

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 pièce 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 sticto 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



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