

# Pertinence des journées en HDJ gériatrique

**Présentation et résultats de l'étude  
nationale**

**L. Volpe-Gillot ; B. Durand-Gasselín**

GH Paris St Joseph, APHJPA

# Le contexte de l'HDJ

- ▶ Mise en place de la tarification à l'activité T2A pour les HDJ court séjour : **Circulaire frontière (31/8/2006)**
- ▶ Intégration de l'HDJ dans une unité de consultation et d'HDJ gériatrique, engagée dans une filière gériatrique hospitalière : **Circulaire filière de soins gériatrique (27/3/2007)** et définition des missions
- ▶ **Les contrôles assurance maladie**

# La circulaire frontière

- ▶ « Un séjour ne peut être facturé que si la prise en charge comporte **plusieurs examens** (à l'exclusion des ex uniquement bio), réalisés par des **professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents**, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une **synthèse diagnostique ou thérapeutique** au moins provisoire en est réalisée **par un médecin** »
- ▶ Exemple : bilan gériatrique incluant
  - une consultation mémoire,
  - un bilan social effectué par une assistante sociale,
  - des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques,
  - une synthèse effectuée par un médecin gériatre

# Ne doivent pas donner lieu à facturation d'un séjour en hôpital de jour

- ▶ **Réalisation d'actes de bio ou de radiologie non interventionnelle**, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents et de façon générale les examens diagnostiques sans anesthésie ou recours à un environnement technique particulier
- ▶ **Les consultations multidisciplinaires** qui sont prises en charge au titre des missions d'intérêt général

# Circulaire filière de soins gériatrique

- ▶ Dispenser une **évaluation géronto médico-psycho-sociale**
- ▶ S'assurer de la **coordination des soins** autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire
- ▶ L'accès à l'HDJ est conditionné par une cs ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'HDJ, **accès ouvert aux médecins généralistes et coordonnateurs des hôpitaux locaux**
- ▶ Afin d'assurer la liaison avec le MT, **l'unité adresse le jour même au MT un CR complet** mentionnant les résultats de l'évaluation géronto, les diagnostics retenus, les orientations thérapeutiques et modalités de prise en charge issus de la **réunion de concertation pluriprofessionnelle**

# Le concept de pertinence

## ► Le patient est-il au bon endroit, chaque jour ?

- méthode validée par
- l'HAS pour journées
- d'hospitalisation et
- admissions
- non programmées
- avec référentiel



## ► L'étude pilote (2008) sur 2 hôpitaux parisiens

# Objectifs et méthode

- ▶ **Objectif** : mesurer la pertinence de chaque journée d'HDJ diagnostique (tarifée court séjour) dans le cadre d'une étude multicentrique nationale
  - Selon un référentiel créé sur la base des circulaires et avis d'experts, avec l'APHJPA
  - Selon l'avis de l'expert
- ▶ **Méthode** : 4 groupes de « critères »
  - 1. L'adressage
  - 2. L'indication
  - 3. Le contenu
  - 4. La forme

# Méthode : les critères (1)

- ▶ A. **Adressage**
- ▶ B. **Indication** (Choix Multiples)
- ▶ C. **Contenu** : présence tracée de chacun des critères
  - Bilan infirmier
  - Examen clinique gériatrique
  - Examens complémentaires (au moins 3)
  - Action d'information/éducation
  - Multidisciplinarité avec avis spécialisé médical ou paramédical ou psy
- ▶ D. **Synthèse/ qualité/ traçabilité** : présence simultanée de chacun des critères
  - Trace de la synthèse multidisciplinaire écrite
  - Recommandations thérapeutiques
  - CRH remis le jour-même

# Méthode : critères et populations

- ▶ Pertinente si 10 critères présents :A+B+C(5)+D(3)
- ▶ ou transfusion ou chimio ou 4 intervenants
- ▶ Pertinence selon l'expert
  - Liées au patient (complexité diagnostique, sociale, fragilité physique, cognitive, information/éducation difficile)
  - Liées à l'organisation des soins (structures alternatives non disponibles, coordination entre différents intervenants)
- ▶ 250 journées consécutives (facturées) par centre et 10 centres minimum

