

Unité SSR polyvalents adultes **Paul Brousse** Projet HUPS – Pôle I3E

Cécile Goujard
Médecine interne – bct
Bilan 2015
24/04/2016



Projet SSR polyvalents adultes I3E

Contexte

- ◆ Besoin des services de spécialités médicales du GH en lits polyvalents pour adultes non gériatriques (< 70 ans)

- ◆ Etude des séjours longs 2013 (Dr M. FRANK, DIM; Mme F. Favrel-Feuillade, Directrice Bicêtre) et de leur valorisation
- ◆ Définition : durée de séjour > 97.5^{ème} percentile pour le GHM correspondant => DMS élevées et IP > 1 dans les services
 - 1) Déficit de codage
 - 2) Insuffisance de structures de SSR proches en IDF pour les adultes jeunes hors filières spécialisées
 - Déficit d'offre de lits d'aval pour les urgences, voire le recrutement programmé dans les services de spécialité
 - Coût majoré de la prise en charge pour la société

Activité et DMS associées

- ◆ Parmi les séjours à durée excessive (01/01-31/10/2013) dans les services de spécialités médicales:
 - Durée majorée de 0 à 20 jours : 41%
 - Durée majorée de 20 à 30 jours : 27%
 - Durée majorée de plus de 30 jours : 32%
- ◆ A l'issue de ces séjours prolongés: 73% retour à domicile, 7% transfert en SSR, 2% décès (18% transferts autres structures/services)
- ◆ Projet de 2 filières SSR: « courte » avec DMS 10-30 j et « longue » > 30 j
- ◆ Renforcement des actions sociales sur la filière longue

Etude des besoins: services demandeurs

Services de spécialités médicales du GH

- Médecine interne, immuno-hématologie, endocrinologie, maladies infectieuses, rhumatologie (pôle I3E abc et bct)
- Hépato-gastro-entérologie (abc, bct, pbr)
- Oncologie médicale (bct et pbr)
- Pneumologie et cardiologie (abc, bct)
- Neurologie (bct)

Réflexion – projets HUPS 2013-2015

- Création d'une unité de SSR polyvalents pour patients adultes jeunes (< 70 ans) relevant de spécialités médicales: juin 2014 (pbr)
- Création d'une unité de SSR neurologiques: 2014 (bct) puis de lits de SSR post-réanimation 2015 (bct)

Opportunités

Pour les services de médecine adultes du GH

- Optimisation des DMS
- Amélioration de l'offre d'aval des SAU
- Activité: ↗ N séjours

A Paul Brousse

- Redéploiement et mutualisation de lits et ressources PNM, avec le SSR gériatrique
- Offre de nouveaux parcours professionnels PM et PNM

Menaces

- Hostilités des équipes locales pbr (SSR, services transversaux)
- Frein des services de spécialité à transférer leurs patients dans SSR polyvalents
- Capacités de polycompétence PM et PNM
- Motivations SSR/médecine aigue
- Occupation prioritaire par « bedblockers » non vieux?

Pertinence pour les HUPS

- ◆ Parcours de soins en cohérence entre SAU, réanimations, services de spécialités médicales et SSR pour les sites de pbr, bct et abc pour les patients de tous âges
- ◆ Proximité géographique des services de spécialités du GH hors pbr assurant la poursuite du suivi ou un suivi partagé, en partenariat avec l'équipe du SSR

Pertinence pour les HUPS - pbr

- ◆ Présence sur le site pbr de spécialités médicales et en psychiatrie et addictologie complémentaires des celles disponibles sur les autres sites
- ◆ Parcours de soins complémentaire d'un secteur important et expérimenté de SSR gériatriques pbr
- ◆ Parcours de soins en cohérence avec la présence sur le site pbr d'un PMT offrant la majorité des explorations biologiques, radiologiques et endoscopiques...
- ◆ Présence sur le site pbr d'une garde d'interne et de deux gardes séniorisées pour assurer la continuité des soins

Dimensionnement du SSR I3E pbr

- ◆ Redéploiement de 24 lits de SSR gériatrique pbr
- ◆ Rattachement au service de médecine interne de Bicêtre, pôle I3E, sous la responsabilité d'un médecin interniste
- ◆ Ouverture: **juin 2014**
 - 24 lits = septembre
- ◆ Offre de 7 884 journées hospitalisation/an
- ◆ DAF attribuée = 2 143 404 € (transfert DAF gériatrique)

Objectifs (12 mois)

◆ Services d'origine:

- Diminution des séjours à DMS excessive et amélioration de l'IP-DMS
- En maintenant l'activité cible définie lors de la conférence budgétaire annuelle
- 100% demandes via logiciel Trajectoire

◆ Unité SSR I3E:

- Autonomisation des patients autorisant le retour à domicile
- Fluidité des admissions: fonctionnement des filières courte et longue
- Activité: TOC > 90%

Indicateurs de suivi

◆ Services d'origine:

- Diminution de 30% du nombre de patients à DMS excessive
- Diminution de l'IP-DMS: objectif $< 1,091$
- Nombre d'admissions et TOC: conformes à la cible annuelle

◆ Unité SSR I3E:

- TOC $> 90\%$
- Retour à domicile $> 70\%$ patients
- Réadmission en service aigu $< 20\%$
- Délai admission < 5 jours (filière courte) et < 10 jours (filière longue)

