
Directeur d'Hôpital

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

**L'INDICE DE PERFORMANCE DUREE MOYENNE DE
SEJOUR : UN INDICATEUR DU BON FONCTIONNEMENT
ORGANISATIONNEL INTERNE ET DE LA BONNE
STRUCTURATION D'UN TERRITOIRE DE SANTE**

EXEMPLE DU CHU DE BESANCON

Jean-Baptiste FRYCZ

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame CARROGER, Directrice Générale du CHU de Besançon ainsi que Monsieur LUIGI, Directeur Général Adjoint, de leur accueil, de leur disponibilité et de leur écoute tout au long de mon stage de direction.

Je remercie tout particulièrement et avec une pensée amicale, Jacques BIDAULT et Lionel PASCINTO, directeur et directeur adjoint des finances et de la contractualisation, de leur aide dans la rédaction de ce mémoire, de leur grande disponibilité et de leur intérêt accordé pendant de longs moments sur ce sujet.

Je remercie également Madame PIDOUX-SIMONIN, directrice de la coopération, pour les moments passés à évoquer la structuration du territoire en termes de solutions d'aval.

J'adresse mes remerciements au Docteur DUSSAUCY, médecin du département de l'information médicale, avec qui j'ai pu échanger de longues heures sur une diversité de sujets tout aussi enrichissant les uns que les autres.

Enfin, je remercie les cadres de santé et les médecins avec qui j'ai pu échanger de manière directe sur le sujet.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'INDICE DE PERFORMANCE DUREE MOYENNE DE SEJOUR, UN INDICATEUR D'ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE QUI CONNAIT DES LIMITES D'INTERPRETATION.....	3
1.1 La création des groupes homogènes de malade, à l'origine de l'IP-DMS	3
1.2 L'IP-DMS comme outil d'analyse médico-économique	4
1.3 Méthodologie de l'IP-DMS	5
1.4 IP-DMS et virage ambulatoire.....	7
1.5 L'analyse faite de l'IP-DMS doit demeurer prudente	8
1.5.1 Un indicateur, plusieurs réalités	8
1.5.2 Une comparaison de données non comparables.....	9
1.6 L'analyse des flux : une nécessité pour améliorer la performance des établissements de santé	9
2 UN FONCTIONNEMENT INTERNE ET UNE ORGANISATION TERRITORIALE SPECIFIQUE EXPLIQUENT UN IP-DMS ELEVE AU CHU DE BESANCON	12
2.1 Etablir un diagnostic pertinent	12
2.2 Plusieurs difficultés sont d'ores et déjà identifiées par le CHU.....	17
2.2.1 Sur le plan de l'organisation territoriale.....	17
2.2.2 Sur le plan du fonctionnement interne du CHU.....	21
3 LA REDUCTION DE L'IP-DMS AU CHU DE BESANCON NECESSITE DE REPENSER LE PARCOURS DU PATIENT ET LES RELATIONS AVEC LES ACTEURS DU TERRITOIRE	31
3.1 Une réflexion sur la structuration des filières au sein du CHU et sur le territoire .	31
3.1.1 Concernant la filière gériatrique	31
3.1.2 Concernant la filière non gériatrique	33
3.2 Une optimisation du parcours patient à poursuivre	34
3.2.1 Le programme ERAS en chirurgie	34
3.2.2 La mise en place de salons de sortie et d'une cellule de gestion des lits	36
3.3 Travailler avec les acteurs du territoire pour réduire les délais de sortie.....	37
3.3.1 Traiter les séjours longs et inadaptés de manière collégiale au sein du territoire.....	37
3.3.2 Les IDE de parcours, au service de l'amélioration du séjour hospitalier des patients.....	38
3.3.3 Identifier les problématiques notamment sociales dès l'entrée aux urgences	39

3.4 Des démarches administratives qui peuvent être longues et retarder la sortie	42
3.5 Substituer des unités de soins prolongées complexes (USPC) à des USLD	42
Conclusion.....	45
Bibliographie	47
Liste des annexes.....	49

Liste des sigles utilisés

ARS : agence régionale de santé

ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CHU : centre hospitalier universitaire

COSELI : commission des séjours longs et inadaptés

COPERMO : comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins

CR : centre de responsabilité

DG : dotation globale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DIM : département de l'information médicale

DMS : durée moyenne de séjour

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPS : établissement public de santé

ESPIC : établissement privé de santé d'intérêt collectif

GHM : groupe homogène de malades

HAD : hospitalisation à domicile

HC : hospitalisation complète

IP-DMS : indice de performance durée moyenne de séjour

ISS : indice standardisé de sévérité

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

OQN : objectif quantifié national

OMS : organisation mondiale de la santé

PASS : permanence d'accès aux soins

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PRADO : programme de retour à domicile

RSS : résumé de sortie standardisé

SSR : soins de suite et de réadaptation

UM : unité médicale

USLD : unité de soins longue durée

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des usagers et des patients et à assurer un financement équitable des établissements publics de santé (EPS).

La nécessité de maîtriser les dépenses de santé impose aux établissements hospitaliers l'utilisation d'instrument de gestion nouveaux leur permettant une analyse plus fine des pratiques (*Delahaye, 1986*).

Les indicateurs actuels de l'activité hospitalière (nombre d'entrées, de journées, durée moyenne de séjours, taux d'occupation moyen des lits) sont insuffisants notamment parce qu'ils ne prennent pas en compte le type de malade ou de pathologies et la nature des soins qui leur sont dispensés.

Pour permettre une meilleure adaptation de l'hôpital à sa mission, il est nécessaire de recourir à des indicateurs « médicalisés » identifiant l'utilisation des ressources en fonction de catégories de malades, de pathologies ou de traitements.

Le principal indicateur de performance d'un EPS est l'indice de performance –durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée moyenne des séjours. Il permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leurs durées moyennes de séjours.

Il traduit les dysfonctionnements organisationnels : poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service etc.

Un établissement performant sera à la fois correctement structuré sur le plan interne (parcours patient, anticipation des entrées et des sorties etc.) et bénéficiera d'une organisation territoriale externe pertinente et efficace.

L'objectif de tout EPS est d'avoir le bon patient, dans le bon lit, au bon moment et pour une durée adéquate. L'amélioration de l'IP-DMS ne saurait être le fruit d'une seule variable et s'inscrit dans une démarche globale, de long terme, dont les actions sont le plus souvent interdépendantes.

Dans ce contexte, l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche Comté a demandé au CHU de Besançon de mettre en place un plan d'action pour réduire un IP-DMS qu'il juge élevé.

Le diagnostic réalisé au niveau de cet établissement et de son territoire démontre les limites d'interprétation de cet indicateur. Si l'IP-DMS élevé du CHU (environ 1,22) témoigne bien d'une moindre efficacité par rapport à certains établissements similaires de la région, il convient de comparer ce qui est comparable et de décomposer l'IP-DMS pour établir un plan d'action opérationnel et pertinent.

L'IP-DMS est un indicateur au service des tutelles pour comparer les établissements entre eux.

Dans quelle mesure un simple ratio permet-il d'évaluer la performance d'un établissement de santé et de constituer un outil de dialogue de gestion entre établissement et agence régionale de santé ?

L'IP-DMS est un indicateur médico-économique pertinent, qui doit faire l'objet d'une analyse approfondie pour être correctement utilisé (partie 1). Le CHU de Besançon connaît un IP-DMS élevé, expliqué en partie par la structuration de son territoire de santé et de son organisation interne (partie 2), et dont l'amélioration doit passer par un plan d'action à ces deux niveaux, intimement liés (partie 3).

1 L'INDICE DE PERFORMANCE DUREE MOYENNE DE SEJOUR, UN INDICATEUR D'ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE QUI CONNAIT DES LIMITES D'INTERPRETATION

1.1 La création des groupes homogènes de malade, à l'origine de l'IP-DMS

À la fin des années 1970, la mesure de l'activité hospitalière constitue un enjeu majeur pour le ministère de la Santé qui a vu les différentes réformes de maîtrise des comptes échouer.

Les indicateurs utilisés restent assez sommaires. Les premiers donnent des informations sur les intrants (inputs) : la structure de l'offre de soins (nombre de lits, nombre de services spécialisés), les personnels (nombre d'agents, qualité des agents etc). Les seconds tentent d'analyser l'utilisation des moyens, c'est-à-dire les extrants (outputs). Plusieurs indicateurs sont utilisés : les agrégations simples (nombre de journées de présence, d'entrées, la durée moyenne du séjour, le coefficient d'occupation des lits etc.), les méthodes analytiques (temps de soins infirmiers par niveau de complexité, actes médicaux par nature etc.).

La combinaison des intrants favorise la production d'extrants, mesurée grâce à une fonction de production primaire.

En France, dans le cadre du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), la variable à expliquer est le coût largement corrélé à la durée du séjour.

En associant un diagnostic dit « principal » à des actes dits « classants » puis en discriminant encore par d'autres éléments comme les éventuelles morbidités associées et l'âge, le PMSI définit des Groupes Homogènes de Malades (GHM).

Ces groupes présentent une homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

La méthode des groupes homogènes de malades va connaître un développement des plus importants. En 1974, l'État du Connecticut commande à Robert Fetter (Université de Yale) une étude sur un outil de planification hospitalière permettant d'analyser la formation des coûts en la reliant aux questions de qualité.

Robert Fetter reprend les travaux de W. Carr et P. Feldstein afin d'aboutir à un nombre réduit de groupes de malades. Son travail s'appuie sur une analyse statistique prenant en compte les caractéristiques de la pathologie, du malade et du traitement effectué. L'idée

est de définir des données caractéristiques du séjour (diagnostic d'hospitalisation, âge, sexe, diagnostic secondaire, actes chirurgicaux effectués etc.) et d'essayer de les relier à une variable représentant le coût total du séjour (en l'occurrence la durée) par une méthode d'analyse de variance séquentielle. Une première classification de 383 « Diagnosis related groups » (DRG) est mise en œuvre, puis une seconde à 467 groupes.

Le GHM constitue la granularité d'analyse la plus fine du PMSI. Il permet de connaître le diagnostic principal, le type d'acte, ainsi que le niveau de sévérité.

Prenons un exemple au CHU de Besançon : Au sein du pôle Investigation et Innovation Chirurgicales (PIIC) nous trouvons le centre de responsabilité (CR) de chirurgie orthopédique, traumatologique et plastique. Au sein de ce dernier on distingue l'unité médicale (UM) de traumatologie hospitalisation conventionnelle de l'unité médicale de traumatologie soins intensifs.

L'UM de traumatologie contient une multitude de racines, c'est à dire de type d'actes. Par exemple l'intervention sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent chez les adultes de plus de 17 ans est une racine. La fracture du rachis en est une autre.

Le GHM, niveau le plus bas, va permettre de connaître, au sein de chaque racine, le niveau de sévérité de cette dernière. Généralement il y a quatre GHM car quatre niveaux de sévérité.

1.2 L'IP-DMS comme outil d'analyse médico-économique

L'IP-DMS compare le nombre de journées réalisées en hospitalisation complète par l'établissement au nombre de journées théoriques, à activité identique.

On applique la durée moyenne de séjour de référence (celle observée au niveau national) par GHM au case mix (éventail des cas) de l'établissement, ce qui donne le nombre de journées théoriques.

L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres établissements.

La DMS « brute » ne tient pas compte de la diversité des activités réalisées.

Pour permettre la comparaison et l'évaluation de la performance dans le temps et entre établissements, il faut standardiser l'indicateur de durée des séjours sur l'activité réalisée.

Attention : développer l'activité ambulatoire revient à dégrader l'IP-DMS.

En effet, si ce développement se fait par substitution des séjours d'hospitalisation complète très courts, ceux-ci ne sont plus intégrés dans le calcul des durées de séjour en hospitalisation complète, avec augmentation mécanique des durées de séjour et donc de l'IP-DMS.

D'après les tutelles, l'indice « IP-DMS » est censé mesurer la performance en termes de durées moyennes de séjours (DMS) des établissements MCO français. Il est standardisé sur la nomenclature GHM et consiste en une comparaison des durées observées dans l'établissement à des durées standardisées par GHM. Il est massivement utilisé par les acteurs pour évaluer les efforts organisationnels des structures dans la prise en charge hospitalière et est désormais inclus dans la batterie d'indicateurs de qualité ayant vocation à moduler la dotation des établissements.

1.3 Méthodologie de l'IP-DMS

La DMS nationale est la DMS constatée sur la même période sur l'ensemble des données PMSI nationales (Source bases PMSI MCO - ATIH).

$$\text{IP-DMS} = \frac{\text{Nb journées réalisées}}{\text{Nb journées théoriques}} = \frac{\sum \text{Nb de journées réalisées pour chaque GHM}}{\sum (\text{DMS nationale} \times \text{Nb de séjours pour chaque GHM})}$$

- L'IP-DMS ne prend en compte que les séjours en hospitalisation complète (HC) tant sur la base nationale que pour les données régionales.
- L'IP-DMS « Brut » est calculé sans aucune standardisation, de la même façon que sur HOSPIDIAG, à la différence près de l'année de référence qui est n-1 sur HOSPIDIAG.
- Les IP-DMS « Statut » et « Catégorie » sont calculés après standardisation sur l'âge en tenant compte de tranches d'âge assez étendues (0-18 ans ; 19-45 ans ; 46-74 ans et 75 ans et plus), ce qui permet de prendre en compte un éventuel recrutement de personnes plus âgées qui pourrait être cause de DMS plus élevées. L'IP-DMS « Statut » tient également compte du statut de l'établissement (ex- DG/ESPIC/ex-OQN) ; l'IP-DMS « Catégorie » offre, en plus de la standardisation sur l'âge et le statut de l'établissement, une standardisation sur la catégorie de la structure (CHR/CHU, CH, CLCC, Privés, ESPIC).

Quel IPDMS ?

L'indicateur cible à atteindre en terme d'IP-DMS apparaît, aux premiers abords, être celui le plus proche de l'unité. Cela signifie que l'établissement est dans la moyenne nationale. Néanmoins être dans la moyenne nationale ne signifie pas être performant.

La batterie d'indicateurs Hospidiag dont le ministère de la santé fait référence régulièrement indique que « *L' IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1* » aussi bien en médecine, en chirurgie, qu'en obstétrique. Il s'agit des indicateurs P1, P2 et P3. (Voir annexe 1)

La DGOS fait référence quant à elle à d'autres indicateurs. Dans la *note d'information n° DGOS/PF1/2018/70 du 9 mars 2018 relative à l'organisation des revues de projets d'investissement 2018 bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national*, on trouve en annexe 5 les cibles suivantes : (voir annexe 2)

- IP-DMS médecine : 0,95
- IP-DMS chirurgie : 0,95
- IP-DMS obstétrique : 0,95

Au contraire, dans sa fiche « *2-5 le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète* », le ministère des solidarités et de la santé affiche la valeur cible nationale de l'IP-DMS à 0,94. Cette fiche date d'avril 2016. (voir annexe 3)

Si on applique la règle selon laquelle la norme la plus récente doit s'appliquer, la valeur cible serait donc celle de 0,95.

