

# CRÉATION D'UN HDJ DE CARDIOLOGIE A PARTIR DES PATIENTS DES URGENCES

## POLYCLINIQUE DE LA CLARENCE

Dr HUMBERT Karine (Chef de service des Urgences-USC)

13 novembre 2019 – Cercle ANAP « Organisation du séjour hospitalier »

### Création d'un HDJ de Cardiologie à partir des patients des Urgences

Évaluation des douleurs thoraciques d'origine cardiaque probable non urgente à investiguer

#### Objectifs et enjeux

- Une activité globale de la polyclinique en hausse mais un contexte concurrentiel important
- Une activité de médecine en hausse modérée portée par la croissance dans 2 spécialités : cardio-vasculaire & digestif
- Maturité de l'ES sur le virage ambulatoire : axe de développement institutionnel fort depuis l'ouverture
- Prévention des pathologies CV par dépistage via les Urgences des patients « à risque »

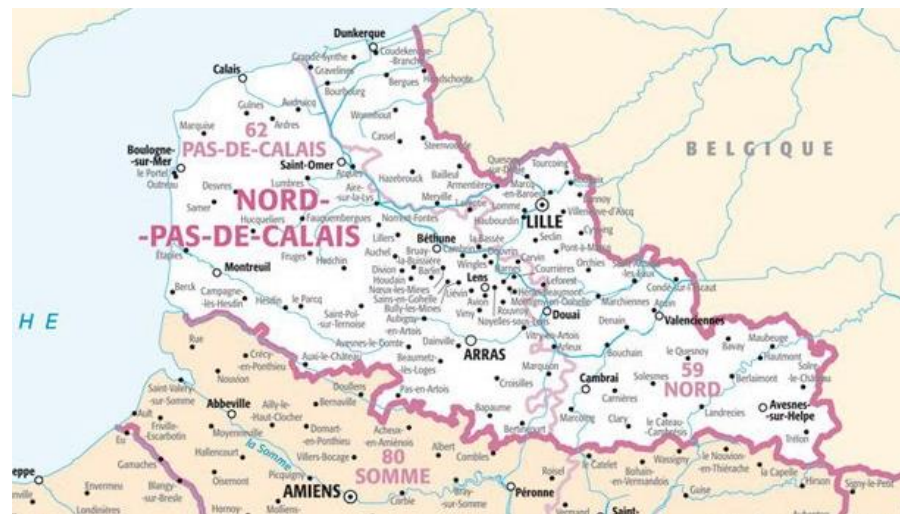


## Présentation de la polyclinique de la Clarence à Divion

**Etablissement ESPIC** intégré au Groupe AHNAC, situé à l'ouest du bassin minier (PdC)

Polyclinique MCO + SSR de 226 lits et places répartis en :

- 60 lits de Chirurgie conventionnelle + 32 lits et places UCA (viscérale, traumatolo-ortho, gynéco, uro)
- 70 lits de Médecine (cardio, pneumo, polyvalent, gériatrique) et 5 lits d'HDJ de Médecine
- 23 lits de Maternité
- 20 lits de SSR gériatrique
- 9 lits d'USC et 7 lits et places UHCD



### Contexte initial

#### Contexte en Médecine :

- Sous-occupation de HDJM qui fonctionne essentiellement en HDN avec la polysomnographie et les bilans allergologiques
  - Nb de séjours : 886 en 2016 (dont 670 pour le labo du sommeil)
  - Taux occupation du service de Médecine = **78,6%**
  - Taux d'occupation de HDJ = **19%** (soit **1 lit occupé/jour**) et HDN = 40%
- Maturité du corps médical qui considère que HDJM représente un intérêt pour les patients, en complément de HC
- RH : PNM organisé / PM = 2,25 ETP cardio
  - Potentiel de substitution = **140 séjours**

#### Contexte aux Urgences :

- 23 500 passages dont 25,8% d'hospitalisation (2016)
- Nombreux patients admis et PEC pour « douleur thoracique » avec RAD après exclusion d'un SCA ou d'une pathologie évolutive (HC) ;
- But = repérer les douleurs suspectes d'origine cardiaque et les adresser au cardiologue pour bilan complet en HDJ afin de dépister les patients « à risque » et instaurer un ttt préventif si besoin
- Déficit de l'offre de soins ambulatoire et libérale sur le territoire (très peu de spécialistes en ville, en particulier cardiologues)

