

The background of the slide is a faded, high-angle photograph of a classical building facade, likely the Hôpital de la Pitié-Salpêtrière in Paris, showing its iconic arches and columns.

Place des hôpitaux de jour dans la filière gériatrique

Pr Olivier SAINT JEAN

Hôpital Pitié-Salpêtrière Paris

Quelle place pour les hôpitaux de jour dans la filière gériatologique ?

Pr O SAINT JEAN, service de gériatrie, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

La filière gériatologique se définit comme un ensemble de dispositifs de prise en charge des malades âgés. Ceux-ci relèvent de l'hôpital comme du soin communautaire, du social comme du médical. Leur articulation harmonieuse est l'une des conditions de la qualité du résultat pour le malade, celui-ci reflétant autant la qualité du meilleur comme du plus faible maillon de l'ensemble. La question de la place d'un dispositif au sein de l'ensemble peut s'aborder selon deux axes, fort différents.

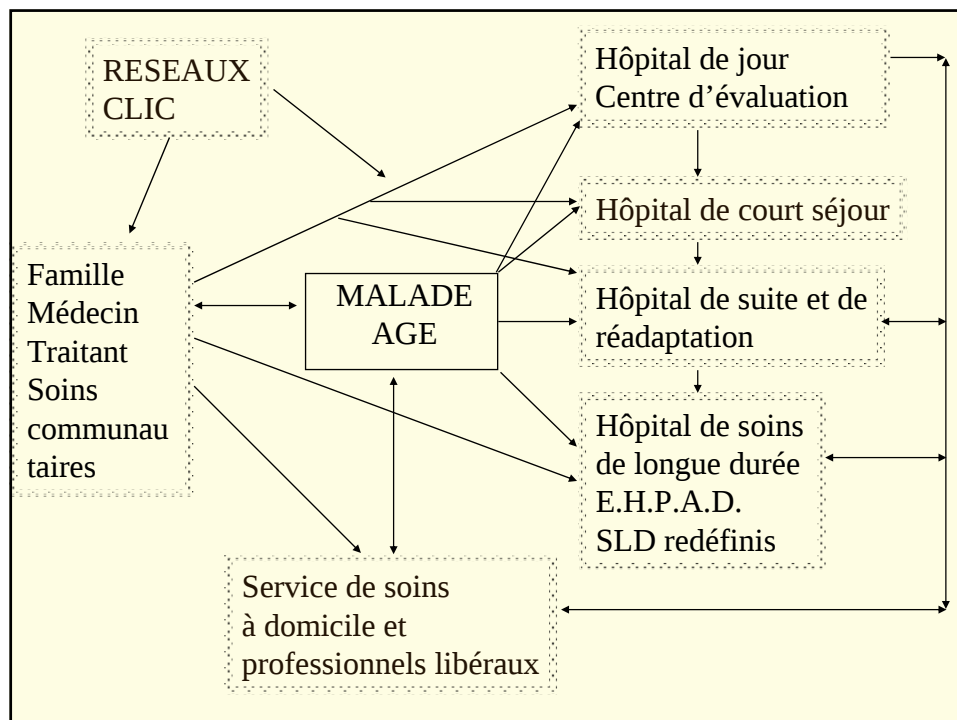
Le premier réside dans l'observation de l'usage du dispositif par les professionnels et les usagers. Il offre une image contrastée de la place des hôpitaux de jour. Cette hétérogénéité rend compte des variations de vision des professionnels, d'organisations locales, de disponibilité de moyens, d'histoire de la structure. Cette lecture montre la grande richesse des modèles d'hôpitaux de jour gériatrique et leur capacité d'innovation. En revanche celle-ci aide moins à la prise de décisions stratégiques pour satisfaire les besoins d'une population identifiée.

La seconde approche réside dans la recherche de critères d'usage approprié des dispositifs, permettant de définir la place de chacun dans la filière. Ce type de réflexion, très peu développée, permet de proche en proche d'aider à la décision d'adressage d'un patient donné présentant un problème gériatologique. Cette démarche permet au mieux de cerner les besoins en terme de structure dans une région. Elle favorise également la conceptualisation d'outils d'allocations de ressources plus pertinents.

Notre intervention tentera par ces deux approches de répondre à la question posée dans le titre, sans pouvoir lever totalement l'interrogation.