L'ARS Bourgogne Franche Comté fait de la cible de 0,94, celle à atteindre. Il s'agit de la valeur utilisée par le COPERMO. Elle correspond à la valeur du deuxième décile des établissements de santé les plus performants observée au moment où elle a été déterminée. Cette cible exigeante permet de projeter un capacitaire théorique et ce que celui ci génère en terme d'organisation (notamment les impacts RH et les gains en marge brut).

Enfin, on pourrait se poser la question d'une valeur cible différente selon l'établissement. En effet, à l'instar du taux de marge brute dont la valeur cible est 8%, les ARS raisonnent également en taux de marge retraité du montant des activités sur lesquelles l'établissement ne marge pas. Ce qui peut être assez conséquent, notamment dans un CHU.

On pourrait imaginer un IP-DMS corrigé des activités qui, de par leur nature, ne peuvent être performantes et ne peuvent pas être comparées entre elles.

Le CHU de Besançon est régulièrement comparé à son homologue dijonnais. Pour autant, les activités de cancérologie sont par exemple très différentes.

Le CHU de Besançon a la spécificité d'avoir une activité complète en matière de cancérologie à travers l'institut fédératif du cancer de Franche Comté (IRFC), rattaché au CHU.

L'IP-DMS s'applique à toute l'activité de cancérologie au CHU de Besançon. Au contraire, au CHU de Dijon, l'IP-DMS s'applique à une partie seulement de l'activité de cancérologie.

Quelque soit la véritable valeur cible, ce qui importe est que chaque établissement traduise un objectif en nombre de « journées cibles » et mette en place un plan d'action.

1.4 IP-DMS et virage ambulatoire

Si l'IP-DMS est principalement utilisé par la direction des finances, le corps médical, en particulier les chirurgiens, y sont de plus en plus sensibilisés et comprennent la démarche. En effet, le suivi de la durée des séjours peut rejoindre des objectifs médicaux.

L'ensemble des établissements et des professionnels de santé s'engage dans le virage ambulatoire et l'adaptation des modes de prise en charge des patients. Ce mouvement, qu'autorisent les progrès du savoir et des techniques médicales, se fonde sur la réduction, depuis de nombreuses années, des risques pour les patients comme des durées de leur séjour à l'hôpital. Il est donc nécessaire d'adapter les modes de prise en charge et des capacités d'hospitalisation au besoin du patient.

L'intérêt accordé à la DMS, et plus globalement l'IP-DMS, s'inscrit donc dans le cadre du virage ambulatoire.

- Plus le patient reste à l'hôpital, plus il a de risques d'avoir une aggravation de son état (infections nosocomiales etc.)
- Réduire la DMS permet de répondre plus efficacement à la demande croissante de soins
- L'hyperspécialisation des spécialités médicales et le progrès médical peuvent également expliquer l'intérêt porté à la réduction de la DMS

- Cela suppose de revoir les trajectoires de soins et notamment le rôle des établissements d'aval, de type SSR
- Ces deux facteurs ont comme incidence des rotations accrues au sein des établissements d'aval

L'hôpital, en particulier le CHU, se concentre de plus en plus sur l'acte technique. Là où la rééducation se faisait très souvent en hospitalisation conventionnelle, la logique est désormais de bien séparer les deux types d'activité.

Rappelons le, si la politique nationale de santé vise à développer l'ambulatoire, cette pratique a comme incidence une augmentation mécanique de l'IP-DMS car une partie de l'activité sera soustraite du calcul de l'indicateur.

1.5 L'analyse faite de l'IP-DMS doit demeurer prudente

1.5.1 Un indicateur, plusieurs réalités

L'IP-DMS, comme tout indicateur, ne peut se suffire à lui même.

Il est important de décomposer la formule mathématique de l'IP-DMS pour comprendre les biais d'analyse qu'il comporte.

En effet, il s'agit d'un rapport entre le nombre de journées réalisées sur le nombre de journées théoriques que l'établissement devrait réaliser pour être en adéquation avec la moyenne nationale.

Ainsi, pour un même IP-DMS de 1,5 par exemple, nous aurons une multitude de possibilités envisageables :

- 1,5 journées réalisés à l'hôpital au lieu de 1 journée de référence
- 7,5 journées réalisés à l'hôpital au lieu de 5 journées de référence
- 52,5 journées réalisés à l'hôpital au lieu de 30 journées de référence

On comprend donc assez aisément que derrière cet indicateur se cache de nombreuses réalités.

Plus le nombre de journées réalisées à l'hôpital est éloigné du nombre de journées de référence, plus la marge de progression est importante et un plan d'action réalisable.

De la même manière, on a tendance à désigner un service responsable d'un IP-DMS élevé. Or si certains séjours hospitaliers (RSS) sont composés d'une seule unité médicale (UM) de fréquentation, de très nombreux séjours sont dits multi UM. Ce qui signifie que le patient est passé dans différents services. La prise en charge dans certains services a pu allonger la durée moyenne de séjour et dans d'autres la raccourcir.

Nous analyserons plus précisément l'intérêt de décomposer les trajectoires de soins pour identifier le potentiel de gain d'IP-DMS à travers un logiciel développé par le DIM. Au delà de l'intérêt de cet outil dans la compréhension des limites d'interprétation de l'IP-DMS, celui ci permet d'identifier les trajectoires les plus « productives » de journées supplémentaires. Il demeure surtout un outil de dialogue de gestion pour un directeur envers les cliniciens.

Bien qu'il existe différents calculs de l'IP-DMS, il faut toujours veiller à comparer ce qui est comparable. Comparer deux établissements de santé de taille et aux activités similaires, ne garantit pas pour autant une comparaison optimale. En effet, la structuration de l'offre de soins et l'organisation territoriale peuvent influencer sur cet indicateur sans que l'établissement de santé soit responsable de cette moindre performance.

1.5.2 Une comparaison de données non comparables

Les DMS auxquelles l'IP-DMS se réfère sont écrêtées et construites avec les séjours de l'année précédente. En effet, les DMS de références publiées par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) sont calculées sur une base écrêtée. Celui ci consiste à retirer les séjours de durée extrêmement courte ou longue du calcul, selon la méthode de l'erreur maximum tolérée.

Il existe pour chaque GHM une borne inférieure et une borne supérieure de durée de séjour, au delà desquelles les séjours ne sont pas pris en compte.

Pour qu'un IP-DMS soit juste, il faudrait procéder de même au niveau de l'établissement et exclure au numérateur les séjours dont la durée est en dehors des bornes d'écrêtage. Or ces bornes ne sont pas publiées, et il faut disposer des bases nationales idoines du PMSI pour les calculer.

De plus, les DMS de référence d'une année sont calculées avec les séjours de l'année qui précède.

1.6 L'analyse des flux : une nécessité pour améliorer la performance des établissements de santé

La structuration de l'IP-DMS d'un établissement de santé est dépendante de l'offre de soins qu'il propose. L'analyse des flux entre établissements est primordiale pour comprendre la structuration de l'offre de soins sur le territoire et en améliorer la pertinence.

Dans la continuité de la logique des groupements hospitaliers de territoires (GHT), les établissements de santé doivent structurer leurs activités autour de la demande de soins et du potentiel d'offre présent au sein du bassin de population.

L'analyse des flux de patients fait l'objet d'une préoccupation croissante des autorités publiques ces dernières années.

Dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, certaines fonctions sont dévolues à l'établissement support, qui les assure pour le compte des établissements parties. Parmi celles-ci se trouve la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire.

Son rôle est de procéder à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties. L'analyse médico-économique du DIM embrasse désormais une stratégie plus large car elle ne saurait concerner un seul établissement mais bel et bien un groupement d'établissements de santé présents sur un territoire déterminé. Le DIM de territoire n'est pas une simple addition d'établissements parties mais une réelle force d'expertise sur l'information médicale du territoire.

L'analyse des flux est une démarche désormais systématique dans la conduite de tout projet qui touche à l'organisation des soins. A l'hôpital, ce travail revient par principe à la direction de la performance ou direction des finances, en appui avec le département d'information médicale et l'agence régionale de santé.

Différents outils sont utilisés comme ScanSanté ou la plateforme logicielle DIAMANT.

Les actions menées par les directions ont tendance à se concentrer sur les flux entre établissements : part de marché, potentiel d'activité etc.

Si ces informations demeurent essentielles pour structurer l'offre de soin d'un établissement et améliorer son IP-DMS, les EPS occultent l'analyse des flux internes.

On parlera ici de trajectoire.

En effet, l'amélioration de l'IP-DMS doit passer par une multitude d'actions très souvent interdépendantes. Il est nécessaire d'agir tant sur le plan interne, que sur le plan externe. Nous reviendrons sur la définition et l'intérêt d'analyser les trajectoires de soins au sein de l'établissement pour diminuer son IP-DMS.

L'IP-DMS est un indicateur utilisé par les tutelles pour établir un diagnostic rapide du fonctionnement interne d'un EPS. Il n'en demeure pas moins critiquable et l'exemple du CHU de Besançon démontre les limites d'interprétation de celui ci.

2 UN FONCTIONNEMENT INTERNE ET UNE ORGANISATION TERRITORIALE SPECIFIQUE EXPLIQUENT UN IP-DMS ELEVE AU CHU DE BESANCON

2.1 Etablir un diagnostic pertinent

Pour connaître l'IP-DMS d'un établissement et avoir le détail par unité médicale, le principal outil est la plateforme web PMSI Pilot. A partir des bases PMSI, l'IP-DMS est calculé et retranscrit sur le logiciel.

A partir de PMSI Pilot, il est donc possible d'établir un premier diagnostic par pôle, et mieux, par unité médicale.

Ce type de suivi est effectué par les contrôleurs de gestion de la direction des finances.

Il n'existe pas de plan d'actions identifié par pôle ou par service pour améliorer l'IP-DMS.

Cela s'explique en partie par la difficulté liée à l'identification des leviers d'action pour améliorer la durée d'un séjour.

Mieux comprendre les trajectoires de soins du CHU : le logiciel xtraj

L'ARS Bourgogne Franche Comté a demandé au CHU de Besançon de mettre en place un plan d'action pour réduire son IP-DMS.

Dans un tel contexte, le DIM du CHU est à l'origine d'un logiciel qui détaille les trajectoires de soins et les décomposent en journées.

Objectifs :

- Décrire et mesurer l'activité PMSI-MCO en tenant compte des différentes trajectoires de soins des patients définies selon plusieurs granularités (Type de prise en charge, Pôle, Centre de responsabilité, Unité médicale)
- Décrire et mesurer les trajectoires en fonction des durées moyennes de séjour nationales utilisées comme référence pour le calcul de l'IP-DMS des établissements
- Définir des familles de trajectoires en fonction de leur complexité combinatoire en termes de :
 - nombre de services fréquentés
 - nombre de services différents fréquentés
- Identifier les trajectoires sous efficientes et construire un plan d'action correspondant

Définition d'une trajectoire :

Chaque séjour-hôpital (RSS) est représenté par un vecteur décrivant :

- Le mode d'entrée-provenance-hôpital
- Le(s) service(s) fréquenté(s) au cours de l'hospitalisation
- Le mode de sortie-destination-hôpital

Paramètre des trajectoires :

- **NbJ0** : Durée de séjour-hôpital selon le calcul PMSI = DateSortieHôpital - DateEntréeHôpital
- **DMSref** : DMS de référence du GHM dans la base nationale (source ATIH).
- **NbJref** : Durée de séjour de référence, exprimée en une valeur entière de durée de séjour-hôpital :
- **IP-DMS** = Indice de performance = $\text{NbJ0} / \text{DMSref}$
- **NbJinf** : nombre de journées des séjours inférieures à la moyenne nationale
- **NbJega** : nombre de journées des séjours égal à la moyenne nationale
- **NbJsup** : nombre de journées des séjours supérieures à la moyenne nationale
- « **Séjours courts** » : part des journées inférieures ou égales à la référence au sein d'une même trajectoire. ($= (\text{nbJinf} + \text{nbJega}) / \text{nbJ0}$)
- « **Séjours longs** » : part des journées supérieures à la référence au sein d'une même trajectoire. ($= \text{nbJsup} / \text{nbJ0}$)
- **Part nbJsup/RSS** : La part que représentent les journées supérieures d'une trajectoire sur le total des séjours : en effet il faut se concentrer là où le « gain » de journée par séjour est le plus élevé. Attention il s'agit ici d'une « DMS sur les journées supérieures ».

Méthode d'analyse :

La multitude de données oblige à raisonner en « filtre » et s'intéresser de manière progressive aux trajectoires qui contiennent le plus de journées supérieures. Le premier critère retenu est celui du nombre total de journées supérieures produit.

Au fur et à mesure de l'analyse, on identifie les pôles, les CR puis les UM qui sont à l'origine de plus de journées supérieures. Dans un objectif de prioriser les futures actions, il est essentiel de cibler les trajectoires qui concernent un nombre significatif de séjours. Le deuxième critère est celui du nombre de séjours total.

Enfin, le gain sera d'autant plus important si le plan d'action concerne des trajectoires dont le ratio nbjsup/RSS est important car la marge de manœuvre sera d'autant plus grande. Le troisième critère est celui du ratio nbJsup/RSS.

Exemple de la traumatologie via la trajectoire mono UM :

Nous sommes ici dans une configuration avec une trajectoire de type : Mode d'entrée- Une seule UM fréquentée- Mode de sortie.

L'analyse en Pôle et en CR fait ressortir les difficultés de la traumatologie.

Plus précisément ce sont deux racines dont le nombre de journées supérieures, rapporté au nombre de séjours et au ratio nbJsup/RSS est important :

- Les prothèses de hanche pour traumatisme récent
- Les interventions sur la hanche et le fémur suite à un traumatisme récent

Pour arriver à ce constat, il est nécessaire de réaliser ce travail de « filtrage ». Voici ce que l'on peut retirer de l'outil xtraj :

UM : 7420, TRAUMATOLOGIE

ME	UM1	MS	nbRSS	nbRUM	nbJO	nbJinf	nbJega	nbJsup	Séjours cc	Séjours lo	Part nbJsup/	Part activité
E85	7420 : TRAUM S8		1486	1486	4702	1644	791	2267	51,8	48,2	1,5	54,6
E8	7420 : TRAUM S8		792	792	2604	903	679	1022	60,8	39,2	1,3	29,1
E85	7420 : TRAUM S72		155	155	1951	331	66	1554	20,3	79,7	10,0	5,7
E85	7420 : TRAUM S71		125	125	1158	322	73	763	34,1	65,9	6,1	4,6
E8	7420 : TRAUM S72		46	46	327	85	32	210	35,8	64,2	4,6	1,7
E8	7420 : TRAUM S71		38	38	317	49	37	231	27,1	72,9	6,1	1,4
E85	7420 : TRAUM S87		34	34	338	103	36	199	41,1	58,9	5,9	1,2
E85	7420 : TRAUM S73		13	13	179	34	42	103	42,5	57,5	7,9	0,5
E85	7420 : TRAUM S74		8	8	59	18	1	40	32,2	67,8	5,0	0,3
E8	7420 : TRAUM S87		6	6	40	15	0	25	37,5	62,5	4,2	0,2
E71	7420 : TRAUM S8		5	5	29	14	2	13	55,2	44,8	2,6	0,2
E71	7420 : TRAUM S72		3	3	34	8	0	26	23,5	76,5	8,7	0,1
E8	7420 : TRAUM S73		2	2	17	5	0	12	29,4	70,6	6,0	0,1
E71	7420 : TRAUM S71		2	2	13	7	0	6	53,8	46,2	3,0	0,1
E8	7420 : TRAUM S62		1	1	7	0	0	7	0,0	100,0	7,0	0,0
E62	7420 : TRAUM S62		1	1	2	0	2	0	100,0	0,0	0,0	0,0
E71	7420 : TRAUM S87		1	1	13	0	0	13	0,0	100,0	13,0	0,0
E8	7420 : TRAUM S74		1	1	6	6	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0
E72	7420 : TRAUM S72		1	1	2	0	2	0	100,0	0,0	0,0	0,0
E64	7420 : TRAUM S62		1	1	4	4	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0
E74	7420 : TRAUM S74		1	1	7	0	7	0	100,0	0,0	0,0	0,0

La majorité de l'activité de Traumatologie (en nombre de séjours) suit deux types de trajectoires :

- Urgences-Domicile
- Domicile-Domicile

La trajectoire Urgences-Sortie SSR ainsi que la trajectoire Domicile-Sortie SSR sont à l'origine d'un nombre élevé de journées supplémentaires. Néanmoins, l'une des raisons réside dans le mode de sortie SSR comme identifié ultérieurement.

