NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie (2020) **20**, 326—332

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

PRATIQUE AMBULATOIRE

HDJ gériatriques et COVID-19. Quelle gestion ? Quelles difficultés ? Quels enseignements ?

Geriatric day-hospitals and COVID-19. What management? What difficulties? What can we learn?

L. Volpe-Gillot[a,*], **J.-M. Michel**[b]

[a] *Service de neuro-psycho-gériatrie, hôpital Léopold-Bellan, 185 c, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France*
[b] *Pôle de gérontologie clinique, Centre pour Personnes Agées, 122, rue du Logelbach, 68000 Colmar, France*

Disponible sur Internet le 15 octobre 2020

MOTS CLÉS
Hôpitaux de jour gériatriques ;
COVID-19 ;
Confinement ;
Déconfinement ;
Prévention ;
Fragilité ;
Filière de soins ;
APHJPA

Résumé La pandémie COVID-19 a engendré une crise sanitaire inédite. Pour y faire face, les hôpitaux de jour gériatriques ont payé un lourd tribut dans le cadre de la restructuration organisationnelle du milieu hospitalier avec une fermeture quasi instantanée imposée par les tutelles. Une enquête a été menée sous l'égide de l'APHJPA auprès des hôpitaux de jour gériatriques pour tirer les enseignements de la gestion de cette crise et mener une réflexion sur le rôle de ces structures dans un tel contexte. Cinquante hôpitaux de jour répartis sur l'ensemble du territoire national ont répondu. Les professionnels ont d'emblée été redéployés dans les services d'hospitalisation classique, que le bassin de population soit fortement impacté par la COVID-19 ou pas. Certains ont assuré une assistance auprès des EHPAD ou des patients confinés à domicile et de leur entourage. S'ils ont accepté les fermetures lors de la période aiguë de la crise, l'absence de lisibilité sur la réouverture de leur unité, malgré les mesures de précaution envisagées, a été mal vécue, avec souvent le sentiment d'une méconnaissance de leur rôle dans le parcours de soins de la personne âgée par les tutelles et parfois, par leur propre direction. Le confinement et les ruptures de prise en charge ont pu entraîner des « décompensations » notamment chez les patients ayant des pathologies neurodégénératives. Situés à l'interface ville—hôpital, les hôpitaux de jour ont un rôle majeur dans la prise en soins des

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : lisette.volpe-gillot@fondationbellan.org (L. Volpe-Gillot), jeanmarc.michel@ch-colmar.fr (J.-M. Michel).

https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.10.001
1627-4830/© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

personnes âgées. L'enquête met ainsi en avant une capacité d'adaptation et d'engagement des professionnels pour affirmer la place des hôpitaux de jour dans la prise en charge des pathologies chroniques (diagnostic, suivi et réadaptation) mais aussi leur rôle dans la prévention, le repérage et le suivi des patients fragiles.
© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Geriatric day-hospitals;
COVID-19;
Breakdown;
Deconfinement;
Prevention;
Frailty;
Care trajectory;
APHJPA

Summary The COVID-19 pandemic has led to an unprecedented health crisis. In the subsequent response, geriatric day-hospitals paid a heavy price in the organizational restructuring of the hospital environment, with almost instantaneous closures enforced by the authorities. A survey was therefore conducted under the aegis of the APHJPA among day-hospitals to learn the lessons from the management of this crisis and to reflect on the role of these structures in context of this nature. Fifty day-hospitals throughout the country answered. Most of the professionals were immediately redeployed to classic hospitalization services, whether or not the population area was heavily impacted by COVID-19. Some of them then provided assistance to nursing homes or patients confined to their homes and their families. Although they accepted the closures during the acute period of the crisis, the lack of clarity about the reopening of their units despite the precautionary measures envisaged was not well received, often with the feeling that the authorities and sometimes the management of their establishments were not well acquainted with their role in the care of the elderly. The lockdown and discontinuation of care led to decompensations, especially among patients with neurodegenerative pathologies. Situated at the interface between the community and hospital health sectors, day-hospitals play a major role in the care of the elderly. This survey highlights the ability of professionals to adapt and commit themselves, demonstrating the relevance of day-hospitals in the field of chronic diseases (diagnosis, follow-up, rehabilitation) and also in prevention, identification and follow-up of frailty factors in elderly patients.
© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les hôpitaux de jour (HDJ) gériatriques, comme l'ensemble du système sanitaire et médicosocial national et ailleurs dans le monde, ont dû faire face, de manière assez brutale, à une crise sanitaire sans précédent pour ralentir la propagation d'un virus dont on connaissait finalement peu de choses et réduire l'impact d'une épidémie dont l'ampleur a été longtemps sous-estimée.