### Description des étapes de mise en œuvre et les acteurs impliqués

- Rencontre des professionnels de terrain (cardiologues, chef de service Urgences, cadre de santé de Médecine, IDE de HDJM) pour informer du projet et recueillir tous les aspects de la PEC
- Analyse de l'activité par les données du DIM à partir de PMSI pilot
- Présentation du diagnostic par ANAP au COSTRAT et en CME
- Désignation d'un pilote pour la thématique = Dr GONGEREAU (cardiologue)
- Définition du plan d'actions :
  1. Structurer un système de pilotage
  2. Développer l'activité
    - ✓ Formaliser le parcours clinique (en lien avec les urgences) et le protocole de prise en charge
    - ✓ Evaluer les séjours des premiers patients bénéficiant de cette prise en charge
- Organisation de la PEC en HDJM pour évaluer de façon pluridisciplinaire le patient et valoriser le séjour (T2A) selon les critères de la circulaire frontière
- Revues de projet bimensuelles puis mensuelles

### Gouvernance et appuis institutionnels

Pilote : Dr GONGEREAU

Acteurs : Dr HUMBERT + D. LORTHIOS

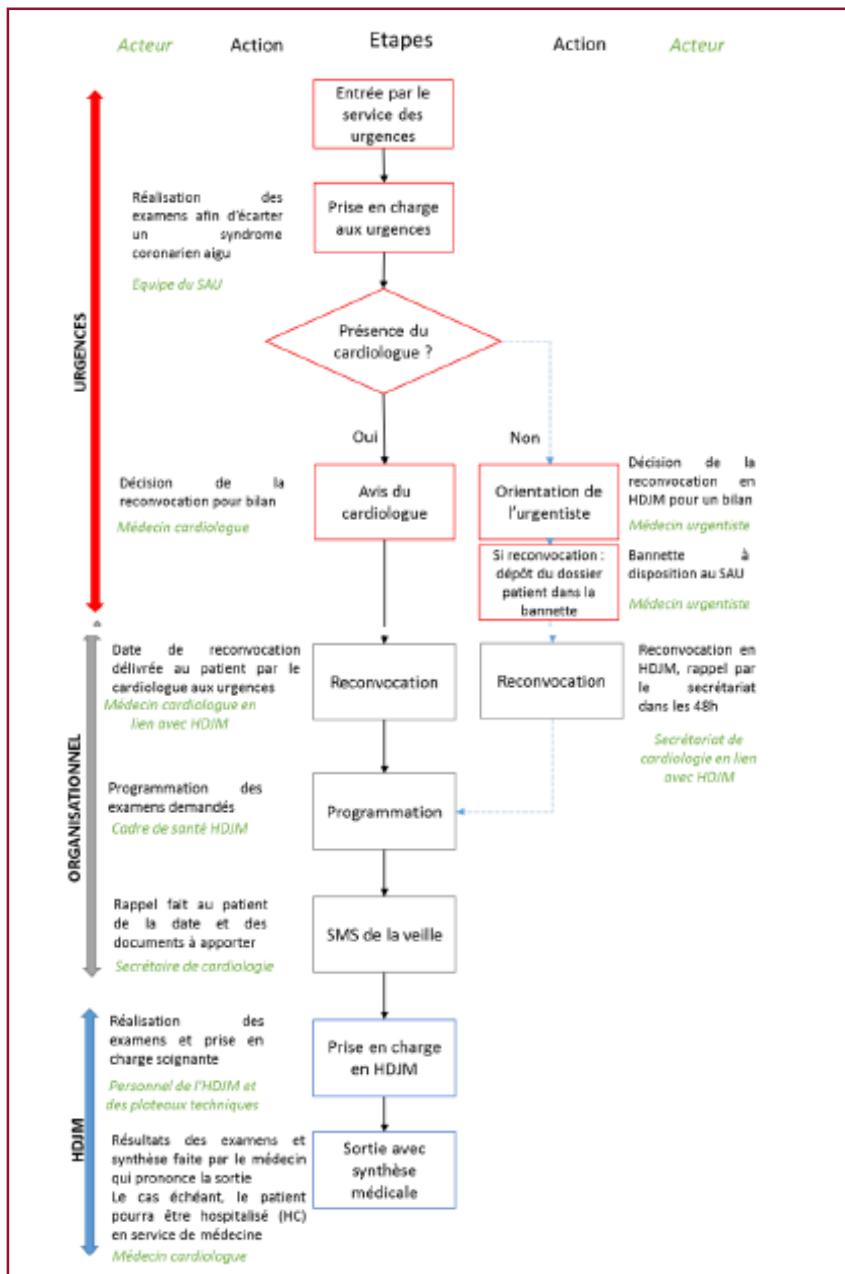
Appui institutionnel pour favoriser ce virage ambulatoire de HDJM

