

Les hôpitaux de jour à l'étranger

Pr Claude JEANDEL

CHU Montpellier

Place des hôpitaux de jour dans l'organisation des soins gériatriques en France

Références aux expériences étrangères

Claude JEANDEL
CHU de Montpellier
Secrétaire du CPGF

Un problème de définition

- Hôpital de jour ?
 - Hôpital de jour polyvalent ?
 - Qu'est-ce que la polyvalence ?
 - Hôpital de jour gériatrique ?
 - Evaluation
 - Diagnostic/pronostic
 - Suivi
 - Thérapeutique(s)
 - Rééducation
 - Type « soins de longue durée »
- Centré sur les besoins du patient gériatrique ++

Pour Qui ? Les spécificités du patient « gériatrique »

- Le repérage des risques
- La gestion de la polypathologie et des co-morbidités
- L'intrication des pathologies neurodégénératives et somatiques
- La chronicité, l'instabilité et les pathologies en cascade
- Les modes de présentation atypiques
- La gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale

Le soin gériatrique

- L'approche globale, intégrée ++
- La gériatrie : science de l'intégration
- La continuité du soin ++ (chronicité)
- L'évaluation, le diagnostic utile et « rentable »
- La réadaptation, la réinsertion
- La démarche qualité

Argumentation : plusieurs stratégies

- Evaluation du SMR : les études étrangères
Mais sur quels critères évaluer la qualité du service rendu ?
- Application du concept d'appropriateness
évaluation protocoles (AEP) : la solution sans doute appropriée, à modéliser et à expérimenter
- Application de la réglementation (circulaires)

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forter A et al. 1999

- **Background:** Geriatric day hospitals provide multi-disciplinary rehabilitation in an outpatient setting. Concern has been expressed that evidence for **effectiveness is equivocal and that day hospital care is expensive.**
- **Objectives:** To assess the effects of medical day hospitals for elderly people.
- **Selection criteria:**
Randomised trials comparing geriatric medical day hospitals with alternative forms of care.
The participants were elderly medical patients.
The **outcomes** were death, place of residence, dependency, global 'poor' outcome (death, institutionalisation or dependency), activities of daily (ADL) score, subjective health status, patient satisfaction, and resource use.

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forter A et al. 1999

Data collection and analysis: Three reviewers independently extracted data and assessed study quality.

Main results:

- **Twelve studies were included involving 22 day hospitals and 2867 patients.**
- Five studies compared day hospital with comprehensive elderly care.
- Four compared day hospital with domiciliary care.
- Three compared day hospital with no comprehensive elderly care.
- There were **no significant** differences between day hospital attendance and comparison treatments for the outcomes of death, death or requiring institutional care, death or deterioration in ADL.

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forter A et al. 1999

When death or a 'poor' outcome at follow up was examined **there was a significant difference in favour of day hospital** attendance when compared to **no comprehensive elderly care** (odds ratio 0.73; 95% confidence interval 0.53-1.00; $P < 0.05$).

Dependency was measured in 11 studies using a variety of ADL measures :

- **two described short-term improvement for the day hospital group**
- **one reported improved outcome for the comparison group**
- **while in the remainder there was no statistically significant difference.**

Using the outcome of deterioration in ADL among survivors, **day hospital patients showed reduced odds of deterioration compared with those receiving no comprehensive elderly care (0.60; 0.38-0.97; $P < 0.05$).**

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Cochrane Review). Forter A et al. 1999

When resource use was examined the day hospital group showed trends towards **reductions in hospital bed use and placement of survivors in institutional care.**

Nine studies comparing treatment costs indicated that **day hospital attendance was a more expensive option**, although only two analyses took into account long-term care costs.

Authors' conclusions: Medical day hospital care for the elderly appears to be more effective than no intervention but may have no clear advantage over other forms of comprehensive elderly medical services.

Three-month follow up of patients discharged from a geriatric day hospital. Malone M and al. Age Aging. 2002

- **Effets immédiats :**
 - amélioration équilibre (get up and go) et GDS ($p < 0.002$)
- **A 3 mois :**
 - déclin get up and go, MMS ($p < 0.001$)
 - stabilité GDS et tests fonctionnels (Barthel)

Economic evaluation of a geriatric day hospital : cost-benefit analysis based on functional autonomy changes. Tousignant M and al. Age Aging 2003.

