

Nîmes - jeudi 16 et vendredi 17 Juin 2005

25^{èmes}

Journées annuelles
de formation
de l'APHJPA

“ les hôpitaux de jour
dans les filières de soin :
un dispositif en marche ”

APHJPA

ACTES DU CONGRÈS

Allocutions inaugurales	7
Dr Chantal GIRTANNER , Présidente de l'APHJPA	
Politique régionale pour la création d'hôpitaux de jour	17
Dr Odile BLANCHARD , Direction Médicale du Service Médical Alsace-Moselle, Strasbourg	
L'articulation Hôpital de jour-Accueil de jour	23
Dr Nathalie SCHMITT, Dr Jacques HILD , CH Colmar	
Politique départementale pour la création d'accueils de jour	41
M. Christian FISCHER , Direction de la Solidarité Conseil Général du Haut-Rhin Colmar	
Place des hôpitaux de jour dans la filière gériatrique	47
Pr Olivier SAINT JEAN , Hôpital Pitié-Salpêtrière Paris	
Place des hôpitaux de jour dans la filière de soin Alzheimer	63
Pr Florence PASQUIER , CHU Lille	
Ateliers Motivation et satisfaction des soignants	71
Dr Jérôme PELLERIN, M. Bernard MAURIN	
Fin de prise en charge en hôpital de jour	81
M. Alain SAGNE, Dr Martine LAPIERRE	
Partenariat hôpital de jour - accueil de jour	95
Dr Chantal GIRTANNER, Mme Frédérique Alex LANGEVIN	
Les hôpitaux de jour à l'étranger	109
Pr Claude JEANDEL , CHU Montpellier	
Photographie des hôpitaux de jour en France, enquête 2004	121
Dr Bernard DURAND-GASSELIN , Hôpital ND du Bon Secours Paris	
Démarche qualité en hôpital de jour	127
M. Gérard DE LE POMME , CHU Nîmes	
Quoi de neuf sur le plan thérapeutique ?	135
Pr Benoît DE WAZIERES , CHU Nîmes	
La tenue d'un agenda en hôpital de jour	149
Mme C.TERRAT , CHU St-Étienne	
Apport de la scintigraphie cérébrale et de la neuropsychologie dans le diagnostic différentiel des démences de la personne âgée	161
Dr L.VOLPE-GILLOT , Hôpital ND du Bon Secours Paris	
Évaluation des bilans d'ostéoporose en hôpital de jour	167
Dr V.TRICHET-LLORY , Hôpital ND du Bon Secours Paris	

Allocutions inaugurales

Dr Chantal GIRTANNER
Présidente de l'APHJPA

*L' hôpital de jour dans les filières de
soin: un dispositif en marche....*

*25 ème journée de Formation de
L'APHJPA .
16 et 17 Juin 2005 .Nîmes
Ch . Girtanner . CHU . St Etienne .*

Merci

*A toute l'équipe médicale
et au comité d'organisation de ces
25 ièmes journées de formation .*



Maison Carrée

Tour Magne

*L' hôpital de jour dans les filières de
soin: un dispositif en marche....*

- *Des créations récentes et progressives :*
 - ➔ *1971 : 1er HDJ à L'hôpital Charles Foix d'Ivry*
 - ➔ *1994 : 35 HDJ (1er livre blanc ; puis 2ème 1999)*
 - ➔ *2005 : 126 HDJ*

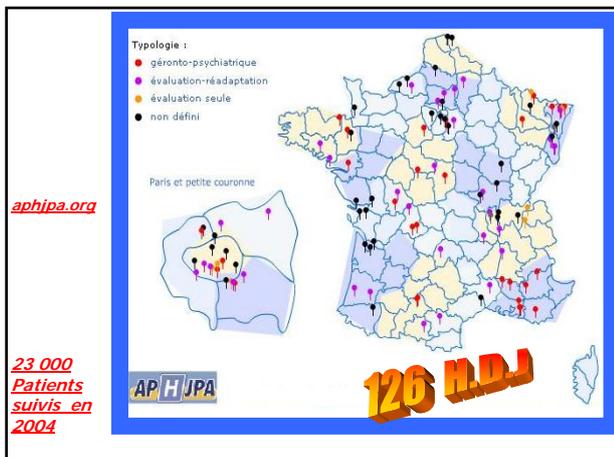
- *Création en 1988 de L'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour P.A (APHJPA)*

*L' hôpital de jour dans les filières de
soin: un dispositif en marche....*

- *Organisation des journées pluridisciplinaires de formation depuis 1983 soit depuis 22 ans avec la richesse de rencontres d'équipes médicales et para médicales dans différentes villes de France; thèmes variés (cf site internet)*

- *Création de formations complémentaires de 3 jours à Paris depuis 2001 (troubles du comportement ; travail avec les familles)*

- *Société filiale de le SFGG depuis 2004 .*



Des structures hétérogènes

- **Evaluation : 14**
- **polyvalent : 62**
Evaluation et réadaptation (suivi)
Psychogériatrique
- **Gérontopsychiatrique : 18**

Hôpitaux de jour : des Structures médicalisées **hétérogènes**

- Une visibilité complexe pour nos tutelles .
- Un effort à fournir pour améliorer la classification et bien préciser le fonctionnement de ces lieux de soins et leur place dans les filières de soins .
- **Hétérogénéité** : Richesse de **structure non figée** ou le patient reste au cœur du dispositif de soin
- Quelques circulaires évoquent ces structures

Circulaire du 18/03/02

- Amélioration des **filières de soins gériatriques** offrant un **panel de ressources adaptées** aux besoins des P.A fragiles;
- Renforcement de l'accès à des **soins de proximité**
- Développement du court séjour gériatrique
- Amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de **courte durée**
- Consultation et pôle d'évaluation (H.D.J) « le cas échéant **diagnostic et prise en charge** »
- Favoriser l'accès aux soins , la **coordination**; la **continuité** ou l'**interdisciplinarité** des prises en charge

Circulaire du 05/03/04
relative à l'élaboration des SROSS de troisième génération

- Assurer une organisation sanitaire **territoriale** permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins, **prise en charge des personnes âgées** avec organisation graduée des plateaux techniques).
- Association plus étroite** des professionnels de santé ; des établissements et des usagers
- Définir **une graduation des soins** en précisant les **complémentarités** et les **coordinations** à mettre en place

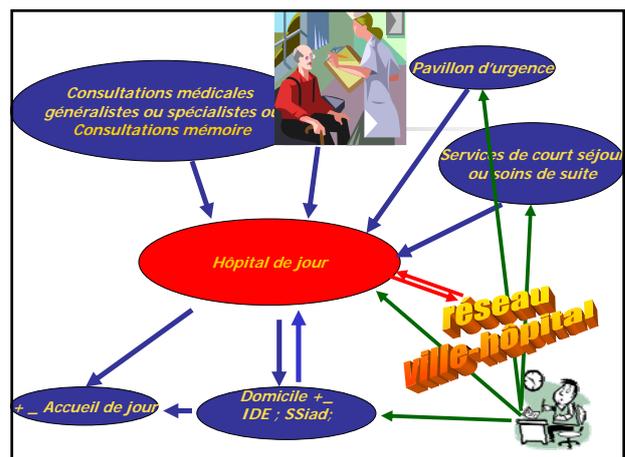
Circulaire 03/10/04 (CMRR)
Circulaire 30/03/05 (CMP)

- Articulation avec les Centres Mémoire de Ressource et Recherche.
Et les Consultations Mémoire de Proximité.
- H.D.J** cité comme **un des moyens possible assurant les consultations mémoire dans les CMRR et CMP** ;
- fonctionnement en réseau avec toutes les consultations mémoire via informatique.

Créer une filière de soin.

- c'est savoir proposer un projet de soins continu, gradué et cohérent auprès du patient et sa famille avec travail en réseau ville hôpital ;**

Hôpital de jour



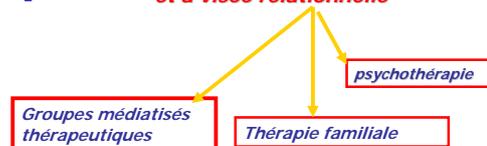
Hôpital de jour : structure médicalisée sanitaire ;

- **Evaluation** médicale , fonctionnelle
 - comorbidité,
 - psychologique;(décryptage des liens familiaux);
 - social .
- **Rééducation** (suite fracture du col, hémiplegie...)
- **Réadaptation et Réhabilitation , lieu de la médecine gériatrique** (sens plus large ex diabète , suivi diététique , chute.... Fragilité iatrogénie)
- **Prévention**

Formation; Enseignement ;
Recherche .

Hôpital de jour : structure médicalisée sanitaire ;

- **Soutien aux familles**
- **Traitement médicamenteux et à visée relationnelle**



- **Lieu de coordination**

Lieu privilégié pour la mise en place d'un Projet de soin individualisé

- **Équipe pluridisciplinaire médicale** gériatre,cardiologue,neurologue,psychiatre psychologue,ergothérapeute , kinési.....
- **Assistant social** .
- et **Paramédicale**:I.D.E , A.S , AMP....
- **Plateau technique**(ex . Biologie ,imagerie...)
- **Interface entre l'hôpital et le domicile**

- **Complémentarité et synergie de compétence spécifique sans avoir peur de perdre son identité**

Richesse d'une équipe para médicale et médicale

- 126 HDJEnviron 550 soignants
- **Infirmières ,aides soignantes, AMP psychologuesqui sont des acteurs responsables de la gériatrie**
- **Acquisition d'un savoir faire dans la rencontre avec les patients.**
- **Recherche de formation avec participation aux journées annuelles de formation (250 à 300 soignants)**

Soit un réel professionnalisme Cela suppose un coût financier

- Or l'HDJ reste un lieu **d'expertise de qualité sur la dépendance** par la richesse et l'hétérogénéité des regards , levier central pour la reprise ou l'amélioration de l'autonomie des patients sans rupture avec le domicile
- **Evaluation régulière du patient et de son aidant plus transmissions avec le médecin et tous les acteurs du domicile**

HDJ réadaptation ou rééducation .

- Concerne **la médecine gériatrique au sens large** ; I.Cardiaque ,diabète ; HTA ;I Rénale DMLA; l'atrogénie...
- et toutes les pathologies nécessitant de la **rééducation** hémiplegie, suite de fracture du col
- DMS parfois plus longue en HDJ (ex:hémiplegie) mais moins coûteuse de toute façon que la DMS dans un service de soins de suite car suivi séquentiel à raison de 2 à 3 jours /semaine sans rupture avec le domicile .
- Faut-il que tous les bilans biologiques, radios , et rééducation kiné ; ergo soient réalisés en HDJ ?? Et non doublés ..ou complétés en ville car double financement SS

Plan Alzheimer :CMRR ; CMP

- CMRR : 800 à 1000 nouveaux diagnostics de Maladie Alzheimer ou syndromes apparentés. / an ???
- Ciblé sur L'évaluation neuropsychologique mais le suivi ??? Projet de soin personnalisé en partenariat avec le médecin de ville ??? Pour certains patients , projet de soin possible grâce à partenariat et travail en réseau avec les professionnels de ville ;

Plan Alzheimer :CMRR ; CMP

- Mais un diagnostic +ou - précoce risque de confronter le patient et sa famille à l'échec et à un désarroi qui peut déclencher une **véritable crise familiale et hospitalisation en urgence** « de ces voyageurs dans l'espace et le temps » (B . Plaquet)
- Peut-on se passer de la trajectoire de vie de ces patients pour assurer **un décodage des symptômes**

*Un projet de soin individualisé
demande du temps Cohérence du
soin continu et gradué*

- **Importance d'un travail de liaison interne avec ce qui se passe**
Maintenant, Avec la famille
pour le rattacher progressivement à l'histoire ancienne pour leur donner du sens ;
- Aider à restaurer une dynamique familiale et que tous puisse retrouver la bonne place dans la fratrie .
- Savoir cheminer au rythme du patient et sa famille .
S'appuyer sur ces temps de séparation ;
l'alternance présence – absence est ce qui fait soin .

*Savoir être Savoir Faire
Compétence et professionnalisme*

*Une nouvelle offre de soins :
les accueils de jour ; lieu médico-social*

- **Personnel qualifié** : A.S ; +- AMP; +- I.D.E
forfait soin (fev05)et +- psychologue +- animateurvia forfait dépendance .
- **Projet individuel d'aide et de soutien pour le patient .**
- **Information ; soutien et structure de répit pour les aidants**

*Une nouvelle offre de soins :
les accueils de jour ; lieu médico-social*

- Prévion de **4000 places** en 2002
la réalité : **1750 places**
- Financement dotation soin : **21€ à 34 € / jour**
/pers selon le GIR + une partie du
financement complémentaire via APA selon les
revenus .(30 € soit total de 50 €)
- **H.D.J : forfait de 200 € à 300 €** voir plus si
HDJ évaluation

Questions et réponses

- Faut –il dissocier les lieux d'évaluation et de suivi ????L'HDJ lieu d'évaluation et accueil de jour lieu du suivi ????? Vu le coût financier bien différent
- **HDJ , lieu par excellence pour anticiper les crises familiales et éviter les hospitalisations en urgence ou dans des services non adaptées aux P.A avec une durée de suivi certes à savoir limiter . Puis complémentarité si nécessaire avec les accueils de jour**

Questions et réponses

- **Faut-il dissocier**
les HDJ géranto psychiatriques des HDJ psychogériatriques ? car le champ de la psychiatrie est très particulier ??
- *Rapport aux tutelles différents si secteur psychiatrique Et non confrontés ...a priori et pour l'instant par la tarification T2A*
- *Pour certains , mêmes patients et les objectifs sont souvent les mêmes ; les moyens parfois différents du fait de leur spécificité propre ;*
- *Interêt de parler plutôt de Neuro-psychiatrie de la P.A ou de **psychiatrie de la P.A** .*

Conclusion : Dynamisme des HDJ

- *Désir de se retrouver pour la mise en commun des points positifs et des difficultés , **équipes médicales et paramédicales** .*
- *Accepter une Remise en cause de leur fonctionnement pour améliorer les procédures et leur lisibilité ; Répondre aux questionnaires.....(84%)*

Conclusion : Dynamisme des HDJ

- *Recherche et reconnaissance de **Professionnalisme** ce qui suppose un coût financier des consultations pluridisciplinaires donc une recherche sur une tarification équitable est fondamentale*
-  *groupe de travail sur la T2A (Mme Aoustin) (Septembre 2005)*

Conclusion : Dynamisme des HDJ

- *Réflexions sur la bonne place de ces structures dans la filière de soin **sans clivage mais complémentarité** ;*
- *HDJ peut éviter des hospitalisations complètes ou les compléter.*
-  *groupe de travail avec le Ministère de la Santé et la Direction Générale de la Santé (octobre 2005)*
- *Mais tout ceci nécessite du tempstous très accaparés par de multiples fonctionsconsultations , responsabilités de services de court séjour ou soins de suites ; enseignement Beaucoup de conseils , de critiques.....*



***APHJPA : une association.....qui ne
peut fonctionner qu'avec tous ceux
qui en font partie....***

- *Un bureau*
- *Un conseil d'administration et*
- *Une assemblée générale*
- *Venez nombreux pour donner votre avis
1fois/an*

Jeudi 16 Juin à 17h30

Politique régionale
pour la création d'hôpitaux de jour

Dr Odile BLANCHARD

Direction Médicale du Service Médical
Alsace-Moselle, Strasbourg

Politique régionale pour la création d'hôpitaux de jour gériatriques en Alsace

Docteur Odile Blanchard,
Service médical d'Alsace-Moselle, CNAMTS

Définitions

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) décrit le dispositif sanitaire de prise en charge des personnes en Alsace comme dans chaque région. Ce SROS Alsace, arrêté par le directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) pour la période 1999/2005, comprend un volet "personnes âgées". Y figurent des recommandations de prises en charge des personnes âgées, et notamment un objectif de maillage territorial d'hôpitaux de jours gériatriques (HJG). Ce SROS reconnaît aux HJG trois missions :

- une mission de diagnostic clinique et d'évaluation et orientation thérapeutique
- une mission de prise en charge plus prolongée pour rééducation, réadaptation, réinsertion ou soutien à domicile
- une mission spécifique d'évaluation des fonctions cognitives et de prise en charge des troubles psychogériatriques, notamment la maladie d'Alzheimer.

Pour remplir ces missions, les HJG doivent disposer d'une équipe pluridisciplinaire de base comportant gériatre, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, travailleur social et secrétaire. Un accès à des consultations spécialisées sur place (neurologue, rééducateur, psychiatre, etc) est nécessaire, ainsi qu'un accès facile à un plateau technique de base (biologie, radiologie, échographie).

Ces HJG ont une véritable activité sanitaire, ils sont destinés à des personnes âgées dont l'état clinique n'est pas stabilisé. La prise en charge peut être d'une seule journée à quelques journées, jusqu'à stabilisation.

Historique de la situation alsacienne

L'Alsace est une région précurseur dans le domaine : le premier HJG voit le jour en 1979 sous l'impulsion du Docteur Bernard Peter à Mulhouse, puis un second en 1982 à Strasbourg.

En 1998, lors de l'élaboration du SROS 1999/2005, les professionnels persuadent les autorités de tutelle de l'intérêt de ce type de structures. L'Alsace compte alors huit HJG répartis dans six communes : Bischwiller, Strasbourg, Cernay, Colmar, Mulhouse et Pfaffstatt totalisent 92 places. Le SROS arrêté en 1999 préconise une offre de soins d'un HJG au moins par arrondissement, soit au minimum 13 HJG.

Aujourd'hui en 2005, on compte 15 HJG répartis sur 11 arrondissements, et 133 places. Des projets sont en cours sur les deux derniers arrondissements : un à Brumath pour l'arrondissement de Strasbourg-Campagne, l'autre à Ribeauvillé.

L'objectif de maillage territorial d'HJG sera probablement atteint fin 2005.

Intérêts et limites

La modélisation de l'HJG telle que réalisée en Alsace est nécessaire, notamment pour positionner le dispositif par rapport aux accueils de jour (structures médico-sociales) et autres appellations comme les centres de jour, etc.

L'HJG est une structure sanitaire, régie comme toutes les alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier par le décret d'octobre 1992. Les limites de la prise en charge sont l'état stabilisé ou à l'opposé, la situation particulièrement instable ; les filières d'aval sont le domicile ou le secteur médico-social, et notamment l'accueil de jour pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, mais aussi les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Pour un patient en situation particulièrement instable, il peut être nécessaire de recourir à d'autres dispositifs du système sanitaire (hospitalisation en soins de courte durée et soins de suite et de réadaptation "classiques").

Le recours à l'HJG est préférable aux consultations spécialisées dans la mesure où les problèmes soulevés par le patient gériatrique sont complexes, relevant de plusieurs intervenants, et nécessitant outre l'entretien avec le malade et son examen minutieux, un temps d'échange avec les proches.

Il évite l'hospitalisation complète en dehors de l'urgence, et constitue un recours protégeant du risque de décompensation hors du lieu ordinaire de vie ; il est mieux accepté par le patient. Néanmoins, il s'inscrit dans la filière gériatrique en complémentarité avec les autres dispositifs : citons outre ceux déjà mentionnés, les unités mobiles gériatriques, les consultations mémoire, etc. Les missions respectives des HJG et des hôpitaux de jour psychogériatriques font néanmoins débats et mériteraient d'être clarifiées.

Conclusions

En Alsace, un maillage territorial d'hôpitaux de jour gériatriques va être acquis fin 2005. Ce dispositif régional, unique en France de par sa couverture, permet une prise en charge sanitaire de proximité des personnes âgées, alliant compétences et praticité. Ceci offre une réponse particulièrement adaptée à la personne âgée fragile. Il s'agit d'un maillon précieux du dispositif de prise en charge dans la filière gériatrique.

Se pose dorénavant la question de la preuve de l'efficacité médicale et économique du dispositif.

Politique régionale pour la création d'hôpitaux de jour gériatriques en Alsace

Docteur Odile Blanchard
CNAMTS, service médical Alsace-Moselle
Journées APHJPA
16 et 17 juin 2005



DEFINITIONS

ARH
Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace

SROS
Schéma Régional d'Organisation Sanitaire



DEFINITIONS

HJG
Hôpital de Jour Gériatrique

MISSIONS

- diagnostic et évaluation,
- prise en charge plus prolongée,
- mission spécifique relative aux fonctions cognitives

EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

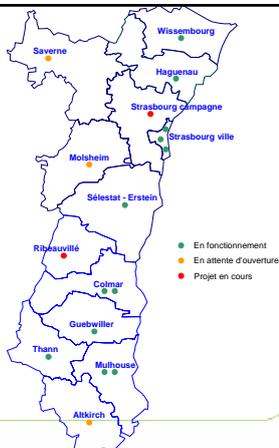
gériatre, IDE, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, travailleur social, secrétaire

PLATEAU TECHNIQUE DE BASE



HISTORIQUE

1979	Mulhouse
1982	Strasbourg
1998	8 HJG, 92 places
2005	15 HJG, 135 places



HISTORIQUE

Facteurs de développement

- ➔ gériatres et directions d'établissement
- ➔ tutelles et SROS
- ➔ taille de la région



INTERETS ET LIMITES

Nécessaire modélisation

- Prise en charge **SANITAIRE**
- Patient **NON STABILISE**
- Positionnement par rapport à l'accueil de jour
- Positionnement dans la filière



INTERETS ET LIMITES

Valeur ajoutée par rapport à l'hospitalisation complète

- Protection du risque de décompensation hors du milieu ordinaire de vie
- Mieux accepté du patient
- Mieux accepté du médecin traitant



INTERETS ET LIMITES

Valeur ajoutée par rapport à la consultation spécialisée

- Temps pour un examen minutieux
- Temps d'échange avec les proches
- Disponibilité de plusieurs intervenants et différentes compétences



INTERETS ET LIMITES

Mission restant à clarifier par rapport à la filière, notamment les HJ psychogériatriques

Coût important, d'où vigilance par rapport à la « médico-socialisation » de la structure



INTERETS ET LIMITES

POINTS POSITIFS

- Compétences réunies
- Proximité
- Absence de rupture / domicile
- Sociothérapie
- Temps d'observation

POINTS DE VIGILANCE

- Nécessaire réactivité pour donner un diagnostic le même jour
- Gestion du nombre de prises en charge
- Risque de médico-socialisation



CONCLUSION

Maillage territorial d'HJG en Alsace

Compétence et proximité au service de la personne âgée fragile

Preuve de l'efficacité médicale et économique du dispositif ?



L'articulation Hôpital de jour
Accueil de jour

Dr Nathalie SCHMITT

Dr Jacques HILD

CH Colmar

L'articulation Hôpital de jour Accueil de jour

Bonjour,

Le Dr Blanchard vient de vous parler des hôpitaux de jour gériatriques alsaciens, et je ne reviendrais donc pas sur cet aspect des choses. Notre communication traite plus spécifiquement de la collaboration qui s'est installée entre les hôpitaux de jour, structures centrées sur le soin et les accueils de jour gériatriques.

Depuis 3 ans, l'hôpital de jour dans lequel je travaille a pris l'habitude de travailler régulièrement avec un accueil de jour. Dans notre expérience, cette coopération est surtout utile dans la prise en charge de patients déments, dans la mesure où les services rendus par l'hôpital de jour et par l'accueil de jour sont très complémentaires dans cette population.

Le cadre réglementaire

Je vais tout d'abord vous parler du cadre réglementaire qui structure l'activité des accueils de jour et leurs relations avec la filière gériatriques, puis je vous parlerai de notre expérience de cette collaboration au quotidien .

L'intérêt des accueils de jour dans la prise en charge des patients déments a été clairement énoncé dès le plan démente de 2001. Celui-ci prévoyait d'ailleurs la création de 7000 places d'accueil de jour en 4 ans.

Pour les structures respectant un cahier des charges, le plan démente prévoyait une possibilité de financement par l'assurance maladie, à concurrence de 150 francs par jour et par personne.

La circulaire du 30 mars 2005, relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées reprend ces différentes idées.

Elle clarifie également la différence entre hôpital de jour et accueil de jour et édicte un cahier des charges, destiné à garantir la qualité du service proposé par les accueils de jour.

Les objectifs qui leur sont fixés sont:

- La socialisation des patients
- La possibilité de répit pour les aidants
- L'obligation de proposer pour chaque personne accueillie un projet personnalisé
- L'articulation obligatoire avec une consultation mémoire
- Et enfin l'obligation pour les accueils de jour d'embaucher du personnel soignant.

Au niveau régional et départemental, une réflexion a également été menée, aboutissant dans le Haut Rhin comme dans le bas Rhin à la rédaction en 2001 de guides de bonnes pratiques.

Les orientations prises dans les deux départements sont légèrement différentes puisque le Bas Rhin fixe des règles plus strictes en matière d'encadrement médical des structures d'accueil de jour:

- Évaluation par un gériatre obligatoire avant l'admission.
- Obligation de travail en réseau avec un Hôpital de jour gériatrique
- Obligation d'embaucher au moins 1/3 d'infirmières ou d'aides soignantes parmi le personnel.

En pratique, la plupart des accueils de jour alsaciens ont signé des conventions avec les hôpitaux de jour situés à proximité, y compris dans le Haut-Rhin où ce n'est pas obligatoire.

Présentation des deux structures

Pour mieux illustrer la différence entre Hôpital de jour et Accueil de jour je vais vous présenter le service où je travaille, et l'Accueil de jour situé dans notre ville.

Nous sommes un hôpital de jour polyvalent de 20 places qui fait partie des hôpitaux civils de Colmar.

Nous accueillons en moyenne 26 patients par jour pour une file active d'environ 230 patients. Actuellement, nous faisons une quarantaine d'admissions par mois

Pour répondre à nos missions nous disposons d'une Équipe pluridisciplinaire.