Direction et CME actives pour recrutement de cardiologues

## Résultats obtenus

- Rédaction de la charte validée par ANAP
  - Mise au format qualité et diffusion de la charte
- Construction du TDB de l'activité HDJM le 04/10/2017
  - Indicateurs de suivi définis et cibles associées (TO, report, annulations...)
  - Fréquence : suivi mensuel
- Rédaction du protocole en collaboration avec les cardiologues et le chef de service des Urgences validé en 09/2017
  - Présentation du protocole en CDS Urgences en 09/2017
  - Information des professionnels impliqués en Médecine (secrétaires, IDE...)
- Arrivée d'une cardiologue à 0,80 ETP le 02/10/2017
  - Effectif médical qui passe à 3,05 ETP
- Mise en place du circuit le 15/10 /2017





### Facteurs clés de succès

- Implication du personnel des Urgences (médecins mais aussi IDE) dans le repérage des patients à inclure
- Diffusion et explication du protocole de reconvoction auprès des 24 médecins urgentistes et des professionnels de HDJM
- Réactivité du service de Médecine pour les convocations en HDJM des patients inclus
- Rappel par SMS des patients reconvoqués
- Présentation de l'avancement du projet le 13/12/2017
  - Bilan intermédiaire réalisé par cardiologues et médecin chef des Urgences
- Réajustement des indications de proposition des dossiers en fonction de critères médicaux plus précis
  - Coupler type de douleur thoracique avec FDR CV
  - Renvoyer systématiquement au cardiologue habituel du patient
- Facteur facilitant : bonne coopération préexistante entre les praticiens de la clinique (PCD admission) et les cadres de santé





## Bilan du projet à fin 2018

- Suivi des indicateurs :
  - Nombre de patients admis au SAU pour « douleur thoracique » entre oct 2017 et oct 2018 = 496 patients
  - Taux de patients orientés après SAU :
    - 24% en HC dont 60% en cardio (reste pneumo ou méd G)
    - 3% de transferts en USIC ou réa
    - 73% RAD
  - Objectif annuel de patients reconvoqués = 140
    - Dossiers ciblés par les urgences = 110
    - Dossiers examinés par les cardiologues = 110
    - Dossiers exclus = 80
    - Dossiers avec proposition HDJM = 30
    - Patients réellement venus en HDJM = 20
      - Dont 3 ont été traités après la sortie



### Principaux freins et complexités rencontrés

#### ▪ Frein lié aux ressources médicales :

- Départ en retraite d'un cardiologue mi-temps 9 mois après le début du projet
- Équipe de cardiologues réduite malgré l'arrivée de la nouvelle cardiologue à 80% => équipe totale = 2,3 ETP trop juste pour assurer les 20 lits HC + HDJM + PT + Cs + avis spécialisés



#### ▪ Frein lié à l'organisation du circuit :

- Étude des dossiers ciblés pas assez régulière (ramassage par CDS aléatoire et/ou étude par le cardiologue trop tardive)
- Délai de convocation en HDJM trop long => patients ayant pris d'eux-mêmes un RDV avec un cardiologue pour Cs et examens complémentaires (ETT...)

#### ▪ Frein lié à la valorisation des séjours d'HDJM :

- Circulaire frontière de 2010 trop stricte et contraignante pour obtenir la valorisation des actes réalisés en HDJ par le DIM : « *pouvait faire l'objet d'une HDJ les prises en charge comportant « plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) 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.* ».
- Contrôles T2A déclassant 1HDJ sur 2 en moyenne car en pratique : 3 professionnels dont 1 médecin; 2 PT différents; 1 seul professionnel comptabilisé même si plusieurs actes différents; biologie exclue; CRH obligatoire

## Comment faire revivre le projet ?

- **Recrutement médical** impératif en cardiologues +++
- Évolution de la **circulaire frontière** sur la valorisation des HDJM : arrêté du 2 mai 2017 => « *Intervention de 3 professionnels de santé, y compris socio-éducatifs, dont 1 professionnel médical ; Réalisation de 2 actes différents (CCAM ou NGAP) hors actes infirmiers et actes de bio ; synthèse médicale* »
  - À venir une instruction sur la gradation des PEC ambulatoires réalisées en ES (fin 2019?)
- **Côté positif** : très peu de patients revenus aux Urgences après RAD dans l'année qui a suivi pour SCA car :
  - ✓ hospitalisation directe facilitée (en Cardio ou en USC)
  - ✓ bilan en UHCD (ou G4) au moindre doute d'une origine cardiaque
  - ✓ ETT réalisées par de + en + de MU



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**