La personne âgée fragile : entre hôpital de jour et accueil de jour

Dr Denise Strubel
Dr Martine Lapierre
Gérontologie
CHU Nîmes

Introduction

- Bénéfice pour les HdJ du développement important des AcJ (Plans Alzheimer)
- Problème persistant : insuffisance de lisibilité dans la différentiation entre « l'HdJ de réadaptation » ou de type SSR et l'AcJ pour le soin aux affections cognitives
  → pourquoi ?
  - hétérogénité de fonctionnement des différents HdJ et AcJ (notamment des AcJ « thérapeutiques»)
  - pas de cahier des charges des HdJ de type SSR
  - articulation entre les 2 structures insuffisamment définie et développée

Introduction

- Le concept de fragilité peut-il aider à orienter un malade entre l'HdJ et l'AcJ ?
- Comment gérer un patient fragile entre HdJ et AcJ ?
- Quelle typologie de malades pour l'AcJ ? Pour le relai HdJ/AcJ ? (surtout pathologies cognitives)
- Comment rendre ces 2 structures parfaitement complémentaires ?

☛ Modèle d'articulation HdJ et AcJ ?

Textes de référence

- Circulaire du 16 avril 2002 (programme d'action pour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées) : elle définit le cahier des charges d'un AcJ
- Circulaire frontière du 31 août 2006 : elle définit le contenu d'une journée d'HdJ de diagnostique ou évaluation
- Circulaire du 28 mars 2007 : elle définit dans la filière gériatrique, le fonctionnement de l'HdJ diagnostique
- Pas encore de texte de référence pour un HdJ de réadaptation ou SSR

Le concept de fragilité

Concept encore mal défini : pas de consensus

Critères de Fried → « phénotype de fragilité »

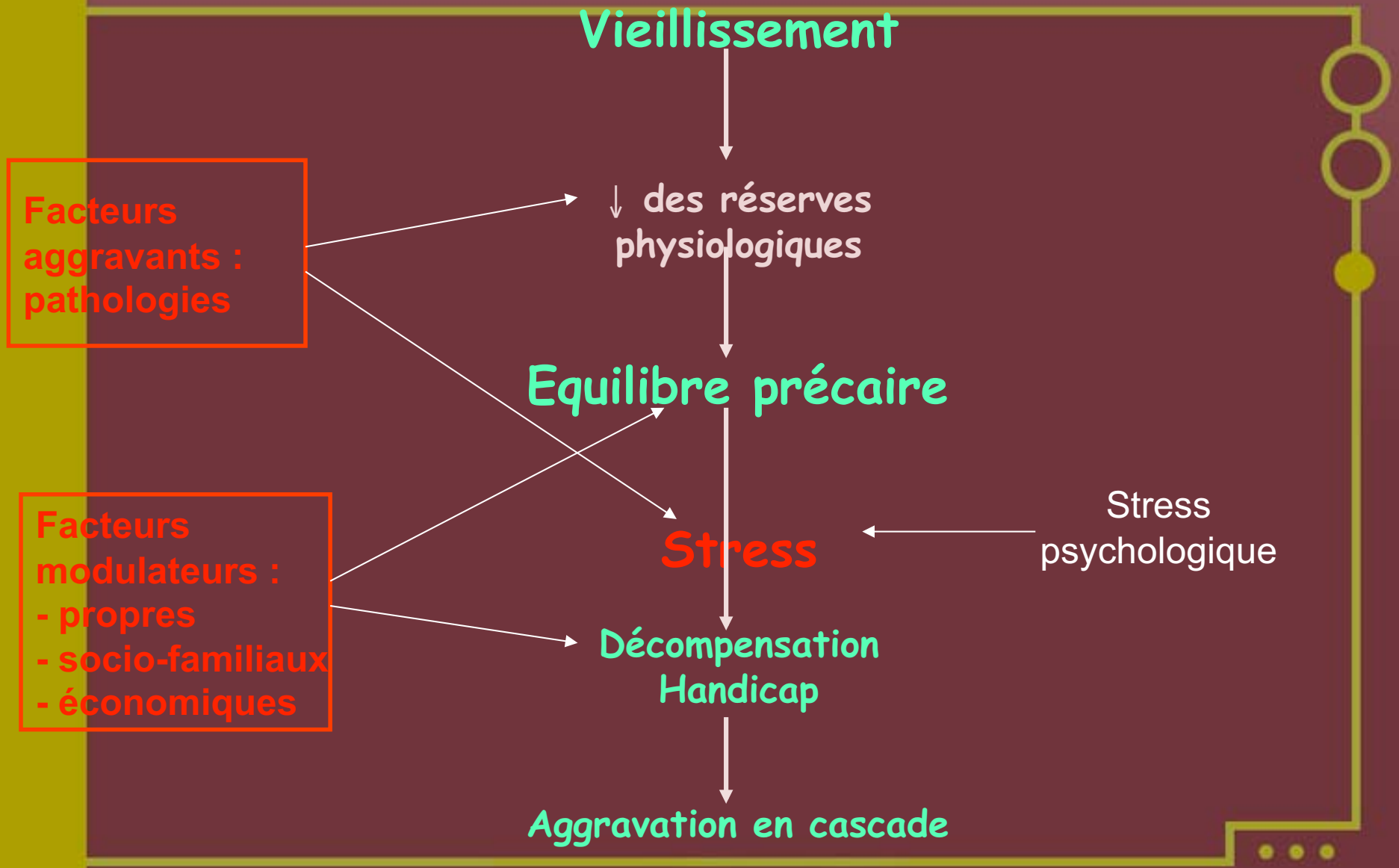
Au moins 3 critères :