Nous avons également accès à l'ensemble du plateau technique hospitalier, en terme de biologie, d'imagerie et de consultations spécialisées.

Nos locaux sont vastes et adaptés tant aux soins techniques qu'à la rééducation ou à l'accueil de patients lourdement dépendants. Un certain nombre de pièces sont réservées aux activités de groupe.

Notre mission est clairement centrée sur le soin: diagnostic et évaluation, mais aussi traitement, rééducation et suivi, sans oublier l'aspect de prise en charge globale de la personne âgée.

C'est au niveau de cette mission de prise en charge globale que se situe l'articulation avec l'AdJ.

Comme tout hôpital de jour gériatrique nous sommes fréquemment confrontés à des patients isolés et incapables de retrouver une vie sociale satisfaisante, ou à des familles épuisées, désireuses de pouvoir confier une personne âgée dépendante à des professionnels une journée, le temps de « souffler ». Pour compréhensible que soient ces demandes, elles ne relèvent cependant pas de nos missions premières.

L'accueil de jour, nous permet de répondre à ces besoins légitimes. Il faut dire que le démarrage de l'accueil de jour est arrivé à point nommé pour nous. En effet notre hôpital de jour a ouvert en septembre 2000 et début 2002, nous commençons à avoir un problème de délai d'admission. Les places dont nous disposons étaient, si j'ose dire « embouteillées » par des patients ne relevant plus stricto sensu d'une prise en charge hospitalière, mais dont la situation à domicile ne permettait pas d'envisager purement et simplement une interruption des séances.

Comment fonctionne en pratique l'Accueil de jour de Colmar?

Eh bien c'est une émanation de l'APA 68, dont la responsable se trouve aujourd'hui parmi nous.

Comme je vous le disais il fonctionne depuis 3 ans.

Il accueille des personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle trois jours par semaine et des personnes âgées isolées un jour par semaine. Les groupes sont de 12 à 15 personnes maximum.

L'Accueil possède une Équipe réduite, non médicalisée, composée d'une coordinatrice, d'animatrices, et de bénévoles.

Le taux d'encadrement est de 1 personnel pour 3 personnes accueillies.

Les locaux sont axés sur la convivialité: grande salle commune, cuisine, jardin, sanitaires adaptés.

Repas pris en commun avec le personnel d'encadrement, au restaurant d'une résidence pour personnes âgées située à environ 200m.

Les objectifs de l'accueil de jour sont clairement d'ordre social:

Pour la personne âgée accueillie il s'agit de lutter contre l'isolement, d'offrir des activités adaptées au degré de handicap, au travers d'un projet personnalisé.

L'accueil vise également à redonner un rôle social à la personne, en se servant des capacités restantes en évitant la mise en échec. Tout cela doit se passer dans une ambiance conviviale et sécurisante.

Mais l'ADJ souhaite aussi être un lieu d'aide aux aidants :D'une part par le temps de répit hebdomadaire qu'il leur offre, mais aussi par la possibilité d'y trouver un lieu d'écoute et de partage des expériences. Enfin, les proches peuvent y trouver des renseignements sur les autres aides dont ils pourraient bénéficier.

Ces objectifs ne sont pas spécifiques de l'accueil de jour me direz-vous, et il est vrai qu'on plus du suivi médical nous effectuons ce même travail en hôpital de jour. L'intérêt de l'ADJ est de proposer cette prise en charge dans un cadre plus léger et moins onéreux que celui de l'hôpital.

Mode de financement

Ce qui nous amène évidemment à parler d'argent...

... et par conséquent du coût respectif des deux structures et de leurs modes de financement.

Il est difficile pour moi d'estimer le coût réel d'une journée d'ADJ dans la mesure où interviennent de nombreuses subventions, des actions de bénévolat etc...

Néanmoins on connaît la participation de l'assurance maladie qui s'élève à 22.4 € par jour et par personne démente accueillie. Ce qui reste à la charge de la famille est d'environ 40 euros dont une partie peut être prise en charge par le Conseil Général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour l'hôpital de jour l'évaluation du coût réel d'une journée est aussi assez délicate à l'heure du budget global et bientôt de la T2A. Mais cela coûte grosso-modo 300 à 350 euros.

La différence de prix est facilement explicable par la différence de degré de formation des personnels, le coût de l'infrastructure et des examens complémentaires.

La collaboration HDJ ADJ

Si la collaboration entre HDJ et ADJ s'est instaurée aussi rapidement et efficacement ce n'est pas non plus un hasard.

D'une part mon chef de service a participé au projet de création d'un ADJ à Colmar, d'autre part les gériatres des différents hôpitaux colmariens font partie des équipes d'évaluation médico-sociales en charge de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Cette participation a permis que les journées en ADJ puissent être intégrées dans un plan d'aide APA.

Actuellement, on peut dire que dans le Haut-Rhin les ADJ sont un mode de « sortie » des HDJ. A l'inverse, les HDJ sont un lieu d'expertise pour les ADJ.

Dans notre cas, cette coopération est formalisée par la signature d'une convention avec l'ADJ. Dans les cas les plus fréquents la collaboration se traduit en pratique par un suivi conjoint des patients.

Actuellement nous suivons conjointement 20 patients, soit 50% des personnes prises en charge par l'accueil de jour escapade et 8% des personnes suivies par notre service. Cette coopération n'est pas exclusive, puisque Colmar possède également un centre de gériatrie privé et que l'accueil de jour suit également certains de leurs patients. De même il nous arrive d'avoir des patients communs avec d'autres Accueils de jour moins proches géographiquement.

Ce chiffre de 20 personnes suivies en commun est à peu près stable. En revanche ce pool de patients se renouvelle relativement rapidement (en moyenne 1.5 nouvelle personne suivie en commun par mois)

La collaboration en pratique : l'exemple de M. W.

Pour rendre tout cela un peu plus concret, je vous propose de vous raconter l'histoire de M. W.

Nous faisons la connaissance de M.W. en 2002. il a à l'époque 78 ans et nous est adressé par son médecin traitant pour des troubles mnésiques et comportementaux.

Au terme de quelques séances consacrées au bilan des fonctions supérieures, le diagnostic de maladie d'Alzheimer avec participation vasculaire probable est posé.

Nous proposons à M.W. et à sa famille un suivi hebdomadaire à l'hôpital de jour, le temps de mettre en route les inhibiteurs de l'acétyl-cholinestérase et d'essayer une stimulation cognitive en individuel.

Rapidement il devient évident que le patient supporte mal la prise en charge individuelle. Il est par contre bien intégré dans les activités de groupe, et il existe une demande claire de soulagement familial.

Nous rencontrons la famille de M.W. et leur proposons un transfert vers l'accueil de jour.

Mme. W. hésite, mais accepte de recevoir la visite de la responsable de l'ADJ à son domicile. Après ce premier contact Mme.W. est rassurée et des démarches d'obtention d'une allocation personnalisée d'autonomie sont entreprises.

En parallèle et avec l'accord du patient nous transmettons un certain nombre d'information à l'ADJ, pour les aider à préparer l'admission du patient.

D'une part une feuille de liaison comportant les renseignements administratifs...

... et d'autonomie

D'autre part un certificat médical précisant les activités conseillées ou déconseillées pour ce patient.

C'est ce certificat qui permet à l'ADJ de bénéficier du financement de la sécurité sociale pour la prise en charge de ce patient.

Dès que l'admission en Accueil de jour est réalisée, nous diminuons le rythme des séances à l'hôpital de jour.

En règle générale, et sauf demande contraire du patient ou de son médecin traitant nous avons l'habitude de démarrer alors un suivi conjoint.

En pratique le patient se rendra fréquemment à l'ADJ: dans le cas de M. W. le rythme choisi était d'une fois par semaine le lundi.

En parallèle il continuait à être vu 1 fois toutes les 6 semaines à l'hôpital de jour, pour suivi de son état intellectuel, rééquilibration éventuelle du traitement psychotrope et suivi somatique (M.W. est diabétique et sa démence rend difficile la réalisation des examens de suivi en cabinet de ville)

Cela peut sembler compliqué à première vue et éventuellement générateur de confusion pour les patients. En pratique c'est généralement très bien accepté, à condition que la transition soit préparée et accompagnée et que le rôle de chacun soit bien expliqué.

L'articulation entre les deux prise en charge se fait grâce à des Appels téléphoniques fréquents et à une réunion de synthèse tous les trois mois entre la responsable de l'accueil de jour et le médecin de l'HDJ. Je précise que ce genre de suivi ne fonctionne que si le médecin traitant adhère au projet. En pratique les rapports directs entre le médecin traitant et l'ADJ sont rares et c'est donc à l'HDJ de faire des efforts de communication.

Revenons à M. W.

Début 2003 il commence à présenter des troubles du comportement alimentaire avec un amaigrissement. En dépit de la baisse des antidiabétiques oraux il présente en juillet 2003 un coma hypoglycémique motivant une hospitalisation. A sa sortie de l'hôpital il a une escarre sacrée et des troubles de la marche.

Nous décidons de le reprendre en charge une fois par semaine à l'hôpital de jour pour de la rééducation et pour le suivi de sa plaie. Les séances d'accueil de jour sont temporairement suspendues. Son épouse rencontrera régulièrement la diététicienne car, après avoir passé des années à guerroyer contre son mari pour qu'il respecte son régime diabétique, elle a beaucoup de mal à laisser manger maintenant qu'il est dénutri. L'ergothérapeute réalisera également une visite à domicile pour adapter la salle de bain au nouvel état de dépendance du patient.

Vous voyez donc que l'HDJ remplit un rôle de « filet » médical en cas de problème.

Au bout de trois mois, même si M.W. a beaucoup perdu, tant sur le plan intellectuel que physique, son état est à nouveau stabilisé et nous espaçons le suivi hospitalier à une fois par mois.

Il est par contre repris en charge à l'ADJ, cette fois deux jours par semaine pour soulager d'avantage son épouse .

Le suivi conjoint se poursuivra pendant plus d'un an en dépit de la baisse continue mais lente des capacités du patient. Il ne s'interrompra que quelques mois avant le décès de M. W., lorsque, devenu tout à fait grabataire, il ne relèvera plus d'une structure ambulatoire.

Un suivi commun : pour quels patients ?

Trois ans de recul nous ont permis de cerner mieux les patients qui bénéficient vraiment du suivi conjoint que je viens de vous décrire.

Leur profil découle directement de la connaissance des points forts des deux structures.

Le fait de disposer d'une équipe multidisciplinaire, et notamment de l'intervention d'un psychiatre et d'appartenir à un centre hospitalier important nous permet de prendre en charge à peu près tous les ennuis médicaux de nos patients, à partir du moment où ni la chirurgie, ni une hospitalisation complète ne sont nécessaires.

Le fait d'avoir un délai d'admission court et une fréquence de prise en charge très modulable nous permet de gérer les cirses, quelles soient médicales ou liées à l'environnement. Vous savez tous à quel point une maladie du conjoint peut mettre en péril le maintien à domicile d'un patient dément.

Tout en mettant l'accent sur ces priorités clairement sanitaires nous veillons néanmoins à ce que nos patients soient pris en charge dans une ambiance conviviale et sécurisante.

En ce qui concerne l'ADJ, son mode de fonctionnement est plus favorable à la prise de repères pour les patients désorientés: les locaux sont moins vastes, le groupe est limité à 12 patients et 4 ou 5 membres du personnels. D'une semaine à l'autre les patients retrouvent les mêmes horaires et les mêmes personnes.

Par ailleurs les groupes sont composés de patients qui sont en gros au même stade de la maladie, ce qui facilite les activités communes.

Enfin de nombreux patients apprécient de se retrouver dans une ambiance démedicalisée, où l'absence de blouses blanches et les activités centrés sur le bien être les aident à se sentir comme tout le monde.

Toutes ces constatations nous ont amené à élaborer un certain nombre de critères qui nous conduisent à proposer ou non le transfert en ADJ à nos patients désorientés.

Tout d'abord des critères médicaux: le patient doit présenter un état clinique stable, tant sur le plan somatique que psychique. Il ne doit plus nécessiter de bilan diagnostique, d'adaptations thérapeutiques rapprochées ou de soins médicaux lourds qui justifieraient son maintien en hôpital de jour. De même, vue l'absence de rééducateurs en ADJ, il ne doit plus nécessiter de soins de rééducation.

Ensuite viennent des critères d'autonomie. L'ADJ n'a pas été conçu pour accueillir des personnes présentant une dépendance physique lourde. Ils ne peuvent pas prendre en charge de patients alités ou effectuant très difficilement leurs transferts.

De même les troubles sphinctériens doivent être facilement gérables, que ce soit par une rééducation comportementale ou par l'utilisation de protections. L'ADJ prend par exemple en charge une patiente porteuse d'une colostomie qui accepte facilement les changements de poches, mais ne pourrait pas gérer un patient présentant des urinations.

Ce qui nous amène à parler des critères comportementaux:

Les patients admis ne doivent pas présenter de troubles majeurs du comportement et notamment pas d'agressivité physique. De plus la majeure partie de la journée étant consacrée à des activités de groupe, celles-ci doivent être bien acceptées par la personne âgée.

Enfin il est bien évident que nous ne proposons l'accueil de jour que si nous en attendons un bénéfice, soit en terme de stimulation et de socialisation de la personne, soit en terme de soulagement pour ses aidants.

En conclusion

En conclusion je dirais que la coopération entre hôpital de jour et accueil de jour marche bien parce que...

D'abord nous nous connaissons bien et nous nous apprécions. Je pense que cela se sent et que cela pousse nos patients à accepter facilement le suivi conjoint.

Ensuite nous sommes convaincus que nos apports sont complémentaires, nous avons donc à cœur de rester chacun dans notre domaine de compétence et de respecter le travail accompli dans l'autre structure.

Et puis nous avons fait le choix d'investir du temps dans la communication, entre nous, en destination des patients, des familles et des médecins traitants. Comme souvent pour le travail en réseau c'est chronophage mais efficace.

Notre conviction est donc que

La prise en charge de patients déments en accueil de jour non médicalisé s'avère efficace

Pour le bien être du patient

Pour le soulagement de la famille

Pour des patients stables

A condition

Que le personnel soit formé

Qu'elle s'accompagne d'un suivi médical régulier et d'une bonne coordination médico-sociale

L'articulation

Hôpital de Jour

Accueil de jour

Dr. N. Schmitt, Dr. J. Hild, CH Colmar

Le cadre réglementaire

- Circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées.
 - L'accueil de jour est clairement différencié de l'Hôpital de jour. Il est défini comme une structure d'accompagnement et de répit.
 - Définition d'un cahier des charges

Le cadre réglementaire

Le cadre réglementaire régional et départemental

- Guides de bonnes pratiques formalisés en 2001
- Degré de médicalisation plus important dans le Bas Rhin que dans le Haut Rhin

Le cadre réglementaire

- Plan Démence de 2001
 - Prévoyait le développement des Accueil de jour: 7000 places en 4 ans
 - Projet de financement par l'assurance maladie à raison de 150 francs par jour et par personne pour les accueils respectant un cahier des charges.

Le cadre réglementaire local

- Les conventions
Signature de conventions entre les accueils de jour et les hôpitaux de jour situés à proximité.

Présentation

des deux structures

L'hôpital de jour: un lieu de soin

- Diagnostic, Évaluation
- Traitement
- Rééducation
- Suivi médical
- Prise en charge globale



L'hôpital de jour

- Hôpital de jour gériatrique polyvalent
- Fait partie des Hôpitaux Civils de Colmar
- Accueille environ 26 personnes par jour.



L'articulation

- L'isolement social
- La nécessité de stimulation
- L'aide aux aidants
- L'impératif de libérer des places



L'hôpital de jour

- Équipe pluridisciplinaire
- Plateau technique hospitalier accessible facilement
- Locaux adaptés



L'Accueil de Jour

- Émanation de L'Association Haut-Rhinoise d'aide aux personnes âgées (APA 68)
- Ouvert en 2002
- Accueille des personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle et des personnes âgées isolées

L'Accueil de jour

- Équipe réduite, non médicalisée
- Locaux axés sur la convivialité: grande salle commune, cuisine, jardin
- Repas pris en commun avec le personnel d'encadrement, au restaurant.



Accueil de jour

- Financement assurance maladie si démence
22.40 €/j /personne
- Reste à la charge de la personne âgée:
42 €
- Participation Allocation personnalisée d'autonomie

Hôpital de jour

- Prix de journée: financé par l'assurance maladie ± tiers payant (ALD dans les démences)

Environ 300 euros

L'Accueil de Jour : objectifs



- Pour la personne âgée
 - Socialisation
 - Stimulation
- Pour la famille
 - Soulagement
 - Information et écoute

La collaboration

ADJ - HDJ

Mode de

Financement

Histoire d'une collaboration

- Participation du Dr Hild au projet de création de l'Accueil de Jour
- Participation des gériatres colmariens aux équipes d'évaluation médico-sociales en charge de l'attribution de l'APA.

La collaboration actuellement

- Les ADJ sont un mode de « sortie » de les HDJ
- Les HDJ sont un lieu d'expertise et de formation pour les ADJ
- Formalisé par une convention
- Le suivi conjoint

Monsieur . W. 78 ans

- Admis à l'Hôpital de jour en 2002 pour un bilan de troubles mnésiques et comportementaux.
- Diagnostic de Maladie d'Alzheimer avec participation vasculaire probable
- Suivi à l'HdJ le temps du bilan, de l'instauration du traitement médicamenteux et d'un essai de rééducation individuelle

La collaboration en quelques chiffres

- Les suivis communs concernent
 - 20 personnes actuellement
 - 50 % des personnes suivies à l'ADJ
 - 8% des personnes suivies à l'HDJ
 - En moyenne 1 à 2 nouvelles personnes par mois

Monsieur W.

- Échec de la stimulation cognitive mais bonne participation au groupe et demande de soulagement familial
- Proposition d'accueil de jour
- Aide aux démarches
- Transmission d'informations

La collaboration en pratique

L'exemple de Monsieur. W.

Feuille de liaison

FEUILLE DE LIAISON
HÔPITAL DE JOUR - ACCUEIL DE JOUR

PROFIL DU PATIENT

ANAMNÈSE

EXAMEN PHYSIQUE

PROPOSITIONS DE SOINS

Feuille de liaison

Monsieur W. : ça se gâte...

- Coma hypoglycémique, grabatisation, escarre
- Retour en HDJ 1x/sem pour équilibration du traitement, pansements, rééducation
- Stabilisation à un degré de dépendance plus important



Certificat médical

Monsieur W. : ça se gâte...

- Retour en AdJ 2x/sem
- Baisse progressive d'autonomie
- Décès.

Monsieur W. : suivi conjoint

- Accueil de jour
 - Suivi rapproché 1 x / semaine
- Hôpital de jour
 - Rôle d'expertise gériatrique 1 x / 6 semaines
- Suivi commun
 - Appels téléphoniques fréquents
 - Réunion de synthèse tous les trois mois
 - En collaboration avec le médecin traitant

Un suivi commun:

pour quels patients?

Les points forts de l'HDJ

- Prise en charge médicale
- Délai d'admission (ou réadmission) court donc possibilité de gestion des crises
- Multidisciplinarité et compétence des personnels
- Convivialité malgré tout

Les critères de transfert en ADJ

- Critères comportementaux
 - Absence de troubles majeurs du comportement
 - Bonne acceptation du groupe.
- Critère " social "
 - Intérêt pour le patient du maintien d'une vie sociale
 - Et /ou utilité d'un répit hebdomadaire pour les aidants familiaux.

Les points forts de l'ADJ

- Des repères plus faciles à acquérir:
- Des groupes homogènes
- L'absence de blouse blanche
- Des activités centrées sur la valorisation et le bien être



Conclusion

Les critères de transfert en ADJ

- Critères médicaux
 - **État clinique stable** (somatique et psychique)
- Critères d'autonomie
 - Transferts
 - Bonne gestion de l'incontinence

Ça marche ... parce que

- Bonne connaissance
- Respect mutuel
- Temps consacré à l'échange d'information

Dans l'intérêt du patient et des siens

- 
- La prise en charge de patients déments en accueil de jour non médicalisé s'avère efficace
 - Pour le bien être du patient
 - Pour le soulagement de la famille
 - Pour des patients stables
 - A condition
 - Que le personnel soit formé
 - Qu'elle s'accompagne d'un suivi médical régulier et d'une bonne coordination médico-sociale

Politique départementale pour la création d'accueils de jour

M. Christian FISCHER

Direction de la Solidarité Conseil
Général du Haut-Rhin Colmar

Conseil Général



Haut-Rhin

**POLITIQUE
DÉPARTEMENTALE
POUR LA CRÉATION
D'ACCUEILS DE JOUR**

LE CONTEXTE :

- 700 000 habitants
- Population alsacienne moins âgée que la population française mais un accroissement annuel moyen des 60 ans et plus de + 2,1 % contre 1,7 % au niveau national
- Taux d'équipement (hors foyer logement)
 - ✓ France : 120 lits pour 1000 hab. de 75 ans et plus
 - ✓ Alsace : 159 lits pour 1000 hab. de 75 ans et plus
 - ✓ Haut-Rhin : 166 lits pour 1000 hab. de 75 ans et plus

LE CONTEXTE (suite) :

➤ Taux d'équipement en accueil de jour

- ✓ France : 0,07 lits pour 1000 hab. 75 ans et +
- ✓ Alsace : 0,94 lits pour 1000 hab. 75 ans et +
- ✓ Haut-Rhin : 1,44 lits pour 1000 hab. 75 ans et +

➤ 9 accueils de jour

- ✓ 5 autonomes
- ✓ 4 adossés à un établissement pour personnes âgées

Soit un total de 76 places

Autorisation

➔ Pourquoi développer ce mode d'accueil ?

➔ Selon quelles modalités ?

➔ Sur quels territoires ?

➔ Avec quels porteurs de projet ?

Détermination des tarifs

- Un flou juridique
- Une hétérogénéité des tarifs de 17 € à 44,20 €...

Les aides financières

- L'impact de l'allocation personnalisée d'autonomie
- La question du transport
- Les personnes âgées autonomes

Place des hôpitaux de jour
dans la filière gériatrique

Pr Olivier SAINT JEAN
Hôpital Pitié-Salpêtrière Paris

Quelle place pour les hôpitaux de jour dans la filière gérontologique ?

Pr O SAINT JEAN, service de gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

La filière gérontologique se définit comme un ensemble de dispositifs de prise en charge des malades âgés. Ceux-ci relèvent de l'hôpital comme du soin communautaire, du social comme du médical. Leur articulation harmonieuse est l'une des conditions de la qualité du résultat pour le malade, celui-ci reflétant autant la qualité du meilleur comme du plus faible maillon de l'ensemble. La question de la place d'un dispositif au sein de l'ensemble peut s'aborder selon deux axes, fort différents.

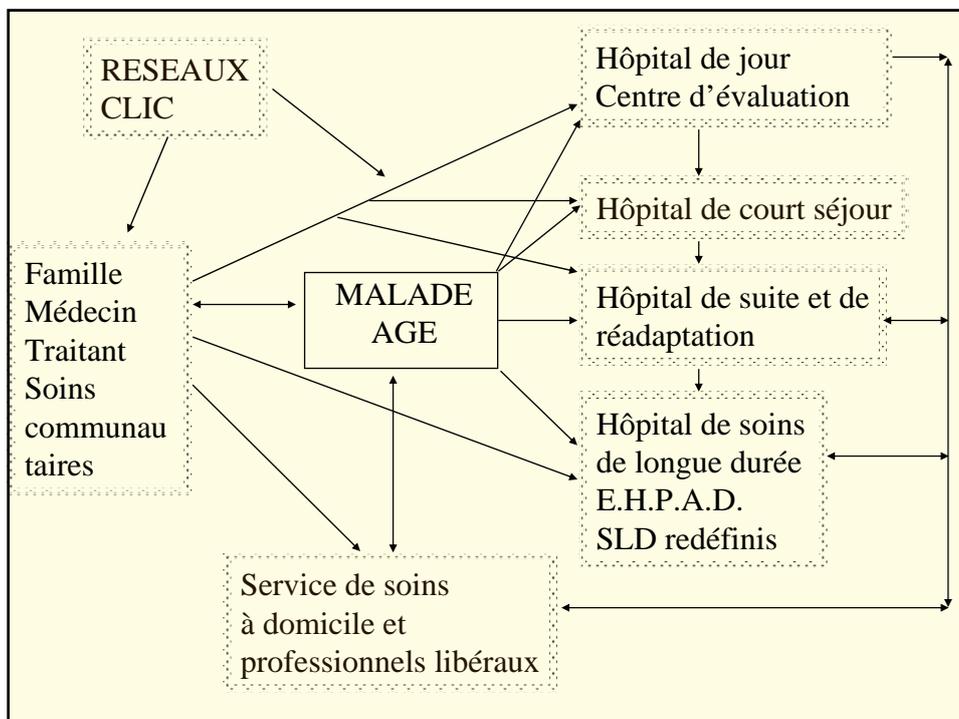
Le premier réside dans l'observation de l'usage du dispositif par les professionnels et les usagers. Il offre une image contrastée de la place des hôpitaux de jour. Cette hétérogénéité rend compte des variations de vision des professionnels, d'organisations locales, de disponibilité de moyens, d'histoire de la structure. Cette lecture montre la grande richesse des modèles d'hôpitaux de jour gériatrique et leur capacité d'innovation. En revanche celle-ci aide moins à la prise de décisions stratégiques pour satisfaire les besoins d'une population identifiée.

La seconde approche réside dans la recherche de critères d'usage approprié des dispositifs, permettant de définir la place de chacun dans la filière. Ce type de réflexion, très peu développée, permet de proche en proche d'aider à la décision d'adressage d'un patient donné présentant un problème gérontologique. Cette démarche permet au mieux de cerner les besoins en terme de structure dans une région. Elle favorise également la conceptualisation d'outils d'allocations de ressources plus pertinents.

