

L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficience ? Une revue de la littérature

J Petermans*, A Velghe***, D Gillain**, X Boman*, N Van Den Noortgate***

* Service de gériatrie CHU Liège Belgique

** Service des Informations Médico-Economiques (SIMÉ) CHU Liège Belgique

*** Dienst Geriatrie UZ Gent Belgique

J Petermans
Service de gériatrie CHU Liège
600, route de Gaillarmont
4020 Chènée Liège
Belgique
Jean.Petermans@chu.ulg.ac.be

Résumé

L'hôpital de jour gériatrique : quels objectifs, quelle organisation, quelle efficience : une revue de la littérature

Une analyse systématique de la littérature depuis 1987, concernant l'efficacité d'un hôpital de jour gériatrique, (HJG), a été réalisée.

Peu de publications décrivent les activités et l'efficacité des HJG. Les comparaisons entre études sont difficiles vu l'absence de standardisation des concepts.

Si tous les travaux comparant les approches gériatriques spécifiques à la pratique « habituelle » de médecine hospitalière démontrent l'efficience de l'évaluation gériatrique globale (niveau d'évidence 1a), peu de données existent relatives à l'efficacité d'une telle évaluation en HJG.

Il n'y a pas de consensus sur le cadre et les activités d'un HJG. "Unité de jour", "hôpital de jour", "soins de jour" sont utilisés indifféremment alors qu'ils ne recouvrent pas les mêmes entités, ni activités. Bien que les infirmiers et paramédicaux réalisent l'évaluation gériatrique, la composition et le rôle de l'équipe gériatrique n'est pas définie.

Les activités diagnostiques sont rarement décrites contrairement à la revalidation. Pour les patients victimes d'accidents vasculaires, de démence, de maladies cardiaques ou de pathologies chroniques, des effets positifs de l'intervention en HJG, sur les résultats sont démontrés (niveau d'évidence 1a)

L'hétérogénéité de la population gériatrique, les poly-pathologies, l'âge des patients (55 à plus de 75 ans) compliquent aussi l'évaluation de l'efficacité.

Actuellement, nous ne disposons pas de données probantes du bénéfice d'une prise en charge en HJG comparée à celle en hôpital classique. Il paraît toutefois indiscutable que l'évaluation gériatrique globale est une méthode performante de prise en charge du patient gériatrique.

238 mots

Mots clés: Hopital de jour gériatrique, évaluation gériatrique globale, fragilité, revalidation

Summary

Geriatic day hospital : what evidence? A systematic review.

A systematic review of the international literature concerning the organisation of the Geriatric Day Hospital (GDH) was performed. From 1987 till now, few papers were found describing the activity and the effectiveness of the GDH.

All the studies comparing specific geriatric approaches to regular medicine demonstrate the efficiency of geriatric care, particularly the geriatric assessment. So, with a degree of evidence 1a, a better outcome is found for patients undergoing a geriatric assessment and intervention, compared to patients having no geriatric assessment at all.

However, there is no evidence of benefit for the geriatric day hospital compared to patients treated in a geriatric ward or other location of geriatric care. Moreover, there is no clear consensus on the settings and activities of a geriatric day hospital. Terms as day unit, day hospital, day care, are used interchangeably and are not always covering the same activity. The same remark can be made on the exact composition of the geriatric multidisciplinary team and its role. However nurses and paramedical workers are always mentioned as all performing geriatric assessment.

The diagnostic activities on the GDH are seldom described and studied. More information is available on rehabilitation activity, often developed in specific patient populations such as stroke patients, dementia patients, cardiac patients or patients with other chronic diseases. In this selected patient populations positive effects on outcome are shown in the GDH (level of evidence 1a). Another problem is the heterogeneity of the population.

For scientific reason the GDH should focus on organising care for specific medical problems. Diseases as dementia, stroke, cardiac insufficiency, could be good models to investigate the efficiency of geriatric assessment and interventions within the setting of a GDH.

279 words

Key words: geriatric day hospital, geriatric assessment, frailty, geriatric cares.

INTRODUCTION

Avec le vieillissement de la population, les besoins en soins de santé des personnes âgées risquent d'augmenter. En effet, le vieillissement s'accompagne d'une fragilisation de l'individu et les pathologies chroniques influencent également la qualité de l'avancée en âge. Il paraît dès lors utile de réfléchir aux besoins spécifiques de ces personnes, auxquels il convient de répondre en terme d'organisation de soins, afin d'éviter ou de retarder le déclin fonctionnel.

En Belgique, depuis 2007, le gouvernement fédéral a mis en place un programme de soins spécifique qui organise et définit les structures de prise en charge à l'hôpital des patients âgés (1). Parmi elles, l'hôpital de jour gériatrique (HJG) a été créé et reconnu à côté des lits G de l'hôpital classique, de la fonction de liaison interne au sein de ce dernier et de la consultation de gériatrie. L'hôpital de jour gériatrique constitue une entité architecturale distincte de l'hôpital général. Il s'intéresse aux patients gériatriques âgés en moyenne de plus de 75 ans, référés par un médecin généraliste ou spécialiste ou après consultation de gériatrie. Il a pour mission d'organiser de manière multidisciplinaire l'évaluation diagnostique, la prise en charge thérapeutique ainsi que la revalidation du patient.

