

Lorsque les personnes âgées deviennent de grands utilisateurs des urgences

Cathy Sendeki, B.Sc.inf., inf. aut., CSIG(C)

Les « grands utilisateurs » des urgences sont définis de diverses manières, allant de personnes qui visitent les urgences quatre fois ou plus par année (Grover, 2009) à personnes qui s'y présentent vingt fois ou plus par année (Champion, 2015). Ces individus représentent moins de 4 % de tous les visiteurs des urgences (Soril, 2013), mais la plupart des infirmières en urgence finissent rapidement par reconnaître des patients de leur région qui s'y présentent très fréquemment, certains pouvant visiter les urgences à quelques semaines, voire quelques jours, d'intervalle pour des besoins récurrents. Cela peut s'avérer une expérience frustrante pour le patient qui perçoit une baisse d'empathie envers lui malgré la présence continue de ses symptômes. Même si le patient se sent bien entouré lors de ses visites aux urgences, l'absence de progrès dans la résolution de ses problèmes de santé peut aussi être préoccupante et épuisante. Pour les membres du personnel que nous sommes, cette situation peut également entraîner des frustrations lorsque nous sommes impuissants face aux problèmes chroniques qui affligent le patient ou même incapables de soulager ses douleurs. Nous pouvons aussi parfois avoir l'impression que ces personnes abusent du système de santé en se présentant aux urgences au lieu de consulter leur omnipraticien ou d'attendre un rendez-vous avec un spécialiste. En outre, on peut se demander si le système ambulancier est mal utilisé dans ces situations, transportant des personnes dont l'état est relativement stable au détriment des cas plus urgents.

La littérature montre qu'en général, les adultes qui se présentent aux urgences sont atteints d'au moins une maladie chronique (Champion, 2015). Ils peuvent être aux prises avec des problèmes de transport, de logement ou de santé mentale et, contrairement aux perceptions des urgentologues et des infirmières en urgence, ces personnes sont souvent de grands utilisateurs d'autres services, en plus des urgences. Bien souvent, des problèmes psychosociaux et le mauvais usage de substances contribuent à leurs besoins en matière de soins de santé (Grover, 2009).

À maintes reprises, des études ont démontré que les grands utilisateurs considèrent recevoir de meilleurs soins à l'hôpital que partout ailleurs, notamment en clinique (Champion, 2015). En tant que professionnels de la santé, nous constatons, lors de ces

visites, qu'il y a quelque chose d'anormal, et lorsque les antécédents des patients ne sont pas connus, les examens généraux passés par ces derniers peuvent les exposer de manière excessive à de la radiation et à de l'inconfort, en plus d'engendrer des coûts pour le système (Grover, 2009).

Certaines mesures visant à améliorer la situation des grands utilisateurs et des urgences ont été mises sur pied. À Vancouver, par exemple, il existe un programme faisant participer un gestionnaire de cas auprès de ces patients dans le but de favoriser les interventions en cas de crise, les thérapies de soutien et des soins continus en fonction des besoins en matière de logement et de tout autre besoin social (Pope, 2000). À Saskatoon, les déterminants sociaux de la santé (y compris en matière de logement) ont été abordés pour fournir aux patients du soutien en amont dans le but de prévenir les visites aux urgences (Meili, 2013). Dans d'autres régions, des plans de soins individuels ont été élaborés afin que les professionnels de la santé de diverses disciplines et le patient travaillent ensemble pour cerner les besoins et établir des interventions. Très peu de données sont disponibles pour déterminer si ces approches ont fait diminuer les visites aux urgences; toutefois, il en découle des soins plus homogènes.

Le vieillissement vient souvent compliquer la situation des personnes âgées qui fréquentent les urgences. Les problèmes liés à la mobilité, au transport, au logement, à la malnutrition et aux maladies chroniques deviennent plus fréquents en vieillissant. Dans certains cas, le déclin cognitif joue un rôle important. Il est difficile de déterminer pourquoi une personne est venue à l'hôpital lorsqu'elle décrit de vagues maux d'une durée incertaine. Bien souvent, nos consignes voulant que le suivi se fasse auprès du médecin de famille n'entraînent pas une diminution du nombre de visites aux urgences.

