'un nombre croissant de résidents en situation de crise en privilégiant les soins sur le lieu de vie lorsque cela était possible.

En lien avec les recommandations formulées en fin de rapport, il est nécessaire de pouvoir développer de telles structures dans les autres secteurs du canton, afin que chacun puisse bénéficier d'une telle approche, et d'alternative à une hospitalisation, dont on connaît le coût tant financier que sur l'aggravation de la dépendance fonctionnelle chez les âgés.

Le projet «Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique» est arrivé à son terme fin 2018. Dès janvier 2019, il devient un des éléments inclus

dans le projet d'optimisation de la réponse à l'urgence communautaire voulu par le Département de la santé et de l'action sociale. Développé dans la région lausannoise uniquement, il sera progressivement déployé dans les autres régions du canton.

Ce dispositif pilote démontre la capacité de remise en question des structures et des équipes soignantes, dans un contexte difficile de fermeture de lits avec ses effets systémiques. Il pointe les faiblesses de nos systèmes de soins: obstacles dans la collaboration interinstitutionnelle, manque de moyens de transmission des données des bénéficiaires, compétences cliniques parfois lacunaires ou non adaptées à la complexification des situations à prendre en soins. Il soulève aussi la question de plus en plus présente d'une médicalisation des EMS, en lien avec la multimorbidité des résidents de ces structures et le besoin d'accompagnement sur la question du «Chronic Care Management».

La rapidité de l'évolution du contexte tel que les éléments épidémiologiques, effets démographiques sur les systèmes de santé, économicité de ces mêmes systèmes, connaissances scientifiques oblige les acteurs à des adaptations constantes. Ce projet aura permis d'explorer une forme alternative de prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques par le renforcement de la coordination et de la collaboration interdisciplinaire, dont le but est avant tout de se centrer sur le bien-être du bénéficiaire.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Sous l'impulsion forte de la santé publique, des changements dans les soins à domicile des personnes âgées en situation de crise psychique ont été possibles
- De telles équipes mobiles seront appelées à se développer pour d'autres spécialités afin d'accompagner la population vieillissante
- La limite de ces interventions restera la capacité des bénéficiaires à accepter une médicalisation grandissante de leur lieu de vie

1 Moreau A. Perspectives de population 2015 – 2040 Vaud et ses régions. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures; 2016.

2 Prospectif no 3. Prise en charge médico-sociale et sanitaire des seniors à l'horizon 2040. Septembre 2017.

3 Barman PO. Hospitalisation des personnes en provenance d'EMS. Lausanne: Service de la santé publique; 2014.

4 OFSP. La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Berne; 2015.

5 Vaud Ed. Politique cantonale du canton de Vaud « Vieillesse et santé ». Rapport du comité d'experts. Lausanne; 2012.

6 Statistique Vaud. Tableau de synthèse – santé. Disponible sur : www.scris.vd.ch/Default.aspx?DomId=1530

7 Exposé des motifs et projet de loi sur les Régions de Santé (LRSa), p. 16-17, DSAS, Canton de Vaud.

8 Merçay C. Le recours aux services d'urgences en Suisse, description des différences cantonales (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

9 Description du dispositif. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique, DGS. Disponible sur : www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Professionnels/EMS_SUPAA/SSP-EMS_SU-PAA_Formu_1705_Pres_Dispo_3-E.pdf

10 Rapport de la Direction générale de la santé. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant

de décompensation psychique. Avril 2019:23-7.

11 **Monod-Zorzi S, Seematter-Bagnoud L, Büla C, Pellegrini S, Ruedin HJ. Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et de la littérature. Document de travail 25. Novembre 2007, OBSAN.

12 *Giroud P, Puhon M, Früh M, Zimmermann-Fehr D, Ehrler M. Succès concret du Chronic Care Management en ambulatoire. Bull Med Suisses 2018;99:56-9.

13 Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Busse R. Chronic disease management in Europe. Eurohealth 2009;15:1-4.

14 Timpel P, Lang C, Wens J, Contel JC, Schwarz PEH. The Manage Care Model – Developing an Evidence-Based and Expert-Driven Chronic Care Management

for Patients with Diabetes. Int J Integr Care 2020;20:1-13. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4646>

15 *Hendrix C, Wojciechowski CW. Chronic care management for the elderly: an opportunity for gerontological nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract 2005;17:263-7.

16 Article 124b de la Loi sur la santé publique vaudoise.

17 **Rapport de la Direction générale de la santé. Dispositif pilote de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie des résidents en EMS ou à domicile souffrant de décompensation psychique. Avril 2019:20.

* à lire

** à lire absolument