RAC	Lib	nbRSS	nbJO	nbJref	nbJinf	nbJega	nbJsup	Séjours cc	Séjours lo	Part séjou	Part nbJsu	Part Racine
08C49	Interventions sur la hanche et le fémur pour tr	207	2085	1881	681	174	1230	41,0	59,0	0,44	5,9	11,237785
08C47	Prothèses de hanche pour traumatismes récen	100	1136	929	271	97	768	32,4	67,6	0,21	7,7	5,42888165
08M26	Fractures du rachis	205	1172	1178	432	95	645	45,0	55,0	0,43	3,1	11,1292074
08C27	Autres interventions sur le rachis	384	1603	1776	753	208	642	60,0	40,0	0,81	1,7	20,8469055
08C52	Autres interventions majeures sur le rachis	182	1130	1254	607	54	469	58,5	41,5	0,38	2,6	9,8805646
08M37	Fractures du bras et de l'avant-bras, âge supéri	133	670	557	142	67	461	31,2	68,8	0,28	3,5	7,2204126
08C32	Interventions sur la jambe, âge supérieur à 17 a	112	545	538	122	48	375	31,2	68,8	0,24	3,3	6,08034745
08M10	Maladies osseuses et arthropathies spécifique	130	687	741	302	75	310	54,9	45,1	0,27	2,4	7,05754615
08M14	Affections du tissu conjonctif	145	618	736	282	85	251	59,4	40,6	0,31	1,7	7,87187839
08C51	Interventions majeures sur le rachis pour fractu	102	609	787	311	59	239	60,8	39,2	0,22	2,3	5,53745928
08M36	Symptômes et autres recours aux soins de la Cl	142	452	568	159	56	237	47,6	52,4	0,30	1,7	7,70901194

De manière plus précise, par racine, on identifie une problématique au niveau des interventions sur la hanche et le fémur ainsi que sur les prothèses de hanches. Elles représentent le plus de journées supérieures et la part nbJsup/RSS est importante, ce qui démontre un potentiel d'actions à réaliser.

Ciblons ces 2 racines au niveau des GHM pour avoir le détail par sévérité :

GHM	Lib	nbRSS	nbJO	nbJref	nbJinf	nbJega	nbJsup	Séjours cc	Séjours lo	Part nbJsu	Part activi
08C471	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 1	53	500	437	125	41	334	33,20	66,80	6,3	0,10186627
08C472	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 2	41	536	410	128	20	388	27,61	72,39	9,5	0,07880221
08C473	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 3	14	244	171	29	36	179	26,64	73,36	12,8	0,02690807
08C474	Prothèses de hanche pour traumatismes récents, niveau 4	3	67	60	18	0	49	26,87	73,13	16,3	0,00576602
08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, à	128	1054	1024	378	104	572	45,73	54,27	4,5	0,24601664
08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, à	66	817	660	223	80	514	37,09	62,91	7,8	0,12685233
08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, à	23	489	283	82	0	407	16,77	83,23	17,7	0,04420612
08C494	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, à	3	56	63	19	0	37	33,93	66,07	12,3	0,00576602

Concernant les prothèses de hanche pour traumatisme récent : les niveaux de sévérité 1 et 2 sont les plus représentés (85% de ce GHM). Le nombre de « séjours longs » est très important. C'est aussi le cas pour les niveaux de sévérité 3 et 4. Il est possible que :

- Un mauvais codage réduise l'indice de sévérité (ISS) de ce GHM. Un certain nombre de sévérité 1 et 2 devraient relever de la catégorie 3 et 4
- Les séjours de la catégorie 3 et 4 sont sûrement des cas extrêmement lourds. Un plus grand nombre de séjours (déversement de la catégorie 1 et 2) permettrait de rééquilibrer ces GHM vers la moyenne nationale.

Concernant les interventions sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent.

- Le GHM de sévérité 1 est intéressant car indique quasiment autant de journées inférieures ou égales que positives. Cela peut témoigner d'un certain nombre de séjours qui devraient relever des catégories de sévérité supérieures
- Le déversement des sévérités 1 dans la catégorie 2 permettrait de rééquilibrer le score entre journées inférieures et égales et celles supérieures.

Cet outil est un indicateur. Il permet de comprendre les trajectoires de soins du CHU pour ensuite cibler là où agir.

Se contenter de regarder l'indicateur « IP-DMS » dans PMSI-Pilot n'aboutirait pas à un résultat aussi précis. Le logiciel se limitant à l'IP-DMS de l'UM de traumatologie.

Le logiciel Xtraj tente de pallier aux biais de l'indicateur IP-DMS. En réalité, il décompose cet indicateur et permet de cibler, selon différents critères, les priorités d'actions.

Rappelons le, un IP-DMS de 2 peut être témoin d'un nombre x de séjours dont la durée est égale à 20 journées au lieu de 10, comme il peut donner lieu à un nombre x de séjours dont la durée est égale à 2 journées au lieu de 1.

Imaginons ce premier cas avec plus de 100 séjours et ce second cas, à raison de seulement 5 séjours dans l'année.

Il est évident qu'un plan d'action devra être prioritairement mis en place sur la trajectoire qui compte 100 séjours.

L'IP-DMS n'est pas un indicateur à bannir pour autant. Il permet d'avoir un aperçu global de la situation d'un établissement ou d'un service. Pour autant, il ne permet pas d'identifier précisément les actions à mener pour le réduire.

Le logiciel Xtraj nous permet de savoir où « chercher ». En complément avec les fonctionnalités qu'offre PMSIPilot, il est possible de réaliser une analyse médico-économique très fine.

Groupes homogènes de malades											+ Vis
Class.	GHM	Libellé	Nb RUM	Nb RSS	CA T2A total (€)	DMS PMSI	DMS Nat	Ecart en jours	Ecart en %	Potent. de jour sup.	Valo. du potent. (€) ↑
2018	08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	47	47	305 264	12,34	9,01	3,33	37	156,58	93 057
2018	08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	89	89	476 486	8,12	7,03	1,10	16	97,54	57 969
2018	08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	11	11	87 727	18,09	11,49	6,60	57	72,59	43 142
2017	08C491	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	26	26	142 190	8,77	7,47	1,29	17	33,66	20 003
2017	08C492	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	11	11	69 674	11,09	9,53	1,56	16	17,15	10 194
2018	08C494	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	2	2	21 780	9,50	20,22	-10,72	-53	0	0
2017	08C493	Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	6	6	45 659	10,33	12,05	-1,72	-14	0	0

Extrait PMSI Pilot

On voit ici le potentiel de valorisation d'une action sur ces GHM.

Avant toute démarche visant à améliorer son IP-DMS, la phase de diagnostic demeure un préalable indispensable. Cette phase de diagnostic peut être particulièrement longue et complexe, mais elle conditionne la bonne tenue du dialogue de gestion, en particulier avec le corps médical.

2.2 Plusieurs difficultés sont d'ores et déjà identifiées par le CHU

2.2.1 Sur le plan de l'organisation territoriale

Des difficultés identifiées avec les établissements d'aval :

Le CHU de Besançon a la particularité de n'avoir que 28 places de SSR (14 lits et places en SSR locomoteur et 15 en SSR neurologique), ce qui pénalise fortement le « dégagement » en aval des patients du CHU et allonge par conséquent la DMS.

Depuis mars 2019, la redistribution des lits et places de SSR se fait au profit du SSR neurologique, avec seulement 8 places identifiées « SSR locomoteur ».

De plus, le territoire francomtois connaît un manque de certaines structures SSR. Le taux d'équipement dans le Doubs est inférieur à certains départements de la région et à la moyenne nationale.

Taux d'équipement en lits et places de SSR

- polyvalents et spécialisés
- secteur public et privé
- hospitalisation complète et partielle

	Nombre de lits et places	Nombre d'habitants	Taux d'équipement
France	114961	64 618 416	1.8
Bourgogne	3101	1633186	1.9
Franche Comté	1870	1179419	1.6
Bourgogne Franche Comté	4971	2 812 605	1.8
Doubs	767	539 357	1.4
Jura	567	260 135	2.2
Haute Saône	421	236 092	1.8
Territoire de Belfort	115	143 835	0.8
GHT Centre Franche Comté (territoire)	713	500 429 (INSEE 2013) 493 429 (- zone Gray)	1.4 1.4

Issu d'un document interne filière SSR/ GHT

Une analyse plus fine par type d'autorisation de SSR permet de cibler les filières qui accusent un manque de « dégagement » en aval, sur le territoire du département du Doubs.

Ainsi, le taux d'équipement en SSR polyvalent est de 0,18 dans le Doubs contre une moyenne nationale à 0,68 (compensé néanmoins par un fort taux d'équipement de SSR personnes âgées poly-pathologiques).

Les filières « locomoteur » ou encore « digestif » connaissent un plus faible taux d'équipement comparé à la moyenne nationale et régionale (annexe 4).

Le CHU de Besançon est l'un des rares CHU à ne pas disposer de lits de SSR et/ou d'EHPAD en interne, de manière suffisante comparé au volume total de ses lits.

Les établissements qui disposent d'une solution d'aval en interne ont souvent recours à une cellule de gestion des lits qui suit et analyse la durée de séjour et veille au dégagement et à la bonne occupation de son secteur SSR.

Avoir des liens étroits avec le secteur d'aval permet de réduire la durée de séjour des patients et de manière automatique de réduire l'IP-DMS.

Ne pas disposer d'une solution d'aval en interne n'est pas pour autant une fatalité. Les établissements de MCO doivent être à l'origine de structuration de filières de soins sur le territoire. Cela suppose de rencontrer les différents acteurs et de construire un projet commun : établissement MCO, établissement SSR, médecins libéraux, assistantes sociales, IDE de parcours etc.

On peut d'ailleurs l'observer au CHU de Besançon concernant la filière de cardiologie :

Cardiologie		
FRANCE	5142	0,08
Bourgogne	120	0,07
Côte d'or	53	0,1
Nièvre	7	0,03
Saône et Loire	40	0,07
Yonne	20	0,06
Franche Comté	104	0,08
Doubs	27	0,05
Jura	63	0,25
Haute Saône	14	0,06
Territoire de Belfort	0	0

Taux d'équipement en SSR cardio

Aux premiers abords, il apparaît que le Doubs, département dont relève le CHU de Besançon, connaît un déficit de lits et places en SSR cardio.

Néanmoins, le CHU entretient des liens forts avec plusieurs établissements : le CRCPFC LES HAUTS DE CHAZAL (Doubs), le CRCPFC LA GRANGE SUR LE MONT (Jura) et le centre de LALANCE (Haut Rhin)

Le CHU est le principal pourvoyeur de patients à rééduquer à destination de ces établissements. Si l'un est bien situé dans le Doubs, les autres se trouvent dans des départements limitrophes.

La création d'une filière entre le service de cardiologie du CHU et ces établissements passe par des liens professionnels étroits entre équipes médicales.

Elle est également le fruit de la création d'un poste de coordinateur du parcours de soins.

Ce professionnel (grade IDE) participe à la coordination du parcours des patients en lien avec les différents partenaires de soins :

- gestion du logiciel de mise en relation avec les établissements d'aval (via-trajectoire)
- gestion des pré-admissions pour les centres de réadaptation depuis les consultations
- gestion des entrées et des sorties (saisie informatique, transport, documentation)
- organisation et programmation anticipée des sorties en lien avec le secrétariat

Etc.

Le CHU ne dispose pas de SSR cardio en interne.

Le département du Doubs connaît un taux d'équipement faible en la matière.

Pour autant l'organisation interne du service et la filiarisation avec les établissements de la région rendent le service performant en matière de durée de séjour.

Le manque de dégagement en SSR ne saurait expliquer à lui seul les difficultés du CHU en matière d'IPDMS.

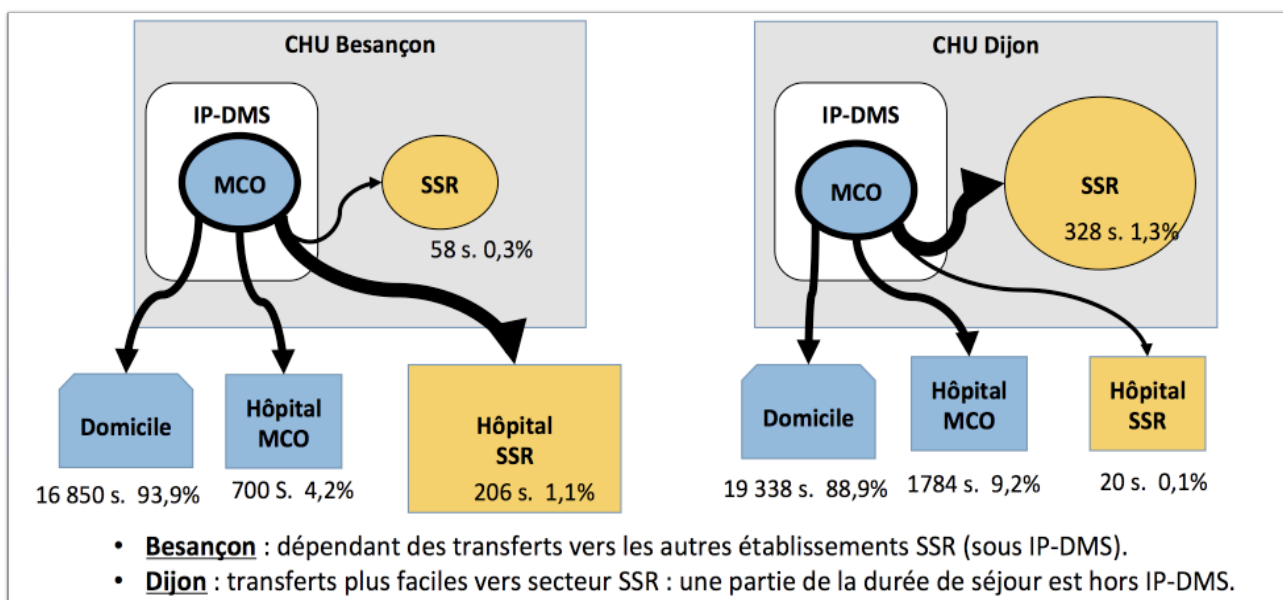
En effet, si la poursuite de la prise en charge des patients au sein d'établissements de soins de suite et de réadaptation est problématique pour le CHU, en volume, ce mode de sortie n'est pas le plus important. La majorité des patients sortent à domicile.