En tant qu'infirmière en gestion des urgences gériatriques, j'entre en jeu lorsque des personnes âgées semblent se présenter souvent à nos urgences. On vient me consulter après la deuxième ou la troisième visite d'un patient en autant de jours, ou encore lorsqu'un patient étant venu aux urgences chaque mois pendant des années est finalement aux urgences pendant mon quart de travail. Comme les scénarios possibles entourant les personnes âgées sont multiples, les signaux sont eux aussi variés. Au début de ma carrière, un homme âgé qui habitait seul et non loin de l'hôpital venait souper à la cafétéria quelques soirs par semaine, puis il s'est mis à visiter les urgences à l'occasion. Il parlait très peu de comment il prenait soin de lui à la maison et il ne voulait pas déranger sa nièce, la seule personne de sa famille qui demeurait dans les environs. Mon mentor de l'époque m'a appris que de tels patients « savent souvent qu'il y a quelque chose d'anormal », ce qui explique leurs visites aux urgences. Dans le cas de cet homme, lorsqu'il nous a donné la permission

de communiquer avec sa nièce, elle s'est montrée empressée de l'aider et a veillé à ce que lui soient offerts des services adéquats de nutrition et de soutien.

Pour beaucoup, cependant, l'issue est loin d'être positive. Certains de ces patients montrent des signes de troubles cognitifs, mais peuvent tout de même demeurer autonomes en utilisant des services de soutien de leur collectivité; souvent, ils arrivent à se rappeler comment demander une ambulance. Cette situation peut durer des mois, voire des années, et peut être frustrante pour les ambulanciers paramédicaux, souvent sollicités, et pour le personnel aux urgences. Habituellement, ce cycle se termine après qu'une urgence nécessite l'admission du patient à l'hôpital ou lorsque les troubles cognitifs se dégradent et que des dispositions sont prises pour la prestation de soins continus.

La présence de problèmes de santé mentale et de maladies physiques chez bon nombre de ces patients peut compliquer leur prise en charge. Selon mon expérience, les inquiétudes en matière de santé mentale ne sont généralement pas assez graves pour mener à une recommandation urgente d'hospitalisation en psychiatrie, mais il arrive que les recommandations de patients externes soient oubliées ou rejetées. Et même si certains de ces patients ont déjà été suivis par un psychiatre, ils ne sont pas forcément retenus pour des soins continus.

Malgré ces barrières limitant les soins, ces personnes viennent à nous. De façon réaliste, que pouvons-nous faire pour elles?

- Effectuer, comme toujours, des évaluations rigoureuses. Pourquoi cette personne vient-elle si souvent? Ces visites pour gérer la douleur font-elles suite à une fracture par compression? Lorsque le patient donne des renseignements vagues, il faut chercher à obtenir des renseignements supplémentaires auprès de la famille ou d'amis. Il faut aussi déterminer qui peut pousser l'enquête : les services sociaux ou les services de soins à domicile pourraient être en mesure de cerner des besoins et des interventions. Le médecin de famille du patient, s'il en a un, devrait être impliqué pour que le personnel des urgences et les autres professionnels de la santé prodiguent des soins cohérents.
- Intervenir de façon appropriée : tenir compte des antécédents pour éviter la duplication inutile des examens, tout en considérant la complexité des besoins.
- Répertorier les antécédents et les éléments du plan de soins de manière concise pour que les médecins et le personnel aient facilement accès aux renseignements importants lors de chaque visite. Par exemple, une patiente atteinte d'une MPOC a reçu de la prednisone et, parfois, du lorazepam; ces deux médicaments ont causé des crises de délire. Depuis que cette information est disponible à chaque visite, l'état de santé de cette patiente est plus stable.
- Fournir des consignes imprimées, lors d'une sortie d'hôpital, dans une police suffisamment grande pour que le patient puisse les lire.
- Envisager la possibilité d'antécédents de traumatisme (expériences qui surpassent les capacités de la personne à gérer ses émotions). Cela peut survenir à tout moment, dans l'enfance ou plus tard dans la vie, et il peut s'agir d'un événement isolé ou d'une situation récurrente. Les traumatismes

sont fréquents; 76 % des Canadiens d'âge adulte déclarent avoir vécu un quelconque événement traumatisant dans leur vie (B.C. Centre of Excellence for Women's Health, 2013). Même si la plupart des individus sont résilients et développent des moyens sains de se protéger, la maladie, l'épuisement et des événements bouleversants peuvent faire réapparaître des réactions antérieures.