Notre intervention tentera par ces deux approches de répondre à la question posée dans le titre, sans pouvoir lever totalement l'interrogation.

PLACE DES HOPITAUX DE JOUR DANS LA FILIERE GERONTOLOGIQUE

Pr Olivier SAINT JEAN
HEGP Université Paris 5



LA REALITE FRANCAISE DES FILIERES GERONTOLOGIQUES

- Prise en charge et financement
 - Parcellisés
 - Concurrents
- Insuffisance de certains dispositifs
 - Quantitative
 - Qualitative
- Redondance de fonction
- Absence de consensus professionnel fort sur le bon usage des dispositifs

DEUX AXES DE REFLEXION

- Usage que les professionnels font des HDJ au quotidien pour prendre en charge les malades âgés
 - Fruit d'un passé, des moyens mis en œuvre et des paradigmes professionnels
- Réflexion sur un usage approprié en fonction de critères pré-établis selon un modèle « idéal »

QUELLE ACTIVITE DES HDJ GERIATRIQUES A L'AP-HP

- Selon le nombre de venues
- Selon le PMSI
- 18 structures
- Places : 197
- Venues : 50940
- Patients : 5782

UNE ALTERNATIVE AUX TROIS TYPES D'HOSPITALISATION COMPLETE

UF	Patients	Séances	Venues par patient	% patients ≤ 3 fois	% nouveaux patients	ACTIVITE
1	507	565	1,1	100,0%	92,7%	Bilan - Diagnostic
2	206	218	1,1	100,0%	97,1%	
3	312	490	1,6	97,4%	83,0%	
4	1026	1 888	1,8	97,0%	76,6%	
5	720	1 110	1,5	96,4%	65,7%	
6	386	687	1,8	95,9%	60,6%	
7	319	494	1,5	95,0%	81,8%	
8	297	1 616	5,4	90,6%	84,8%	
9	487	6 094	12,5	64,7%	70,0%	Activité mixte (bilan + suivi)
10	299	5 875	19,6	59,2%	75,6%	
11	358	9 198	25,7	52,5%	65,4%	
12	109	2 639	24,2	38,5%	74,3%	
13	334	7 756	23,2	37,2%	60,5%	
14	75	1 525	20,3	34,7%	58,7%	
15	109	2 725	25,0	23,9%	36,7%	
16	83	1 987	23,9	22,9%	48,2%	Suivi au long cours
17	50	1 775	35,5	10,0%	48,0%	
18	105	4 298	40,9	6,7%	52,4%	

MAL REPEREE PAR LE CODAGE

UF	Nombre de Patients	Profil d'activité selon le codage PMSI						
		Bilan-Diagnostic		Rééducation			Suivi au long cours	
		Nb	%	Nb		%	Nb	%
1	507	501	98,8%	6		1,2%		
2	206	193	93,7%	13		6,3%		
3	312			312		100,0%		
4	1026	1 004	97,9%	22		2,1%		
5	720	55	7,6%	665		92,4%		
6	386	385	99,7%	1		0,3%		
7	319	273	85,6%	46		14,4%		
8	297	288	97,0%	9		3,0%		
9	487	5	1,0%	461		94,7%	21	4,3%
10	299	197	65,9%	102		34,1%		
11	358	216	60,3%	68		19,0%	74	20,7%
12	109	10	9,2%	99		90,8%		
13	334	168	50,3%	156		46,7%	10	3,0%
14	75	56	74,7%	19		25,3%		
15	109	85	78,0%	24		22,0%		
16	83	30	36,1%	53		63,9%		
17	50	6	12,0%	44		88,0%		
18	105	81	77,1%	24		22,9%		

REGLES DE CODAGE DE L'ACTIVITE AP-HP

- Activité diagnostique
 - DP : pathologie
- Activité thérapeutique
 - Z : chimiothérapie ou séance de transfusion
 - Pathologie en DAR
- Activité de rééducation
 - Z : de rééducation (Z50.1)
 - Pathologie en DAR
- Activité de maintien au long cours
 - Z de rééducation des AVQ (Z50.8)
 - Pathologie en DAR
 - Z74.3 (besoin de surveillance permanente) en DA

EN L'ETAT A L'AH-HP

- Quels besoins de développement des HDJ gériatriques (taux d'occupation non optimaux) ?
- Quelle typologie et dans quels sites ?
- Quelle place dans le dispositif ?
- Des pratiques très hétérogènes (dans l'Alzheimer notamment)

PEUT-ON PROPOSER DES
CRITERES D'USAGE
APPROPRIE DES HDJ ?

DIVERSITE DE L'HOPITAL

- Différenciation des structures selon la durée de séjour
- En fait finalités distinctes entre :
 - Court séjour : usage d'un outil hospitalier pour le diagnostic et le « traitement »
 - Moyen séjour : usage d'un outil hospitalier pour la réadaptation et la réinsertion
 - Ex « long séjour » : usage d'un outil hospitalier à finalité médico-sociale au long cours

IDENTITE DE L'HOPITAL

- Ce qui n'existe nulle part en ville ?
 - Plateau technique
 - Concertation multidisciplinaire
 - Surveillance plus ou moins continue
- Ce qui est le plus commode pour le malade âgé ?
 - Prise en charge multiple en un lieu unique
 - Compétence non disponible ailleurs
- Dualité de l'hôpital : soins hospitaliers ambulatoires ou avec hospitalisation complète

QUEL USAGE DE L'HOPITAL *STRUCTURE SPECIFIQUE ?*

- A la recherche d'outils définissant le bon usage de l'hôpital
- Essentiel
 - Pour des raisons « laïques et républicaines »
 - En situation de ressources rares
 - Pour réduire la iatrogénie des hospitalisations
 - Pour des raisons économiques

APPROPRIATNESS EVALUATION PROTOCOLS

- Critères proposés au début des années 80 aux USA permettant de dire si, pour une journée donnée, l'usage de l'hôpital est approprié ou non
- Trois séries de critères pour AEP « court séjour »
 - Critères liés aux patients
 - Critères liés à la prise en charge soignante
 - Critère d'utilisation du plateau technique

SOINS MEDICAUX

- Procédure en salle d'examen ce jour
- Procédure programmée en salle d'examen pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation pré-opératoire extraordinaire
- Cathétérisme cardiaque ce jour
- Angiographie ce jour
- Biopsie d'un organe interne ce jour
- Procédure invasive du SNC ce jour
- Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict
- Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous supervision médicale directe
- Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour
- Journée post-opératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères précédents)

ETAT DU PATIENT

- Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24heures
- Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48heures
- Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë ECG dans les dernières 48 heures
- Fièvre supérieure à 38°C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
- Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures
- Etat confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique
- Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48heures
- Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

SOINS INFIRMIERS ET DE REANIMATION

- Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)
- Thérapie parenthérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittent quelle que soit la supplémentation
- Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures
- Equilibre hydro-électrolytique
- Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage
- Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

AEP HDJ DE TYPE COURT SEJOUR EN GERIATRIE

- Sans doute pour des procédures de chirurgie de jour ou accompagnées d'anesthésie brève et pour des procédures demandant une surveillance médicale et/ou infirmière attentive (transfusions, chimiothérapie type Mabthéra)
- Sûrement par commodité pour les malades âgés des actes ambulatoires faits d'exams multiples et d'évaluation par des professionnels divers mais en reconnaissant que une prise en charge identique peut être faite ailleurs
- Deux activités bien différentes, qui devraient logiquement être tarifées différemment en TAA

USAGE APPROPRIE DU SSR

- Il n'existe pas d'outil de type AEP en SSR
- Aux USA arrêt des remboursements HMO si à trois semaines pas d'amélioration au score MIF
- En France identification dans le PMSI des procédures de rééducation selon la durée mais aussi la diversité des professionnels requis (PRR et PRRC)

AEP HDJ SSR

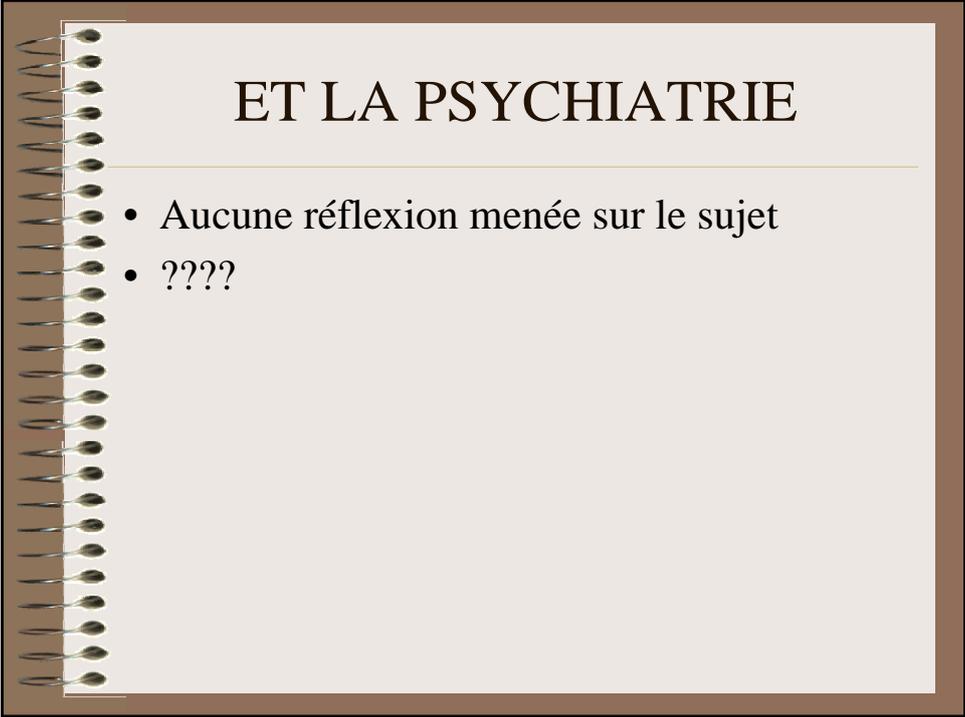
- Au moins deux prises en charge de rééducation par deux professionnels différents
- Avec mesures itératives de l'incapacité prise en charge
- Et donc une limitation de la prise en charge dans le temps

USAGE APPROPRIE DU SLD

- Réforme de 1999 faisant disparaître les SLD
- Chantier d'une redéfinition des soins de longue durée redéfinis 2000-2002, enterré en 2002 et qui a l'air de reprendre
- Critères liés à l'état de santé rendant les patients éligibles à ce type de prise en charge, avec ou sans hébergement

AEP HDJ DE SOINS PROLONGES

- **Maladies de Parkinson et affections apparentées** si :
 - *Effet on-off*
 - *Dyskinésies sévères*
 - *Douleurs rebelles aux traitements per os ou transcutanés*
- **Démences dégénératives** avec :
 - *troubles de la déglutition entraînant des fausses routes répétées*
 - *comorbidités sévères (une des affections citées comme autres critère)*
- **Les malades présentant une insuffisance cardiaque ou un angor chronique sévères, réfractaires aux thérapeutiques habituelles utilisables en ambulatoire (domicile ou substitut de domicile) et ne pouvant bénéficier d'une alternative chirurgicale (par exemple : présentant des poussées récurrentes nécessitant un traitement par voie IV permanent ou itératif rapproché)**

A graphic of a spiral-bound notebook with a brown cover and a light beige page. The spiral binding is on the left side. The page contains the title 'ET LA PSYCHIATRIE' and a bulleted list.

ET LA PSYCHIATRIE

- Aucune réflexion menée sur le sujet
- ????

Place des hôpitaux de jour
dans la filière de soin Alzheimer

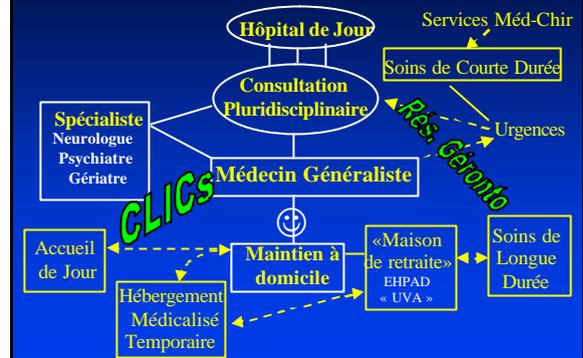
Pr Florence PASQUIER

CHU Lille

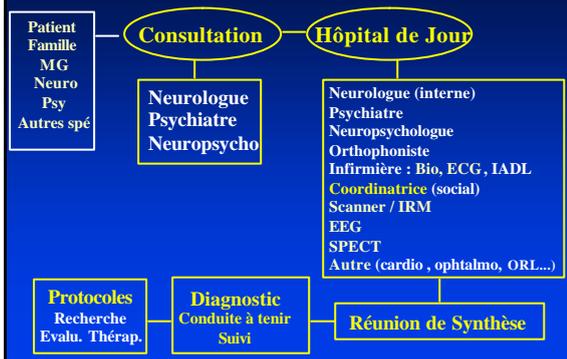
Place des Hôpitaux de Jour dans une filière de soins Alzheimer

Florence Pasquier
CMRR, EA 2691
CHRU Lille

Filière de Soins Alzheimer



Centre de la Mémoire de Lille



Objectifs de l'Hôpital de jour

- **Diagnostic**
 - Traitement
 - Information, éducation, soutien
- **Suivi**
- « Bilan somatique » (situations de crises)
- **Protocoles (CMRR)**

Le Dossier Standardisé (TCND)

- Données démographiques, sociales, informant
- Poids, taille, TA,
- ATCD perso et familiaux
- Histoire de la maladie (Q fermées), trajectoire
- Traitements (actuels et antérieurs)
- Examen neurologique et général
- MMS et évaluation neuropsychologique (interne, étudiant)
- Comportement
- CDR

Le Dossier Standardisé (TCND)

- Rempli par un junior supervisé
- Fonction pédagogique
- Élément comparatif pour le suivi
- Synthèse (informatisée)
- Base des études observationnelles

**« Bilans somatiques »
- Situations de crises -**

- Examen clinique
- Prélèvement de bouche, bandelette urinaire
- Biologie, ECG
- Radio de Thorax, ASP
- + si orientation (scanner...)
 - Point(s) d'appel?
 - Analyse de la situation et recherche d'une solution

« Bilan somatique »

- Solutions:
 - Fonction de la pathologie, de l'aidant, du médecin traitant
 - Retour à domicile (± aides)
 - SSR : réseau 
 - Hospitalisation (USAM)

Moyens du CMRR de Lille

- Nouveaux patients /an: 6 à 700 + Bailleur 3 à 400 ≈ 1000
- File active: 2.000 patients /an + Bailleur 600 ≈ 2.600

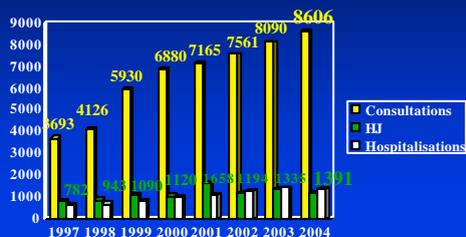
- Neurologue	2,30 ETP	}	2,6 ETP
- Gériatre	0,10		
- Psychiatre	0,20	}	3,0 ETP
- Neuropsychologue:	2,0 ETP		
- Psychologue clinicien:	0,5	}	2,5 ETP
- Orthophoniste	0,5 ETP		
- IDE coordonatrice	1 ETP	}	1 ETP
- Autres IDE	1,5		
- Secrétaire	1		

Réseau Régional des Centres de la Mémoire

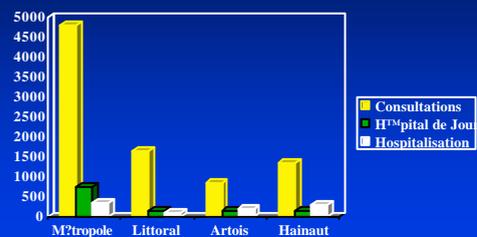


Activité du Réseau Régional 1997-2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Nvx patients	1613	2030	2477	2862	3104	3540	3495	4542	19121



Activité 2004 par Bassin de Vie



L 'infirmière coordonnatrice dans un centre Alzheimer

Le centre mémoire

- **2 missions**
 - Soins
 - Enseignement / Formation
- **Centre Mémoire de Ressource et de Recherche**
 - En + :
 - Coordination
 - Recherche

Infirmièr(e) Coordonnateur(rice)

- **A Lille:**
 - En fonction depuis 1995
 - IDE ayant l 'expérience
 - Des personnes âgées, des personnes démentes
 - Des relations entre personnel médical, non médical et familles
 - Recrutée par la bourse de l 'emploi du CHRU
 - Formation dans le domaine des démences
 - Spécificité au CMRR: parle et écrit l 'anglais

Soins

- **Gère consultations et séjours en HJ**
 - Par informatique
- **Accueille les patients et les familles**
- **Fonction infirmière** (décret du 15 mars 1993)
 - Prises de sang, mesure des constantes biologiques, ECG et autres actes techniques (ECBU, lavements évacuateurs...)

Soins

- **Participe à l 'évaluation**
 - Entretiens structurés, échelles d 'autonomie
 - Bilan social
- **Renseigne et conseille les familles**
 - Sur l 'organisation à domicile,
 - Le type de prestations existantes
 - Les mesures de sauvegarde...
 - En lien avec l 'assistance sociale
- **Contribue au soutien et à l 'éducation des familles**, entretien personnalisé avec les familles

Soins

- **Répond aux urgences médicales et médico-sociales**
 - Par téléphone
 - Coordonne les bilans somatiques
 - devant une aggravation comportementale, cognitive
 - un syndrome confusionnel
 - Trouve une solution médicale ou médico-sociale
 - En lien avec le médecin
- **Réunion de synthèse...Codage de l 'activité**
 - DIM, DIT

Formation-Enseignement

- **Participe**
 - Aux enseignements pour les personnels soignants (aides-soignants, infirmiers)
 - Aux réunions de familles
- **Reçoit et encadre**
 - Les stagiaires
 - Les visiteurs
- **Assure la logistique des réunions et des visites...**

Recherche

- **Coordonne et facilite les protocoles de recherche et les essais thérapeutiques**
 - Lien privilégié avec les sociétés de monitoring des laboratoires pharmaceutiques pour la mise en place des études et leur bon déroulement.
 - Assure certaines évaluations (CIBIC)
- **Se déplace au domicile des patients ou des familles**
 - Pour certaines enquêtes ou prélèvements dans le cadre de protocoles

Recherche

- **Facile la réalisation de projets de recherche clinique**
 - Mémoire de médecins, psychologues, orthophonistes, IDE...
 - En lien avec la secrétaire pour les recherches informatiques
- **Facilite les procédures administratives pour les confirmations diagnostiques (prélèvements cérébraux)**

Recherche

- **Membre du bureau de l'association de recherche**
 - ADERMA: Association d'étude et de recherche sur la maladie d'Alzheimer et affections apparentées

Coordination

- **Assure les liens entre Lille et Bailleul**
 - Temps partagé
 - Continuité du suivi des patients entre Lille et Bailleul,
 - Demandes d'hébergement temporaire, SS ou SLD
 - Transfert de documents, de prélèvements dans le cadre de protocoles de recherche
- **A Bailleul spécifiquement:**
 - Participe à l'encadrement des emplois jeunes
 - Contribue aux liens avec les équipes paramédicales des maisons de retraite

Coordination

- **Assure la logistique du réseau régional des consultations mémoire**
 - En lien avec l'ARC dédiée au réseau
 - Participe à la mise en place d'un réseau relationnel
- **Participe au rapprochement franco-anglais des associations de familles (notamment DFT et malades jeunes)**
 - En lien avec le Dr Florence Lebert

Coordination

- **Organise**
 - Les déplacements (missions, formation continue) des membres de l'équipe
 - Les visites du centre, les réunions...
- **Représente le centre mémoire dans certaines instances**
 - Notamment dans les réunions axées sur les aspects médico-sociaux

Conclusions

- **Fonctions très diversifiées**
- **Emploi destiné à être développé**
 - Lien entre médical et médico-social dans les centres mémoire
 - Articulation avec les CLICs, les réseaux gérontologiques, les coordinations et tout l'existant
 - Recours aussi pour le secteur libéral
 - + fonction spécifique, proche d'un **ARC** dans les centres de ressource et de recherche



Motivation et satisfaction
des soignants

Dr Jérôme PELLERIN
M. Bernard MAURIN

Ateliers

APHJPA Nîmes jeudi 16 juin 2005

Liste des communications orales atelier n°1
Motivation et satisfaction des soignants

Dr. Jérôme PELLERIN, M. Bernard MAURIN

1 ⇨ *Présentation d'un nouvel outil de réflexion sur la pratique d'un Hôpital de jour gériatrique. Le questionnaire de satisfaction du personnel soignant (QSPS).*

Hôpital René Muret-Bigotini. Hôpital de jour Paul Berthaux, 93600 Aulnay sous Bois
Demesmaeker P., Lallouette M., Ramamonjisoa M., Deniziot P.

2 ⇨ *Etude de cas*

Hôpital de jour psycho-gériatrique « Fougerolle », ST Etienne
Skorny M., Sobocinski N., Albin A.

3 ⇨ *Hôpital de jour de Nîmes : 13 ans après...Vécu des soignants*

Hôpital de jour, CHU Centre R. Ruffi, 30029 Nîmes
L'ensemble de l'Equipe soignante.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NÎMES
16 – 17 JUIN 2005
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE

*Présentation d'un nouvel outil de réflexion sur la pratique d'un Hôpital de Jour Gériatrique
Le questionnaire de satisfaction du Personnel Soignant (QSPS)*

AUTEURS et adresses

Melle Pauline Demesmaeker (Psychomotricienne)
Mme Marie Lallouette (Psychologue)
Dr. Mirana Ramamonjisoa (Géiatre)
Mr. Pierre Deniziot (Neuropsychologue)

Hôpital René Muret- Bigotini. Hôpital de Jour PAUL BERTHAUX.
14, Boulevard de Gourgues. 93 600 Aulnay-Sous-Bois

RESUME

Nous souhaitons présenter l'élaboration d'un outil permettant d'évaluer la satisfaction du personnel soignant d'un hôpital de Jour Gériatrique. A partir d'un questionnaire, nous envisageons de décliner un score global de satisfaction en différentes catégories concernant par exemple l'environnement et le matériel, le travail en équipe, le patient et sa famille et la satisfaction de chacun sur ses modalités d'intervention et son rôle.

Par ces différents paramètres recueillis auprès de notre équipe, nous souhaitons mettre en évidence de quelle façon un tel outil peut guider la réflexion d'une équipe sur ses pratiques et cibler plus précisément les domaines où des améliorations peuvent être apportées à partir de la satisfaction des soignants.

Par ailleurs, cet outil pourrait permettre des comparaisons ciblées entre différents Hôpitaux de Jour Gériatrique. De ce type de comparaison pourraient émerger des solutions permettant l'amélioration de leur organisation globale et de leurs prises en charges.

TITRE

ETUDE DE CAS

AUTEURS et adresses

AUTEURS :

M. SKORNY, Infirmière

N. SOBOCINSKI, infirmière

A. ALBIN, aide soignante

Hôpital de jour de psycho-gériatrie « Fougerolle »

CHU, 44 rue pointe Cadet, 42055 ST ETIENNE CEDEX tel : 04 77 12 70 45

RESUME

L'hôpital de jour de psycho-gériatrie du CHU de St-Etienne reçoit des patients atteints de pathologies de la mémoire et de syndromes dépressifs à différents stades.

A partir du cas individuel d'un patient, nous nous proposons de présenter l'évolution de ce patient tout au long de son suivi à l'hôpital de jour à travers les différentes étapes dans sa prise en charge, depuis son état à l'arrivée, son évolution, son investissement dans les groupes de soins et les aides qui lui ont été apportées.

Nous concluons par les exemples de son récit traduisant sa capacité d'ouverture que lui a permis sa prise en soins.

Feed-back sur la gratification de l'équipe soignante.

TITRE : HOPITAL DE JOUR DE NIMES : 13 ANS APRES... VECU DES SOIGNANTS

AUTEURS : Equipe de l'HdJ
CHU de Nîmes
Centre Raymond RUFFI

RESUME :

Depuis son ouverture au Centre de gérontologie de Serre Cavalier en 1992, l'hôpital de jour a considérablement évolué, tant par sa capacité d'accueil que par ses missions.

En 1997, l'HdJ actuel est transféré en centre ville près des Arènes, afin de faciliter une ouverture sur la ville.

Pour la création de ce service, l'encadrement a sollicité des soignants travaillant déjà dans le secteur des personnes âgées.

Avec un nombre croissant de patients, des pathologies variées, un suivi de formations spécifiques... les objectifs des soignants ont évolué au cours des années.

Aujourd'hui, c'est l'occasion pour nous, de faire à la fois un bilan et de réfléchir sur nos motivations, nos satisfactions professionnelles et personnelles.

C'est aussi un moyen d'analyser nos pratiques et peut-être revoir nos objectifs...

Fin de prise en charge
en hôpital de jour

M. Alain SAGNE
Dr Martine LAPIERRE

Ateliers

APHJPA Nîmes jeudi 16 juin 2005

Liste des communications orales atelier n°2
Fin de prise en charge en Hôpital de jour

M. Alain SAGNE, Dr Martine LAPIERRE

1 ⇨ Entrer à l'hôpital de jour, c'est déjà préparer sa sortie

Centre Acanthe, 13120 Gardanne

Pascal D., Hutin A.

2 ⇨ Arrêt de prise en charge

Hôpital Corentin Celton, 92130 Issy les Moulineaux

Bagher M., Guyot J-P., Morelière M-D., Augeard M-F., Bouquet C., Mathieu A-M.

3 ⇨ "Protocolisation et contractualisation": une réponse aux difficultés rencontrées lors de l'arrêt de la prise en charge

Hôpital Corentin Celton, 92130 Issy les Moulineaux

Foucher C., Sall H., Bocquet P.