- Despite the popularity of geriatric day hospital programmes over the last decade, **little is known about their effectiveness**
- As the result of a previous study, it is now **possible to quantify the benefit of a geriatric day hospital based on functional autonomy changes**
- The results of this **cost-benefit analysis showed that the benefits related to a Geriatric Day Hospital programme exceeded the costs**

Rappel des circulaires

- 18/03/2002 relative à **l'amélioration de la filière de soins gériatrique**
 - Reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale
 - Patients âgés de 75 ans et plus, polyopathologiques, à niveau ou risque de dépendance physique et/ou psychique élevé

La filière gériatrique

- Consultations et pôles d'évaluation gériatrique
- Court séjour gériatrique
- Equipe mobile
- HAD
- SSR approprié aux besoins des patients gériatriques
- Hôpital local

18/03/2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

- Consultations et pôles d'évaluation gériatrique
 - Consultations gériatriques avancées
 - Pôles d'évaluation gériatrique
- **Le cas échéant : la prise en charge pourra être effectuée sous forme d'une HJ**
- Articulation avec Consultation mémoire et CMRR

Le Plan Urgence : 4 mesures gériatriques/23

- Renforcement des compétences gériatriques (2004-2008) : 50 M euros
 - Court séjour : 207 CH/CHU avec SAU
 - Equipes mobiles : 160 au total
- Création de lits de SSR (15000)(2004-2008) : 66 M euros
- HAD (8000 places)(2004-2005) : 66 M euros
- Développement des hôpitaux locaux (2004-2007) : 88 M euros

Rappel des circulaires

- 16/04/2002 et 30/05/2005 : Alzheimer
 - **Consultations mémoire (labellisation) :**
 - doivent se situer dans un établissement de soins de court séjour pouvant avoir accès à un plateau technique
 - Autres moyens (non obligatoire) : nombre de places d'HJ (avoir accès autant que possible à l'HJ)
 - **CMRR**
 - Autres moyens (obligatoire) : places d'HJ

Le Plan Alzheimer

- Financer de nouvelles consultations mémoire et de nouveaux CMRR
- Renforcer les moyens existants
- CMP : 232 + 100
- CMRR : 16

et l'hôpital de jour ...

- Éviter certaines hospitalisations
- Réduire la DMS
- Relai du MC non gériatrique (UMG)
- ...

La mission « Personnes âgées » auprès de la DHOS

- Impact du vieillissement sur l'hôpital (évaluation du service rendu à la personne)
- T2A et personnes âgées
- Les soins prolongés (vs SLD)
- Les réseaux gérontologiques (DNDR) : définition du cahier des charges
-L'hôpital de jour gériatrique !

L'enquête

- Evaluation de l'offre gériatrique hospitalière
- Nationale
- Auprès des établissements hospitaliers publics : CHU/CHR/CH
- Limites : sont exclus les HL, les établissements PSPH et privés

Etablissements concernés

- CHU
 - 24 CHU et 2 CHR
 - AP Marseille : 2 sites H (Nord et Sud)
 - Hospices civils Lyon : 9 établissements
 - APHP
- 530 CH

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- Quelle est ou quelles sont les entités gériatriques de votre établissement ?
- Les types de regroupement et le nombre de sites
- Le court séjour gériatrique
- Le SSR
- L'unité mobile

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- La consultation gériatrique (ou pôle d'évaluation)
- L'hôpital de jour gériatrique
- La consultation mémoire et le CMRR

- Le soin de longue durée

Résultats partiels (hors APHP et CH)

- Les liens avec d'autres services ou structures
 - HTCD
 - EHPAD
 - Accueil de jour
 - Soins palliatifs
 - HAD
 - Coordination gérontologique (CLIC, réseau)
- La place de la gériatrie dans l'établissement
- L'évolution dans le cadre de la nouvelle gouvernance
- Les crédits alloués dans le cadre des 2 plans

Court séjour gériatrique

- 100 % des établissements
- Nombre total de lits = 1537
- De 16 (Angers) à 89 (Rouen)
- Moyenne = 47
- DMS = 13.6 jours

Court séjour gériatrique : accès au plateau technique

- Radiographie standard
 - Echographie abdomino-pelvienne
 - Doppler veineux et artériel
 - Echographie cardiaque
 - TDM/IRM
 - Biologie
- Sur place – à proximité (< 500 m) - éloigné

