



SSR gériatriques en hôpital de jour

Groupe de travail en lien avec le Groupe thématique Régional SSR :

Dr Bordes (HSTV - Bain de Bretagne)
Dr Padeloup (CH de Tréguier)
Dr Talarmin (Clinique de l'Elorn)
Dr Pinoche (Clinique des Augustines) excusé
Dr Legac (CRG Chantepie)

Définition de l'Hôpital de jour SSR pour « personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ».

Texte de référence : Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007

« Le système hospitalier doit faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment de personnes de plus de soixante-quinze ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent poly-pathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7% des personnes âgées de plus de 60 ans. »

« Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible. »

L'hôpital de jour SSR gériatrique a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales des déficiences et des handicaps associés au grand âge, ainsi que de promouvoir une réadaptation et une éducation thérapeutique visant au maintien à domicile du sujet âgé.

- ✓ Pôle ressource de prévention et de décompensation des situations complexes, c'est une unité de soins à part entière qui requière l'adhésion du patient, de son entourage et de son médecin traitant. Il s'agit d'une prise en charge spécialisée, pluridisciplinaire, nécessitant un plateau technique spécifique et créant les conditions d'une coordination des différents intervenants dans une prise en charge concomitante. Pour ce faire, il semble qu'une capacité d'accueil de 8 à 10 places corresponde à un volume d'activité approprié (16 à 20 patients par jour ouvré).
- ✓ L'HJ SSR PAPD s'inscrit dans la filière gériatrique d'un territoire et développe son activité en liens étroits avec l'amont (SSR polyvalents ou PAPD en hospitalisation complète, court séjour gériatrique) et l'aval (Médecine de ville, USLD, HAD, secteur médico-social). Il est aussi en lien avec la consultation mémoire, la géro-psycho-geriatrie, les services de soins palliatifs, voire l'onco-gériatrie.
- ✓ L'HJ SSR PAPD doit développer les « passerelles » avec les établissements médico-sociaux du territoire et les acteurs du maintien à domicile. Il offre une prise en charge que la médecine de ville ne peut mettre en œuvre, tout en évitant une hospitalisation complète. Le maintien en HJ ne doit pas suppléer à une prise en charge possible en ambulatoire. Le SSR PAPD en HJ n'a pas vocation à être un accueil de jour.

Double Mission

- Prévenir ou limiter la perte d'autonomie : Assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.
- Assurer des soins itératifs et/ou de réévaluation : éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques, sevrage d'hospitalisations prolongées, ajustement des thérapeutiques, prescription et appropriation des appareillages complexes. L'HJ n'est pas destiné à une prise en charge aiguë, qui relève du court séjour. L'évaluation doit être effectuée en amont de l'adressage.

Une condition première de réussite est l'adhésion au projet de soins du patient, de son médecin traitant, et de ses tiers aidants.

Valeur ajoutée

- Une diminution de la durée de séjour en hospitalisation complète
- Un sevrage des longues hospitalisations pour accompagner le retour à domicile
- L'accès à une expertise pluridisciplinaire et à un plateau technique qui soit en mesure de maintenir ou de récupérer un degré satisfaisant d'autonomie.
- L'absence de rupture avec le domicile.

Pathologies concernées

Aujourd'hui, les deux tiers des prises en charge en HJ PAPD concernent des pathologies locomotrices ou neurologiques. 13% relèveraient de prises en charge cardio-vasculaires.

Pour autant, les SSR PAPD en hôpital de jour sont destinés à des patients présentant des tableaux complexes, souvent liés à des affections chroniques dégénératives.

- Troubles cognitifs, désorientation, SCPD, états dépressifs, troubles de l'humeur
- Troubles sensoriels (visuels, auditifs), syndromes de désadaptation psychomotrice (post-fracture, post-AVC)
- Prévention de la perte d'autonomie
- Complications de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque)
- Troubles de l'équilibre et chutes
- Pathologies nutritionnelles
- Les patients atteints de pathologies neurologiques dégénératives doivent faire l'objet d'une attention particulière : âgés de 60 ans ou plus, ils représentent une part importante de la file active (50% au CH de Tréguier) et requièrent une prise en charge pluridisciplinaire suivie.