4 ⇨ Histoire sans fin

CHU - Centre R. Ruffi, 30029 Nîmes

Lapierre M., Finiels H, Agot R., Burlan D., Péan G.

5 ⇨ Pourquoi, quand et comment arrêter une prise en charge en hôpital de jour?

Hôpital René-Muret-Bigottini, 93600 Aulnay sous Bois

Demessaeker P., Deniziot P., Lallouette M., Ramamonjisoa M.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NIMES
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE **ENTRER A L'HÔPITAL DE JOUR, C'EST DEJA PREPARER SA SORTIE**

AUTEURS et adresses

Dr D. PASCAL . Hôpital de jour Personnes âgées, Centre Acanthe, 26, rue de François, 13120 GARDANNE

A. HUTIN, psychologue, même adresse que ci-dessus

Equipe infirmière, même adresse que ci-dessus

RESUME

Dr PASCAL : Nous allons parler de notre pratique en hôpital de jour psychiatrique pour personnes âgées. Les hôpitaux de jour psychiatriques font partie des dispositifs de soin et de réinsertion. Les indications et les objectifs de soin y sont identiques. La fin de la prise en charge fait partie du début. C'est pour cela qu'il est indispensable de définir dès l'admission, le cadre de soin. Au cours du premier entretien se définit notre axe de travail qui est clairement et simplement énoncé. Le projet de soin est impérativement tourné vers le futur, vers l'après hôpital de jour. On vient à l'hôpital de jour pour se soigner, mais se soigner n'est pas un but en soi. L'objectif des soins n'est pas de se sentir bien à l'hôpital de jour, ce n'est qu'un lieu de transition.

Au travers de quelques exemples cliniques présentés par l'équipe infirmière, deux questions : qui décide de la fin de la prise en charge ? Quand sort-on de l'hôpital de jour ?

A.HUTIN : La demande du consultant inaugure une situation dont on ne sait pas encore comment elle va évoluer. Lorsqu'une prise en charge devient interminable ou s'interrompt brusquement, il est souvent possible d'entrevoir les raisons qui ont bloqué la situation en reprenant la question au départ, lors de la mise en place de cette prise en charge.

Comment et à travers quels échanges de paroles avons-nous décidé ou accepté la prise en charge ? Quelle avait été la demande initiale ? Quel cheminement du dialogue avait conduit à la décision d'entreprendre une prise en charge ? Quelle place de la famille dans la demande ?

A l'aide de notations cliniques, nous traiterons de l'hypothèse de travail selon laquelle la fin de la prise en charge interroge les conditions de sa mise en place.

ARRET DE PRISE EN CHARGE

Hôpital Corentin CELTON – Service de Gériatrie 2 – Hôpital de Jour – 4 Parvis Corentin CELTON – 92130
ISSY LES MOULINEAUX – TEL : 01.58.00.48.00 – FAX : 01.58.00.41.52

Docteur Marianne BAGHER
Monsieur Jean Paul GUYOT – Infirmier
Madame Marie Dominique MORELIERE – Cadre infirmier
Madame Marie France AUGÉARD – Psychologue clinicienne
Monsieur Christian BOUQUET – Assistant social
Docteur Anne-Marie MATHIEU – Chef de Service

En 2004, nous avons intégré des locaux flambants neufs, ce qui, pour l'Hôpital de Jour jusque là existant (une seule grande pièce et un bureau) a constitué une amélioration indispensable et a provoqué un nouvel élan. Ce changement a été accompagné d'une reconstitution de l'équipe paramédicale et d'un projet médical révisé et solide mais toujours orienté vers la prise en charge des personnes âgées atteintes de démences de type Alzheimer.

MAIS ce nouveau profil et cette réorganisation ont nécessité la révision des projets thérapeutiques de tous les patients de notre file active. Nous nous sommes alors trouvés confrontés à trois grands problèmes essentiels délicats à prendre en charge :

- La durée de prise en charge n'ayant pas toujours été précisée initialement, ou parfois mal comprise, les patients, et surtout leurs aidants pensaient que celle-ci était illimitée,
- Le projet social n'avait pas été clairement défini, ainsi l'Hôpital de Jour représentait-il un soutien et un devenir définitif,
- L'ignorance des familles, le plus souvent entretenue par le médecin traitant, des objectifs de la prise en charge en Hôpital de Jour bien différent de celui de l'accueil de jour.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire motivée, la réorientation des personnes âgées s'est voulue ferme mais entourée de beaucoup d'écoute, d'attention, d'information dans un véritable projet d'accompagnement pour une transition la moins douloureuse possible pour le patient et aussi sa famille. Nous le savons, les changements de repères pour la personne âgée peuvent avoir des conséquences majeures et aggraver ses troubles et nécessitent de la part des aidants de trouver auprès des nouvelles équipes la même confiance qui s'était établie auparavant avec nous.

Ce semestre de réorganisation nous a conforté dans notre projet et a éclairé notre démarche dans laquelle il nous est apparu impératif :

- 1- définir et expliquer clairement le rôle et les missions de notre service et ses différences avec un accueil de jour.
- 2- de mieux préciser de façon contractuelle la durée de la prise en charge à l'accueil à l'Hôpital de Jour,
- 3- de poursuivre de façon plus ferme, la mise en place avec l'assistant social et la famille des aides à domicile afin d'éviter une dépendance totale à l'Hôpital de Jour,

MAIS AUSSI

- 4- d'inclure dans le temps de la prise en charge le temps nécessaire à l'accompagnement vers le relais « accueil de jour » ou « institution »,
- 5- d'orienter la personne âgée et sa famille vers une structure adaptée et viable,
- 6- de proposer la continuité du suivi médical au travers de consultations régulières.

Au travers des témoignages du médecin, de l'infirmier, de l'assistant social et de la psychologue du service, nous vous proposons d'évoquer les aspects qualitatifs et quantitatifs mais aussi organisationnels et humains qui ont composé notre démarche

TITRE **« PROTOCOLISATION ET CONTRACTUALISATION » : UNE RÉPONSE AUX DIFFICULTÉS RENCONTRÉES LORS DE L'ARRÊT DE LA PRISE EN CHARGE**

AUTEURS et adresses

C. FOUCHER, H. SALL, P. BOCQUET
Service de Gériatrie clinique 1
Hôpital Corentin Celton (AP-HP)
4 parvis Corentin Celton - BP 66
92133 Issy-les-Moulineaux

L'Hôpital de Jour (HDJ) du service, d'une capacité de 13 places, prend en charge, pour un bilan ponctuel ou un suivi régulier, des patients atteints de différentes pathologies. Il y a environ 2 ans, à l'occasion de la restructuration des activités de l'HDJ, nous avons constaté qu'un certain nombre de prises en charge régulières, notamment de patients présentant une démence, tendaient à s'installer dans le temps. Cette situation créait à l'évidence un phénomène de dépendance chez les patients et leur entourage ainsi qu'un profond sentiment d'abandon à l'évocation de l'arrêt de la prise en charge ; sentiments d'autant plus douloureux que l'état de santé et la perte d'autonomie des patients s'étaient souvent aggravés. Parallèlement, une grande culpabilité était ressentie par l'équipe soignante. Afin de prévenir ces situations, nous avons mis en place une protocolisation et une contractualisation des prises en charge en HDJ reposant sur 4 types d'action :

- ✓ Instauration d'un Bilan initial d'Evaluation et de Réadaptation Gériatrique (BERG) afin d'établir un projet de prise en soins individualisé,
- ✓ Signature d'un contrat de prise en charge régulière incluant une période d'essai ainsi qu'une durée déterminée, éventuellement renouvelable,
- ✓ Mise en place de synthèses pluridisciplinaires régulières, suivies systématiquement d'entretiens avec les familles, permettant ainsi d'adapter les prises en soins et de préparer l'avenir,
- ✓ Utilisation d'un nouveau carnet de liaison, non seulement comme outil de communication, mais aussi comme support de la contractualisation.

Une étude de cas illustrera la mise en place de ces différentes dispositions qui permettent de rendre les prises en charge plus cohérentes et plus constructives, notamment à l'égard du projet de vie du patient. Cela passe essentiellement par un travail d'acceptation de la maladie et des aides ou relais afin de maintenir au mieux la qualité de vie du patient. Après 2 ans de recul, il apparaît clairement que les arrêts de prises en charge sont moins douloureux pour le patient, son entourage et l'équipe soignante. L'HDJ s'est ainsi recentré sur sa mission d'accompagnement dynamique et temporaire du projet de vie.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NIMES
16-17 JUIIN 2005
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE

Histoire sans fin

AUTEURS et adresses

M. LAPIERRE, H. FINIELS, R. AGOT, D. BURLAN, G. PEAN
Service de Gérontologie et Prévention du Vieillissement
Dr D. STRUBEL
CHU - Centre Raymond RUFFI
Place du Pr. R. Debré
30029 Nîmes Cedex 9

RESUME

Hôpital de Jour polyvalent, créé en 1992, d'une capacité actuelle de 20 places. Structure confrontée à des complexités multiples liées aux patients, à leurs pathologies, aux familles et aux soignants.

Un contrat de soins modulable a été établi pour répondre aux différentes problématiques.

L'évaluation de cette nouvelle modalité met en lumière des éléments positifs et négatifs.

Le problème de fond persiste, principalement dans la composante socio-affective.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NÎMES
16 - 17 JUIN 2005
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE

Pourquoi, quand et comment arrêter une prise en charge en hôpital de jour ?

AUTEURS et adresses

M^{lle} Demesmaeker

M^r Deniziot

M^{me} Lallouette

M^r Ramamonjisa

Hôpital René-Turek-Bisattini

Hôpital de jour Paul Berthoin

14 bd de Georges

93600 Aulnay sous Bois

RESUME

L'arrêt d'une prise en charge en hôpital de jour est la résultante de deux réalités : la première est une mesure administrative obligatoire qui limite toute prise en charge dans le temps. La seconde est l'évolution, positive ou négative, du patient par rapport aux objectifs thérapeutiques.

Cet arrêt est défini lors des réunions d'équipe hebdomadaires.

En prévision de l'arrêt de la prise en charge, l'équipe se donne le temps et les moyens pour envisager l'avenir du patient, en se concertant avec celui-ci et sa famille.

Ainsi, lors de l'arrêt, le rôle de l'équipe est de proposer de nouvelles modalités de prises en charge en coordination avec le réseau de soins externes, mais aussi de développer des solutions alternatives telles que les ateliers externes de mémoire ou autre...

Partenariat hôpital de jour
accueil de jour

Dr Chantal GIRTANNER
Mme Frédérique Alex LANGEVIN

Ateliers

Partenariat Hôpital de Jour - Accueil de Jour

Trois communications ont été présentées.

1. Première communication :

*Rencontre de 2 projets et de 2 structures, promotion et prévention :
"Mouvement, équilibre et cognition".
Hôpital Bretonneau 75018 Paris.*

Monsieur Claude Lepresle, cadre supérieur de santé, directeur du centre d'étude gérontologique ville - hôpital (CEGVH), et Madame Colette Le Corre, cadre supérieur de santé, coordinatrice du secteur ambulatoire de l'hôpital Bretonneau, assurant ainsi la responsabilité de toutes les structures ambulatoires, le réseau ville - hôpital, l'antenne mobile de gérontologie et l'hôpital de jour.

Ils ont fait la présentation d'un projet très intéressant de collaboration entre l'hôpital de jour Bretonneau, le CLIC niveau 3 du point Paris Emeraude 18 PPE et de l'université Paris V.

En effet, ils ont présenté une collaboration d'un travail d'évaluation et des suivis en hôpital de jour d'une part, du CEGVH d'autre part et de l'université V avec l'intérêt d'un CLIC niveau 3 situé à l'hôpital Bretonneau, soit la possibilité de partager toutes les structures hospitalières.

Le CEGVH a mis en œuvre un programme d'évaluation modeste concernant une petite évaluation motrice avec des tests moteurs simples, une évaluation cognitive avec des tests simples (horloge) ; puis, à partir de cette mini-évaluation, des ateliers corporels de gymnastique douce, de tai chi chuan, de relation atelier équilibre, étaient mis en place, créant ainsi le "Parcours Vitalité".

Cette initiative a l'intérêt de faire venir des patients vivant à domicile, parfois sans couverture médicale, sans suivi médical, assez isolés, afin qu'ils bénéficient d'ateliers et, pour certains, les adresser dans un deuxième temps à l'hôpital de jour de l'hôpital Bretonneau.

Cette évaluation modeste a été prise à l'initiative des personnes âgées venant au CLIC et a permis de faire émerger la nécessité d'une évaluation beaucoup plus fine à l'hôpital de jour Bretonneau, présentant ainsi un diagnostic souvent très débutant de troubles des fonctions supérieures, syndrome démentiel type Alzheimer ou autre.

Comme ils l'ont très bien précisé, les troubles de l'équilibre apparaissent souvent dans ce type de pathologie neurodégénérative.

Il est important de rappeler que l'âge moyen de cette population est de 83 ans.

En effet, parallèlement, l'hôpital de jour Bretonneau avait mis en place un programme appelé BRETEPAC, bilan et rééducation des troubles de l'équilibre des personnes âgées chuteuses, et proposait une évaluation beaucoup plus fouillée et systématisée et surtout une rééducation des troubles de l'équilibre à partir d'un programme canadien.

Soit une communication très originale montrant l'intérêt d'un partenariat entre des structures hospitalières, des structures de ville, permettant ainsi un dépistage grand public de qualité et surtout de diagnostiquer des patients qui spontanément n'ont pas accès à un suivi médical, soit par refus de suivi médical, soit par isolement, solitude.

2. Deuxième communication :

*Projet d'accueil de jour sur Nîmes.
Réseau VIVADOM 30900 Nîmes.*

Monsieur G. Natton, directeur du réseau VIVADOM de Nîmes, a présenté son projet d'accueil travaillé avec le Docteur Denise Strubel.

Le réseau VIVADOM représente une structure de maintien de soin à domicile, 5 ans d'existence, plus de 500 salariés à Nîmes, avec l'objectif initial de favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Ce secteur comporte tous les acteurs du maintien à domicile, en particulier repas à domicile, téléalarme, SSIAD, 54 places de personnes âgées, et pour l'instant, c'est plus de 3000 personnes aidées à Nîmes avec un GIR moyen à 4.

Ainsi, ils ont mis en place une demande D'Evaluation des Situations Individuelles avec des Réponses (DESIR) et ils ont beaucoup insisté sur la formation de leurs équipes et le soutien aux familles.

Ils ont étudié l'intérêt d'ouvrir un accueil de jour, d'autant plus que 10 % de la population de Nîmes semblent atteints de syndrome démentiel type Alzheimer. Mais leurs missions semblent différentes des accueils de jour classiques, puisqu'ils ont l'intention d'accueillir des patients âgés isolés ou vulnérables, des patients souffrant de syndrome démentiel, enfin des patients présentant des dépendances physiques, soit avec peut-être des jours ciblés pour ces différents types de patients, leur but étant de permettre un maintien d'identité, reprise d'un lien social, échanger avec les aidants, les rassurer ; puis, ils ont beaucoup insisté sur l'importance de cet accueil de jour en continuité des patients hospitalisés en hôpital de jour.

Ce projet représente l'intérêt évident d'une articulation avec des secteurs hospitaliers et tous les organismes de maintien à domicile et de soins à domicile ; ce projet devrait ouvrir ses portes courant 2005, voire 2006.

3. Troisième communication :

Articulation accueil de jour et hôpital de jour.

Elle a été assurée par Frédérique Alix Langevin, psychologue, ciblée sur l'accueil de jour, un accueil de jour fonctionnant dans une EHPAD privée, La Rose des Sables (La Talaudière, département de la Loire).

Cette psychologue a insisté sur les premières étapes d'ouverture de cet accueil de jour en lien avec les services hospitaliers, en particulier l'hôpital de jour psychogériatrique du CHU de Saint-Etienne ; puis, les accueils de jour ont été resitués pour le département de la Loire dans l'articulation extrêmement étroite avec le CHU, puisqu'il existe un groupe EXPERT des accueils de jour fédéré par le médecin hospitalier du CHU (responsable de la filière de soin Alzheimer) se réunissant trois fois par an et réunissant autour d'une table les directeurs des EHPAD, les responsables des accueils de jour, le Conseil Général, les différents intervenants des accueils de jour.

Ce travail a eu pour mérite de préciser d'une part que l'accueil de jour est une prescription médicale, d'autre part des fiches d'admission communes, enfin de mettre en place une maquette commune de tous les accueils de jour, maquette en cours de rédaction actuellement qui va être diffusée à tous les médecins généralistes du département de la Loire.

Ceci permettra de fédérer le mieux possible les accueils de jour, de cibler le type de patients adressés à l'accueil de jour avec courrier écrit des médecins de consultation Mémoire et médecins coordonnateurs des accueils de jour, précisant le profil du patient, soit un patient ayant un diagnostic précis neurologique, sans trouble du comportement, ni situation de crise familiale.

Par ailleurs, ces réunions de travail permettent également de mettre en place une fiche d'évaluation et de réfléchir sur les points positifs, les complémentarités des accueils de jour et les difficultés.

Cette psychologue a insisté d'une part sur l'équipe, un AMP et un animateur à temps plein (animateur formé à la Gériatrie), une psychomotricienne 0,25 équivalent temps plein, une psychologue 0,5 équivalent temps plein.

Dès l'admission de ce patient à l'accueil de jour, un dossier médical est parlé avec le médecin coordonnateur ; une fiche d'évaluation et un bilan sont refaits à un mois avec le patient.

Ces entretiens réguliers permettent d'objectiver le décalage entre le domicile et l'accueil de jour.

Des groupes homogènes ont été mis en place, le rythme étant de deux jours par semaine ; les ateliers sont variés, ciblés sur l'amélioration de la qualité de vie, sur des thèmes très concrets, en particulier un jardin thérapeutique, des ateliers Mémoire, ainsi que des journées à thème ciblées sur la Savoie, le Maroc, l'Italie.

La psychomotricienne assure un suivi individuel, musique, photolangage.

L'AMP assure des soins esthétiques, massages, etc..., sorties extérieures, en particulier le Musée du Chapeau, voire sorties au marché.

Un minibus est mis à la disposition par la résidence d'EHPAD, puisque cet accueil de jour est accolé et dépend d'une EHPAD privée, la résidence ORPEA.

Egalement, des projets intergénérationnels fonctionnent en lien avec les écoles primaires, visite de scouts.

Enfin, la psychologue a exprimé l'importance des groupes de familles mis en place une fois par mois, permettant aux familles d'expliquer leur souffrance et leurs difficultés face au maintien à domicile de ces patients et de la maladie neurodégénérative, toujours bien annoncée, mais difficilement intégrée par les familles.

Une fiche d'évaluation est mise en place ; actuellement, cet accueil de jour de 15 places par jour présente un taux d'occupation à 80 % et les difficultés de la psychologue résident plus dans les changements de groupe des patients.

Certains patients présentent des maladies plus évoluées ou s'aggravent sur le plan cognitif ; la psychologue désire changer le jour de ces patients, mais les familles ont souvent tissé des liens importants avec les autres familles et sont très inquiètes au moindre changement.

Ainsi, font-elles régulièrement appel aux consultations Mémoire qui vont être le tiers pour reparler avec la famille et réfléchir sur les possibilités de revoir le projet à plus ou moins long terme.

En conclusion, l'importance d'une articulation étroite entre les consultations hospitalières du CHU, les accueils de jour et les médecins, permet un projet de soin plus adapté et plus concret.

En conclusion, trois communications très complémentaires, insistant sur l'importance d'un travail en réseau ville - hôpital.

APHJPA Nîmes jeudi 16 juin 2005

Liste des communications orales atelier n°3
Partenariat Hôpital de jour – Accueil de jour

Dr CHANTAL GIRTANNER, M^{ME} F.A. LANGEVIN

1 ⇨ Rencontre de 2 projets et de 2 structures, promotion et prévention : « Mouvement, Equilibre et Cognition ».

Hôpital Bretonneau, 75018 Paris
Lepresle C., Le Corre C.

2 ⇨.Projet d'Accueil de jour sur Nîmes

Réseau Vivadom, , 30900 Nîmes
Natton G.

3 ⇨

TITRE

Rencontre de 2 projets et de 2 structures, promotion et prévention : « MOUVEMENT EQUILIBRE ET COGNITION »

AUTEURS et adresses

Claude LEPRESLE cadre supérieur de santé Directeur du CEGVH
Colette LE CORRE cadre supérieur de santé Coordinatrice du secteur ambulatoire
Hôpital BRETONNEAU
23 rue Joseph de Maistre
75018 PARIS

RESUME

Le projet de l'hôpital Bretonneau porte en lui la dimension d'ouverture sur la ville. C'est sans doute une des raisons qui a fait que grâce à la collaboration de l'hôpital de jour, du Centre d'Etudes Gérontologiques Ville-Hôpital (CEGVH), du Point Paris Émeraude 18 (CLIC niveau 3) et de l'université Paris V, l'hôpital Bretonneau a pu réaliser une mission de santé publique auprès des personnes âgées du 18^{ème} arrondissement en alliant promotion de la santé et prévention.

A partir d'un programme visant l'amélioration des capacités physiques et nutritionnelles des personnes âgées, le CEGVH de l'hôpital Bretonneau et le Point Paris Émeraude 18 (PPE), ont mis en œuvre une action comprenant une évaluation des capacités physiques des personnes âgées fréquentant le PPE afin de les orienter de manière personnalisée vers les différents ateliers existant (Tai Chi Chuan, relaxation, ateliers équilibre...) créant ainsi le « PARCOURS VITALITE ».

Cette action de promotion, à l'initiative personnelle des personnes âgées, en dehors de tout contexte médical, a permis de faire émerger la nécessité d'une évaluation plus fine pour certains, rejoignant ainsi le constat souvent fait que près de la ½ des patients présentant une détérioration des fonctions supérieures ne seraient pas diagnostiqués du fait de la banalisation de ce type de troubles dans le cadre du vieillissement ou de l'anosognosie souvent présente.

Fin 2004, le CEGVH a mis en place en partenariat avec l'Université Paris V cette évaluation, renouvelée à mi parcours et à la fin des activités afin de mesurer la progression de chacun.

Cette évaluation a permis de mettre en évidence des troubles physiques et cognitifs, réalisant ainsi un 1^{er} **dépistage « grand public »**

Parallèlement, l'hôpital de jour a développé un programme appelé BRETEPAC « Bilan et Rééducation des Troubles de l'Équilibre des Personnes Agées Chuteuses » et propose différents programmes de rééducation réadaptation des personnes âgées présentant des troubles de l'équilibre et/ou des troubles cognitifs, permettant ainsi d'accueillir les personnes âgées issues de ce « dépistage grand public » et nécessitant pour un temps une prise en charge médicalisée avant d'intégrer ou réintégrer les ateliers du PPE ou de poursuivre des activités ludiques hors du secteur sanitaire.

C'est afin de donner de la cohérence à toutes ces réflexions et programmes qu'est né un projet fédérateur : « **MOUVEMENT EQUILIBRE ET COGNITION** » alliant promotion de la santé, prévention, soin et réadaptation.

Thème : partenariat HdJ – accueil de jour

Mode de communication souhaitée : communication orale

25^{ème} JOURNEES ANNUELLES DE FORMATION DE L'APHJPA

Projet d'accueil de jour sur Nîmes

RESUME DE LA PRESENTATION :

1. Le Réseau VIVADOM et l'Anada :

- a. Chiffre : près de 50 ans d'existence, plus de 500 salariés sur Nîmes ;
- b. Un seul objectif : permettre à toute personne de vivre chez elle dans le respect de son autonomie et de ses choix de vie ;
- c. Valeurs et missions.

2. Le projet d'accueil de jour :

L'Anada souhaite, en complément de son service d'aide, de maintien et de soins à domicile, trouver une solution en réponse à une demande de plus en plus grandissante et à laquelle notre pays reste encore bien en retard par rapport aux autres nations européennes : l'accueil des personnes isolées et/ou désorientées une ou plusieurs journées par semaine.

Source de répit pour les familles, ces structures proposent un projet à chaque participant, qui tient compte des capacités existantes et des souhaits individuels.

- a. Contexte démographique gardois et nîmois ;
- b. Contexte médicale et sociétale : augmentation de l'espérance de vie et souhait de rester vivre chez soi le plus longtemps possible ;
↳ Trouver des solutions d'aide à partir du domicile.
- c. Les missions de l'accueil de jour :
 -  Prévenir ou lutter contre l'isolement de la personne âgée vivant à domicile,
 -  Proposer aux familles un temps de répit dans l'accompagnement de leur proche en situation de handicap psychique et/ou physique,
 -  S'inscrire en structure relais des hôpitaux de jour,
 -  Soutenir la personne et son entourage dans son projet de vie à domicile et lui permettre de différer son entrée en institution.

d. Les objectifs de l'accueil de jour :

Pour la personne âgée :

-  Accueillir en journée des personnes âgées pouvant présenter des troubles physiques et/ou psychiques ainsi que des personnes souffrant de solitude,
-  Offrir à la personne âgée la possibilité de vivre une journée à son rythme,
-  Inciter les personnes accueillies à être de réels acteurs de leur journée et garder une identité sociale,
-  Permettre à la personne âgée de prendre du plaisir, de créer des liens dans une ambiance amicale et conviviale,
-  Favoriser toute forme de communication verbale et non verbale,
-  Viser les potentialités en stimulant la personne au travers d'activités adaptées,
-  Aider et encourager la personne âgée à maintenir ou retrouver image positive, estime et confiance en soi

Pour la famille, les aidants

-  Etre à l'écoute des aidants,
-  Proposer des lieux ressources,
-  Echanger, informer, orienter,
-  Permettre aux aidants de prendre de la distance par rapport à un projet de maintien à domicile ou un projet de placement en institution,
-  Assurer un relais dans l'accompagnement d'un proche âgé et tenter de limiter ainsi l'épuisement de l'aidant.

e. Un concept voulu volontairement hors établissement

f. Un accueil social prolongement de l'accueil médicalisé.



