

Projet Gestion des séjours à l'APHP

Pourquoi un projet de gestion des séjours ?

- ❖ **Mieux utiliser nos capacités d'hospitalisation**
 - Au service des activités programmées et non programmées
 - Sans les opposer

- ❖ **Anticiper et coordonner les étapes du séjour du patient**

- ❖ **Recentrer les personnels soignants sur leur cœur de métier**

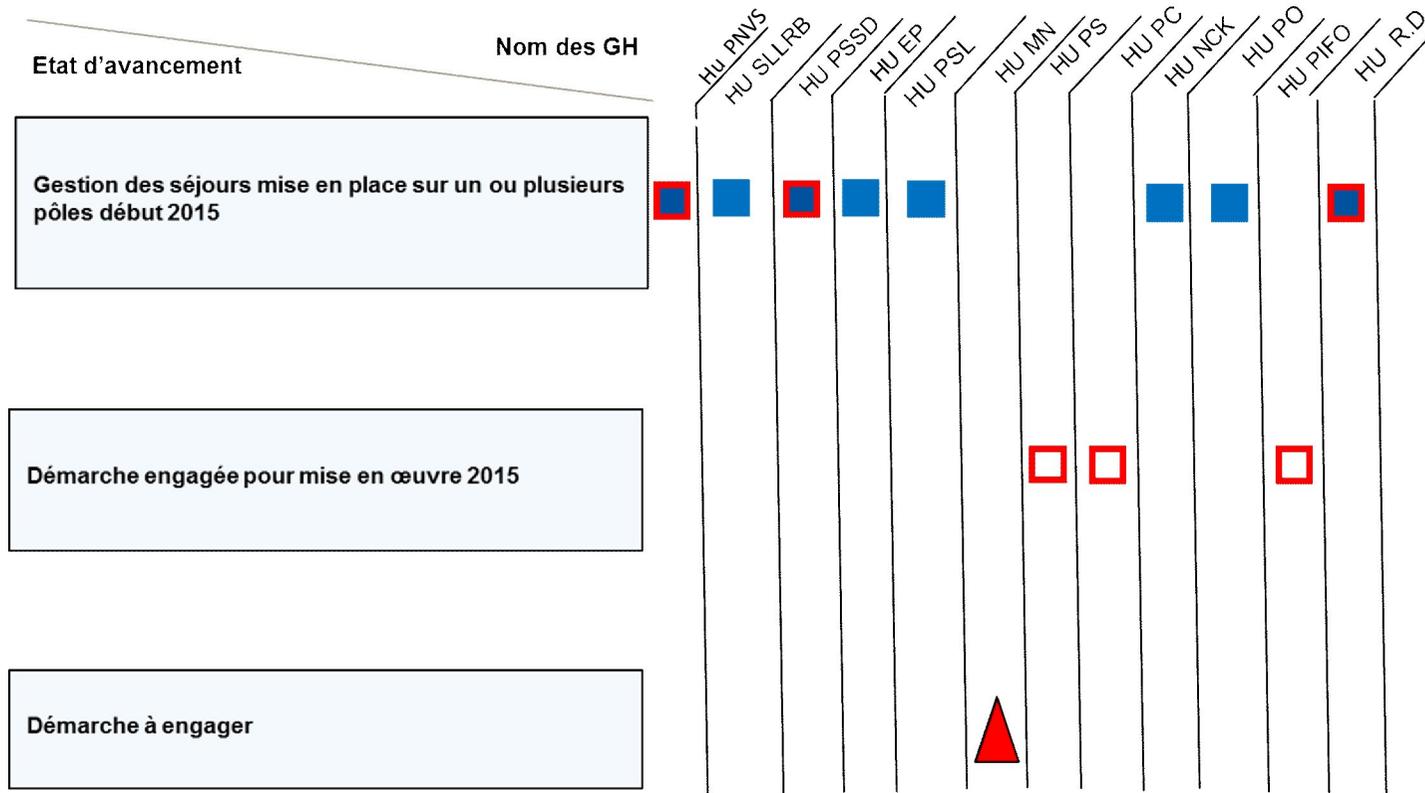
- ❖ **Adapter les solutions organisationnelles au contexte de chaque site**

- ❖ **Répondre à la demande des autorités nationales et locales**

Gestion des séjours AP-HP

Les actions majeures fin 2014 et 2015

- **Mise en place d'un projet prioritaire « Gestion des Séjours » sur tous les GH**
 - ✓ Début 2015: 8 GH ont un dispositif de gestion des séjours sur un ou 2 pôles
 - ✓ 2015 : 3 GH entrent dans la démarche
 - ✓ H. Mondor : démarche à engager