Ils ont dû faire face, dans le cadre du plan blanc et dans le contexte de la décision d'un confinement inédit du pays, à leur propre fermeture. Le stade 3 du plan blanc implique, en effet, des mesures pour réduire la charge du système de santé et renforcer sa capacité de réponse sanitaire en réorientant les moyens sur l'hospitalisation classique, la réanimation et en déprogrammant tous les actes ou soins non urgents.

En même temps, les professionnels de ces hôpitaux de jour avaient conscience d'être spécialement concernés par cette épidémie et ces mesures, du fait de la population spécifique prise en charge, une population âgée et fragile, particulièrement à risque devant ce virus, mais aussi particulièrement à risque de décompenser d'autres comorbidités. Ils ont dû ainsi revoir leurs organisations et s'adapter très vite à une situation assez peu anticipée.

Dans cette période inédite, après plus de deux mois de crise et au moment du déconfinement, il est apparu important de faire le point sur les décisions actées au niveau des prises en charge ambulatoires, qui, pour la plupart, ont dû interrompre leurs activités pendant tout ce temps.

L'APHJPA, association pour la promotion des hôpitaux de jour pour personnes âgées, existant depuis près de 40 ans, s'est mobilisée pour réaliser une enquête de terrain et un état des lieux, analyser le vécu des professionnels de ces unités, les difficultés rencontrées, avec un certain nombre de questions pour aider la réflexion et surtout avoir des perspectives si une telle situation se représentait.

Les HDJ gériatriques, dont le nombre était estimé à 196 au niveau national en 2011 [1], sont des lieux privilégiés d'observation. Il s'agissait de réfléchir aux enseignements que les professionnels des HDJ pouvaient tirer de la gestion de cette épidémie, sur les modalités que devrait prendre l'accompagnement des patients âgés vulnérables pour optimiser la prévention et la gestion des situations de crise et ouvrir des perspectives sur les rôles plus spécifiques que les HDJ ont à jouer dans ce contexte.

Objectifs

L'objectif principal était d'analyser comment les HDJ gériatriques, prenant en charge une population fragile, âgée et ayant des comorbidités, particulièrement à risque pour la COVID-19 (acronyme de *corona virus disease*), se sont adaptés :

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

- ce qu'ils ont mis en place pendant le confinement et leur éventuelle fermeture ;
- les modalités discutées pour la réouverture des consultations et HDJ ;
- et les difficultés auxquelles ils ont dû faire face.

Un objectif secondaire était d'analyser l'impact de la situation (fermeture des HDJ, épidémie, et confinement) sur les patients et leurs aidants familiaux et professionnels, et leur réponse lors des réouvertures.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude multicentrique réalisée en mai 2020, auprès de 75 hôpitaux de jour gériatriques recensés par l'APHJPA. Un questionnaire avec questions à choix multiples et questions à réponses courtes « libres » a été réalisé par les auteurs au nom de l'APHJPA et adressé par mailing à un listing de professionnels travaillant dans ces HDJ. Les réponses devaient être retournées au maximum le 20 mai 2020 par voie postale ou mail. Chaque HDJ (court-séjour [MCO], soins de suite [SSR], géronto-psychiatrique) a été comptabilisé, en précisant son nombre de places. L'analyse des réponses s'est faite en différenciant trois groupes d'HDJ, selon que le bassin de population concerné était fortement, moyennement ou peu touché par la COVID-19, qualification reposant sur le déclaratif des HDJ. Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées et au maximum catégorisées pour faire ressortir au mieux le ressenti des participants, les points pertinents et grandes thématiques.

Résultats

Description de la population ayant répondu

Les professionnels (le plus souvent, le médecin gériatre responsable de l'HDJ, mais aussi des cadres ou IDE) représentant 50 hôpitaux de jour répartis sur le territoire et un en Belgique ont répondu. Cela représente un taux de réponse de 68 %. Il a finalement été décidé de ne pas garder, dans l'analyse, les résultats de l'HDJ de Liège pour avoir une enquête nationale, mais nous remercions notre collègue pour sa contribution.

Sur ces 50 HDJ, 23 (46 %) étaient du court-séjour, 24 du SSR et 3 étaient géronto-psychiatrique.