Les hôpitaux de jour à l'étranger

Pr Claude JEANDEL

CHU Montpellier

Place des hôpitaux de jour dans l'organisation des soins gériatriques en France

Références aux expériences étrangères

Claude JEANDEL
CHU de Montpellier
Secrétaire du CPGF

Un problème de définition

- Hôpital de jour polyvalent ?
 - Hôpital de jour gériatrique ?
 - Evaluation
 - Diagnostic/pronostic
 - Suivi
 - Thérapeutique(s)
 - Rééducation
 - Type « soins de longue durée »
- Centré sur les besoins du patient gériatrique ++

Pour Qui ? Les spécificités du patient « gériatrique »

- Le repérage des risques
- La gestion de la polypathologie et des co-morbidités
- L'intrication des pathologies neurodégénératives et somatiques
- La chronicité, l'instabilité et les pathologies en cascade
- Les modes de présentation atypiques
- La gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale

Le soin gériatrique

- L'approche globale, intégrée ++
- La gériatrie : science de l'intégration
- La continuité du soin ++ (chronicité)
- L'évaluation, le diagnostic utile et « rentable »
- La réadaptation, la réinsertion
- La démarche qualité

Argumentation : plusieurs stratégies

- Evaluation du SMR : les études étrangères
Mais sur quels critères évaluer la qualité du service rendu ?
- Application du concept d'appropriateness
évaluation protocoles (AEP) : la solution sans doute appropriée, à modéliser et à expérimenter
- Application de la réglementation (circulaires)

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forter A et al. 1999

- **Background:** Geriatric day hospitals provide multi-disciplinary rehabilitation in an outpatient setting. Concern has been expressed that evidence for **effectiveness is equivocal and that day hospital care is expensive.**
- **Objectives:** To assess the effects of medical day hospitals for elderly people.
- **Selection criteria:**
Randomised trials comparing geriatric medical day hospitals with alternative forms of care.
The participants were elderly medical patients.
The **outcomes** were death, place of residence, dependency, global 'poor' outcome (death, institutionalisation or dependency), activities of daily (ADL) score, subjective health status, patient satisfaction, and resource use.

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forster A et al. 1999

Data collection and analysis: Three reviewers independently extracted data and assessed study quality.

Main results:

- **Twelve studies were included involving 22 day hospitals and 2867 patients.**
- Five studies compared day hospital with comprehensive elderly care.
- Four compared day hospital with domiciliary care.
- Three compared day hospital with no comprehensive elderly care.
- There were **no significant** differences between day hospital attendance and comparison treatments for the outcomes of death, death or requiring institutional care, death or deterioration in ADL.

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forster A et al. 1999

When death or a 'poor' outcome at follow up was examined **there was a significant difference in favour of day hospital** attendance when compared to **no comprehensive elderly care** (odds ratio 0.73; 95% confidence interval 0.53-1.00; $P < 0.05$).

Dependency was measured in 11 studies using a variety of ADL measures :

- **two described short-term improvement for the day hospital group**
- **one reported improved outcome for the comparison group**
- **while in the remainder there was no statistically significant difference.**

Using the outcome of deterioration in ADL among survivors, **day hospital patients showed reduced odds of deterioration compared with those receiving no comprehensive elderly care (0.60; 0.38-0.97; $P < 0.05$).**

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forster A et al. 1999

When resource use was examined the day hospital group showed trends towards **reductions in hospital bed use and placement of survivors in institutional care.**

Nine studies comparing treatment costs indicated that **day hospital attendance was a more expensive option**, although only two analyses took into account long-term care costs.

Authors' conclusions: Medical day hospital care for the elderly appears to be more effective than no intervention but may have no clear advantage over other forms of comprehensive elderly medical services.

Three-month follow up of patients discharged from a geriatric day hospital. Malone M and al. Age Aging. 2002

- **Effets immédiats :**
 - amélioration équilibre (get up and go) et GDS ($p < 0.002$)
- **A 3 mois :**
 - déclin get up and go, MMS ($p < 0.001$)
 - stabilité GDS et tests fonctionnels (Barthel)

Economic evaluation of a geriatric day hospital : cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. Tousignant M and al. Age Aging 2003.

- Despite the popularity of geriatric day hospital programmes over the last decade, **little is known about their effectiveness**
- As the result of a previous study, it is now **possible to quantify the benefit of a geriatric day hospital based on functional autonomy changes**
- The results of this **cost-benefit analysis showed that the benefits related to a Geriatric Day Hospital programme exceeded the costs**

Rappel des circulaires

- 18/03/2002 relative à **l'amélioration de la filière de soins gériatrique**
 - Reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale
 - Patients âgés de 75 ans et plus, polypathologiques, à niveau ou risque de dépendance physique et/ou psychique élevé

La filière gériatrique

- Consultations et pôles d'évaluation gériatrique
- Court séjour gériatrique
- Equipe mobile
- HAD
- SSR approprié aux besoins des patients gériatriques
- Hôpital local

18/03/2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

- Consultations et pôles d'évaluation gériatrique
 - Consultations gériatriques avancées
 - Pôles d'évaluation gériatrique
- **Le cas échéant : la prise en charge pourra être effectuée sous forme d'une HJ**
- Articulation avec Consultation mémoire et CMRR

Le Plan Urgence : 4 mesures gériatriques/23

- Renforcement des compétences gériatriques (2004-2008) : 50 M euros
 - Court séjour : 207 CH/CHU avec SAU
 - Equipes mobiles : 160 au total
- Création de lits de SSR (15000)(2004-2008) : 66 M euros
- HAD (8000 places)(2004-2005) : 66 M euros
- Développement des hôpitaux locaux (2004-2007) : 88 M euros

Rappel des circulaires

- 16/04/2002 et 30/05/2005 : Alzheimer
 - **Consultations mémoire (labellisation) :**
 - doivent se situer dans un établissement de soins de court séjour pouvant avoir accès à un plateau technique
 - Autres moyens (non obligatoire) : nombre de places d'HJ (avoir accès autant que possible à l'HJ)
 - **CMRR**
 - Autres moyens (obligatoire) : places d'HJ

Le Plan Alzheimer

- Financer de nouvelles consultations mémoire et de nouveaux CMRR
- Renforcer les moyens existants
- CMP : 232 + 100
- CMRR : 16

et l'hôpital de jour ...

- Éviter certaines hospitalisations
- Réduire la DMS
- Relai du MC non gériatrique (UMG)
- ...

La mission « Personnes âgées » auprès de la DHOS

- Impact du vieillissement sur l'hôpital (évaluation du service rendu à la personne)
- T2A et personnes âgées
- Les soins prolongés (vs SLD)
- Les réseaux gérontologiques (DNDR) : définition du cahier des charges
-L'hôpital de jour gériatrique !

L'enquête

- Evaluation de l'offre gériatrique hospitalière
- Nationale
- Auprès des établissements hospitaliers publics : CHU/CHR/CH
- Limites : sont exclus les HL, les établissements PSPH et privés

Etablissements concernés

- CHU
 - 24 CHU et 2 CHR
 - AP Marseille : 2 sites H (Nord et Sud)
 - Hospices civils Lyon : 9 établissements
 - APHP
- 530 CH

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- Quelle est ou quelles sont les entités gériatriques de votre établissement ?
- Les types de regroupement et le nombre de sites
- Le court séjour gériatrique
- Le SSR
- L'unité mobile

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- La consultation gériatrique (ou pôle d'évaluation)
- L'hôpital de jour gériatrique
- La consultation mémoire et le CMRR

- Le soin de longue durée

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- Les liens avec d'autres services ou structures
 - HTCD
 - EHPAD
 - Accueil de jour
 - Soins palliatifs
 - HAD
 - Coordination gérontologique (CLIC, réseau)
- La place de la gériatrie dans l'établissement
- L'évolution dans le cadre de la nouvelle gouvernance
- Les crédits alloués dans le cadre des 2 plans

Court séjour gériatrique

- 100 % des établissements
- Nombre total de lits = 1537
- De 16 (Angers) à 89 (Rouen)
- Moyenne = 47
- DMS = 13.6 jours

Court séjour gériatrique : accès au plateau technique

- Radiographie standard
 - Echographie abdomino-pelvienne
 - Doppler veineux et artériel
 - Echographie cardiaque
 - TDM/IRM
 - Biologie
- Sur place – à proximité (< 500 m) - éloigné

Court séjour gériatrique : accès au plateau technique

- Sur place 32 %
- Sur place hormis TDM/IRM 25 %
- A proximité 21 %
- Eloigné 21 %

Soins de suite et réadaptation

- 86 % des établissements
- Nombre de lits fonctionnels : 2110
- Nombre moyen = 72.6 lits/établissement
- Ratio Court séjour/SSR
 - 0.1 à 2.3 !!
 - Moyenne = 0.88
 - Ratio de 1 pour 3 : 35 %

Consultation/pôle d'évaluation

- 89 % établissements
- Nb moyen de Demie-journées/semaine = 8
- Effectifs médicaux :
 - par mutualisation dans la majorité des cas
 - quelques vacations spécifiques)
 - pas de DES

Hôpital de jour gériatrique

- Absent dans 6 des 26 CHU/CHR (hors Marseille et Lyon)
- Marseille : 1 HJ pour l'AP !
- Hospices civils de Lyon : 2/9 établissements
- Nombre de place = 200
- Nombre de place moyen = 13/établissement
- Considéré comme insuffisant pour 69 % (besoins variant de 3 à 10)

Hôpital de jour gériatrique

- **Typologie**
 - EGS 100 %
 - Diagnostic/pronostic 100 %
 - Thérapeutique 50 %
 - Rééducation 38.5 %
- **% de patients H dans le cadre d'une pathologie démentielle**
 - 25 % 0
 - 50 % 40 %
 - 75 % 53 %
 - 100 % 7 %

Mortality with dementia:
results from a French prospective community-based cohort
Helmer C and al. Am J Epidemiol 2001; 154 : 642-8

- 3675 participants cohorte PAQUID (> 65 ans ; indemnes de démence)
- 2923 suivis 8 ans ; réévalués tous les 2.2 ans
- **281 cas incidents** de démence (189 AD, 70 DV, 22 autres)
- Age moyen de début : H = 80 (5.9), F = 83.5 (6.1)
- % de décès 8 ans : Démence = 39.1 % ; Non D = 22.2 %
- Causes de décès : affection cardio-vasculaire (20 %), AVC (12.7 %), néoplasie (12.7 %), pathologie respiratoire (10 %)

Facteurs prédictifs de survie
ajustés sur l'âge au diagnostic, la durée de l'affection et le niveau d'éducation

	Hommes	Femmes
Diabète	OR : 1.76 (p=0.08)	Diabète OR : 1.95 (p=0.01)
BPCO	OR : 1.76 (p=0.04)	Cardiopathie OR : 1.94 (p=0.001)
		AVC OR : 3.

Moritz DJ and al. Arch Neurol. 1997 ; 54 : 878-885

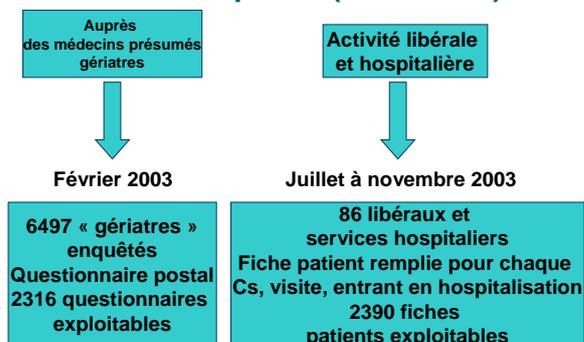
Hôpital de jour gériatrique

- Une création ou une extension est-elle inscrite au SROS de 3ème génération ? : **NON** dans 80 % des cas
- Effectif médical (en ETP) :
 - De 0 à 2.5
 - Moyenne = 1.17
 - Equivalent/place : de 0 à 0.23 (moyenne = 0.12)
 - 1 DES : dans 1/3 des cas

Consultation mémoire

- **CMP : 88 % des établissements**
- Dans la majorité des cas en relation avec l'hôpital de jour

Deux enquêtes (livre blanc)



Taux de participation

- Le questionnaire d'enquête a été envoyé à 6 497 médecins gériatres
- 2 316 gériatres ont retourné des questionnaires valides, soit un **taux de participation de 37.3%**
- Le taux de participation est le rapport entre le nombre de questionnaires valides (2 316) sur le nombre de questionnaires envoyés à une adresse postale correcte (6 216).

Modes d'exercice

Les modes d'exercice les plus fréquents sont :

- l'exercice exclusif dans le secteur hospitalier public (29% des gériatres)
- l'exercice exclusif en cabinet libéral (17%)
- l'exercice en cabinet libéral ET en EHPAD (15%)
- l'exercice dans le secteur hospitalier public ET en EHPAD (11%)

■ Les activités

Activités pratiquées dans l'établissement

	Nombre	%
Soins de suite ou de réadaptation	110	50,5%
Soins de longue durée	90	41,3%
Médecine aiguë gériatrique	75	34,4%
Soins palliatifs	60	27,5%
Psycho.gériatrie	44	20,2%
Coordination EHPAD	38	17,4%
Consultation mémoire	32	14,7%
Consultation à l'hôpital	24	11,0%
Services d'urgence	19	8,7%
Hôpital de jour	18	8,3%
Consultation réseau externe	14	6,4%
Consultation réseau interne ou antenne mobile	8	3,7%
Unités mobiles	1	0,5%

La filière gériatrique

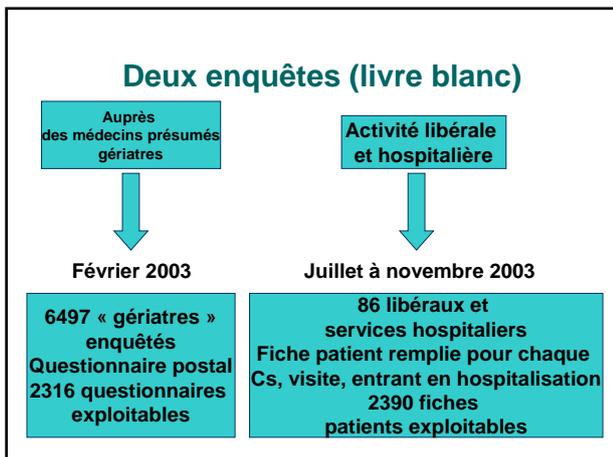
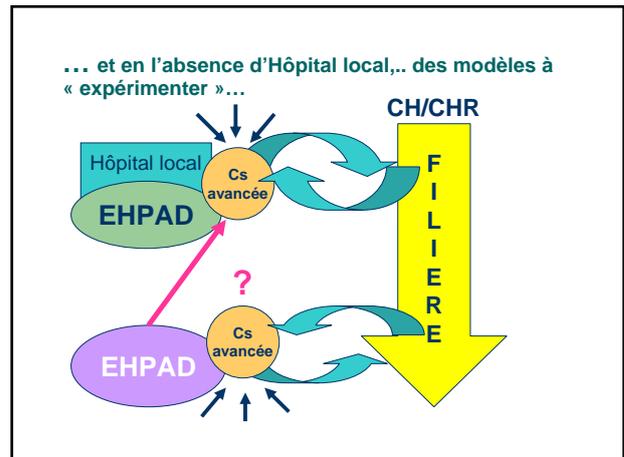
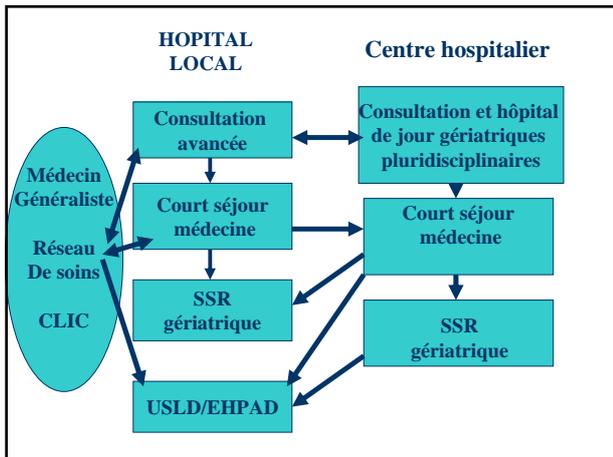
- Si Court séjour + SSR + UMG + Pôle + HJ
- 50 % des établissements
- Si Court séjour + SSR + UMG
- 62 % des établissements

Hôpital de jour gériatrique : les liens

- Consultations gériatriques
- CMP/CMRR
- UMG
- Consultations avancées (HL)
- Accueil de jour
- ...

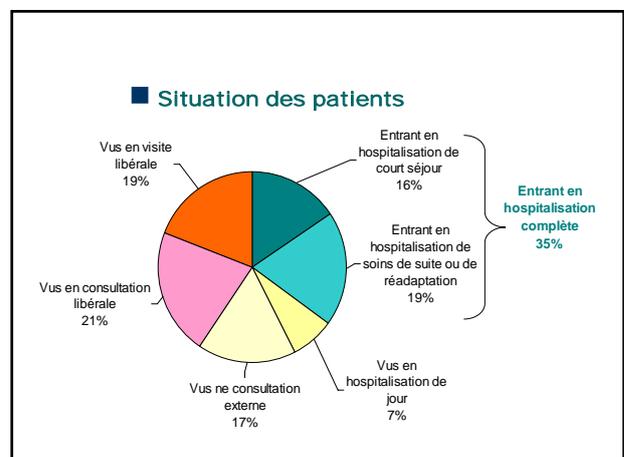
Des ressources articulées





- ### Méthodologie
- Enquête réalisée auprès de gériatres volontaires libéraux et hospitaliers
 - Recrutement des gériatres :
 - l'ensemble des chefs de service de gériatrie des CHU était invité à participer à l'enquête
 - les gériatres libéraux et ceux des services de gériatrie des CH ont été contactés par l'intermédiaire des CHU
 - Recueil d'informations pour les patients :
 - entrant en hospitalisation de court séjour ou de soins de suite ou de réadaptation
 - vus en hospitalisation de jour ou consultation externe
 - vus en consultation ou en visite libérale

- ### Caractéristiques des patients (N=2390)
- 67% des patients sont des femmes
 - La moitié des patients ont entre 75 et 84 ans. En moyenne, les femmes sont âgées d'environ deux années de plus que les hommes (82 ans contre 80 ans).
 - 68% des patients résident à moins de 10 kilomètres du lieu où ils ont consulté un gériatre : la gériatrie est une activité de proximité



■ Patients vus en hospitalisation de jour (N=172) ou en consultation externe (N=389) :

- ✓ contexte d'urgence ?
- ✓ durée de la consultation ?
- ✓ première rencontre ou suivi ?
- ✓ de qui vient la demande ?
- ✓ quelle orientation après la prise en charge ?

■ Contexte d'urgence

Moins d'un patient sur dix est vu en hospitalisation de jour ou en consultation dans un contexte d'urgence

■ Durée de la consultation

Durée	Consultation	
	Première fois	Suivi
MOYENNE	67 min	39 min
Ecart-type	26	18

Sur demande :
 - d'un médecin généraliste (23%)
 - d'un médecin spécialiste (5%)
 - d'un autre gériatre (6%)
 - du patient ou de sa famille (9%)
 - d'un autre professionnel de santé (1%)

46% de premières rencontres avec le gériatre

54% de suivis

172 patients vus en hospitalisation de jour
 389 patients vus en consultation externe (100%)

Orientation souhaitée pour le patient

19% hospitalisés après la prise en charge

15% hébergés en EHPAD

66% maintien à domicile

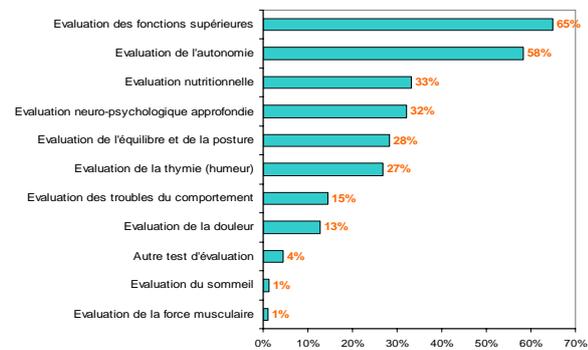
■ Première fois ou suivi :

- 46% des hospitalisations de jour ou consultations externes sont des premières fois et 54% sont des suivis
- En cas de première fois, la demande vient d'un médecin généraliste dans 23% des cas, d'un spécialiste (5%), d'un autre gériatre (6%), du patient ou de sa famille (9%), d'un autre professionnel (1%)

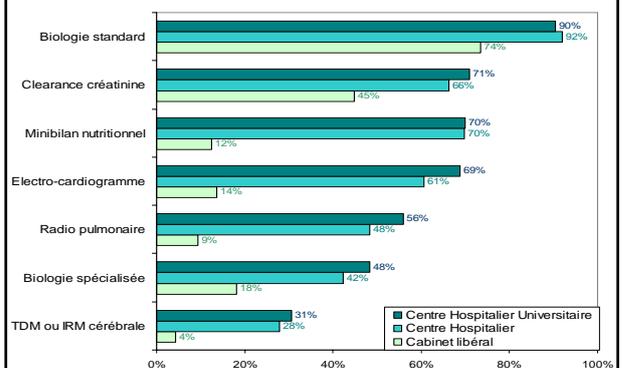
■ Orientation souhaitée après sa prise en charge :

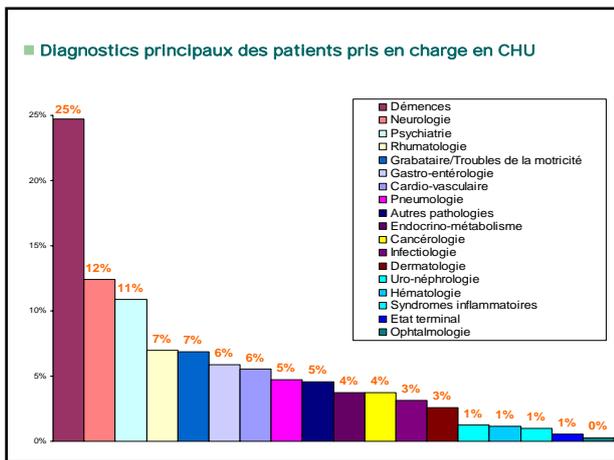
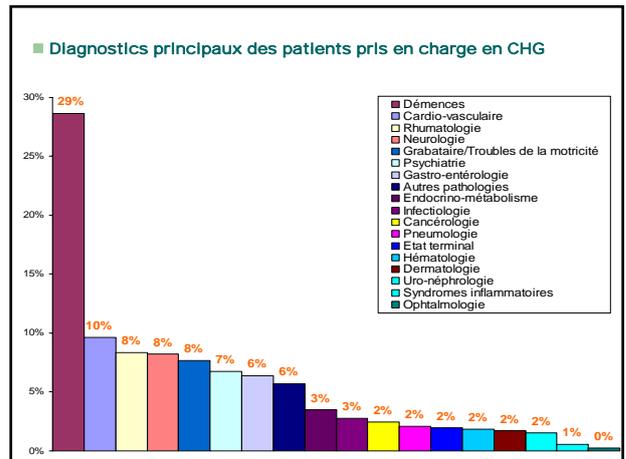
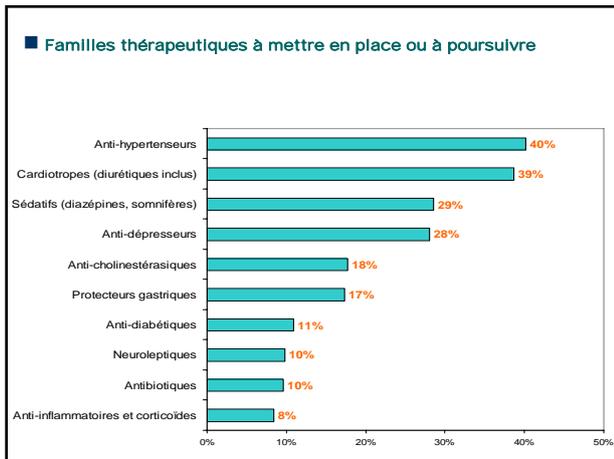
- 19% seront hospitalisés
- 15% seront hébergés en EHPAD
- 66% retourneront à domicile

■ Tests d'évaluation gériatrique souhaités : pour 80% des patients des hôpitaux et 20% des patients des libéraux



■ Principaux examens à visée diagnostique souhaités : pour 80% des patients des hôpitaux et 45% des patients des libéraux





Photographie des hôpitaux de jour
en France, enquête 2004

Dr Bernard DURAND-GASSELIN
Hôpital ND du Bon Secours Paris

PHOTOGRAPHIE 2004 DES HÔPITAUX DE JOUR DE L'APHJPA

B Durand-Gassel
PL Portron
pour l'APHJPA

Rappel 1999

- Enquête « Typologie des HJ PA » sur 80 HJ
- Conclusions :
 - APHJPA = Association forte
 - taux réponse : 77/80 (96%)
 - 955 places, 11 000 patients/an, 200 000 journées/an
 - Typologie en 3 catégories, à affiner

Objectifs

- Principal : actualiser l'activité des HJ PA en 2004
- Secondaires
 - Affiner la typologie proposée en 1999
 - Communiquer de façon transparente sur les HJ PA

Méthode

- Fichier mis à jour (n=126)
- Questionnaire postal
- Relance relayée par les 23 correspondants régionaux
- Fichier Excel

Résultats (1) Fort taux de participation

- Réponses 110 (87%)
 - dont non prises en compte 16*
 - accueil de Jour : 2
 - restructuration/fermeture/fusion : 9
 - ouverture 2005 : 3
 - pas le temps/nsp : 2
 - Non-réponses 16
- Exploités : 94

Résultats (2) Des HJ PA en moyenne plus petits...