▼ Objectifs du Plan stratégique : + 2 à 3 pôles par an par GH

Projet pilote Pôle Chirurgie Pitié Salpêtrière – Charles Foix

Fabrice MENEGAUX Chef de pôle
Françoise AUBERT CPP

Le 01 /12/2014

Présentation du projet

- Amélioration de la gestion du séjour du patient hospitalisé
 - Contexte général: projet prioritaire AP-HP
 - Choix du GH de proposer le pôle de chirurgie comme pilote
 - Volonté du chef de pôle et du cadre paramédical de pôle
- Accompagnement par la Direction du pilotage de la transformation et par une société de consultants extérieurs
- Meilleure lisibilité dans la gestion des lits
- Mieux organiser les circuits des patients : programmés et non programmés
- Calendrier de mise en œuvre : **8 mois avant le démarrage:** phase de diagnostic et d'homogénéisation des pratiques
- Démarrage de la cellule des lits: 16 octobre 2013

Le pôle de chirurgie

➤ Périmètre du pôle

➤ 377 lits - 13 services - 5 bâtiments:

➤ Gaston cordier: orthopédie, urologie, néphrologie, chirurgie indifférenciée, chirurgie digestive (périmètre de lancement du projet = 204 lits puis extension à 26 lits supplémentaires dans un autre bâtiment en juin 2014 au total 230 lits).

➤ Husson Mourier: vasculaire, hépato digestif transplantation hépatique

➤ Bâtiment Maternité + planning familial

➤ Antonin Gosset: chirurgie gynécologique

➤ Stomatologie: chirurgie maxillo-faciale

Synthèse: Diagnostic et Dysfonctionnement vécus par tous

➤ Pour les patients

- Déprogrammation, changement fréquent de lits au cours du même séjour
- Transferts depuis le SAU
- Séjours longs pour les patients hospitalisés en UHCD, insatisfaction de la prise en charge

➤ Pour les cadres de santé

- La gestion des lits monopolise un temps considérable dans leurs activités
- Analyse chiffrée à l'issue d'une observation sur 15 jours: entre 30 et 40 % dans la recherche de lits

➤ Pour les praticiens

- Tensions fréquentes : l'opacité de la disponibilité réelle des lits crée des tensions entre les services et les urgences, déprogrammation des patients, perte de recrutement

➤ Pour la structure

- une grande variabilité de l'occupation des lits selon les services et les périodes malgré un taux d'occupation à 90% dans le pôle
- Pratique d'hébergement sans protocole partagé

Les changements réalisés: la nouvelle organisation

- Un seul interlocuteur: la cellule des lits
- L'émergence d'un nouveau métier: gestionnaire de lits
- Définition de règles d'hospitalisation inter-services médico-soignantes
- La mise en place d'un outil partagé sur la disponibilité des lits
- Création d'outils entre et de communication entre les service et le pôle des urgences
 - Création de fiche de demande d'hospitalisation
 - Plaquette de communication
 - Amélioration de la programmation dans IPOP
- Rendre lisible les sorties des patients avec des horaires précis des visites
- Accompagnement du changement et convaincre des bénéficiaires d'un tel projet
- Calendrier de mise en œuvre : 8 mois avant le démarrage: phase de diagnostic et d'homogénéisation des pratiques

Le changement pour tous

Pour les patients

- Amélioration de la qualité de de prise en charge avec la suppression des attentes aux urgences, en UHCD et SSPI
- Diminution nette des déprogrammations : 2 en moyenne depuis le démarrage du projet
- Amélioration de la sécurité de la prise en charge du patient en définissant des protocoles partagés medico-soignants

Pour les cadres de santé

- Recentrer le cadre au cœur de son métier
- Diminution significative du temps passé à chercher des lits: 0%
- 20 % consacrés à la régulation avec les gestionnaires de lits

pour les praticiens

- Fluidification dans l'organisation des visites
- Homogénéisation des pratiques
- Gain de temps, moins de tensions

Pour la structure

- Une occasion de changer pour tous
- Un partage des pratiques

quelques indicateurs à 14 mois du démarrage

- 100% des urgences sont prises dans les 24h
 - Circuit urgence directe, porte SPPI et réanimations

Demande de lits par l'UHCD	Placé le jour même	Placé le lendemain dans le pôle
186	171	15

Demande de lit SPPI	Placé le jour même	Placé le lendemain dans le pôle
89	80	9

Au total 91,2% couchés le jour même

Données de mars à octobre 2014

CONCLUSION

- Il a fallu du temps pour convaincre mais nous ne reviendrions plus en arrière
- Un seul interlocuteur: la cellule centralisée des lits
- La centralisation des lits ne génère pas par elle-même plus d'activités mais permet d'identifier des marges significatives
- Pour exemple, les services même en période de congrès voient leurs lits occupés par d'autres
- Opportunité du déploiement sur l'ensemble du pôle
- Utilisation du logiciel Aghate : outil Institutionnel