Ils représentaient près de 400 places (avec respectivement 112 places de court-séjour, 222 de réadaptation et 51 places de géronto-psy).

Trente-deux HDJ (64 %) ont déclaré avoir un bassin de population « fortement » affecté par l'épidémie de COVID-19 — les HDJ de l'Est et de l'Île-de-France ont été représentés de façon majoritaire (Fig. 1) — et douze un bassin « faiblement » affecté. Les six derniers HDJ se déclaraient « moyennement » touchés par la COVID-19.

Organisation pendant la période covid

Suivant les recommandations du ministère et des agences régionales de Santé (ARS), tous les HDJ ont été fermés le 16 mars 2020, au moment du confinement et du passage au stade 3 du plan blanc sauf un MCO qui a continué de fonctionner mais en réduisant son dimensionnement. Les organisations mises en place dépendaient en partie de celles existant avant la période pandémique et surtout des besoins établis dans l'urgence par les centres hospitaliers.

Dans les décisions prises, nous notons que :

- le personnel médical et non-médical a été redéployé « fortement » sur l'hospitalisation classique dans 84 % des cas ;
- de manière nettement plus modeste et contrastée, 34 % des HDJ ont eu un fort redéploiement pour assurer une assistance au niveau des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), parfois dans le cadre de l'équipe mobile de gériatrie, alors que 48 % n'ont assuré aucun redéploiement dans ce sens ou alors faiblement ;
- ce redéploiement n'a pas été significativement différent que le bassin de population soit fortement ou pas affecté par l'épidémie ;
- des téléconsultations ont été mises en place dans 58 % des cas. En dehors d'un centre, elles étaient le plus souvent audio et appréciées de manière variable. La satisfaction des patients et des aidants vis-à-vis de cette modalité de recours était forte dans la moitié des cas, d'après les professionnels interrogés. Dans les commentaires libres, 15 % ont déclaré avoir mis en place, par ailleurs, des appels téléphoniques aux patients suivis et/ou familles via un personnel dédié. Cela était plus fréquent pour les HDJ SSR, prenant en charge les patients de manière itérative sur plusieurs mois.

Impact de cette fermeture sur les patients, aidants et professionnels

Quatre HDJ (8 %) ont déclaré avoir eu beaucoup (avec une « intensité forte ») d'appels, ou mails, des patients, familles, aidants professionnels ou médecins, sans différence selon l'impact de l'épidémie sur la région. Cela signifie qu'a contrario, 92 % des HDJ ont déclaré que ces appels ou mails étaient arrivés en quantité faible ou moyenne.

Pour les trois-quarts des HDJ (78 %), quelle que soit la fréquence, ces appels (patients/familles et/ou professionnels) ne concernaient que pas ou peu des demandes d'informations en lien avec la COVID-19.

Une majorité n'avait pas ou peu de questions sur les thérapeutiques ou sur des difficultés à connaître la bonne orientation dans le parcours de soins (58 et 56 % respectivement).

En revanche, 62 % déclarent que les appels concernaient « fortement » ou « moyennement » une décompensation clinique et/ou une mauvaise tolérance du confinement et 52 %, avec la même intensité « forte » ou « moyenne » une décompensation de l'équilibre familial.

Parmi les 84 % des professionnels ayant pu répondre à la question, l'immense majorité (93 %) pensent que les patients ont dû reporter à mauvais escient la prise en soins d'une pathologie chronique par peur de la COVID-19 (dont 64 % pensent que cela s'est fortement manifesté).

Ce pourcentage diminue à 68 % si la question concerne une pathologie aiguë (28 HDJ sur 41 ayant pu répondre considèrent que ce report s'est fait avec une intensité moyenne