Attention cependant. Même si la plupart des sorties s'effectuent à domicile, certains services, en particulier la traumatologie, mettent en garde contre les « fausses » sorties domicile qui s'expliquent par un manque de solution d'aval. La rééducation se faisant alors à l'hôpital, au sein du service. Cela peut créer une ou plusieurs journées supplémentaires qui, automatiquement, ont un impact sur l'IP-DMS.

Un travail conjoint entre la direction des finances et le DIM du CHU a été réalisé à propos de l'IP-DMS en chirurgie.

Il apparaît que 93,9% des sorties de chirurgie se font à domicile.

Seulement 0,3% des séjours font l'objet d'une sortie au sein du SSR du CHU de Besançon, contre 1,3% pour celui de Dijon. Il en résulte une dépendance du CHU de Besançon vers les autres établissements SSR. Là où Dijon transfère plus facilement vers son secteur SSR ce qui permet de soustraire une partie de la durée du séjour du champ de l'IP-DMS en MCO.



Groupe de travail CHU Besançon-ARS 2018 (données 2017)

D'autres actions doivent donc être menées en interne pour améliorer le parcours patient et la relation avec les différents acteurs intervenant dans le retour à domicile.

2.2.2 Sur le plan du fonctionnement interne du CHU

A) Un mode d'entrée par les urgences qui allonge les délais

Le logiciel xtraj met en lumière les difficultés liées à l'entrée par les urgences. Ce mode d'entrée est le principal générateur de journées supplémentaires.

ME	TY1	MS	nbRSS	nbJ0	nbJref	nbJPos	nbJinf	nbJega	nbJsup	Séjours cc	Séjours lc	part activi	Part jsup
E85	HC : Hospitalisation complète	S8	10814	58197	54946	16281	17823	6860	33514	42,4	57,6	21,82	3,1
E8	HC : Hospitalisation complète	S8	19760	68993	77380	11183	27762	15152	26079	62,2	37,8	39,87	1,3
E85	HC : Hospitalisation complète	S72	299	4660	2774	2203	601	102	3957	15,1	84,9	0,60	13,2
E85	HC : Hospitalisation complète	S71	291	3999	2787	1652	714	193	3092	22,7	77,3	0,59	10,6
E8	SC : Surveillance continue	S8	888	5092	5503	1007	1921	655	2516	50,6	49,4	1,79	2,8
E71	HC : Hospitalisation complète	S8	421	2930	2842	839	878	205	1847	37,0	63,0	0,85	4,4
E8	SI : Soins intensifs	S8	289	3560	3582	774	1497	245	1818	48,9	51,1	0,58	6,3
E8	HC : Hospitalisation complète	S71	193	1902	1394	727	372	136	1394	26,7	73,3	0,39	7,2
E85	SC : Surveillance continue	S8	410	2426	2496	574	867	279	1280	47,2	52,8	0,83	3,1
E85	SI : Soins intensifs	S8	955	2937	4009	389	1492	443	1002	65,9	34,1	1,93	1,0
E8	HC : Hospitalisation complète	S76	133	854	838	138	275	134	445	47,9	52,1	0,27	3,3
E85	SI : Soins intensifs	S71	128	523	799	55	287	46	190	63,7	36,3	0,26	1,5

La trajectoire urgences-domicile, représentant 21% de l'activité mono unité, est celle qui crée le plus de journées supérieures.

En cumulé, les trajectoires avec mode d'entrée par les urgences (E85) représente 40% de l'activité mono unité du CHU. Ce chiffre est relativement important et témoigne des urgences comme « porte d'entrée » de l'hôpital.

Simplement sur les trajectoires de soins mono unité, le mode d'entrée par les urgences est générateur de 30 486 journées supplémentaires.

Les UM génératrices de ces journées supplémentaires sont principalement :

- la médecine polyvalente (3399 journées supérieures)
- la gériatrie (2457 journées supérieures)
- la traumatologie (2267 journées supérieures)
- la chirurgie digestive (1593 journées supérieures)

Les urgences au CHU de Besançon ont la particularité d'être filiarisées. On retrouve :

- les urgences médico-chirurgicales adultes- centre 15
- les urgences psychiatriques
- les urgences cardiologiques
- les urgences traumatologiques
- les urgences gynéco-obstétricales

Quelque soit le service d'urgences, une entrée par ces derniers est un facteur allongeant le délai de prise en charge.

Les patients arrivant aux urgences, souvent désorientés, conjuguent des problématiques sociales à leurs problèmes de santé. La mission « sociale » est une mission dont l'hôpital public doit s'emparer.

Une mission de soin mais aussi de prise en charge de la précarité :

Le métier d'assistant(e) social est relativement récent à l'hôpital. Il s'inscrit dans l'organisation du système de santé français. Le passage à la tarification à l'activité (T2A) n'est pas anodin dans le développement des services sociaux à l'hôpital. Ce mode de financement favorise les sorties rapides.

Au CHU de Besançon, la répartition des assistantes sociales par service, s'est faite progressivement, en fonction des priorités définies par les politiques publiques de santé. L'ARS a impulsé la création de postes via un financement MIG (PASS, soins palliatifs). D'autres postes ont été portés par les services (gériatrie, médecine physique). En 2016 on dénombrait un total de 8,85 ETP « fléchés » et 6,05 ETP « non fléchés ».

Chaque service de soins dispose d'une assistante sociale référent.

Pour répondre aux demandes des services des urgences une organisation spécifique est mise en place avec une intervention dans la demi journée.

La file active ne cesse d'augmenter avec 4847 dossiers en 2017.

- 56% des demandes concernent l'organisation de la sortie du patient
- 28% des demandes pour l'aide administrative et juridique
- 11% pour un soutien dans des difficultés relationnelles familiales, professionnelles et/ou scolaires
- 9% pour une aide financière.

La proportion de patients non connus des services sociaux extérieurs avant leur hospitalisation ou leurs soins (93%) est significative et interpelle sur la capacité de ces derniers à identifier les personnes dans le besoin.

40% des patients bénéficiant des services des assistantes sociales du CHU vivent seuls. Logiquement, la préparation de la sortie de ces patients doit être organisée, le plus tôt possible, et en adéquation avec des durées de séjours de plus en plus courtes.

Posséder un service social hospitalier n'est pas pour autant suffisant. Les soignants doivent être sensibilisés aux problématiques sociales pour alerter le plus tôt possible le service social hospitalier.

On retrouve aux urgences une grande part de « patients » précaires, qui relèvent davantage d'une prise en charge sociale que de soins hospitaliers.

B) Des séjours longs et inadaptés qui rendent caduques l'IP-DMS comme indicateur

Les séjours longs et inadaptés sont identifiés par la direction des finances. Une liste est produite à intervalle régulier.

Un séjour est considéré comme long lorsque le praticien responsable de la prise en charge du patient le définit comme tel, ou de façon systématique à compter de 3 mois.

Ce critère est totalement subjectif car certains établissements considèrent qu'un séjour fait partie d'une telle liste alors même que la durée du séjour est bien plus basse.

Un séjour est considéré comme inadéquat quand le service d'accueil n'est plus adapté à la prise en charge du patient.

Par exemple, pour les séjours non sortis au 8 janvier 2019 il y avait :

- 5 patients présents depuis plus de 6 mois
- 6 patients présents entre 4 et 6 mois
- 16 patients présents entre 3 et 4 mois

La commission des séjours longs et inadaptés (COSELI), présidée en principe par un médecin, se réunit de manière trimestrielle, pour évoquer les cas individuels de chaque patient inscrit sur cette liste.

Les autres membres de la COSELI sont des médecins (particulièrement issus des services en difficultés pour faire sortir les patients), la cadre socio-éducative, des assistantes sociales, des cadres de santé, et le directeur adjoint des finances.

En 2018, 19 signalements ont été examinés en séance plénière de la COSELI. Un certain nombre de séjours ne sont pas examinés dans un tel cadre.

Très souvent il s'agit de situations complexes, tant au niveau médical (troubles cognitifs, poly pathologies), que social (isolement, difficultés familiales).

Les autres difficultés sont généralement classiques : manque de lits d'aval, refus d'admission en SSR car hors secteur géographique ou charge en soins trop lourde ou trop onéreuse.

En dehors des difficultés de fonctionnement de cette instance, ces séjours atypiques vont avoir une incidence sur l'IP-DMS des services concernés.

Il n'est en effet pas possible d'écarter ces séjours car les bornes ne sont pas publiées.

Ces séjours atypiques, parfois nombreux, sont une limite à l'utilisation de l'IP-DMS comme indicateur de performance.

C) Des outils censés faciliter les sorties des patients encore perfectibles

Différents outils facilitent les relations entre les acteurs et accélèrent les sorties.

Le logiciel Via Trajectoire :

ViaTrajectoire® permet d'identifier facilement le ou les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire aux différents moments de la vie de chaque personne.

Via Trajectoire est un outil au service de la logique de parcours. Il permet de mettre en lien les établissements prescripteurs (en l'espèce le CHU), avec les établissements

d'aval. Différents modules existent. ViaTrajectoire « Grand Age » concernant les EHPAD, et ViaTrajectoire « de base » pour les sorties en SSR.

Chaque région française ou partie de territoire français développe des solutions du même type afin de faciliter les relations entre partenaires de santé.

La région Bourgogne Franche Comté est relativement en avance en la matière, bien que l'on puisse identifier certaines problématiques.

Néanmoins ces dernières relèvent assez peu de l'utilisation même du logiciel.

Son utilisation par le CHU confirme les difficultés propres à certaines trajectoires de soins (suites d'hospitalisation), à l'origine de l'augmentation de la DMS.

Au contraire, il démontre le bon fonctionnement de certaines trajectoires.

Le service de chirurgie thoracique/cardio vasculaire est celui qui prescrit le plus de demandes, environ 500, pour un taux d'admission de 80% en 2018.

Palmarès des services en difficultés (parmi ceux qui ont fait plus de 100 demandes) :

Discipline	Demandes SSR (2018)	Tx d'admission
Chirurgie viscérale et digestive cancérologique	235	58%
Gériatrie	234	58%
Chirurgie vasculaire	156	61%
Médecine polyvalente	156	49%
Pneumo, onco-thoracique	155	47%
Médecine interne	121	56%

Des difficultés de sortie et une implication sur l'IPDMS :

Exemple de la chirurgie vasculaire (2017) :

Etablissement	DMS	IPDMS	IPDMS Sortie SSR
CHU Besançon	9,18	1,4	1,8 (77 sorties)
CHU Dijon	5,87	0,84	1,1 (61 sorties)

Données scansanté ORFEE 2017

Un manque de partenaires définis sur ces spécialités dans la région

Exemple des sorties SSR en provenance du CHU concernant la chirurgie vasculaire en 2017 :

Obs	Finess	Raison sociale	Catégorie	Nb de transferts
1	390780179	CH SALINS LES BAINS	CH	11
2	390780146	CH LONS	CH	10
3	250000270	CLINIQUE SAINT-VINCENT	Privé	10
4	700784887	CRF DE NAVENNE	Privé	6
5	250000288	CLINIQUE SAINT PIERRE	Privé	5
6	250000015	CHU BESANCON	CHR/U	4
7	700000045	CLINIQUE MÉDICALE BRUGNON AGACHE BEAUJEU	PSPH/EBNL	4
8	250000221	HL P NAPPEZ MORTEAU	CH	4
9	250000239	HL STE CROIX BAUME LES DAMES	CH	4
10	710977075	MAISON DE CONVALESCENCE CLINIQUE VAL DE SEILLE	Privé	4
11	700004591	GROUPEMENT HOSPITALIER DE LA HAUTE SAONE	CH	3
12	710977307	KORIAN LA BRESSANE	Privé	3
13	250000569	CENTRE DE SOINS DES TILLEROYES	CH	2
14	250000478	HÔPITAL RURAL ORNAIS	CH	2
15		Autres ES Effectif<2		5

Les patients de ces spécialités sont éligibles à des SSR polyvalents ou Personnes âgées polypathologiques.

Le lieu de résidence est le principal critère pour accepter une demande de SSR ViaTrajectoire.

Certains établissements de SSR peuvent être frileux à prendre en charge des patients relevant d'une spécialité. Par exemple, la sortie de patients de chirurgie digestive aux alentours de Vesoul peut s'avérer difficile.

Ce qui peut expliquer :

- L'utilisation du seul critère de résidence pour « choisir » les patients
- Une concentration des demandes au sein du Grand Besançon
- Un risque de différence entre l'état pathologique du patient et ce qui est inscrit sur viatrajectoire
- Une augmentation de la DMS au sein du service prescripteur (à savoir le CHU).

ViaTrajectoire est incontestablement un outil devenu indispensable pour les services de soins. Les difficultés de sortie ne sont pas le fruit de l'outil. Ce dernier révèle au contraire les difficultés propres à certaines filières.

Son utilité est dépendante de sa bonne utilisation par les professionnels de santé (véracité dans les renseignements inscrits) et de l'absence de « tri » des patients par les structures d'aval.

Le PRADO :

Le service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado a été initié par l'Assurance Maladie en 2010, pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Les principaux enjeux de Prado, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont :

- de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ;
- d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital ;
- de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ;
- d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

En 2018, en France, plus de 540 000 patients ont bénéficié de ce service.

Initié pour les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015.

Aujourd'hui, le service est aussi progressivement proposé après hospitalisation pour accident vasculaire cérébral (AVC) et aux personnes âgées de 75 ans et plus quel que soit le motif de leur hospitalisation.

Un conseiller de l'Assurance Maladie va à la rencontre du patient, déclaré éligible à Prado par l'équipe médicale hospitalière, pour lui présenter l'offre et recueillir son adhésion avant sa sortie.

Le médecin traitant est alors contacté par l'Assurance Maladie qui l'informe de l'adhésion de son patient au service et propose de planifier si besoin un premier rendez-vous. Le conseiller de l'Assurance Maladie prend également contact avec tous les autres membres de l'équipe de soins primaires pour initier le suivi du patient en lien avec le motif de son hospitalisation après son retour à domicile.

Une aide-ménagère et/ou un portage de repas peuvent également être organisés en lien avec les services sociaux.

Prado chirurgie - initié en 2012 avec l'orthopédie - a été étendu à toute chirurgie, en débutant par la chirurgie digestive et par les autres services chirurgicaux qui en font la demande.