- 2 remarques :
- Pour chacun des patients accueillis, bilan médicamenteux et évaluation du risque iatrogène
 - L'hôpital de jour SSR gériatrique n'a pas vocation à la prise en charge palliative, ni au suivi des plaies chroniques (positionnement MCO) hors contexte poly pathologique.

Population cible

Le plus souvent âgée de 75 ans et plus, elle se caractérise par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes ou à risque de perte d'autonomie.

- ✓ Il existe une intrication des pathologies neuro-dégénératives, somatiques, et/ou un isolement à l'origine d'un syndrome de fragilité.
- ✓ Il existe un risque particulier de décompensation risquant d'entraîner ou d'aggraver une déficience, source de dépendance difficilement réversible. Parfois, une évaluation gériatrique préalable à l'adressage a identifié des risques particuliers de décompensation d'une ou plusieurs pathologies chroniques.
- ✓ Les patients souffrant de pathologies neurologiques dégénératives ont souvent besoin d'une prise en charge dès 60 ans, en lien avec leur suivi neurologique antérieur.

Cas particulier du patient à domicile : son admission ne pourra être effective qu'après avoir bénéficié d'une évaluation gériatrique. Il reste que cette modalité d'adressage ne peut être que marginale et relève de prises en charges ciblées et spécifiques.

Les patients dont la perte d'autonomie est majeure (GIR 1) ne rentrent pas dans le cadre d'une prise en charge en HJ, de même que ceux dont l'état est incompatible avec des transports récurrents; un projet thérapeutique personnalisé doit être contractualisé, dans la mesure du possible, avec le patient/sa famille et le médecin traitant.

L'approche du SSR PAPD est sanitaire et non médico-sociale ; l'adhésion du patient suppose un minimum de compréhension de la prise en charge et donc une évaluation préalable des fonctions cognitives.

Organisation de la prise en charge

Dans une même journée, la prise en charge est pluridisciplinaire, individuelle et/ou collective. Elle peut inclure des actes diagnostiques ou d'évaluation.

Dans tous les cas, une évaluation gériatrique initiale doit avoir eu lieu en amont, et déboucher sur un projet de soins partagé (patient-médecin traitant- gériatre coordonnateur). Les conditions matérielles de transport doivent être mesurées (45 minutes maximum), et la fatigabilité particulière de la personne âgée peut obliger à diminuer la charge rééducative.

Effectifs et qualifications : toujours un gériatre

- ✓ Assure l'évaluation gériatrique initiale
- ✓ Assure le suivi médical pendant toute la durée de la prise en charge
- ✓ Assure la coordination entre les différents intervenants du programme de soin
- ✓ Assure l'évaluation et l'analyse statistique de l'activité

La cohérence de la prise en charge nécessite un travail collectif assuré par des professionnels qualifiés et en effectif adapté. La charge rééducative peut être supérieure à celle d'une prise en charge en hospitalisation complète.

Le médecin coordonnateur est entouré, au minimum, d'un cadre de santé (ou infirmière coordinatrice), d'une secrétaire, des para-médicaux rééducateurs et des personnes-ressources pour accompagner le projet social du patient: kinésithérapeute(s), podologue, psychologue, ergothérapeute(s), orthophoniste, assistante sociale, diététicien,... Les effectifs doivent être adaptés en fonction des profils de patients accueillis, y compris pour les IDE et aide-soignantes.

D'autres professionnels, comme les art-thérapeutes ou musico-thérapeutes relèvent davantage du secteur médico-social ; ils peuvent, à la marge, représenter une aide pour gérer des troubles du comportement entre 2 prises en charges rééducatives.

