

Fin de prise en charge
en hôpital de jour

M. Alain SAGNE
Dr Martine LAPIERRE

Ateliers

Liste des communications orales atelier n°2
Fin de prise en charge en Hôpital de jour

M. Alain SAGNE, Dr Martine LAPIERRE

1 ⇨ Entrer à l'hôpital de jour, c'est déjà préparer sa sortie

Centre Acanthe, 13120 Gardanne

Pascal D., Hutin A.

2 ⇨ Arrêt de prise en charge

Hôpital Corentin Celton, 92130 Issy les Moulineaux

Bagher M., Guyot J-P., Morelière M-D., Augeard M-F., Bouquet C., Mathieu A-M.

3 ⇨ "Protocolisation et contractualisation": une réponse aux difficultés rencontrées lors de l'arrêt de la prise en charge

Hôpital Corentin Celton, 92130 Issy les Moulineaux

Foucher C., Sall H., Bocquet P.

4 ⇨ Histoire sans fin

CHU - Centre R. Ruffi, 30029 Nîmes

Lapierre M., Finiels H., Agot R., Burlan D., Péan G.

5 ⇨ Pourquoi, quand et comment arrêter une prise en charge en hôpital de jour?

Hôpital René-Muret-Bigottini, 93600 Aulnay sous Bois

Demesmaeker P., Deniziot P., Lallouette M., Ramamonjisoa M.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NIMES
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE	ENTRER A L'HÔPITAL DE JOUR, C'EST DEJA PREPARER SA SORTIE
--------------	--

AUTEURS et adresses

Dr D. PASCAL . Hôpital de jour Personnes âgées, Centre Acanthe, 26, rue de François, 13120 GARDANNE

A. HUTIN, psychologue, même adresse que ci-dessus

Equipe infirmière, même adresse que ci-dessus

RESUME

Dr PASCAL : Nous allons parler de notre pratique en hôpital de jour psychiatrique pour personnes âgées. Les hôpitaux de jour psychiatriques font partie des dispositifs de soin et de réinsertion. Les indications et les objectifs de soin y sont identiques. La fin de la prise en charge fait partie du début. C'est pour cela qu'il est indispensable de définir dès l'admission, le cadre de soin. Au cours du premier entretien se définit notre axe de travail qui est clairement et simplement énoncé. Le projet de soin est impérativement tourné vers le futur, vers l'après hôpital de jour. On vient à l'hôpital de jour pour se soigner, mais se soigner n'est pas un but en soi. L'objectif des soins n'est pas de se sentir bien à l'hôpital de jour, ce n'est qu'un lieu de transition.

Au travers de quelques exemples cliniques présentés par l'équipe infirmière, deux questions : qui décide de la fin de la prise en charge ? Quand sort-on de l'hôpital de jour ?

A.HUTIN : La demande du consultant inaugure une situation dont on ne sait pas encore comment elle va évoluer. Lorsqu'une prise en charge devient interminable ou s'interrompt brusquement, il est souvent possible d'entrevoir les raisons qui ont bloqué la situation en reprenant la question au départ, lors de la mise en place de cette prise en charge.

Comment et à travers quels échanges de paroles avons-nous décidé ou accepté la prise en charge ? Quelle avait été la demande initiale ? Quel cheminement du dialogue avait conduit à la décision d'entreprendre une prise en charge ? Quelle place de la famille dans la demande ?

A l'aide de notations cliniques, nous traiterons de l'hypothèse de travail selon laquelle la fin de la prise en charge interroge les conditions de sa mise en place.