Actuellement, ces hôpitaux de jour bénéficient d'un financement sous forme de projet pilote. Dans ce cadre, nous avons voulu réaliser une analyse de la littérature internationale afin de vérifier si la pertinence de l'hôpital de jour gériatrique est justifiée, quelles étaient les expériences semblables menées ailleurs et tenter de cerner les caractéristiques des patients qui ont recours à cette structure.

L'objectif futur étant d'aider à définir une organisation des soins performante et un mode de financement structurel équilibré pour ce type de patients.

METHODOLOGIE

Les articles publiés depuis 1987, date de l'apparition des premiers HJG en Angleterre notamment, ont été recherchés et sélectionnés dans les bases de données bibliographiques Medline, Embase, Cochrane, CRD et Econlit. La littérature grise a également été examinée. La recherche s'est arrêtée début 2008 et depuis lors, seuls un petits nombres d'articles ont été publiés sur le sujet. Certains seront inclus dans la discussion, mais ne font pas partie de cette recherche systématique.

La recherche bibliographique s'organisait autour de 4 paramètres: la définition et l'organisation de l'HJG, la population concernée, les activités prestées, les résultats en terme de performance.

- Définition et organisation

Comme l'HJG (Geriatric Day Hospital (GDH) en anglais) est une structure relativement nouvelle, ce terme risquait d'être peu fréquent dans les bases de données consultées, et nous avons également utilisé des combinaisons de termes moins précis, se référant à des services ambulatoires pour les personnes âgées. Il semble important de vérifier si un HJG a le même rôle dans tous les pays, qu'il y porte le même nom et comment il est inclus dans l'organisation des soins de santé. La difficulté est de vérifier certains facteurs confondants, tels que l'assimilation de cette structure avec des centres de jour, des soins à domicile, des organisations spécifiques particulières, ayant le même rôle.

- Population

Nous nous sommes concentrés sur les études décrivant des soins aux patients âgés (≥ 65 ans) associées à des termes, présents dans la base de donnée, comme la fragilité et recourant à des soins ambulatoires pour bénéficier de soins spécifiquement gériatriques. La fragilité est couramment utilisée pour définir les personnes gériatriques à risque de déclin fonctionnel, et

nécessitant une évaluation complète, de préférence par une approche multidisciplinaire.

- Activités prestées

Les textes de loi belge (1) définissent quatre activités principales: les soins préventifs, l'évaluation, le diagnostic et la rééducation. La littérature ainsi que nos propres expériences montrent que les principales activités de la plupart des hôpitaux de jour y sont retrouvées.

- Performance

Aucun critère d'inclusion n'a été retenu en préalable à la recherche de littérature.

Enfin, signalons que les aspects financiers ont aussi été abordés par la recherche d'études de coûts, les différentes façons de financer ainsi que le ratio coût/bénéfice, mais les résultats ne seront pas traités ici et feront l'objet d'une publication ultérieure.

Le tableau 1 résume l'ensemble des mots clés utilisés pour les recherches dans les différentes bases de données (les mots clés relatifs au financement sont retirés).

Tabl 1

Stratégie de recherche

Initialement, les titres et les résumés (si disponibles) identifiés à partir de la stratégie de recherche sur les paramètres décrits ci dessus, ont été répertoriés par deux examinateurs indépendants. Pour les études retenues, le texte intégral de l'article a été commandé et évalué en fonction des critères de validité définis ci-dessous.

Critères de validité

Chaque article sélectionné a été résumé et évalué selon des critères de validité suivant:

- La question de recherche est elle bien définie?
- La conception des études est-elle appropriée pour répondre aux questions posées?
- La qualité des données est elle suffisante ?

- L'analyse des résultats est-elle clairement expliquée et la méthodologie statistique pertinente ?

- Les conclusions sont-elles étayées par les résultats?

- Les éventuels modèles testés sont-ils valides ?

Critères d'exclusion

N'ont pas été retenus :

- les lettres à l'éditeur, les livres et chapitres de livres, des éditoriaux, des avis d'experts

- des études menées uniquement en milieu hospitalier

- des études concernant les troubles psychiatriques / hôpitaux de jour psychogériatrique parce que cette activité est très spécifique, pas toujours réalisée par une équipe de gériatrie et difficile à évaluer

- des études ayant une description inadéquate de la méthodologie et / ou les résultats étaient discutables suite à des erreurs importantes ou des problèmes méthodologiques

RESULTATS

Cette démarche a permis de retenir 117 articles. Parmi ceux-ci, 77 articles en texte intégral ont été commandés et 61 ont été obtenus, 11 articles ne répondaient pas aux critères de validité.

Enfin, 50 articles ont été sélectionnés pour examen (voir flow chart). Il s'agissait de 3 revues systématiques, 9 études contrôlées randomisées (RCT), 35 études de cohorte et 3 commentaires.

Flow chart de sélection de la littérature

Une méta analyse publiée après la réalisation de ce travail par la Cochran library dont l'objectif était aussi de vérifier la pertinence de la fonction de l'HJG a depuis permis une réponse à certaines questions que nous nous posions. Ce texte aurait pu être intégré aux

articles analysés mais n'étant pas disponible au moment de la recherche bibliographique cela aurait entravé notre méthodologie de recherche. Il sera toutefois mentionné et permettra une aide à la discussion de notre travail.

Le travail permettait aussi de vérifier si une évolution dans les activités, dans les patients, dans les prestataires de soins, avait pu être observée au cours des 20 dernières années.