- 976 places
 - 10 places/HJ en moyenne (vs 12 en 1999)
 - Ouverture de petits HJ entre 1999 et 2004, majoritairement des HJ d'évaluation
 - Restructuration des plus grands HJ

Résultats (3)
 ...mais avec plus de patients...

- 23 000 patients/an
 - Versus 11 000 en 1999
 - dont 12 500 nouveaux/an
- 212 000 journées/an
 - Versus 200 000 en 1999

Résultats (3)
 ...et une activité plus soutenue

Durée moyenne de séjour/an

Année	Evaluation	Evaluation- Réadaptation	Gérontopsychiatrie
1999	1,9	24	49
2004	1,7	19	43

Résultats (4)
 Essai d'une 4^{ème} catégorie

1999 : Catégories à posteriori

- Evaluation
- Evaluation-Réadaptation
- Psychogériatrie

2004 : « A quelle catégorie vous identifiez-vous le mieux ? »

- Evaluation
- Evaluation-Réadaptation
- Evaluation-Réadaptation-Psychogériatrie
- Psychogériatrie

Résultats (5)
 Description

	Evaluation	Evaluation- Réadaptation	Evaluation- Réadaptation- Psychogériatrie	Psychogériatrie
Nombre	14	17	45	18
Age moyen	79 ± 4	79 ± 2	78 ± 3	75 ± 3
Respon- sable	Gériatre (13/14)	Gériatre (17/17)	Gériatre (37/45)	Psychiatre (13/18)
Prix journée	488 ± 117	368 ± 186	291 ± 124	234 ± 132

Résultats (6)
 Activité

	Evaluation	Evaluation- Réadaptation	Evaluation- Réadaptation- Psychogériatrie	Psychogériatrie
Places	5 ± 3	9 ± 5	11 ± 6	15 ± 9
Patients /an	562 ± 249	170 ± 120	224 ± 229	79 ± 39
DMS/an	1,7 ± 1	20 ± 11	18 ± 15	43 ± 22

Discussion (1)
 Professionnalisme

- 51% de questionnaires reçus avant relance
- Faible taux de non-réponse
- 5 % de données manquantes au total
 - Principalement nombre de nouveaux patients (11%) et prix de journée (18%)
 - Sans influence de la catégorie d'HJ

Discussion (2) Activité concentrée

- Diminution de la taille moyenne des HJ PA
- Augmentation du nombre de patients
- Diminution du nombre de séjour/patient/an

Discussion (3) 3 catégories

	Évaluation	Polyvalent (Évaluation Réadaptation Psychogériatrie)	Gérontopsychiatrie
Nombre	14	62	18
Responsable	Gériatre	Gériatre	Psychiatre
Places	5	11	15
Patients /an	562	224	79
DMS	1,7	18	43

Discussion (4) Diversité des HJ

- Plus d'HJ d'évaluation, prenant en charge moins de 5% des nouveaux déments
- Plus d'HJ de « Évaluation-réadaptation-psychogériatrie » = plus de polyvalence
- Écarts-types très étendus = grande variabilité au sein même d'une catégorie

Discussion (5) Avenir

- Description des patients
- Description de l'activité
- Description de l'HJ dans la filière
- Description de la qualité

Conclusion

- Les objectifs sont atteints, la photo est nette
 - Activité en augmentation
 - Typologie en trois catégories
 - Communication facilitée
- Continuer à travailler sur les patients, l'activité, les filières

Démarche qualité en hôpital de jour

M. Gérard DE LE POMME

CHU Nîmes

Démarche qualité en hôpital de jour

Texte support de l'intervention du 17 juin 2005 aux journées annuelles de formation de l'APHJPA.

J'ai eu quelques difficultés à trouver un fil conducteur à cette intervention. Reproduire un discours plaqué sur la démarche qualité me semblait à la fois peu pertinent et peu attrayant au regard de l'auditoire.

L'accréditation a contraint à institutionnaliser la procédure et à faire appel à des référents spécialement formés, missionnés sur sa conduite et sur l'accompagnement des équipes.

La méthodologie est maintenant connue et appliquée dans la majorité des établissements.

Le plus dur pour les équipes de soins est souvent de mettre en place un processus nouveau que personne ne maîtrise suffisamment. Pouvoir initier la démarche, lui définir un cadre, fournir les supports, accompagner le groupe, analyser les résultats sont autant d'éléments facilitateurs et structurants.

A sa mise en place, elle relève souvent de la formation action.

Les référentiels fournissent le socle indispensable à l'autoévaluation.

Par le passé des démarches individuelles avaient déjà amené à élaborer ce type d'outil, mais leur élaboration était fastidieuse et souvent incomplète dans le respect des normes de bonne pratique. En fait, il est difficile de savoir, entre règles de bonnes pratiques et accréditation qui a le plus fait progresser l'autre, si tant est que l'on puisse maintenant les dissocier.

Pour en revenir au propos initial de cette intervention, outre la connaissance et la maîtrise de l'outil, il apparaît essentiel de ne pas oublier le plus important, à savoir pour qui et pourquoi on fait les choses.

Dans cet esprit, deux domaines relèvent de l'évidence :

- Les objectifs de réponse aux besoins des patients.

Entendons nous bien, répondre « aux besoins » ne doit pas se comprendre comme cela a parfois été fait dans le passé. C'est-à-dire que l'équipe soignante décidait de quoi avait besoin le patient et s'appliquait à y répondre. Il est nécessaire de prendre aussi en compte ses attentes et celles de son entourage.

Encore faut-il passer au crible de la faisabilité et de la cohérence ces attentes. Nous savons tous, et encore plus dans les hôpitaux de jour pour personnes âgées que certaines pathologies ne permettent pas d'envisager la guérison.

Nous parlerons davantage de stabilisation, de rééducation, de réadaptation, de resocialisation. Nous parlerons aussi d'aide au maintien à domicile, de préparation à l'entrée en institution.

Pour l'entourage, l'aide devra faire admettre le côté inéluctable de certaines évolutions, que ce soit sur le plan physique ou sur le plan intellectuel.

L'ensemble des objectifs à atteindre, tels qu'ils vont être définis dans le cadre de la démarche qualité, doit être formulé en pertinence avec ce principe de nécessaire réponse aux besoins.

La préoccupation constante doit être de donner du sens à tout ce que l'on fait. C'est un principe fondamental, couramment admis, mais qu'on peut perdre de vue quand on focalise sur la méthodologie, quand on privilégie l'outil au détriment de l'œuvre à accomplir.

Les référentiels disponibles ne sont pas applicables en l'état à tous les secteurs d'activité. L'interprétation, l'adaptation, en résumé l'intelligence doivent prévaloir. L'étape d'apprentissage et de compréhension de la démarche est facilitante.

Il en est dans ce domaine comme dans celui de la musique, plus on est à l'aise avec l'instrument, plus on personnalise son utilisation et plus le résultat est harmonieux.

- L'esprit de la démarche.

Une démarche qualité mal présentée, mal introduite, a parfois été vécue comme un outil de contrôle, d'évaluation des personnels et leur travail, alors qu'il s'agit avant tout d'une approche positive dans l'analyse des prises en charge.

En aucun cas le but recherché est de dire ce qui est mauvais, mais ce qui peut et doit être amélioré.

Ce n'est pas un problème de sémantique, c'est un problème d'état d'esprit.

L'outil de l'auto évaluation est fondamental à ce niveau. Dans une perspective de contrôle, il aurait été fait appel à des évaluateurs extérieurs qui auraient pu formuler des objectifs auxquels les équipes n'auraient pas forcément adhéré. De plus, au fur et à mesure du déroulement du référentiel, des améliorations importantes apparaissent aisées à mettre en place. A la fin de l'évaluation, des progrès ont déjà été effectués, ce qui est motivant pour l'équipe dans la poursuite du projet.

Avec l'expérience, on s'aperçoit vite que peu de supérieurs hiérarchiques oseraient être aussi exigeants que ce que le sont les groupes de travail. On doit cela essentiellement à la conscience et à l'implication de la grande majorité des professionnels de santé. Encore faut-il favoriser l'expression de cette volonté, privilégier les remises en cause collectives plutôt qu'individuelles, repenser les organisations avant la place de chacun.

En résumé pour cette partie, une démarche qualité construite sur des objectifs centrés sur le patient et menée de manière positive a toutes les chances de trouver et de conserver sa pertinence. Plus elle aura de sens, plus les professionnels s'y investiront.

Après cette approche assez théorique du sujet, un abord plus concret peut en être fait sur les difficultés et les freins qui apparaissent.

Et pour cela une question primordiale mérite d'être formulée :

Existe-t-il des cas où les organisations et les prises en charge pensées et définies sont en inadéquation avec les objectifs de qualité retenus.

La réponse est très pragmatique, et elle émane du vécu. Le problème se pose quand il y a une perte de cohérence entre le projet médical, le projet de soins du service et la population accueillie.

Dans l'idéal, et donc dans la préparation des projets, les domaines principaux relevant de la prise en charge en hôpital de jour sont:

- L'exploration à visée diagnostique
- Le bilan des troubles
- La prise en charge thérapeutique
- Les préparations à la sortie

Dans la majorité des cas, le diagnostic initial a été porté lors d'une consultation et il s'agit davantage d'explorer l'état d'avancement dans la maladie, les perspectives qui s'offrent, d'organiser les ateliers thérapeutiques.

Pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la mesure de la MMS, corrélée aux troubles du comportement permet d'analyser la pertinence d'une prise en charge en hôpital de jour.

Il est couramment admis qu'en dessous d'une MMS à 15 ou en cas de troubles du comportement lourds, l'indication est inadaptée, même si chaque cas est individuel et si les règles sont faites pour être adaptées en permanence.

Il n'en demeure pas moins que tous les services sont soumis à des pressions et des besoins de soulagement des familles auxquels il est difficile de résister. Chacun accueille, en proportion plus ou moins grande des malades qui ne rentrent pas dans le profil retenu. Ce sont souvent des personnes déjà connues, déjà suivies, dont il est dur de se décharger.

Les accueils de jour seraient plus adaptés, mais en l'attente de leur multiplication, le vide existe, créant un besoin non satisfait.

La vocation de tout établissement de soin est de répondre à un besoin en santé de la population.

Il peut parfois y avoir une incohérence entre la réponse apportée et la réalité de la demande. De fait, pour palier les manques, certaines unités débordent de leur mission première. Les HJPA ne sont pas plus épargnés que les urgences dans ce domaine.

Concrètement qu'en résulte-t-il ?

Au pire, une unité a construit son projet et constitué son équipe pour prendre en charge une population ciblée. Les objectifs de soins et la démarche qualité ont été élaborés et conduits à partir de ces données. A l'arrivée une bonne partie de l'activité relève d'une autre organisation. Certains professionnels ne trouvent plus leur place et des lacunes ressortent, entraînant lassitude et démotivation.

Une recherche du juste équilibre est donc nécessaire en permanence. Des situations dramatiques, vécues par des patients et leurs familles ne peuvent laisser indifférents, et font vivre quotidiennement des cas de conscience.

Mais refuser de conduire une réflexion spécifique au sujet serait lourd de sens, de nature à susciter des tensions entre le corps médical, prescripteur des séjours, et l'équipe de soins chargée de l'accueil.

Il convient aussi de prendre en compte les perturbations que peuvent provoquer certains sujets dans les ateliers thérapeutiques.

En fait nous retrouvons dans ce domaine de la pertinence des indications la même préoccupation que nous avons dans la conduite de la démarche qualité, la nécessaire concordance entre les objectifs définis et les organisations mises en place.

Conclusion :

Une qualité des soins ne peut se concevoir sans la notion de cohérence, de l'élaboration du projet de service à la composition de l'équipe.

De compromis en concessions, cette cohérence est fragile, soumise à des attaques diverses et insidieuses.

Comme je l'ai dit en introduction, la démarche qualité est maintenant connue et maîtrisée par la majorité des établissements, il convient aujourd'hui de la faire vivre, de la pérenniser.

Le meilleur d'une démarche qualité sera sans doute d'être capable de s'inscrire dans la permanence, dans la vigilance nécessaire à corriger des trajectoires parfois déviantes.

La spécificité des HJPA et des prises en charge qui y sont pratiquées nécessitent une application intelligente de cette procédure, pensée dans l'intérêt des patients et pas seulement pour préparer au passage de visiteurs accréditeurs.

Démarche qualité en hôpital de jour

Des difficultés au démarrage

- Définir un cadre
- Trouver les supports
- Guider et accompagner
- Analyser les résultats
- Formaliser les objectifs

La démarche qualité

- Une procédure en place
 - Connue
 - Maîtrisée
 - Institutionnalisée
- Avec
 - Ses spécialistes
 - Ses référents
 - Ses modèles

Démarche qualité et accréditation

- Des référentiels
- Des normes

Des objectifs

- Centrés sur le patient
- Les familles
- Dans le contexte spécifique d'un HJPA

L'esprit de la démarche

- Un esprit positif
- Des autoévaluations collectives
- Tournées vers l'amélioration

Des indicateurs

- Simples et acceptables
- Validés et pertinents
- Fiables
- Sensibles et spécifiques

La cohérence

- Entre
 - Projet médical
 - Projet de service
 - Population accueillie
 - Equipe en place

Conclusion

- Une démarche qui nécessite
 - De la cohérence
 - De la pertinence
 - L'implication de tous
 - Une remise en question inscrite dans la continuité

Quoi de neuf sur le plan thérapeutique ?

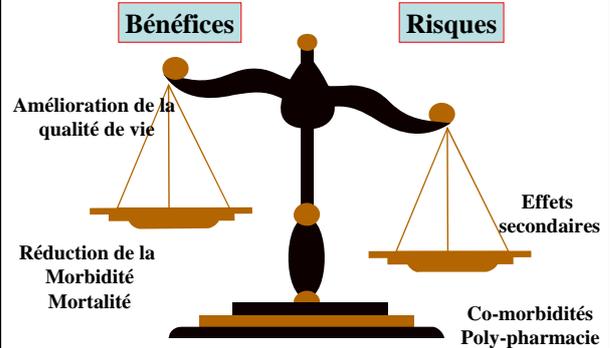
Pr Benoît DE WAZIERES

CHU Nîmes

Quoi de Neuf en Gériatrie

Pr B de WAZIERES
Service de Médecine Interne et Gériatrie
Centre Hospitalier Universitaire
NIMES

Traitement du sujet âgé



Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

Results of a US Consensus Panel of Experts

Donna M. Fick, PhD, RN; James W. Cooper, PhD, RPh; William E. Wade, PharmD, FASHP, FCCP; Jennifer L. Walker, PhD; J. Ross Maclean, MD; Mark H. Beers, MD

Arch Intern Med. 2003;163:2716-2724

Table 1. 2002 Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Independent of Diagnoses or Condi

Drug	Concern
Propoxyphene (Darvon) and combination products (Darvon with ASA, Darvon-N, and Darvocet-N) Indometacin (Indocin and Indocin SR)	Offers few analgesic advantages over acetaminophen, yet has the adverse effects of other narcotic drugs. Of all available nonsteroidal anti-inflammatory drugs, this drug produces the most CNS adverse effects.
Pentazocine (Talwin)	Narcotic analgesic that causes more CNS adverse effects, including confusion and hallucinations, more commonly than other narcotic drugs. Additionally, it is a mixed agonist and antagonist.
Trimethobenzamide (Tigan)	One of the least effective antiemetic drugs, yet it can cause extrapyramidal adverse effects.
Muscle relaxants and antispasmodics: methocarbamol (Robaxin), carisoprodol (Soma), chlorzoxazone (Paraflex), metaxalone (Skelaxin), cyclobenzaprine (Flexeril), and cyclobutolol (Ditropan). Do not consider the extended-release Ditropan XL.	Most muscle relaxants and antispasmodic drugs are poorly tolerated by elderly patients, since these cause anticholinergic adverse effects, sedation, and weakness. Additionally, their effectiveness at doses tolerated by elderly patients is questionable.
Flurazepam (Dalmane)	This benzodiazepine hypnotic has an extremely long half-life in elderly patients (often days), producing prolonged sedation and increasing the incidence of falls and fracture. Medium- or short-acting benzodiazepines are preferable.
Amitriptyline (Elavil), chlordiazepoxide-amitriptyline (Limbital), and perphenazine-amitriptyline (Triavil)	Because of its strong anticholinergic and sedating properties, amitriptyline is rarely the antidepressant of choice for elderly patients.
Doxepin (Sinequan)	Because of its strong anticholinergic and sedating properties, doxepin is rarely the antidepressant of choice for elderly patients.
Meprobamate (Miltown and Equanil)	This is a highly addictive and sedating anxiolytic. Those using meprobamate for prolonged periods may become addicted and may need to be withdrawn slowly.

Doses of short-acting benzodiazepines: doses greater than lorazepam (Ativan), 3 mg; oxazepam (Serax), 60 mg; alprazolam (Xanax), 2 mg; temazepam (Restoril), 15 mg; and triazolam (Halcion), 0.25 mg

Long-acting benzodiazepines: chlordiazepoxide (Librium), chlordiazepoxide-amitriptyline (Limbital), clobazam (Rivotril), diazepam (Valium), clonazepam (Klonopin), lorazepam (Ativan), and chlorzoxazone (Paraflex)

Digoxin (Lanoxin) (should not exceed >0.125 mg/d except when treating atrial arrhythmias)

Short-acting dipyrindamole (Persantine). Do not consider the

need to be withdrawn slowly.

Because of increased sensitivity to benzodiazepines in elderly patients smaller doses may be effective as well as safer. Total daily doses should rarely exceed the suggested maximums.

These drugs have a long half-life in elderly patients (often several days) producing prolonged sedation and increasing the risk of falls and fractures. Short- and intermediate-acting benzodiazepines are preferred if a benzodiazepine is required.

Of all antiarrhythmic drugs, this is the most potent negative inotrope and therefore may induce heart failure in elderly patients. It is also strong anticholinergic. Other antiarrhythmic drugs should be used.

Decreased renal clearance may lead to increased risk of toxic effects.

May cause orthostatic hypotension.

Short-acting dipyrindamole (Persantine). Do not consider the long-acting dipyrindamole (which has better properties than the short-acting in older adults) except with patients with artificial heart valves

Methyldopa (Aldomet) and methyldopa-hydrochlorothiazide (Aldoril)

Reserpine at doses >0.25 mg

Chlorpropamide (Diabinese)

Gastrointestinal antispasmodic drugs: dicyclomine (Bentyl), hyoscyamine (Levsin and Levsinov), propantheline (Pro-Banthine), belladonna alkaloids (Donnatal and others), and clobazam-chlordiazepoxide (Librax)

Anticholinergics and antihistamines: chlorpheniramine (Chlor-Trimeton), diphenhydramine (Benadryl), hydroxyzine (Vistaril and Atarax), cyproheptadine (Periactin), promethazine (Phenergan), triprolidine, dexchlorpheniramine (Polaramine)

Diphenhydramine (Benadryl)

Ergot mesylates (Hydrgina) and cyclandelate (Cyclospasmol)

Ferrous sulfate >325 mg/d

All barbiturates (except phenobarbital) except when used to control seizures

May cause orthostatic hypotension.

May cause bradycardia and exacerbate depression in elderly patients.

May induce depression, impotence, sedation, and orthostatic hypotension. It has a prolonged half-life in elderly patients and could cause prolonged hypoglycemia. Additionally, it is the only oral hypoglycemic agent that causes SIADH.

GI antispasmodic drugs are highly anticholinergic and have uncertain effectiveness. These drugs should be avoided (especially for long-term use).

All nonprescription and many prescription antihistamines may have potent anticholinergic properties. Nonanticholinergic antihistamines are preferred in elderly patients when treating allergic reactions.

May cause confusion and sedation. Should not be used as a hypnotic, and when used to treat emergency allergic reactions, it should be used in the smallest possible dose.

Have not been shown to be effective in the doses studied.

Doses >325 mg/d do not dramatically increase the amount absorbed but greatly increase the incidence of constipation.

Are highly addictive and cause more adverse effects than most sedative or hypnotic drugs in elderly patients.

Drug	Concern
Meperidine (Demerol)	Not an effective oral analgesic in doses commonly used. May cause confusion and has many disadvantages to other narcotic drugs.
Ticlopidine (Ticlid)	Has been shown to be no better than aspirin in preventing clotting and may be considerably more toxic. Safer, more effective alternatives exist.
Ketorolac (Toradol)	Immediate and long-term use should be avoided in older persons, since a significant number have asymptomatic GI pathologic conditions. These drugs have potential for causing dependence, hypertension, angina, and myocardial infarction.
Amphetamines and anorexic agents	Have the potential to produce GI bleeding, renal failure, high blood pressure, and heart failure.
Long-term use of full-dosage, longer half-life, non-COX-selective NSAIDs: naproxen (Naprosyn, Anaprox, and Aleve), oxaprozin (Daypro), and piroxicam (Feldene) (Daily Fluvetina (Prozac))	Long half-life of drug and risk of producing excessive CNS stimulation, sleep disturbances, and increasing agitation. Safer alternatives exist. May exacerbate bowel dysfunction.
Long-term use of stimulant laxatives: bisacodyl (Dulcolax), cascara sagrada, and Neoloid except in the presence of opiate analgesics	
Amiodarone (Cordarone)	Associated with QT interval problems and risk of provoking torsades de pointes. Lack of efficacy in older adults.

Orphenadrine (Norflex)	Causes more sedation and anticholinergic adverse effects than safer alternatives.
Guanethidine (Ismelin)	May cause orthostatic hypotension. Safer alternatives exist.
Guanadrel (Hylorel)	May cause orthostatic hypotension.
Cyclandelate (Cyclospasmol)	Lack of efficacy.
Isosuxiprine (Vasodilan)	Potential for renal impairment. Safer alternatives available.
Nitrofurantoin (Macrobid)	Potential for hypotension, dry mouth, and urinary problems.
Doxazosin (Cardura)	Potential for prostatic hypertrophy and cardiac problems.
Methyltestosterone (Android, Virilon, and Testrad)	Greater potential for CNS and extrapyramidal adverse effects.
Thioridazine (Mellaril)	CNS and extrapyramidal adverse effects.
Mesoridazine (Sereniti)	Potential for hypotension and constipation.
Short acting nifedipine (Procardia and Adalat)	Potential for orthostatic hypotension and CNS adverse effects.
Clonidine (Catapres)	Potential for aspiration and adverse effects. Safer alternatives available.
Mineral oil	CNS adverse effects including confusion.
Cimetidine (Tagamet)	Potential for hypertension and fluid imbalances. Safer alternatives available.
Ethacrynic acid (Edecrin)	Concerns about cardiac effects. Safer alternatives available.
Desiccated thyroid	Amphetamines (excluding methylphenidate hydrochloride and anorexics)
Amphetamines (excluding methylphenidate hydrochloride and anorexics)	Evidence of the carcinogenic (breast and endometrial cancer) potential of these agents and lack of cardioprotective effect in older women.
Estrogens only (oral)	

Agitation

- Parfois possibilité de contact et examen clinique, maintien de la relation avec contact oral
- Dans les cas extrêmes : Contention physique
- Sédation médicamenteuse
 - La voie orale est souvent suffisante
 - Injectable si nécessaire
 - Par voie IM car pratique (mais pas plus rapide!)

Agitation

- Trois critères de choix du médicament
 - Rapidité d'action
 - Absence d'effet indésirable grave après une injection unique
 - Facilite d'emploi, conditionnement urgence

Neuroleptique Injectable

- Butyrophenone. Droleptan[®] Haldol[®]
- Phénothiazines. Nozinan[®]
- Benzamides. Tiapridal[®] Solian[®]
- Diazépine. Loxapac[®]

Neuroleptiques

- Effets anticholinergiques
 - Rétention urinaire
 - Glaucome
 - Délire toxique
- Effets cardiovasculaires
 - Hypotension
 - Bradycardie
 - Torsades de pointes/Trouble du rythme Vent.
- Troubles extrapyramidaux
 - akathisie « incapacité de s'asseoir »
 - Dystonies

**Confusion
Malaise et chutes**

Benzodiazépines Injectable

- Clorazepate (tranxene[®])
- Diazepam (valium[®])
- Lorazepam (temesta[®] ref. mais pas en France)

Meprobamate Equanil[®]
Hydroxyzine Atarax[®]

Benzodiazépines

- Dépression respiratoire
- Confusion
- Sédation

Choix dans l'urgence

Revue Prescrire 2004

- Déments
 - Haldol[®] 1 mg (0.7 à 2.4)
 - Tiapridal[®]
- Psychotiques
 - Haldol[®] 5 mg
- Etats confusionnels
 - Haldol[®] 1 à 2 mg toute les deux à quatre heures

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Clozapine Leponex[®]
- Tiapride Tiapridal[®]
- Risperidone Risperdal[®]
- Olanzapine Zyprexa[®]
- Quetiapine

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Clozapine Leponex[®]
 - Agranulocytose
 - Parkinson

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Olanzapine Zyprexa[®]
 - Demi vie longue(51 h chez la PA saine!)
 - Peu de travaux gériatrique
 - Forme galénique
 - Velotab
 - Pas de goutte!
 - Injectable
- Mise en garde de l'AFFSAP 2004
« surmortalité » et donc contre indication chez le sujet âgé dément

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Risperidone Risperdal®
 - X publications chez la personne âgées
 - Demi vie courte (3 à 24 h)
 - Tolérance (parkinson?)
 - Dose consensuelles
 - 0.25 mg à 2 mg/j

Mise en garde sur les AVC

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Les précautions restent les mêmes
 - Syndromes malin
 - Démence a corps de Lewy
 - Jamais de forme retard
 - Dyskinésie, syndrome extrapyramidal

Les Nouveaux Antipsychotiques

- Discuter l'indication
- Bien connaître la molécule
- Faible posologie
- Et réévaluer le tt
- Arrêt si Tp°
- Attention aux associations!
 - Primperan®, motilium®, plitican®, agreal®

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study

Sudeep S Gill, Paula A Rochon, Nathan Herrmann, Philip E Lee, Kathy Sykora, Nadia Gunraj,
Sharon-Lise T Normand, Jerry H Gurwitz, Connie Marras, Walter P Wodchis, Muhammad Mamdani

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study Sudeep S Gill,

- **Objective** To compare the incidence of admissions to hospital for stroke among older adults with dementia receiving atypical or typical antipsychotics.

