



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2020-2021**

Date du Jury : **octobre 2021**

L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychosociaux

*Quelles réponses au problème bed-blockers ? l'exemple du
Groupe hospitalier Nord-Essonne*

Jonathan HAAS

Remerciements

Ce travail n'aurait pas été possible sans la confiance accordée par Cédric Lussiez, Directeur général du Groupe hospitalier Nord-Essonne, lors de mon stage de direction, et de l'intérêt qu'il a exprimé pour le sujet sur lequel j'ai fait mon enquête. Ses ambitions pour adapter l'offre de soins du GHNE aux besoins du territoire m'ont confirmé dans l'utilité de ce travail.

Il est impossible de ne pas doublement remercier chacune des personnes qui, de quelque manière que ce soit, ont contribué à ce travail, alors que l'engagement dont ils font preuve depuis plus d'un an les ont continuellement absorbés : le Dr Fouad Daoudi, le Dr Céline Duval, le Dr Teim Ghanem, le Dr Patrick Sikias, Axelle Druelle et Sandrine Bednarski. Leur accueil chaleureux et leur humanisme ont renforcé ma motivation à travailler dans l'hôpital public. Le Dr Palliser a été d'une aide essentielle pour extraire et interpréter de manière rigoureuse les données du PMSI.

Je remercie également Paula Cristofalo qui a su répondre à toutes mes questions tout au long de ce travail. Mes remerciements vont également à Philippe Jacquinot, maître de conférences à l'Université d'Evry-Val d'Essonne, pour les conseils qui m'auront permis de consolider mes orientations méthodologiques.

Sommaire

Introduction	1
L'hôpital, miroir des grands bouleversements démographiques et sociétaux	1
L'hôpital, un lieu qui s'est médicalisé.....	1
Des évolutions démographiques et sociétales.....	1
Le Groupe hospitalier Nord-Essonne au défi de la précarité	2
Une zone de recrutement peuplée mais des taux de fuite élevés.....	2
Le profil socio-professionnel de la population nord-essonnienne.....	2
Un recours aux SAU très élevé	3
Les <i>bed-blockers</i> , des patients « bloqueurs de lit » qui n'ont pas leur place à l'hôpital ?.....	3
Qui sont les <i>bed-blockers</i> ?.....	3
Pourquoi mettre fin au <i>bed-blocking</i> ?	3
1 Le <i>bed-blocking</i> : une réalité protéiforme qui révèle des corrélations entre séjours longs, complexité médicale et précarité	5
1.1 Les <i>bed-blockers</i> : une réalité incontestable mais protéiforme qu'il est difficile de quantifier et de caractériser	5
1.1.1 L'approche par le médical : « séjours inadéquats », « séjours longs et inadaptés », « <i>delayed discharge</i> ».....	5
1.1.2 L'approche par la durée de séjour	6
1.1.3 L'approche par le chiffre d'affaires	10
1.2 Quantifier et cartographier le <i>bed-blocking</i>	11
1.2.1 Quantifier le <i>bed-blocking</i>	11
1.2.2 Cartographier le <i>bed-blocking</i>	12
1.3 Quel est le profil des patients <i>bed-blockers</i> ?	13
1.3.1 Le profil des patients selon leur durée de séjour.....	13
1.3.2 Le profil des patients médicalement sortants.....	16
2 Les dispositifs existants pour s'attaquer aux multiples causes de situations très complexes	18
2.1 Les difficultés organisationnelles intrahospitalières et les obstacles à la sortie.....	19
2.1.1 Les difficultés organisationnelles, causes de séjours inadéquats	19
2.1.2 Les obstacles à la sortie : un facteur récurrent	20
2.2 La complexité médicale et les enjeux psychosociaux, causes déterminantes du <i>bed-blocking</i>	21
2.2.1 Les facteurs médicaux pour expliquer des séjours longs qui ne sont pas nécessairement inadéquats	21
2.2.2 Les facteurs psychosociaux	24
2.3 Les dispositifs existants au GHNE	27
2.3.1 La Commission des séjours longs et inadaptés (COSELI).....	27
2.3.2 Le conventionnement et les partenariats pour fluidifier le parcours de soin et accélérer le projet de vie	29
2.3.3 Les équipes mobiles	29
2.3.4 ViaTrajectoire, une application très clivante.....	32
3 Repérer, adapter, décloisonner : comment réduire le phénomène <i>bed-blocker</i>.....	33

3.1	Repérer les patients âgés ou en difficulté psychosociale potentiellement <i>bed-blockers</i> pour adapter les prises en charge et fluidifier les parcours	33
3.1.1	Elargir le rôle de l'EMG et instituer des équipes mobiles spécialisées dans la médecine sociale	33
3.1.2	Repérer dès l'admission les <i>bed-blockers</i> potentiels.....	34
3.1.3	Développer la réhabilitation psychosociale en réponse aux patients au long cours de psychiatrie	36
3.2	Fluidifier la prise en charge en adaptant le <i>bed management</i> et en développant un aval adapté	37
3.2.1	Développer le <i>bed management</i> intra et extrahospitalier.....	37
3.2.2	Un management et des structures adaptées issues d'expériences européennes...	38
3.2.3	Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) et Services de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR).....	40
3.3	Décloisonner les sphères sanitaires, médico-sociale et sociales	42
3.3.1	Les expériences européennes peuvent-elles inspirer le paysage sanitaire et médico-social français ?	42
3.3.2	Développer les structures de prise en charge médicale de la précarité	42
3.4	Valoriser les séjours longs ?	44
	Conclusion	46
	Bibliographie	47
	Liste des annexes.....	I
	ANNEXE I : LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES	II
	ANNEXE II : AXES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	II
	ANNEXE IV : LES CODES DE PRÉCARITÉ EN MÉDECINE	V
	ANNEXE V : FICHE DE SIGNALEMENT COSELI.....	VII
	ANNEXE VI : FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DE PATIENTS BED-BLOCKERS	VIII

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

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

BB : borne basse

BH : borne haute

CA : chiffre d'affaires

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CHJ : Centre hospitalier de Juvisy

CHL : Centre hospitalier de Longjumeau

CHO : Centre hospitalier d'Orsay

CHU : centre hospitalier universitaire

CLIC : centre local d'information et de coordination gérontologique

CLSM : Conseil local de santé mentale

COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soin

COSELI : Commission des séjours longs et inadaptés

CMP : centre médico-psychologique

CSG : court séjour gériatrique

DAF : direction des affaires financières

DIM : département d'information médicale

DMS : durée moyenne de séjour

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : équipe mobile gériatrique

EMGE : équipe mobile gériatrique extrahospitalière

EPS : établissement public de santé

EPSM : établissement public de santé mentale

ESAT : établissement ou service d'aide par le travail

ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif

FAM : foyer d'accueil médicalisé

GHM : groupe homogène de malades

GHS : groupe homogène de séjours

GHNE : Groupe hospitalier Nord-Essonne

HAD : hospitalisation à domicile

HL : hôpital local

ICR : indice de complexité relative

HLSS : lits halte soins santé

LAM : lits d'accueil médicalisés

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MPR : médecine physique et réadaptation

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RPS : réhabilitation psychosociale

RSS : résumé de sortie standardisé

RUM : résumé d'unité médicale

SAU : service d'accueil des urgences

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et réadaptation

UCLI : Unité de crise et de liaison intersectorielle

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

USCP : unité de soins prolongés complexes

USLD : unité de soins de longue durée

Méthodologie

La méthodologie adoptée pour mener ce travail a combiné méthode quantitative, méthode quantitative limitée et méthode qualitative. Cette combinaison procède de la variété des approches pour cerner le *bed-blocking* : en n'adoptant qu'une seule d'entre elles, on aurait risqué de n'apporter qu'une vision partielle du phénomène. Pour embrasser le périmètre le plus large des trois versants de l'hôpital, le choix a été fait d'inclure le SSR et la psychiatrie mais, en MCO, d'exclure la chirurgie et l'obstétrique. La raison tient au caractère moins prégnant du sujet dans ces services – à l'exception toutefois des situations spécifiques de patientes qui ont accouché sans solution d'hébergement.

La méthode quantitative a permis de mener un travail statistique à partir des données du PMSI. Le choix a été fait de travailler sur l'année 2019, une année sans les anomalies inévitables liées à la pandémie. Ce travail a permis, d'une part, de regrouper et quantifier les patients par durée de séjour en médecine, SSR et psychiatrie et, d'autre part, d'identifier la prévalence des facteurs psychosociaux associés à la durée de séjour pour chacune de ces spécialités – étant entendu que le codage est mené avec une grande précision en médecine et en SSR. Cette démarche a permis de quantifier le *bed-blocking* suivant la méthode de la durée de séjour.

Le second travail suivant la démarche quantitative a permis, en suivant la méthode de la coupe transversale ou enquête un jour donné, de mesurer l'ampleur et d'identifier les causes du *bed-blocking* dans des services de médecine polyvalente, de SSR gériatrique et SSR neurologique et sur un secteur de psychiatrie. Cette démarche a permis de quantifier le *bed-blocking* et d'identifier les obstacles à la sortie en suivant la définition médicale du phénomène : un patient hébergé dans le service au-delà de la date de sortie prononcée par le médecin. Autre différence avec la méthode quantitative, le périmètre de la médecine : l'ensemble du pôle dans l'analyse du PMSI pour 2019 ; le seul service de médecine polyvalente dans le cadre de l'enquête un jour donné de juin 2021.

Suivant la méthode qualitative, 6 entretiens semi-directifs intégralement retranscrits ont été menés avec les acteurs les plus concernés par le périmètre et le sujet de l'enquête : 4 chefs de service, une assistante sociale et la directrice référente des pôles de SSR/gériatrie et psychiatrie. Ces entretiens ont permis d'affiner les enjeux du *bed-blocking* et d'identifier des solutions de déblocage. D'autres échanges informels ont eu lieu.

Des éléments de comparaison et d'inspiration venant d'autres systèmes de santé européens accompagnent ce mémoire.

Introduction

L'hôpital, miroir des grands bouleversements démographiques et sociétaux

L'hôpital, un lieu qui s'est médicalisé

Depuis plus d'un demi-siècle, la sphère sanitaire s'est affranchie de la sphère sociale pour se constituer en administration autonome. L'hôpital s'est fortement médicalisé – ce qui apparaît comme une évidence aujourd'hui alors qu'il avait été une institution charitable tandis que la médecine de ville monopolisait la fonction sanitaire. L'hébergement d'urgence n'est plus de la responsabilité des établissements de santé ; un patient dont la sortie médicale a été prononcée n'a plus sa place dans une structure hospitalière. En santé mentale mais plus récemment, la disparition des structures essentiellement asilaires marque une spécialisation des EPSM dans la prise en charge de la phase aiguë et de la stabilisation de la maladie. Après avoir été soigné, le patient bénéficie d'un accompagnement en ambulatoire et, si cela est nécessaire, d'une orientation en MDPH.

Des évolutions démographiques et sociétales

Les évolutions démographiques en France et dans les pays riches sont connues et décrites. Elles induisent une nouvelle transition qui se manifeste par le vieillissement de la population et la diminution de la natalité.

Cette double dynamique devrait accentuer une évolution sociétale majeure : le moindre recours à la famille pour accompagner la personne âgée dépendante. Un mot qui s'est diffusé ces vingt dernières années est une parfaite illustration de cette évolution : les « aidants », qui sont désormais l'exception alors qu'ils étaient, une génération plus tôt, la norme. Cette fracture entre générations a été plusieurs fois relevée dans les entretiens qui ont été menés dans le cadre de cette enquête, le plus souvent avec des tonalités de reproche, parfois de manière compréhensive. Car comment ne pas comprendre les difficultés des jeunes retraités, dont l'espérance de vie en bonne santé diminue, à prendre en charge un parent âgé dépendant ? La prise en charge améliorée du résident dans les EHPAD – et pas seulement les « maisons de retraite » – ne justifie-t-elle pas le recours à une institution spécialisée ?

C'est dans ce contexte d'évolutions hospitalière, démographique et sociétale que l'on peut identifier le profil de patients très complexes qui cumulent plusieurs problématiques de type médical, physiologique, psychologique ou social et dont la prise en charge strictement médicale est inadaptée. D'autres sont en impasse hospitalière car leur état physiologique ne correspond à aucune structure classique de prise en charge. Ces patients sont des « *bed-blockers* » qui, dans le Groupe hospitalier Nord-Essonne (GHNE) comme dans tous les EPS, sont un défi à la prise en charge de la complexité.

Le Groupe hospitalier Nord-Essonne au défi de la précarité

Une zone de recrutement peuplée mais des taux de fuite élevés

Le Groupe hospitalier Nord-Essonne se situe à 20 km au sud de Paris, dans le département de l'Essonne. Composé de trois sites (Longjumeau, Juvisy et Orsay), le GHNE est doté d'un capacitaire d'environ 800 lits et 120 places (rapport d'activité 2019). Porté par une stratégie immobilière accompagnée par le COPERMO, les activités MCO seront regroupées en 2024 dans une structure unique sur le plateau de Saclay pour un capacitaire de 443 lits.

La zone de recrutement du GHNE couvre 22 communes qui représentent un total de 500 000 habitants. Comme pour d'autres établissements de la grande couronne, le GHNE subit la concurrence des établissements de l'AP-HP de la petite couronne francilienne (Henri Mondor à Créteil, Kremlin-Bicêtre, Paul Brousse à Villejuif) et jusqu'aux établissements intramuros parisiens. Au Sud, le Centre hospitalier Sud-francilien de Corbeil-Essonnes, avec près de deux fois plus de lits que le GHNE, est un pôle d'attraction en Essonne tandis que les structures privées (Ramsay Santé à Massy et Antony notamment) disposent d'un bassin de recrutement élargi et des activités très spécialisées (radiologie interventionnelle en cardiologie, chirurgie cardiaque). Cette situation géographique est un facteur qui vient expliquer des taux de fuite très élevés avec 7 Longjumellois et Orcéens sur 10 et 8 Juvisiens sur 10 qui se soignent hors établissements du GHNE (EVAIN, 2018). Le nouveau site MCO devrait réorienter ces flux en maintenant des SAU et des postes de consultation avancés sur deux des trois sites historiques (Longjumeau, Juvisy).

Le profil socio-professionnel de la population nord-essonniennne

A l'exception de la commune d'Orsay et de son prolongement vers l'Ouest (vallée de Chevreuse), le taux de pauvreté en Essonne, même s'il est légèrement en-deçà de la moyenne francilienne (12,5% pour une moyenne de 15,6%)¹ reste élevé. De surcroît le taux de pauvreté dans le bassin de recrutement du GHNE est supérieur au sud du département. Selon l'INSEE, « *en 2011, un Essonnien sur dix vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté [...]. Des disparités existent toutefois localement. Dans le Nord-Est se concentrent des populations à faibles revenus et davantage dépendantes aux prestations sociales. Le Nord-Ouest accueille des catégories socioprofessionnelles plus aisées, mais n'échappe pas à certaines poches de précarité.* »

Le taux de pauvreté de la file active du GHNE est sans doute plus élevé car les patients qui préfèrent recourir à un établissement hors zone de recrutement sont généralement issus de catégories socio-professionnelles plus élevées. Ces patients sont en capacité d'analyser une offre de soin sur un

¹ Chiffres INSEE de 2014

territoire élargi et de sélectionner un établissement selon des critères de spécialisation et de réputation.

Un recours aux SAU très élevé

Le GHNE est l'établissement francilien dont le niveau d'hospitalisation par les urgences est le plus élevé. Il avoisine les 50 % :

Date Fin Séjour - Année	2018	2019	2020	2021 (à M6)
Nb Total de Séjours	42 161	41 291	34 478	18 287
Nb de Séjours provenant d'un service des urgences	18 677	18 962	15 318	8 155
Taux des Séjours provenant d'un service des urgences	44%	46%	44%	45%

Le profil socio-professionnel de la patientèle du GHNE et ce taux de recours aux urgences seront parmi les facteurs expliquant la présence de *bed-blockers*.

Les *bed-blockers*, des patients « bloqueurs de lit » qui n'ont pas leur place à l'hôpital ?

Qui sont les *bed-blockers* ?

Le patient *bed-blockers* est, de manière explicite, un patient qui bloque un lit. Selon un gradient qui va vers le patient dont la prise en charge médicale est la plus inadéquate, il est possible d'identifier trois types de patients *bed-blockers* :

- Un patient qui est dans le mauvais service, soit parce qu'il est hébergé temporairement, soit parce qu'il y a une erreur de diagnostic : il est *bed-blocker* pour le service mais libère un lit pour un autre, si bien qu'il n'y a pas d'impact sur le taux d'occupation global mais pas d'optimisation non plus de la prise en charge
- Un patient qui est à l'hôpital au lieu d'être dans la bonne structure ou la bonne prise en charge en aval : il est en attente soit d'une structure comme le SSR, d'un hébergement médicalisé (FAM ou la MAS) ou d'un EHPAD, soit d'une prise en charge à domicile (SSIAD, HAD, aide à domicile)
- Un patient qui est à l'hôpital sans indication médicale et sans avoir besoin de prise en charge spécifique en aval ou à domicile

Pourquoi mettre fin au *bed-blocking* ?

- Un double problème somatique et psychologique

D'un point de vue médical, le *bed-blocking* pose un double problème, somatique et psychologique. Le séjour long accroît le risque d'infection nosocomiale d'une part et, d'autre part, la santé mentale des patients bloqués à l'hôpital se dégrade. Plus qu'inadapté, l'hôpital serait délétère pour la santé

psychologique de ces « résidents ». L'assistante sociale interrogée décrit un « *syndrome de glissement* » : le patient perd tout sens de l'hygiène, toute autonomie, ferme les yeux et s'enferme dans le mutisme lorsqu'un soignant entre dans sa chambre. Dans de rares cas, le patient se comporte en client consommateur d'une prestation d'hébergement. Selon le psychiatre interrogé, ce « *syndrome de glissement* » décrit en réalité une déprime profonde ou, selon le cas, un syndrome dépressif.

- Une dégradation du capacitaire réel qui augmente la file d'attente à l'hospitalisation

La dégradation du capacitaire réel est le cœur du problème *bed-blocker*. Il augmente la DMS, réduit la rotation et les capacités d'accueil des patients. Ce problème est d'une acuité particulière en temps de crise sanitaire. Au GHNE comme dans d'autres établissements, il a fallu augmenter le capacitaire réel (c'est-à-dire hors *bed-blockers*) en lits de médecine et de réanimation. Comme l'indique les médecins des services de SSR, l'aval a été fortement sollicité.

- Le *bed-blocking* est incompatible avec la T2A

En MCO, le *bed-blocking* génère une double perte financière puisqu'il est à la fois une dépense non compensée et une non-recette. En effet, il mobilise des charges fixes sans générer de recettes et il bloque des recettes en GHS. A titre d'exemple, un médecin interrogé a décrit le parcours d'un patient hospitalisé au GHNE depuis 2018, soit environ 1000 jours, et dont elle estime la perte à 100 séjours en borne haute. Une étude belge sur 4 hôpitaux dont l'échantillon est composé de 113 *bed-blockers* conclut à une durée totale annuelle de blocage à 12 605 jours soit 3,04 % du nombre de journées d'hospitalisation. D'un point de vue financier, « *le coût total associé aux durées de séjour excédentaires s'élevait à [...] un total annuel estimé à 9.264.571,31 €* » (DE FLOOR, 2017).

A ce jour, le SSR bénéficie d'une dotation à hauteur de 90 % et d'une modulation pour 10 % de son activité. La différence de facturation entre le MCO d'une part et, d'autre part, le SSR et la psychiatrie, crée une distorsion qui pousse les établissements à hospitaliser les *bed-blockers* en SSR plutôt qu'en MCO. Mais lorsque les services de soins de suite et de psychiatrie et réadaptation basculeront en T2A, les cartes seront rebattues.

*

Le *bed-blocking* apparaît donc comme un mésusage de l'hôpital. Mais quelle est l'ampleur de ce phénomène et quelles en sont les causes ? Comment le problème *bed-blockers*, qui génère tensions, prises en charge inadéquates et report de charge de la sphère sociale vers le sanitaire, peut-il être résolu ? Répondre à ces questions nécessite dans un premier temps de quantifier, cartographier et identifier les différents profils de *bed-blockers*. Les causes du *bed-blocking* et les dispositifs existants au GHNE seront ensuite successivement décrits. Enfin, des préconisations seront proposées selon trois axes : repérage, fluidification et décloisonnement.