L'analyse des résultats sera présentée en essayant de répondre aux quatre questions suivantes : (les niveaux d'évidence seront abordés dans la discussion)

1. Quelles activités sont développées en HJG, ont-elles évolué et quel est leur niveau d'efficience ?
2. Y a t il une harmonisation sur le lieu et le type de locaux ?
3. Quels sont les intervenants et comment fonctionnent t ils?
4. Quels patients sont vus et quel est leur degré de satisfaction?

1. Activités et niveau d'efficience

Activités

Le premier document d'intérêt a été publié il y a plus de 20 ans par Morishita (2) et a été utilisé ici comme un document de base. Cet auteur a décrit les activités d'un hôpital de jour gériatrique (HJG), basées sur l'hôpital de jour britannique et les unités gériatriques nord-américaines d'évaluation (GEU).

L' HJG a fourni une large variété de services répondant aux besoins des personnes âgées frêles : 25% des patients (âge moyen de 78 ans) ont reçu une évaluation gériatrique, 13% ont été référés seulement pour l'évaluation d'un problème spécifique et 8% pour une mise au point diagnostique seulement. 4% ont reçu des soins pour affections médicales aiguës ou pour des suivis après une hospitalisation aiguë. Dans 21% de cas, les médecins auraient renvoyé le patient à l'hôpital si l'hôpital de jour n'existe pas. L'auteur conclut que l' HJG est un service

nouveau destinés à des patients pour lesquels ni les soins ambulatoires, ni d'ailleurs une hospitalisation classique ne sont adaptés.

Dans une revue de littérature, Black rapporte que bien que les hôpitaux de jour du Royaume-Uni aient été traditionnellement associés à la réadaptation, depuis le début de leur fonctionnement ils prennent en charge d'autres fonctions participant à l'évaluation gériatrique globale (3)

L'auteur conclut: « Les hôpitaux de jour gériatriques existent depuis plus de 40 ans. Leurs rôles et leurs fonctions ont évolué avec le temps. Une faiblesse est le manque d'évidence des études sur leur rôle principal dans la réadaptation, mais leur force est leur flexibilité de fonction afin de répondre aux besoins des patients ».

Outils d'évaluation

Afin de mesurer l'efficacité des HJG, des études cliniques (4, 5, 6, 7, 8, 9) ont employé plusieurs échelles validées : l'échelle de Barthel, de Lawton, le get up and go, la geriatric depression scale, le test de Tinetti,... Toutefois, si ces études évoquent toutes les termes d'évaluation gériatrique complète, d'évaluation fonctionnelle, de soins multidisciplinaires..., elles ne décrivent pas précisément le contenu de ces démarches. Seule l'étude allemande de Glaesmer qui évalue l'efficacité du traitement dans un HJG, décrit de façon précise les outils utilisés pour cibler le profil fonctionnel du patient (9).

Il ne semble y avoir aucune homogénéité dans la pratique des membres des équipes. D'ailleurs, la relation entre l'utilisation d'échelles et l'existence d'un syndrome gériatrique n'est pas toujours clairement spécifiée et la raison pour laquelle, pour mesurer la même fonction certaines échelles ont été utilisées plutôt que d'autres, n'est pas claire.

Ainsi par exemple, Hui (10) dans un travail compare l'évolution des patients ayant présenté un « stroke » et pris en charge en HJG par rapport à la prise en charge conventionnelle ; il utilise l'échelle de Barthel, le Mini Mental State Evaluation (MMSE), et la Geriatric

Depression Scale (GDS) pour tenter de définir le profil des patients. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficience d'un programme de revalidation aussi réalisé en HJG, Hershkovitz, quant à lui, mesure l'indépendance fonctionnelle par la FIM (functional independence measure), le risque de chute par «timed get up and go » et emploi un index d'ADL (activity of daily living) développé à Nottingham (7).

Dans ces travaux, les plus complets décrivent aussi les activités principales et le nombre de visites des patients dans le centre. Toutefois, il n'y a aucune information, ni d'évidence claire sur la base de quels paramètres les résultats devraient être évalués afin de prouver l'efficacité des soins hospitaliers de jour pour les personnes âgées.

Efficience et efficacité

Dans quelques études l'efficacité est définie par la mesure de l'amélioration des capacités fonctionnelles avec ou sans prise en charge en HJG. D'autres évaluaient comme seuls « outcomes » le décès, la re-hospitalisation et l'institutionnalisation ou la qualité de vie.

Ainsi quelques travaux ont montré l'amélioration des performances et du statut fonctionnel notamment au niveau de l'humeur, de la marche et de la qualité de vie, mais toutes ne sont pas toujours un succès (7, 9, 11). L'étude randomisée réalisée à Hamilton au Canada (6) conclut en effet à l'absence d'amélioration du statut fonctionnel et de la qualité de vie des personnes âgées traitées dans l'hôpital de jour, comparée au groupe témoin traité par des soins gériatriques plus conventionnels (unité gériatrique d'hospitalisation, soins ambulatoires, suivi au domicile). Le type de prise en charge n'est toutefois pas décrite pour le groupe témoin, mais à la sortie ces patients étaient bien orientés vers les services d'aide extérieurs à l'hôpital.