Bien qu'un examen approfondi de la pratique axée sur les traumatismes dépasse la portée du présent article, les patients pourraient bénéficier de certains aspects de cette approche, lesquels pourraient être ajoutés aux pratiques des infirmières en urgence. La pratique axée sur les traumatismes est principalement utilisée en santé mentale; toutefois, nous, la communauté des soins d'urgence, devons réfléchir à comment nous pourrions intégrer ces principes dans notre pratique. Une approche axée sur les traumatismes, par exemple, « priorise la santé, les choix et la maîtrise de l'individu » (B.C. Centre of Excellence for Women's Health, 2013).

Les quatre aspects à considérer sont :

1. La sensibilisation au sujet des traumatismes : améliorer les connaissances sur la prévalence des traumatismes et les effets qu'ils peuvent avoir sur les patients et sur nous.
2. La sécurité et la confiance : offrir des soins cohérents et des renseignements clairs sur les options de traitement, et s'assurer du consentement éclairé des patients (par exemple, utiliser les services de soins à domicile seulement si le patient est d'accord).
3. La possibilité de faire des choix : cela peut être difficile aux urgences, mais lorsque c'est possible, offrir des choix aux patients leur permet d'avoir un peu de contrôle sur leur situation (par exemple, leur expliquer comment communiquer avec les services de soins à domicile s'ils souhaitent changer l'heure de leur rendez-vous).
4. Montrer aux patients comment trouver et améliorer leurs forces : cette approche peut aussi nous permettre de mieux comprendre la situation du patient.

À titre d'exemple

Madame P. est une veuve âgée de 88 ans qui habite seule en appartement. Par le passé, elle accompagnait son mari chaque fois qu'il était admis à l'hôpital, mais depuis son décès, il y a de ça quelques mois, elle a visité les urgences à plusieurs reprises. Elle souffre souvent de douleurs à la poitrine et a été transportée à l'hôpital en ambulance. Les ambulanciers soulèvent parfois leurs préoccupations au sujet de sa prise de médicaments, voyant les comprimés éparpillés sur le sol. Lors des visites, les examens ne révèlent aucune cause cardiaque à ses symptômes, et elle est donc autorisée à sortir. Elle a été avisée de consulter son médecin de famille, mais avant même d'avoir pris un rendez-vous, elle retourne aux urgences. Il lui a été recommandé d'utiliser les services de soins à domicile, mais elle refuse, puisqu'elle est en retard dans son ménage et ne souhaite pas que des inconnus voient son domicile dans cet état.

Lors d'une visite, l'urgentologue et l'infirmière ont discuté avec elle pour lui expliquer que malgré ses nombreuses visites, sa santé continue d'être inquiétante, et qu'elle a besoin de soutien même si elle n'a aucune maladie grave. On reconnaît qu'elle s'est bien occupée de son mari, et on l'encourage à accepter de l'aide à

son tour. Il lui est recommandé qu'une infirmière lui rende visite à domicile, et le gestionnaire de cas de l'équipe d'intervention rapide est venu aux urgences pour discuter avec madame P. afin d'obtenir son consentement pour les visites à domicile avant qu'elle ne soit autorisée à quitter l'hôpital. Un rendez-vous avec son médecin est également pris avant son départ, et on passe en revue avec elle les consignes imprimées avant de la laisser partir. Ces mesures sont inscrites dans un plan de soins, lequel sera consulté lors des prochaines visites.

Au cours des semaines suivantes, madame P. s'est présentée aux urgences encore à quelques reprises. Elle est à nouveau rassurée, et l'importance d'un suivi continu est soulignée. Lorsqu'elle s'est présentée aux urgences à nouveau, cette fois près de l'anniversaire du décès de son mari, le personnel a réalisé qu'elle n'était pas venue depuis un certain temps, et elle a reconnu qu'elle se porte mieux depuis qu'elle a de l'aide.

En conclusion, nous devons accepter, en tant que professionnels de la santé aux urgences, qu'il se peut que nous vivions des frustrations lorsque nous avons à notre charge de grands utilisateurs. Il arrive parfois que nous réussissions à établir des stratégies pour

soulager les symptômes apparents, mais à d'autres occasions, cela nous est impossible. Nous pouvons toutefois éprouver une satisfaction professionnelle en sachant que nous avons effectué des examens approfondis et avons traité les problèmes reliés. Il se peut que nous ayons besoin de consulter d'autres disciplines, et il se peut aussi que nous continuions de voir régulièrement ces patients. Nous représentons peut-être un filet de sécurité pour ces patients vulnérables, mais nous devons nous assurer qu'ils reçoivent les meilleurs soins possible, surtout lorsqu'ils ont des besoins complexes. 

