

# La gestion des DMS au Centre Paul Strauss

Dr Serge Theobald, Dr Véronique Frasier, au  
nom du groupe projet :

Dr F-D Druart, Dr V Frasier, Dr C Belletier,  
Mme F Pfeil-Thiriet, Mme E Naas, Dr S Theobald

Journée des DIM d'Alsace,  
Strasbourg, Novembre 2014

UNICANCER



**CENTRE PAUL STRAUSS**  
centre régional de lutte contre le cancer

- **Projet lancé en octobre 2011 après le constat :**
  - d'une diminution de la file active et du nombre de séjours au 1er semestre 2011
  - associés à une forte augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine oncologique (58 lits, hospitalisation complète et de semaine)
  - à une augmentation des délais de prise en charge,
  - à une augmentation de la recette uniquement liée aux suppléments extrêmes hauts
  - et à un épuisement des soignants (lassitude, difficultés relationnelles, perte de sens, absence de projet ciblé sur la personne...), en difficultés pour proposer une alternative à l'hospitalisation complète au CRLCC

- **Problème de santé publique : le Centre Paul Strauss ne peut répondre aux demandes d'hospitalisation formulées par les patients et les professionnels du domicile**
- **Problème de qualité de prise en charge : risque iatrogénique augmenté (infections nosocomiales)**
- **Problèmes financiers :**
  - dépenses liées aux soins augmentées (dont antibiothérapie et nutrition parentérale, et augmentation de la charge en soins)
  - manque à gagner en fin d'année pour les séjours soins palliatifs (quota de journée-lits atteint avant la fin de l'année pour les 10 LISP)
- **Problème d'image : délai d'attente trop long comparativement aux autres structures**

- **Création d'un groupe multidisciplinaire DMS début 2012, piloté par la Direction des Affaires Médicales (DAM), composé de professionnels impliqués dans la gestion des séjours :**
  - **Dr François-Denis Druart (DAM - DIM),**
  - **Dr Véronique Frasier (soins de support),**
  - **Dr Christine Belletier (oncologue),**
  - **Mme Francine Pfeil-Thiriet (cadre de santé),**
  - **Mme Evelyne Naas (assistante sociale),**
  - **Dr Serge Theobald (DAM - DIM)**

- **À court terme :**
  - Apporter un regard pluri professionnel extérieur à l'équipe pour suggérer des alternatives au maintien en hospitalisation
  - Élaborer des outils institutionnels de gestion médico-économique pour le pilotage des hospitalisations complètes
  - Fixer des objectifs aux cliniciens en terme de nombre et de durée de séjours
  - Réduire les délais d'attente et augmenter la file active
  - Augmenter la recette des séjours en hospitalisation complète (HC) en augmentant le turn-over des séjours d'hospitalisations associé à une réduction de la DMS
  - Valoriser financièrement de manière optimale les séjours en HC
- **À moyen et long terme :**
  - Mettre en œuvre une conduite du changement associant la notion d'éthique à celles d'efficacité et de performance des prises en charge en hospitalisation complète

- **Un projet institutionnel avec le soutien des directions (DG,DAM, DSI)**
- **Un groupe DMS pluridisciplinaire :**
  - **des compétences soignantes : faisabilité des soins à domicile, charge en soins, prise en compte des difficultés socio-familiales**
  - **des références économiques (cf. PMSI)**
  - **une très bonne connaissance de l'environnement extrahospitalier (centres hospitaliers de proximité avec ou sans LISP/ USP, SSR, HAD, EMSP extrahospitalières...)**
  - **des outils permettant des modifications de pratique pendant l'hospitalisation ( grille de pertinence des soins de l'HAS, préparation de la sortie (HAS), réunions de synthèse hebdomadaire)**