1 Le *bed-blocking* : une réalité protéiforme qui révèle des corrélations entre séjours longs, complexité médicale et précarité

1.1 Les *bed-blockers* : une réalité incontestable mais protéiforme qu'il est difficile de quantifier et de caractériser

Plusieurs approches permettent d'aborder le *bed-blocking* : par le médical, par la durée de séjour et par le chiffre d'affaires. La combinaison de ces approches permet de couvrir de manière exhaustive le phénomène.

1.1.1 L'approche par le médical : « séjours inadéquats », « séjours longs et inadaptés », « *delayed discharge* »

- Éléments de définition

Un séjour inadéquat (SANESCO, 2011) révèle la présence de *bed-blockers*, car ce sont

- Des « *journées d'hospitalisation non pertinentes mais justifiées dans la mesure où le patient ne reçoit pas de soins techniques mais reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative ou tout simplement un hébergement, mais pour lequel des structures plus efficaces n'existent pas ou ne sont pas disponibles* »
- ou des « *journées d'hospitalisation non pertinentes et non justifiées dans la mesure où le patient reçoit des soins ou des services qui pourraient être rendus dans des structures disponibles plus efficaces et mieux adaptées aux besoins des patients* »².

Même c'est uniquement dans la seconde définition que le séjour est qualifié de « non justifiée », nous pouvons considérer que la première décrit également des situations de « blocage » dans la mesure où un simple « hébergement » n'est pas justifiable au regard de la vocation l'hôpital qui est d'accueillir des patients à soigner et non des résidents à héberger. En management hospitalier, on parle davantage de « *séjour inadapté* », « *séjour long et inadapté* » voire, pour croiser le médical et le social, le « *séjour long, complexe et inadapté* ». Dans la littérature en anglais, le séjour adéquat peut se traduire

² Définitions reprise du rapport de la HAS intitulé *Coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions* et daté de 2004

par « *appropriate use of beds* »³. Ces articles en anglais utilisent plus volontiers la notion de « *delayed discharge* » traduisible par la « *sortie différée* » d'un patient « *médicalement sortant* ».

Dans ce second cas, on met l'accent sur les éléments de blocage à la sortie et notamment la difficulté à trouver un aval. Dans le premier cas, il s'agit plutôt d'une mauvaise prise en charge au moment de l'admission. Dans les deux cas, on cherche à quantifier, à décrire le profil à des fins prédictives et à identifier les points bloquants pour avancer des préconisations.

- Les patients « *médicalement sortants* » au GHNE

Voici les moyennes et extrêmes du *bed-blocking* selon notre enquête un jour donné réalisée dans 1 service de médecine, 2 services de SSR (gériatrique et neurologique) et 1 secteur de psychiatrie :

	Médecine	SSR	Psychiatrie
Nombre de cas	3	10 dossiers dont 1 inutilisable	5 dont 1 inutilisable et 1 dont le patient est médicalement sortant depuis « <i>plusieurs années</i> »
Moyenne en jours	41,3	72,5	507 <u>au minimum</u>
Extrême haut en jours	104	197	« <i>plusieurs années</i> »
Extrême bas en jours	5	2	281

NB : la taille de l'échantillon invite à la prudence quant à la portée des conclusions à faire

1.1.2 L'approche par la durée de séjour

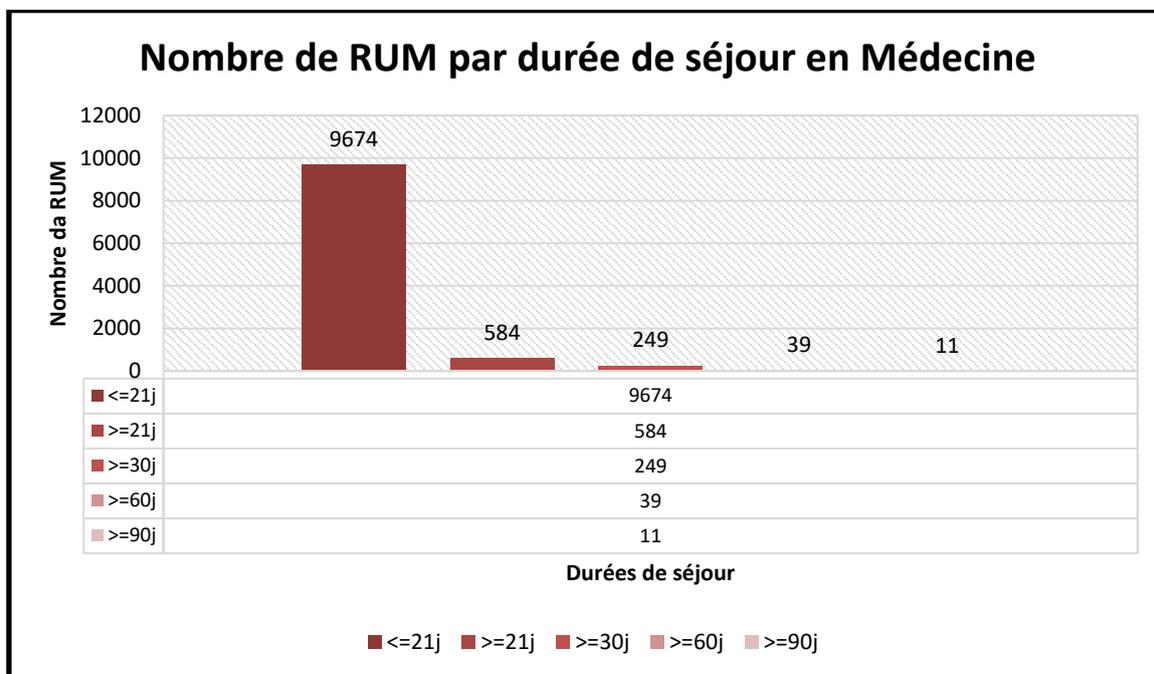
- Repères

Une autre approche consiste à retenir une borne haute en durée de séjour. Dans une enquête réalisée par l'AP-HP dans ses établissements (Direction des patients, des usagers et des associations, 2017), 30 jours ont été retenus en médecine et 60 en chirurgie et en MPR/SSR. Le médecin du DIM du GHNE établit la borne des séjours longs à 30 jours pour les soins somatiques, davantage en SSR (45 ou 60 jours) mais moins en médecine (21 à 30 jours). En psychiatrie, la durée est de 292 jours.

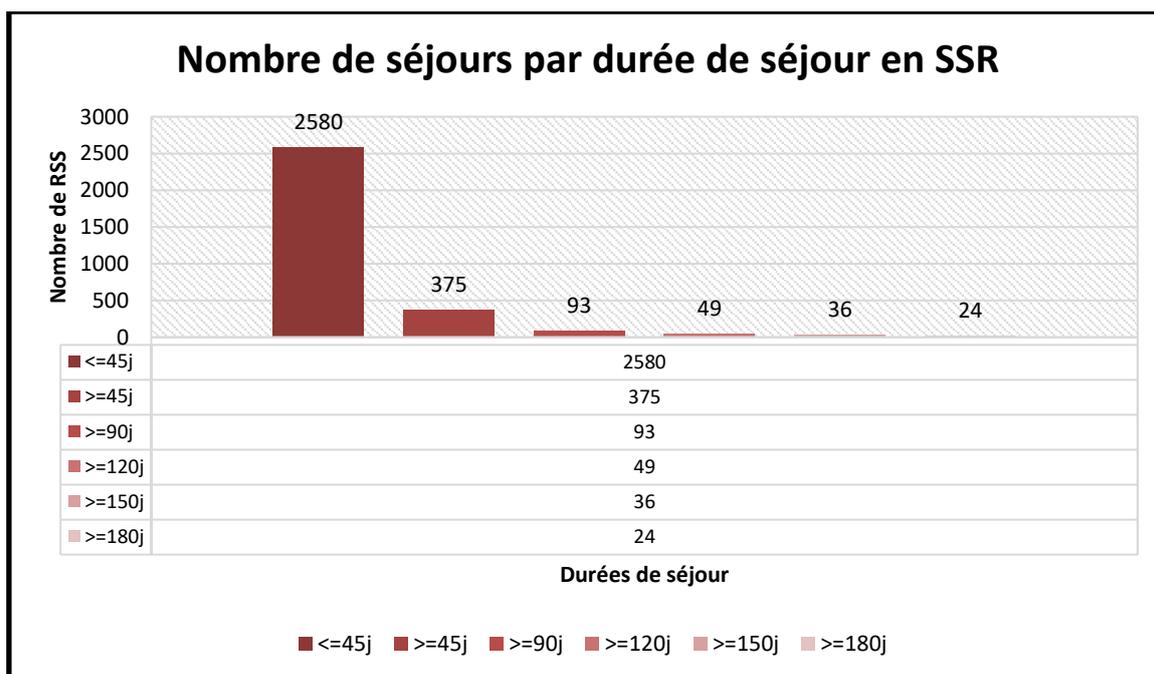
³ McDONAGH, SMITH, GODDARD, « Measuring appropriate use of acute beds: a systematic review of methods and results, *Health Policy*, 2000;14

- Les durées de séjour au GHNE en fonction de bornes basses croissantes

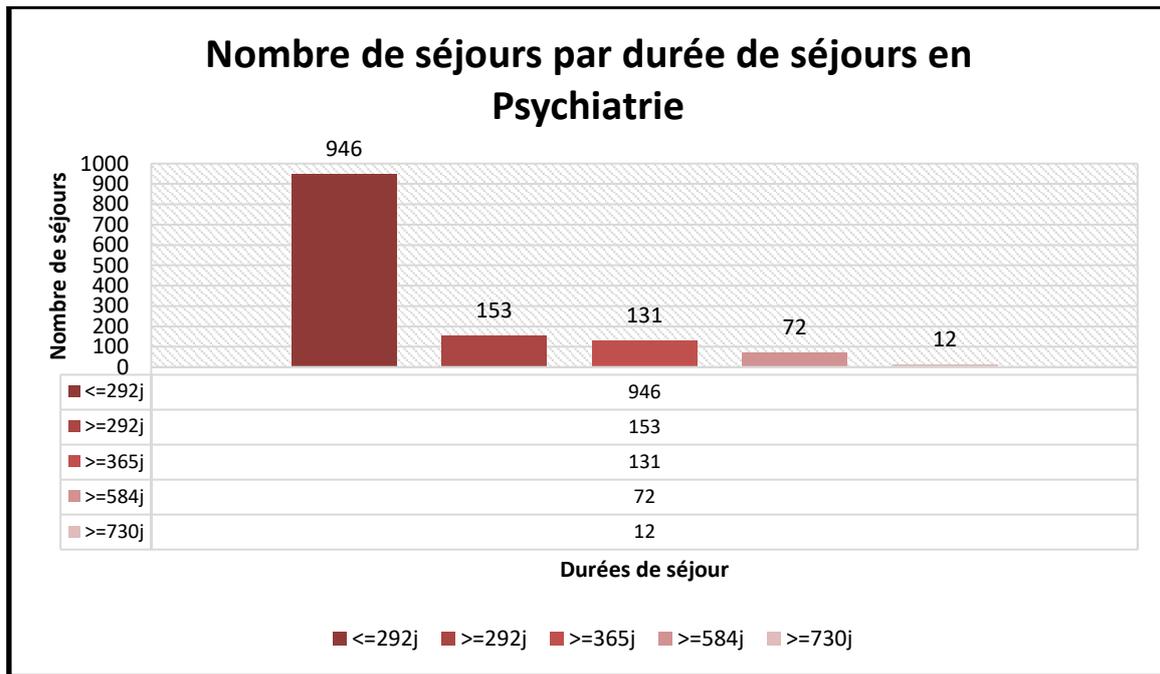
Pour la médecine : en-deçà et au-delà de 21 jours, 30 jours, 60 jours et 90 jours



Pour le SSR : en-deçà et au-delà de 90 jours, 120 jours, 150 jours et 180 jours



Pour la psychiatrie : en-deçà et au-delà de 292 jours, de 365 jours et de 584 jours



NB : bornes non régulières : 2x la borne hausse standard entre bornes 1 et 4, 2x une année entre bornes 3 et 5

La baisse est forte (94-95%) à l’articulation au-delà de la durée standard au-delà de laquelle on peut parler de *bed-blockers*) : 21 jours en médecine, 45 jours en SSR et 292 jours en psychiatrie. Vient ensuite une baisse qui reste marquée au-delà, surtout en médecine et en psychiatrie. La baisse est plus régulière en SSR.

- Des cas exceptionnels

Dans de rares situations, la durée de séjour cumulée est considérable. Voici le parcours d'un cas exceptionnel :

Période	Durée	Service	Site
24 au 27 décembre 2016	4 jours	UHCD	CHL
27 décembre 2016 au 6 janvier 2017	11 jours	Médecine	CHO
17 août au 6 septembre 2017	21 jours	Médecine	CHJ
7 au 8 septembre, 10 et 11 septembre, 15 et 16 septembre, 17 et 18 septembre, 26 au 28 septembre, 28 septembre au 3 octobre, 5 octobre, 8 octobre, 9 et 10 octobre, 12 octobre 2017	22 jours fractionnés	UHCD	CHL
18 au 30 octobre 2017	13 jours	Médecine	CHJ
3 novembre 2017 au 14 décembre 2018	406 jours	Médecine	CHJ
5 février au 14 août 2019	190 jours	Médecine	CHJ
14 au 21 août 2019	7 jours	Médecine	CHO
21 août 2019 au 23 mars 2020	216 jours	Médecine	CHJ
26 mars au 9 avril 2020	20 jours	SSR	CHO
9 avril au 29 avril 2020	20 jours	Médecine	CHJ
28 mai au 22 juin 2020	26 jours	Médecine	CHJ
25 juin au 10 septembre 2020	69 jours	Médecine	CHJ
10 septembre 2020 au 21 janvier 2021	133 jours	SSR	CHJ
Depuis le 20 mai 2021	113 jours (au 31 août 2021)	SSR	CHJ
24 mouvements (dont 18 admissions et 6 transferts)	1271 jours Soit 41 mois Soit 3,5 ans	3 spécialités	3 sites

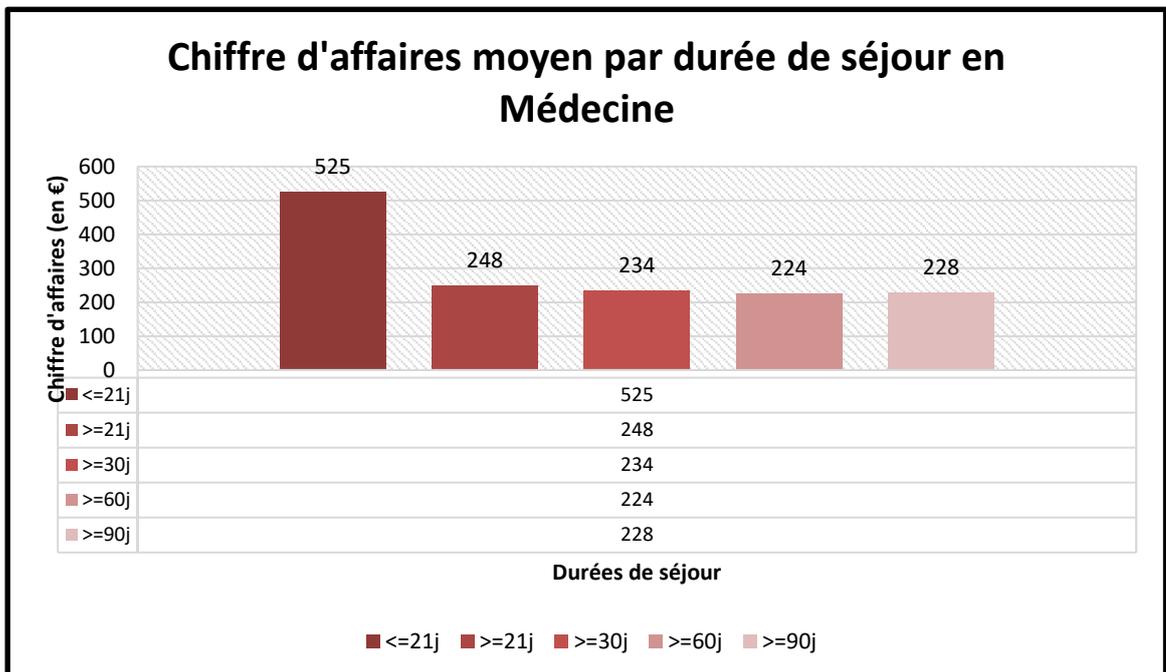
Si exceptionnel soit-il, ce cas illustre une pratique qui consiste à fractionner le séjour en alternant les services. Autre pratique similaire qui diminue temporairement le nombre de *bed-blockers* tous services confondus : le transfert dans un autre établissement avec engagement de reprise. Ce sont essentiellement les SSR privés qui acceptent les patients les moins lourds pour une durée maximale de 45 jours. Ces pratiques, qui n'ont pas été quantifiées dans ce travail, sous-estiment la proportion de *bed-blockers* à l'hôpital.

1.1.3 L'approche par le chiffre d'affaires

- Principe

Le médecin du DIM propose également d'identifier les séjours longs en fonction du CA journalier moyen, soit 500 € pour la chirurgie et 400-450 € en médecine. Cette méthode a une finalité propre au département d'information médicale qui cherche à détecter le sous-codage.

- En médecine au GHNE



Sans surprise, il y a un net décrochage de CA en médecine après 21 jours d'hospitalisation. Le CA est stable au-delà car certains GHM bénéficient d'un supplément journalier au-delà d'une borne haute. Cela explique la légère hausse du CA moyen à partir de 90 jours.

Moins « coûteuse » en temps, ces deux méthodes - par les durées de séjour et le CA - permettent d'établir des séries à des fins statistiques. Elles ont également pour vertu d'être des définitions non médicales standardisées autorisant des comparaisons entre plusieurs établissements de santé, y compris à l'international.

1.2 Quantifier et cartographier le *bed-blocking*

Plusieurs travaux menés à l'AP-HP et à l'échelle nationale permettent de situer le GHNE dans un paysage élargi. Néanmoins, la pluralité des méthodes limite les possibilités de comparaison. Les entretiens suggèrent une surreprésentation des patients *bed-blockers* en SSR gériatrique et en psychiatrie.

1.2.1 Quantifier le *bed-blocking*

Selon le périmètre et la méthodologie adoptés, le *bed-blocking* est évalué à 20-25 % en France dans les années 2000 (SANESCO, 2011) ou, selon une revue systématique à l'échelle internationale, sur une fourchette allant de 15 à 25 % (LENZI, 2014).

Dans le rapport de SANESCO, un cabinet d'étude spécialisé, l'échantillon comprend 4 établissements de l'AP-HP (160 lits de médecine et autant de chirurgie), 4 CHU hors AP-HP (320 de médecine et autant chirurgie), 4 ESPIC (984 de médecine et 950 de chirurgie), 4 hôpitaux locaux (80 de médecine) et 15 cliniques privées (878 de médecine et 842 de chirurgie).

Dans le secteur public, l'admission par les urgences est surreprésentée parmi les séjours inadéquats, avec 30,6 % (CHU) et 37,7 % (HL) en médecine et respectivement 24,8 % et 42,2 % en chirurgie pour ces deux catégories d'établissement. Une étude belge portant sur 4 hôpitaux (DE FLOOR, 2017) relève que « 79 % des admissions des patients bloquant des lits étaient non planifiées ».

En corrélant cette surreprésentation au taux d'admission par les urgences au GHNE, l'hypothèse d'un fort taux de séjours inadéquats est pertinente. Une seconde hypothèse issue d'une corrélation entre séjours inadéquats et besoins du patient d'une part, et profil sociodémographique de deux des principaux sites du GHNE (Juvisy et Longjumeau) d'autre part, est également pertinente car 24,4 % des séjours inadéquats s'expliquent par un besoin en aide sociale. Enfin, comme le souligne le rapport SANESCO, « 15 % des patients ne nécessitent a priori pas de soins ni de services complémentaires ». Ces 15 % représentent le « noyau dur » des *bed-blockers*.

1.2.2 Cartographier le *bed-blocking*

- Quelques repères

Une enquête menée sur une semaine en Île-de-France (SOUDRIE, KIEFER, 2014) sur 78 services et 2737 lits a identifié 372 *bed-blockers* avec une DMS moyenne de 265 jours, un âge moyen de 50,95 ans. Parmi les facteurs, les problèmes sociaux sont en moyenne au premier rang, et, par spécialité, au premier rang en SSR neuro ; au second rang en neurochirurgie et en neurologie ; au dernier rang en réanimation. Toutefois, les auteurs de cette étude ne décrivent pas son périmètre d'étude. Il est possible qu'ils aient retenu la définition de patients médicalement sortants.

