

QUELLE METHODOLOGIE POUR METTRE EN PLACE L'INTERDISCIPLINARITE EN HOPITAL DE JOUR ?

Pr Régis GONTHIER

La mobilisation adéquate des acteurs de soin fédérée par l'hôpital de jour suppose dans un premier temps de bien connaître sa "clientèle" : il s'agit en la matière pour le professionnel de repérer les maladies incapacitantes (et ne pas s'appesantir sur les maladies qui ne restreignent pas l'autonomie), de reconnaître la vulnérabilité dans les activités de la vie quotidienne (diagnostic essentiellement ergothérapeutique et kinésithérapeutique) et d'analyser les aspects non médicaux de la vie à domicile comme la confiance en l'avenir, l'estime de soi malgré l'existence d'un handicap ou les capacités d'adaptation de la famille.

En second lieu, il faut être convaincu qu'au delà de 75 - 80 ans, l'état de santé en équilibre instable (ce qui caractérise le concept de fragilité) influencé par de nombreux petits événements de la vie quotidienne qu'un thérapeute non gériatre serait tenté de négliger (chute banale de sa hauteur, mauvaise compréhension d'une nouvelle ordonnance, changement d'intervenant à domicile, décès d'un animal domestique, conflit ponctuel avec un enfant, poussée de bronchite, parole malheureuse du médecin de famille qui ne comprend pas les décisions de l'hôpital de jour...).

De nombreux travaux de recherche clinique montrent les écarts entre l'idéal et la réalité :

1. Non prise en compte de la comorbidité si le patient est suivi par un spécialiste d'organe entraîne une perte de chance (Ex de la prise en charge néphrologique tardive - ANAES 2002).
2. Lien insuffisant entre spécialiste et généraliste (Ex de l'insuffisance cardiaque congestive facteur de réhospitalisation) (chacun son territoire).
3. Compensation partielle des incapacités lorsque la démarche médicale est orientée sur le diagnostic des maladies (Ex PHR national sur la démence coordonné par B. Vellas).
4. Peu de compréhension ou d'adhésion au traitement pour assurer une bonne compliance (selon l'étude de Moisan, 38 % des sujets âgés ne sont pas capables de lire correctement d'ordonnance, 67 % ne comprennent pas toutes les informations - Gerontology 2002).
5. Stress de l'accompagnant favorisé par les non-dits familiaux (susceptible de retentir sur son état de santé - Schulz JAMA 1999).
6. Négligence dans les démarches administratives (demande d'ALD ou d'APA non faite...).

La mise en œuvre des soins doit être pragmatique et progressive : l'équipe interdisciplinaire doit travailler en étroite collaboration avec l'extérieur pour accompagner efficacement la progression des maladies. Elle doit savoir communiquer avec l'extérieur et surtout avoir à disposition des outils de communications très simples (petits carnets, fiche de transmission avec pictogramme...). Il faut être capable de créer une véritable alliance thérapeutique avec le médecin de famille et les spécialistes (téléphone, duplicata...). Il est également important de jouer sur un troisième levier en proposant un soutien psychologique à l'aidant principal.

Toute cette méthodologie de partage et de transparence pour augmenter la lisibilité des soins devra être reprise et critiquée lors des réunions de synthèse hebdomadaires.