PLACE DES HOPITAUX DE JOUR DANS LA FILIERE GERONTOLOGIQUE

Pr Olivier SAINT JEAN
HEGP Université Paris 5



LA REALITE FRANCAISE DES FILIERES GERONTOLOGIQUES

- Prise en charge et financement
 - Parcellisés
 - Concurrents
- Insuffisance de certains dispositifs
 - Quantitative
 - Qualitative
- Redondance de fonction
- Absence de consensus professionnel fort sur le bon usage des dispositifs

DEUX AXES DE REFLEXION

- Usage que les professionnels font des HDJ au quotidien pour prendre en charge les malades âgés
 - Fruit d'un passé, des moyens mis en œuvre et des paradigmes professionnels
- Réflexion sur un usage approprié en fonction de critères pré-établis selon un modèle « idéal »

QUELLE ACTIVITE DES HDJ GERIATRIQUES A L'AP-HP

- Selon le nombre de venues
- Selon le PMSI
- 18 structures
- Places : 197
- Venues : 50940
- Patients : 5782

UNE ALTERNATIVE AUX TROIS TYPES D'HOSPITALISATION COMPLETE

UF	Patients	Séances	Venues par patient	% patients ≤ 3 fois	% nouveaux patients	ACTIVITE
1	507	565	1,1	100,0%	92,7%	Bilan - Diagnostic
2	206	218	1,1	100,0%	97,1%	
3	312	490	1,6	97,4%	83,0%	
4	1026	1 888	1,8	97,0%	76,6%	
5	720	1 110	1,5	96,4%	65,7%	
6	386	687	1,8	95,9%	60,6%	
7	319	494	1,5	95,0%	81,8%	
8	297	1 616	5,4	90,6%	84,8%	
9	487	6 094	12,5	64,7%	70,0%	Activité mixte (bilan + suivi)
10	299	5 875	19,6	59,2%	75,6%	
11	358	9 198	25,7	52,5%	65,4%	
12	109	2 639	24,2	38,5%	74,3%	
13	334	7 756	23,2	37,2%	60,5%	
14	75	1 525	20,3	34,7%	58,7%	
15	109	2 725	25,0	23,9%	36,7%	
16	83	1 987	23,9	22,9%	48,2%	
17	50	1 775	35,5	10,0%	48,0%	Suivi au long cours
18	105	4 298	40,9	6,7%	52,4%	

MAL REPEREE PAR LE CODAGE

UF	Nombre de Patients	Profil d'activité selon le codage PMSI						
		Bilan-Diagnostic		Rééducation			Suivi au long cours	
		Nb	%	Nb		%	Nb	%
1	507	501	98,8%	6		1,2%		
2	206	193	93,7%	13		6,3%		
3	312			312		100,0%		
4	1026	1 004	97,9%	22		2,1%		
5	720	55	7,6%	665		92,4%		
6	386	385	99,7%	1		0,3%		
7	319	273	85,6%	46		14,4%		
8	297	288	97,0%	9		3,0%		
9	487	5	1,0%	461		94,7%	21	4,3%
10	299	197	65,9%	102		34,1%		
11	358	216	60,3%	68		19,0%	74	20,7%
12	109	10	9,2%	99		90,8%		
13	334	168	50,3%	156		46,7%	10	3,0%
14	75	56	74,7%	19		25,3%		
15	109	85	78,0%	24		22,0%		
16	83	30	36,1%	53		63,9%		
17	50	6	12,0%	44		88,0%		
18	105	81	77,1%	24		22,9%		

REGLES DE CODAGE DE L'ACTIVITE AP-HP

- Activité diagnostique
 - DP : pathologie
- Activité thérapeutique
 - Z : chimiothérapie ou séance de transfusion
 - Pathologie en DAR
- Activité de rééducation
 - Z : de rééducation (Z50.1)
 - Pathologie en DAR
- Activité de maintien au long cours
 - Z de rééducation des AVQ (Z50.8)
 - Pathologie en DAR
 - Z74.3 (besoin de surveillance permanente) en DA

EN L'ETAT A L'AH-HP

- Quels besoins de développement des HDJ gériatriques (taux d'occupation non optimaux) ?
- Quelle typologie et dans quels sites ?
- Quelle place dans le dispositif ?
- Des pratiques très hétérogènes (dans l'Alzheimer notamment)

PEUT-ON PROPOSER DES
CRITERES D'USAGE
APPROPRIE DES HDJ ?