L'enquête de l'AP-HP (Direction des patients, des usagers et des associations, 2017) a été menée selon la méthode de la coupe transversale (un jour donné) le 6 octobre 2016. 120 patients en médecine/chirurgie et 395 en MPR/SSR ont été identifiés. Dans le premier groupe, près de la moitié des patients attendaient une orientation en SSR et, dans le second, un quart attendaient une place en USLD. La part des EHPAD double entre le second (45 %) et le premier groupe (21 %) ; l'attente d'une place en MAS ou FAM représente sensiblement les mêmes taux (9 % et 12 %). Le manque d'aval est important (aucune place dans 21 % des cas dans les deux groupes).

La prévalence des patients bloquants est particulièrement élevée en court séjour gériatrique (9,3 %) et en SSR (31,7 %) d'après une thèse de médecine en santé publique menée dans le pôle de gériatrie du CHU de Poitiers (DE GAILLARD, 2004). D'après une autre thèse datée de 2016, « *la durée moyenne [de séjours des patients *bed-blockers* en SSR dans deux services de deux hôpitaux différents] était de 199 jours avec une médiane à 148 jours* ». (ABANE, 2015)

- Au GHNE

Les entretiens semblent démontrer que les services de SSR et de psychiatrie ont un taux élevé de *bed-blockers*. En **psychiatrie**, le chef de pôle évalue les « *patients au long cours* » à 15-25 % en règle générale. En nombre de séjours selon la durée, les extractions issues du PMSI sur l'année 2019 montrent qu'il y a eu cette année-là 153 séjours de patients au long cours, soit 14% des séjours sur les trois services d'intra-hospitalier. Dans le secteur examiné en coupe transversale le 9 juin 2021, 5 patients ont été identifiés par le chef de service, soit 17% des patients.

En **SSR**, les variations sont importantes. Dans un des services étudiés, le taux de *bed-blockers* aurait atteint 80% lors de la première vague de la COVID-19 car il a fallu libérer des lits d'aigu. Un chef de service considère que le taux de 15% est un maximum acceptable. Sur l'année précédant la pandémie, le taux s'établissait à 10%. Si l'on abaisse la borne à 45 jours, ce taux atteint les 39,7 %.

Certains patients nécessitent des soins à l'intersection de l'aigu et de la rééducation. Les services de **psychiatrie** accueillent des patients mal orientés comme des patients déments, souffrant d'addictions ou d'autisme. La prise en charge est donc inadéquate.

1.3 Quel est le profil des patients *bed-blockers* ?

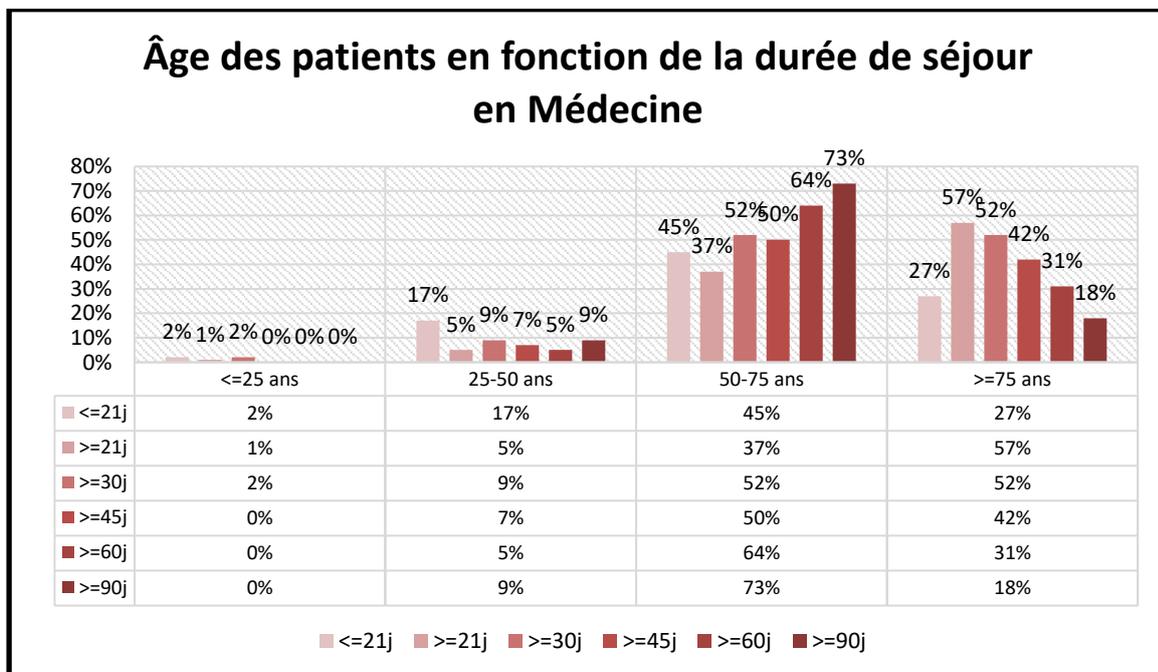
Les *bed-blockers* sont des patients plutôt âgés – avec toutefois des exceptions en SSR neurologique. La répartition par âge est plus homogène en psychiatrie. Ce sont plutôt des femmes dans la filière gériatrique. Le taux d'entrée par les urgences est élevé en médecine – mais en-deçà du taux toutes spécialités confondues au GHNE. Les mesures de protection sont fréquentes en gériatrie et généralisées en psychiatrie. Enfin les patients *bed-blockers* vivaient le plus souvent à domicile avant leur hospitalisation.

1.3.1 Le profil des patients selon leur durée de séjour

Le critère d'âge : une surreprésentation des patients âgés

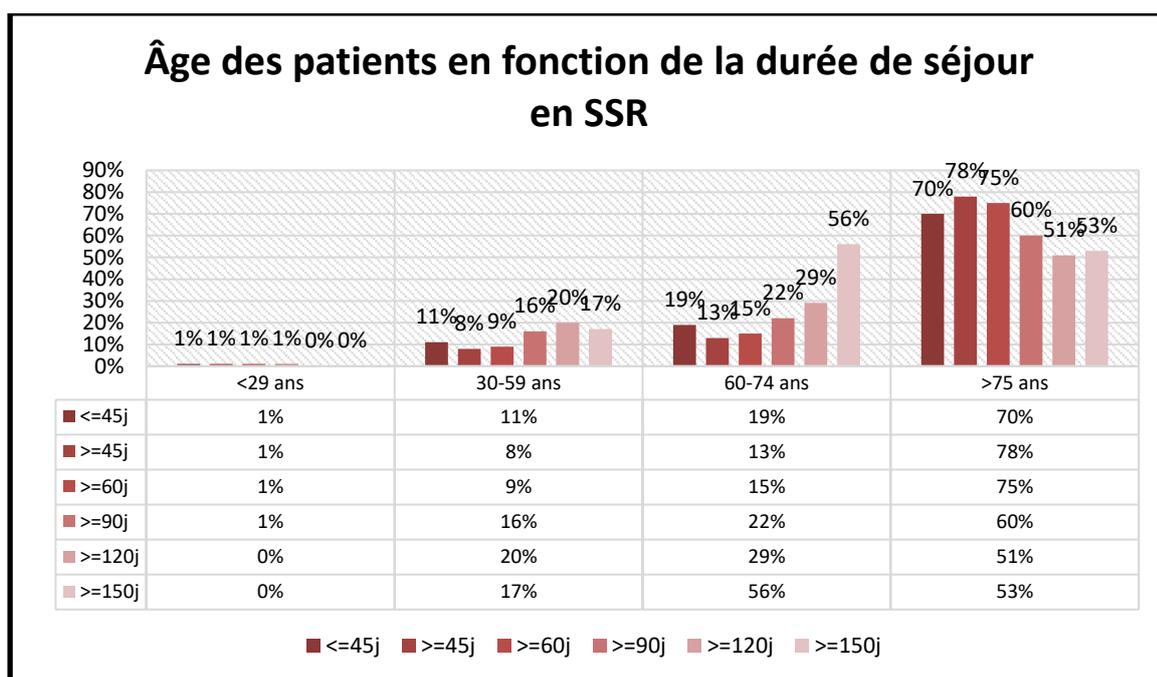
Deux remarques s'imposent au préalable :

- Les intervalles ne sont pas les mêmes dans le PMSI en fonction des spécialités
- Seul le PMSI SSR donne une moyenne d'âge



Lecture : 17% des patients dont la durée de séjour est inférieure ou égale à 21 jours ont entre 25 et 50 ans. 73% des patients dont la durée de séjour est supérieure ou égale à 90 jours ont entre 50 et 75 ans.

En **médecine**, les données confirment que la durée de séjour augmente avec l'âge. Mais la part des plus de 75 ans décroît au-delà de 45 jours. Or 75 ans est la borne d'admission pratiquée en SSR gériatrique et en USLD. On peut y voir l'effet de la file d'attente à l'entrée de l'aval, ou encore les décès survenus. Quant à la tranche des 50-75 ans, qui n'est pas éligible – sauf exception – à ces deux structures, sa part augmente avec la durée de séjour. La part des plus de 60 ans, pourtant éligible à un EHPAD, augmente également avec la durée de séjour (32%, 27%, 32%, 51%, 64%).



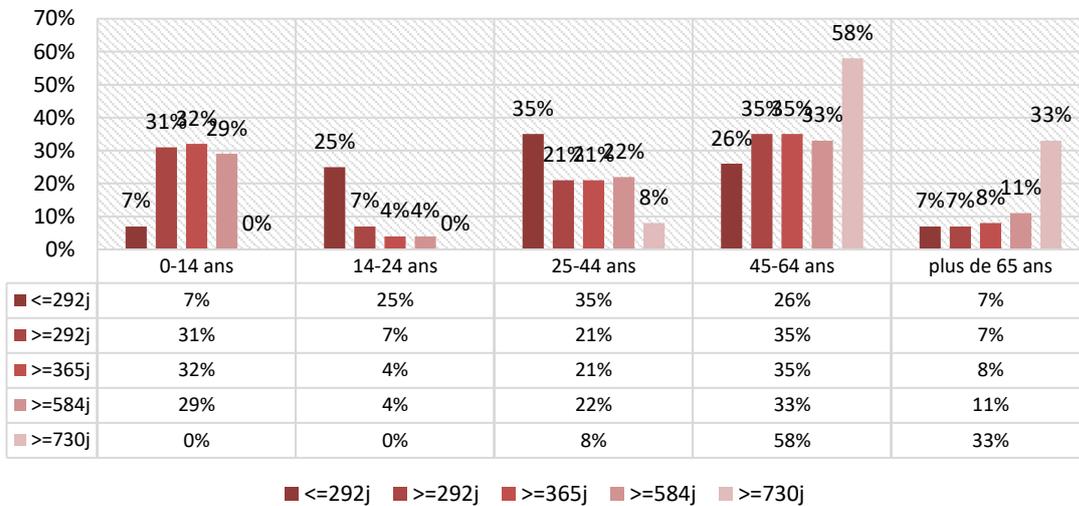
Lecture : 1% des patients dont la durée de séjour est inférieure ou égale à 45 jours ont moins de 29 ans. 11% des patients dont la durée de séjour est inférieure ou égale à 25 jours ont entre 20 et 59 ans.

Moyennes :

<=45j	>=45j	>=60j	>=90j	>=120j	>=150j
78,29 ans	81,15 ans	79,83 ans	75,08 ans	73,41ans	73,25 ans

En **SSR**, la tranche 30-59 ans (représentée en SSR neurologique) augmente légèrement avec la durée de séjour. C'est la part des 60-74 ans qui augmente le plus avec la durée de séjour, prenant des points de pourcentage sur la tranche suivante. Comme en médecine, l'explication tient sans doute à la diminution de l'espérance de vie entre ces deux tranches.

Âge des patients en fonction de la durée de séjour en psychiatrie

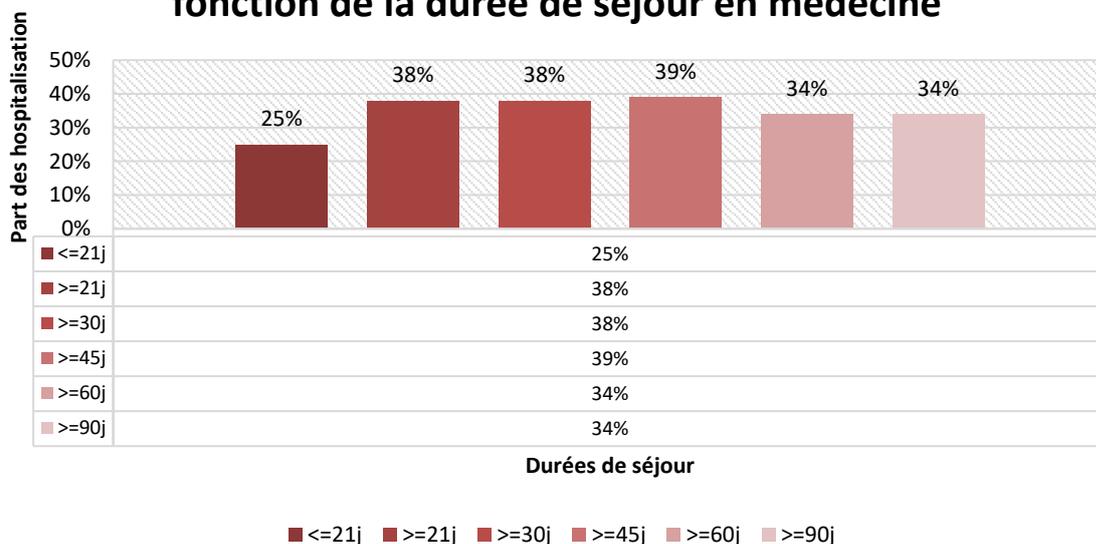


En **psychiatrie**, la part des 14-44 ans est en baisse avec les durées de séjour. Les 45 ans et plus sont les plus représentés sur les séjours les plus longs et la classe d'âge la plus basse, sur les durées de séjour intermédiaires.

Dans les trois spécialités, les *bed-blockers* sont des patients âgés dont la proportion augmente avec les durées de séjour.

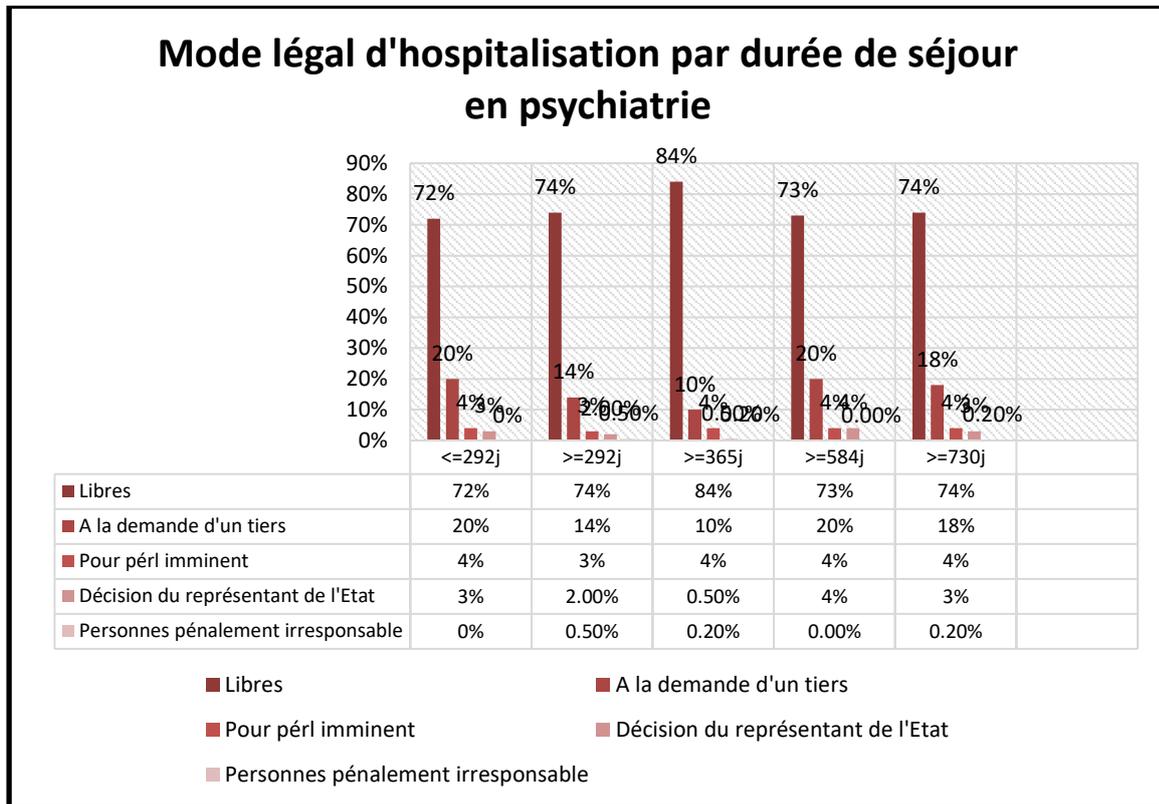
- Le critère d'entrée en médecine : la surreprésentation du non-programmé

Part des hospitalisations par les urgences en fonction de la durée de séjour en médecine



La part du non-programmé est en forte hausse au-delà de 21 jours d'hospitalisation et se maintient à un niveau élevé pour diminuer légèrement au-delà de 2 mois. Les *bed-blockers* de médecine sont donc plus souvent hospitalisés par les urgences, ce qui rejoint les conclusions de l'étude SANESCO et de l'enquête belge ainsi que l'hypothèse formulée plus haut.

- Le critère du mode légal d'hospitalisation en psychiatrie : stabilité des soins libres

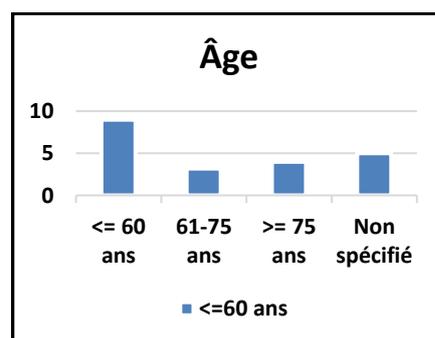
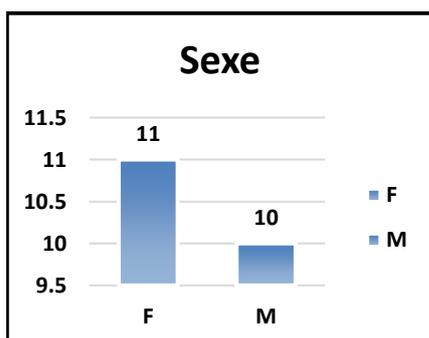


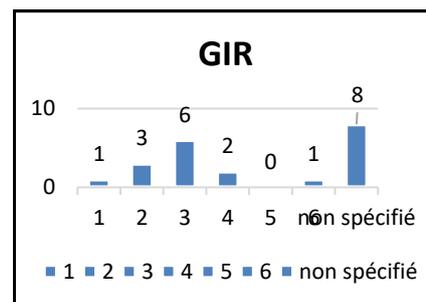
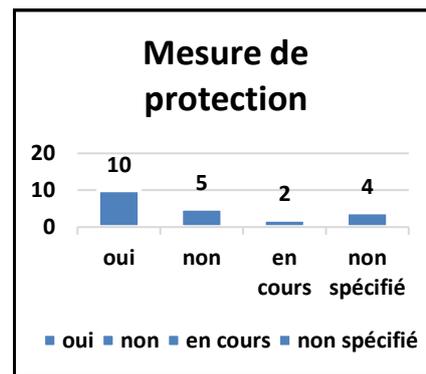
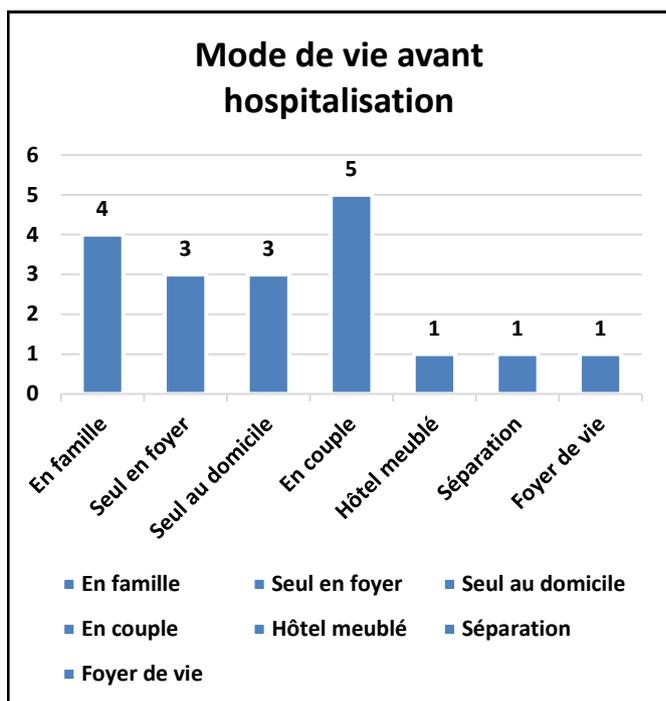
Il n'y a pas de changement significatif dans la répartition du mode légal d'hospitalisation par durée de séjour.