Une revue systématique de Forster réalisée en 1999 (12) concernait 12 études contrôlées. Cette analyse n'a pas permis de mettre en évidence une différence significative entre la prise en charge de l'hôpital de jour et des autres services destinés aux personnes âgées en ce qui concerne le décès, l'incapacité et le besoin d'aide. Néanmoins, l'auteur a constaté que les

personnes ayant eu une prise en charge gériatrique systématisée (geriatric assessment) présentaient une diminution du risque de décès ou de mauvaise évolution ; l'endroit où l'évaluation était pratiquée n'avait pas d'importance. Il concluait en disant que l'HJG semble un service efficace pour les personnes âgées ayant besoin de revalidation mais n'a pas d'avantage déterminant par rapport à tout autre système permettant une évaluation gériatrique globale.

Dans une revue publiée en 2004, Day (13) a conclu l'absence d'évidence sur l'efficacité des services gériatriques et des HJG comparés aux soins habituels, en terme de mortalité. Toutefois, il insiste sur le fait que les résultats fonctionnels sur le statut physique et mental pourraient être des paramètres plus importants à prendre en compte que seulement la mortalité dans cette population. Ainsi les patients souffrant d'insuffisance cardiaque ou de dépression montrent une meilleure amélioration à ce niveau. Il serait peut être intéressant de vérifier si cette prise en charge gériatrique n'est pas comparable à un programme de rééducation cardiaque. Toutefois les résultats ne s'appliquent pas aux patients déments.

Dans une étude de cohorte, Dasgupta et *al* démontrent que certains patients, spécifiquement ceux souffrant de maladies de cœur et de dépression, ont pu montrer des bénéfices fonctionnels, liés aux interventions en HJG d'autant plus important que la prise en charge était précoce (11). Les améliorations qui persistaient le plus longtemps étaient les activités sociales, l'humeur et la mobilité, ainsi qu'une meilleure prise en charge de la douleur.

La revue de la littérature montre peu d'évolution depuis 1989 et l'étude de Morishita. Les mêmes questions persistent et seul un nombre restreint de réponses ont pu être obtenues au fil du temps.

L'activité est tout à fait hétérogène, pas toujours clairement décrite en dehors de l'activité de réadaptation. Il semble que l'évaluation et les interventions gériatriques indépendamment d'où

elles sont réalisées montrent une amélioration des capacités fonctionnelles, de l'humeur et des activités sociales.

Cependant, il n'y a aucun véritable consensus concernant les variables à observer pour prouver l'efficacité de la prise en charge en HJG, même si toutes celles définissant les « outcomes » et reprises dans ces publications paraissent tout à fait appropriées pour définir une meilleure évolution du patient . Ces mêmes variables sont aussi pertinentes pour permettre de vérifier l'utilité et l'efficience de la démarche gériatrique, spécifique en santé publique.

2. Lieux et type de locaux

2 revues systématiques, 3 commentaires, 4 RCT et 4 études de cohorte fournissent des informations sur le lieu et le contexte architectural de l'HJG.

De nombreux types d'endroits étaient décrits tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital ; parfois la localisation par rapport à une institution n'est pas mentionné (6, 7, 14, 8). En outre, ce qui rend encore les interprétations plus difficiles est que l'endroit avec lequel est comparé l'HJG n'est pas non plus décrit. Souvent l'activité de l'HJG est comparée avec une activité gériatrique intra-hospitalière, parfois avec une activité médicale dans un autre service.

Toutefois, l'endroit ne paraît pas influencer les résultats. Obtenir des résultats significatifs est plus dépendant de la qualité de l'évaluation gériatrique et des interventions que le milieu où cela est organisé (6). Les améliorations les plus significatives, comme dit plus haut se marquent principalement sur la prévention du déclin fonctionnel et de l'altération de la qualité de vie.

Il n'existe pas de données examinant la nécessité de places en HJG en relation avec le besoin en santé publique. Aucun travail ne s'est intéressé à une programmation du nombre de lits d'HJG en fonction de l'avancée en âge des populations. Seules quelques études mentionnent

le nombre de places dans la structure ou la recherche est réalisée (5, 8).

Un travail mené en France montre que la notion de l'hôpital de jour gériatrique ne couvre pas un cadre homogène (15). Un organisme appelé « Association pour la promotion des services de soins de jour pour personnes âgées (APHJPA) » définit trois catégories d'unités de soins de jour ; l'unité de soins gérontologiques et d'évaluation de jour, l'unité d'évaluation et de réadaptation et l'unité de psycho-gériatrie. Même dans cette étude, les auteurs ont utilisé le terme unités de jour et pas HJG alors que l' APHJPA comprend 80% des hôpitaux de jour gériatriques en France.

Ainsi, la recherche de la littérature en utilisant seulement le terme hôpital de jour gériatrique paraît tout à fait dangereuse et incomplète. Par conséquent, une vaste recherche sur ce que comportent les soins gériatriques de jour doit encore être effectuée. Une meilleure définition des structures paraît utile afin de ne pas confondre les objectifs de soins et pouvoir mieux orienter les patients et répartir les moyens de façon équitable.

3. Intervenants et type de fonctionnement

Le plus souvent, ni le nombre total de personnel, ni l'expertise des différents membres de l'équipe multidisciplinaire n'ont été précisés. Parfois, il n'y a pas de gériatres, les outils utilisés pour évaluer les patients ne sont pas décrits, et la formation des intervenants n'est pas précisée. (6, 8, 9, 16).