# Résultats

- ▶ 18 volontaires
- ▶ 11 centres inclus
- ▶ 28 médecins codeurs
  
- ▶ 2573 journées sur 4 mois
  
- ▶ 6 centres sur 11 ont étudié au moins 250 journées (250 à 517 j)

|              |     |
|--------------|-----|
| Bischwiller  | 343 |
| Champcueil   | 111 |
| Guebwiller   | 250 |
| Paris-Broca  | 250 |
| Poitiers     | 256 |
| Rennes       | 517 |
| St Nazaire   | 93  |
| Strasbourg   | 509 |
| Troyes       | 51  |
| Valence      | 84  |
| Villeurbanne | 109 |

# La pertinence

- ▶ Sur 2573 séjours exploités
- ▶ **Pertinent selon la grille : 55%** soit 1421 séjours
  - Dont 3% car au moins 4 intervenants
- ▶ **Pertinent selon l'expert : 31% en plus, soit les 2/3 des 1152j non pertinentes**
  - Fragilité cognitive 277 (35%)
  - Complexité diagnostique 261 (33%)
  - Coordination intervenants multiples 127 (16%)
  - *Justifié en clair, surtout 2<sup>ème</sup> pass* 219 (27%)
- ▶ **Total : 86%**

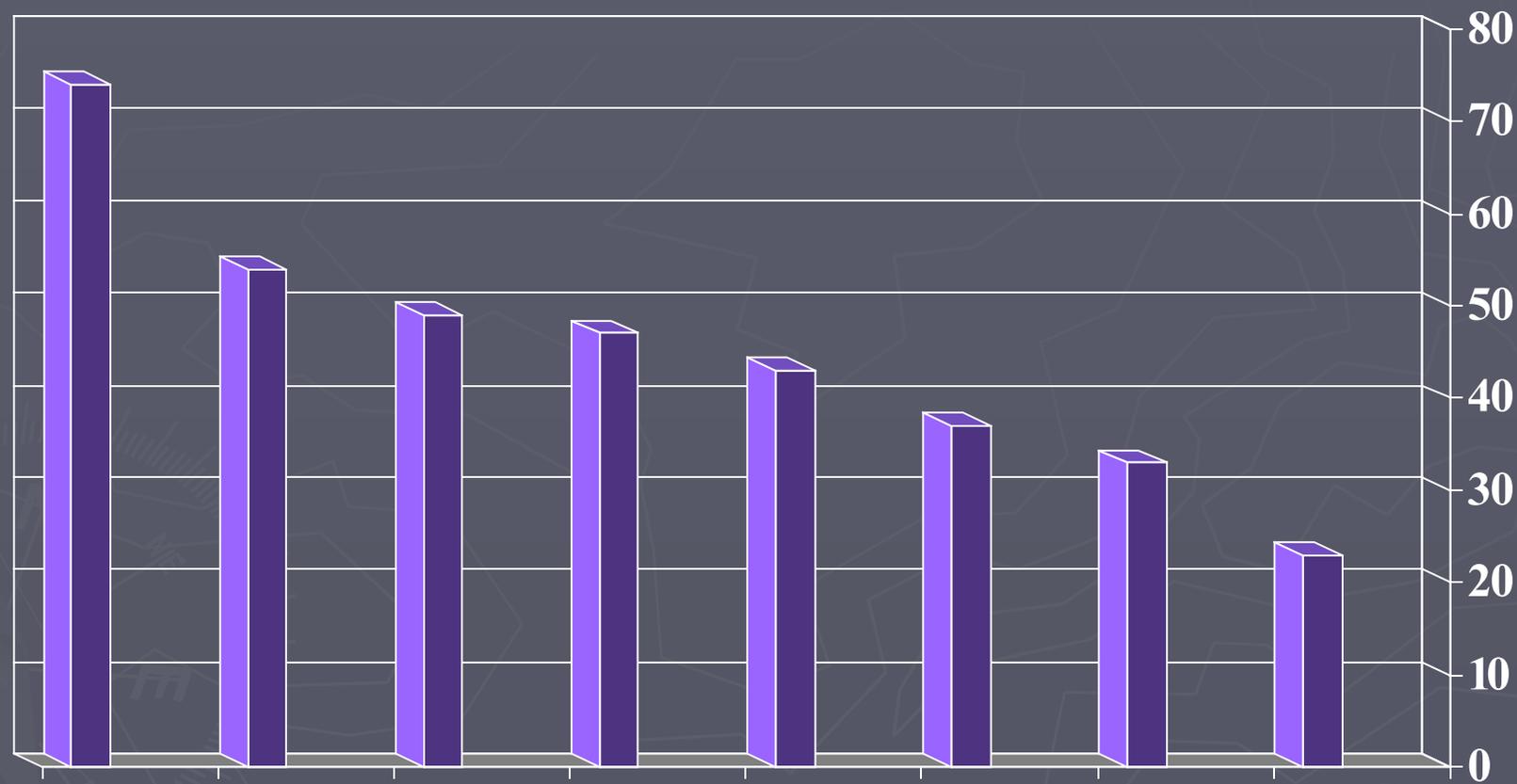
# Adresseurs

|  |      |     |    |
|--|------|-----|----|
| M. Cs mémoire ou gériatrie                   | 1275 | 50% | 11 |
| M. traitant                                  | 967  | 38% | 8  |
| M. hôpital                                   | 175  | 7%  | 8  |
| Autre médecin                                | 49   | 2%  | 8  |
| M. Équipe mobile                             | 45   | 2%  | 7  |
| Autre (patient (23), famille(6), orthoph...) | 40   | 2%  | 4  |
| M. Coordonnateur Ehpad                       | 19   | 1%  | 5  |
| M. urgences                                  | 3    |     | 3  |
|  | 2573 |     |    |

# Indications : Types de Bilan

|                                       |      |     |
|---------------------------------------|------|-----|
| Mémoire                               | 1720 | 67% |
| Evaluation gériatrique globale        | 406  | 16% |