1.3.2 Le profil des patients médicalement sortants

Il y a deux limites aux graphiques ci-dessous :

- En psychiatrie, l'âge n'a pas été spécifié (secret statistique)
- En médecine et en psychiatrie, le score GIR n'est pas spécifié (non pertinent)





Certaines situations sont surreprésentées dans un service plutôt que dans les autres :

- Patients âgés : en SSR gériatrique, avec une moyenne hors psychiatrie de 64,56 ans
- Sexe féminin : en SSR gériatrique
- Mode de vie : en couple en médecine, en famille en psychiatrie
- Mesure de protection : pour tous les patients de psychiatrie

Ces situations sont attendues. Le niveau de dépendance – somatique ou psychiatrique – nécessite plus de protection juridique. Les patients sont plutôt des femmes en gériatrie. En neurologie, les patients sont plutôt des hommes. En psychiatrie, les patients ne vivaient pas collectivement, mais seuls ou en famille.

Autre information recueillie par les fiches de renseignement : le mode d'entrée dans le service. Pour la médecine, ce sont les urgences ; pour le SSR, la médecine. En psychiatrie les différents modes d'admission sont équilibrés : urgences, hospitalisation programmée, mutation depuis un autre service de l'établissement et transfert depuis un autre établissement.

En tout état de cause, la taille réduite de l'échantillon requiert une certaine prudence quant aux conclusions.

Les différentes approches confirment la présence de *bed-blockers* dans différents services, avec toutefois une surreprésentation en SSR et en psychiatrie. Les causes de ces blocages viennent expliquer cette surreprésentation dont les dispositifs existants s'efforcent de réduire l'ampleur.

2 Les dispositifs existants pour s'attaquer aux multiples causes de situations très complexes

On peut répartir les patients *bed-blockers* en 5 catégories. Ces 5 catégories ont été identifiées à l'occasion des différents entretiens. Elles sont classées par ordre décroissant de difficulté, du plus complexe à résoudre aux situations les moins complexes.

Profil	Caractéristiques du profil	Projet de vie	Niveau de difficulté
A) Impasse administrative	Sans pièce d'identité, sans domiciliation, sans tutelle ou curatelle, étranger en situation irrégulière avec ou sans pièce d'identité	Titre de séjour, OQT (obligation de quitter le territoire), structure médico-sociale	++
B) Détresse psychosociale	SDF, abandonné par sa famille, addictologie, syndrome de Korsakov	Admission dans une structure médico-sociale ou une famille d'accueil	+
C) Sortant de réanimation	En post-réa, très dégradé sur le plan physique (trachéotomie, gastrostomie)	USLD, MAS, FAM, USPC	+
D) Malade psychiatrique chronique stabilisé	Pathologies chroniques mais stabilisés par le psychiatre et le traitement	Retour à domicile, inclusion par l'emploi, suivi psychiatrique, soutien par des structures associatives, suivi en ambulatoire (hôpital de jour, CMP, CATTP...)	+
E) Personne âgée qui vivait à domicile avant son hospitalisation	Perte d'autonomie et problèmes cognitifs avec ou sans difficultés sociales	EHPAD	-

2.1 Les difficultés organisationnelles intrahospitalières et les obstacles à la sortie

Certaines situations de *bed-blocking* s'expliquent par une inadéquation entre l'indication médicale et le service de prise en charge - inadéquations qui s'expliquent par des désaccords entre médecins, par les distorsions de financement et, en temps de crise sanitaire, par le besoin de libérer des lits d'aigu. Le manque d'aval, les relations difficiles avec les familles et les impasses administratives sont des obstacles à la sortie qui réduisent le taux d'occupation net de l'établissement.

2.1.1 Les difficultés organisationnelles, causes de séjours inadéquats

Dans le cadre de ces tensions, les patients sont des *bed-blockers* pour les services qui les accueillent mais débloquent des lits pour les services qui ne les prennent pas en charge. Dans l'hypothèse où ces patients sont effectivement mal orientés, leurs séjours répondent à la définition de « séjours inadéquats ».

En SSR, certains patients nécessitent des soins à l'intersection de l'aigu et de la rééducation. Or le différentiel de financement et le besoin conjoncturel d'absorber le flux d'amont dont la régulation est difficile (SAU) conduisent à libérer prioritairement les lits de médecine vers l'aval. Durant la première vague de la COVID-19, la pression a été très forte, si bien que le SSR a dû accueillir la plupart des *bed-blockers* de médecine. Cela explique le faible taux de *bed-blocking* dans le service de médecine qui a fait l'objet de l'enquête un jour donné.

Les services de **psychiatrie** accueillent des patients mal orientés comme des patients déments, souffrant d'addictions ou d'autisme. Comme pour le SSR, le différentiel de financement peut conduire à privilégier l'hospitalisation dans un service en dotation plutôt qu'en T2A.

Le SSR et la psychiatrie ont par ailleurs des modalités d'admission qui diffèrent du MCO. En SSR, le recours rendu obligatoire à l'application ViaTrajectoire ouvre l'admission aux patients hors établissement. Il existe des demandes d'admission privilégiée de patients en interne, mais les refus systématiques à l'admission externe risquent de créer un effet négatif de réputation susceptible de bloquer l'accès de patients de l'établissement à des SSR extérieurs. En psychiatrie ensuite, il existe la contrainte du secteur. Or la prévalence de fragilités psychosociales est forte dans certains secteurs car elle se nourrit de la détresse sociale.

Enfin, les tensions organisationnelles s'expliquent également par la nécessité de maintenir un taux minimal de lits non occupés. Ce taux « frictionnel » doit permettre d'anticiper les flux entre services, de l'amont vers l'aval (SAU vers médecine, médecine vers SSR), entre services d'aigu et soins intensifs (dans un sens comme dans l'autre) voire même plus rarement du SSR vers la médecine en cas de dégradation de l'état de santé du patient.

A ces tensions organisationnelles peuvent s'ajouter des tensions interpersonnelles.

2.1.2 Les obstacles à la sortie : un facteur récurrent

- Le manque d'aval

Le manque d'aval est un obstacle à la sortie maintes fois souligné dans les entretiens et évoqué dans les fiches de renseignement de l'enquête. Voici les besoins de structures de sortie en fonction des services (plusieurs réponses possibles par patient bloqué) :

Structure	SSR neurologique	SSR gériatrique	Médecine	Psychiatrie
Foyer logement	2			3
MAS	4			1
Résidence service	1			
Famille d'accueil	3			
EHPAD	2	6		
SSIAD			1	
SSR			2	

Sans surprise, les *bed-blockers* du **SSR gériatrique** sont en attente d'une place en EHPAD qui, le plus souvent, doit accepter l'aide sociale. La **médecine** a besoin de lits de son aval, c'est-à-dire le SSR. Le **SSR neurologique et la psychiatrie** ont davantage besoin de structures spécialisées.

Dans certaines situations, il existe un aval mais le patient est trop jeune pour être pris en charge dans la structure. L'âge d'admission minimale en EHPAD est de 60 ans, et de 75 ans en USLD. Au SSR gériatrique du GHNE, l'âge minimal se situe plutôt autour de 75 ans.

- Les difficultés familiales, sociétales et les conséquences du vieillissement démographique

Les difficultés familiales retardent et compliquent significativement la sortie. Elles relèvent de deux catégories. Elles se manifestent tout d'abord par une attitude non coopérative voire de l'hostilité à l'égard de l'hôpital et des médecins. La famille est prise de cours en cas de dégradation soudaine et inattendue de leur proche (accident vasculaire-cérébral par exemple) ou d'une fracture du col du fémur de la personne âgée qui rend impossible le retour à domicile et précipite l'entrée en EHPAD sans préparation psychologique, financière ou administrative.

Selon un chef de service, « *le manque de civisme a explosé en 20 ans. Avant c'était un plaisir de rencontrer les familles. Maintenant c'est un combat, on ne donne jamais assez. On peut être arrangeant quand la famille collabore. Mais on se fait régulièrement avoir* ». Au partenariat entre la

famille et le médecin se substituerait des postures procédurales incompréhensibles pour les médecins exerçant depuis plusieurs années.

Elles se manifestent ensuite par des situations de quasi-abandon voire d'abandon. Quoique très rarement, il arrive qu'un grand-parent soit conduit aux urgences le vendredi pour être récupéré le lundi. Entre-temps il est hébergé et la famille peut partir en week-end. Ce cas illustre des évolutions sociétales qui se manifestent le plus souvent par un refus de prise en charge du patient par sa famille, des ruptures de bail dès l'hospitalisation ou des abus de faiblesse.

Un cas particulier est cité parmi les fiches de renseignement : l'épuisement de l'aidant.

- Les problèmes administratifs

Les problèmes administratifs sont décrits comme les impasses les plus difficiles à surmonter. Avant d'engager une démarche auprès d'une structure spécialisée, il faut *a minima* une pièce d'identité et une domiciliation. Si le patient est un étranger, les titres de séjour, de 6 mois le plus souvent, sont trop courts pour faire aboutir les démarches administratives. Si le patient étranger n'a aucune pièce d'identité, l'hôpital ne peut pas se rendre à son domicile pour la rechercher. Si le patient est un étranger sans pièce d'identité, l'assistante sociale doit trouver le moyen d'obtenir un extrait d'acte de naissance dans le pays d'origine pour faire une demande de titre de séjour.

Dans l'hypothèse où le patient a besoin d'une protection juridique, les délais pour obtenir du juge une mise sous tutelle ou sous curatelle sont de plusieurs mois. Et lorsque le patient bénéficie déjà d'une protection, le tuteur peut être défaillant voire inaccessible. Pour changer le tuteur, il faut de nouveau patienter plusieurs mois.

2.2 La complexité médicale et les enjeux psychosociaux, causes déterminantes du *bed-blocking*

Les *bed-blockers* sont souvent des patients complexes, c'est-à-dire qu'ils cumulent des comorbidités et plusieurs fragilités. Les difficultés psychosociales sont fortement corrélées à la durée de séjour.

2.2.1 Les facteurs médicaux pour expliquer des séjours longs qui ne sont pas nécessairement inadéquats

- L'analyse des GHM révèle des niveaux de sévérité intermédiaires

Une analyse par GHM permet de conclure, d'une part, à une répartition non significative en médecine et une surreprésentation de l'orthopédie en chirurgie et, d'autre part, par une surreprésentation du niveau de sévérité moyen ou élevé. « *Il ne s'agit donc pas de séjours pour des patients « légers », mais*

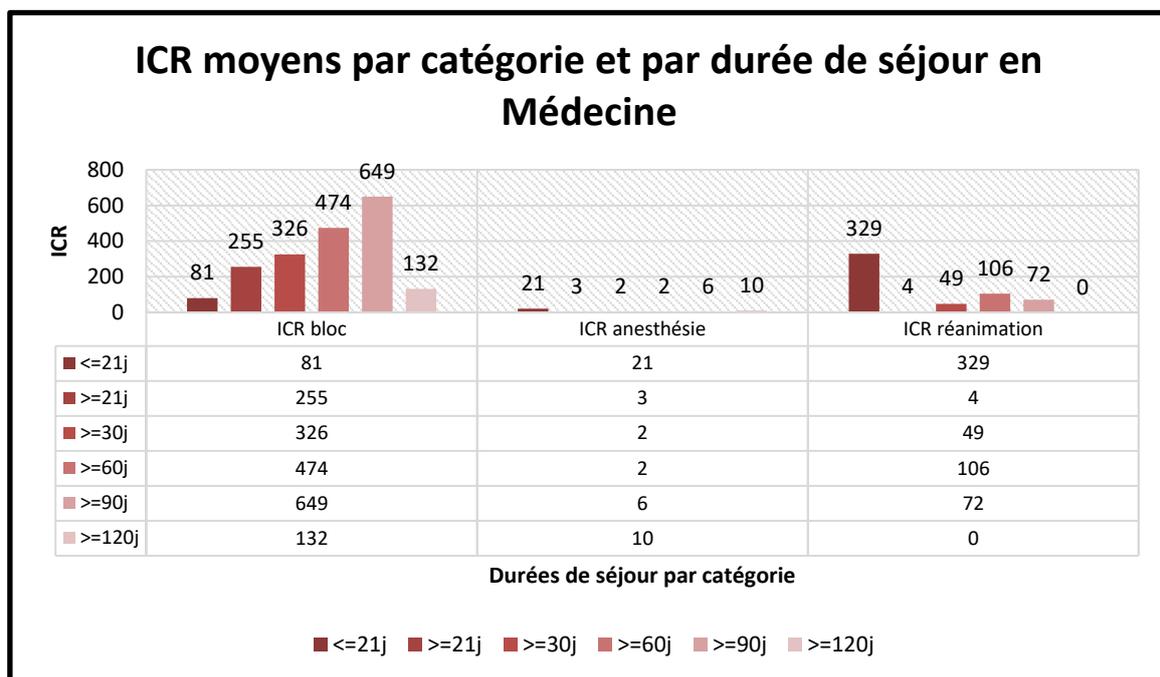
au contraire de séjours pour des situations complexes qui manifestement se prolongent dans l'attente de solutions de sortie » (SANESCO, 2011). Cette conclusion est corroborée par une étude italienne où l'on retrouve une surreprésentation similaire en orthopédie et dans les services de SSR (« *rehabilitation units* ») et la même complexité (LENZI, 2014). Dans les 4 hôpitaux belges le niveau de sévérité le plus représenté est le niveau 3 sur 4 (DE FLORR, 2017).

- Dans le parcours de soins, le passage au bloc opératoire et en réanimation est élevé

Indicateur : les indices de coût relatif

Cet indicateur permettant de conclure à un niveau élevé de passage en bloc opératoire et en réanimation est l'indice de coût relatif : « *Les indices de coût relatif (ICR) sont des clés de répartition permettant d'affecter à chaque RSS son quota des coûts totaux annuels des unités medicotechniques (bloc opératoire, réanimation, exploration fonctionnelle, imagerie) en fonction des actes CCAM pratiqués durant le séjour* »⁴.

Graphiques



Lecture : pour les séjours de + de 90 jours, l'indice de coût relatif au bloc opération est de 619

⁴ [ICR_V28_.pdf \(sante.fr\)](#)

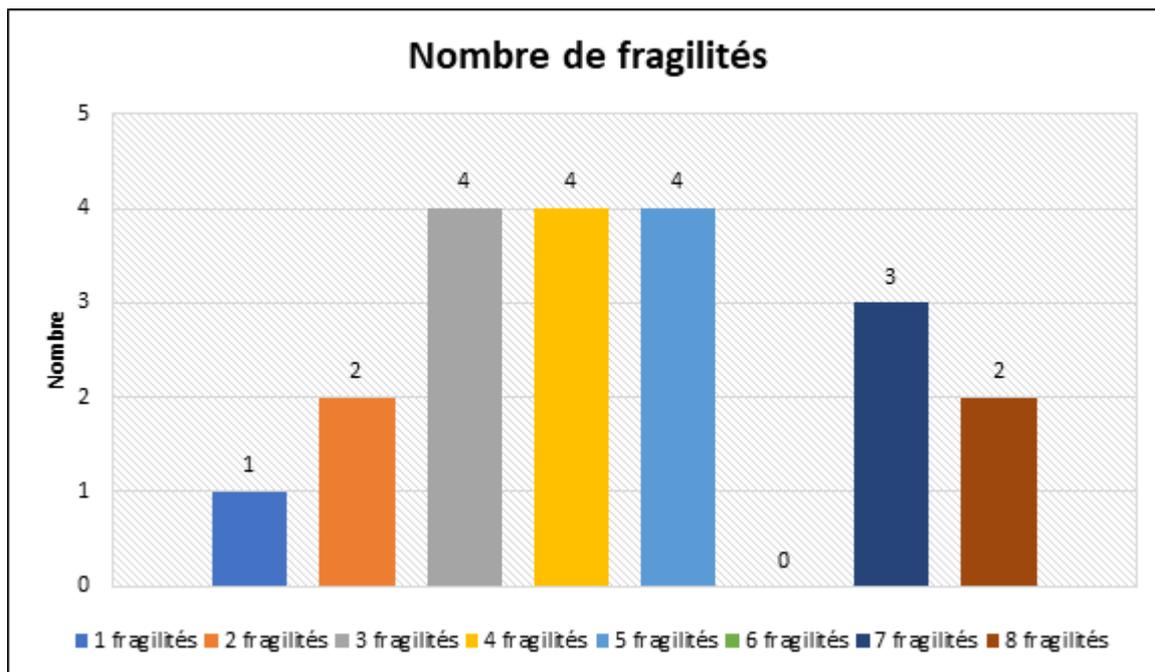
Hypothèses d'interprétation

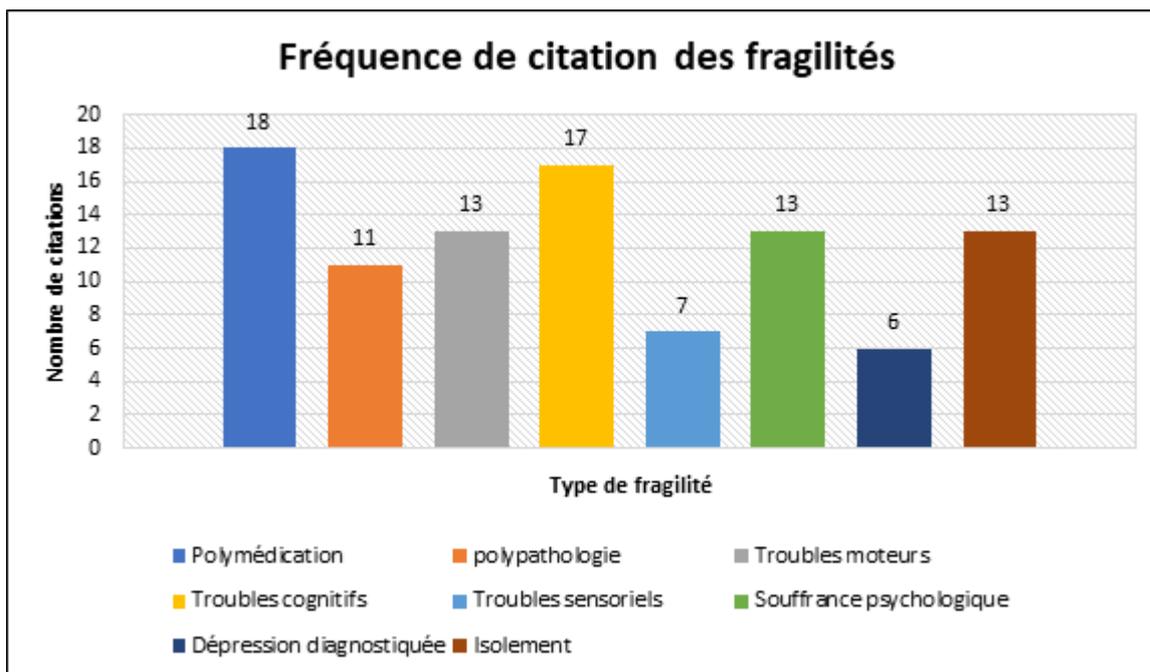
Il existe une corrélation logique entre les ICR moyens (par patient) bloc et réanimation et la durée de séjour. Le décrochage au-delà de 120 jours montre que les *bed-blockers* dont les séjours sont les plus longs ne sont pas nécessairement les plus lourds. En anesthésie, les chiffres ne sont pas pertinents en raison d'un sous-codage. Pour les autres unités medicotechniques et en particulier les actes d'imagerie, le codage n'est pas réalisé.