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study Sudeep S Gill,

- **Patients** 32 710 older adults (≥ 65 years) with dementia (17 845 dispensed an atypical antipsychotic and 14 865 dispensed a typical antipsychotic).

Design Population based retrospective cohort study.
Setting Ontario, Canada.

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study
Sudeep S Gill,

- **Main outcome measures** Admission to hospital with the most responsible diagnosis (single most important condition responsible for the patient's admission) of **ischaemic stroke**. Observation of patients until they were either admitted to hospital with ischaemic stroke, stopped taking antipsychotics, died, or the study ended

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study
Sudeep S Gill,

- **Results** After adjustment for potential confounders, participants receiving atypical antipsychotics showed **no significant increase** in risk of ischaemic stroke compared with those receiving typical antipsychotics (adjusted hazard ratio 1.01, 95% confidence interval 0.81 to 1.26). This finding was consistent in a series of subgroup analyses, including ones of individual atypical antipsychotic drugs (risperidone, olanzapine, and quetiapine) and selected subpopulations of the main cohorts.

Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study
Sudeep S Gill,

- **Conclusion** Older adults with dementia who take atypical antipsychotics have a similar risk of ischaemic stroke to those taking typical antipsychotics.

Characteristics	Atypical antipsychotics cohort (n=17 845)	Typical antipsychotics cohort (n=14 865)
Mean (SD) age (years)	82.5 (7.3)	82.7 (7.4)
Men	6431 (36.0)	5727 (38.5)
Long term care	8485 (47.5)	7682 (51.7)
Low income	6688 (37.5)	5807 (39.1)
Urban residence	2807 (15.7)	2673 (18.0)
Mean (SD) frequency of medical contact (days)*	33.3 (25.4)	34.3 (26.8)
Year of entry to cohort:		
1997	598 (3.4)	5452 (36.7)
1998	1588 (8.9)	4570 (30.7)
1999	3696 (20.7)	2680 (18.0)
2000	5589 (31.3)	1321 (8.9)
2001	6374 (35.7)	842 (5.7)
Chronic users†	13792 (77.3)	9929 (66.8)

Table 2 Event rates and hazard ratios for older adults with dementia receiving atypical or typical antipsychotics

Main analysis (full cohorts)	Atypical antipsychotic cohort (n=17 845)	Typical antipsychotic cohort (n=14 865)
No (%) of new admissions for ischaemic stroke	284 (1.6)	227 (1.5)
Mean (SD) duration of follow up (days)	227.2 (264.0)	250.1 (335.4)
Crude event rate (No of events per 1000 person years)*	25.5	22.3
Unadjusted hazard ratio (95% CI)	1.06 (0.89 to 1.27)	1.00
Adjusted hazard ratio (95% CI)†	1.01 (0.81 to 1.26)	1.00

* (No of events/total No of days per 365 days)>1000.
†Adjusted for age; sex; low income status; residence in long term care; frequency of medical contact; year of entry to cohort; history of stroke in past five years; history of atrial fibrillation; hypertension; diabetes mellitus; acute myocardial infarction in past three months; congestive heart failure; number of distinct drugs; chronic use (≥2 consecutive prescriptions) of antipsychotics; and baseline use of warfarin, antiplatelet drugs, antihypertensive drugs, angiotensin converting enzyme inhibitors, lipid lowering drugs, antidiabetic drugs, and hormone replacement therapy.

What is already known on this topic

Atypical antipsychotics are commonly used to manage behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD)

Recent evidence from clinical trials suggests an association between atypical antipsychotic use and cerebrovascular events (including stroke) among older adults with BPSD

These data prompted the UK Committee on Safety of Medicines to recommend against the prescribing of atypical antipsychotics to patients with BPSD

The choice of atypical or typical antipsychotics to manage BPSD should not be based on concerns about the risk of stroke

Findings were consistent for a series of subgroup analyses including ones for patients at high baseline risk of stroke

The choice of atypical or typical antipsychotics to manage BPSD should not be based on concerns about the risk of stroke

Risk of myocardial infarction in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis

Julia Hippisley-Cox, Carol Coupland

BMJ VOL 330 11 JUNE 2005 bmj.com

**9218 cases with a first ever diagnosis of myocardial infarction during the four year study period
86 349 controls matched for age, calendar year, sex, and practice.**

A significantly increased risk of myocardial infarction was associated with current use of rofecoxib (adjusted odds ratio 1.32) compared with no use within the previous three years; with current use of diclofenac (1.55); and with current use of ibuprofen (1.24).

What is already known on this topic

The VIGOR study found that rofecoxib was associated with an increased risk of myocardial infarction compared with naproxen

Uncertainty existed as to whether this reflected a true increase or an apparent increase due to a cardioprotective effect of naproxen

Rofecoxib has been withdrawn, but uncertainty persists about the cardiovascular safety of the other selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

What this study adds

Rofecoxib, diclofenac, and ibuprofen were associated with a higher risk of myocardial infarction; no evidence of a cardioprotective effect for naproxen was found

The increased risk with rofecoxib in the VIGOR study was genuine; the toxicity of conventional NSAIDs and newer selective NSAIDs is also of concern

No clinically important interactions occurred between any NSAID and either aspirin or coronary heart disease

The Risk for Myocardial Infarction with Cyclooxygenase-2 Inhibitors: A Population Study of Elderly Adults

Linda E. Levesque, BS-PhM, MSc; James M. Brophy, MD, PhD; and Bin Zhang, MSc

Ann Intern Med. 2005;142:481-489.

Participants: 113 927 elderly persons without previous MI and newly treated with an NSAID between 1 January 1999 and 30 June 2002.

The Risk for Myocardial Infarction with Cyclooxygenase-2 Inhibitors: A Population Study of Elderly Adults

Linda E. Levesque, BS-PhM, MSc; James M. Brophy, MD, PhD; and Bin Zhang, MSc

Ann Intern Med. 2005;142:481-489.

Conclusions: These results provide evidence of an increased risk for acute MI in current users of rofecoxib among elderly persons with no history of MI. This risk appears greater at higher doses. Aspirin use mitigates the risk associated with low-dose but not high-dose rofecoxib. There was no evidence of an increased risk with the other NSAIDs.

The Risk for Myocardial Infarction with Cyclooxygenase-2 Inhibitors: A Population Study of Elderly Adults

Linda E. Levesque, BS-PhM, MSc; James M. Brophy, MD, PhD; and Bin Zhang, MSc

Ann Intern Med. 2005;142:481-489.

Table 3. Crude and Adjusted Rate Ratios of Acute Myocardial Infarction for Current Use of Celecoxib and Rofecoxib according to Dose

Variable	Case-Patients	Controls	Adjusted* Rate Ratio (95% CI)
No use, n†	793	16 680	1.00 (reference)
Celecoxib			
Recipients, n	287	5598	
Low-dose use, n (%)‡	208 (72.5)	4174 (74.6)	0.98 (0.83-1.17)
High-dose use, n (%)§	79 (27.5)	1422 (25.4)	1.00 (0.78-1.29)
Rofecoxib			
Recipients, n	239	3708	
Low-dose use, n (%)‡	219 (91.2)	3485 (94.0)	1.21 (1.02-1.43)
High-dose use, n (%)§	21 (8.8)	223 (6.0)	1.73 (1.09-2.76)

Table 4. Crude and Adjusted Rate Ratios of Acute Myocardial Infarction for Current Use of Anti-Inflammatory Agents according to Concomitant Use of Aspirin and Dose of Cyclooxygenase-2 Selective Inhibitors*

Variable	No Concomitant Use of Aspirin			Concomitant Use of Aspirin			P Value†
	Case-Patients, n	Controls, n	Adjusted RR† (95% CI)	Case-Patients, n	Controls, n	Adjusted RR† (95% CI)	
No use	440	12 013	1.00 (reference)	393	4667	1.00 (reference)	Reference
NSAIDs							
Naproxen	32	724	1.04 (0.71-1.54)	19	238	0.94 (0.57-1.54)	0.73
Ibuprofen	19	249	1.59 (0.95-2.65)	5	87	0.60 (0.24-1.50)	0.07
Celecoxib	175	4019	1.07 (0.90-1.30)	111	1555	0.88 (0.70-1.10)	0.12
Low-dose‡	126	3021	1.04 (0.84-1.28)	82	1195	0.91 (0.70-1.17)	0.38
High-dose§	50	1022	1.16 (0.85-1.57)	29	400	0.80 (0.54-1.20)	0.14
Rofecoxib	143	2996	1.37 (1.12-1.66)	96	1122	1.02 (0.84-1.24)	0.09
Low-dose‡	135	2822	1.39 (1.12-1.69)	89	1052	1.00 (0.77-1.29)	0.03
High-dose§	8	154	1.23 (0.50-2.58)	13	89	2.36 (1.27-4.39)	0.008
Meloxicam	2	52	0.59 (0.14-2.41)	5	40	1.59 (0.41-4.14)	0.25

* NSAID = nonsteroidal anti-inflammatory drug; RR = rate ratio.

Inclusion aux grandes études: L'exemple de l'insuffisance cardiaque

- Sur 20388 patients (Medicare) de plus de 65 ans (78 ans) avec ICC, seuls
 - 18% étaient éligibles pour SOLVD
 - 13% étaient éligibles pour MERIT-HF
 - 25% étaient éligibles pour RALES

Masoudi: *Am Heart J* 2003;146:250

Etudes de mortalité: Moyenne d'âge

- SOLVD Prevention: 59 ans
- SOLVD Treatment: 61 ans
- VeHeFT-II: 60 ans
- SAVE: 59 ans
- AIRE: 65 ans
- TRACE: 67 ans
- DIG: 63 ans
- **RALES: 65 ans**
- CIBIS II: 61 ans
- MERIT-HF: 64 ans
- COPERNICUS: 63 ans
- Val HeFT: 63 ans
- CHARM-added: 64 ans
- CHARM-preserved: 67 ans

Hyperkalaemia and impaired renal function in patients taking spironolactone for congestive heart failure: retrospective study

Mervin Sorenson, Fran Gustafsson, Seem Galatta, Per R. Hildebrandt, Dan Aziz

BMJ 2003;327:1141-2

Comment

Taking spironolactone for congestive heart failure is associated with considerably more frequent side effects than previously thought. Age, lower LVEF, and higher NYHAFc are predictors of hyperkalaemia and azotaemia.

N Engl J Med 2003;348:2007-18.

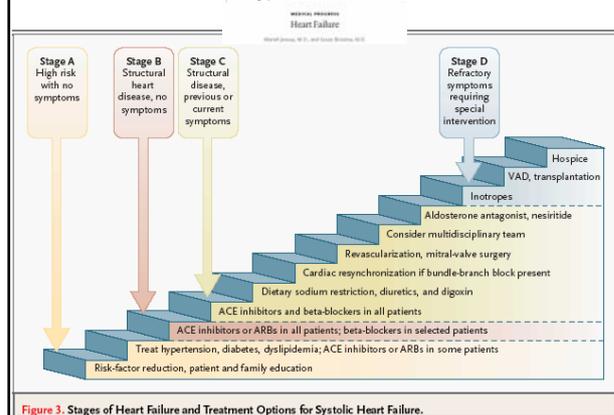
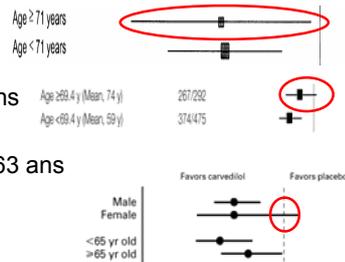


Figure 3. Stages of Heart Failure and Treatment Options for Systolic Heart Failure.

Bêta-bloquants

- CIBIS II: 61 ans
Bisoprolol
- MERIT-HF: 64 ans
Métoprolol
- COPERNICUS: 63 ans
Carvédilol



Inclusion aux grandes études:
L'exemple de l'insuffisance cardiaque

COMORBIDITES (pourcentage)

Démence	36
Chutes	30
Diabète	23
Anémie	20
BPCO	19
Dépression	17
Cancer	9
Parkinson	4
Néphropathie	1

Gambassi G ; *Am Heart J* 2000 ; 139 : 85 - 93

**Inclusion aux grandes études:
L'exemple de l'insuffisance cardiaque**

- Donc pour le traitement de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé, le clinicien est en permanence hors AMM

Traitement anticoagulant dans la fibrillation auriculaire

La FA est un modèle de la problématique bénéfique risque car

- Le risque d'AVC est bien connu mais variable selon certains facteurs de risques dont l'âge...
- Les effets secondaires des AVK sont aussi bien connus mais variables selon certains facteurs de risques dont l'âge...

ORIGINAL CONTRIBUTION

A Risk Score for Predicting Stroke or Death in Individuals With New-Onset Atrial Fibrillation in the Community The Framingham Heart Study

Thomas J. Wang, MD
Joseph M. Massaro, PhD
Daniel Levy, MD
Ramachandran S. Vasan, MD
Philip A. Wolf, MD
Ralph B. D'Agostino, PhD
Martin C. Larson, ScD
William B. Kannel, MD
Emelia J. Benjamin, MD, ScM

Context Prior risk stratification schemes for atrial fibrillation (AF) have been based on randomized trial cohorts or Medicare administrative databases, have included patients with established AF, and have focused on stroke as the principal outcome.

Objective To derive risk scores for stroke alone and stroke or death in community-based individuals with new-onset AF.

Design, Setting, and Participants Prospective, community-based, observational cohort in Framingham, Mass. We identified 868 participants with new-onset AF, 70% of whom were not treated with warfarin at baseline. Risk scores for stroke (ischemic or hemorrhagic) and stroke or death were developed with censoring when warfarin initiation occurred during follow-up. Event rates were examined in low-risk individuals, as defined by the risk score and 4 previously published risk schemes.

Main Outcome Measures Stroke and the combination of stroke or death.

Results During a mean follow-up of 4.0 years free of warfarin use, stroke alone occurred in 83 participants and stroke or death occurred in 92 participants. A risk score for stroke was derived that included the following risk predictors: advancing age, female sex, increasing systolic blood pressure, prior stroke or transient ischemic attack and diabetes. With the risk score, 4.8 3% of the cohort had a predicted 5-year stroke...

Figure 1. Risque prévisible d'AVC à 5 ans.

Etape 1		Etape 4		Risque prévisible d'AVC à 5 ans	
Age, années	Points	Diabète	Points	Total des points	Risque à 5 ans, %
55-59	0	Non	0	0-1	5
60-62	1	Oui	5	2-3	6
63-66	2			4	7
67-71	3			5	8
72-74	4			6-7	9
75-77	5			8	11
78-81	6			9	12
82-85	7			10	13
86-90	8			11	14
91-93	9			12	16
> 93	10			13	18
				14	19
				15	21
				16	24
				17	26
				18	28
				19	31
				20	34
				21	37
				22	41
				23	44
				24	48
				25	51
				26	55
				27	59
				28	63
				29	67
				30	71
				31	75

Etape 2: Sexe (Masculin: 0, Féminin: 6)
Etape 3: Pression artérielle systolique (mm Hg) (< 120: 0, 120-139: 1, 140-159: 2, 160-179: 3, > 179: 4)
Etape 4: Diabète (Non: 0, Oui: 5)
Etape 5: Antécédents d'AVC ou d'AIT (Non: 0, Oui: 6)
Etape 6: Additionner les points des étapes 1 à 5. Consulter le tableau pour évaluer le risque prévisible d'AVC à 5 ans.

L'estimation du risque à partir du nombre de points est une approximation de la fonction plus précise, en équation, disponible sous forme d'un tableau Excel sur <http://www.nhbi.nih.gov/about/framingham/stroke/stroke1>. L'évaluation en points peut différer de celle obtenue par l'équation, surtout pour des patients avec une association inhabituelle de caractéristiques cliniques. AVC, accident vasculaire cérébral; AIT, accident ischémique transitoire.

Beyth RJ, Quinn ML, Landefeld S. Prospective Evaluation of an Index for Predicting the Risk of Major Bleeding in Outpatients Treated with Warfarin. Am J Med 1998;105:91-9.

Même risque que AVC!

1. Âge ≥ 65 ans ; HR = 2,7
2. Antécédent d'AVC ; HR = 2,6
3. Antécédent d'hémorragie GI ; HR = 2,5
4. L'un des facteurs suivants : antécédent d'un infarctus du myocarde et/ou un Hctc < 30 % et/ou Cr > 1,5 mg/dl et/ou un diabète ; HR = 2,2

Faible risque (sans aucun facteur)
Risque modéré (1 ou 2 facteurs de risque)
Haut risque (≥ 3 facteurs de risque)

Tableau 4
Évaluation du risque et du bénéfice chez les patients en fibrillation auriculaire

Risque thrombotique - accident vasculaire cérébral - (calculé à partir de la stratification CHADS2 avec une réduction relative du risque de 64 %)

Score du patient	Incidence annuelle (%)	NNT
0	1,9	82
1	2,8	56
2	4,0	39
3	5,9	26
4	8,5	18
5	12,5	11
6	18,2	6

Risque hémorragique - hémorragie majeure - (calculé à partir de la classification de Beyth et al.)

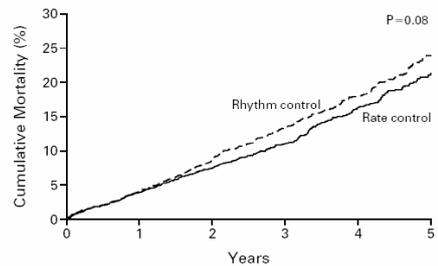
Score du patient	Incidence annuelle (%)	NNH
Faible risque (sans facteurs de risque)	3	33
Risque modéré (1 ou 2 facteurs de risque)	12	8
Haut risque (≥ 3 facteurs de risque)	48	2

A COMPARISON OF RATE CONTROL AND RHYTHM CONTROL IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

THE ATRIAL FIBRILLATION FOLLOW-UP INVESTIGATION OF RHYTHM MANAGEMENT (AFFIRM) INVESTIGATORS*

None of the presumed benefits of rhythm control noted above were confirmed in this study. The implication is that rate control should be considered a primary approach to therapy and that rhythm control, if used, may be abandoned early if it is not fully satisfactory. Our data also suggest that continuous anticoagulation is warranted in all patients with atrial fibrillation and risk factors for stroke, even when sinus rhythm appears to be restored and maintained.

N Engl J Med, Vol. 347, No. 23 · December 5, 2002



No. OF DEATHS	number (percent)					
	0	80 (4)	175 (9)	257 (13)	314 (18)	352 (24)
Rhythm control	0	80 (4)	175 (9)	257 (13)	314 (18)	352 (24)
Rate control	0	78 (4)	148 (7)	210 (11)	275 (16)	306 (21)

Figure 1. Cumulative Mortality from Any Cause in the Rhythm-Control Group and the Rate-Control Group. Time zero is the day of randomization. Data have been truncated at five years.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

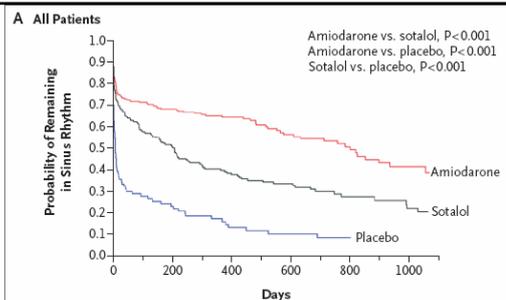
ORIGINAL ARTICLE

Amiodarone versus Sotalol for Atrial Fibrillation

Bramah N. Singh, M.D., D.Sc., Steven N. Singh, M.D., Domenic J. Reda, Ph.D., X. Charlene Tang, M.D., Ph.D., Becky Lopez, R.N., Crystal L. Harris, Pharm.D.,

Sotalol Amiodarone Atrial Fibrillation Efficacy Trial (SAFE-T)

N Engl J Med 2005;352:1861-72.



No. at Risk	0	200	400	600	800	1000
Amiodarone	206	131	98	60	38	18
Sotalol	195	97	61	38	21	13
Placebo	90	21	11	8	5	2

Figure 2. Kaplan-Meier Estimates of the Time to Recurrence of Atrial Fibrillation among Patients in Whom Sinus Rhythm Was Restored on Day 28.

Table 1. Baseline Characteristics of the Patients.*

Characteristic	Amiodarone Group (N=267)	Sotalol Group (N=261)	Placebo Group (N=137)	P Value†
Age—yr	67.1±9.4	66.8±8.9	67.7±9.8	0.68
Male sex—no. (%)	265 (99.3)	257 (98.5)	136 (99.3)	0.27

ORIGINAL INVESTIGATION

Oral Cyanocobalamin Supplementation in Older People With Vitamin B₁₂ Deficiency

A Dose-Finding Trial

Simone J. P. M. Eussen, MSc; Lisette C. P. G. M. de Groot, PhD; Robert Clarke, MD; Jörn Schneede, MD; Per M. Ueland, MD; Willibrord H. L. Hoefnagels, MD, PhD; Wija A. van Staveren, PhD

Arch Intern Med. 2005;165:1167-1172

Daily doses of 647 to 1032 µg of cyanocobalamin

Conclusion: The lowest dose of oral cyanocobalamin required to normalize mild vitamin B₁₂ deficiency is more than 200 times greater than the recommended dietary allowance, which is approximately 3 µg daily.

Vitamin E and Donepezil for the Treatment of Mild Cognitive Impairment

Ronald C. Petersen, Ph.D., M.D., Ronald G. Thomas, Ph.D., Michael Grundman, M.D., M.P.H.

N Engl J Med 2005;352.

CONCLUSIONS

Vitamin E had no benefit in patients with mild cognitive impairment. Although after three years, the rate of progression to Alzheimer's disease was not lower among patients treated with donepezil than among those given placebo, donepezil therapy was associated with a lower rate of progression to Alzheimer's disease during the first 12 months of treatment.

Role of multivitamins and mineral supplements in preventing infections in elderly people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials

Alia El-Kadiki, Alexander J Sutton

BMJ 2005;330;871-; originally published online 31 Mar 2005;

Conclusion The evidence for routine use of multivitamin and mineral supplements to reduce infections in elderly people is weak and conflicting. Study results are heterogeneous, and this is partially confounded by outcome measure.

Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): a multicentre randomised controlled trial

Lancet 2005; 365: 755-63

The FOOD Trial Collaboration*

Interpretation We could not confirm the anticipated 4% absolute benefit for death or poor outcome from routine oral nutritional supplements for mainly well nourished stroke patients in hospital. Our results would be compatible with a 1% or 2% absolute benefit or harm from oral supplements. These results do not support a policy of routine oral supplementation after stroke.

Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial

The FOOD Trial Collaboration*

Interpretation Early tube feeding might reduce case fatality, but at the expense of increasing the proportion surviving with poor outcome. Our data do not support a policy of early initiation of PEG feeding in dysphagic stroke patients.

Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial

Lancet 2005; 365: 764-72

The FOOD Trial Collaboration*

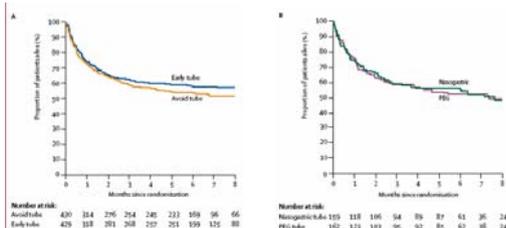


Figure 5: Kaplan-Meier survival curves (A) early versus avoid and (B) PEG versus nasogastric tube.

Prise en charge des cancers solides et des hémopathies malignes du sujet âgé : l'oncogériatrie, une discipline en devenir. Seconde partie : traitement des cancers solides (partie 2) et des hémopathies malignes du sujet âgé

S. Ladoire ^{1,2,3,4}, F. Chiringhelli ^{5,6,7}, P. Manckoundia ⁸, R.O. Casanovas ⁹, E. Sotary ^{10,11}, J.F. Besancenot ², P. Pfitzenmeyer ²

la revue de
médecine interne

PNEUMONIE ET IPP

Albumin, Length of Stay, and Proton Pump Inhibitors: Key Factors in *Clostridium difficile*-Associated Disease in Nursing Home Patients

Farah Ibrahim J. Al-Turabi, MD, Ali Hassan, MD, Gisela Wolf-Klein, MD, and Henry Jacobberg, PhD
(J Am Med Dir Assoc 2005; 6: 105-108)

Objectives: To identify risk factors for *Clostridium difficile*-associated disease (CDAD) in nursing home patients.

The third significant risk factor was the use of proton pump inhibitors, 60% versus 32%, respectively (2 4.137; df 1; P .05). Levofloxacin was the most frequently prescribed antibiotic (37%).