Néanmoins, la plupart des études mentionnent la coordination de soins multidisciplinaires, mais la composition de l'équipe semble fortement dépendante des possibilités locales et de l'organisation générale des soins de santé. Il n'est pas possible de connaître l'importance de la patientèle gérée chaque jour ; parfois, le nombre de patients inclus au cours d'une période est mentionné et la durée de l'étude également. Seuls Martin (5) signale le passage d'un nombre de patients par jour et les prévisions du nombre de patients suivis dans le cadre de sa

recherche. L'auteur donne aussi des informations sur le temps d'attente pour les patients avant leur rendez vous, et la possibilité d'accueillir les patients en urgence ainsi que la durée de traitement, mais il est difficile de savoir ce que la période définie pour s'occuper d'un patient comprend comme activités.

4. Patients et satisfaction

Les travaux retenus étudiaient des populations hétérogènes, à l'exception du fait que tous les patients étaient ambulatoires. Ainsi, dans la revue systématique de Forster (17) seul le fait qu'il s'agissait de patients médicaux de plus de 65 ans était mentionné. Parker (18) dans son travail évalue des personnes âgées d'au moins 65 ans, recevant des soins en situation aiguë ou post aiguë ou en rééducation. Des patients de 65 ans et plus, ayant présenté un accident cérébrovasculaire, sans antécédents d'AVC ou de démence et ayant un faible indice de Barthel sont décrits par Hui (10). Mais Baumgarten (19) observe des patients avec détérioration de l'état fonctionnel et potentiel de réadaptation. Eagle, quant à lui, s'occupe de patients âgés à risque d' hospitalisation (6) et Rodderick, de patients ayant subit un « stroke » (20) alors que Boult mentionne seulement le terme de "patients éligibles" (21).

Les autres études (de cohorte et les évaluations économiques) (22, 23 à 28) sont encore moins précises dans la description du type de patients. Enfin seul Gerard (24) mentionne la nécessité pour les personnes suivies, d'un besoin en personnel pour l'assistance dans la vie quotidienne ; les autres auteurs précisant seulement qu'ils incluent les patients externes, et les personnes âgées.

Quant au degré de satisfaction du patient, seules quelques études l'évaluent ainsi que celui du médecin traitant (29, 5). Les médecins généralistes trouvent l'organisation intéressante surtout pour les patients récemment sortis d'hospitalisation, mais ils souhaiteraient une prise en charge du même type par une infirmière au domicile. Néanmoins, ils considèrent l'évaluation

fonctionnelle comme la mission la plus importante de l'HJG. (5).

Les patients apprécient surtout la compagnie et les aspects occupationnels et beaucoup n'ont pas de critique particulière.

DISCUSSION

Nous avons sélectionné 50 articles suivant la méthode décrite dans le flow chart (tab 2). Tous les articles ont été lus et commentés de manière systématique selon les critères repris au tableau 3 . Les auteurs en ont retenus 28 comme déterminants et non redondants.

Après que notre recherche ait été publiée, fin 2008, la méta-analyse de la Cochrane library dans laquelle Forster et *al.* (30), sur 13 études reprenant 3007 participants, compare l'HJG avec les soins spécifiques aux personnes âgées, les soins à domicile et l'absence de prise en charge spécifique. Elle démontre sur les « outcomes » mortalité et « poor outcome », la supériorité ($p < 0, 05$) de la prise en charge en HJG versus l'absence d'approche spécifique. La même observation est constatée pour le ralentissement de la diminution des ADL.

Enfin, l'analyse montre que l'utilisation de ces structures tend à réduire le nombre d'hospitalisation et le placement en institution.

Dans notre travail, peu de publications décrivent les activités et l'efficacité des HJG. De plus, les comparaisons entre études sont difficiles en raison du manque de standardisation des concepts utilisés comme par exemple, les échelles de mesure du profil gériatrique. Cette observation était également mentionnée dans la méta-analyse de Forster. Toutes les études comparant les approches gériatriques spécifiques à la pratique « habituelle » de médecine hospitalière démontrent toutefois l'efficience des soins gériatriques et plus particulièrement de l'évaluation gériatrique globale. Tous les travaux comparant des approches gériatriques spécifiques à la médecine régulière, démontrent l'efficacité du soin gériatrique, en particulier l'évaluation gériatrique standardisée. Ainsi, avec un degré d'évidence 1a, de meilleurs résultats

pour des patients subissant une évaluation et une intervention gériatriques sont mis en évidence, comparés aux patients n'ayant bénéficiés d'aucune évaluation gériatrique. Cependant, actuellement, il n'existe pas de données probantes relatives à l'efficacité d'une telle évaluation dans le cadre spécifique d'un HJG, plus que dans d'autres types de structure. Une des raisons est probablement le manque de définition claire de cette fonction sur le plan légal, au niveau international et cela dépend beaucoup de l'organisation des soins et des moyens disponibles. Les termes "unité de jour", "hôpital de jour", "soins de jour" sont utilisés de manière indifférenciée alors qu'ils ne recouvrent pas les mêmes entités ni les mêmes activités. Toutefois cette alternative semble utile comme offre de soins, mais son système de fonctionnement mérite d'être clarifié.

Il n'existe pas de consensus clair quant à l'équipement et aux activités d'un HJG. C'est également le cas pour la composition de l'équipe gériatrique multidisciplinaire et le rôle de ses différents membres, bien que les infirmiers et les intervenants paramédicaux réalisent toujours l'évaluation gériatrique.