- Les fragilités

Dans le cadre de l'enquête un jour donné, des critères de fragilités, empruntés à une thèse de médecine en santé publique (DE GAILLARD, 2004), ont été retenus pour expliquer le *bed-blocking* : polymédication, polypathologie, troubles moteurs cognitifs et sensoriels, souffrance psychologique, dépression diagnostiquée et isolement social/familial.

Graphiques





Hypothèses d'interprétation

Des fragilités sont toujours relevées (à l'exception d'un patient) et se cumulent toujours. La plupart des patients cumulent entre 3 et 5 fragilités. Les fragilités médicales sont bien entendu majoritaires, avec un nombre non négligeable de comorbidités (polypathologie). Pour les patients lourdement handicapés par leur pathologie et dont les fonctions vitales sont maintenues grâce à des dispositifs médicaux, les unités et structures existantes sont souvent inadaptées ; leur prise en charge est trop lourde pour une unité de médecine ou un SSR, et trop longue pour une unité de réanimation. Pour les personnes âgées, l'USLD représente un aval dédié. Mais les patients plus jeunes sont en situation d'impasse hospitalière. Un cas entrant dans cette catégorie a été identifié parmi : un patient de 60 ans en SSR.

La fréquence des fragilités non médicales (isolement, souffrance psychologique) conduit à s'interroger sur la prévalence des facteurs psychosociaux.

2.2.2 Les facteurs psychosociaux

- Les difficultés psychosociales sont décrites dans plusieurs travaux

Le rapport SANESCO permet de déterminer le profil psychosocial de ces patients en médecine, avec une surreprésentation des situations suivantes en cas de séjours inadéquats par rapport aux séjours adéquats : ils vivent seuls, au domicile, avec peu d'aide sociale mais plus d'aide médicale et paramédicale, en bénéficiant dans de rares cas d'une complémentaire santé. Ce sont des retraités

plutôt que des actifs ou des chômeurs. Ils souffrent davantage de troubles cognitifs et sont moins autonomes.

L'enquête de l'AP-HP (Direction des patients, des usagers et des associations, 2017) a décliné les problématiques sociales faisant obstacle à la sortie. Les voici de manière exhaustive, étant entendu que les facteurs sociaux peuvent se cumuler :

Projet de vie difficile à élaborer avec recherche de financement	60,5 %
Maintien à domicile impossible	52 %
Problématique juridique, protection juridique, vulnérabilité	38 %
Contexte familial difficile	31 %
Complexité administrative	25 %
Sans interlocuteur ou relais	20 %
Absence ou insuffisance de ressources	20 %
Absence d'éléments administratifs	19 %
Précarité ou inadaptation du logement	17 %
Elaboration dossiers droits divers	15 %

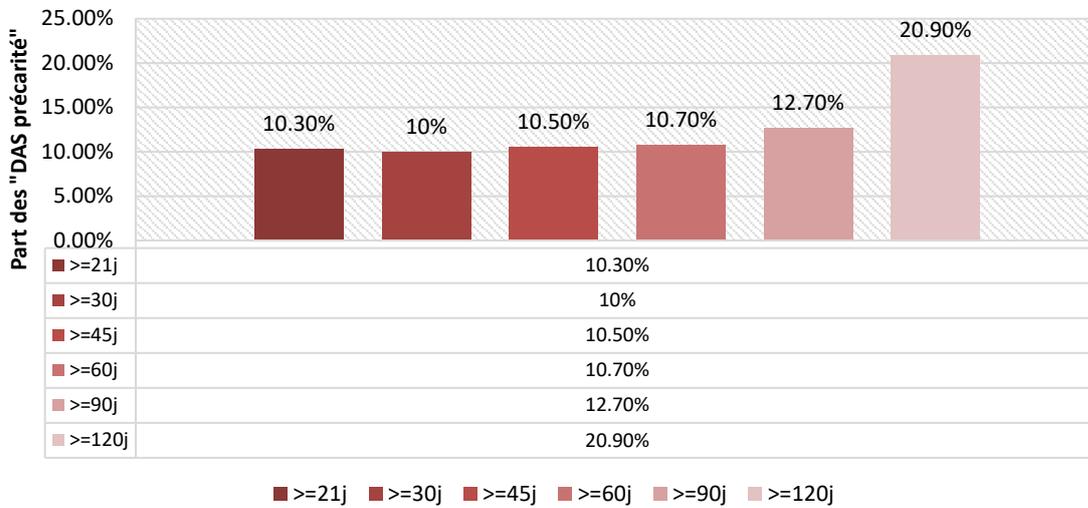
La relation entre la durée de séjour et les difficultés sociales a été identifiée dans une étude descriptive menée sur une année dans un service de SSR gériatrique (1 508 séjours) en 2014 (COUILLIOT, 2014). Près d'un quart des patients ont une ou plusieurs difficultés

- Au GHNE

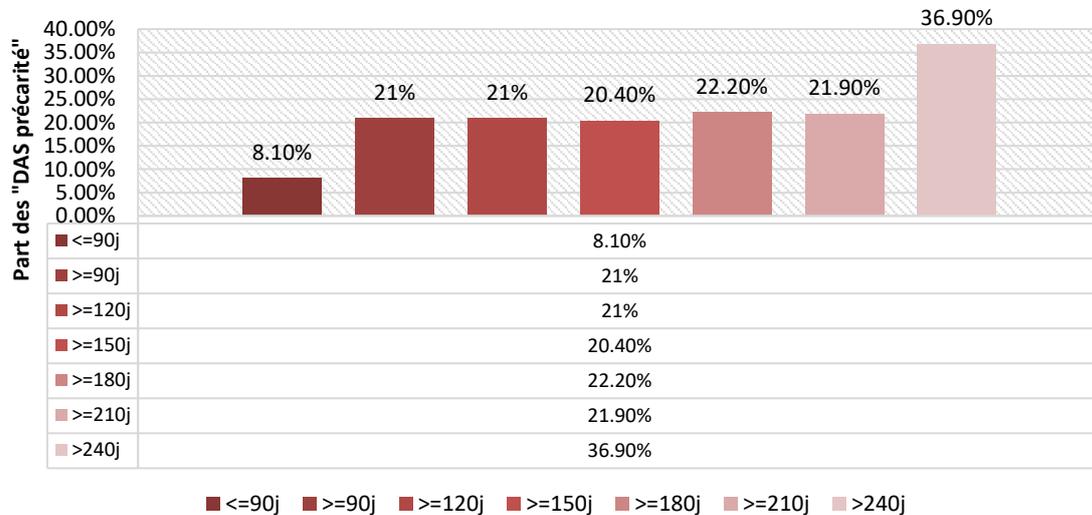
Indicateurs : les codes de précarité

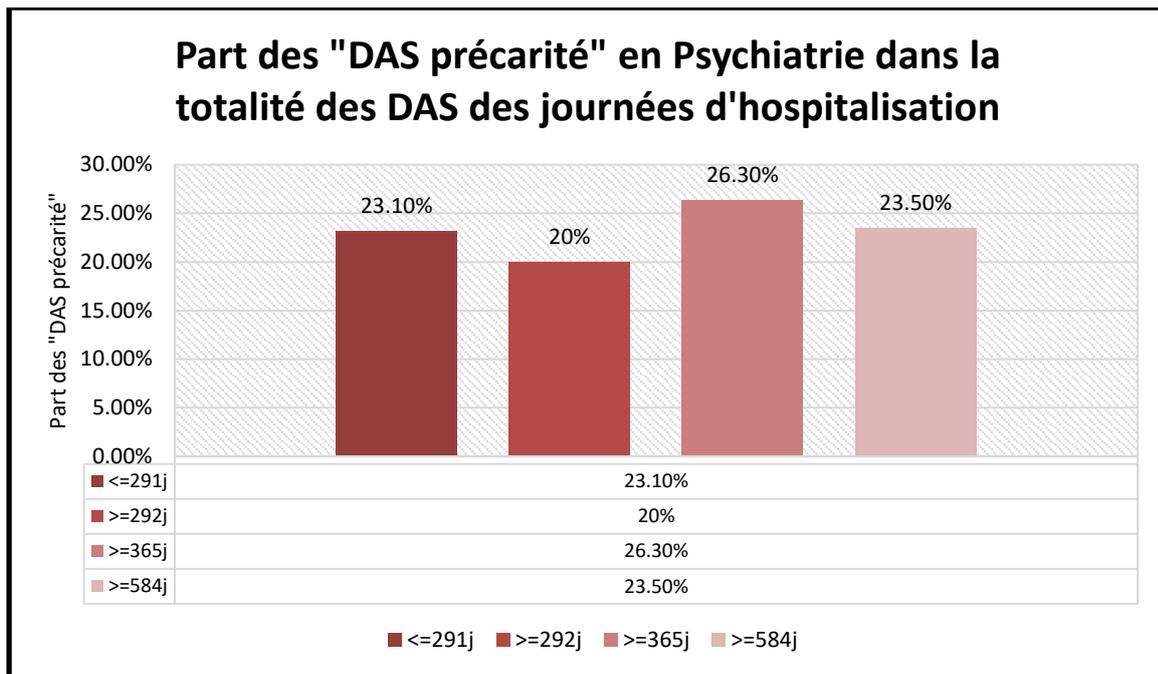
Les facteurs psychosociaux sont évaluables au travers des « codes de précarité » qui font partie des diagnostics associés significatifs (DAS). Ils représentent une soixantaine de codes Z, de 755 et 775 (selon le périmètre choisi). Ces codes comprennent des difficultés liées à des addictions, des problèmes de logement, des difficultés familiales ou sociales, liées à la profession exercée... Ils peuvent se cumuler pour un même RSS (en activité MCO) ou une même journée d'hospitalisation (en psychiatrie et SSR). Le nombre cumulé de codes sociaux excède donc le nombre de RSS et journées d'hospitalisation. Nous avons donc choisi d'établir la part des codes de précarité sur la totalité des codes DAS.

Part des "DAS précarité" en Médecine dans la totalité des DAS des RSS



Part des "DAS précarité" en SSR dans la totalité des DAS des journées d'hospitalisation





En **médecine** comme en **SSR** il y a une hausse tendancielle et une augmentation forte au-delà de 8 mois en SSR et de 4 mois en médecine. Cette dynamique confirme qu'il existe une corrélation entre durée de séjour et difficultés psychosociales – *a fortiori* pour les séjours les plus longs.

En **psychiatrie enfin**, il n'existe pas de corrélation claire. Mais les données ne sont pas utilisables car le codage en psychiatrie est très peu réalisé.

2.3 Les dispositifs existants au GHNE

Pour réduire le taux de *bed-blockers*, le GHNE a mis en place plusieurs dispositifs pour identifier les patients bloqués. En s'associant à des EHPAD à l'aide de convention, le GHNE accélère la sortie des personnes âgées dépendantes.

2.3.1 La Commission des séjours longs et inadaptés (COSELI)

Instituée en 2017, la COSELI est une commission pluridisciplinaire qui comprend les directeurs référents du pôle SSR/gériatrie et du service social, deux représentants des affaires juridiques et générales, deux représentants médicaux et, en qualité de membres invités, le médecin et cadre de santé concernés par la prise en charge du patient et l'assistante sociale en charge du dossier. Elle a pour mission, selon sa charte de fonctionnement, de repérer les *bed-blockers*, de proposer collectivement des actions d'accélération du processus de sortie, de sensibiliser les acteurs et d'étudier les possibilités de sortie. Elle se réunit une fois par mois. La COSELI traite une vingtaine de dossiers très complexes par an.

Les patients *bed-blockers* sont signalés à la COSELI par une fiche dédiée. Cette fiche autorise une analyse multidimensionnelle de la situation psychosociale du patient et recense les acteurs extérieurs

partenaires de la prise en charge. La COSELI a pour vertu de concentrer les compétences autour de cas complexes et d'orienter ces cas vers une institution ou, le cas échéant, un retour à domicile. Les entretiens ont montré que l'institutionnalisation du *bed-blocking* permet de dépersonnaliser des situations qui étaient source de tensions voire de conflits entre l'aigu et le SSR.

La COSELI permet de discriminer des situations qui requièrent des actions différentes. Les patients polyopathologiques ou en grande difficulté administrative sont souvent dans des situations d'impasse tandis que les personnes hébergées à l'hôpital « *parce que ce n'est pas cher et que ça arrange tout le monde* » (dixit une personne interviewée) sont plus facilement poussées vers la sortie lorsque la fin de la prise en charge est prononcée et que la famille reçoit un courrier de la DAF annonçant la facturation du séjour.

Pour les séjours exceptionnellement longs, des accords avec engagement de reprise avec des SSR privés ou des EHPAD permettent de fractionner le séjour et de soulager les équipes soignantes.

En janvier 2021, 14 personnes étaient suivies antérieurement et une nouvelle personne faisait l'objet d'un « signalement COSELI ». Voici le bilan à cette date⁵ :

	Résolus	Non résolus
Dossiers en 2019	<i>Dossiers sortis</i>	3
Dossiers en 2020	4	8
Dossiers en 2021	<i>Non pertinent</i>	1

Sauf à faire des extrapolations complexes, il est difficile d'estimer le nombre de journées d'hospitalisation gagnées grâce à la COSELI. Du moins peut-on dire que les gains sont réels pour les patients dont le projet de vie adéquat a abouti, pour les patients de la file d'attente et pour les finances de l'hôpital.

Des difficultés subsistent. Elles tiennent à des facteurs organisationnels endogènes puisqu'il est difficile de réunir tous les acteurs en charge du même patient (conflits d'agenda, organisation multisites...). Elles tiennent ensuite à des facteurs exogènes sur lesquels l'hôpital n'a pas de prise : lenteur administrative, manque de structures d'aval... La COSELI ne réunit pas les acteurs administratifs, institutionnels, privés et associatifs qui sont parties prenantes de la résolution des blocages : juges des tutelles, MDPH, médecins experts, bailleurs sociaux, municipalités, organisations tutélaires, UNAFAM, associations d'insertion... Enfin, la COSELI est confrontée à une difficulté intrinsèque qui tient au cœur de sa mission : la mobilisation obstinée et fastidieuse de

⁵ Les dossiers sortis de la COSELI ne sont pas recensés.

nombreux acteurs pour débloquer les situations les plus complexes mais les plus rares que connaît l'hôpital public.

2.3.2 Le conventionnement et les partenariats pour fluidifier le parcours de soin et accélérer le projet de vie

- Avec les EHPAD, le conventionnement

Le GHNE a signé des conventions avec les EPHAD du Nord-Essonne, soit environ 35 structures. Ces conventions déterminent les prérequis de transfert dont le profil des patients. Elles mettent en place des numéros d'appel dédiés. Les procédures et les formalités sont transparentes. Bien entendu, les transferts dépendent du taux d'occupation des structures d'accueil. La file d'attente est plus longue dans les structures acceptant l'aide sociale.

- Avec la MDPH, un partenariat fragile

La Maison départementale des personnes handicapées est déterminante dans la réalisation du projet de vie. Elle valide le plus souvent l'orientation proposée par l'établissement mais les délais sont longs (de 6 mois à un an). Il faut ensuite un an de démarche pour obtenir une place dans un foyer, davantage en FAM ou en MAS si bien que la prise en charge en Belgique, quoique rare, existe. En psychiatrie par exemple, l'attente contribue à la dégradation des compétences psychosociales du patient qui perd son autonomie et ses habiletés sociales. Cette dégradation de patients chroniques stabilisés nécessite parfois de revoir l'orientation, ce qui conduit à des délais considérablement rallongés.

Toutefois, la MDPH accepte parfois de faire remonter des dossiers du secteur sanitaire en amont de la file d'attente.

- Avec le juge des tutelles, un partenariat impossible ?

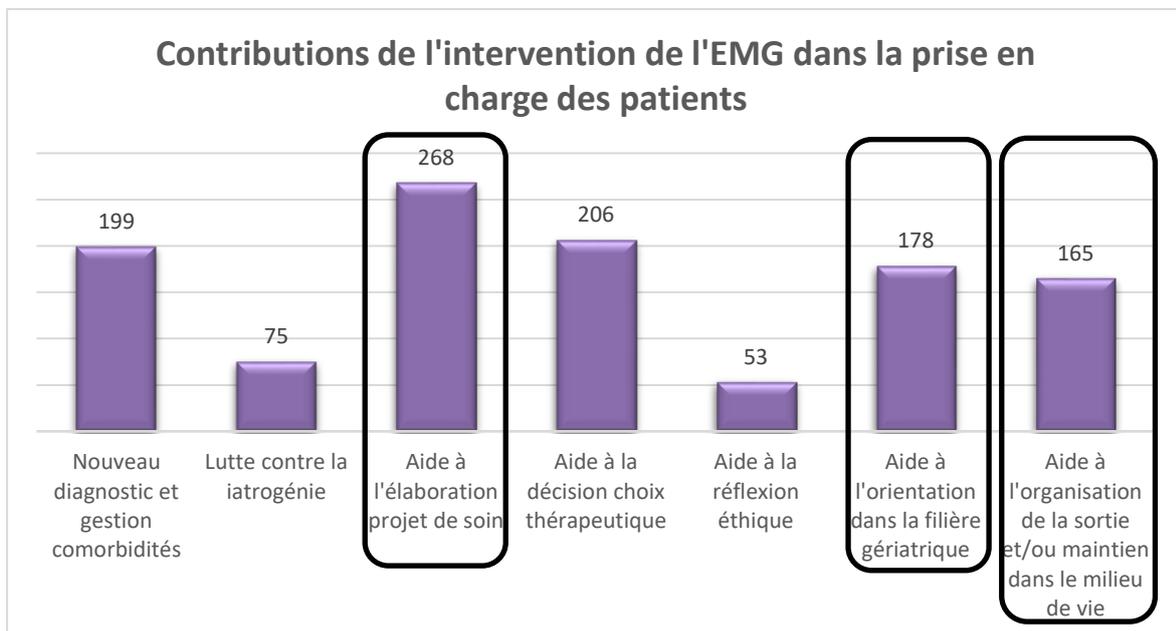
La mise sous tutelle est souvent un prérequis à l'orientation du patient dans la bonne structure mais elle prend plusieurs mois. Si le tuteur est défaillant, une réattribution de la tutelle est nécessaire. Les entretiens révèlent que la justice n'accepte pas de privilégier des dossiers du secteur sanitaire pour des raisons d'équité de traitement.

