

## **ETRE THERAPEUTIQUE EN HOPITAL DE JOUR POUR PERSONNES AGEES**

### **Le point de vue d'un médecin conseil de l'Assurance maladie**

Dr G. SORGES DA SILVA

Qu'est-ce qu'être thérapeutique ?

L'hôpital de jour pour personnes âgées, par ses objectifs, est thérapeutique :

- ▶ il évite la rupture avec le milieu social pendant la durée des soins
- ▶ il évite ou raccourcit des hospitalisations traditionnelles
- ▶ le service rendu est modulable selon le rythme hebdomadaire nécessaire au malade : il permet une graduation des soins.
- ▶ il correspond à un soin de proximité
- ▶ la dissociation de la fonction médicale et de la prestation hôtelière correspond bien à un besoin intermédiaire entre le traitement ambulatoire et le traitement en hospitalisation complète
- ▶ cette modalité de prise en charge diurne est adaptée à la mise en œuvre de thérapies non médicamenteuses à visée ré-éducatives.

Si les objectifs de l'hôpital de jour sont éminemment thérapeutiques, la pratique des professionnels qui l'animent l'est-elle tout autant ?

En ce début du XXIème siècle, être thérapeutique dans sa pratique, c'est fournir des soins sûrs, efficaces, efficients et utiles. Il n'y a plus place à l'empirisme et à l'« à peu près », car les moyens de la communication électronique permettent à chaque professionnel de disposer aisément des acquis validés de sa profession.

Les stratégies de prise en charge gagnent à être fondées sur des faits établis. Selon le Pr Spitzer (Université de Stanford - Californie), dans le passé, la décision clinique était sous la dépendance exclusive de l'opinion. Depuis la fin du XXème siècle, avec l'apport des sciences biomédicales, l'attitude des professionnels de santé est de plus en plus déterminée par des faits scientifiquement établis. Pour être thérapeutique, l'expérience personnelle ou bien celle transmise par une sommité médicale ne suffit plus. La conduite à tenir suscitée par l'industrie pharmaceutique peut se révéler inadaptée. Même si l'on pense que la médecine est un art, on ne peut envisager de s'abstraire de toute règle académique. Les artistes qui sont sortis du cadre ont toujours fini par en créer un autre.

La vitesse de renouvellement des connaissances s'accélère sans cesse. Ne pas suivre le mouvement c'est prendre le risque de devenir obsolète. Pour éviter d'être disqualifié, il faut faire appel à l'expérience additive et théorisée de la communauté professionnelle à laquelle on appartient.

Cette nouvelle attitude se caractérise par l'utilisation de guides décisionnels. Ils sont construits par les professionnels eux-mêmes, souvent au nom de sociétés savantes. L'ANAES y apporte sa caution méthodologique. Les phases d'élaboration de ces guides peuvent se schématiser ainsi :

- ▶ recueil des données disponibles dans la littérature médicale avec une stratégie documentaire appropriée
- ▶ Mise en commun des expériences individuelles
- ▶ Elaboration collective de conférences de consensus ou de recommandations de pratique clinique.
- ▶ Actualisation, en fonction des progrès de la science.

Ces travaux sont largement diffusés. Pour la prise en charge des patients, en gériatrie et en géronto-psychiatrie, voici quelques guides de pratique disponibles :

- ▶ Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo dépendant après un sevrage — conférence de consensus des 7 et 8 mars 2001 à Paris [2001]
- ▶ Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée — études d'évaluation en établissements de santé [2000]
- ▶ Informations des patients : recommandations aux médecins - réflexions appuyées sur un rapport du Pr D. Thouvenin (professeur de droit) [2000]
- ▶ Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer - recommandations pour la pratique clinique [2000]
- ▶ La maladie de Parkinson : critères diagnostic et thérapeutiques [2000]
- ▶ Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge de complications [2000]
- ▶ Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolo dépendant [1999]
- ▶ De la prescription et de la consommation des vasodilatateurs en ambulatoire [1999]
- ▶ Suivi du diabétique de type 2 à l'exclusion des complications [1999]
- ▶ Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie - synthèse et rapport. recommandations pour la pratique clinique [1998]
- ▶ Audit appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie [1998]
- ▶ Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon [1998]
- ▶ la satisfaction du patient lors de la prise en charge en établissement de santé [1996]
- ▶ Médicaments antidépresseurs [1996]
- ▶ Masso-kinésithérapie dans la conservation de l'activité ambulatoire des malades âgées [1996]
- ▶ Recommandations pour la prise en charge de la douleur du cancer chez l'adulte en médecine ambulatoire - recommandations pour la pratique clinique (rapport et guide pour le praticien) [1995]
- ▶ Traitement et suivi des psychotiques - recommandations et références médicales [1995]
- ▶ Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans [1995]
- ▶ Prescription des hypnotiques et des anxiolytiques [1995]
- ▶ Prescriptions des neuroleptiques [1995]
- ▶ Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques [1994]
- ▶ Evaluation de la tenue du dossier du malade [1994]