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

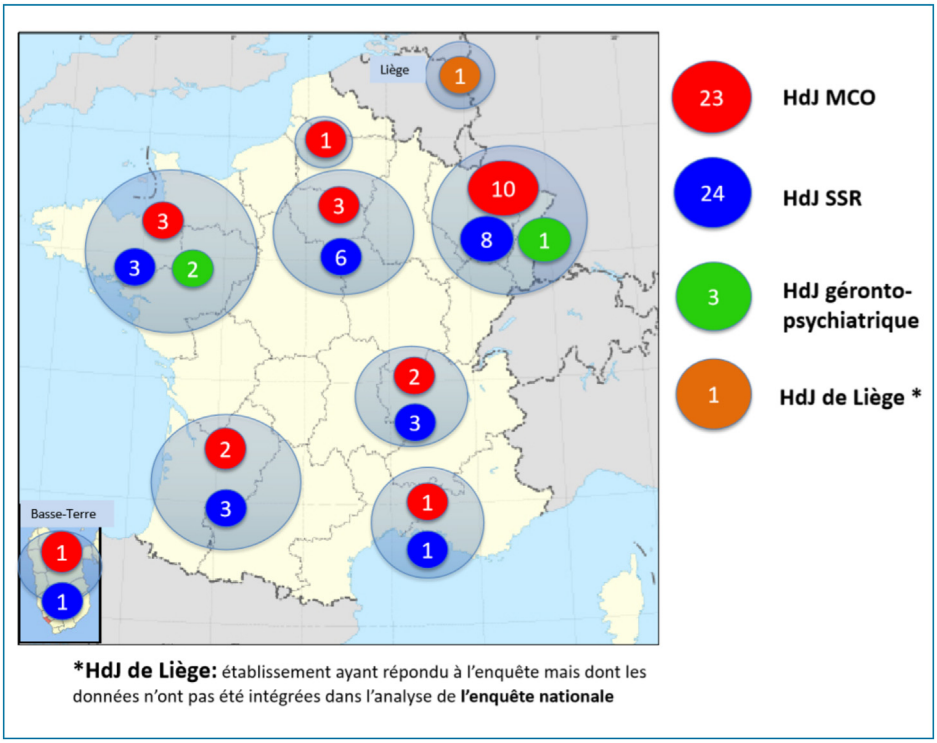

Figure 1. Cartographie et typologie des hôpitaux de jour ayant participé à l'enquête.

à forte). Pour cette question, le pourcentage varie si on prend en compte la situation géographique de l'HDJ. Ainsi le pourcentage est de 78 % pour les HDJ issus de bassins fortement affectés par l'épidémie, contre 58 % dans les bassins moyennement ou faiblement affectés par l'épidémie.

Modalités envisagées ou mises en place pour une réouverture

Au moment où le questionnaire a été rempli, seuls 24 HDJ avaient une date prévue de réouverture. Celle-ci s'étalait entre le 11 mai pour le plus précoce, et le 2 juin. Soixante-quinze pour cent de ces HDJ avaient prévu une réouverture partielle, avec une réduction de l'offre d'accueil.

Pour les autres, certains espéraient une reprise de l'activité à partir de mi-juin, sans savoir si cela serait possible, d'autres envisageaient plutôt septembre pour une réouverture. Quant au troisième groupe, il ne pouvait se projeter.

Quatre-vingt-six pour cent des HDJ ont néanmoins pu répondre sur l'organisation mise en place ou envisagée pour la réouverture.

De ces 86 % (que ce soit de l'HDJ MCO ou SSR) :

- seuls deux HDJ SSR prévoyaient d'avoir recours à la télé-réadaptation.

Mais :

- 88 % (38 HDJ) avaient mis en place ou envisageaient un questionnaire de pré-admission (auprès du patient et/ou de l'aidant) à la recherche d'une atteinte passée ou présente à la COVID-19 ;
- 91 % prévoyaient une diminution du nombre de patients accueillis au même moment ;
- 74 % prévoyaient une limitation des temps de présence des patients ;
- 81 % prévoyaient une prise de température systématique avec report du rendez-vous (RDV) si température > 37,5 °C, avec un pourcentage qui montait à 96 % pour les HDJ issus de bassins fortement touchés, contre 50 % pour ceux issus de bassins faiblement touchés ;
- 88 % avaient revu les espaces d'attente afin de respecter la distanciation sociale (espacement et/ou condamnation de sièges, par exemple) et éviter le croisement des patients, avec notamment la mise en place de circuits d'entrées et de sorties différenciés.

Si ces modifications d'organisation recueillent une majorité de suffrages, cela ne se fait pas sans difficultés. Nombreux sont ceux qui évoquent les problématiques auxquelles ils doivent faire face pour répondre à ces contraintes d'organisation mais aussi aux conséquences de la réorganisation durant les fermetures.