Cette extension est apparue nécessaire compte tenu du développement de la réhabilitation améliorée en chirurgie et de la chirurgie ambulatoire, afin d'accompagner la baisse de la durée moyenne de séjour dans les établissements.

Au CHU de Besançon, le dispositif PRADO est déployé en maternité, en BPCO et en chirurgie orthopédique.

Sous l'impulsion de l'assurance maladie, le dispositif PRADO devrait se développer sur l'ensemble de la chirurgie, dans la prise en charge des AVC ainsi que pour les personnes âgées.

Ce dispositif est parfois critiqué du fait des critères d'éligibilité. Le PRADO maternité ne peut être mise en œuvre que pour des grossesses qui se sont bien déroulées. Les parturientes déjà suivies par un médecin ou une sage femme, continueront à aller voir ces professionnels suite à l'accouchement. Le dispositif PRADO n'interviendra pas.

Si ce dispositif permet d'avoir des sorties anticipées, il semble surtout palier aux difficultés que connaissent les relations entre la ville et l'hôpital.

La connaissance des professionnels d'un même territoire permet de fluidifier certaines prises en charge. La continuité des soins étant assurée, et dans des conditions connues, la sortie pourra se faire de manière précoce.

En maternité par exemple, une connaissance entre les équipes hospitalières et de ville permettrait incontestablement d'accélérer le processus de sortie pour les femmes qui ont connu une grossesse sans risque.

Le dispositif PRADO est surtout utile aux patientes qui n'étaient pas suivies par une sage femme libérale.

Au CHU, du premier janvier 2019 à mi août 2019, ont été réalisées 1544 sorties de maternité dont :

- 213 patientes qui ont bénéficié du dispositif PRADO

- 833 patientes étaient déjà suivies par une sage femme libérale avant d'accoucher et ont été réorientée directement vers la même sage femme sans passer par le dispositif PRADO
- 188 patientes, qui n'étaient pas éligibles au PRADO, ont été orientées vers une sage femme libérale à leur sortie
- 114 ont bénéficié d'une autre prise en charge (HAD jusqu'en mars 2019, ou autre accompagnement PMI...)
- 28 patientes ont refusé une sortie PRADO

Pour les 168 autres patientes, elles n'ont pas été orientées vers une sage femme libérale à la sortie.

Le dispositif PRADO met donc en lumière les difficultés dans les relations entre ville et hôpital. De meilleures relations amélioreraient considérablement l'anticipation des sorties.

D) Un fort potentiel en cas de modification du codage sur l'IP-DMS :

La qualité du codage est mesurée avec l'indice standardisé de sévérité (ISS). Cet indicateur reflète le niveau de codage des complications ou morbidités associées (CMA) de l'établissement en comparaison à une base de référence.

L'ISS consiste à faire le rapport entre deux nombres :

- Au numérateur : le nombre observé de séjours classés dans un GHM de niveau 2, 3, 4, B, C ou D
- Au dénominateur : le nombre attendu de séjours classés dans un GHM de niveau 2, 3, 4, B, C ou D. Pour obtenir ce nombre, on calcule l'effectif total de l'hôpital pour chaque racine de GHM, et on le multiplie par la proportion de séjours de niveau 2, 3, 4, B, C ou D pour cette racine au sein d'une base de référence. Les totaux par racine, au niveau de l'hôpital comme au niveau de la référence, sont calculés en excluant les niveaux J, T, Z et E

Un ISS égal à 1,10 signifie que l'établissement, à case mix en racine équivalent, a 10% de séjours de niveau supérieur à 1 ou A de plus que la base de référence.

Cette méthode, détaillée dans un article relatant une expérience au sein des hôpitaux universitaires de Strasbourg connaît néanmoins certaines limites. Avoir un pourcentage de référence pour la sévérité x d'une racine y se heurte au biais de recrutement de chaque établissement. Les CHU connaîtront une part de sévérité plus importante que les

plus petits établissements. Il est donc plus intéressant de se comparer à une base inter-CHU.

La comparaison peut être pertinente au niveau d'une racine avec des effectifs similaires à un panier d'établissement au case mix très proche.

Prenons l'exemple de la racine prothèses de hanche pour traumatisme récent :

GHM	Libellé	Effectif 2018	DMS PMSI 2018	CA T2A (€) 2018	CA moyen (€) 2	Taux CHU	Taux nat	nbre corrigé
08C471	Prothèses de hanche	61	10,31	341 808	5 603,41	44,5%	28%	37,70
08C472	Prothèses de hanche	48	13,38	315 741	6 577,94	35,0%	38%	51,75
08C473	Prothèses de hanche	20	21,30	198 543	9 927,17	14,6%	30%	40,42
08C474	Prothèses de hanche	8	27,63	110 916	13 864,54	5,8%	5%	7,13

On voit ici une part importante des sévérités 1 par rapport à la moyenne nationale. De même la sévérité 3 est deux fois moins importante au CHU de Besançon qu'au niveau national.

Ramener un ISS à 1 au niveau de cette racine, permettrait un gain en chiffre d'affaires de quasiment 85 000 euros.

Une première analyse au niveau de l'établissement laisse présager d'un niveau important de sévérité 1 au CHU de Besançon par rapport à la moyenne nationale et même à la moyenne des CHU.

Plus que le codage en lui même, c'est le processus de remplissage des données utilisées pour coder qu'il convient de questionner. Le DIM du CHU va en effet réaliser le codage sur la base des courriers de sortie et des comptes rendus mis à sa disposition.

Il existe un impact positif sur l'IP-DMS d'une augmentation du codage des niveaux de sévérité, mesuré par l'ISS. Mais une amélioration de l'IP-DMS ne saurait se faire sans une action sur les durées de séjour.

La décomposition de l'IP-DMS permet de dresser un diagnostic pertinent de la situation d'un établissement et de son territoire. Sur cette base, un plan d'action en cohérence avec le diagnostic établi, peut être établi.

3 LA REDUCTION DE L'IP-DMS AU CHU DE BESANCON NECESSITE DE REPENSER LE PARCOURS DU PATIENT ET LES RELATIONS AVEC LES ACTEURS DU TERRITOIRE

L'ARS Bourgogne-Franche Comté a demandé au CHU de Besançon d'établir un plan d'action afin d'améliorer son IPDMS.

Plusieurs axes, qui répondent aux différents constats établis, sont d'ores et déjà identifiés par l'équipe de direction.

3.1 Une réflexion sur la structuration des filières au sein du CHU et sur le territoire

Ce travail doit distinguer la filière gériatrique de la filière de soins de suite et réadaptation non gériatrique. Pour autant, le vieillissement de la population a tendance à estomper progressivement cette dichotomie.

3.1.1 Concernant la filière gériatrique

Les services de soins du CHU accueillant des personnes âgées poly-pathologiques connaissent des moyennes de durée de séjour extrêmement longues.

Rien que sur les trajectoires de soins mono unité médicale, un passage par l'unité de gériatrie est générateur de 5784 journées supérieures à la moyenne nationale.

Sur les 668 séjours de gériatrie en 2018, on dénombre en moyenne 9 jours supplémentaire par séjour.

D'autres unités médicales comme la médecine interne, la médecine polyvalente, la traumatologie, qui accueillent beaucoup de personnes âgées, dénombrent d'importantes journées supérieures.

Différentes raisons peuvent expliquer cela :

- des cas à la fois lourds sur le plan médical mais aussi social avec une intervention nécessaire et précoce des services sociaux
- des patients polypathologiques qui nécessitent une prise en soin pluridisciplinaire

- un manque de places d'EHPAD sur le territoire
- un manque de filiarisation avec les structures d'aval de soins de suite et de réadaptation.

A) Une contractualisation avec un établissement d'aval

Un projet commun est en cours entre le CHU et le Centre de soins des Tilleroyes composé de 151 lits et places de rééducation à destination des personnes âgées poly-pathologiques.

Les liens entre le CHU et ce centre de soins sont déjà organisés dans le cadre du transfert des patients depuis le CHU par le logiciel « Via Trajectoire » (logiciel permettant de mettre en relation les établissements pourvoyeurs de patients à rééduquer et les établissements de rééducations de type SSR ou EHPAD).

Le Directeur du centre de soins demande d'orienter l'ensemble des patients de plus de 70 ans vers son établissement, y compris les cas simples. En contre partie, le centre de soins s'engage à prendre, dès réception de la demande, les patients sans sectoriser les prises en soins.

De même, la commission d'admission devrait disparaître au profit d'une décision directe entre un médecin et une infirmière de parcours qui fait le lien entre les deux établissements. La commission d'admission, instance assez lourde, devrait donc disparaître au profit d'échanges plus directs entre les médecins et cadres de santé des deux établissements, notamment en utilisant la visio-conférence.

Un rapprochement des services sociaux des deux établissements est souhaitable, notamment concernant les patients présentant des problématiques sociales complexes.

Cette contractualisation doit être source de sortie plus rapide au sein des services du CHU, d'une réduction de la DMS, et donc potentiellement, de l'IP-DMS.

B) La création de filières au sein du CHU

Le vieillissement de la population entraine avec lui une évolution des modalités de prise en charge.

La plupart des patients âgés connaissent des multi-pathologies avec un diagnostic principal qui peut être très varié (cardiologique, pneumologique, orthopédique etc.). Ainsi,

par spécialité, peuvent être développées de véritables parcours de prise en soin. Une réflexion est en cours pour constituer différentes filières :

- une filière neurocognitive
- une filière ortho-gériatrique
- une filière cardio-gériatrique

Le groupe de travail ortho-gériatrie du CHU justifie l'intérêt de créer une telle filière en analysant les fractures de hanche et les fractures de l'extrémité supérieure du fémur.

Le logiciel xtraj a ciblé une telle difficulté car la racine 08C49 « Interventions sur la hanche et le fémur pour traumatisme récent » est celle qui crée le plus de journées supérieures.

L'analyse faite par le service corrobore donc bien les résultats perçus dans le logiciel.

En 2018, 1084 sujets âgés de plus de 80 ans étaient hospitalisés en chirurgie orthopédique.

350 patients étaient hospitalisés pour une fracture de hanche ou de l'extrémité supérieur du fémur.

Sur les trajectoires mono UM, en 2018, 207 séjours relatifs à la racine interventions sur la hanche et le fémur pour traumatisme récents ont été recensés. Séjours générateurs de 1230 journées supplémentaires, soit quasiment 6 jours de plus par séjour long.

L'idée de créer une filière ortho-gériatrie trouve donc tout son sens.

Le but est d'établir un lien entre le chirurgien, l'anesthésiste et le gériatre. Autour de ces trois acteurs principaux, en gravite bien d'autres : rééducateurs, diététicien, assistant(e) sociale etc.

La plupart des patients vont arriver par les urgences traumatologiques et sortiront à domicile ou en établissement de soins de suite et de réadaptation.

Dans les deux cas, la préparation de la sortie doit se faire le plus tôt possible. Des difficultés d'ordre médical (autres pathologies), matériel (logement inadapté) ou social (personne isolée) sont récurrentes.

Différents parcours de prise en soins sont identifiés (annexe 5).

3.1.2 Concernant la filière non gériatrique

Comme évoqué en deuxième partie, certaines spécialités médicales au sein du CHU connaissent une véritable filiarisation avec les établissements d'aval (filiale cardiologique).

Ce modèle de coopération doit être étendu le plus possible aux spécialités qui peuvent se prêter à ce mode de fonctionnement.

Cela présente un double intérêt :

- une réduction des durées de séjour au sein des établissements MCO
- un taux d'occupation en permanence assuré pour l'établissement d'aval

La coopération doit aller plus loin que la formalisation d'un simple document. Elle doit se faire effectivement sur le terrain entre les équipes pluridisciplinaires des différentes structures. Cela passe par des rencontres régulières, facilitées aujourd'hui par les outils de visio-conférence.

Cette coopération passe également par la création d'un IDE de parcours qui facilite les relations entre les établissements.

3.2 Une optimisation du parcours patient à poursuivre

3.2.1 Le programme ERAS en chirurgie

Le CHU de Besançon est l'un des premiers établissements de santé à s'être lancé dans le programme de réhabilitation rapide en chirurgie, proposé par la société ERAS.

« Définies dans les années 1990, la réhabilitation rapide après chirurgie programmée (RRAC), est une approche de prise en charge globale du patient en péri-opératoire visant au rétablissement rapide des capacités physiques et psychiques antérieures et donc à réduire significativement la mortalité et la morbidité. Elle a aussi pour conséquence in fine de voir réduire les durées d'hospitalisations. » Extrait du site de la HAS, rapport d'orientation sur les programmes de réhabilitation rapide en chirurgie, juillet 2014.

Le programme consiste en :

- une base de données à laquelle les établissements membres ont accès. Celle-ci est accessible via une plateforme en ligne. Il n'est donc pas nécessaire d'implanter ou d'assurer la maintenance d'un logiciel. Cette plateforme inclut des indicateurs d'évaluation de l'efficacité du programme (notamment sur le raccourcissement de la DMS)
- un outil d'audit qui recouvre aussi un compagnonnage avec un autre établissement. Cela consiste en une relecture conjointe des guidelines entre établissements et en la tenue de réunions médicales pour examiner les cas où les protocoles n'ont pas été respectés et doivent être ajustés.

Le programme ERAS est déployé en chirurgie digestive depuis 2018.

Entre 2017 et 2018 la durée moyenne de séjour a baissé de plus de 6% en passant de 5,08 jours en 2017 à 4,77 jours en 2018. En cumulé sur les six premiers mois de 2019, la DMS est encore en réduction avec une DMS à 4,19 jours. La montée en charge du programme ERAS se fait donc sentir.

L'extension du programme ERAS en 2019 sur les spécialités de gynécologie et d'urologie est prévue.

Néanmoins, il est intéressant d'observer que malgré la baisse de la DMS, l'IP-DMS lui ne se réduit pas pour autant, voire il augmente.

Durée Moyenne de Séjour brute des RUM	4,21	jours	4,78	-11,88%
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM	4,19	jours	4,77	-12,14%
Taux de chirurgie ambulatoire (définition DGOS 2015)	0,58	%	0,35	+63,38%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat : nb journées étab. / nb journées standardisées (DMS nat)	1,25		1,22	+2,76%

Extrait de PMSIPilot / Chirurgie digestive et cancéro entre les 6 premiers mois de 2018 et 2019

Plusieurs raisons peuvent expliquer cela :

- le nombre de journées théoriques (moyenne nationale) se réduit également. La réduction étant plus rapide au niveau national qu'au niveau du CHU.
- Une part de la réduction de la durée de séjour entraîne un passage de séjours en ambulatoire, non compris dans le calcul de l'IP-DMS. C'est en partie le cas au CHU mais cela ne saurait expliquer à lui seul l'augmentation de l'IP-DMS en chirurgie digestive
- Une proportion de séjours « extrêmement longs » importante.

Le programme ERAS est en phase d'amorçage au CHU et les effets sur l'IP-DMS sont différés dans le temps.

D'autres innovations en terme de prise en charge du patient peuvent avoir un effet bénéfique sur l'IP-DMS.

C'est le cas du projet « J0 » et « patient debout au bloc opératoire » dans lesquels le patient devient un « malade acteur ».