2.3.3 Les équipes mobiles

- L'équipe mobile de gériatrie (EMG), un « poste avancé » du SSR gériatrique en intrahospitalier

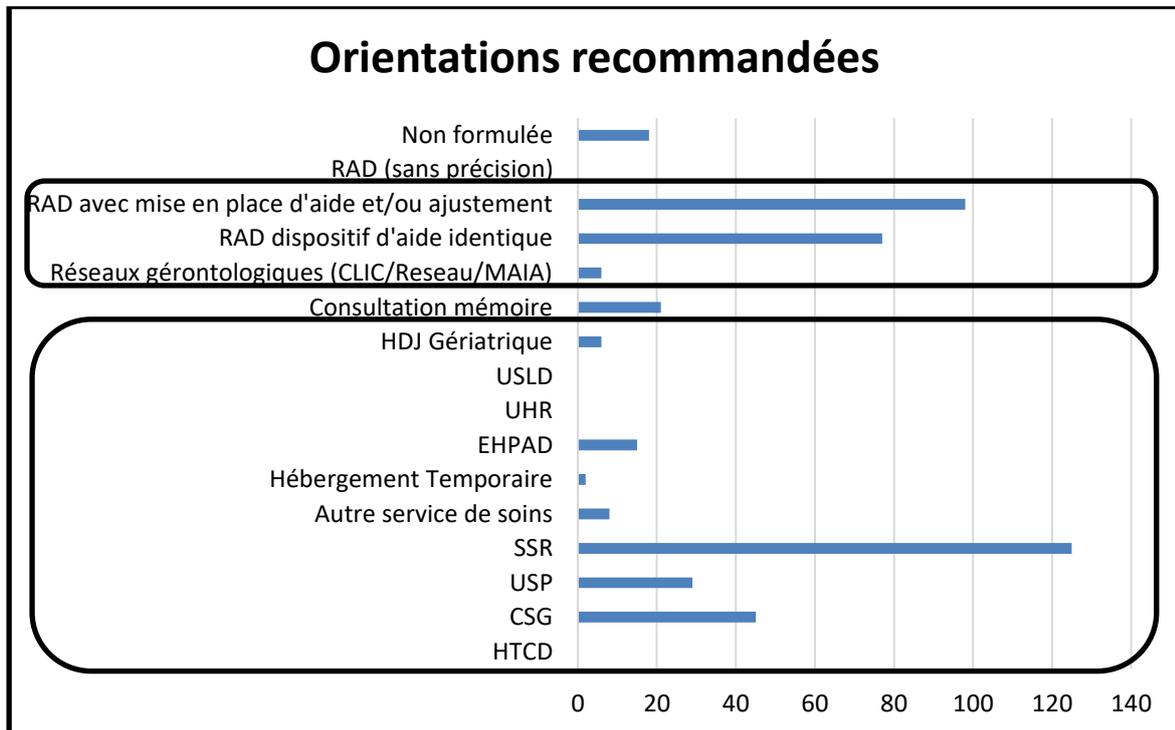
Selon son dernier rapport d'activité (2018), l'équipe mobile gériatrique (EMG) de Longjumeau fonctionne avec un gériatre à 0,6 ETP, une IDE à 1 ETP, un ergothérapeute à 0,29 ETP, un cadre de Santé à 0,10 ETP et une aide-soignante à 1 ETP. L'EMG émet des conseils sur les sujets âgés tout au

long du parcours de soin, depuis l'UHCD jusqu'au SSR gériatrique en passant par le court séjour gériatrique ou tout autre service. Qualifié de « *poste avancé* » du SSR gériatrique par un médecin interrogé, l'EMG est un levier de fluidification de la prise en charge du sujet âgé en proposant une orientation dès le stade de l'aigu. Ce n'est pas spécifiquement une « *task force bed-blocker* » mais elle parvient, par son expertise, à réduire le nombre de journées d'hospitalisation inadéquates et à préparer le projet social du patient pour accélérer sa sortie. L'aide à l'orientation hospitalière représentait 24% des motifs de signalement. Le nombre cumulé d'intervention d'aide à l'élaboration du projet de soin, à l'orientation dans la filière gériatrique et à l'organisation de la sortie (aval dédié ou retour à domicile)⁶ était de 611 sur 1144 (53%).

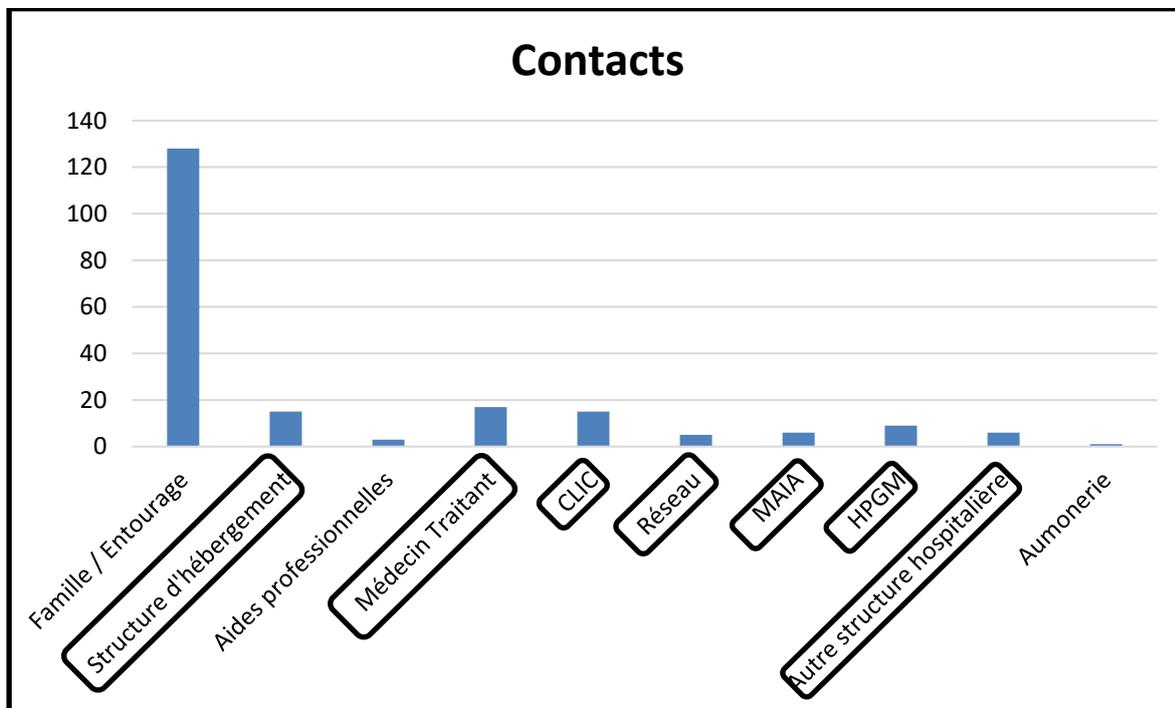


⁶ Les trois graphiques suivants sont extraits du Rapport d'activité 2018

Les orientations recommandées sont dans leur grande majorité des structures d'aval :



Les liens avec les partenaires extérieurs sont toutefois assez rares :



Comme l'a précisé la directrice déléguée au pôle SSR et gériatrie, ce sont les réseaux de ville (MAIA et, plus spécifiquement, les CLIC) en collaboration avec les SSIAD qui repèrent les fragilités tôt, ce qui peut sinon éviter l'hospitalisation, du moins préparer en amont le dossier d'accueil en structure.

- L'unité de crise et de liaison intersectorielle (UCLI), un « poste avancé » du pôle de psychiatrie en extrahospitalier

L'unité de crise et de liaison intersectorielle est constituée d'un médecin psychiatre (0,3 ETP), de 3 infirmiers (3 ETP) et d'une secrétaire (0,2 ETP). Cette unité mobile de crise intervient sur les 3 secteurs du GHNE : Orsay (91G14), Massy (91G15) et Palaiseau (91G16). L'UCLI « a pour objectif de permettre une alternative à l'hospitalisation en proposant un suivi ambulatoire sur le temps de la crise et en favorisant l'accès aux soins. »²

2.3.4 ViaTrajectoire, une application très clivante

ViaTrajectoire est le logiciel national d'orientation obligatoire vers l'aval de l'aigu : SSR, HAD, EHPA et EHPAD. Il est structuré en deux parties, une partie médicale et une partie sociale. Ce logiciel est très clivant entre les services d'aigu et le SSR dont la sensibilisation au formalisme du dossier et au projet d'orientation dans sa dimension sociale sont différents.

Ainsi, les médecins d'aigu y voient surtout un logiciel chronophage dont la dimension sociale ne leur est pas familière. Au contraire les médecins du SSR sont habitués à travailler le projet social et ne passent sur le dossier, selon l'un d'entre eux, que « 15 à 20 minutes ». Ces derniers considèrent par ailleurs que la dimension sociale n'est pas l'apanage du SSR et doit être travaillé en amont.

Il y a toutefois un certain consensus sur les bénéfices et les limites de ViaTrajectoire. S'il assure un suivi et une traçabilité des transferts, il ne remplace pas les liens interpersonnels et les réseaux d'adressage traditionnels.

Identifier les multiples causes du <i>bed-blocking</i> est une démarche préalable incontournable pour préconiser des solutions. Cette variété de situations requiert des managers hospitaliers et des équipes médicales beaucoup de souplesse dans la prise en charge de la complexité biopsychosociale.
--

3 Repérer, adapter, décroisonner : comment réduire le phénomène *bed-blocker*

3.1 Repérer les patients âgés ou en difficulté psychosociale potentiellement *bed-blockers* pour adapter les prises en charge et fluidifier les parcours

Cette série de préconisations répond aux situations A (impasse administrative) et B (difficultés psychosociales) décrites dans la typologie en deuxième partie. Elles requièrent l'élargissement du rôle et du périmètre des équipes mobiles et un dispositif prédictif de repérage précoce des patients potentiellement *bed-blockers*. En psychiatrie, la réhabilitation psychosociale est une action de la Feuille de route en santé mentale de 2018 ; elle répond à la situation C (malades psychiatriques chroniques stabilisés).

3.1.1 Elargir le rôle de l'EMG et instituer des équipes mobiles spécialisées dans la médecine sociale

- Elargir le périmètre d'action de l'équipe mobile gériatrique

En interne, l'EMG est un levier d'identification des patients âgés. Elle permet d'anticiper dès l'aigu les difficultés futures à trouver un aval adapté. Toutefois, comme il a été décrit plus haut, l'EMG de Longjumeau n'a pas été en mesure de développer de nombreux contacts avec les partenaires extérieurs. Une équipe mobile extrahospitalière serait un dispositif adapté pour répondre à ce besoin.

En 2018, le GHNE a répondu en ce sens à un appel à projet de création d'une équipe mobile gériatrique extrahospitalière (EMGE) qui aurait été une extension des missions de l'EMG intrahospitalière. Sa candidature n'a pas été retenue en raison de l'offre territoriale existante. Néanmoins, le principe d'EMGE reste pertinent pour réduire le risque de *bed-blocking*. Parmi ses 4 missions figure « l'évaluation, l'expertise et l'intervention sur site », à savoir EHPAD, établissements médico-sociaux ou, en cas d'hébergement privé, en lien avec le médecin traitant et les intervenants à domicile. De la même manière que l'EMG intra intervient pour orienter le patient vers un aval adapté, l'EMG extra participerait à l'élaboration d'un projet de vie et à la prévention pour éviter les hospitalisations. Selon la directrice référente du pôle SSR/gériatrie, elle pourrait travailler avec les foyers logement, les foyers seniors ou résidences seniors ou encore les SSIAD ou les associations d'aide à la personne pour organiser l'orientation post-hospitalisation dans l'hypothèse où une chute empêcherait tout retour à domicile.

- Instituer des équipes mobiles de médecine sociale

La médecine sociale permet d'intégrer la dimension sociale à la compréhension de la maladie somatique ou mentale et d'adapter la prise en charge aux difficultés sociales rencontrées par le

patient. Le principe d'équipe mobile intra ou extrahospitalière pourrait être étendu au repérage précoce des risques sanitaires liées à la précarité. Cela permettrait, dans ses missions en extrahospitalier, « *de repérer les fragilités en amont et d'éviter les hospitalisations catastrophiques* » (dixit une personne en entretien) en travaillant en réseau avec des structures publiques ou associatives de prise en charge de la précarité.

Le CHU de Toulouse dispose d'un service de médecine sociale qui comprend la permanence d'accès aux soins de santé (PASS), une structure médico-sociale de type Lits Halte Soins Santé (décrite ci-dessous) et deux équipes mobiles : une équipe mobile sociale et de santé (EMSS) et une équipe mobile de psychiatrie et de précarité (EMPP). Cette dernière s'apparente à l'UCLI du GHNE ; elle s'adresse toutefois spécifiquement aux patients en situation de précarité.

La première a pour mission de repérer les patients par des « maraudes » et en répondant aux signalements du 115 ; d'accompagner les patients dans leurs relations avec le monde hospitalier et les structures médico-sociales et de les « *orienter vers la structure adaptée* » avec un objectif social de réinsertion « *des patients dans le circuit de droit commun* ». Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est son principal partenaire. Conformément à un service au croisement du sanitaire et du social, l'équipe est pluridisciplinaire : professionnels paramédicaux, sociaux et médicaux en font partie.

3.1.2 Repérer dès l'admission les bed-blockers potentiels

- Identifier les risques selon une approche prédictive

Le repérage des patients découle de la typologie réalisée à l'aide du PMSI et des fragilités relevées par l'enquête un jour donné. Un recensement précoce des patients fragiles dès l'hospitalisation permettrait aux équipes soignantes d'adapter leur prise en charge à la dimension psychosociale du patient. Un tel recensement permettrait également aux services sociaux de l'établissement de réduire la durée du blocage en engageant précocement les démarches de prise en charge dans une structure d'aval ou toute autre démarche nécessaire. Par ailleurs, le risque de rupture avec la famille s'accroît avec la durée de séjour. Un dialogue adapté aux circonstances de l'hospitalisation pourrait réduire les tensions.

Une thèse de médecine en santé publique (ABANE, 2015) avance l'intérêt d'utiliser « *un score de la complexité biopsychosociale* » d'origine suisse appelé INTERMED comprenant les informations concernant 5 domaines : biologique, psychologique, social, rapport au système de soin et le pronostic à 3 mois. Cette préconisation est corroborée par un médecin d'un service de SSR au GHNE qui a fortement insisté sur la nécessité d'intégrer la dimension psychosociale à la prise en charge des patients.

- Etablir un protocole d'actions piloté par les services sociaux

Un indicateur synthétique simple à partir de données connues à l'admission participant de la complexité psychosociale pourrait être expérimenté. Cet indicateur serait associé à un protocole d'actions au regard des situations à risque de blocage. Il intégrerait des données telles que :

Critère	Risques	Actions	Acteurs
Le mode de vie avant l'hospitalisation	Retour à domicile impossible	Evaluer le risque d'un retour impossible à domicile, dialoguer sur l'opportunité du recours à un EHPAD	Médecin Patient Famille
Les antécédents d'hospitalisation	Recours à l'hôpital comme alternative au domicile ou malade chronique difficile avec refus de la structure proposée	Dialogue précoce	Médecin Service social Patient Famille
L'âge	Barrière de l'âge à l'entrée de certains services ou certaines structures	Evaluer des alternatives (SSIAD, HAD, aide à domicile) ou en dialoguant avec l'aval pour obtenir une dérogation justifiée au critère de l'âge	Médecin Service social Patient Famille
La sévérité de la pathologie et la comorbidité	Manque de structure adaptée, réinsertion sociale complexe	Engager la famille à faire rapidement les démarches auprès de la MDPH	Service social Patient Famille
La couverture sociale	Indice éventuel mais partiel d'un recours à l'aide sociale (EHPAD) voire peut-être du risque d'hébergement à l'hôpital	Accompagner la famille dans ses démarches pour obtenir les aides nécessaires Dernier recours : facturation de la chambre	Service social Affaires financières Patient Famille
La protection juridique, existante ou à évaluer	Tuteur difficile à contacter, mise sous tutelle longue à obtenir	Identifier et contacter rapidement le tuteur, évaluer la nécessité d'une mise sous tutelle ou d'un changement de tuteur	Service social Patient Tuteur Juge des tutelles

Identité ou domiciliation impossible à déterminer	Impasse	Investigations approfondies	Service social Patient Famille le cas échéant
Patient étranger en situation irrégulière	Impasse, ordre de quitter le territoire	Accompagnement des démarches en préfecture dans la limite de l'acceptable	Service social Patient

L'assistante sociale interrogée a insisté sur l'utilité d'établir de manière périodique une réunion d'échange avec ses collègues. Ces réunions permettraient de signaler des situations à risque qui seraient traitées soit dans le service social uniquement, soit de manière pluridisciplinaire si cela est nécessaire. Dans ce dernier cas, la COSELI pourrait intervenir de manière préventive sur signalement du service social.

Cette préconisation requiert un nombre conséquent de travailleurs sociaux. C'est un investissement qui, au regard du coût associé au *bed-blocking*, pourrait faire l'objet d'une simulation de retour sur investissement.

3.1.3 Développer la réhabilitation psychosociale en réponse aux patients au long cours de psychiatrie

Le pôle de psychiatrie travaille en 2021 sur une réponse à un appel à projet de plateforme de réhabilitation psychosociale (RPS)⁷. La RPS est un mode de prise en charge multidimensionnelle de la maladie mentale associant des professionnels du soin autour du projet de vie du patient. Elle s'appuie sur un réseau comprenant une équipe pilote, des équipes référentes, les secteurs et des partenaires institutionnels et associatifs. Ce mode de prise en charge territorialisé de la maladie est conforme à l'action 18 de la Feuille de route nationale pour la psychiatrie et la santé mentale⁸. Il est susceptible d'apporter une réponse aux patients complexes en partenariat avec les Conseils locaux en santé mentale (CLSM) qui s'inscrivent également dans une logique de prise en charge de la complexité par un travail en réseau.

La RPS, qui comprend notamment le développement des habiletés sociales, accompagne la « personne » dans un retour adapté à la vie professionnelle et sociale. Elle est une réponse aux patients au long cours – des patients chroniques stabilisés qui occupent des lits au détriment de patients au stade aigu de la maladie. Le principe a été retenu par le chef de pôle de psychiatrie pour créer une unité ouverte destinée à ces patients. Cette unité nécessiterait moins d'ETP médicaux et plus de temps

⁷ [2021-04-27 AAP plateformes-territoriales RPSVF.pdf \(sante.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2021-04-27_AAP_plateformes-territoriales_RPSVF.pdf)

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

paramédical et de travailleurs sociaux. Ces derniers auraient pour mission d'activer tous les réseaux nécessaires : MDPH, Conseil départemental, bailleurs sociaux, établissements de type ESAT...

La réforme à venir du financement de la psychiatrie comprend un volet file active pour les hospitalisations. Les tarifs de certaines modalités de prise en charge – dont l'hospitalisation à temps plein – seront légèrement dégressifs pour inciter les établissements à maîtriser les durées de séjour. La RPS s'inscrit pleinement dans cet objectif de diminuer les durées de séjour des patients au long cours.

3.2 Fluidifier la prise en charge en adaptant le *bed management* et en développant un aval adapté

Il n'existe pas, au GHNE, de cellule *bed management* pérenne. Mais la situation sanitaire a contraint l'établissement à systématiser les recherches externes de lits à l'aide d'une équipe dédiée. Une pérennisation de cette cellule dont les missions seraient élargies à un *bed management* interne optimiserait l'adéquation de la prise en charge. Un aval dédié pour répondre à la difficulté psychosociale de type hôtel hospitalier a été écarté (situation B). Mais pour les patients sortant de réanimation, une Unité de soins prolongés complexes (USPC) serait appropriée et répondrait à la situation C (patients sortant de réanimation). Le GHNE a engagé une étude de faisabilité sur l'un de ses sites.

3.2.1 Développer le *bed management* intra et extrahospitalier

- Le *bed management* intra-GHNE

Le GHNE ne disposait pas de cellule de *bed management* jusqu'au printemps de cette année. En période de tension, la recherche de lits se fait en fonction des besoins ponctuels et en s'appuyant sur les complémentarités entre les trois sites MCO. En période de pandémie où il faut constamment équilibrer les lits COVID+ et COVID- en médecine et en réanimation en fonction des deux flux aux urgences ainsi que des transferts, le *bed-blocking* par utilisation inadéquate de lits doit être absolument évité pour ne pas entraîner de perte de chance des patients.

Désormais acquise, la pérennisation de cette cellule sera bénéfique dans un groupe hospitalier tri-site. Les difficultés de communication voire les attitudes non-coopératives entre services d'une même spécialité mais de sites différents est préjudiciable à la prise en charge du patient et un obstacle à l'optimisation de l'usage des lits. Ces difficultés sont augmentées en période estivale de rareté de l'offre et, en crise épidémique, de pression par la demande.

- Le *bed management* extra-GHNE

Une cellule de *bed management* destinée à faciliter les transferts de patients sans solution pérenne de prise en charge a été instituée au printemps 2021 et réactivée en août. Sur une période de 15 jours en

mars, 50 demandes ont été formulées par les services d'urgence, de médecine et de pneumologie essentiellement. En moyenne, 10 appels par jour ont été réalisés, 24 demandes ont abouti, le temps moyen d'appel par les secrétaires était de 66 minutes.

Le GHNE gagnerait à instituer une même cellule *bed management* articulant l'intra et l'extrahospitalier. Cette cellule éviterait par exemple aux services de chercher à transférer hors GHNE avant d'avoir épuisé toutes les solutions en interne sans pour autant réduire la part de taux d'occupation frictionnel nécessaire.

3.2.2 Un management et des structures adaptées issues d'expériences européennes

- Le « *buffer management* »

La littérature sur le *bed management* comme levier d'optimisation de la gestion des lits est abondante, mais elle ne répond pas *stricto sensu* à la problématique des *bed-blockers*, sauf à considérer qu'un patient bloquant doit être déplacé d'un service à un autre en fonction de la cartographie conjoncturelle des tensions sur les lits.

Certains pays ont développé des structures d'accueil péri-hospitalières pour réguler les flux de patients. Ces structures participent d'un *bed management* spécifique, qualifié dans un article néerlandais (MUR-VEEMAN, 2011) de « *buffer management* » que l'on peut traduire par « *gestion des interfaces* » ou « *gestion intermédiaire du parcours de soins* ». Ce sont des services ou des bâtiments dédiés dont la fonction est d'accueillir les *bed-blockers*.