VACCIN CHEZ L'ENFANT DIMINUTION DES PNEUMONIES CHEZ LES SENIORS

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1828 MAY 1, 2003 VOL. 348 NO. 18

Decline in Invasive Pneumococcal Disease after the Introduction of Protein-Polysaccharide Conjugate Vaccine

Cynthia G. Whitney, M.D., M.P.H., Monica M. Farley, M.D., James Hadler, M.D., M.P.H., Lee H. Harrison, M.D., Nancy M. Bennett, M.D., Ruth Lynfield, M.D., Arthur Reingold, M.D., Paul R. Cieslak, M.D., Tamara Pilishvili, M.P.H., Delois Jackson, M.S.A., Richard R. Facklam, Ph.D., James H. Jorgensen, Ph.D., and Anne Schuchat, M.D., for the Active Bacterial Core Surveillance of the Emerging Infections Program Network

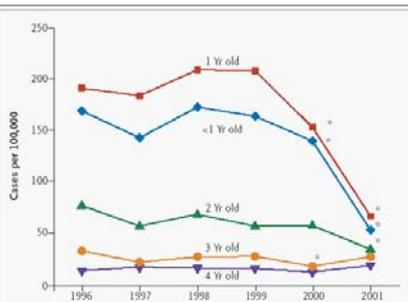


Figure 1. Rates of Invasive Pneumococcal Disease among Children under Five Years Old, According to Age and Year.
Data are from the Active Bacterial Core Surveillance from 1996 through 2001. The 1996 and 1997 rates do not include data from New York State. Asterisks indicate P<0.05 for comparisons of the rate in 2000 or 2001 with the combined rate for 1998 and 1999.

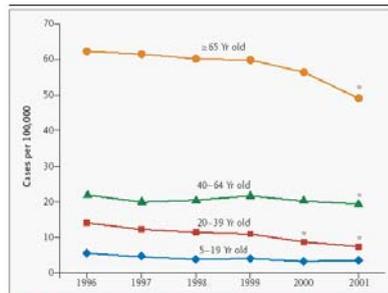


Figure 3. Rates of Invasive Pneumococcal Disease among Persons at Least Five Years Old, According to Age Group and Year.
Data are from the Active Bacterial Core Surveillance from 1996 through 2001. The 1996 and 1997 rates do not include data from New York State. Asterisks indicate P<0.05 for comparisons of the rate in 2000 or 2001 with the combined rate for 1998 and 1999.

Obesite Fragilite

CHOLESTÉROL NOUVELLE RECOMMANDATION

Community-acquired meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: an emerging threat

Nicola Zetola, John S Francis, Eric L Nuermberger, William R Bishoi

Lancet Infect Dis 2005;
5: 275-86

New strains of *S aureus* displaying unique combinations of virulence factors and resistance traits have been associated with high morbidity and mortality in the community. Severe invasive pulmonary infections in young, otherwise healthy people have been particularly noteworthy.

Community-acquired pneumonia as the initial manifestation of serious underlying diseases

Miquel Falguera, MD,^a Mariela Martín, MD,^a Agustín Ruiz-González, MD,^a Ricard Pifarré, MD,^a Mercè García, MD^b

ORIGINAL INVESTIGATION

A Prescribing Cascade Involving Cholinesterase Inhibitors and Anticholinergic Drugs

Sudeep S. Gill, MD, MS, FRCPC; Muhammad Mandani, PharmD, MA, MPH; Gary Naglie, MD, FRCPC; David L. Streiner, PhD; Susan E. Bromhill, PhD; Alexander Kopp, BS; Kenneth I. Shulman, MD, SM, FRCPC; Philip E. Lee, MD, FRCPC; Paula A. Rochon, MD, MPH, FRCPC

Arch Intern Med. 2005;165:808-813

Methods: A population-based retrospective cohort study was carried out in Ontario, Canada. Participants included 44884 older adults with dementia (20491 were dispensed a cholinesterase inhibitor and 24393 were not), enrolled between June 1, 1999, and March 31, 2002. Sub-

- Adults with dementia who were dispensed cholinesterase inhibitors had an increased risk of subsequently receiving an anticholinergic drug (4.5% vs 3.1%; $P < .001$; adjusted hazard ratio, 1.55; 95% confidence interval, 1.39- 1.72), relative to those not receiving cholinesterase inhibitors.

Affiche Vaccin Pneumocoque



La tenue d'un agenda
en hôpital de jour

Mme C. TERRAT
CHU St-Étienne

25èmes Journées Annuelles de Formation de l'APHJPA
Nîmes 16 et 17 juin 2005

AIDE A L'UTILISATION D'UN AGENDA EN HOPITAL DE JOUR

Dr Catherine TERRAT
Cécile LEBRUN-GIVOIS Neuropsychologue
Hôpital de la Charité CHU de St ETIENNE

Hôpital de jour psycho-gériatrique Fougerolle
Service de gérontologie clinique
Hôpital de la Charité
CHU de St ETIENNE

Maladies d'Alzheimer et apparentées
Diagnostic (parfois), évaluation pluridisciplinaire
File active 26 patients, soins de suite
Elaboration et démarrage d'un projet de soin individualisé

OBJECTIFS

- Optimiser le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne en mettant à profit des fonctions préservées.
- Palier les déficits, réduire leur impact dans la vie quotidienne.
- Améliorer, préserver l'autonomie à un moment de la maladie.

PERTINENCE DE CE TYPE D'INTERVENTION

Postulat initial :

Notion de plasticité cérébrale → potentiel de réorganisation fonctionnelle, à partir de ressources résiduelles préservées

Notion d'hétérogénéité du déclin cognitif :

- fonctions atteintes
- fonctions plus préservées
- niveau d'expertise antérieur

Repérage et exploitation des facteurs pouvant participer à l'optimisation des capacités :

- Ressources attentionnelles
- Aptitude d'apprentissage
- Aménagement de l'environnement

→ travail de soutien
de réassurance
d'optimisation
de revalidation, de réhabilitation

Peu de travaux scientifiques

PLACE

→ Dans une prise en soins globale

- Du patient manifestations cognitives,
comportementales,
vie psychique
- De son entourage

MODALITES PRATIQUES

Le patient :

conscience des troubles, implication intérêt, besoin, motivation, information (maladie, proposition de soin)

Maladie très débutante, débutante

MMS entre 21 et 26

Grober et Buschke entre 22 et 34

Mémoire procédurale préservée

Troubles modestes dans les autres domaines notamment :

Langage : oral, écriture, lecture + + +

Jugement, raisonnement + + +

Fonctions exécutives + + +

Importance d'une habitude antérieure d'utilisation de l'écrit

Stratégie de notes

De longue date personnelle

Amorcée au début des troubles

Critères de non inclusion :

- Troubles attentionnels importants
- Troubles psycho-comportementaux

Scores bruts des tests ne sont :

Ni des limites absolues (ajustements)

Ni les seuls critères à considérer

Neuropsychologue :

temps individuel

connaissance globale du patient : - neuropsychologique
- psychologique

□ Entourage :

relais
pas toujours présent
prudence dans certains contextes

PROTOCOLE

- Temps individuel
- Une demi heure par semaine
- Même lieu
- Même jour, même heure
- Même intervenant
- Réadapté à chaque patient

1^{ère} SEANCE

= Prise de contact

- Présentation intervenant
- Présentation de la proposition de travail
- Choix du support

SEANCES D'APPRENTISSAGE

* Nombre variables selon le patient

* Débutent toutes par :

le rappel des objectifs du travail
le rappel de la technique
un travail de repérage dans l'agenda
une réorientation dans le temps

* Travail d'enregistrement d'une information :

en virtuel

8 à 10 rendez-vous virtuels, un à un systématisation de où ?

quand ?

pourquoi ?

Vérification de la capacité du patient à se relire, retrouver les informations notées, vérifier les informations notées

Quand cette phrase est acquise on peut aborder l'étape suivante :

* Travail d'automatisation :

rendez-vous virtuels avec informations manquantes
automatisation de l'auto-vérification

SEANCES DE CONSOLIDATION

* Travail d'automatisation des procédures :

→ routine de vie quotidienne

développement de séquences comportementales stéréotypées d'utilisation, de consultation du support

travail sur des évènements réels : rendez-vous, évènements de vie

où ? quand ? pourquoi ?

stratégie de recherche

consultation systématique

BENEFICES

* pour le patient :

- temporalité
- autonomie
- anxiété
- attention
- revalorisation
- position active

* pour son entourage :

meilleure acceptation des troubles aide, « béquille » dans le quotidien amélioration de la communication

LIMITES

- Impact difficile à mesurer
- Très petit nombre de patients (pour le protocole exposé ici)
- Prise en soin globale multidisciplinaire
- Coût

- Evolutivité, adaptation, accompagnement
- Ajustement de l'utilisation de l'outil à des stades plus évolués de la maladie
- Support plus ouvert

- Mémoire du quotidien « livre de vie »

AIDE A L'UTILISATION D'UN AGENDA EN HÔPITAL DE JOUR

Dr Catherine TERRAT
Cécile LEBRUN - GIVOIS Neuropsychologue
Hôpital de jour psychogériatrique Fougerolle
Hôpital de La Charité CHU de St ETIENNE



- Maladies d'Alzheimer et apparentées
- File active 26 patients, soins de suite
- Diagnostic (parfois)
- Évaluation pluridisciplinaire
- Élaboration et démarrage d' un projet de soin individualisé

OBJECTIFS

- Optimiser le fonctionnement de la personne dans la vie quotidienne en mettant à profit des fonctions préservées.
- Pallier les déficits, réduire leur impact dans la vie quotidienne.
- Améliorer, préserver l'autonomie à un moment de la maladie.



PERTINENCE DE CE TYPE D'INTERVENTION

- Postulat initial :

Notion de plasticité cérébrale
→ Potentiel conservé de réorganisation fonctionnelle cérébrale à partir de ressources résiduelles préservées



- Notion d'hétérogénéité du déclin cognitif :

D'un patient à l'autre
Pour un même patient
Détérioration pas toujours homogène
Fonctions atteintes
Fonctions plus préservées
Niveau d'expertise antérieur



- Repérage et exploitation des facteurs pouvant participer à l'optimisation des capacités:

Ressources attentionnelles
Aptitudes d'apprentissage
Aménagement de l'environnement





- Approche cognitive
- Une sollicitation adaptée des fonctions préservées induit leur renforcement

- Travail de revalidation, de réhabilitation, d'optimisation, de réassurance = soutien

Peu de travaux scientifiques



PLACE

- Dans une prise en soin globale :

Du patient manifestations cognitives
comportementales
vie psychique

De son entourage

« INDICATIONS »

1. Le patient :

- Motivation, demande
Conscience des troubles, implication
Intérêt, besoin, lien à la vie quotidienne
Information (maladie, proposition de soin)



- Maladie très débutante, débutante
MMS entre 21 et 26

Troubles de mémoire de niveau débutant à moyen
Grober Buschke entre 22 et 34

Mémoire procédurale préservée



- Troubles modestes dans les autres domaines notamment :

Langage : oral ; écrit : écriture, lecture +++
Jugement, raisonnement +++
Fonctions exécutives +++



- Importance d'une habitude antérieure :

D'utilisation de l'écrit
D'une stratégie de notes

Soit de longue date personnelle
professionnelle
Soit amorcée au début des troubles



- 
- Critères de non inclusion :

Troubles attentionnels importants
Troubles psycho comportementaux importants...



2. Neuropsychologue :

Temps individuel
Connaissance globale du patient
neuropsychologique
psychologique



3. Entourage :

Relais
Pas toujours présent
Prudence dans certains contextes



PROTOCOLE

- Temps individuel
- ½ heure par semaine
- Même lieu
- Même jour, même heure
- Même intervenant
- Réadapté à chaque patient



1 ère Séance

= Prise de contact

- Présentation intervenant
- Présentation de la proposition de travail
- Choix du support



Séances d'apprentissage

- ❖ Nombre variable selon le patient
- ❖ Débutent toutes par :

Le rappel des objectifs du travail
Le rappel de la technique
Un travail de repérage dans l'agenda
Une réorientation dans le temps



❖ Travail d'enregistrement d'une information :

En virtuel

8 à 10 rendez-vous virtuels, un à un

Systematisation de où ?

quand ?

pourquoi ?



Vérification de la capacité du patient à :

Se relire

Retrouver les informations notées

Vérifier les informations notées

Quand cette phase est acquise on peut aborder l'étape suivante :



❖ Travail d'automatisation :

Rendez-vous virtuels avec informations manquantes

Automatisation de l'auto-vérification



SEANCES DE CONSOLIDATION

❖ Travail d'automatisation des procédures :

→ Routine de vie quotidienne

= Développement de séquences comportementales stéréotypées :

D'utilisation

De consultation du support



Travail sur des événements réels :

Rendez-vous

Évènements de vie

Où ? Quand ? Pourquoi ?

Stratégie de recherche

Consultation systématique



BENEFICES

➤ Pour le patient : temporalité
autonomie
anxiété
attention
revalorisation
position active



➤ Pour son entourage :

meilleure acceptation des troubles
aide, « béquille » dans le quotidien
amélioration de la communication



LIMITES

- Impact difficile à mesurer
- Très petit nombre de patients
- Prise en soin globale multidisciplinaire
- Coût



- Évolutivité, adaptation, accompagnement
- Ajustement de l'utilisation de l'outil à
des stades plus évolués de la maladie
→ support plus ouvert
- Mémoire du quotidien, « livre de vie » ...

Apport de la scintigraphie cérébrale
et de la neuropsychologie
dans le diagnostic différentiel
des démences de la personne âgée

Dr L. VOLPE-GILLOT

Hôpital ND du Bon Secours Paris

Apport de la scintigraphie cérébrale et de la neuropsychologie dans le diagnostic différentiel des démences de la personne âgée

25èmes Journées annuelles de formation de l'APHJPA
17 juin 2005

Dr L. VOLPE-GILLOT
Centre mémoire
Hôpital Notre-Dame de Bon Secours, Paris

Intérêts d'un diagnostic

- Expliquer les symptômes actuels
- Anticiper ceux à venir
- Verbaliser les problèmes et communiquer
- Prendre les dispositions nécessaires
- Proposer 1 thérapeutique et anticiper la réponse au traitement : des traitements utilisés dans une pathologie ne sont pas sans risque dans d'autres
- Evaluer un « pronostic »
- Or pas de diagnostic de certitude mais probabilité sur un faisceau d'arguments => Nécessité d'outils

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Des mémoires



- Il n'existe pas « une » mais « des » mémoires, qui peuvent être atteintes de manière dissociée.

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Mémoire à long terme

- Mémoire déclarative (explicite)
 - Mémoire épisodique
 - Mémoire événementielle concernant aussi bien l'histoire personnelle d'un sujet (mémoire autobiographique) que celle de son environnement, peut concerner des faits récents ou anciens, avec une référence spatio-temporelle
 - Mémoire sémantique :
 - corpus des connaissances d'un individu affranchies de toute référence spatio-temporelle, gérant aussi le sens des mots et des informations
- Mémoire non déclarative (implicite)
 - Mémoire procédurale (savoir-faire)

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Etapes de mémorisation

- **Codage des informations, mémorisation :**
Rôle des mécanismes psychologiques pour favoriser ou inhiber cette mise en mémoire.
- **Stockage :**
L'information peut avoir tendance à s'effacer avec le temps ou à se consolider (maintenance du stock).
Rôle du sommeil, en particulier paradoxal.
- **Rappel, évocation, remémoration :**
Facilitation du rappel par le contexte.
Rôle important des sentiments, des émotions, de l'ambiance.
La reconnaissance d'un souvenir est très lié aux indices qui l'accompagnent.

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Le test de Grober et Buschke

- Apprentissage **contrôlé** d'une liste de 16 mots, en utilisant des indices sémantiques
- Rappel immédiat
- 3 rappels libres et indicés (pour les mots non rappelés)
- Rappel différé à 20 minutes et reconnaissance
- => **Profil de la MA** : difficultés de stockage (mais aussi d'encodage) => difficultés d'apprentissage, peu d'aide de l'indicé, troubles de la consolidation avec un taux d'oubli en différé
- => en opposition à un **profil sous-cortico-frontal** où il y a un déficit surtout de récupération de l'information

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Place du bilan neuropsychologique

- **Le profil mnésique**
 - Cortical
 - Sous-cortico-frontal
- => **profil de la démence**
 - Cortical type MA
 - Sous cortico-frontal type DFT, vasculaire, PSP ...
 - Cortico-sous cortical type DCL, mixte ...
- **Une atteinte corticale autre que mnésique**

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Qu'examine-t-on outre la mémoire?

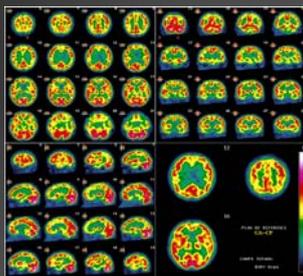


- L'attention
- Le langage
- Les praxies
- Les gnosies
- Le raisonnement, le jugement, les fonctions exécutives
- Le comportement

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Scintigraphie cérébrale

- Il existe un profil particulier d'hypométabolisme (d'hypoperfusion) dans la MA concernant surtout les régions temporo-pariétales associatives, le gyrus cingulaire postérieur et de manière moins marquée le cortex frontal.
- Ce profil est différent, par exemple, de celui observé dans les pathologies fronto-temporales, au moins en début de maladie.



L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Mme Le J. Marcelle, 90 ans

- **ATCD**
- **Adressée pour diagnostic étiologique de démence.**
Doit être aidée pour la toilette et pour s'habiller. Elle marche avec un déambulateur. Elle explique qu'elle vit « comme un petit animal ».
- **Mode de vie :** elle a été vendeuse en alimentation. Elle n'a plus de famille. Elle vit dans une MdR médicalisée depuis avril 2001.
- Bilan en 1998 ?
- Hospitalisée entre oct 2000 et janvier 2001 ?
- Avril 2001 : **MMS 19/30**, désorientation temporo-spatiale, « troubles du langage avec persévérations, logorrhée ... », chutes fréquentes
- Moral « moyen » avec quelques troubles du sommeil

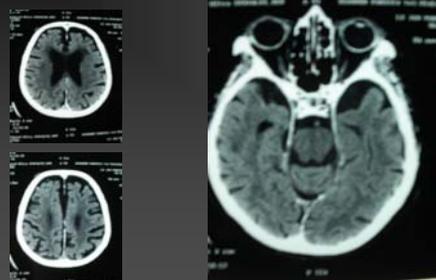
L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Tests en consultation et évolution

- **MMS 12/30**
 - OTS 2/10, 0 pt au calcul, au rappel, à la répétition, exécution ordre écrit
- **Epreuve de l'horloge échouée**
- **Epreuve des 5 mots 4/10**
 - 4 essais pour encoder les 5 mots
- **Evolution à 6mois :**
 - Cardiopathie ischémique avec AC/FA paroxystique et maladie rythmique auriculaire appareillée avec un PM double chambre
- => **MMS à 15/30** avec OTS à 3/10
- La patiente ne réussit pas à encoder les 5 mots

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

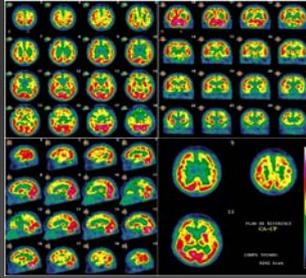
Mme Le J. Marcelle, scanner cérébral



L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Scintigraphie cérébrale (99mTc-ECD)

- Diminution franche de la perfusion du cortex associatif frontal, plus marquée au niveau méstral et à gauche, incluant les pôles temporaux.
- Hypoperfusion pariétale gauche et un aspect aminci des structures temporales internes.
- Au total : **Net gradient de perfusion au dépens des régions antérieures en faveur d'une DFT**
 - Dr M.O. Habert, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris



L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Les limites des profils « types »

- Gravité de la maladie
 - Atteinte cognitive diffuse et moins « spécifique » de l'étiologie
- Formes particulières (f. frontale de MA)
- Interprétation difficile des tests chez certains patients (psy, langage ...)
- Scinti : extension et variabilité de l'atteinte d'un patient à l'autre
- => **Difficultés d'analyse d'autant plus marquées que atypies cliniques : l'atypie clinique est retrouvée sur l'imagerie** (versus cas typiques utilisés dans les études d'imagerie de la littérature)

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Diagnostic différentiel DTA/vf DFT

- **52 scintis patients de 70 ans et plus, MMS>17 et bilan neuropsych**
- => **19 scintis évocatrices de DFT**
- => **15 de DTA**
- => **mais sur 18 on ne peut trancher**

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Importance du suivi et réflexion sur les pratiques

- Place de la comorbidité et des facteurs « interférant »
- Questions sur les traitements et leurs effets
- Connaissance d'une variabilité dans la vitesse d'évolution et le profil des patients au sein d'une même pathologie
- => Il est important d'associer à l'analyse des profils, celle de l'évolution, en tenant compte des tests, de l'imagerie et aussi de « l'impression globale » de la famille, du médecin et de l'équipe soignante et de la réponse au traitement
- => Il est important de continuer de réfléchir sur les pratiques et notamment les outils diagnostiques en intégrant les facteurs de diversité et de variabilité et ce d'autant qu'on proposera des thérapeutiques ciblées à l'avenir

L. Volpe Gillot, 17 juin 2005

Évaluation des bilans d'ostéoporose en hôpital de jour

Dr V. TRICHET-LLORY

Hôpital ND du Bon Secours Paris

Bilan d'ostéoporose en hôpital de jour

Dr V. Trichet Llory

Hôpital Notre Dame de Bon Secours, Paris

Définition

- Maladie diffuse du squelette avec **diminution de la masse osseuse et altération de la micro architecture** responsable d'une augmentation de la fragilité osseuse et du risque de fracture.
 - 30% des femmes **ménopausées**.
 - 50 % des femmes **après 80 ans**.
- La chute de la masse osseuse survient surtout dans les **2 à 3 premières années de la ménopause**.
- **A partir de 50 ans**, le risque de fracture est évalué à :
 - 17 % pour l'extrémité supérieure du fémur
 - 16 % pour les tassements vertébraux
 - 16 % pour le poignet

Activité en progression

Densité osseuse	2002	2003	2004
Normale	84	61	90
Ostéoporose fracturaire post ménopausique	0	1	11
Ostéoporose post ménopausique	5	9	49
Ostéopénie	0	5	116
Au total	89	76	266

Caractéristiques de la population

- 100 % de femmes
- Moyenne d'âge de **61 ans** allant de 47 à 75 ans
- Patientes adressées essentiellement par **2 gynécologues**
- Répartition des résultats du bilan pour l'année 2004 :
 - 43 % Ostéopénie
 - 34 % Densité minérale osseuse normale
 - 19 % Ostéoporose post ménopausique
 - 4 % Ostéoporose fracturaire post ménopausique
- Soit 66 % de résultats pathologiques

En pratique : indication des bilans demandés

- ATCD personnel de fracture
- Avant l'arrêt du THS
- Avant l'introduction du THS en cas de risque potentiel
- Pour apprécier la balance bénéfice – risque du THS



Recommandations de l'ANAES

- DMO **recommandée** chez la femme ménopausée en cas de :
 - - Fracture vertébrale sans traumatisme ni tumeur évident
 - - ATCD de fracture périphérique sans traumatisme majeur (sauf crâne, doigt, orteils, rachis cervical)
 - - Pathologies ostéopéniantes
- DMO **proposée** si :
 - - ATCD de fracture sans traumatisme majeur chez un parent du 1er degré
 - - IMC < 19 kg /m²
 - - Ménopause avant 40 ans
 - - Corticothérapie au début du traitement si durée > 3 mois consécutifs et à une dose > 7.5 mg équivalent prednisone.

Déroulement type de la prise en charge

- accueil par IDE à 8H30
- mesure de la taille et du poids
- prise sang et 1er recueil des urines
- ECG
- Alitement pendant 1 Heure
- 2ème recueil des urines
- interrogatoire et examen clinique par un médecin gériatre avec rédaction d'un dossier type
 - ATCD personnels médicaux chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, ATCD familiaux, Habitus, recherche de facteurs de risque d'ostéoporose...
- Ostéodensitométrie
- Rédaction d'un CRH pour le médecin adresseur



Dossier type

- Calcul du BMI
- ATCD personnels médicaux et chirurgicaux
- ATCD **gynéco-obstétricaux**
 - âge de la puberté et de la ménopause, nombre de grossesse, THS...
- ATCD familiaux (ostéoporose, fractures...)
- Habitus
 - activité professionnelle, tabac, alcool, activité physique, café, laitages
- Recherche de facteurs de risque d'ostéoporose
 - dysthyroïdie, immobilisation prolongée, anorexie ou malnutrition, corticoïdes ...

Ostéodensitométrie

- C'est la mesure de la densité osseuse appréciée par **absorptiométrie à rayons X** ou DEXA.
- **T score** => femme de 30 ans
- **Z score** => femme du même âge
- Résultats
 - - normale si T score > - 1
 - - ostéopénie si - 2.5 > T score > - 1
 - - ostéoporose si T score < - 2.5
- Examen caractérisé par sa **simplicité**, sa **rapidité** (qq minutes), son **innocuité** (faible irradiation), sa **précision** et sa **reproductibilité**.
- L'examen n'est pas inscrit à la nomenclature et n'est donc **pas remboursé**. Son prix est variable selon les centres de 25 à 200 euros.

Radiographies

- Pas recommandées si ostéoporose non fracturaire sauf si :
 - suspicion de TV
 - diminution de taille (à partir de -3cm)
 - modification de la courbure du rachis.
- En cas de calcifications aortiques sévères ou TV ou arthrose
=> il existe un risque de surestimation à la DMO.

Marqueurs biologiques

- **Formation osseuse**
 - Sang
 - Ostéocalcine
 - Phosphatases alcalines osseuses et totales
 - Propeptide N et C term du procollagène type I (PICP et PINP)
- **Résorption osseuse**
 - Sang
 - CTX (collagène cross links)
 - Phosphatases acides
 - Urines
 - CTX et NTX (télopeptide du collagène type I)
 - Hydroxyprolinurie
 - Désoxyypyridinoline et pyridinoline libres
 - Calcium

Traitement

- Calcium
- Vitamine D
- Biphosphonates
- Traitement hormonal substitutif
- PTH

Conclusion

- Indications parfois critiquables mais bénéfice pour le patient
- Réponse à une demande croissante
- Politique de prévention
 - lutte contre les fractures et la dépendance
- Rôle d'éducation