Les activités diagnostiques de l'HJG sont rarement décrites dans la littérature contrairement aux activités de revalidation. Pour les patients victimes d'accidents vasculaires, les patients déments, cardiaques ou ceux qui souffrent de pathologies chroniques, des effets positifs de l'intervention en HJG sur les résultats sont démontrés avec un bon niveau d'évidence (1a). Par ailleurs, l'hétérogénéité de la population gériatrique, le fait que les patients souffrent de poly-pathologies, l'étendue de l'âge des patients (entre 55 et 75 ans et plus) compliquent l'évaluation de l'efficacité de l'HJG.

Pour la raison scientifique, certains considèrent que le HJG pourrait se concentrer sur la prise en charge des problèmes médicaux spécifiques. Les maladies comme la démence, l'insuffisance cardiaque pourraient être de bons modèles pour étudier l'efficacité de l'évaluation et des interventions gériatriques en HJG. Les résultats trouvés dans notre analyse

paraissent en effet encourageant dans ces affections. Cependant, en réalité, le patient gériatrique n'a pas une seule maladie et présente un ensemble de différents déficits, appelés syndromes gériatriques dont l'approche est difficilement transposable au modèle de raisonnement sur la mono-pathologie. Dès lors actuellement il ne semble pas exister de consensus sur quelles variables mesurer, afin de vérifier l'efficacité d'une intervention chez un patient gériatrique, en HJG. Ce consensus n'est pas présent parmi des experts, même s'il semble admis que les paramètres mesurés devraient principalement définir la fonctionnalité de la personne et sa récupération.

Enfin, et ce point n'est pas abordé dans ce travail, il n'existe pas encore de consensus sur la manière de mesurer le rapport 'coût-efficacité' de l'HJG.

Le degré de satisfaction des utilisateurs (patients et médecins traitants) semble bon, même si peu d'études le mentionnent. Toutefois, bien qu'ils jugent que c'est le meilleur endroit pour réaliser une évaluation fonctionnelle les médecins généralistes gardent encore une certaine réticence liée aux peu d'informations dont ils disposent sur la structure.

Ceci a été confirmé par notre groupe en 2010 (31) qui démontre un manque de connaissance et une relative méfiance de la première ligne de soins sur les activités de l'HJG. Une plus grande transparence, une concertation permanente et une implication au sein même de la structure du médecin traitant pourrait aider, mais c'est surtout la définition claire du rôle de chaque intervenant autour du patient âgé qui est importante.

De manière plus générale, notre travail a aussi permis de mettre en exergue la nécessité de mieux définir les outils et les fonctions nécessaire dans un but de standardisation des pratiques et d'une meilleure répartition des moyens. Il soulève aussi un grand nombre de questions sur la valeur des « end points » habituels utilisés dans les études d'intervention sur la population générale et leur transposition à la population gériatrique. Il est probable que les objectifs sont différents mais peu de consensus ont été retrouvés dans notre analyse.

La gériatrie étant une discipline nouvelle, s'intéressant à une population hétérogène particulière et de plus en plus nombreuse, elle doit encore « défricher » et organiser son travail, définir clairement les objectifs poursuivis et aussi vérifier si les méthodologies habituelles utilisées dans les études d'évidence pour la population générale peuvent être extrapolées à la personne âgée.

CONCLUSIONS

Un examen systématique de littérature internationale montre qu'il y a peu d'articles décrivant l'activité, l'efficacité et l'organisation de l'HJG. Un modèle unique n'existe pas. Les termes, unité de jour, hôpital de jour, soin de jour, sont interchangeables et ne couvrent pas toujours la même activité.

D'ailleurs, il n'y a aucun consensus clair sur le cadre et les activités d'un hôpital de jour gériatrique. La même remarque peut être faite sur la composition exacte de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle de ses différents membres. Cependant des infirmières et des paramédicaux sont toujours mentionnés comme réalisant l'évaluation gériatrique. Les activités diagnostiques à l'HJG sont rarement décrites et étudiées. Plus l'information est disponible sur l'activité de réadaptation qui est souvent développée sur des populations spécifiques telles que des patients ayant présenté un AVC, une démence, une insuffisance cardiaque ou des patients présentant d'autres maladies chroniques.

Nous ne disposons pas de données probantes claires sur le bénéfice d'une prise en charge en HJG en comparaison avec une prise en charge en hôpital classique, même s'il est indiscutable (niveau d'évidence 1a) que l'évaluation gériatrique globale est une méthode performante de prise en charge du patient gériatrique. Un travail d'harmonisation des pratiques passant par un consensus sur les objectifs poursuivis et les moyens à mettre en place est indispensable et un cadre légal devrait être proposé. Une fois de plus cette revue de la littérature pose la question

sur les transpositions parfois trop facile des recommandations de la médecine factuelle, démontrées dans la population générale, aux populations hétérogènes et spécifiques composées de patients gériatriques.