| Autre : 240 (90%) réadaptation, suivi | 278  | 11% |
| Malaise/marche/chutes/AEG             | 78   | 3%  |
| Soins lourds chimio                   | 63   | 2%  |
| Soins palliatifs                      | 10   |     |
| Cardio-vasculaire                     | 9    |     |
| Urodynamique                          | 7    |     |
| Suivi cancéro                         | 2    |     |

# Les raisons de la non pertinence



|   | moins de 3 ex | pas de reco thérap | pas de Cr le jour même | pas d'action educ | pas trace synth multi | pas ex clin observ | moins 3 spé | pas bilan IDE |
|---|---------------|--------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|-------------|---------------|
| % | 74            | 54                 | 49                     | 47                | 43                    | 37                 | 33          | 23            |
| j | 852           | 629                | 568                    | 550               | 495                   | 429                | 379         | 263           |

# Nombre de critères manquants et impact sur la pertinence

- Sur les 1154 journées non pertinentes, en moyenne 3,6 critères manquants

| Sur 2573 j  | Nbre jours | %  |
|-------------|------------|----|
| 10 critères | 1420       | 55 |
| 9 critères  | 1630       | 63 |
| 8 critères  | 1843       | 72 |
| 7 critères  | 2020       | 79 |

| Nbre critères manquant | Nbre jours Sur 1154 |
|------------------------|---------------------|
| 1                      | 210                 |
| 2                      | 213                 |
| 3                      | 177                 |
| 4                      | 162                 |
| 5                      | 135                 |
| 6                      | 131                 |
| 7                      | 111                 |
| 8                      | 14                  |