Les difficultés sont globalement de trois ordres :

- les difficultés d'organisation pour les patients :
  - diminuer le nombre de patients accueillis au même moment et/ou diminuer le temps de présence sur site des patients implique très souvent de revoir les plannings de prise en charge tout en restant cohérent avec les cibles et objectifs poursuivis... plusieurs unités ont fait remonter que ces réorganisations demandaient beaucoup de temps, notamment médical... et que c'était difficilement compatible avec le cahier des

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

charges des HDJ, notamment MCO, nécessitant 4 interventions ou examens [2],
  - ces contraintes surviennent dans un contexte où la demande est augmentée (nécessité de reprogrammer les patients annulés, de conserver les évaluations ou prises en charges du jour et de répondre aux urgences liées aux décompensations (patients et/ou aidants) et/ou prises de conscience post-« confinement »),
  - par ailleurs, certains patients ont revu leur projet de vie au moins temporairement, ou leurs priorités, entraînant des annulations de programmations,
  - les temps de déprogrammations, reprogrammations et programmations en urgence entraînent un surcroît de travail et donc de temps au niveau médical et des équipes de programmation ;
- les difficultés de moyens humains :
  - plusieurs unités remontent des difficultés pour « récupérer » du personnel qui avait été redéployé dans d'autres unités et notamment au niveau de l'hospitalisation classique, que ce soit pour les personnels soignants ou de rééducation,
  - ces difficultés concernant les moyens humains sont aussi en rapport avec les personnels touchés par la Covid, avec un retour difficile à la pleine activité, et les arrêts de personnels à risque (ex des grossesses) ;
- les difficultés de moyens matériels :
  - plusieurs HDJ remontent des difficultés pour récupérer leurs locaux ou leur matériel utilisés pour des unités Covid ou réaffectés à d'autres activités,
  - pour d'autres, la distanciation sociale est difficilement compatible avec la taille ou la configuration des locaux.

Réponses des patients et aidants au regard des réouvertures

Dans près des trois-quarts des HDJ (72 %), les patients sont majoritairement désireux de revenir « dès que possible ».

Dans le quart restant, soit les HDJ ne peuvent répondre à la question, soit pour 50 % des patients ou plus, le souhait est plutôt de reporter ou différer la prise en charge le plus souvent du fait d'une peur de la COVID-19 et le souhait de rester loin des structures de soins, certains annulant définitivement.

Ainsi, les patients et leur famille expriment une attitude ambivalente sur la réouverture, partagés entre la crainte d'une décompensation des troubles du comportement, d'une perte d'autonomie et du lien social et celle d'une contamination par le virus.

Discussion

Près de deux-tiers des professionnels des HDJ (64 %) pensent qu'à côté de la réanimation, des services d'infectieux ou de pneumologie, très médiatisés, la place de la gériatrie dans la gestion de cette crise a été sous-« évaluée », ou plus exactement, qu'il y a eu une sous-reconnaissance du rôle joué par cette discipline.

Les soignants ont mal vécu la fermeture quasi instantanée et l'absence de visibilité sur la réouverture de leur structure, considérée « une fois de plus » comme une variable d'ajustement du système hospitalier, état de fait qui préexistait toutefois à la pandémie. Ils ont le sentiment que leur place dans le parcours de soins de la personne âgée est considérée comme secondaire par les tutelles et parfois leur direction. Certains ont pu avoir recours aux téléconsultations, voire au télé-suivi régulier des patients n'ayant plus accès à l'HDJ SSR, pour diminuer l'impact de ces fermetures. Cependant, la politique un peu dogmatique, et la mobilisation massive des professionnels médicaux et non-médicaux sur l'hospitalisation classique, ont rendu difficile, pour beaucoup, une prise en charge plus ciblée et adaptée, préconisée pour éviter les pertes de chance [3]. La gestion pas toujours modulée des tutelles (par exemple, en fonction de l'intensité de l'expression de la Covid sur le bassin de population concerné), les demandes d'ajustement du jour au lendemain des organisations, sans moyens supplémentaires, et les annonces médiatiques inappropriées, n'ont pas facilité leur tâche.