Bilan 2015 – activité

- ◆ 235 patients, file active 158 pts
- ◆ 32% multiséjours: intercures, problèmes aigus intercurrents, séjours de répit...
- ◆ TOC 90%

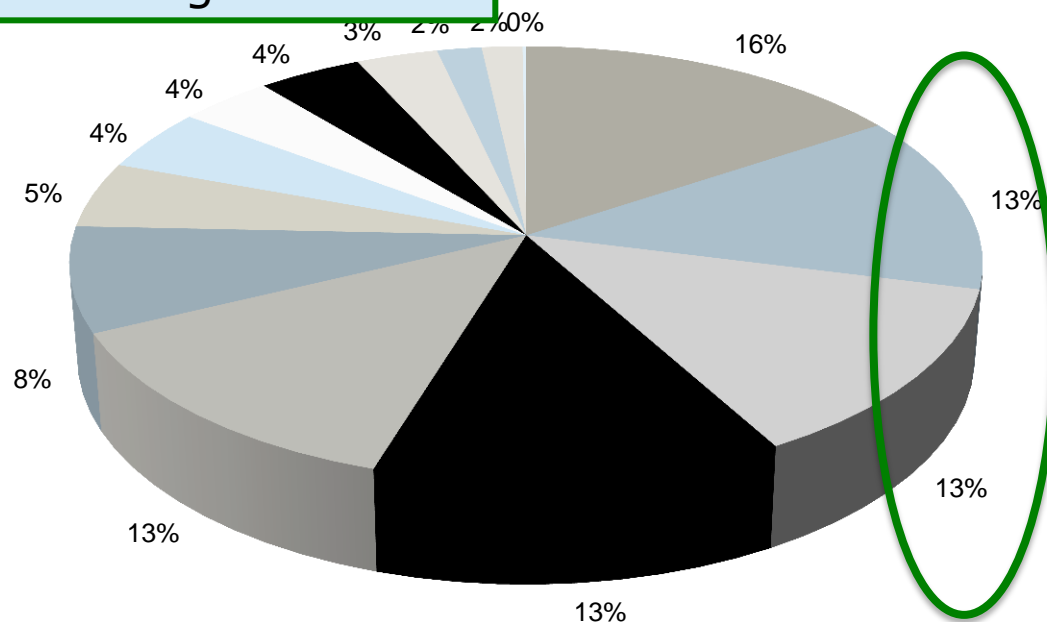
- ◆ Age moyen 56,4 ans (ext, 19-73), 66% H
- ◆ DMS séjours: 39,6 jours (s. terminés 24,1 j; s. en cours 90,5 j)
- ◆ 17% séjours < 3 semaines
- ◆ 21% séjours longs > 12 semaines

Source PMSI pilote 04/2016

Bilan 2015 – grande diversité de CM

- 26% neuro-psy
- 16% pneumo
- 13% ostéo-art
- 13% digestif

- Affections de l'appareil respiratoire
- Affections du système nerveux
- Troubles mentaux et du comportement
- Affections et traumatismes du système ostéoarticulaire
- Affections des organes digestifs
- Hématologie
- Posttransplantation d'organe
- Maladies infectieuses
- Autres motifs de recours aux services de santé
- Affections de l'appareil circulatoire
- Affections de l'appareil génito-urinaire
- Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
- Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles
- Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents



Bilan 2015: provenance et modes de sortie des patients

Service d'origine identifié,
pas d'admission directe
des SAU/UHCD

- ◆ 90% transfert/mutation MCO (30% med int)
- ◆ 3% autre SSR
- ◆ 1% SLD
- ◆ Autres dont domicile/permission

Mode de sortie

- ◆ 51% transfert MCO (programmé ou urgence)
- ◆ 43% domicile
- ◆ 4% autre institution (SSR, SLD, HMS)
- ◆ 2% décès

Bilan 2015: difficultés

◆ Profil des patients:

- Changement « culturel » dans le rôle des SSR => demande des services: essentiellement longue durée de séjour et « bedblockers » avec situations médico-psycho-sociales complexes plutôt que poursuite de soins/traitements aigus
- Patients lourds:
 - Haut niveau de dépendance à l'entrée (totale ou partielle): déplacement (53%), relation/comportement (34%), cognitives (33%)
 - Retours prématurés en MCO (trop) nombreux
 - Nécessité de chambres seules pour isolement: germes MR, tuberculose
- ◆ DMS longues => séjours de répit en MCO (contractualisés)
- ◆ Insuffisance de filières d'aval SLD adultes jeunes

Bilan 2015: difficultés

◆ Recrutement personnel:

- PNM: mobilité importante initiale, avec fidélisation secondaire des personnels soignants, **social** et de rééducation
- PM: poste « à risque »
 - Polycompétence médicale
 - Pas de réanimation médicale sur le site pbr
 - Continuité des soins
 - Relations parfois conflictuelles avec services et Directions GH sur nécessité de projet médical pour l'admission des patients
 - Agrément refusé puis obtenu en 2015 pour interne DES médecine générale

Conclusions - perspectives

- ◆ 2 unités de SSR médicaux polyvalents adultes APHP (bch et pbr)
- ◆ Impact DMS et IP incertaine (étude en cours) mais service rendu réel
- ◆ Valorisation professionnelle des SSR pour médecins, personnel social et soignants
 - => projets spécialisés en lien avec les services MCO (ostéo-articulaire, post-transplantation)
 - => formations des personnels
- ◆ Déficit de SLD pour adultes jeunes polypathologiques
 - => projet APHP à venir?