Le patient arrive le matin à l'hôpital et non plus la veille. Cela permet de gagner une nuit.

Les innovations en chirurgie sont nombreuses et tendent à augmenter le pourcentage de chirurgie ambulatoire (et mécaniquement augmenter le résultat de l'IP-DMS).

De plus ces innovations s'implantent quasiment en même temps dans l'ensemble des établissements de soins. Cela fait diminuer la durée moyenne de séjour nationale.

Un effort sensible mais partagé au niveau national sur la durée moyenne de séjour, ne sera pas perçu comme « performant » si on se réfère au seul indicateur de l'IP-DMS, alors que dans les faits, la durée de séjour se réduit et le taux d'ambulatoire augmente.

3.2.2 La mise en place de salons de sortie et d'une cellule de gestion des lits

La création de salons de sortie en chirurgie ou mutualisé au niveau de l'établissement est devenue relativement tendance au sein des établissements de santé.

Poussé par les autorités de tutelle, ce salon a pour objectif de faire sortir le patient le plus vite possible du service, dans l'attente de son accompagnement (ambulance, VSL ou personnel) et de l'intégralité de ses papiers de sortie. Le patient est bien entendu sortant et ne nécessite plus une prise en charge médicale.

Une sortie avant 14h ou même 12h, permet d'accueillir plus rapidement un autre patient. Cette sortie permet également au patient de rejoindre un environnement plus agréable avant sa sortie. Selon les salons de sortie, différents services peuvent être proposés : des collations, la télévision, un espace détente etc.

La création d'un salon de sortie peut être source d'économie sur le titre 3 et poursuivre une politique RH en affectant des personnels en reclassement à ce salon.

Il peut également être générateur de recettes si effectivement la sortie d'un patient entraîne une entrée dans la foulée.

Les premiers retours d'expérience du salon de sortie sont assez mitigés. Le CHU de Poitiers a évalué l'utilisation de son salon à 5 patients par jour. La grande majorité arrive avant 12h et 65% des utilisateurs attendent jusqu'à 2 heures. Ce sont les services de chirurgie qui sont les principaux pourvoyeurs de patient (provenance à plus de 70%).

Pour espérer voir son IP-DMS baisser, un établissement doit inclure le salon de sortie dans une politique plus globale de sortie du patient: durée prévisionnelle de séjour, gestion du parcours par un IDE spécialement affecté à cette tâche, visite médicale de sortie le matin, coordination avec les ambulances etc.

Si la sortie du patient doit être anticipée, l'arrivée d'un autre patient doit tout autant l'être. Au delà de la nécessité du personnel de jouer le jeu, la gestion des flux « sortant-

entrant » doit s'appuyer sur une cellule de gestion des lits au sein des plus gros établissements.

J'ai eu l'occasion de découvrir la cellule de gestion des flux du CHU de Dijon. Cet établissement dispose d'un logiciel permettant de voir en temps réel l'occupation des lits, les patients sortants, et ceux qui vont prendre leur lit (alors que le patient occupant son futur lit n'est toujours pas sorti). Cela suppose un suivi efficace concernant la durée prévisionnelle du séjour du patient et son actualisation pendant le séjour.

D'après le directeur des opérations du CHU de Dijon, si cette cellule de gestion des lits ne permet pas de gain en matière d'IP-DMS (déjà très bas), elle permet de le maintenir à un bon niveau.

Le CHU de Besançon ne dispose pas d'une cellule de gestion des lits aussi développée que le CHU bourguignon. Son rôle est actuellement restreint à la connaissance en temps réel de l'occupation des lits et à la recherche d'hébergement en cas de tensions.

Mettre en place une « cellule de gestion des flux » identique au CHU de Besançon nécessiterait la mise en place de différentes actions, à l'origine d'un bousculement des pratiques, notamment médicales (durée prévisionnelle de séjour, relation avec l'IDE de parcours, visite médicale le matin etc.) mais aussi paramédicales (réaliser une sortie fin de matinée et accueil d'un nouveau patient en cours d'après midi etc.).

3.3 Travailler avec les acteurs du territoire pour réduire les délais de sortie

3.3.1 Traiter les séjours longs et inadaptés de manière collégiale au sein du territoire

Comme évoqué dans la partie précédente, la COSELI est une instance du CHU qui traite des séjours longs et inadaptés.

Ce type d'instance n'est pas propre au CHU. Elle existe sous une forme quasi équivalente dans beaucoup d'établissements hospitaliers.

La COSELI a très vite été confrontée à la difficulté de son « hospitalo-centrisme ».

La sortie d'un patient peut relever d'un certain nombre d'acteurs dont la prise de contact directive et non physique peut considérablement renforcer le sentiment d'inertie administrative.

A l'instar de ce que j'ai pu découvrir au Québec, territoire de plus de 1,5 million de kilomètres carrés, mettre en rapport différents acteurs est indispensable pour traiter une situation individuelle.

L'utilisation de la visio-conférence est un outil de travail du quotidien depuis plusieurs années dans cette région du monde. Elle a le mérite d'être beaucoup plus efficace qu'une boucle de mails ou de courriers au ton parfois directif. Le patient est replacé au cœur de la discussion, et une solution est généralement trouvée.

La COSELI du CHU se réforme pour être plus inclusive des établissements du GHT.

Le but n'est pas de créer une instance aux réunions régulières pour traiter des cas qui se présentent, mais d'avoir un fonctionnement en routine dans lequel, seuls les établissements concernés discutent de la situation en visio-conférence.

3.3.2 Les IDE de parcours, au service de l'amélioration du séjour hospitalier des patients

La sortie d'un patient est aujourd'hui dépendante de multiples facteurs.

Outre le nombre de places disponibles dans les structures d'aval, l'acceptation du patient dans une telle structure peut être conditionnée par :

- la solvabilité du patient
- l'état pathologique du patient
- le comportement du patient

Un patient non assuré social qui arrive par les urgences et qui nécessitera une prise en charge en aval fera l'objet de difficultés de sortie.

Même si le patient est pris en charge relativement tôt par le service social, les démarches administratives nécessaires à assurer la solvabilité du patient vis à vis des établissements d'aval peuvent allonger le délai de sa sortie.

Si l'hôpital est contraint de prendre en considération ces problématiques, il ne lui appartient pas d'assumer seul cette charge.

Rappelons le, 93% des patients ne sont pas connus des services sociaux extérieurs avant leur arrivée au CHU.

Un relai avec les services de la municipalité et du département sont donc indispensables.

La préparation du retour à domicile peut être une étape difficile pour les patients hospitalisés. De nombreuses démarches sont à réaliser : contacter sa mutuelle, contacter les infirmier(es) à domicile, contacter les services d'aide à domicile etc.

De plus, de nombreux programmes et acteurs s'entremêlent dans ce secteur : CCAS, ARESPA, Centre local d'information et coordination gériatrique, programme de sortie « aide au retour à domicile après hospitalisation » (ARDH) etc.

Durant l'hospitalisation, il est difficile de demander au personnel de s'occuper du devenir de chaque patient. Les différentes demandes doivent être réfléchies et impliquent très souvent la famille.

Il apparaît ainsi très difficile de concilier un métier de soignant qui a tendance à se recentrer sur le soin avec la nécessité de préparer le devenir du patient.

La création des IDE de coordination/de parcours, en lien avec l'assistant(e) social(e) tente de pallier à cette difficulté.

Les infirmier(er)s coordinateur doivent être étendues à l'ensemble des spécialités qui connaissent de relations étroites avec les différents acteurs post-hospitaliers.

Les tâches exercées par ces professionnels s'éloignent de la mission clinique première d'un IDE mais rejoignent l'objectif de prendre soin du patient.

Ce métier est particulièrement adapté aux besoins de reclassement ou aux incompatibilités pour raisons médicales. Il peut faire l'objet d'une politique RH au niveau de l'établissement.

Il nécessite la connaissance médicale requise d'un IDE couplée à l'exigence de qualités relationnelles tant avec le patient, ses proches, que les acteurs du territoire.

3.3.3 Identifier les problématiques notamment sociales dès l'entrée aux urgences

C'est environ la moitié des entrées à l'hôpital qui se font via les urgences, en particulier pour certaines pathologies.

Les services des urgences deviennent la « porte d'entrée » de l'hôpital. Ce dernier doit en tenir compte dans son mode de fonctionnement.

Une véritable coopération doit avoir lieu entre le bureau des entrées, les services d'accueil des urgences, les services de soin et le service social hospitalier, mais aussi municipal et départemental.

L'arrivée par les urgences ne permet pas l'anticipation nécessaire à une sortie d'hospitalisation dans de bonnes conditions que permet la consultation pré-hospitalisation.

Dans ce dernier cas, le médecin ou le chirurgien peut, dès la consultation, prévoir la durée prévisionnelle du séjour de son patient et alerter son service des difficultés de sortie, à domicile ou en structure à venir.

Un lien est fait entre le médecin/chirurgien et l'IDE de parcours. Par exemple, en chirurgie thoracique au CHU de Besançon, les chirurgiens indiquent à l'IDE de parcours, dès la consultation de leurs patients, la durée prévisionnelle du séjour dans le service à venir et si le patient nécessite un retour à domicile avec aides ou un temps en établissement de rééducation. Cette organisation permet d'organiser la prise en soin du patient aussi bien dans l'établissement MCO que dans l'établissement de rééducation.

Cette durée d'anticipation n'est pas possible en cas de passage par les urgences.

Le patient peut arriver dans un état qui ne permet pas toujours de dialoguer avec ce dernier, en particulier si celui ci arrive seul aux urgences. La préparation de la sortie ne pourra débuter qu'après les premiers soins, une fois le patient remonté dans un service.

Pour autant, une autre catégorie de patients vient aux urgences du fait d'un état de précarité social plus que pour une prise en charge médicale.

Le lien entre le service social hospitalier et les services des urgences doit se faire rapidement pour traiter des problématiques de ces usagers.

La question de la présence d'un(e) assistant(e) social aux urgences peut se poser. Tout du moins d'un professionnel référant pour ce genre de situations. Le lien avec la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) doit se faire.

Des solutions existent pour les personnes dans la précarité et sans domicile ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière :

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) de Besançon accueillent temporairement des personnes sans chez soi nécessitant des soins mais dont l'état de santé ne justifie pas d'une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée. Cette structure n'est pas dédiée à une pathologie donnée et offre à ces personnes une prise en charge adaptée.

- La durée prévisionnelle est de deux mois mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie

- Les LHSS offrent un hébergement incluant restauration, blanchisserie et entretien des locaux, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social personnalisé ainsi que des prestations d'animation, de promotion et d'éducation à la santé
- Au cours du séjour, la personne fait l'objet d'une aide pour négocier l'accès à un logement durable de droit commun ou une sortie adaptée : appartement de coordination thérapeutique, autre structure médico-sociale (ex : EHPAD), maison relais, CHRS, Résidence sociale et baux glissants.

Une réorientation en médecine de ville pour les cas ne relevant pas de la médecine hospitalière :

D'après le ministère des solidarités et de la santé (DREES), c'est près de 21 millions de passages aux urgences qui ont eu lieu en 2016. Ce chiffre est en constante augmentation.

On estime à environ 4 millions, le nombre de passages ne relevant pas d'un service d'urgence. Les personnes se présentent notamment du fait d'une carence en médecins généralistes sur le territoire.

Différentes solutions sont mises en œuvre à différentes échelles pour réduire le nombre de passages aux urgences :

- la fin du numerus clausus, qui devrait augmenter à terme le nombre de médecins
Néanmoins les premiers effets se feront sentir dans une dizaine d'années
- Un partenariat avec la médecine de ville dans le cadre des gardes
- La création de maisons de santé, notamment à proximité des urgences qui assurent des gardes

Ces différentes solutions sont de plus en plus incitées financièrement. Le forfait de réorientation (des urgences vers la ville), fera l'objet d'une expérimentation. Le but est d'attribuer un forfait aux hôpitaux (20 à 60 euros) pour chaque patient léger réorienté vers la médecine de ville ou en consultation hospitalière.

Une maison de santé devrait se créer à proximité du CHU de Besançon. Les discussions sont en cours entre corps médical et directions pour établir la stratégie à venir, en particulier concernant la réorientation des patients.

Un effort doit également être porté en matière de communication. Le réflexe des français est de s'orienter spontanément aux urgences. Certains ne connaissent pas l'existence des autres structures de soins d'urgence de type SOS médecin.

3.4 Des démarches administratives qui peuvent être longues et retarder la sortie

Que les services de soins anticipent le plus rapidement possible ou non la sortie du patient, la question du délai des démarches administratives se pose.

La sortie en établissement de SSR ou d'EHPAD est conditionnée par la solvabilité du patient.

Un patient dans la précarité, sans droits ouverts aura plus de difficultés à intégrer un établissement en aval de sa prise en charge.

Lorsque se présentent des cas très complexes et que l'ensemble des équipes soignantes et administratives intervient, il est possible de faire entrer un patient en cours d'acquisition de droits. Ce patient relèvera en principe de la COSELI. D'où l'intérêt de l'étendre aux acteurs du territoire et de la faire fonctionner en routine.

Quelque soit la situation du patient, le système de santé français permet une prise en charge de celui ci : aide médicale d'état (AME) pour un étranger ou la protection universelle maladie (PUMA).

On pourrait imaginer un partenariat entre les établissements permettant une avance de frais, ce qui accélérerait le processus de sortie.

3.5 Substituer des unités de soins prolongées complexes (USPC) à des USLD

Certains patients apparaissent trop lourds pour les structures de type SSR/EHPAD et restent dans les établissements MCO.

Ils pénalisent financièrement ces derniers et n'offrent pas l'accès à des soins de rééducation requis.

Le rapport Libault n'évoque pas spécifiquement les unités de soins de longue durée, ce que la future loi Autonomie Grand Age sera sûrement amené à faire.

Certains USLD pourraient devenir des « unités de soins prolongées complexes » (USPC). Cette structure serait réservée à des profils pathologiques déterminés et bénéficierait, au regard de la charge en soins, d'une revalorisation significative du forfait soins actuel.

Une expérimentation a eu lieu en Ile de France. Elle est partie d'une enquête « Bed-Blockeurs » menée par l'ARS en octobre 2014.

En lien avec le centre ressources francilien du traumatisme crânien (CRTC), l'ARS a mis en place un groupe de travail pour aboutir à la création de nouvelles structures afin d'améliorer la continuité de la prise en charge des personnes avec handicap acquis sévère.

La phase initiale de la prise en charge doit avoir lieu en service de rééducation post réanimation (SRPR) et la phase chronique dans cette nouvelle structure : unité de soins prolongés complexes (USPC).

Ces dernières ont vocation à accueillir des patients conscients, médicalement lourds et complexes, en état de handicap sévère avec dépendance humaine et technique importante.

Ils sont souvent « bloqués » dans les services de MCO ou de SSR sans solution d'aval à moyen et long terme.

Ces unités sont destinées à des patients qui se caractérisent notamment par une absence de possibilité de progression mais par une prise en charge en soins et une complexité médicale rendant impossible leur retour à domicile ou en structure de type SSR.