ARRET DE PRISE EN CHARGE

Hôpital Corentin CELTON – Service de Gériatrie 2 – Hôpital de Jour – 4 Parvis Corentin CELTON – 92130
ISSY LES MOULINEAUX – TEL : 01.58.00.48.00 – FAX : 01.58.00.41.52

Docteur Marianne BAGHER
Monsieur Jean Paul GUYOT – Infirmier
Madame Marie Dominique MORELIERE – Cadre infirmier
Madame Marie France AUGERARD – Psychologue clinicienne
Monsieur Christian BOUQUET – Assistant social
Docteur Anne-Marie MATHIEU – Chef de Service

En 2004, nous avons intégré des locaux flambants neufs, ce qui, pour l'Hôpital de Jour jusque là existant (une seule grande pièce et un bureau) a constitué une amélioration indispensable et a provoqué un nouvel élan. Ce changement a été accompagné d'une reconstitution de l'équipe paramédicale et d'un projet médical révisé et solide mais toujours orienté vers la prise en charge des personnes âgées atteintes de démences de type Alzheimer.

MAIS ce nouveau profil et cette réorganisation ont nécessité la révision des projets thérapeutiques de tous les patients de notre file active. Nous nous sommes alors trouvés confrontés à trois grands problèmes essentiels délicats à prendre en charge :

- La durée de prise en charge n'ayant pas toujours été précisée initialement, ou parfois mal comprise, les patients, et surtout leurs aidants pensaient que celle-ci était illimitée,
- Le projet social n'avait pas été clairement défini, ainsi l'Hôpital de Jour représentait-il un soutien et un devenir définitif,
- L'ignorance des familles, le plus souvent entretenue par le médecin traitant, des objectifs de la prise en charge en Hôpital de Jour bien différent de celui de l'accueil de jour.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire motivée, la réorientation des personnes âgées s'est voulue ferme mais entourée de beaucoup d'écoute, d'attention, d'information dans un véritable projet d'accompagnement pour une transition la moins douloureuse possible pour le patient et aussi sa famille. Nous le savons, les changements de repères pour la personne âgée peuvent avoir des conséquences majeures et aggraver ses troubles et nécessitent de la part des aidants de trouver auprès des nouvelles équipes la même confiance qui s'était établie auparavant avec nous.

Ce semestre de réorganisation nous a conforté dans notre projet et a éclairé notre démarche dans laquelle il nous est apparu impératif :

- 1- définir et expliquer clairement le rôle et les missions de notre service et ses différences avec un accueil de jour.
- 2- de mieux préciser de façon contractuelle la durée de la prise en charge à l'accueil à l'Hôpital de Jour,
- 3- de poursuivre de façon plus ferme, la mise en place avec l'assistant social et la famille des aides à domicile afin d'éviter une dépendance totale à l'Hôpital de Jour,

MAIS AUSSI

- 4- d'inclure dans le temps de la prise en charge le temps nécessaire à l'accompagnement vers le relais « accueil de jour » ou « institution »,
- 5- d'orienter la personne âgée et sa famille vers une structure adaptée et viable,
- 6- de proposer la continuité du suivi médical au travers de consultations régulières.

Au travers des témoignages du médecin, de l'infirmier, de l'assistant social et de la psychologue du service, nous vous proposons d'évoquer les aspects qualitatifs et quantitatifs mais aussi organisationnels et humains qui ont composé notre démarche

TITRE

**« PROTOCOLISATION ET CONTRACTUALISATION » : UNE REPOSE AUX
DIFFICULTÉS RENCONTREES LORS DE L'ARRET DE LA PRISE EN CHARGE**

AUTEURS et adresses

C. FOUCHER, H. SALL, P. BOCQUET

Service de Gériatrie clinique 1
Hôpital Corentin Celton (AP-HP)
4 parvis Corentin Celton - BP 66
92133 Issy-les-Moulineaux