Court séjour gériatrique : accès au plateau technique

- | | |
|----------------------------|------|
| • Sur place | 32 % |
| • Sur place hormis TDM/IRM | 25 % |
| • A proximité | 21 % |
| • Eloigné | 21 % |

Soins de suite et réadaptation

- 86 % des établissements
- Nombre de lits fonctionnels : 2110
- Nombre moyen = 72.6 lits/établissement
- Ratio Court séjour/SSR
 - 0.1 à 2.3 !!
 - Moyenne = 0.88
 - Ratio de 1 pour 3 : 35 %

Consultation/pôle d'évaluation

- 89 % établissements
- Nb moyen de Demie-journées/semaine = 8
- Effectifs médicaux :
 - par mutualisation dans la majorité des cas
 - quelques vacations spécifiques)
 - pas de DES

Hôpital de jour gériatrique

- Absent dans 6 des 26 CHU/CHR (hors Marseille et Lyon)
- Marseille : 1 HJ pour l'AP !
- Hospices civils de Lyon : 2/9 établissements
- Nombre de place = 200
- Nombre de place moyen = 13/établissement
- Considéré comme insuffisant pour 69 % (besoins variant de 3 à 10)

Hôpital de jour gériatrique

- **Typologie**
 - EGS 100 %
 - Diagnostic/pronostic 100 %
 - Thérapeutique 50 %
 - Rééducation 38.5 %
- **% de patients H dans le cadre d'une pathologie démentielle**
 - 25 % 0
 - 50 % 40 %
 - 75 % 53 %
 - 100 % 7 %

Mortality with dementia:
results from a French prospective community-based cohort
Helmer C and al. Am J Epidemiol 2001; 154 : 642-8

- 3675 participants cohorte PAQUID (> 65 ans ; indemnes de démence)
- 2923 suivis 8 ans ; réévalués tous les 2.2 ans
- **281 cas incidents** de démence (189 AD, 70 DV, 22 autres)
- Age moyen de début : H = 80 (5.9), F = 83.5 (6.1)
- % de décès 8 ans : Démence = 39.1 % ; Non D = 22.2 %
- Causes de décès : affection cardio-vasculaire (20 %), AVC (12.7 %), néoplasie (12.7 %), pathologie respiratoire (10 %)

Facteurs prédictifs de survie
ajustés sur l'âge au diagnostic, la durée de l'affection et le niveau d'éducation

	Hommes	Femmes
Diabète	OR : 1.76 (p=0.08)	Diabète OR : 1.95 (p=0.01)
BPCO	OR : 1.76 (p=0.04)	Cardiopathie OR : 1.94 (p=0.001)
		AVC OR : 3.

Moritz DJ and al. Arch Neurol. 1997 ; 54 : 878-885

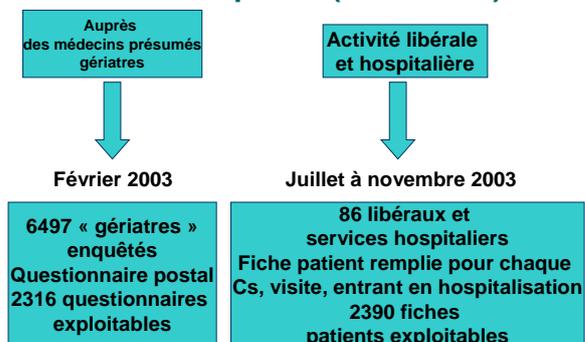
Hôpital de jour gériatrique

- Une création ou une extension est-elle inscrite au SROS de 3ème génération ? : **NON** dans 80 % des cas
- Effectif médical (en ETP) :
 - De 0 à 2.5
 - Moyenne = 1.17
 - Equivalent/place : de 0 à 0.23 (moyenne = 0.12)
 - 1 DES : dans 1/3 des cas

Consultation mémoire

- **CMP : 88 % des établissements**
- Dans la majorité des cas en relation avec l'hôpital de jour

Deux enquêtes (livre blanc)



Taux de participation

- Le questionnaire d'enquête a été envoyé à 6 497 médecins gériatres
- 2 316 gériatres ont retourné des questionnaires valides, soit un **taux de participation de 37.3%**
- Le taux de participation est le rapport entre le nombre de questionnaires valides (2 316) sur le nombre de questionnaires envoyés à une adresse postale correcte (6 216).