- **Des équipes soignantes et des médecins :**
  - réticents aux sorties des patients par méconnaissance, par indisponibilité, par absence d'organisation
  - dans la crainte des lits vides
  - opposant l'éthique (respect du désir de la personne ?) à la performance,
  - hospitalo-centrés, (qualité supérieure des soins hospitalière ?)
  - pas assez conscients des enjeux médicaux et économiques (2004 : mise en place de la T2A)
- **Attente d'examen ou d'avis, problème social repéré tardivement, demande d'accès à une structure d'aval abordée sans tenir compte des délais de disponibilité, pas de prise en compte du désir de retour de certains patients**
- **Des personnes souvent demandeuses du maintien en hospitalisation, par « habitude régionale »**
- **Des équipes d'HAD et de SSR pas toujours disponibles pour des patients complexes**

- **Un groupe multidisciplinaire DMS se réunissant 2 heures toutes les semaines :**
  - **Composé de 2 cliniciens, 1 médecin DIM, 1 cadre de santé, 1 cadre socio-éducatif;**
  - **Analysant les séjours en cours de plus de 5 jours,**
    - émettant des recommandations pour des sorties rapides consignées dans le dossier du patient,
    - cherchant des solutions immédiates pour une sortie rapide dès lors qu'elle est possible
  - **Interpellant les médecins et infirmiers responsables d'unité sur la cause des séjours longs**
- **Un référentiel institutionnel de bonnes pratiques**
  - **Centré sur la notion de pertinence des hospitalisations et la revue obligatoire des dossiers des séjours d'une durée supérieure à 5 jours en réunion hebdomadaire de synthèse (RHS) avec rédaction d'un compte-rendu et proposition d'un parcours de soins**



# Des outils de pilotage du projet gérés par la DAM et le DIM

- Émission journalière automatique par le DIM de la liste des patients présents depuis plus de 5 jours, à destination des praticiens et des cadres de santé concernés : *harcèlement ?*
- Envoi aux praticiens de recommandations pour les séjours en cours concernant les éléments susceptibles d'influer sur le classement en GHM : orientation du motif d'hospitalisation sur le compte-rendu d'hospitalisation, traçabilité concernant la pluridisciplinarité (séjours Z51.5), les comorbidités de haut niveau... : *ingérence ?*
- Envoi chaque mois d'un tableau de bord à la DG et la DSI : *contrôle justifié ?*
- Alerte de la DG en cas de séjours d'une durée supérieure à 20 jours non documentés par les services d'hospitalisation : *responsabilité ?*

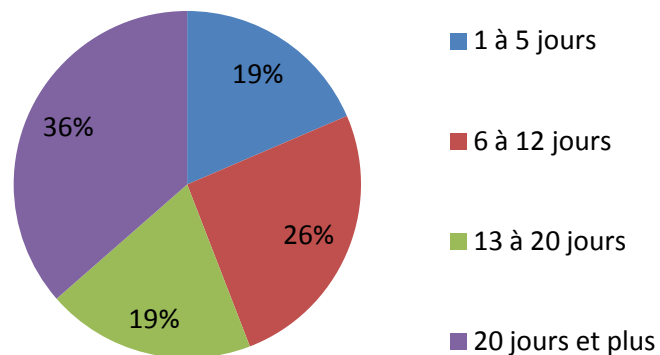
- **Les objectifs médico-économiques de départ**

- Recentrer l'établissement dans sa fonction de court séjour (MCO) en réduisant le nombre de séjours d'une durée supérieure à 20 jours