Messages importants

- Les meilleurs résultats sont observés chez les patients ayant bénéficié d'une évaluation et d'une intervention gériatrique par rapport à ceux n'ayant reçu aucun soin gériatrique. (niveau d'évidence : Ia)
- Il n'y a aucune évidence d'avantage d'un hôpital de jour gériatrique comparé au soin gériatrique classique. Toutes les études comparant des approches gériatriques spécifiques démontrent leur efficacité où qu'elles se déroulent (niveau d'évidence : Ia)
- Il n'y a aucun consensus sur l'organisation d'un hôpital de jour gériatrique et il y a peu d'harmonisation dans les termes employés pour désigner probablement un même type d'activité (unité de jour, hôpital de jour, soin de jour,...)
- Il n'y a aucun consensus sur les différents membres de l'équipe multidisciplinaire et le rôle de ses participants même s'il est souvent fait mention d'évaluation fonctionnelle.
- Peu d'informations sont trouvées sur « les activités diagnostiques en HDJ », plus d'informations sont disponibles sur l'activité de réadaptation. La réadaptation est souvent développée pour les sous-groupes spécifiques tels que des patients ayant présenté un « stroke », des patients souffrant de démence, les insuffisants cardiaques ou des patients présentant d'autres maladies chroniques. Dans ces cas particuliers, l'intervention en HJG paraît performant (niveau d'évidence : Ia).

Tableau 1 : mots clé utilisés pour la recherche bibliographique

Medline MeSH terms

health services for the aged, day hospital, day care, (outpatient clinics, hospital), aged, aged 80 and over, patients, outpatients, frail elderly, geriatric assessment, rehabilitation, diagnosis, primary prevention, treatment outcome..

Embase index terms

elderly care, geriatric hospital, day care, outpatient department, patient, outpatient, frail elderly, geriatric assessment, rehabilitation, diagnosis, primary prevention, treatment outcome.

“Free text” words used in Cochrane Database of Systematic Reviews

geriatric day care, geriatric day hospital, day care, day hospital, geriatrics, aged patients, elder patients, frail elder, geriatric patients, geriatric outpatients, geriatric assessment, rehabilitation, diagnosis, primary prevention, treatment outcome.

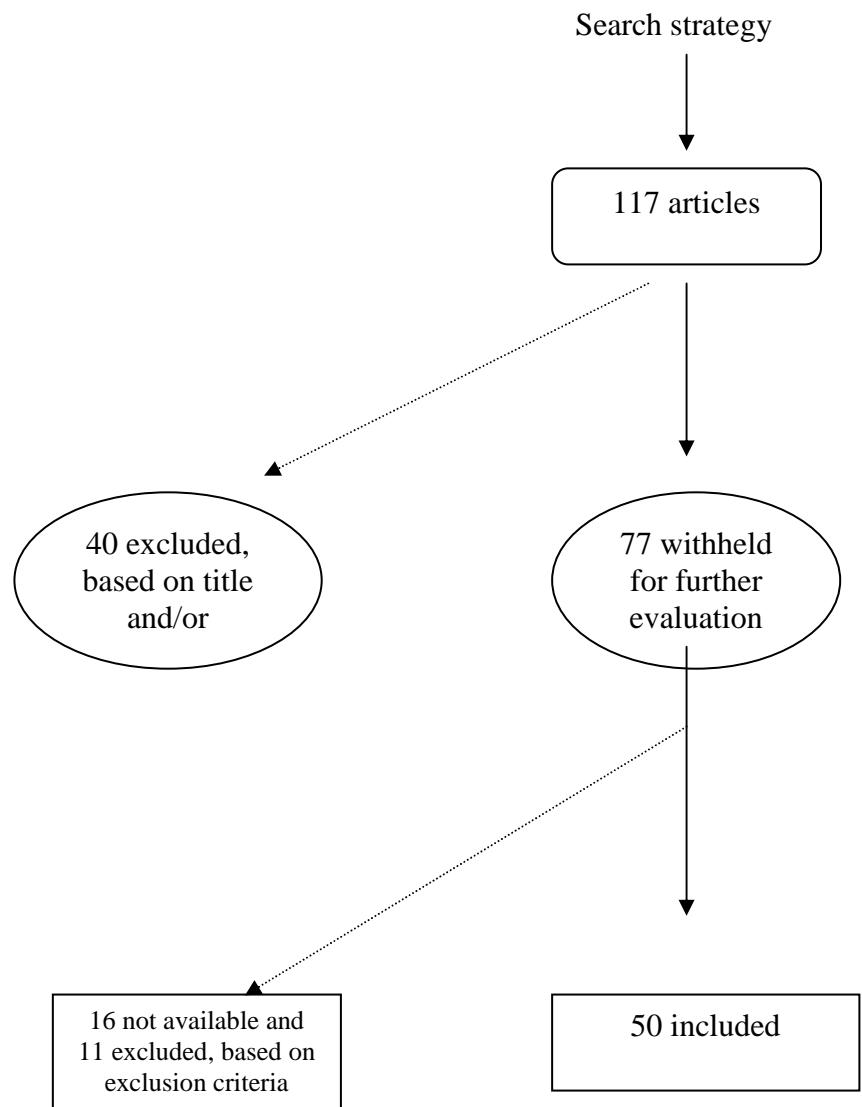
Centre for Reviews and Dissemination MeSH terms

Day care, health services for the aged, (outpatient clinics, hospital), aged, outpatients, geriatric assessment, rehabilitation, primary health care, diagnosis, treatment outcome,. Plus “geriatric AND day AND hospital” used as free text.

Free text keywords used in Econlit

Day care, day hospital, outpatient clinic, outpatient hospital, post acute care, rehabilitation, diagnosis, assessment, aged, geriatrics, elder, old, frail, outcome,.