L'expérimentation a eu pour objet de diviser par trois le nombre de places d'USLD pour créer ce type d'unité. De la DAF SSR a été prise pour augmenter la dotation soins des USLD.

Ces unités sont conçues à la fois comme des lieux de vie et de soins, qui doivent permettre une prise en charge pluridisciplinaire ainsi qu'un accompagnement psychologique, social et éducatif indispensable à l'élaboration d'un projet de vie adapté.

Le résultat est prometteur car on constate une fluidification de la filière en désengorgeant le MCO et le SSR.

Au niveau du Grand Besançon, on dénombre 151 lits USLD. On pourrait imaginer, à l'instar de l'Ile de France, une réduction de ces derniers au profit de places en USPC.

Une enquête pourrait avoir lieu au sein de la grande région Bourgogne-Franche Comté pour déterminer le nombre de patients « bed blockers » et l'intérêt de créer de telles unités sur le territoire. (annexe 6)

Conclusion

L'indice de performance durée moyenne de séjours est un outil au service des tutelles pour identifier de manière rapide et non précise le bon fonctionnement organisationnel d'un établissement de santé.

La diversité des méthodes de calcul démontre les limites de cet indicateur et la prudence qu'il faut en faire dans son analyse. La question de la validité même de l'IP-DMS comme indicateur de performance se pose puisque, par construction, il surestime la non performance des établissements de santé en termes de durée de séjour.

L'IP-DMS, tel qu'il est calculé aujourd'hui, ne reflète pas le positionnement d'un hôpital par rapport à la base nationale. Tout au plus peut il servir à comparer les hôpitaux entre eux.

L'IP-DMS permet d'avoir un aperçu global de la performance d'un établissement. Sa décomposition demeure indispensable pour établir un diagnostic pertinent et un plan d'action adapté.

Le CHU de Besançon accuse un IP-DMS élevé en raison d'un manque de structures d'aval, ce qui allonge considérablement la durée moyenne des séjours. La structuration du parcours patient et la préparation de la sortie dès l'entrée demeure une action prioritaire. La question de l'adéquation entre le codage et la réalité des pathologies présentes dans l'établissement invite à repenser le processus de codage et les relations entre le DIM et le corps médical.

Ce mémoire n'avait nullement pour ambition de réaliser une critique de l'indicateur IP-DMS mais de démontrer les limites de son interprétation.

Afin de garantir au mieux les relations entre un EPS et sa tutelle, il demeure indispensable de travailler sereinement sur des données qui ne font pas l'objet de contestations.

L'IP-DMS doit demeurer un indicateur de suivi, mais il ne doit en aucun cas être l'indicateur unique de suivi d'un plan de performance au sein d'un établissement

Bibliographie

- [1] Journal de gestion et d'économie médicales : volume 34 n°1 (2014)
- [2] Journal de gestion et d'économie médicales : volume 33 n°4-5 (2015)
Que peut on attendre du département d'information médicale pour améliorer l'indice de performance de la durée moyenne de séjour ?
- [3] Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, management des lits et durée moyenne de séjour ,2009, Magali Rigal
- [4] W. J. CARR et P. J. FELDSTEIN, « The relationship of cost to hospital size », *Inquiry*, vol. 4, n° 1
- [5] J. D. THOMPSON, R. B. FETTER et C. D. MROSS, « Case mix and ressource use », *Inquiry*, vol. 12, n° 4
- [6] Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) De l'indicateur de comptabilité hospitalière au mode de tarification (1982-2012) Jean-Paul Domin
- [7] Les nouveaux métiers de la coordination des parcours de soins (DGOS mission GHT/ Brigitte SCHERB Colloque ANFH/EHESP 14 mars 2019)
- [8] La performance appliquée à la durée des séjours : mesures et interprétation, journée des DIM d'Alsace, 4 novembre 2014, Dr Arnaud ETIENNE, CH de Mulhouse
- [9] Impact sur l'IP-DMS de la mise en place d'une action de suivi des parcours de soins hospitaliers au CHRU de Nancy, M Tanguyn, PL Nguyen-Thi, N Jay, journées EMOIS, Nancy, 23 et 24 mars 2017
- [10] Groupe de travail ANAP, CHU Besançon, action 1 : suivi des IP DMS longs en médecine, réunion du 24/09/2014

Liste des annexes

Annexe n°1 : Indicateurs Hospidiag relatifs à l'IP-DMS

Annexe n°2 : note d'information n° DGOS/PF1/2018/70 du 9 mars 2018 relative à l'organisation des revues de projets d'investissement 2018 bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national

Annexe n°3 : Fiche 2-5 Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète

Annexe n°4 : Détail des Taux d'équipements en lits et place de SSR par type d'autorisation en Franche Comté :

Annexe n°5 : Enquête « Bed-Blockers », Groupe USPC, ARS Ile de France

Annexe n°6 : Logigramme groupe filière Ortho-Gériatrie

ANNEXE N°1 :

P1	IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur compare la DMS de médecine de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de médecine. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement en médecine (hors ambulatoire).		

Source	PMSI / PMSI (v 2017)		Rang 1	S'exprime en <=1
	☒ Publics ☒ ESPIC ☒ Priv é			
Numérateur	Nombre de journées de médecine réalisées	La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2013 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en médecine (ASO M hors CMD15)		
Dénominateur	Nombre de journées de médecine théoriques	Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques de médecine correspond au case-mix de médecine de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM (casemix présenté en annexe 5).		
Interprétation	La DMS se calcule pour les séjours de médecine et non pour les séjours réalisés dans les serv ices de médecine. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souv ent : Des causes liées à l'env ironnement : absence d'organisation de filières d'av al (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficience des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interv entionnelle), organisation des sorties.... L' IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inv ersé par rapport à la v ersion diag flash			
A croiser	A13 : Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine			
Commentaire	Interprétation : Un fort taux de chirurgie ambulatoire pourrait expliquer une DMS plus longue par une prise en charge en HC plus complexe.			

P2	IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur compare la DMS de chirurgie de l'établissement à celle standardisée de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM de chirurgie. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation de l'activité de chirurgie, mesurée par la DMS, dans l'établissement.		

Source	PMSI / PMSI (v 2017) - ASO = C Rang 1 S'exprime en <=1 ☒ Publics ☒ ESPIC ☒ Privé	
Numérateur	Nombre de journées de chirurgie réalisées	La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2013 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en chirurgie (ASO=C)
Dénominateur	Nombre de journées de chirurgie théoriques	Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques de chirurgie correspond au case-mix de chirurgie de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM (casemix présenté en annexe 5). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.
Interprétation	La DMS se calcule pour les séjours de chirurgie et non pour les séjours réalisés dans les services de chirurgie. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent : Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'aval (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.... L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inversé par rapport à la version diag flash	
A croiser	A14 : Taux d'utilisation / d'occupation des lits en chirurgie P4 : Taux d'utilisation effective des places en chirurgie ambulatoire. Sa faiblesse peut expliquer des DMS plus longues que le standard	
Commentaire		

P3	IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1er niveau d'analyse
Cet indicateur compare la DMS de l'obstétrique de l'établissement à celle standardisée de son case mix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM d'obstétrique. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation de l'activité de l'obstétrique dans l'établissement.		

Source	PMSI / PMSI (v 2017)		Rang 1	S'exprime en <=1
	☒ Publics ☒ ESPIC ☒ Privé			
Numérateur	Nombre de journées d'obstétrique réalisées	La base utilisée est la base PMSI des établissements participant à HOSPIDIAG. En sont exclus les établissements qui ne sont pas T2A en 2011 ainsi que les établissements ayant tous leurs séjours en erreur (établissement correspondant aux associations de Dialyse). Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Nombre de journées réalisées par l'établissement en obstétrique (ASO O)		
Dénominateur	Nombre de journées d'obstétrique théoriques	Sont pris en compte les séjours d'au moins une nuit. Le nombre de journées théoriques d'obstétrique correspond à la somme des séjours d'obstétrique de l'établissement multipliés par la DMS de référence de chacun de ces séjours (casemix présenté en annexe 5). Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés.		
Interprétation	La DMS se calcule pour les séjours d'obstétrique et non pour les séjours réalisés dans les services d'obstétrique. Les durées de séjours longues (IP DMS > 1) ont souvent : Des causes liées à l'environnement : absence d'organisation de filières d'accueil (SSR...) ou d'HAD Des causes liées à l'organisation Gestion des lits, protocole de prise en charge, efficacité des plateaux techniques (imagerie, bloc, cardiologie interventionnelle), organisation des sorties.... L'IP-DMS doit être le plus proche de 1 et en deçà de 1 Le sens de l'indicateur IP-DMS a été inversé par rapport à la version diag flash			
A croiser	A15 : Taux d'utilisation/occupation des lits en obstétrique			
Commentaire				

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2018/4 du 15 mai 2018, Page 29

Fiche 2-5 : Le juste dimensionnement capacitaire en hospitalisation complète

Intérêt à agir

L'ensemble des établissements et des professionnels de santé s'engagent dans le virage ambulatoire et l'adaptation des modes de prise en charge des patients. Ce mouvement, qu'autorisent les progrès du savoir et des techniques médicales, se fonde sur la réduction, depuis de nombreuses années, des risques pour les patients comme des durées de leur séjour à l'hôpital. Il est donc nécessaire **d'adapter les modes de prise en charge et des capacités d'hospitalisation au besoin du patient.**

Le juste dimensionnement capacitaire vise ainsi à allouer à chaque spécialité les ressources nécessaires à son activité. Cette allocation peut se faire dans le cadre du regroupement des unités en médecine et en chirurgie pour optimiser la charge en soins, tout en visant une cible de taille d'unités de soins optimisée (28 à 30 lits), par type de prise en charge, selon les proximités médicales et si le bâtiment le permet, entre spécialités et en termes de prise en charge soignante.

Enjeux

■ Des enjeux d'efficience interne et d'amélioration de la prise en charge

- ✓ Permettre au patient d'être accueilli dans la spécialité et la structure de prise en charge adéquates et pour la juste durée.
- ✓ Permettre à un établissement ayant un projet de construction ou de restructuration de déterminer son programme capacitaire en hospitalisation complète.
- ✓ Avoir la bonne allocation des modes d'hospitalisation, des lits et des places, au regard de l'activité réalisée et prévisionnelle.
- ✓ Ajuster le nombre et les qualifications des professionnels au mode de prise en charge, au niveau de sévérité de l'état des patients, au volume d'activité comme à ses variations saisonnières.

■ Des enjeux financiers importants

- ✓ Gains de charges variables liées à la diminution des journées d'hospitalisation
- ✓ Gains de charges fixes liés à la recomposition des unités d'hospitalisation
- ✓ Rationalisation des moyens mis en œuvre pour accompagner et favoriser le développement de l'activité

A quels établissements s'adresse le projet?

■ Le périmètre couvre :

- ✓ Tous les établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs en MCO à l'exclusion des soins critiques

■ Cibles prioritaires

- ✓ Etablissements en situation financière dégradée
- ✓ Etablissements ayant un projet d'investissement immobilier (levier d'efficience)
- ✓ Etablissements ayant des variations importantes de taux d'occupation entre unités, entre des unités saturées et d'autres sous occupées

Indicateurs d'impact

Indicateur	Source	Valeur cible nationale
Nombre de lits par unités	SAE	28 à 30 lits
Taux d'occupation lits	Hospidiag	95% en médecine et chirurgie et 85% en obstétrique
IPDMS MCO	Hospidiag	0.94
Taux de rotation des places ambulatoires	Hospidiag	Supérieur à 130% sauf en oncologie : supérieur à 160%

ANNEXE N°4 :

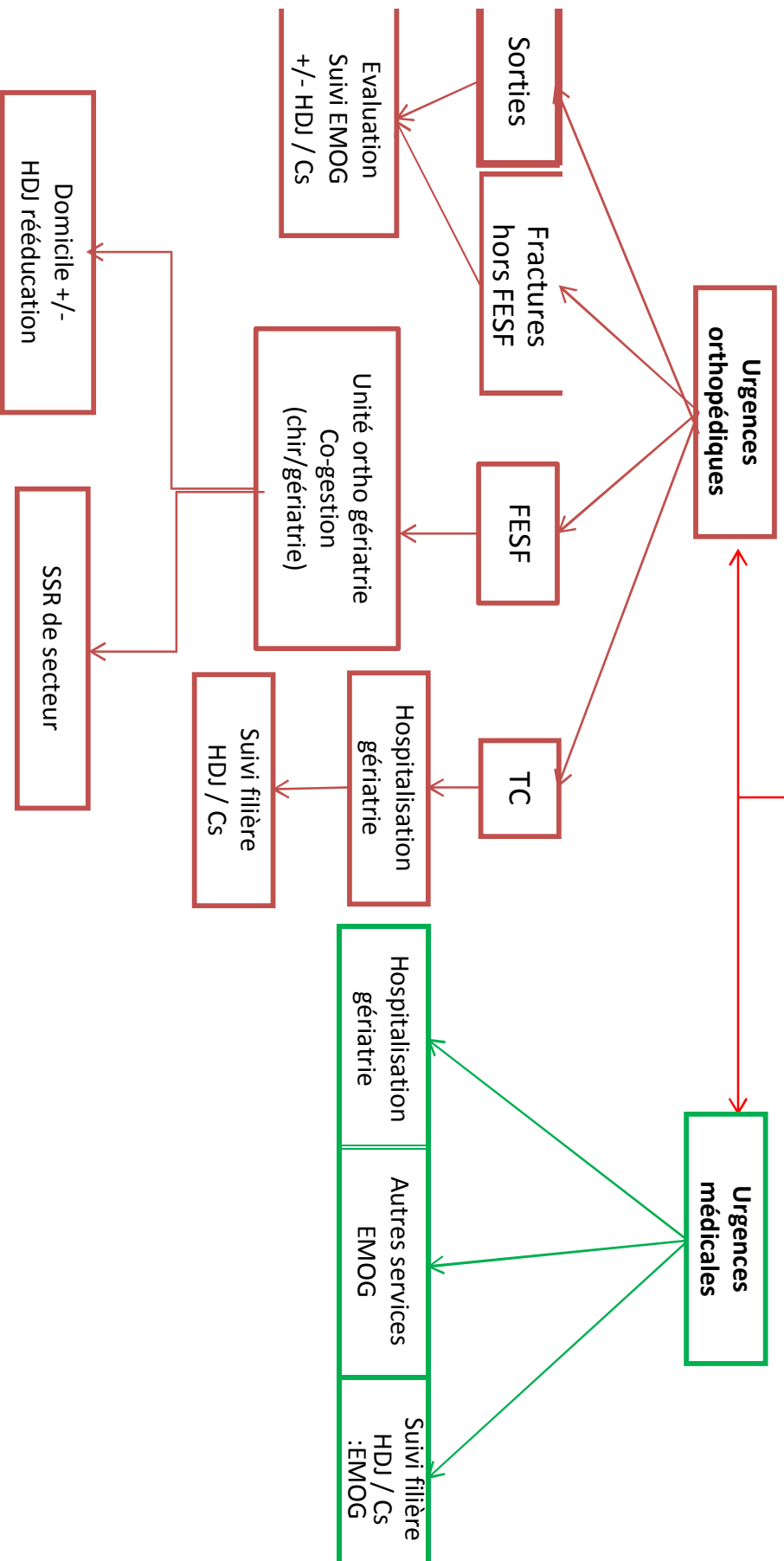
Détail des Taux d'équipements en lits et place de SSR par type d'autorisation en Franche Comté :