Modes d'exercice

Les modes d'exercice les plus fréquents sont :

- l'exercice exclusif dans le secteur hospitalier public (29% des gériatres)
- l'exercice exclusif en cabinet libéral (17%)
- l'exercice en cabinet libéral ET en EHPAD (15%)
- l'exercice dans le secteur hospitalier public ET en EHPAD (11%)

Les activités

Activités pratiquées dans l'établissement

	Nombre	%
Soins de suite ou de réadaptation	110	50,5%
Soins de longue durée	90	41,3%
Médecine aiguë gériatrique	75	34,4%
Soins palliatifs	60	27,5%
Psycho.gériatrie	44	20,2%
Coordination EHPAD	38	17,4%
Consultation mémoire	32	14,7%
Consultation à l'hôpital	24	11,0%
Services d'urgence	19	8,7%
Hôpital de jour	18	8,3%
Consultation réseau externe	14	6,4%
Consultation réseau interne ou antenne mobile	8	3,7%
Unités mobiles	1	0,5%

La filière gériatrique

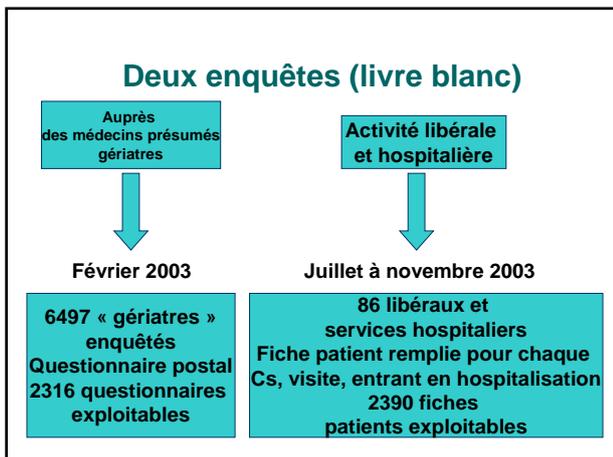
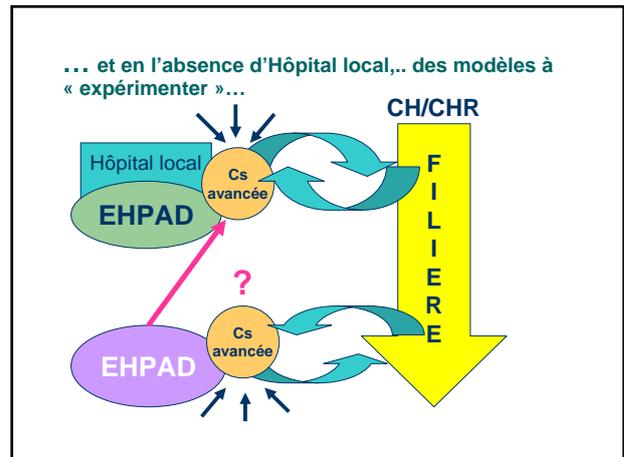
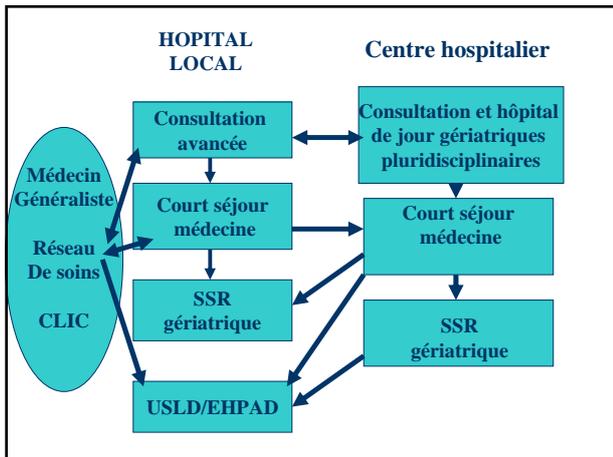
- Si Court séjour + SSR + UMG + Pôle + HJ
 - 50 % des établissements
- Si Court séjour + SSR + UMG
 - 62 % des établissements

Hôpital de jour gériatrique : les liens

- Consultations gériatriques
- CMP/CMRR
- UMG
- Consultations avancées (HL)
- Accueil de jour
- ...