- **Méthode**

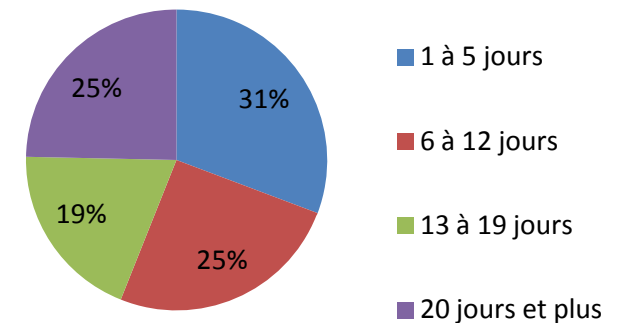
- Analyse de la distribution des séjours du 1<sup>er</sup> trimestre 2012 en fonction de leurs durées d'hospitalisation,
- Classification des séjours HC dans 4 segments [1-5 jours], [6-12 jours], [13-19 jours], [20 jours et plus] en fonction de leur durée,
- Définition d'un objectif mensuel théorique de redistribution des séjours sur 2012

REFERENTIEL :Distribution des journées - 1er trimestre 2012

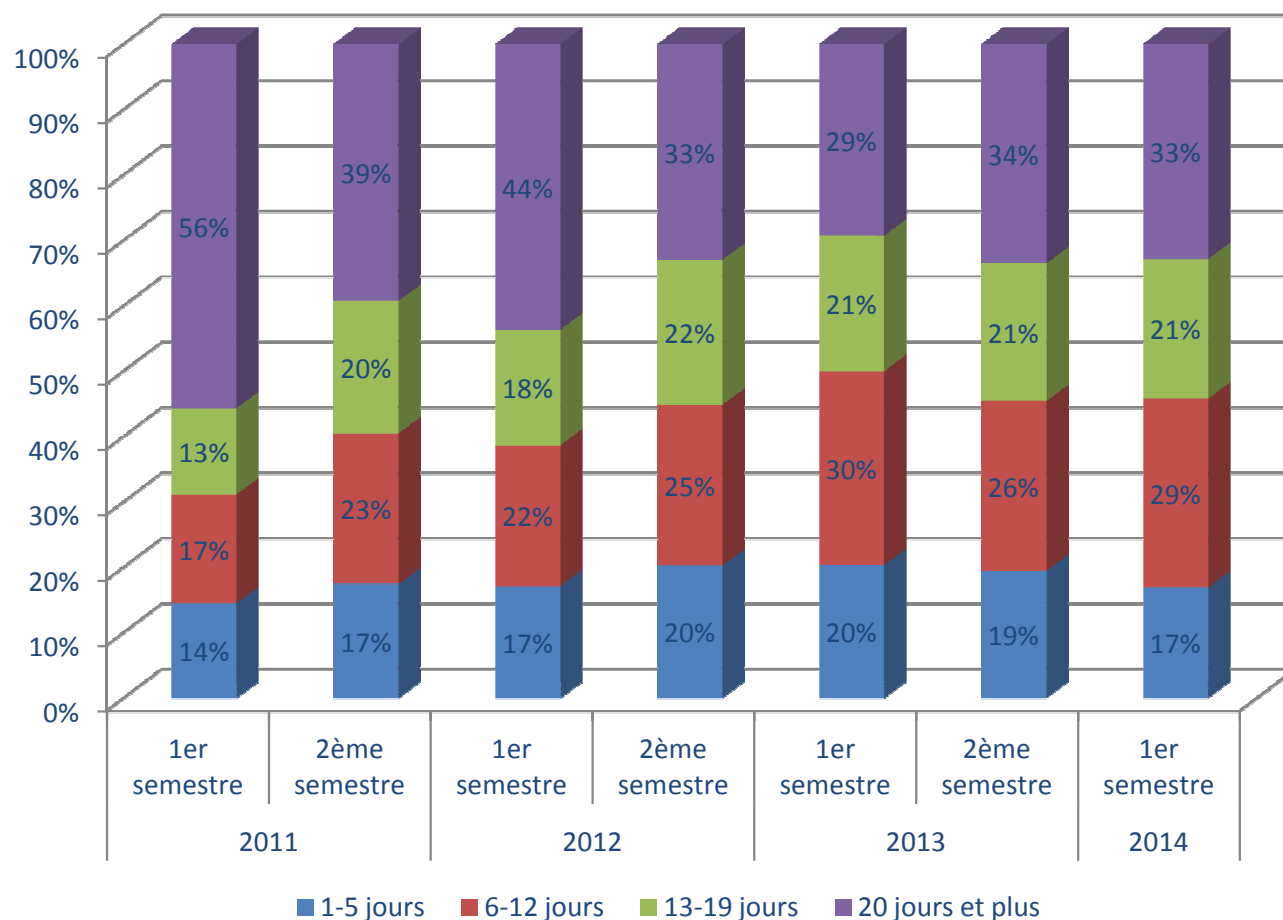


Objectifs de redistribution des séjours pour 2012

Objectif théorique de journées dans les segments

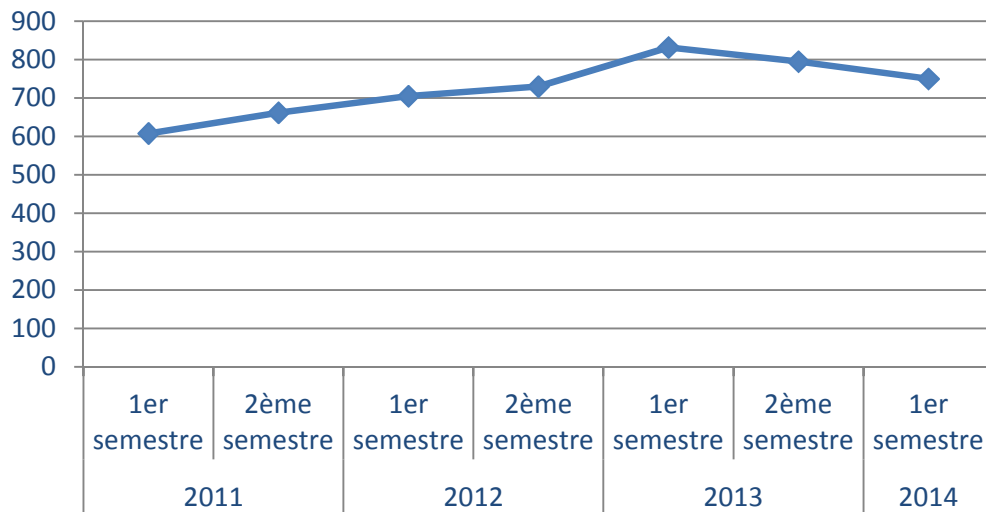


## Répartition des journées en fonction de la durée du séjours, 2011-2014



- Réduction des journées du segment « 20 jours et plus »
- qui se maintient dans le temps