Néanmoins, les professionnels ont eu conscience que la logistique et l'architecture des hôpitaux de jour ne se prêtaient pas forcément bien à la prise en soins de patients confrontés à une pandémie virale de survenue soudaine et d'un profil inconnu, et que les patients n'étaient plus enclins à s'y présenter en raison du confinement et d'une crainte d'être contaminés. Ils ont compris, aussi, rapidement la nécessité de renforcer les moyens humains dans les unités Covid au sein des hôpitaux qui ont dû s'organiser dans l'urgence. Ils ont fait preuve d'une capacité d'adaptation remarquable, en mettant en place des organisations pour répondre aux demandes et aux problématiques posées par une population âgée, fragile, très exposée à cette infection virale, mais aussi à un risque majeur de décompensation des comorbidités. Cette adaptation à la demande, c'est aussi l'organisation mise en place pour répondre aux familles inquiètes et au personnel exposé à une activité et un stress inhabituels, avec une charge mentale importante. Ainsi dans de nombreux hôpitaux, les psychologues et neuropsychologues des HDJ ont organisé des cellules de soutien, que ce soit pour les familles (le plus souvent téléphoniques) ou les professionnels, comme cela était préconisé par le ministère [3]. Les professionnels se sont aussi adaptés pour la réouverture de leurs structures. Ils ont été amenés à revoir de fond en comble leur organisation, en particulier pour la gestion des flux et le respect des gestes barrières, pas toujours possible du fait d'une architecture inadaptée et d'une équipe partiellement reconstituée.

De manière concomitante, les HDJ ont dû :

- « reprendre » les RDV annulés pendant le confinement et rattraper le retard de prise en charge des patients antérieurement programmés ;
- confirmer (ou pas) les soins aux patients déjà programmés pour la période en cours ;
- rajouter un accès possible aux « urgences » ou semi-urgences, au lendemain du confinement ;
- tout en s'adaptant aux désistements de dernière minute de patients et familles ambivalents quant à la pertinence de consulter ou pas (notamment pour les HDJ MCO) ou dont le mode de vie ou l'état de santé avait considérablement changé.

On a pu noter que la période de déconfinement a été marquée par une demande accrue des patients, de leur entourage et des professionnels de ville, de prise en charge

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

en HDJ aussi bien pour une évaluation qu'une rééducation/réadaptation. Des demandes « en urgence » ont été faites dans le contexte de décompensations aiguës de pathologies chroniques. Elles concernaient notamment des patients présentant des maladies neurodégénératives, non antérieurement diagnostiquées, et qui ont décompensé dans un contexte anxiogène de confinement, mais aussi ceux déjà suivis, dont la prise en charge psychologique et physique, rééducative, a dû être interrompue en ambulatoire pendant plusieurs mois : fermeture des HDJ mais aussi interruption des interventions des rééducateurs à domicile.

Il faut dire que les HDJ occupent une place privilégiée à l'interface ville—hôpital et ont développé des liens forts avec les différentes structures de la filière médicosociale et sanitaire gériatrique [4—6]. Ils permettent de répondre à différentes problématiques tout en intégrant, le plus souvent, la limitation du temps de présence à l'hôpital et la distanciation physique [7]. Certaines équipes, cependant, ont été amenées à se concentrer essentiellement sur la prise en charge des situations urgentes ou préoccupantes, et à se poser la question d'une médecine du « tri ». Cette organisation a demandé de la réflexion et de l'adaptation, même pour des structures qui ont toujours eu un rôle dans la gestion des situations de crise ou à risque de crise [8].

Au décours de cette période, les professionnels sont quasi unanimes pour réclamer plus d'actions de prévention (et donc plus de communication et de valorisation de celles-ci), en lien avec le développement de l'éducation thérapeutique, insister sur la nécessité de mieux repérer les fragilités (notamment cognitives, mais aussi physiques et psychologiques) et en assurer le suivi. Ils sont unanimes sur le fait que le rôle des HDJ (que ce soit MCO ou SSR) sur ces points du parcours de soins des personnes âgées est crucial et fondamental, un rôle sur lequel ces unités travaillent déjà depuis plusieurs années [9,10].

Par ailleurs, la prise en charge post-COVID-19, aussi bien dans le domaine de l'évaluation des conséquences somatiques, cognitives et psychiques, que celui d'une rééducation-réadaptation adaptée, constitue aussi une action prioritaire pour les professionnels interrogés, avec une place pour les HDJ au sein du secteur SSR où il existe des recommandations [3].

Beaucoup de professionnels soulignent la nécessité de mieux identifier la place des HDJ dans les filières et parcours de soins, et de renforcer les liens avec les services des urgences, les réseaux et les EHPAD. Les HDJ évitent des hospitalisations complètes indues et il faut reconnaître leur rôle dans l'interface ville—hôpital, en particulier dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire et de la réorganisation des dispositifs de ville avec la mise en place des plates-formes territoriales d'appui, des réseaux et des communautés professionnels de territoire de santé (CPTS).

