

Groupe premier aval des urgences

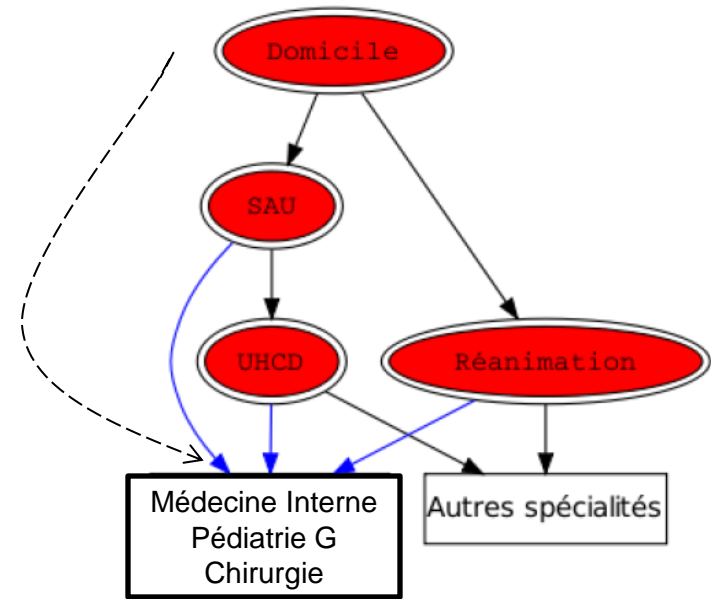
Propositions du groupe

CME du 10/01/17

Objectif principal : réduire la DMS des patients non programmés à l'AP-HP

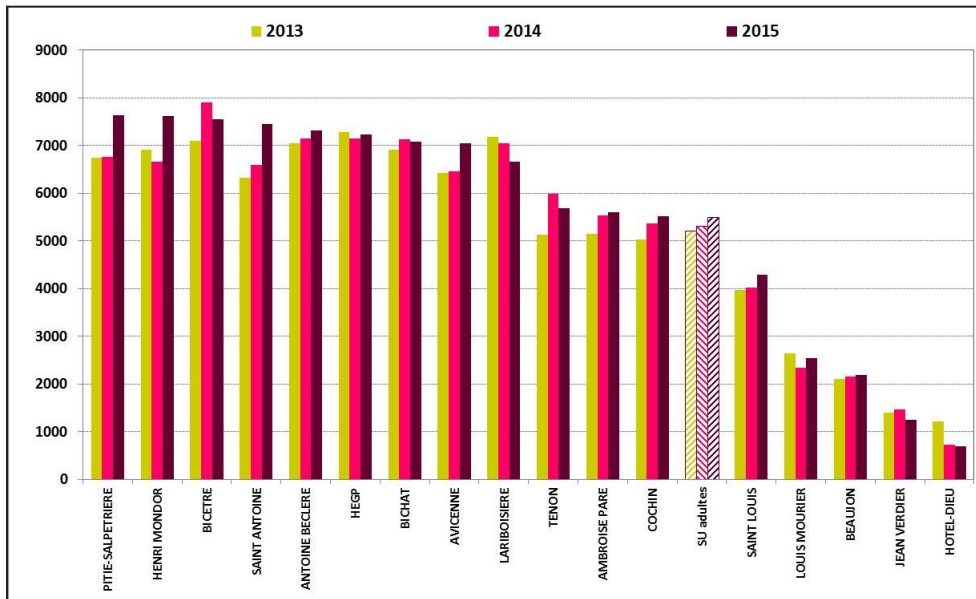
Les patients **non programmés** proviennent :

- Réseau Ville - Hôpital (entrée directe)
- Aval des Réanimations
- **Aval des Urgences**