- ↓ de poids de > de 5kg sur une année
- sensation subjective d'épuisement
- ↓ de F des fléchisseurs des doigts
- ↓ de vitesse de marche
- faible niveau d'activité physique

Fried et al J Gerontol A Biol Med Sci 2001; 56A: M146-M156

Critères surtout physiques

Schéma de la fragilité



Utilité du concept de fragilité ?

- Repérage de SA à risque de décompensation de pathologies connues ou non connues, notamment à l'occasion d'une situation de stress : urgences, hospitalisation, canicule…
- Ordonne l'application d'une démarche d'évaluation gériatrique systématisée et de mesures de prévention

L'HdJ est un lieu adapté d'évaluation de SA fragiles → Projet de soin

Tout (ou presque) oppose l'HdJ-SSR et l'AcJ pour la prise en soin des pathologies cognitives….

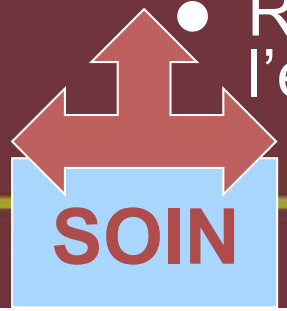
Les missions…

HdJ-SSR

- (Diagnostic)
- Évaluation (EGS)
- Ajustement thérap
- Gestion des pathologies associées
- Expertise des troubles du comportement
- Gestion de crise
- Thérapeutiques non médicamenteuses à haut niveau de compétence
- Education thérapeutique des aidants

AcJ

- Maintien de la vie sociale
- Maintien de l'autonomie dans les AVJ
- Thérapeutiques non médicamenteuses à plus faible niveau de compétence
- Répit et accompagnement des aidants
- Retarder et préparer l'entrée en institution



L'équipe…

HdJ-SSR

- Présence continue d'un gériatre
- Accès à des spécialistes
- Equipe pluridisciplinaire « dense »
- Compétences de réadaptation : psychomotricien, musicothérapeute, orthophoniste, diététicienne..
- Travail de synthèse et projet de soin
- Secrétariat

AcJ

- Médecin gériatre parfois accessible
- Pas d'accès aux spécialistes
- Personnel soignant et non soignant peu « dense »
- Peu de compétence de réadaptation
- Pas de secrétariat
- Travail de suivi

Les malades…

HdJ-SSR

- Malades non évalués
- Malades à fort risque de décompensation
- Problématiques médicales complexes (pathologies intriquées)
- Sujets jeunes
- Situations psycho-sociales instables

AcJ

- Malades explorés et traités
- Phase modérément sévère de la maladie mais à faible risque de décompensation
- Environnement du malade stabilisé

Les contraintes…

HdJ-SSR

- Accès à un plateau technique
- File active élevée
- Compétences multiples
- Dossier médical et traçabilité des actes
- Réactivité et personnalisation des soins
- Liens multiples avec toute la filière de soin et le réseau
- Analyse d'activité

AcJ

- File active plus restreinte et plus stable
- Contrainte financière →concurrence avec les aides à domicile
- Coût du transport
- Créativité (activités de groupe)
- Lien avec CM (et/ou HdJ référent)

Les attentes…

HdJ-SSR

- Limiter l'aggravation de la pathologie cognitive ou ses risques de décompensation
- Efficience en visant la qualité pour le coût le plus faible
- Pertinence des actes thérapeutiques en visant la plus faible consommation de ressources

AcJ

- Taux de remplissage permettant l'équilibre financier
- Réduire les hospitalisations
- Maintenir le patient à domicile et retarder l'entrée en institution

En réalité
les HdJ-SSR et AcJ sont des structures complémentaires

☛ quelle typologie de malades pour l'AcJ ?
☛ comment construire au mieux cette complémentarité ?