Certaines équipes ont fait remonter qu'il pourrait être pertinent, à l'avenir, de garder des HDJ MCO ouverts, dans des circonstances analogues, avec des moyens supplémentaires, pour éviter les ruptures de prise en charge, des situations de crise et certaines hospitalisations classiques, en apportant un soutien à la médecine de ville et aux EHPAD. Tout centrer sur la prise en charge des patients présentant la COVID-19, c'est prendre le risque de négliger et de retarder la prise en charge de patients âgés fragiles et présentant d'autres pathologies. Certains rapportent que des patients se sont sentis abandonnés. Le développement des nouvelles technologies numériques comme la télémédecine est, pour beaucoup, une réponse à proposer, notamment dans le cadre d'un appui aux EHPAD, et pour laquelle il faut une certaine « souplesse » (l'utilisation de la vidéo peut apparaître difficile pour des patients âges à domicile). L'HDJ, en complément, apparaît comme une plate-forme facilitatrice d'accès aux soins pour des populations fragiles et démunies et de soutien aux aidants.

Enfin, la question de la pérennité des filières monothématiques est posée dans ce contexte, sachant que les HDJ sont de plus en plus enclins à repérer des patients fragiles quel que soit le motif de leur venue et à suivre des malades complexes du fait de leur approche pluridisciplinaire et multidimensionnelle.

Des difficultés organisationnelles ont été identifiées pendant la phase de confinement et à la levée de celui-ci, mais les atouts de la filière gériatrique et, au sein de celle-ci, les atouts des HDJ ne font de doute pour personne.

Conclusion

Réfléchir aux perspectives d'avenir, c'est faire reconnaître le rôle d'interface ville—hôpital des HDJ dans le parcours de soins de la personne âgée (liens avec les réseaux, les plates-formes territoriales d'appui, les CPTS, les maison des aînés et des aidants [M2A], le conseil départemental et l'ensemble des acteurs médicaux et médicosociaux) et les liens à renforcer avec les services des urgences, les unités hospitalières, les équipes mobiles gériatriques et les EHPAD.

C'est aussi repenser les moyens humains alloués à ces structures et l'architecture, pour permettre une meilleure gestion des flux, introduire les nouvelles technologies (télémédecine…) et développer les actions de prévention et d'éducation, le dépistage et le suivi des fragilités, dans l'ensemble des domaines gériatriques.

Si les HDJ ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation dans la crise, il serait nécessaire, pour l'avenir, en cas de nouvelles vagues de la pandémie ou de nouvelles crises sanitaires, d'anticiper, de mener une réflexion, une analyse bénéfices/risques, avant d'acter une fermeture complète des HDJ gériatriques sur tout le territoire. Il s'agit d'éviter un afflux inconsidéré des personnes âgées vers les services d'urgence ou, au contraire, la désaffection de ces patients pour les structures de soins entraînant des décompensations, dont il est parfois difficile de sortir. Maintenir une activité hospitalière ambulatoire, même partielle, c'est éviter les pertes de chance en cas de report prolongé pour certains patients nécessitant un suivi, permettre un diagnostic, une prise en charge, une orientation optimisée dans le parcours de soins en fonction des priorités, et offrir une alternative à l'hospitalisation complète surchargée en contexte épidémique. Il apparaît nécessaire de garantir la continuité des soins pour tous les patients et donc le maintien d'activités non-COVID-19.

Remerciements

Remerciements aux participants à l'enquête

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.