L'Hôpital de Jour (HDJ) du service, d'une capacité de 13 places, prend en charge, pour un bilan ponctuel ou un suivi régulier, des patients atteints de différentes pathologies. Il y a environ 2 ans, à l'occasion de la restructuration des activités de l'HDJ, nous avons constaté qu'un certain nombre de prises en charge régulières, notamment de patients présentant une démence, tendaient à s'installer dans le temps. Cette situation créait à l'évidence un phénomène de dépendance chez les patients et leur entourage ainsi qu'un profond sentiment d'abandon à l'évocation de l'arrêt de la prise en charge ; sentiments d'autant plus douloureux que l'état de santé et la perte d'autonomie des patients s'étaient souvent aggravés. Parallèlement, une grande culpabilité était ressentie par l'équipe soignante. Afin de prévenir ces situations, nous avons mis en place une protocolisation et une contractualisation des prises en charge en HDJ reposant sur 4 types d'action :

- ✓ Instauration d'un Bilan initial d'Evaluation et de Réadaptation Gériatrique (BERG) afin d'établir un projet de prise en soins individualisé,
- ✓ Signature d'un contrat de prise en charge régulière incluant une période d'essai ainsi qu'une durée déterminée, éventuellement renouvelable,
- ✓ Mise en place de synthèses pluridisciplinaires régulières, suivies systématiquement d'entretiens avec les familles, permettant ainsi d'adapter les prises en soins et de préparer l'avenir,
- ✓ Utilisation d'un nouveau carnet de liaison, non seulement comme outil de communication, mais aussi comme support de la contractualisation.

Une étude de cas illustrera la mise en place de ces différentes dispositions qui permettent de rendre les prises en charge plus cohérentes et plus constructives, notamment à l'égard du projet de vie du patient. Cela passe essentiellement par un travail d'acceptation de la maladie et des aides ou relais afin de maintenir au mieux la qualité de vie du patient. Après 2 ans de recul, il apparaît clairement que les arrêts de prises en charge sont moins douloureux pour le patient, son entourage et l'équipe soignante. L'HDJ s'est ainsi recentré sur sa mission d'accompagnement dynamique et temporaire du projet de vie.

**CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NIMES
16-17 JUIN 2005
FORMULAIRE DE RESUME**

TITRE

Histoire sans fin

AUTEURS et adresses

M. LAPIERRE, H. FINIELS, R. AGOT, D. BURLAN, G. PEAN
Service de Gériatrie et Prévention du Vieillissement
Dr D. STRUBEL
CHU - Centre Raymond RUFFI
Place du Pr. R. Debré
30029 Nîmes Cedex 9

RESUME

Hôpital de Jour polyvalent, créé en 1992, d'une capacité actuelle de 20 places. Structure confrontée à des complexités multiples liées aux patients, à leurs pathologies, aux familles et aux soignants.

Un contrat de soins modulable a été établi pour répondre aux différentes problématiques. L'évaluation de cette nouvelle modalité met en lumière des éléments positifs et négatifs. Le problème de fond persiste, principalement dans la composante socio-affective.

CONGRES DES HOPITAUX DE JOUR
NÎMES
16 - 17 JUIN 2005
FORMULAIRE DE RESUME

TITRE

Pourquoi, quand et comment arrêter une prise en charge en hôpital de jour ?

AUTEURS et adresses

Mlle Demesmaeker

M. Deniziot

Mme Lallouette

M. Ramamonjisoa

Hôpital René-Turenne-Bisattini

Hôpital de jour Paul Berthou

14 bd de Garigues

93600 Aubray sous Bois

RESUME

L'arrêt d'une prise en charge en hôpital de jour est la résultante de deux réalités : la première est une mesure administrative obligatoire qui limite toute prise en charge dans le temps. La seconde est l'évolution, positive ou négative, du patient par rapport aux objectifs thérapeutiques.

Cet arrêt est défini lors des réunions d'équipe hebdomadaires.

En prévision de l'arrêt de la prise en charge, l'équipe se donne le temps et les moyens pour envisager l'avenir du patient, en se concertant avec celui-ci et sa famille.

Ainsi, lors de l'arrêt, le rôle de l'équipe est de proposer de nouvelles modalités de prises en charge en coordination avec le réseau de soin externe, mais aussi de développer des solutions alternatives telles que les ateliers externes de mémoire ou autre...