## Nombre total de séjours, 2011-2014

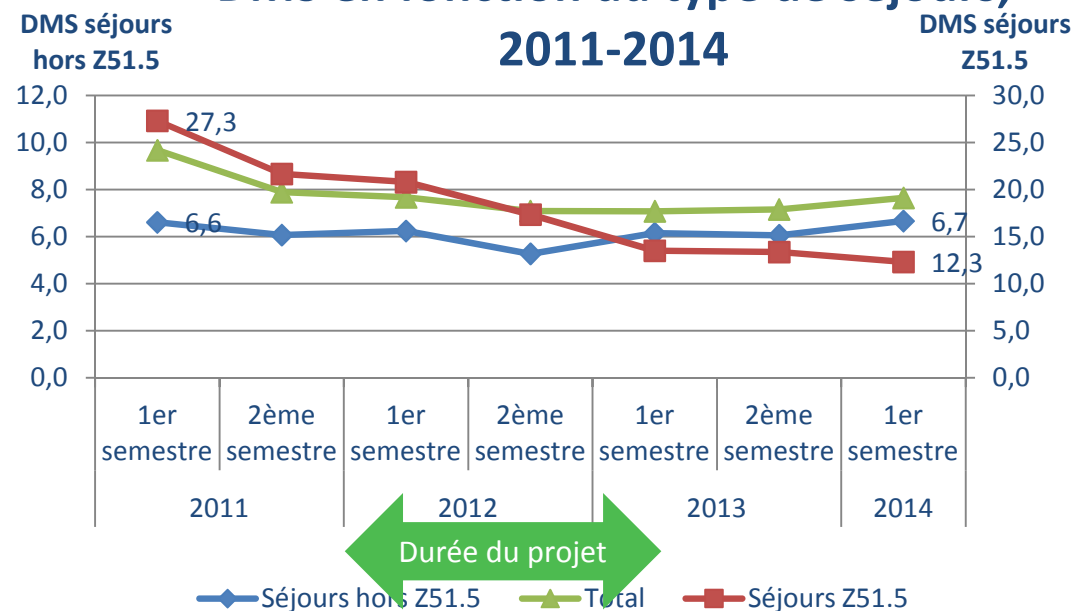


■ Augmentation du nombre de séjours en 2012 et 2013

← Durée du projet →

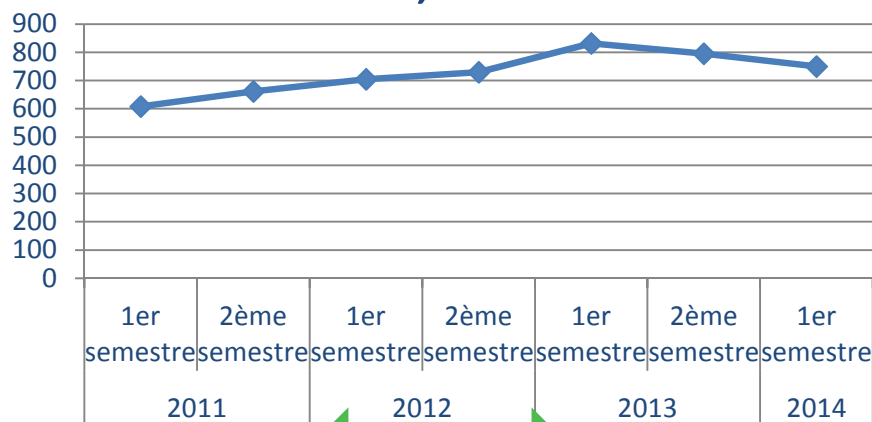
- Réduction de la DMS des séjours Z51.5 qui se poursuit en 2014
- Stabilité de la DMS des séjours hors Z51.5