AMSELEM J.	ESSR le Prieuré	77100 Avon
ASTIER C.	Abrapa Germaine Bord	67000 Strasbourg
AUER F.	Centre hospitalier	22100 Dinan
BAEUMLE D.	CH de Rouffach	68250 Rouffach
BERARD M.	Hôpital d'Oissel	76031 Rouen cedex
BERG N.	CHR de Liège	Liège, Belgique
BOULKOUR K.	CH de Plaisir	78375 Plaisir
BOURATROFF V.	CH de Plaisir	78375 Plaisir
BRESSON-RAYNAUD I	CH de Beauvais	60000 Beauvais
BARDEAU-BRIMAUD G.	Institut de réadaptation	93230 Romainville
BRUNET J.L.	CH Forez	42110 Feurs
CHEVALET P.	Hôpital Bellier	44090 Nantes
CLEMENTI F.	Centre de gériatrie du Lanot	40100 Dax
COSTE M.H.	Hôpital des Charpennes	69100 Lyon
DELMAS M.C.	SSR les Châtelets	22440 Ploufragan
DERAJINSKI A.	GHRMSA	68100 Mulhouse
DIARD C.	Hôpital Ste-Perrine	75016 Paris
DRAPIER-OUVRY I.	Centre de gérontologie	17000 La Rochelle
GALBRUN E.	Hôpital Dupuytren	91210 Draveil
HERTZOG M.	Clinique du Diaconat	68003 Colmar
KURTZ V.	Clinique de la Toussaint/Clinique St-Luc	67000 Strasbourg67130 Schirmeck
LEMERCIER N.	GH du Havre	76600 Le Havre
MARFISI DUBOST A.	CH gériatrique du Mont d'Or	69250 Albigny-sur-Saône
MARTIN-HUNYADI C.	HDJ St-François	67000 Strasbourg
MERVELAY V.	Centre hospitalier	54300 Lunéville
MICHEL J.M.	Hôpitaux civils	68000 Colmar
NOEL M.H.	Les maisons hospitalières	50000 Nancy
RETTEL-RAKOTONDRAVAO S.	Hôpital Félix-Maréchal	57050 Metz devant les ponts
RIAUDEL T.	Hôpital Bellier	44090 Nantes
SANS C.	CHG Pau	64000 Pau
SCHNEBELEN S.	GHRMSA	68130 Altkirch
TIBOUT I.	Centre médicosocial	97100 Basse-Terre
VIALA M.	Hôpital Caremeau	30900 Nîmes
VOLPE-GILLOT L.	Hôpital LéopoldBellan	75014 Paris
WECHINGER-GERLING C.	Centre hospitalier Ste-Catherine	67700 Saverne

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Durand-Gasselin B, Bonte F, Portron PL, et al. Les hôpitaux de jour de soins de suite et réadaptation gériatriques en France : enquête descriptive et état des lieux. Rev Geriatr 2013;38:429—34.

[2] Volpe-Gillot L, Michel JM. Actualités réglementaires et enjeux médico-économiques des Hôpitaux de Jour Gériatriques. In: 39es journées de formation annuelle de l'APHJPA, Nantes, 6—7 juin 2019. 2019.

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19; 2020 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche-recommandation-ssr.pdf Consulté le 5 octobre 2020.

[4] Volpe-Gillot L, Michel JM. Réflexions sur la place de l'hôpital de jour dans la filière de soins gériatrique. Neurol Psychiatr Geriatr 2012;12:243—9.

[5] Michel JM, Volpe-Gillot L. État des lieux et réflexions sur la place des hôpitaux de jour au sein de la filière gériatrique. In: Communication JASFGG Paris, 29 novembre 2017. 2017.

[6] Volpe-Gillot L. Organisation, filières et recherche au sein des HDJ gériatriques en France : résultats de l'enquête nationale de l'APHJPA. In: 37es journées de formation annuelle de l'APHJPA, Paris, 7—8 juin 2017. 2017.

[7] Ministère des Solidarités et de la Santé. Gestion des cas groupés — Clusters de Covid-19 pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Guide méthodologique; 2020 [Consulté le 5 octobre 2020] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_cas_groupes_27_juin_f.pdf.

[8] Volpe-Gillot L, Michel JM. Liens entre UCC et HDJ notamment dans la prévention et gestion des situations de crise. In: Congrès des unités de soins Alzheimer, Issy-les-Moulineaux, 12 décembre 2018. 2018 [http://annee-gerontologique.com/wp-content/uploads/2019/07/Diapositive-L.-Volpe-Gillot.pdf. Consulté le 5 octobre 2020].

[9] Michel JM, Volpe-Gillot L, Bonté F, et al. Évaluation et prise en compte de la fragilité en hôpital de jour : une enquête sur les pratiques de l'Association pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Âgées. In: 1er Congrès sur la fragilité, Toulouse 17—18 avril 2013. 2013.

[10] Michel JM. Rôle des hôpitaux de jour gériatriques dans la fragilité. In: Livre blanc, Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. Toulouse: Éditeur IAGG GARN & Société française de gériatrie et gérontologie; 2015. p. 109—11 [https://www.aphjpa.org/images/document/2015_Fragilite_Livre-blanc-2015_Article_APHJPA_JM_Michel.pdf. Consulté le 5 octobre 2020].

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. - Document téléchargé le 04/12/2020 par MICHEL Jean-Marc (188173). Il est interdit et illégal de diffuser ce document.