- Les expériences européennes de structures péri hospitalières intermédiaires

Aux Pays-Bas, où ces structures sont qualifiées en anglais d'« *Intermediate Care Departments* », 85 % des hôpitaux étaient dotés de telles structures. En Autriche, elles sont qualifiées d'« *After Care Areas* » et ont la même fonction. Ces structures « *tampons* » (« *buffer* ») accueillent des patients en aval de l'aigu et du SSR et en attente d'une place en maison de retraite.

Toutefois, en déplaçant la file d'attente vers un aval dédié, ces structures ont déplacé le problème plus qu'elles ne l'ont résolu. Mais le champ de l'étude néerlandaise est strictement organisationnel et l'impact financier ne fait l'objet d'aucune évaluation. De la même manière que les hôtels hospitaliers réduisent les coûts de prise en charge, ces structures intermédiaires induisent vraisemblablement une réduction des coûts.

- Les hôtels hospitaliers, un « *buffer management* » à la française ?
- *Les hôtels hospitaliers : cadre légal et structure projetée au GHNE*

Les hôtels hospitaliers peuvent-ils participer de ce « *buffer management* » en accueillant des patients médicalement sortants ? L'article 53 de la loi du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale et son décret d'application du 12 décembre 2016 ont posé le cadre légal et réglementaire de ces structures. En 2020, un rapport au Parlement dresse le bilan de l'expérimentation⁹. Sur les 41 établissements autorisés à développer ces structures, 29 s'étaient effectivement engagés. Selon un article d'Hospimedia (QUEQUINIER, septembre 2020) le bilan est mitigé. La concentration des séjours est forte car 75% d'entre eux sont réalisés par 4 structures adossées à 4 établissements de santé, au premier rang desquels l'Institut Gustave Roussy à Villejuif. Le modèle de financement en est principalement la cause ; un projet d'arrêté établirait une prise en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 80 euros.

Le GHNE s'est engagé dans l'aménagement d'une structure dédiée sur le site du nouvel hôpital sur le plateau de Saclay.

- *Les recommandations de la HAS écartent la plupart des profils de *bed-blockers**

Ces structures sont peu appropriées aux *bed-blockers*. En 2015, la HAS avait publié des recommandations quant aux critères d'éligibilité des patients « à un hébergement à proximité d'un établissement de santé. » La plupart de ces critères écartent les patients *bed-blockers*. En effet « *le mode de financement [des hôtels hospitaliers] qui sera fixé à l'issue de l'expérimentation peut constituer un critère d'exclusion pour des patients ayant des difficultés sociales, dès lors que le reste à charge serait conséquent. Le patient resterait alors hébergé dans la structure de prise en charge initiale.* » Le coût des nuitées peut effectivement atteindre 110€ dans certaines structures. Il existe un risque de confusion entre politique sanitaire et politique sociale : en accueillant les patients dont la situation sociale est précaire, les hôtels hospitaliers risqueraient de glisser vers l'hébergement social voire l'hébergement d'urgence et perdre ainsi de leur finalité.

Par ailleurs, la durée d'hébergement après hospitalisation ne devrait pas excéder « *une durée limitée* » à 15 jours et la prise en charge s'insérerait « *dans le parcours de soins du patient* ». Enfin, à l'exception notable de l'attente d'une place en SSR si le patient ne présente pas de « *troubles temporo-spatiales* », ces structures ne sauraient constituer des « *salles d'attente* » avant une prise en charge dans une

⁹ Rapport relatif à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés pour patients, transmis à la commission des affaires sociales

structure d'aval telles les EHPAD. La vocation des hôtels hospitaliers est donc différente des finalités des structures de « *buffer management* ».

Les fiches de renseignement de l'enquête réalisée au GHNE confirment cette inadéquation. Les chefs de services ont répondu pour 21 des 22 patients *bed-blockers* identifiés :

Structure adéquate	7 patients soit 33% de l'échantillon <i>dont 1 pour qui cela dépendrait du reste à charge</i>
Structure inadéquate	14 patients soit 66% de l'échantillon <i>dont 7 dont la dépendance est avérée</i>

3.2.3 Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) et Services de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)

- Des unités spécifiquement dédiées à la prise en charge de patients complexes

Ces deux structures sont des réponses à des impasses hospitalières ou des ruptures dans le parcours de soin. Elles sont explicitement conçues par l'ARS francilienne pour adapter l'offre à des parcours complexes, réduire l'inadéquation de la prise en charge et, par conséquent, résoudre le problème structurel des parcours bloqués ou complexes¹⁰.

L'USPC est adaptée aux patients lourds avec des comorbidités (somatiques, comportementales et psychiatriques). Patients trop complexes pour séjourner dans une structure médico-sociale et trop jeunes pour être accueillis en USLD, ils sont à l'intersection de la réanimation, de la médecine, de la psychiatrie et du médico-social. Le prise en charge est sans limitation de durée. L'Assurance Maladie finance le volet médical et le patient, l'hébergement. Il existe en Île-de-France 96 lits d'USPC pour 5 sites retenus.

Il n'existe en 2021 aucune USPC dans l'Essonne. Néanmoins le département dispose d'un SRPR à orientation pneumologique. Comme pour les patients éligibles aux USPC, les patients éligibles aux SRPR ne trouvent pas de solution de prise en charge adéquate. Ils sont donc en impasse hospitalière et occupent des lits de manière inadéquate. Inadaptés au MCO, avec une lourdeur et une dépendance aux dispositifs médicaux trop élevée qui rend le SSR adaptée, ce sont des unités pour des patients sortant de réanimation ou de soins intensifs/continus qui sont un recours en cas d'occupation inadéquate de lits, comme le GHNE a connu pour un patient pendant plusieurs mois. Il existe 94 lits de SRPR sur 9 sites dans la région.

¹⁰ [Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\) | Agence régionale de santé Ile-de-France \(sante.fr\)](#)

- L'USPC : un projet qui s'inscrit au GHNE dans un projet immobilier renouvelé

Sur proposition du chef de pôle de SSR/gériatrie, le GHNE étudie la possibilité d'élargir son offre d'aval par une USPC. Cette proposition s'inscrit dans le projet immobilier renouvelé du GHNE qui prévoit le maintien sur une durée encore indéterminée du Centre hospitalier de Longjumeau parallèlement à l'offre MCO regroupée dans le nouvel hôpital. Une demi-aile de 12 lits pourrait accueillir des patients du département. L'USPC est financée par dotation et, en application du cahier des charges daté de 2019¹¹, disposer des personnels suivants pour un RH total estimé à 1 000-1 100 k€ par an :

Métier	ETP	Estimation coût annuel moyen brut + primes
<i>MPR + autre spécialités médicale</i>	<i>0,5</i>	60 k€
<i>Cadre</i>	<i>0,25</i>	15 k€
<i>IDE</i>	<i>5,8</i>	290 k€
<i>AS</i>	<i>11,6</i>	464 k€
<i>Personnels de rééducation</i>	<i>1,5</i>	75 k€
<i>Psychologue</i>	<i>0,5</i>	25 k€
<i>Animateur</i>	<i>1,5</i>	60 k€
<i>Assistante sociale</i>	<i>0,5</i>	26 k€
<i>Secrétaire</i>	<i>0,5</i>	22 k€
Total		1 000 à 1 100 k€

Ce projet repose toutefois sur deux préalables. C'est d'abord la capacité à faire intervenir des acteurs médicaux et paramédicaux de la rééducation dans un environnement attractif, soit en proposant à des professionnels salariés du GHNE des consultations libérales, soit en proposant à des professionnels de ville d'intervenir après leur journée de consultation. Enfin, eu égard au besoin réduit en ETP médicaux d'une telle structure (0,5 ETP), les médecins des services d'aval du MCO devront intervenir dans plusieurs services, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

¹¹ [cahier des charges USPC-v ARS 30 janvier 2017VDEF \(sante-idf.fr\)](http://sante-idf.fr)

3.3 Décloisonner les sphères sanitaires, médico-sociale et sociales

L'aval le plus approprié pour répondre aux difficultés psychosociales (B) requiert le découplage entre le sanitaire, le médico-social et le social. Des expériences européennes peuvent être une source d'inspiration mais leur transposition n'est pas toujours réaliste. Il existe par ailleurs en France des exemples de structures dédiées dont le GHNE pourrait s'emparer avec accord de l'ARS.

3.3.1 Les expériences européennes peuvent-elles inspirer le paysage sanitaire et médico-social français ?

- Contraindre les collectivités à trouver des solutions d'aval ?

En Suède, où le sanitaire est du ressort des comtés et le médico-social, des municipalités, une réforme a instauré une incitation financière pour contraindre les municipalités à trouver des solutions de prise en charge en aval (BERNSTEIN, 2015) dans un délai de trois mois à compter de la sortie médicale. Passé ce délai, l'hôpital facture à la municipalité le coût de la prise en charge à un tarif majoré désincitatif. Cette réforme, au bilan positif d'après l'article, a conduit à « *l'émergence de nouvelles maisons de proximité appelées "centres pour séniors"* ». C'est donc un mode de financement indirect des structures médico-sociales qui, en France, sont peu nombreuses au regard des besoins.

Néanmoins, il paraît très improbable d'engager la France dans une telle démarche car elle requiert, pour en assurer l'acceptabilité et la viabilité économique, une tradition de décentralisation doublée d'un haut niveau d'autonomie financière des collectivités.

- Créer un GHS couvrant le parcours de soin au-delà la prise en charge hospitalière ?

En Angleterre, où les structures de type SSR participent du médico-social, le même auteur (BERNSTEIN, 2015 ; 2016) a identifié plusieurs leviers de découplage dont la création d'un GHS incluant le court séjour et le SSR. Il s'agit de « *post-discharge tariffs qui comprennent l'ensemble du parcours de soins du patient hospitalisé* ». « *Les établissements deviennent acheteurs des soins de suite et de réhabilitation.* »

Ce dispositif est susceptible d'inspirer le financement au parcours de soins pour les maladies chroniques, dont le rapport Aubert sur le financement du système de santé a fait la proposition. Elle maintiendrait l'hôpital à l'articulation de la prise en charge des malades chroniques, en partenariat avec la médecine de ville et en particulier le médecin traitant.

3.3.2 Développer les structures de prise en charge médicale de la précarité

En 2021, l'ARS a lancé deux appels à projet de création d'une unité de Lits haltes soins santé (LHSS) et de Lits d'accueil médicalisés (LAM). Ces unités médico-sociales sont réservées à des patients en situation de grande précarité selon les modalités suivantes :

	LAM	LHSS
Public cible	Personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures	Personnes majeures en situation de précarité, atteinte de pathologies chroniques, ayant nécessité de soins médicaux et paramédicaux
Missions	<ul style="list-style-type: none"> •Prise en charge médico-sociale globale, pluridisciplinaire, de durée adaptée, associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique et un accompagnement social • aide à la vie quotidienne adaptée • mise en place d'un accompagnement social personnalisé •élaborer avec la personne un projet de vie et le mettre en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés • Mettre en place un accompagnement social personnalisé • Elaborer avec la personne un projet de sortie individuel.
Durée prévisionnelle de séjour	En fonction des besoins, réactualisée régulièrement	2 mois maximum
Lien avec sphères sanitaire, sociale et médico-sociale	Conventions avec établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques , peuvent être conclues avec une structure d'hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> •Unité adossée à une structure existante •conventions avec établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques pouvant intégrer une mise à disposition
Ressources	Médecin responsable, IDE, aides-soignantes, travailleurs sociaux, AS	Médecin responsable, IDE, aides-soignantes, travailleurs sociaux
Financement	204,168€/jour/lit en 2019 (dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie)	115,164€/jour/lit en 2020 (dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie)

Ces structures, dont l'une fait partie du service de médecine sociale du CHU de Toulouse, sont une réponse aux difficultés à trouver un aval adapté aux patients les plus complexes. Toutefois, le delta entre le financement et le coût réel ne permet pas d'atteindre l'équilibre financier. Voici une estimation du delta pour 12 lits de LAM en conservant les ratios d'encadrement des USPC, étant entendu que cette estimation ne comprend pas les investissements et amortissements :

Coût RH	1 000 à 1 100 k€
Dotation	204,168€ x 12 x 365 ≈ 895 k€
Delta	De -100 à -200 k€

Le conventionnement avec les LHSS et LAM du département serait une opportunité de sortie de patients du GHNE dont la prise en charge essentiellement médicale est inadéquate. L'Essonne bénéficie d'une structure de type LHSS dont le fonctionnement est assuré par la Croix-Rouge avec laquelle le GHNE pourrait signer une convention pour sécuriser son aval.

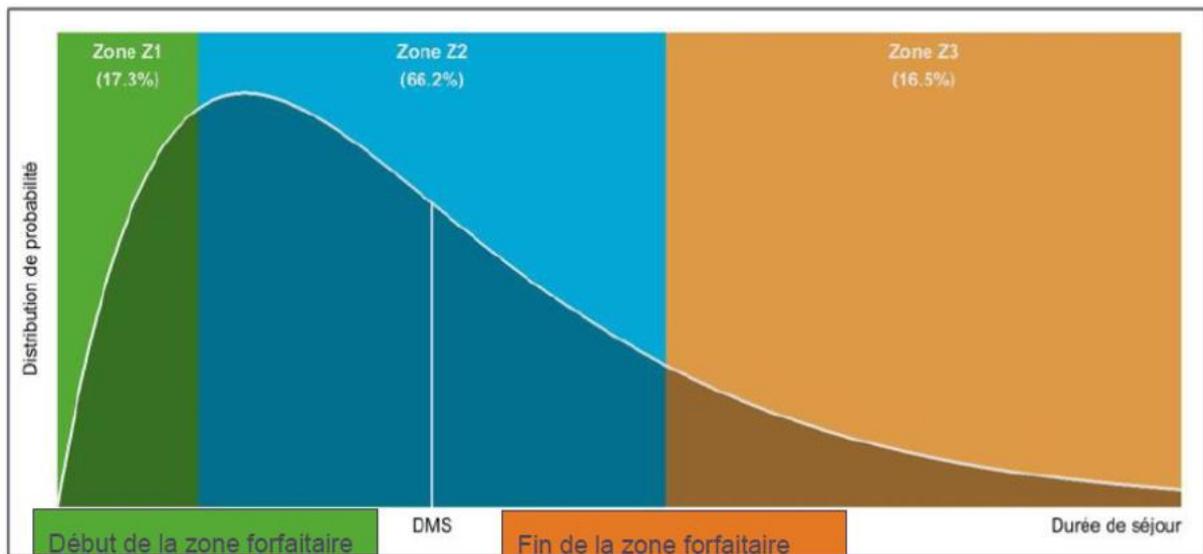
Une alternative serait, pour le GHNE, de créer sa propre unité de médecine sociale. Etant donnée la précarité du Nord-Ouest essonnien décrite en introduction, une ambition médico-sociale pilotée par un établissement de santé répondrait à un besoin du territoire. Or le GHNE a reçu au printemps 2021 l'autorisation, de l'ARS, de sortir la cession des sites de Longjumeau et d'Orsay du dispositif de financement du nouvel hôpital. Si le Centre hospitalier d'Orsay doit être vendu, le bâtiment longjumellois sera conservé au-delà de 2024. Le GHNE a engagé une réflexion sur l'opportunité d'y installer une unité de médecine sociale.

3.4 Valoriser les séjours longs ?

- La réforme du financement du SSR : compromis entre incitation à la maîtrise des durées de séjour et valorisation minimale de la « zone haute » ?

La réforme du financement du SSR, amorcée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, a engagé une transition vers une meilleure prise en compte de l'activité. Le compartiment activité du financement sera toutefois limitée à 50%. La réforme s'appliquera au 1^{er} janvier 2022.

Tout en désincitant aux séjours longs, ce nouveau système combine une logique T2A et logique durée de séjour. En-deçà et au-delà d'une « zone forfaitaire » qui s'apparente au GHS de l'activité MCO, les établissements reçoivent un supplément journalier, selon le modèle suivant (source ATIH) :



Il est entendu que le supplément de la zone haute ne rémunère pas l'établissement à hauteur des coûts fixes engagés et des pertes en non-recettes.

- Moduler le niveau de sévérité en fonction du niveau de précarité ?

Les codes de précarité ont été introduits mais ils n'ont pas d'impact sur le niveau de sévérité – et donc sur la valorisation en GHS des GHM. Moduler le niveau de sévérité en intégrant ces codes serait une reconnaissance de la corrélation entre séjours longs et difficultés psychosociales. Cela permettrait de moduler le GHS en fonction des spécificités du territoire.

Cette préconisation s'inscrit dans la même ambition que la dotation populationnelle en SSR, psychiatrie et aux urgences. Parmi les critères retenus figure en effet le niveau de pauvreté.

Entre démarche prédictive et anticipation, actions préventives territorialisées, ouverture du *bed-management* vers l'extérieur et unités de prise en charge adaptées, les solutions existent. Elles nécessitent de redéployer certaines ressources humaines et matérielles. Certains investissements, dont le montant au regard du coût élevé du *bed-blocking* doit être évalué, sont un levier d'optimisation de la prise en charge.

Conclusion

Les missions d'intérêt général portées par les hôpitaux publics suscitent de nombreuses problématiques qui sont sources de tensions voire de clivages. Peu fréquentes sont les difficultés majeures dont la résolution est un objectif consensuel parmi toute la communauté d'acteurs motivés par le soin : patients, médecins, paramédicaux, direction, tutelles...

Les *bed-blockers* sont un enjeu majeur de santé publique et un défi organisationnel pour les établissements de santé. Chacun à son niveau doit rivaliser d'imagination pour adapter une offre de soins à des cas à la fois variés et hautement complexes. L'hybridation des solutions est incontournable pour répondre aux besoins de ces « patients-frontières », à l'interface des unités de soins à l'hôpital (médecine et réanimation, SSR et MCO, somatique et psychiatrique...) et des étapes du parcours de soin (amont sanitaire, aval médico-social ou d'hébergement pour personnes âgées) avec la nécessité d'aménager la possibilité d'allers-retours entre amont et aval autant que de besoin.