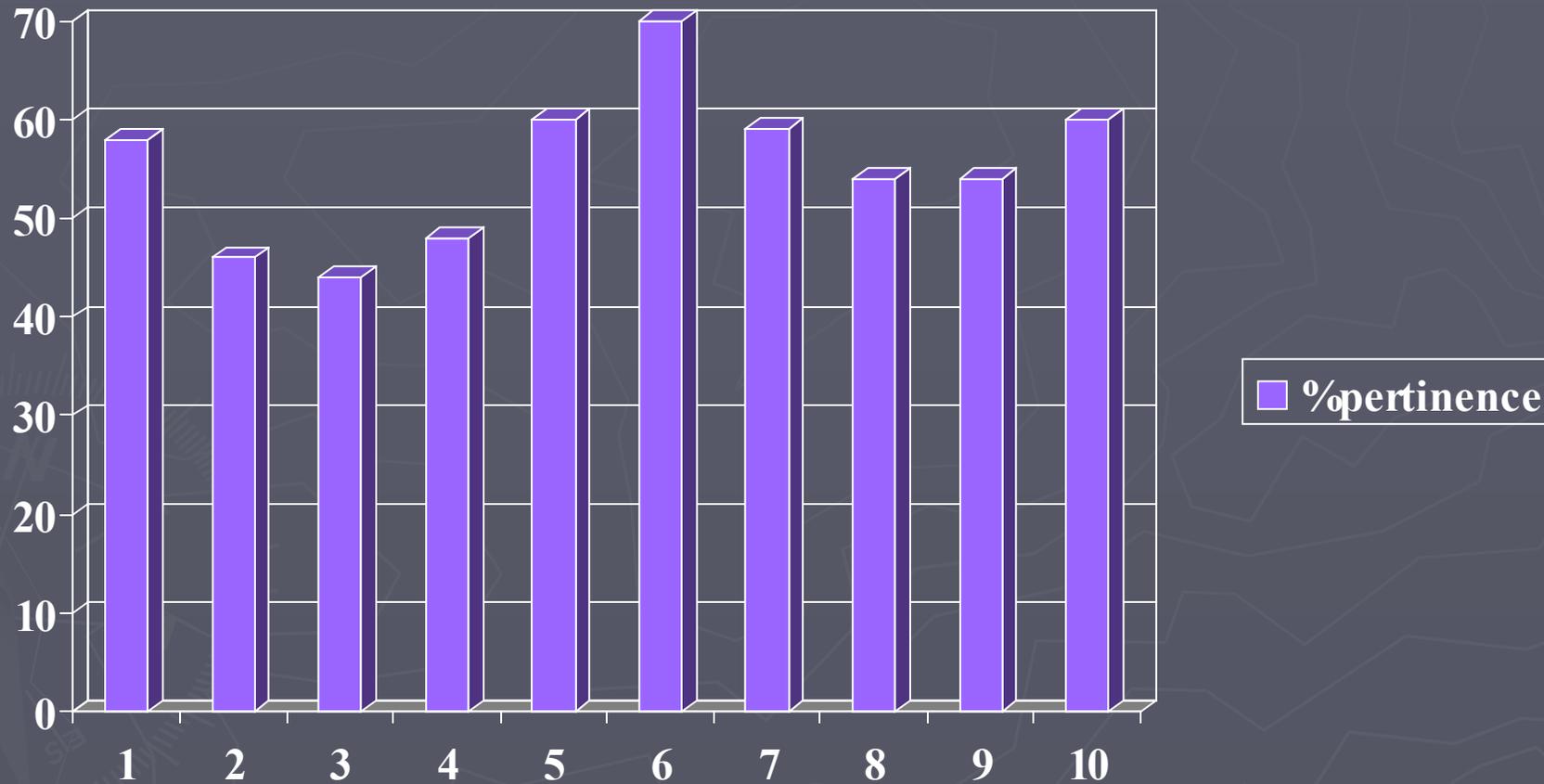
# Adresseurs plus pertinents

|                          | Jours | P   | %     |
|--------------------------|-------|-----|-------|
| Famille du patient       | 6     | 5   | 83    |
| Patient lui-même         | 23    | 18  | 78    |
| Autre médecin            | 49    | 37  | 76    |
| Médecin coordonnateur    | 19    | 14  | 74    |
| Médecin équipe mobile    | 45    | 32  | 71    |
| Médecin traitant         | 967   | 551 | 57    |
| Médecin hôpital          | 175   | 98  | 56    |
| Cs mémoire / gériatrique | 1275  | 667 | 52/64 |

# Indications les plus pertinentes

|                                 | jours | P   | %   |
|---------------------------------|-------|-----|-----|
| Soins et ttt lourds (chimio...) | 63    | 63  | 100 |
| Evaluation gériatrique globale  | 406   | 276 | 67  |
| Cardiovasculaire                | 9     | 6   | 67  |
| Mémoire                         | 1720  | 978 | 57  |
| Malaise/chute/marche/AEG        | 78    | 36  | 46  |
| Soins palliatifs                | 10    | 3   | 30  |
| Urodynamique                    | 7     | 2   | 29  |
| Suivi thérapeutique/rééduc      | 240   | 37  | 15  |

# Evolution de la pertinence



# Discussion : les apports

- ▶ Mémoire ou évaluation gériatrique globale représentent 83 % des séjours
- ▶ 2% transfu/chimio
- ▶ Dans les adresseurs, constante autour de 50% via cs mémoire ou gériatrique, donc 50% en « direct » : cf « maillon essentiel de la filière, à l'interface de la ville et de l'hôpital »
- ▶ Peu de lien avec l'équipe mobile et médecin coordonnateurs or adresseurs pertinents => des collaborations à développer ??