Le suivi des recommandations de pratique clinique est nécessaire pour fournir des soins sûrs, efficaces, efficients et utiles. Mais il ne suffit pas. La prescription des médicaments dans le respect de l'autorisation de mise sur le marché est aussi nécessaire, mais elle ne suffit pas non plus. Le service médical a réalisé différents audits cliniques sur la prise en charge des personnes âgées, notamment en hôpital de jour. A la lumière de ces études il est en mesure de soulever quelques points permettant d'optimiser la qualité de la prise en charge et de l'organisation des soins.

En effet, parmi ses missions, le Service médical de l'Assurance maladie doit analyser l'activité des professionnels de santé et des établissements de soins (article L. 315-1 du code de la Sécurité sociale). Le contrôle individuel est associé à l'évaluation des pratiques collectives et à l'amélioration de l'organisation du système de soins.

Etre thérapeutique dans les procédures accompagnant la prise en charge :

- ▶ Elaborer, en interne, un guide de bonnes pratiques gériatriques. Il vaut mieux formaliser les pratiques par écrit plutôt que de se fier à la transmission orale de la mémoire collective de l'établissement. Pour éviter qu'il se rigidifie, ce guide doit être reformulé à intervalles réguliers.
- ▶ Etablir un protocole de planification des sorties. Les 2/3 des patients présents dans certains hôpitaux de jour les fréquentent depuis plus de Sans. De ce fait l'hôpital de jour ne répond plus à sa fonction de lutte contre la chronicisation (B.O. 88-6 bis). Il est nécessaire d'introduire, dès que possible, les éléments de préparation à la sortie et à la réinsertion dans le milieu de vie. Les relais par d'autres formes de soins sont à prévoir précocement.

- ▶ Différencier de manière explicite les indications de l'hôpital de jour et les indications d'hébergement de jour en maison de retraite. Le projet n'est évidemment pas identique.
- ▶ Lors de prises en charge discontinues ou séquentielles, distinguer celles qui relèvent d'un hôpital de jour de celles qui relèvent d'un CATTP.
- ▶ En cas de fermeture annuelle, définir des modes de placement des patients en rapport avec leurs besoins.
- ▶ Etablir un protocole écrit concernant les ré-hospitalisations
- ▶ Inscrire la pratique de l'établissement dans une filière gérontologique avec d'autres établissements et d'autres professionnels de santé. Adhérer à un réseau gérontologique ville-hôpital formalisé.
- ▶ Adhérer à un réseau de soins de santé mentale
- ▶ Rédiger un protocole relatif à la communication avec les médecins de ville, des rencontres doivent être organisées. Instituer une coordination entre le psychiatre et l'omnipraticien dans leurs prescriptions médicamenteuses. Définir le rôle et la responsabilité de chacun dans le domaine de la pharmacovigilance.
- ▶ Négocier une convention de coordination avec le C.H.S. de référence et le centre référent en gériatrie.

Etre thérapeutique dans l'organisation des soins :

- ▶ Organiser une évaluation du patient dès son entrée.
- ▶ Définir la durée maximum de temps de trajet acceptable pour ne pas nuire à la qualité de la prise en charge. Au-delà d'un certain temps de trajet, l'hôpital de jour ne remplit plus sa vocation première de soin de proximité.
- ▶ Mettre en œuvre un programme de prévention de la chronicisation et de la dépendance. Dans les structures de géronto-psychiatrie, nous relevons souvent des durées de prise en charge très longues. Il serait souhaitable de dynamiser le projet thérapeutique par des bilans \* à 6 mois, pour envisager les possibilités de sortie et réévaluer la démarche. \* à un an, pour faire le point sur les besoins du malade, les moyens mis en œuvre, les résultats attendus, son adéquation éventuelle à une autre structure.
- ▶ Mieux appréhender le parcours des malades atteints de troubles psychiatriques pour adapter la réponse à leurs besoins.
- ▶ Analyser les évènements « sentinelles » (fugues, ruptures de la prise en charge contre avis médical, etc) pour mieux les gérer ou les éviter.