Au sujet de l'auteure

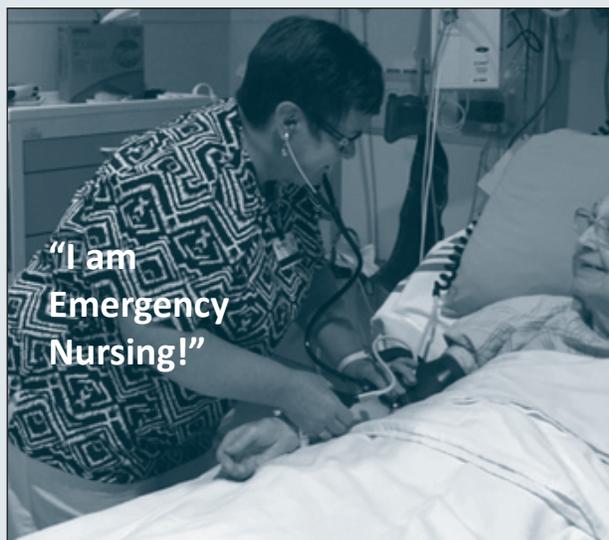


Cathy Sendeck, B.Sc.inf., inf., GNC(C), a travaillé à Burnaby Hospital Emergency Department depuis 1987, dans les dernières années comme infirmière clinicienne gériatrique d'urgence, dans le cadre du Programme des aînés.

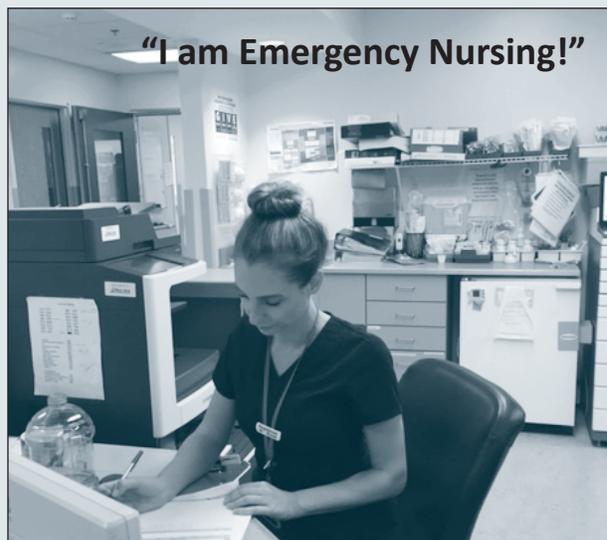
Ses intérêts particulier comprennent travailler avec des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins et d'embrasser les défis de traiter efficacement les abus envers les aînés. Elle aime être une grand-mère.

RÉFÉRENCES

- B.C. Centre of Excellence for Women's Health (2013). *Trauma-Informed Practice Guide*. Sur Internet : www.bcccewh.bc.ca/2014/02/trauma-informed-practice-guide/
- Champion, C. (2015). *Dispelling myths about "Frequent Flyers" in the ED*. Sur Internet : www.primarycareprogress.org/blogs/16/533
- Grover, C., et Close, R. (2009). « Frequent users of the emergency department: Risky business », *Western Journal of Emergency Medicine*, vol. 10, no 3, p. 193–194. Sur Internet : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729222
- Meili, R. (2013). 'Super Users' of health care system the target of reforms. Sur Internet : www.thinkupstream.net/_super_users_of_health_care_system_the_target_of_reforms
- Pope, D., et coll. (2000). « Frequent users of the emergency department: A program to improve care and reduce visits », *Canadian Medical Association Journal*, 162(7). p. 1017–1020. Sur Internet : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1232308/
- Soril, L., Leggett, L., et Clement, F. (2013). *Frequent emergency department users: Who are they and how are they cared for?* Faculté de médecine de l'Université de Calgary. Sur Internet : http://obrieniph.ucalgary.ca/files/iph/frequent-users-full-report_may-17-2013.pdf
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 57*. Sur Internet : www.ncbi.nlm.nih.gov/books



Sandra McCavour, RN, Saint John Regional Hospital, Saint John, NB



Sonya Skokje, RN, Saint John Regional Hospital, Saint John, NB