Tab 2 Flow chart



Tab 3 : table d'analyse d'article (complétée pour les 50 articles retenus)

author / date endnote reference	region / country	research question	setting	design	sample data description	type of analysis	variables

author / date endnote reference	results	comments	critical appraisal	global evaluation

REFERENCES

1. Moniteur belge : Arrêté royal fixant d'une part les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et d'autre part des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de service hospitaliers 07.03.2007 Ed 2 11197-11205.
2. Morishita L, Siu AL, Wang RT, Oken C, Cadogan MP, Schwartzman L. Comprehensive geriatric care in a day hospital: a demonstration of the British model in the United States. *Gerontologist*. 1989;29(3):336-40.
3. Black DA. The geriatric day hospital. *Age Ageing*. 2005;34(5):427-9.
4. Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH. Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2006;19(4):331-9.
5. Martin BJ, Devine BL, Santamaria J, Lewis S, Burns J. A busy urban geriatric day hospital: analysis of one year's activity. *Health Bull (Edinb)*. 1993;51(1):20-7.
6. Eagle DJ, Guyatt GH, Patterson C, Turpie I, Sackett B, Singer J. Effectiveness of a geriatric day hospital. *CMAJ*. 1991;144(6):699-704.
7. Hershkovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y, Brill S. Programme evaluation of a geriatric rehabilitation day hospital. *Clin Rehabil*. 2003;17(7):750-5.
8. Lokk J, Arnetz B, Theorell T. Mortality and morbidity rates of discharged elderly day care patients. A one-year follow-up of an experimental day care programme. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1991;9(2):79-82.
9. Glaesmer H, Kunstler J, Reuter W. Improvement of functional deficits, physical mobility and cognitive function by treatment in a geriatric day hospital. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*. 2003;36(6):475-83
10. Hui E, Lum CM, Woo J, Or KH, Kay RLC. Outcomes of elderly stroke patients:day hospital versus conventional medical management. *Stroke*. 1995;26(9):1616-9.
11. Dasgupta M, Clarke NC, Brymer CD. Characteristics of patients who made gains at a geriatric day hospital. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;40(2):173-84.
12. Forster A, Young J, Langhorne P. Systematic review of day hospital care for elderly people. *Bmj*. 1999;318:837-41.
13. Day P, Rasmussen P. What is the evidence for the effectiveness of specialist geriatric services in acute, post-acute and sub-acute settings? A critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA); 2004.

- 14.Le Faou AL, Ozguler A, Okra N, Laudet J. A geriatric day-care unit: a health promoting hospital initiative. *Promot Educ*. 2004;11(1):11-6.
- 15.Durand-Gasselin B, Pellerin J, Kruczak E, Zemp A, Girtanner C, Abalain-Castella C, et al. Description and characteristics of geriatrics day-care hospitals in France. *Revue de Geriatrie*. 2002;27(5):319-22.
- 16.Hamilton S, Congdon P, Fowler RW. Measuring outcomes of care in a day hospital setting. *Elder Care*. 1996;8(3):14-7.
- 17.Forster A, J.Young, et al. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care [Systematic Review]. . Cochrane database of Systematic Reviews. 2007(2).
18. Parker G, Bhakta P, Katbamna S, Lovett C, Paisley S, Parker S, et al. Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2000;5(3):176-89.
19. Baumgarten M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C. Adult day care for the frail elderly: outcomes, satisfaction, and cost. *J Aging Health*. 2002;14(2):237-59.
- 20.Roderick P, Low J, Day R, Peasgood T, Mullee MA, Turnbull JC, et al. Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day-hospital care. *Age Ageing*. 2001;30(4):303-10.
- 21.Boult C, L.B. Boult, et al. A randomized clinical trial for frail older patients. *West J Med*. 2001;49(4):351-9.
- 22.Fortney JC, Steffick DE, Burgess JF, Jr., Maciejewski ML, Petersen LA. Are primary care services a substitute or complement for specialty and inpatient services? *Health Serv Res*. 2005;40(5 Pt1):1422-42
- 23.Daniels EB, Dickson TC. Assessing the feasibility, performance of geriatric clinics. *Health Financ Manage*. 1990;44(2):30-2, 4, 9-40.
- 24.Gerard K. An appraisal of the cost-effectiveness of alternative day care settings for frail elderly people. *Age Ageing*. 1988;17(5):311-8.
- 25.Maciejewski ML, Chapko MK, Heden AN, Fortney JC. VA community-based outpatient clinics: cost performance measures. *Med Care*. 2002;40(7):587-95.
- 26.McCallum J, Simons L, Simons J, Wilson J, Sadler P, Owen A. Patterns and costs of post-acute care: a longitudinal study of people aged 60 and over in Dubbo. *Aust N Z J Public Health*.1996;20(1):19-26.
- 27.Powell J, Roberts H. Identifying 'value' in day care provision for older people. *J R Soc Health*.2002;122(3):158-64.

- 28.Tousignant M, Hebert R, Desrosiers J, Hollander MJ. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. *Age Ageing*. 2003;32(1):53-9.
- 29.Donald IP, Berman P. Geriatric outpatient clinics: an audit of clinical action, transport and general practitioners' views. *Age Ageing*. 1989;18(4):253-7.
30. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care Cochrane database of systematic reviews 2008 issue 4
31. VandenBussche P, Desmyster F Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, Vyncke V, Van den Noortgate N, Willems S. Geriatric day hospital : opportunity or threat ? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practioners BMC Health serv res 2010 Jul 12 ; 10 :202)