La notion de soin n'oppose pas HdJ et AcJ

- **SOIN = CARE**

  toute situation où un professionnel soignant s'occupe d'un malade

  en AcJ surtout soin relationnel

  en HdJ soins divers

- **THERAPEUTIQUE = CURE**

  le professionnel soignant accomplit des actes dans un objectif d'amélioration

Certains malades peuvent être adressés directement à un AcJ

Patients suivis en consultation mémoire explorés, traités, à un stade modéré à sévère, mais à faible risque de décompensation

Motifs :

- Insuffisance de stimulation à domicile
- Troubles du comportement modérés mais gênants à domicile, notamment apathie
- Besoin de répit de l'aidant
- Isolement du couple malade/aidant
- Nécessité de préparer une entrée en institution

Quels malades l'HdJ peut-il confier en relai à l'AcJ ?

- Malades explorés et traités :
  - soit directement après le diagnostic et l 'EGS
  - ou en relai d'une PEC initiale en HdJ réadaptation
- Stade modérément sévère à faible risuqe de décompensation
- Si possible attribution de l'APA
- Troubles du comportement compatibles avec une PEC en AcJ
- Famille en souffrance nécessitant soutien prolongé
- Nécessité de préparer une entrée en institution

Essai de définition d'un patient à faible risque de décompensation

- Stade modérément sévère
- Pas de déclin rapide
- Pas de trouble du comportement sévère
- Pas de pathologie associée déséquilibrée ou très évolutive
- Peu de marqueur d'instabilité : chutes, hospitalisations répétées, dénutrition sévère…
- Environnement humain stable

Malades
relativement « stabilisés »

Pour un meilleur partenariat entre HdJ (ou CM) et AcJ

- **Développer les liens entre HdJ-SSR/CM (voire UCC) et AcJ**
- Conventions entre un HdJ et des AcJ partenaires → convention type
- Accompagner le malade à l'AcJ pour le présenter
- Document de liaison HdJ et AcJ
- Prise en soin transitoirement simultanée dans les 2 structures pour assurer le relai ?
- Réunions de suivi de malades
- Disponibilité des professionnels de l'HdJ ou de la CM en cas de difficulté rencontrée en AcJ → consultation rapide

Exemple de l'Alsace

Documents de liaison

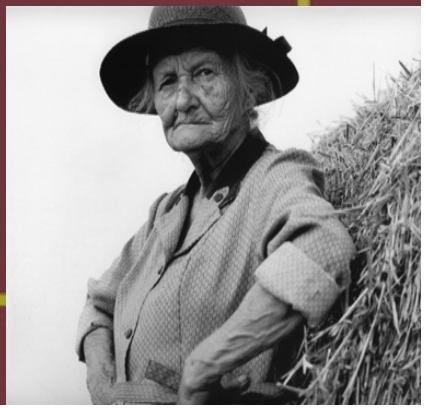
- Modèle de fiche de liaison (à élaborer par l'APHJPA ?) commune à toute liaison entre HdJ, AcJ, consultation mémoire, EHPAD et UCC
- Dans le futur : dossier informatisé commun sur une base sécurisée

- Contenu :
  - pathologies, comportement (NPI)
  - traitements médicamenteux et non médicamenteux avec résultat
  - environnement humain formel et informel
  - projet de soin personnalisé
  - problèmes spécifiques

Bénéfice pour le malade et les professionnels

Conclusions

- Le concept de fragilité ne me semble pas opérant pour orienter les malades entre les 2 structures
- Le concept de malade à fort ou faible risque de décompensation ou de « patient stabilisé » est peut être plus adapté
- Enjeu : construire localement la complémentarité entre HdJ et AcJ en développant un partenariat formalisé
- **L'HdJ a un rôle fédérateur des AcJ partenaires**



Et vive le travail en équipe…