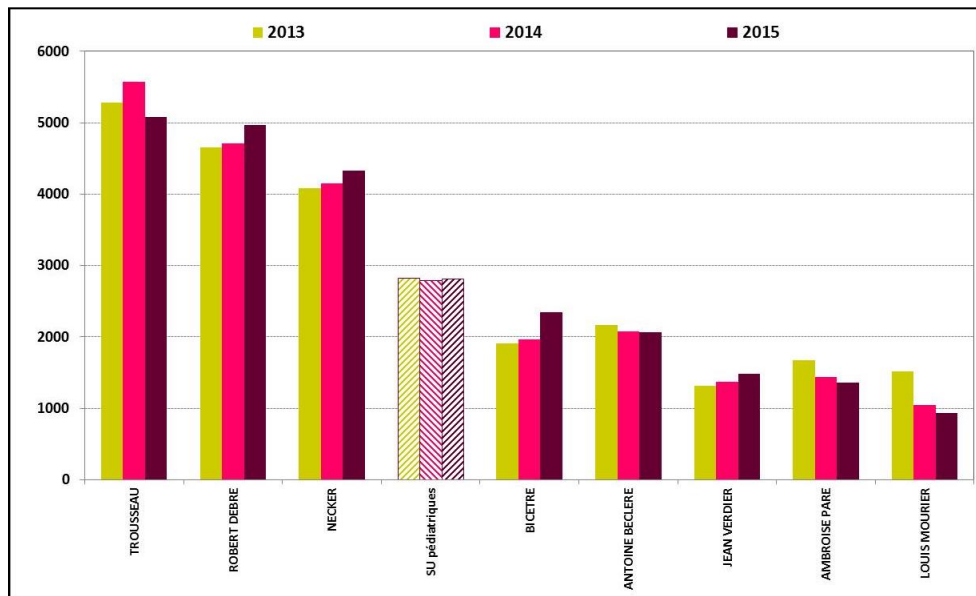
- Glissement de tâche des PM dans les services impactés
 - Négocier des examens complémentaires
 - Trouver des lits d'aval
- Augmentation DMS = perte d'efficience
 - Impact sur l'aval des SAU
 - Impact financier

Admis *in fine* en HC à l'AP-HP post-SAU



Total 2015 HC adulte : **93 380**

Au total : 26% des HC



Total 2015 HC pédiatrie : **22 559**

Evolution des admissions *in fine* en HC sur site depuis les SAU de 2011 à 2016

Ecart moyen /an		Passages SAU	Admis en UHCD	Admis <i>in fine</i> en HC sur site
2011-2015	SAU AD	1,5%	5,0%	1,5%
	SAU PED	2,8%	10,3%	0,8%
2015-2016 S1	SAU AD	4,5%	3,1%	0,5%
	SAU PED	6,6%	16,7%	4,0%

DMS des patients adultes non programmés à l'APHP

DAU	DMS (j)		Ecart (j)	
	Urgences	Hors urgences		
	00005-Beaujon	10,4	8,2	2,2
Oui	00010-Bicêtre	7,9	9,0	-1,0
	00011-Bichat	15,0	10,3	4,7
	00014-Ambroise Paré	12,3	7,4	5,0
	00021-Cochin - SVP	13,3	10,2	3,1
Oui	00026-Mondor - Chenevier	7,7	9,6	-1,8
Oui	00028-Antoine Béclère	6,3	10,3	-4,0
	00032-Jean Verdier	10,0	12,5	-2,6
	00047-Lariboisière-F Widal	12,7	7,6	5,1
	00053-Louis Mourier	12,7	12,1	0,6
	00066-Pitié Salpêtrière	13,8	5,7	8,1
Oui	00073-St Antoine	9,3	9,9	-0,6
	00075-HEGP	10,0	10,0	0,0
	00076-Saint Louis	12,1	8,6	3,4
Oui	00087-Tenon	8,4	10,1	-1,7
	00095-Avicenne	10,9	9,4	1,5

Au total

- Sans DAU (10 GH)
 - U : 12,3 j
 - HU : 8,9 j
 - Δ : **+3,4 j**
- Avec DAU (6 GH)
 - U : 8,3 j
 - HU : 10,2 j
 - Δ : **-1,9 j**

Des DAU partout en médecine adulte ?