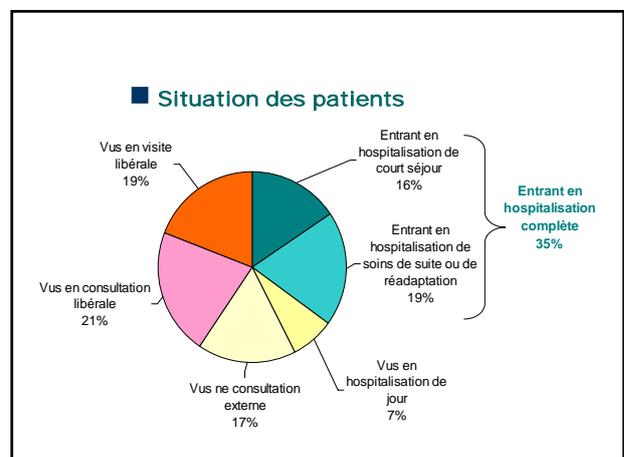
Des ressources articulées





- ### Méthodologie
- Enquête réalisée auprès de gériatres volontaires libéraux et hospitaliers
 - Recrutement des gériatres :
 - l'ensemble des chefs de service de gériatrie des CHU était invité à participer à l'enquête
 - les gériatres libéraux et ceux des services de gériatrie des CH ont été contactés par l'intermédiaire des CHU
 - Recueil d'informations pour les patients :
 - entrant en hospitalisation de court séjour ou de soins de suite ou de réadaptation
 - vus en hospitalisation de jour ou consultation externe
 - vus en consultation ou en visite libérale

- ### Caractéristiques des patients (N=2390)
- 67% des patients sont des femmes
 - La moitié des patients ont entre 75 et 84 ans. En moyenne, les femmes sont âgées d'environ deux années de plus que les hommes (82 ans contre 80 ans).
 - 68% des patients résident à moins de 10 kilomètres du lieu où ils ont consulté un gériatre : la gériatrie est une activité de proximité



■ Patients vus en hospitalisation de jour (N=172) ou en consultation externe (N=389) :

- ✓ contexte d'urgence ?
- ✓ durée de la consultation ?
- ✓ première rencontre ou suivi ?
- ✓ de qui vient la demande ?
- ✓ quelle orientation après la prise en charge ?

■ Contexte d'urgence

Moins d'un patient sur dix est vu en hospitalisation de jour ou en consultation dans un contexte d'urgence

■ Durée de la consultation

Durée	Consultation	
	Première fois	Suivi
MOYENNE	67 min	39 min
Ecart-type	26	18

Sur demande :
 - d'un médecin généraliste (23%)
 - d'un médecin spécialiste (5%)
 - d'un autre gériatre (6%)
 - du patient ou de sa famille (9%)
 - d'un autre professionnel de santé (1%)

46% de premières rencontres avec le gériatre

54% de suivis

172 patients vus en hospitalisation de jour
 389 patients vus en consultation externe (100%)

Orientation souhaitée pour le patient

19% hospitalisés après la prise en charge

15% hébergés en EHPAD

66% maintien à domicile

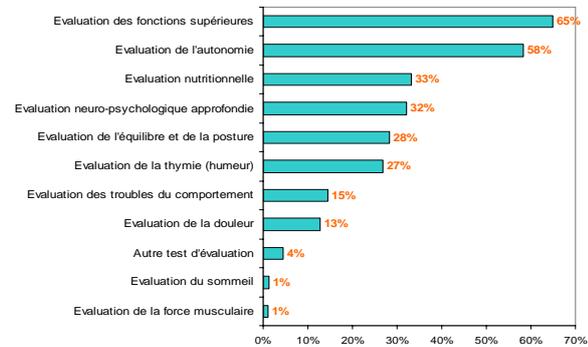
■ Première fois ou suivi :

- 46% des hospitalisations de jour ou consultations externes sont des premières fois et 54% sont des suivis
- En cas de première fois, la demande vient d'un médecin généraliste dans 23% des cas, d'un spécialiste (5%), d'un autre gériatre (6%), du patient ou de sa famille (9%), d'un autre professionnel (1%)

■ Orientation souhaitée après sa prise en charge :

- 19% seront hospitalisés
- 15% seront hébergés en EHPAD
- 66% retourneront à domicile

■ Tests d'évaluation gériatrique souhaités : pour 80% des patients des hôpitaux et 20% des patients des libéraux



■ Principaux examens à visée diagnostique souhaités : pour 80% des patients des hôpitaux et 45% des patients des libéraux