Eviter les risques iatrogènes et rechercher tout particulièrement l'existence d'hypotensions orthostatiques chez les personnes âgées.

- ▶ Tendre vers une équité géographique d'accès aux soins. Il n'est pas logique, selon que l'on habite ici ou là dans une même agglomération, de bénéficier de soins conformes aux données actuelles de la science dans un secteur ou bien subir une pratique thérapeutique uniquement liée à une expérience personnelle dans un autre secteur.
- ▶ Porter à la connaissance de tout le personnel soignant les traitements en général et notamment ceux prescrits par des psychiatres ou des omnipraticiens en ambulatoire.
- ▶ Impliquer le médecin dans la coordination des réunions de synthèse de l'équipe soignante.

- ▶ Faire participer le chauffeur à ces réunions de synthèse de l'équipe soignante car c'est souvent lui qui a le contact le plus régulier avec l'environnement du patient. Son rôle relationnel se révèle souvent important.
- ▶ Structurer la participation des familles aux soins. Instaurer un jour de réception.
- ▶ Constituer des dossiers médicaux complets. Les bilans des réunions de synthèse doivent notamment y figurer. En effet, si les évaluations périodiques ne sont pas consignées, il n'est pas possible d'apprécier le bénéfice que tirent les patients de cette prise en charge.
- ▶ Quand cela est possible, coordonner les bilans exploratoires des personnes âgées en hôpital de jour pour éviter une hospitalisation complète qui favorise la perte d'autonomie.
- ▶ Développer les études d'évaluation afin d'apprécier la qualité du service rendu. La mesure du travail accompli est toujours plus gratifiante pour les équipes qui s'impliquent.

Si la chronicité est le fait de la maladie, la chronicisation est le fait des institutions. La chronicisation ne se définit pas en termes de durée de prise en charge, mais comme abandon de tout projet et absence de perspectives pour un patient. Il n'est pas question d'établir quelques normes fixant des termes aux prises en charge en psychiatrie. Il s'agit pour les équipes de définir avec chaque patient et son entourage des échéances pertinentes. Aucune institution de soins en psychiatrie n'est à l'abri de cette dérive si elle n'est pas le lieu d'un projet élaboré et évolutif, et si elle ne s'impose pas une évaluation constante de son action. (Circulaire ministérielle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale).

L'évolution de certains établissements fait constater une rupture entre les concepts initiaux des hôpitaux de jour pour personnes âgées et leur réalité quotidienne :

- ▶ Ces établissements ne sont pas toujours une aide aux aidants car la moitié de leurs patients vivent seuls ou en maison de retraite
- ▶ Les patients sans espoir de réhabilitation peuvent y être nombreux
- ▶ Les durées de placement peuvent se compter en années et ces établissements se transforment, de fait, en « longs séjours de jour » dont l'utilité mériterait d'être explicitée.

Ceci pourrait nous faire ouvrir une réflexion plus générale sur :

- ▶ les besoins sanitaires et les nécessités assistanciennes des personnes âgées
- ▶ la pertinence des moyens mis en œuvre
- ▶ la place de l'Assurance maladie et des Collectivités locales dans l'offre de service à développer au profit des personnes âgées.

Notre vision de l'attitude thérapeutique des hôpitaux de jour destinés aux personnes âgées est basé sur le concept de qualité. La qualité se construit par une dynamique de changement :

- ▶ observer la pratique
- ▶ comparer la pratique avec les standards
- ▶ mettre en œuvre les changements nécessaires
- ▶ observer la pratique
- ▶ etc. Se contenter de voir la qualité dans un cercle serait insuffisant (cercle de Fowkes). C'est cette spirale ascensionnelle qui l'élève et la construit perpétuellement, une fois qu'elle est mise en œuvre.

Pour nous, médecins conseils de l'Assurance maladie, être thérapeutique dans notre action c'est aussi être à votre écoute, et vous soutenir dans vos projets de mise en œuvre de la qualité dans le système de soins.

Dr Georges Borgès Da Silva Médecin-conseil Echelon local du Service médical du Var.