Moyens

- ✓ Locaux et équipements adaptés aux personnes âgées présentant une dépendance physique ou psychique.
- ✓ Plateau technique de rééducation réadaptation : il fait la valeur ajoutée du SSR, au-delà de la consultation pluri-disciplinaire.
- ✓ Lieux de convivialité
- ✓ Sur place ou par convention, plateau technique d'imagerie et de biologie
- ✓ Dossier patient complété comme dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle.

Les professionnels s'accordent sur une capacité optimale de 10 places, soit 15 à 20 patients par jour. La montée en charge de l'unité doit être rapide, de l'ordre de 3 à 6 mois.

Modalités d'adressage

- ✓ A la sortie d'une hospitalisation complète en médecine ou SSR, à la suite d'une évaluation réalisée par un médecin gériatre.
- ✓ A la suite d'une prise en charge en SSR PAPD en hospitalisation complète, dans le cadre d'un projet de soin individuel.
- ✓ Après une consultation spécialisée (Consultation mémoire, HJ gériatrique)
- ✓ Par admission directe après accord entre médecin traitant et gériatre coordonnateur ; cette orientation reste limitée à des patients ciblés, pour des prises en charge spécifiques.

Modalités d'accueil

Un impératif : l'évaluation gériatrique initiale, réalisée par le gériatre coordonnateur de l'unité, ou pluridisciplinaire lors d'un séjour MCO par exemple. Le projet de soins qui en résulte est partagé par le médecin traitant, qui interviendra en dehors des heures d'ouverture de l'unité d'hospitalisation de jour.

Dans la majorité des cas, une date de sortie peut être donnée dès la première venue.

Elaboration du programme de soins : Toute prise en charge est individualisée mais peut s'effectuer en atelier collectif, en fonction du programme mis en place. Le projet thérapeutique personnalisé est contractualisé, dans la mesure du possible, avec le patient/ sa famille, est construit en accord avec le médecin traitant.

Une réunion de synthèse pluridisciplinaire donne lieu à la réévaluation régulière des objectifs initialement fixés ; sa fréquence est préétablie (toutes les 5 séances, ou hebdomadaire,..) Au-delà du nombre initial de séances prévu, la poursuite de la prise en charge doit être validée lors de la réunion de concertation.

Liens avec le médecin traitant et/ou les intervenants libéraux/ médecins coordonnateurs d'Ehpad :

- ✓ Elaboration du projet thérapeutique
- ✓ Synthèse de la prise en charge lors de la sortie
- ✓ Plan de soins et d'aide personnalisée pour le domicile

Modalités de sortie (anticipées au maximum): Une réunion de synthèse de la réadaptation, impliquant le patient, ses proches, les services sociaux, doit être tenue pour préparer la sortie et se doter des conditions de réussite de cette dernière.

Si besoin, les professionnels de santé se déplacent à domicile.

Un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant, avec un recours possible au service (ligne téléphonique dédiée).

Proposition d'actions de prévention et feuille de route pour coordonner les interventions à domicile. Un plan de soins et d'aide finalisé peut être adressé aux intervenants gérontologiques du secteur et aux différents acteurs du domicile.

Indicateurs d'activité (annuels)

- Nombre de journées réalisées

File active / nombre de nouveaux patients pris en charge

Nombre de séjour par patient

Durée des prises en charge

- Prise en charge

Motifs d'admission

Répartition des modes d'entrée

Amplitude de la prise en charge/nombre d'intervenants et charge rééducative

Taux d'envoi du projet thérapeutique au médecin traitant

- Effectifs

Composition de l'équipe médicale en ETP

Composition de l'équipe para-médicale en ETP

- Sorties

Délai et taux d'envoi du courrier de sortie

Répartition des modes de sortie

% de réhospitalisations non programmées dans les 30 et 60 jours suivant la fin de la prise en charge.

Nombre d'appels de médecin traitant après la sortie.