DIVERSITE DE L'HOPITAL

- Différenciation des structures selon la durée de séjour
- En fait finalités distinctes entre :
 - Court séjour : usage d'un outil hospitalier pour le diagnostic et le « traitement »
 - Moyen séjour : usage d'un outil hospitalier pour la réadaptation et la réinsertion
 - Ex « long séjour » : usage d'un outil hospitalier à finalité médico-sociale au long cours

IDENTITE DE L'HOPITAL

- Ce qui n'existe nulle part en ville ?
 - Plateau technique
 - Concertation multidisciplinaire
 - Surveillance plus ou moins continue
- Ce qui est le plus commode pour le malade âgé ?
 - Prise en charge multiple en un lieu unique
 - Compétence non disponible ailleurs
- Dualité de l'hôpital : soins hospitaliers ambulatoires ou avec hospitalisation complète

QUEL USAGE DE L'HOPITAL *STRUCTURE SPECIFIQUE ?*

- A la recherche d'outils définissant le bon usage de l'hôpital
- Essentiel
 - Pour des raisons « laïques et républicaines »
 - En situation de ressources rares
 - Pour réduire la iatrogénie des hospitalisations
 - Pour des raisons économiques

APPROPRIATNESS EVALUATION PROTOCOLS

- Critères proposés au début des années 80 aux USA permettant de dire si, pour une journée donnée, l'usage de l'hôpital est approprié ou non
- Trois séries de critères pour AEP « court séjour »
 - Critères liés aux patients
 - Critères liés à la prise en charge soignante
 - Critère d'utilisation du plateau technique

SOINS MEDICAUX

- Procédure en salle d'examen ce jour
- Procédure programmée en salle d'examen pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation pré-opératoire extraordinaire
- Cathétérisme cardiaque ce jour
- Angiographie ce jour
- Biopsie d'un organe interne ce jour
- Procédure invasive du SNC ce jour
- Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict
- Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous supervision médicale directe
- Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour
- Journée post-opératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères précédents)

ETAT DU PATIENT

- Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24heures
- Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48heures
- Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë ECG dans les dernières 48 heures
- Fièvre supérieure à 38°C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
- Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures
- Etat confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique
- Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48heures
- Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

SOINS INFIRMIERS ET DE REANIMATION

- Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)
- Thérapie parenthérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittent quelle que soit la supplémentation
- Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures
- Equilibre hydro-électrolytique
- Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage
- Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

AEP HDJ DE TYPE COURT SEJOUR EN GERIATRIE

- Sans doute pour des procédures de chirurgie de jour ou accompagnées d'anesthésie brève et pour des procédures demandant une surveillance médicale et/ou infirmière attentive (transfusions, chimiothérapie type Mabthéra)
- Sûrement par commodité pour les malades âgés des actes ambulatoires faits d'examens multiples et d'évaluation par des professionnels divers mais en reconnaissant que une prise en charge identique peut être faite ailleurs
- Deux activités bien différentes, qui devraient logiquement être tarifées différemment en TAA

USAGE APPROPRIE DU SSR

- Il n'existe pas d'outil de type AEP en SSR
- Aux USA arrêt des remboursements HMO si à trois semaines pas d'amélioration au score MIF
- En France identification dans le PMSI des procédures de rééducation selon la durée mais aussi la diversité des professionnels requis (PRR et PRRC)

AEP HDJ SSR

- Au moins deux prises en charge de rééducation par deux professionnels différents
- Avec mesures itératives de l'incapacité prise en charge
- Et donc une limitation de la prise en charge dans le temps

USAGE APPROPRIE DU SLD

- Réforme de 1999 faisant disparaître les SLD
- Chantier d'une redéfinition des soins de longue durée redéfinis 2000-2002, enterré en 2002 et qui a l'air de reprendre
- Critères liés à l'état de santé rendant les patients éligibles à ce type de prise en charge, avec ou sans hébergement

AEP HDJ DE SOINS PROLONGES

- **Maladies de Parkinson et affections apparentées** si :
 - *Effet on-off*
 - *Dyskinésies sévères*
 - *Douleurs rebelles aux traitements per os ou transcutanés*
- **Démences dégénératives** avec :
 - *troubles de la déglutition entraînant des fausses routes répétées*
 - *comorbidités sévères (une des affections citées comme autres critère)*
- **Les malades présentant une insuffisance cardiaque ou un angor chronique sévères**, réfractaires aux thérapeutiques habituelles utilisables en ambulatoire (domicile ou substitut de domicile) et ne pouvant bénéficier d'une alternative chirurgicale (par exemple : présentant des poussées récurrentes nécessitant un traitement par voie IV permanent ou itératif rapproché)

ET LA PSYCHIATRIE

- Aucune réflexion menée sur le sujet
- ????