Type d'autorisation	Nombre lits et places	Taux d'équipement
Polyvalent		
FRANCE	44095	0,68
Bourgogne	1272	0,78
Franche Comté	468	0,40
<i>Doubs</i>	99	0,18
<i>Jura</i>	251	0,97
<i>Haute Saône</i>	86	0,37
<i>Territoire de Belfort</i>	32	0,22
Personnes âgées poly pathologiques		
FRANCE	23929	0,37
Bourgogne	965	0,6
Franche Comté	696	0,6
<i>Doubs</i>	434	0,8
<i>Jura</i>	98	0,38
<i>Haute Saône</i>	83	0,36
<i>Territoire de Belfort</i>	81	0,57
Locomoteur		
FRANCE	16776	0,26
Bourgogne	338	0,21
Franche Comté	208 (3 enfant)	0,18
<i>Doubs</i>	75	0,14
<i>Jura</i>	30	0,12
<i>Haute Saône</i>	103	0,44
<i>Territoire de Belfort</i>	0	0
Neurologique		
FRANCE	12500	0,19
Bourgogne	306	0,19
Franche Comté	234 (15 enfant)	0,2

<i>Doubs</i>	119 (15 enfant)	0,22
<i>Jura</i>	0	0
<i>Haute Saône</i>	115	0,49
<i>Territoire de Belfort</i>	0	0
Cardiologie		
FRANCE	5142	0,08
Bourgogne	120	0,07
Franche Comté	104	0,08
<i>Doubs</i>	27	0,05
<i>Jura</i>	63	0,25
<i>Haute Saône</i>	14	0,06
<i>Territoire de Belfort</i>	0	0
Respiratoire		
FRANCE	3128	0,05
Bourgogne	63	0,04
Franche Comté	62	0,05
<i>Doubs</i>	13	0,024
<i>Jura</i>	37	0,14
<i>Haute Saône</i>	12	0,05
<i>Territoire de Belfort</i>	0	0
Conduites addictives		
FRANCE	3583	0,05
Bourgogne	109	0,07
Franche Comté	40	0,03
<i>Jura</i>	40	0,15
Digestif		
FRANCE	3252	0,05
Bourgogne	138	0,08
Franche Comté	48 (enfants)	0,03
<i>Jura</i>	48	0,19

**tient compte du transfert de 30 lits de poly en PA pour les Tilleroyes*

**ANNEXE N°5 :
CHUTE**



ANNEXE N°6 :

Enquête « Bed-Blockers » Groupe USPC

Brigitte Soudrie et Catherine Kiefer

Analyse des données James Charanton et Damien Bresson

Enquête Francilienne

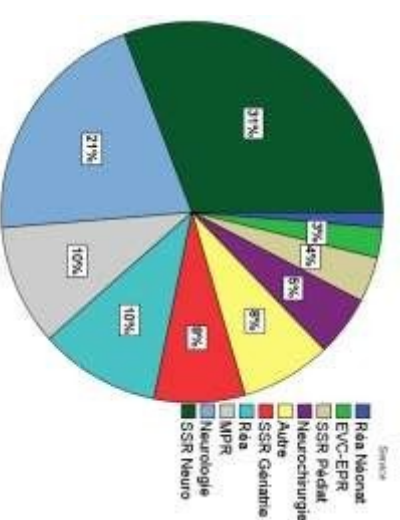
Juin 2014

Méthodologie

- Enquête réalisée semaine 7 - du 10 au 16 février 2014 -
- Nombre total de questionnaires envoyés: 278
 - Services ou unités enfants/ adultes
 - Réanimation : 125
 - Neurologie : 87
 - Neurochirurgie : 23
 - SSR : 62
- Nombre total de réponses : 78 1/4 environ (3,8) (adulte 90 %)
 - Réanimation : 6
 - Neurologie : 15
 - Neurochirurgie : 4
 - SSR: « Neuro » 17 , MPR 6 , EVC –EPR 1, SSR gériatrie 3
 - Enfant
- Nombre total de lits 2 737 ; Taux d'occupation de 95%
- 92% des services sont concernés par le problèmes de BB
- DMS: moyenne: 50,8 j (médiane: 35, min:4, max:467)

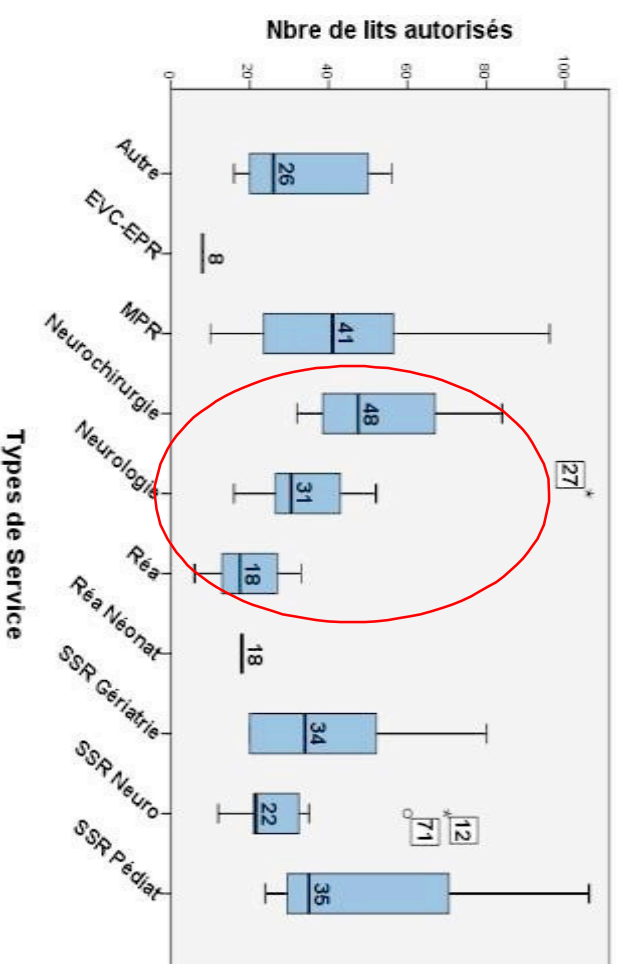
Résultats Bed Blockers

- Bed Blockers: 372
 - 14,3% des patients hospitalisés le jour du sondage
 - Moyenne de 4,8 lits bloqués par service (+ /- 4,4 ; Min: 0 / Max: 22)
- DMS: Moyenne: 265 j (médiane: 350,5, min: 34, max: 365)
 - Age Moyen: 50,95 (médiane: 55,5; Min: 4, max: 93)
 - Analyse par service
- Analyse des Données médicales
 - Pathologie neuro
 - Trachéotomisé (± Gastrotomie)
 - Ttt couteux
 - Problème social
 - Trouble comportement
 - BMR



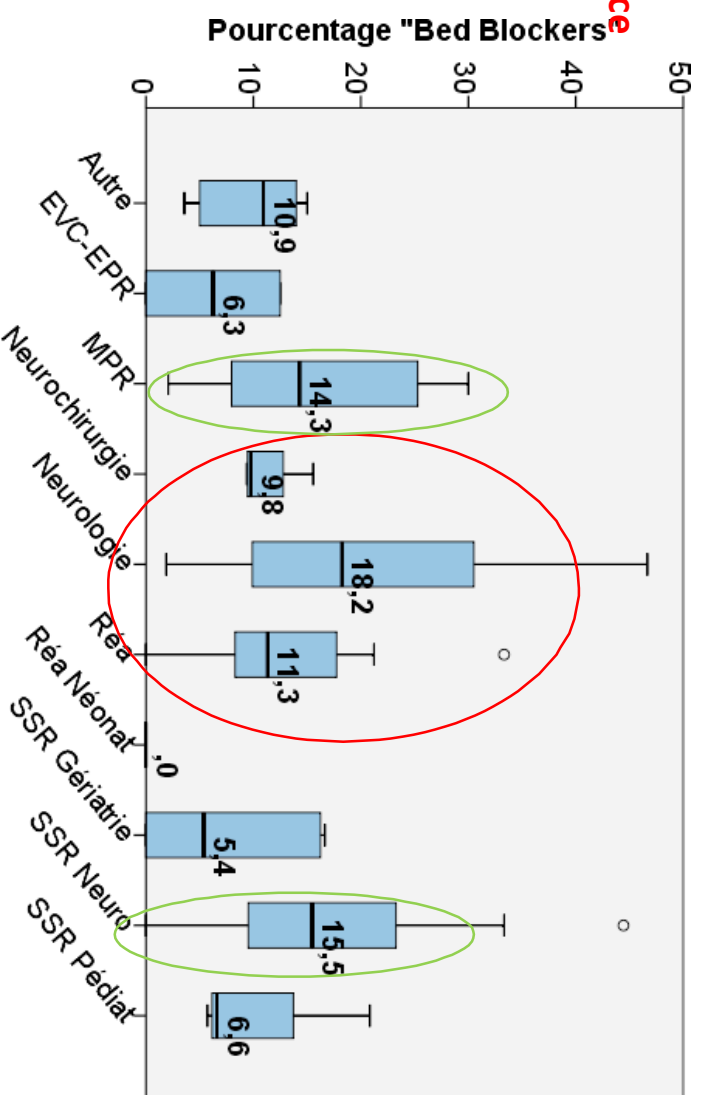
Description des services répondeurs : Lits

- Nombre Services : 78
- Total Lits : **2737**
 - Moyenne: 35,1 ± 26,2 lits / service
 - Médiane: 27,5
 - Minimum: 6 / Maximum: 170
- Lits occupés : 2594
- Occupation des lits (en pourcentage)
 - Moyenne : **95%** ± 11



Patients Bloqueurs

- 72 / 78 des Services Sondés sont concernés : 92%
- Total: **372** / 2737 lits
 - **Nombre de patients BB / service**
 - **Moyenne: $4,8 \pm 4,14$**
 - Médiane: 3
 - Min: 0 / Max: 22
 - **Pourcentage des lits BB**
 - **Moyenne: $16,6\% \pm 11,4$**
 - Médiane: 14,7
 - Min: 0
 - Max: 39,1
 - Par type de service
 - Neuro
 - MPR et ssr neuro et MPR
- **Pourcentage moyen d'occupation d'un service par BB $4,8/35,1 = 13,7\%$**



Patients Bloqueurs : pourcentage par service

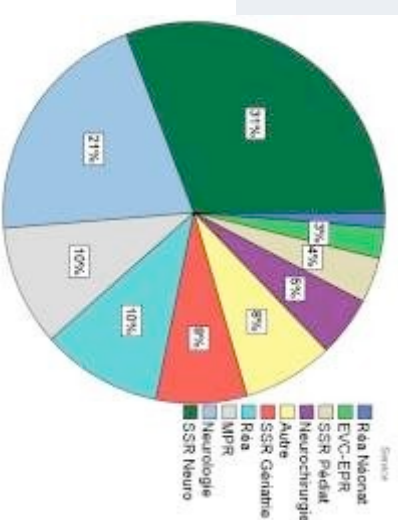
Tableau de bord							
Pourcentage BB							
Service	Def	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
général		16,0	6	9,8	5,88	33,33	12,6
neurologie		20,4	15	14,4	1,89	46,67	17,9
chirurgie		11,1	4	2,9	9,38	15,56	9,7
SR Gériatrie		12,9	3	6,6	5,77	16,67	16,2
PR		13,7	6	10,1	2,08	30,00	12,41
VC-EPR		12,5	1	0	12,50	12,50	12,5
SR Neuro		15,4	17	9,4	3,33	33,33	12,9
autre (étbt n'ayant pas enseigné leur spécialité)		9,0	5	4,8	3,57	15,00	9,3
total		15,5	57	10,4	1,89	46,67	12,9

Age Bed Blocker

- Age (âge fourni pour 114 des 372 BB):
 - Moyen: 50,95 ±26,2
 - Min: 4
 - Max: 93
 - Médiane: 55,5
- Age moyen et Spécialité:

Tableau de bord			
Age moyen			
SpeServiceDef	Moyenne	N	Ecart-type
Neurologie	66,42	6	15,806
Neurochirurgie	58,00	2	8,485
SSR Gériatrie	72,50	2	2,121
MPR	43,00	1	0
SSR Neuro	51,50	8	22,284
Autre	70,00	1	0
Total	59,23	20	18,244

Conclusion



- 78 services en Ile de France
- Total Lits: 2737
- Lits occupés: 2594
- DMS: moyenne: 50,81 j (médiane: 35, min:4, max:467)
- Bed Blockers: 372
 - 14,3% des patients hospitalisés le jour du sondage
 - 13,6% des lits des services sondés sont occupés par de BB
 - 92% des Services concernés
- DMS: Moyenne: 265 j (médiane: 350,5, min: 34, max: 365)
 - Typologie:
 - Age Moyen: 50,95 (médiane: 55,5; Min: 4, max: 93,)
- Analyse des Données médicales en cours de traitement
 - Pathologie neuro
 - Trachéotomisé (± Gastrotomie)
 - Ttt couteux
 - Problème social
 - Trouble comportement
 -

FRYCZ	Jean-Baptiste	Octobre 2019
DIRECTEUR D'HÔPITAL Promotion 2019		
L'INDICE DE PERFORMANCE DUREE MOYENNE DE SEJOUR : UN INDICATEUR DU BON FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL INTERNE ET DE LA BONNE STRUCTURATION D'UN TERRITOIRE DE SANTE EXEMPLE DU CHU DE BESANCON		
Résumé : L'indice de performance durée moyenne de séjour est l'un des principaux indicateur utilisé par les tutelles de santé pour évaluer la performance d'un établissement de santé. La construction même de cet indicateur (écrêtage du numérateur, utilisation de données de l'année précédente etc.) témoigne de ses limites dans l'analyse qu'il fait de la performance d'un établissement. Bien que critiquable, l'IP-DMS permet de dresser un premier bilan de la bonne structuration du parcours-patient au sein d'un établissement et de la pertinence de l'organisation de son environnement de santé (structures d'aval). Le CHU de Besançon connaît un IP-DMS élevé en raison de divers facteurs relevant à la fois de son fonctionnement interne et du manque de structures d'aval présents sur son territoire. Certaines de ses particularités, notamment son activité de cancérologie ou encore un indice de sévérité qui semble inférieur à la moyenne expliquent en partie le niveau de cet indicateur. L'IP-DMS du CHU de Besançon doit être relativisé sans exclure pour autant la nécessité de mettre en place un plan d'action visant à améliorer le parcours -patient en facilitant l'anticipation de sa sortie. De même, la question du manque d'établissements d'aval sur son territoire, doit faire l'objet d'une discussion avec l'ARS. Une expérimentation visant à créer des places d'unité de soins prolongés complexes pourrait être facteur de fluidification.		
Mots clés : DMS, IP-DMS, Parcours, Performance, Sévérité, Sortie, SSR		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		