Répondre au problème des *bed-blockers* qui sont aussi, malgré eux, des patients bloqués, c'est accompagner les efforts continus de l'hôpital pour apporter une réponse à toutes les situations, si complexes soient-elles, et donc poursuivre sa mission d'intérêt général.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Sur les Lits halte soins santé et les Lits d'accueil médicalisés

Art. D312-176 et suivants du Code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issues du Décret n° 2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation des structures dénommées « lits halte soins santé » (LHSS) et « lits d'accueil médicalisés » (LAM)

Sur les hôtels hospitaliers

Art. 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale

Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients

Sur les unités de soin de longue durée

Art. 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale

Circulaire N°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

ENQUETES ET RAPPORTS

AP-HP, 2017, Direction des patients, des usagers et des associations, *Patients complexes, séjours longs. Prise en charge sociale : quels recours ?*

HAS, 2015, *Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé*

JEANDEL Claude, GUERIN Olivier, juin 2021, *Unités de soins de longue durée et EHPAD*

Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés pour patients, 2020

SOUDRIE Brigitte, KIEFER Damien, 2014, *Enquête « Bed-Blockers »*, CRFTC, ARS

SANESCO, 2011, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, ministère de la Santé et des Sports

PERIODIQUE ET REVUES

APM NEWS, 3 août 2021, « Hôtels hospitaliers : un projet d'arrêté fixe le forfait de la nuitée prise en charge par l'assurance maladie à 80 euros »

BERNSTEIN David, janvier 2015, « Comment développer l'aval des hospitalisations ? Leçons d'Angleterre et de Suède », *Espace social européen*, n°1060

BERNSTEIN David, février 2016, « Fongibilité des enveloppes du sanitaire et du médico-social. L'expérience anglaise », *Espace social européen*, n°1083

COUILLIOT Marie-France, GRYSON Nicole, GOUIGNARD Sébastien, avril 2014, « Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et réadaptation gériatrique », *La Revue de Gériatrie*, tome 39, n°4

DE FLOOR Julie, LECLERQ Pol, VAN DEN BULCKE Julie, PIRSON Magali, 2017, « Impact des patients « *bed blockers* » sur les coûts hospitaliers et évaluation des obstacles à la sortie, étude prospective au sein de 4 hôpitaux belges, *Journal de gestion et d'économie médicale*, 2017/4-5 (vol. 35)

HELLMAN Romain, DE MONTALEMBERT Pierre, WASMER Guillaume, juin-juillet 2020, « Gestion des lits en Île-de-France : une cellule régionale de recherche des lits », *Gestion hospitalière*, n°597

LAUGENT Margaux, septembre 2015, « Les hôtels hospitaliers. Quelles opportunités pour le système de santé ? », *Gestion hospitalière*, n°548

LENZI Jacopo, MONGARDI Maria, RUSSI Paola et al., 2014, « Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges : a cross-sectioned study », *BMC Health Services Research*, 14 :128

MUR-VEEMAN Ingrid, GOVERS Mark, 2011, « Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows », *International Journal of Integrated Care*, 11:80

QUEQUINIER Thomas, septembre 2020, « Les hôtels hospitaliers peinent à décoller faute de modèle économique », *Hospimedia*

WATREMETZ Lydie, 19 juillet 2021, « Les acteurs médico-sociaux boudent les GHT qui ont montré de sérieux atouts dans la crise », *Hospimedia*

MEMOIRE DE L'EHESP

EVAIN Aldric, 2018, *La territorialisation des urgences comme réponse à la concentration des plateaux techniques. L'exemple de la mise en place de centres de consultation et soins urgents, en marge de la construction de l'hôpital unique sur le site de Saclay au lieu de trois sites MCO actuels*, EHESP

ROBIOT, Laurine, 2018, *De la planification au déploiement d'une nouvelle activité. L'exemple de l'Unité de soins prolongés complexes à l'hôpital du Vésinet*, EHESP

THESES DE MEDECINE

ABANE Jasmine, 2015, *Intérêt du score INTERMED dans la prédiction des séjours hospitaliers prolongés en SSR*, thèse de doctorat en médecine, Université de Lille

COLLINET Laura, 2018, *Les bed blockers du CHUPPA résidant hors Guadeloupe : leurs parcours et les conséquences sur la santé publique*, thèse de doctorat de médecine, Université des Antilles et de la Guyane

DE GAILLARD Claire, 2004, *Prévalence des patients identifiés « bed-blockers » dans les unités de court séjour et de soins de suite et réadaptation du Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers : enquête un jour donné*, thèse de doctorat en médecine, Université de Poitiers

SITES INTERNET

[En Île-de-France, la pauvreté s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés - Insee Analyses Ile-de-France - 76](#)

[ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(sante.fr\)](#)

[Analyses et actualités des PMSI MCO, SSR, PSY et HAD \(lespmsi.com\)](#)

[Médecine sociale - Centre Hospitalier Universitaire \(CHU\) de Toulouse \(chu-toulouse.fr\)](#)

Liste des annexes

ANNEXE I : liste des personnes interrogées

ANNEXE II : axes des entretiens semi-directifs

ANNEXE III : durées de séjour en médecine, SSR et psychiatrie

ANNEXE IV : codes de précarité en médecine

ANNEXE V : fiche de signalement COSELI

ANNEXE VI : fiche de recueil de données de patients *bed-blockers* / au long cours

ANNEXE I : LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS RETRANSCRITS

- **Sandrine BEDNARSKI** : directrice des Affaires médicales et directrice référente des pôles SSR/gériatrie et psychiatrie
- **Dr Fouad DAOUDI** : chef de service du SSR neurologiques
- **Axelle DRUELLE** : assistante sociale
- **Dr Céline DUVAL** : chef de service de médecine polyvalente
- **Dr Teim GHANEM** : vice-président de CME, chef de pôle de psychiatrie
- **Dr Patrick SIKIAS** : chef de service du SSR gériatrique

ECHANGES

- **Géraldine GUILLART** : AAH
- **Cédric LUSSIEZ** : Directeur général
- **Dr Jean-Philippe PALLISER** : chef du département d'information médicale
- **Edith PICARD** : coordinatrice de la consultation post-AVC

ANNEXE II : AXES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

- Origine de l'expression « *bed-blockers* »
- La définition de *bed-blocker*
- Les différents profils de *bed-blockers*
- La proportion/le nombre de patients *bed-blockers*
- Les points bloquant la sortie des *bed-blockers*
- Les solutions existantes, la COSELI
- Les solutions possibles pour débloquer les situations

ANNEXE III : DURÉES DE SÉJOURS EN MÉDECINE, SSR ET PSYCHIATRIE

Médecine

Indicateurs	Toutes durées	>=21j	>=30j	>=60j	>=90j	>=120j
Séjours R.U.M.						
Nombre de RUM dans la base	47 891	1 646	710	55	13	3
Nombre de RUM ayant un IGS2 > 0	1 030	107	55	4	1	
IGS2 moyen des RUM (Valeur 0 exclue)	42,11	42,21	42,85	36,00	47,00	
IGS2 moyen des RUM (Valeur 0 exclue) sans effet de l'age	31,75	27,94	28,89	23,25	31,00	
Séjours R.S.S.						
Nombre de RSS dans la période	41 291	983	402	35	9	2
Nombre de RSS mono-unité	36 361	502	192	20	5	1
Age moyen par RSS (hors CMD 15)	49,57	76,90	76,79	70,61	64,34	57,98
% d'hommes	44,10	51,88	51,99	65,71	66,67	100,00
Taux de décès	1,93	9,97	10,70	5,71	0,00	0,00
Durée Moyenne de Séjour brute des RSS	4,24	31,42	42,14	83,83	119,56	168,00
Nombre de journées brut des RSS	175 056	30 889	16 939	2 934	1 076	336
ICR bloc	3 568 492	250 753	132 287	16 567	5 567	264
ICR anesthésie	843 553	3 235	1 490	58	58	20
ICR réanimation	196 366	48 096	28 240	3 699	644	0
Patients						
Nombre de RSS avec identifiant patient défini	40 440	977	400	35	9	2
Nombre de patients (file active)	28 715	916	386	35	9	2
Valorisation de l'activité						
Valorisation T2A	98 833 762	10 014 798	5 262 902	736 772	261 202	67 835
basée sur	41 274	983	402	35	9	2
C.A. moyen par RSS	2 394,55	10 187,99	13 091,80	21 050,62	29 022,42	33 917,35
C.A. moyen par journée brute	564,75	324,22	310,70	251,12	242,75	201,89
Valorisation AM	90 860 426	9 217 150	4 849 502	669 840	234 569	59 308
Valorisation journées de Réa	2 606 697	750 178	557 239	26 714	5 170	0
Nombre de séjours extrême bas	136	0	0	0	0	0
Nombre de séjours extrême haut	861	429	258	35	9	2

SSR

Semaines						
	>=90j	>=120j	>=150j	>=180j	>=210j	>=240j
Nombre de semaines dans la base	1 701	1 069	855	576	462	200
Nombre de journées de présence	11 305	7 183	5 779	3 919	3 153	1 377
Nombre de semaines dépendance physique supérieure à 12	1 066	621	503	342	288	84
Nombre de semaines dépendance cognitive supérieure à 6	309	190	177	110	90	34
Séjours SSR						
Nombre de séjours	98	51	36	24	17	7
Nombre de séjours d'une seule semaine	0	0	0	0	0	0
Nombre d'admissions	71	31	19	12	8	3
Nombre de sorties	71	34	25	14	11	4
Nombre de séjours "déjà commencés"	27	20	17	12	9	4
Nombre de séjours "non encore finis"	27	17	11	10	6	3
Nombre de séjours "déjà commencés et non encore finis"	0	0	0	0	0	0
Patients						
Nombre de patients (file active)	93	49	36	24	17	7

Psychiatrie

Séjour		>=292j	>=365j	>=584	>=730j
Nombre de séjours	séjour(s)	153	131	72	12
Nombre de séquences	RPS	542	456	324	50
Âge moyen	an(s)	34,55	34,75	36,06	56,92
Nombre de patients	patient(s)	153	131	72	12
Activité ambulatoire		Année 2019	Année 2019	Année 2019	Année 2019
Patient		Année 2019	Année 2019	Année 2019	Année 2019
Nombre de patients	patient(s)	153	131	72	12
Nombre de nouveaux patients	patient(s)	5	3	1	0

ANNEXE IV : LES CODES DE PRÉCARITÉ EN MÉDECINE

NB : les codes de précarité étant particulièrement nombreux, le choix a été fait de ne les reproduire qu'en médecine. La totalité des diagnostics associés significatifs de 2019 ont été comptabilisés

		>=21j en nombre de RSS	>=30j en nombre de RSS	>=45j en nombre de RSS	>=60j en nombre de RSS	>=90j en nombre de RSS	>=120j en nombre de RSS
	Total des RSS tous DAS	19918	8977	2665	974	253	43
	Total des RSS DAS précarité	2060	903	280	103	32	9
Z71.3	Surveillance et conseils diététiques	430	188	48	15	4	1
Z74.0	Besoin d'assistance du fait d'une mobilité restreinte	417	176	50	14	6	2
Z74.1	Besoin d'assistance et de soins d'hygiène	394	171	56	19	4	1
Z60.20	Personne vivant seule à son domicile	254	110	28	11	4	1
Z75.1	Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat	175	102	38	15	5	1
Z65.8	Autres difficultés précisées liées à certaines situations psychosociales	50	22	8	5	3	2
Z74.2	Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins	39	20	6	4	0	0
Z74.3	Besoin d'une surveillance permanente	27	11	5	1	0	0
Z60.30	Difficultés liées à la langue	26	7	3	2	1	0
Z63.4	Difficultés liées à la disparition et au décès d'un membre de la famille	23	8	2	1	0	0
Z59.12	Logement inadéquat du fait de l'état de santé de la personne	21	12	5	3	0	0
Z63.6	Difficultés liées au fait d'avoir un parent à charge au domicile, nécessitant des soins	21	5	1	1	0	0
Z63.5	Difficultés liées à la dislocation de la famille par séparation et divorce	18	5	1	0	0	0
Z63.8	Autres difficultés précisées liées à l'entourage immédiat	15	7	2	0	0	0
Z59.13	Logement en habitat temporaire ou de fortune	11	5	1	0	0	0

Z59.70	Absence de couverture sociale	10	5	3	0	0	0
Z59.8	Autres difficultés liées au logement et aux conditions économiques	10	6	4	4	2	0
Z59.0	Difficultés liées au fait d'être sans abri	9	1	1	0	0	0
Z59.10	Logement insalubre ou impropre à l'habitation	9	4	2	1	0	0
Z71.4	Conseil et surveillance pour alcoolisme	9	2	0	0	0	0
Z71.8	Autres conseils précisés	8	3	2	0	0	0
Z56.0	Difficultés liées au chômage, sans précision	7	2	0	0	0	0
Z72.4	Difficulté liées au régime et habitudes alimentaires inadéquats	7	1	1	1	0	0
Z59.61	Bénéficiaire de l'AME	6	3	1	0	0	0
Z59.78	Couverture sociale et secours insuffisants, autres et non précisés	6	2	0	0	0	0
Z59.58	Situations de pauvreté extrême, autres et sans précision	5	3	2	2	0	0
Z60.28	Solitudes, autres et non précisées	4	3	3	1	0	0
Z60.8	Autres difficultés liées à l'environnement social	4	2	1	1	1	0
Z57.3	Difficultés liées à l'exposition professionnelle à d'autres polluants atmosphériques	3	2	1	0	0	0
Z59.68	Faibles revenus, autres et non précisés	3	0	0	0	0	0
Z60.38	Difficultés d'acculturation, autres et non précisées	3	2	1	1	1	1
Z60.4	Difficultés liées à l'exclusion et au rejet sociaux	3	2	1	0	0	0
Z63.7	Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer	3	0	0	0	0	0
Z71.6	Conseil pour tabagisme	3	2	0	0	0	0
Z55.00	Analphabétisme et illettrisme	2	0	0	0	0	0
Z59.60	Bénéficiaire de la CMUc	2	0	0	0	0	0
Z60.1	Difficultés liées à une situation parentale atypique	2	1	0	0	0	0

ANNEXE V : FICHE DE SIGNALEMENT COSELI

		INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT	
	Entrée CH-2V Nom du service et date d'entrée:		
	PERSONNES EN CHARGE DU DOSSIER:		
	Méd:	CS:	AS:
	MOTIF:		
Date SORTIE prévue :			
ORIENTATION envisagée : famille d'accueil			
PROVENANCE : Domicile <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser:			
SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> marié(e)/en couple <input type="checkbox"/> divorcé(e)/séparé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) Vit SEUL(E) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser: <i>fil(s) âgé(s) de 16 ans</i>			
AIDES A DOMICILE pré existantes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui préciser (organisme, heures, ...):</i>			
MEDECIN TRAITANT :			
PERSONNE DE CONFIANCE :			
Le patient fait l'objet d'une MESURE DE PROTECTION : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice <i>Organisme de tutelle ou nom du tuteur :</i>			
TYPES DE SEJOUR : Long <input type="checkbox"/> > 21 jours MCO <input type="checkbox"/> > 45 jours SSR <input type="checkbox"/> Complexe (multiples problématiques, pathologie) <input type="checkbox"/> Inadapté <input type="checkbox"/>			
DIFFICULTES RENCONTREES			
<input type="checkbox"/> Perte autonomie	<input type="checkbox"/> Accès aux droits	<input type="checkbox"/> Problème financier	<input type="checkbox"/> Abs. de domicile
<input type="checkbox"/> Lourdeur des soins	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/> Absence ou refus des structures d'aval	<input type="checkbox"/> Isolement
<input type="checkbox"/> Situation familiale/administrative complexe	<input type="checkbox"/> Hospitalisation sans motif médical (>30 jours)		
Résumé synthétique de la situation:			
Date	Type de démarche	Par qui	Commentaire
PARTENAIRES CONTACTES ET /OU INTERVENUS DANS LA PRISE EN CHARGE			
INTRA HOSPITALIERS		EXTRA HOSPITALIERS	
ADMISSIONS <input type="checkbox"/>	HAD <input type="checkbox"/>		
CLIENTELE <input type="checkbox"/>	EHPAD <input type="checkbox"/>		
AFFAIRES JURIDIQUE <input type="checkbox"/>	MDPH <input type="checkbox"/>		
CRUOPC <input type="checkbox"/>	SSR <input type="checkbox"/>		
SERVICE SOCIAL <input type="checkbox"/>	CPAM <input type="checkbox"/>		
DIRECTEUR REFERENT PÔLE <input type="checkbox"/>	DDASS <input type="checkbox"/>		
MEDECIN RESPONSABLE PÔLE <input type="checkbox"/>	MUTUELLE <input type="checkbox"/>		
SERVICE SOINS AUTRE <input type="checkbox"/>	MEDECIN LIBERAL <input type="checkbox"/>		
PASS <input type="checkbox"/>	PRESTATAIRES DE SERVICE <input type="checkbox"/>		
KINESITHERAPEUTES <input type="checkbox"/>	PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX <input type="checkbox"/>		
PSYCHIATRIE DE LIAISON <input type="checkbox"/>	SSIAD <input type="checkbox"/>		
AUTRES : <input type="checkbox"/>	RESEAUX (GERONTOLOGIE, ONCOLOGIE ...) <input type="checkbox"/>		
	AUTRES : <input type="checkbox"/>		

ANNEXE VI : FICHE DE RECUEIL DE DONNÉES DE PATIENTS BED-BLOCKERS

Bed-blocker : patient considéré comme médicalement sortant ou patient dont la présence dans le service n'est plus justifiée pour des raisons diagnostiques ou thérapeutiques

Jour de l'enquête : / 06 / 2021

Service :

- médecine.....
 SSR.....
 psychiatrie.....

Patient :

Sexe : homme femme Année de naissance :

1) Motif(s) d'hospitalisation (plusieurs réponses possibles)

- somatique psychiatrique social
dont le diagnostic principal est.....

2) Admission via :

- les urgences une hospitalisation programmée une consultation
 une mutation (depuis un autre service du GHNE), précisez le service :
 un transfert depuis un autre établissement de santé que le GHNE

3) Dates

- date d'admission au GHNE (sans compter les ré-hospitalisations) : / /
précisez, le cas échéant, le nombre de séjours antérieurs au GHNE :
- date d'admission dans l'unité (sans compter les ré-hospitalisations) : / /
précisez, le cas échéant, le nombre de séjours antérieurs dans l'unité :

4) Mode de vie avant l'hospitalisation (plusieurs réponses possibles)

- seul(e) en couple aide à domicile
 en famille
 famille d'accueil EHPAD foyer logement
 autre structure médico-sociale, à préciser :
- existe-t-il une mesure de protection juridique ? oui non

5) Critères de fragilité

- polymédication (>3 traitements)
- troubles moteurs
- souffrance psychologique
- isolement social et/ou familial
- troubles cognitifs
- trouble sensoriels
- dépression diagnostiquée
- polypathologie (>3 pathologies chroniques)

6) Autonomie

Score GIR (si connu) :

7) Date de sortie médicale (à laquelle le patient aurait dû sortir) :

8) Motif de retard de sortie (plusieurs réponses possibles)

- étranger en situation irrégulière
- pas de pièce d'identité
- pas d'adresse/de domicile
- en attente de mise sous protection
précisez si possible la date à laquelle les démarches ont été lancées :
- en attente d'un passage en commission MDPH pour définir une orientation
précisez si possible la date à laquelle les démarches ont été lancées :
- en attente d'une mise en place d'aide à domicile
- en attente d'une place en SSR USLD HAD EHPAD
 MAS foyer logement résidence service famille d'accueil
 autre :
- précisez si possible la date à laquelle les recherches ont été lancées :*
- refus de prise en charge par la famille
- refus du patient d'accepter l'orientation proposée
- épuisement de l'aidant
- autre :

9) Selon vous, l'hôpital pourrait-il poursuivre la prise en charge de ce patient dans une structure de type « hôtel hospitalier » (structure d'hébergement adossée à l'hôpital où la présence de soignants est allégée) ? oui non

Si « non », précisez si possible pourquoi :

.....
.....
.....

Commentaires libres :

.....
.....
.....

HAAS	Jonathan	11 octobre 2021
------	----------	-----------------

Elève directeur d'hôpital

Promotion 2020-2021

L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychosociaux

Enquête sur les patients bed-blockers de Médecine, SSR et Psychiatrie du Groupe hospitalier Nord-Essonne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

L'hôpital public accueille des patients dont la prise en charge est soit inadéquate, soit injustifiée au regard de ses missions de soin, de prévention, d'enseignement et de recherche. Ce sont les patients dits « *bed-blockers* » ou, en psychiatrie, « patients au long cours ». Ces patients qui n'ont pas leur place à l'hôpital sont exposés au risque nosocomial et à une perte d'autonomie. Pour l'établissement, cela représente une perte financière significative et pour les patients de la file active, un allongement des délais d'hospitalisation.

Le nombre de « bloqueurs de lit » est difficile à quantifier car les méthodes d'évaluation varient en fonction de la définition adoptée : patients médicalement sortants, patients dont la durée de séjour excède une borne haute, patients dont le chiffre d'affaires journalier se situe en-deçà d'un palier acceptable pour assurer le financement de l'établissement.

La monographie réalisée sur le Groupe hospitalier Nord-Essonne révèle une surreprésentation des patients *bed-blockers* dans les filières sous dotation (SSR et en psychiatrie), tandis que la médecine est relativement épargnée, ce qui n'exclue pas des situations exceptionnelles de blocage pendant plusieurs années. Certains dispositifs, comme la Commission des séjours longs, complexes et inadaptés, ont un rôle dans la diminution du nombre de ces patients.

Le *bed-blocking* a plusieurs causes dont la difficulté à trouver un aval pour les patients au parcours complexe. L'analyse des codes de précarité du PMSI montre une hausse de la prévalence des facteurs psychosociaux avec la durée de séjour. Cette corrélation invite à identifier dès le début de l'hospitalisation de potentiels blocages pour accélérer la sortie.

Des dispositifs et structures adaptés à ces profils complexes permettraient de pallier les difficultés liées au *bed-blocking*. Un service dédié à la médecine sociale qui associerait une équipe mobile précarité et une unité de prise en charge de patients en détresse psychosociale est préconisé. Pour prendre en charge les parcours complexes, des unités innovantes associant lieu de vie et soins lourds ont fait leur apparition. Mais le maintien d'un équilibre financier demeurerait difficile.

Mots clés :

Bed-blockers, séjours longs et inadaptés, patients au long cours, patients médicalement sortants, parcours complexes, enjeux psychosociaux, médecine sociale

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.