# Des critères trop durs ??

- ▶ 49% des séjours NP n'a pas de CR le jour même mais seuls 13 sur 568 séjours n'ont que ce critère pour tomber dans la non pertinence
- ▶ 47% des séjours NP n'a pas d'action d'éducation/information mais seuls 18 séjours sur 550 n'ont que ce critère pour tomber dans la non pertinence
- ▶ **La pondération par la mise en valeur d'une prise en charge multidisciplinaire (1008 séjours)**
  - 4 : 698 séjours
  - 5 : 216 séjours
  - 6 : 67 séjours

# L'avis de l'expert, l'évolution et réflexions sur la qualité

- ▶ La pertinence pour 31 % des séjours selon l'expert est liée à la fragilité cognitive et de la complexité diagnostique pour l'expert, indices difficiles à chiffrer par des critères techniques
- ▶ La réflexion sur ses propres pratiques tend à augmenter la pertinence
- ▶ La pertinence peut augmenter facilement par la formalisation des séjours et la traçabilité des actes

# Discussion : les limites

- ▶ Population étudiée : HDJ volontaires et HDJ MCO
- ▶ Caractérisation insuffisante de la différence entre séjours d'aigu et de soins de suite
  - Les limites du critère « multidisciplinarité »
  - Non prise en compte de certains critères comme par exemple nombre de passages par patient et par an
- ▶ Nécessité d'une meilleure prise en compte du sens de la prise en charge dans la pertinence :  
comment intégrer les avis d'experts autrement

# Les points à suivre et intégration des avis des experts

- ▶ Sous groupes dans les HDJ « mémoire »
- ▶ Faire intervenir la fragilité cognitive et complexité diagnostique par exemple avec
  - cotation entretien famille,
  - entretien d'annonce diagnostique ...
  - Prendre en compte le double isolement du patient seul avec troubles cognitifs avec nécessité de l'accès aux soins et de leur coordination
  - codifier les évaluations médico-psycho-sociales
- ▶ Vers 1 score composite avec critères majeurs et mineurs ?

# L'enquête sur les HDJ IDF

- ▶ 1 patient venu 3 fois au plus dans les 12 derniers mois était réputé relever d'un HDJ gériatrique de court séjour
- ▶ Les structures dont plus de 75% de la file active correspondait à ces patients étaient considérées avoir l'activité attendue d'un HDJ gériatrique court séjour
- ▶ **667 venues analysées pour 34 HDJ**
  - 90% examinés par au moins un médecin
  - 73% par au moins 2 professionnels non médicaux
  - 64% ont eu des tests neuropsychologiques
  - 25% un scanner ou IRM
  - 96% ont une synthèse médicale dans dossier
  - 84% ont notion de restitution de l'information au médecin traitant
  - 62% ont trace de l'information aux aidants

# Les perspectives

- ▶ Amélioration de la qualité des soins en HDJ gériatrique
- ▶ Clarification de la typologie et du financement des HDJ
- ▶ Indications prépondérantes et place relative des autres indications
- ▶ Reconnaissance des HDJ dans la filière de soins gériatriques
- ▶ Positionnement des tutelles, nouvelles règles, assouplissement des contrôles pour certaines situations
- ▶ Prise en compte de la fragilité de la personne âgée (à l'instar de la V11) et troubles cognitifs
- ▶ Etude de la pertinence des journées en HDJ SSR

# Merci aux participants

- ▶ Rennes
- ▶ Strasbourg
- ▶ Bischwiller
- ▶ Poitiers
- ▶ Guebwiller
- ▶ Paris-Broca
- ▶ Champcueil
- ▶ Villeurbanne
- ▶ St Nazaire
- ▶ Valence
- ▶ Troyes
- ▶ Dr Ledu
- ▶ Dr Martin-Hunyadi, Dr de Petigny
- ▶ Dr Ismer
- ▶ Dr Luissier
- ▶ Dr Bouvier
- ▶ Dr Latour
- ▶ Dr Baptiste, Dr Ranova
- ▶ Dr Martin-Gaujard, Dr Maltaverne
- ▶ Dr Lebatard-Sartre
- ▶ Dr Troussard-Mischis
- ▶ Dr Bauriedl