- **Pour** : réduction des DMS
 - Séjour limités à 5 j
 - Accès privilégié aux plateaux techniques (radiologie)
 - Personnel sénior, nombreux et expérimenté
- **Contre** : difficulté de recrutement PM, PNM
 - Activité de tri, pas très valorisante
 - Déplace le problème d'aval
 - Désengagement des services spécialisés
 - Complexification du parcours patient
- **Avis de la collégiale de médecine interne:**
 - Fonction des GH, typologie des patients, PM/PNM nombreux
 - Salles variées et mixtes (U et HU) avec les règles de fonctionnement des DAU

Objectif 1 : fluidifier l'aval des services impactés

- Problèmes des patients complexes
 - SSR spécialisés (pneumo, neuro, cardio, gériatrie...); **accessibilité pour les services polyvalents?**
 - SSR patients jeunes : SSR polyvalent adultes < 70 ans (Paul Brousse, 24 lits, juin 2014) + Bichat; **place pour un troisième SSR?**
 - HAD; accessibilité pour les patients isolés, fin de vie...; **Pb de réactivité**
 - Implication des familles

Objectif 2 : le « bed management »

La DPT

- Logiciels de gestion des lits et « bed-managers »
 - Groupement cohérent de services
 - Par ex: AGHATE
 - **Impératif de maintenir l'accord médical entre médecins Urgentistes et des services d'accueil**
 - **Pas de partage de la responsabilité médicale**
- Logiciels de programmation: ORBIS?
 - Circuits de prise des rdv
 - Informatisation des rdv
 - Pb des transports

Expériences nouvelles, ex bch, psi

1. Situation sérieuse vue au SAU mais ne nécessitant pas d'H urgente

- Traumatologie légère, bloc différé
- Bilan anémie modérée
- Suspicion maladie systémique, neurologique, chronique...

2. Plages horaires libérées par services d'aval

- Entente entre interne ortho et patient
- Prise du rdv directe par l'urgentiste
- Le patient sort avec son rdv

3. On pourrait mieux faire :

- Amateurisme, manque d'accompagnement, reconnaissance institutionnelle
- Qq situations limites...
- A professionnaliser : personnel d'accueil, logiciel dédié...

Objectif 3 : fluidifier l'accès aux plateaux techniques pour les patients non programmés

- Enquêtes au sein de la collégiale des Internistes : E Rouveix (A Paré, 52 lits), C Goujard (KB, 59 lits), JF Bergmann (Larib, 79 lits), C Le Jeune (Cochin, 68 lits), T Papo (Bch, 58 lits), O Benveniste (Psl, 88 lits) → **6 services, 67 lits en moyenne**
1. Délais (en jours) pour obtenir
 - Scanner thoraco-abdomino-pelvien : **10 ± 6 jours**
 - IRM cérébrale : **19 ± 12 jours**
 - Coloscopie sous anesthésie générale : **41 ± 28 jours**
 - Echocardiographie : **13 ± 9 jours**
 - Doppler des vaisseaux du cou : **33 ± 30 jours**
 2. Combien de patients dans les lits en attente d'un examen complémentaire clef qui subordonne la PEC (décision de sortie, décision thérapeutique, décision pronostique...) : **25%**

Propositions pour fluidifier l'accès aux plateaux techniques

1. Ouvertures de plages dédiées (modèle DAU)
 - Hors heures ouvrables : tard le soir, tôt le matin ou la nuit
 - ↑ vacations radiologue, manip...
 - Attention logistique!
 - Pendant heures ouvrables
 - Programmation en ville
 - Investissement nouvelles machines
 - Scanner dédié au non programmé
2. Evaluation business plan si DMS : -1j, - 2j ...
 - Evaluation des flux : organisations ad'hoc
3. Charte de fonctionnement : urgence structure, rdv < 48h

Feuille de route 2017

Propositions nécessitant des réorganisations

1. Organiser les consultations post-urgences

- Logiciels de RDV
- Traçabilité
- Plages dédiées

2. Logiciels de prise de RDV

- Validation des examens?
- Evaluation des flux, amélioration des transports
- Surbooking « raisonnable »

3. Mesures « coercitives » vis-à-vis des familles

- Services sociaux
- Service juridique

4. Favoriser l'HAD

- Plus de réactivité

Feuille de route 2017

Propositions nécessitant des investissements

1. SSR patients polypathologiques dépendants < 70 ans
 - CSOS
 - Financement
2. Renforcer les AS
3. Organisation type DAU
 - Plus de PM
4. Scanner dédié à l'activité d'aval dans chaque GH ayant un SAU
 - Investissement gros appareils
 - PM/PNM en radiologie, en rapport
5. Ouvertures de plages dédiées ≠ plateaux techniques
 - Par GH
 - Par spécialité

Financements

1. Par l'activité

- Diminution des DMS
- Moins de transferts
- Plus d'aval du SAU

2. HAS

- Augmentation de l'activité des SAU dans nos CHU