## DMS en fonction du type de séjours, 2011-2014



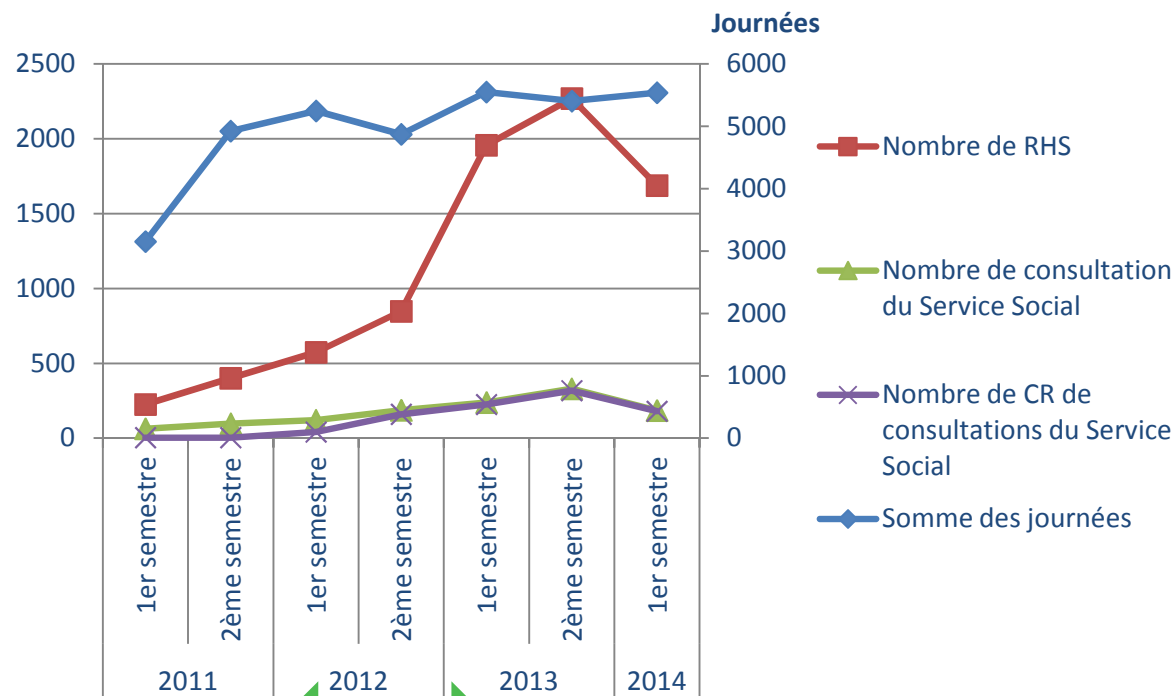
← Durée du projet →

## Patients File active, 2011 - 2014



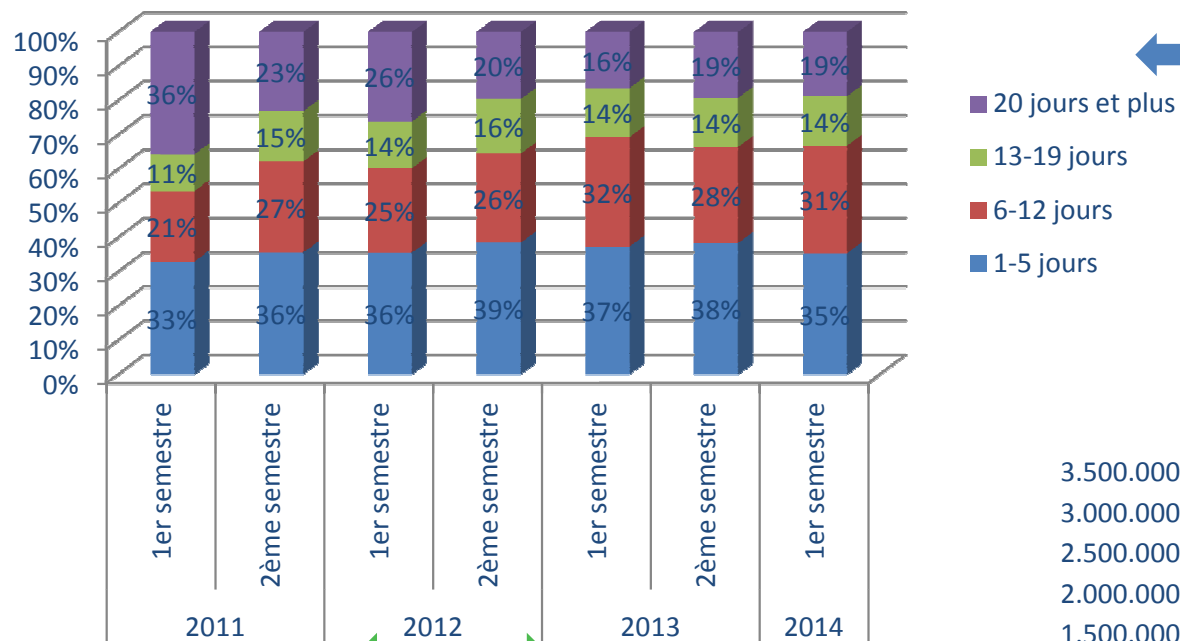
- Progression de la file active jusqu'au 1<sup>er</sup> semestre 2013

## RHS, cs et CR du service social



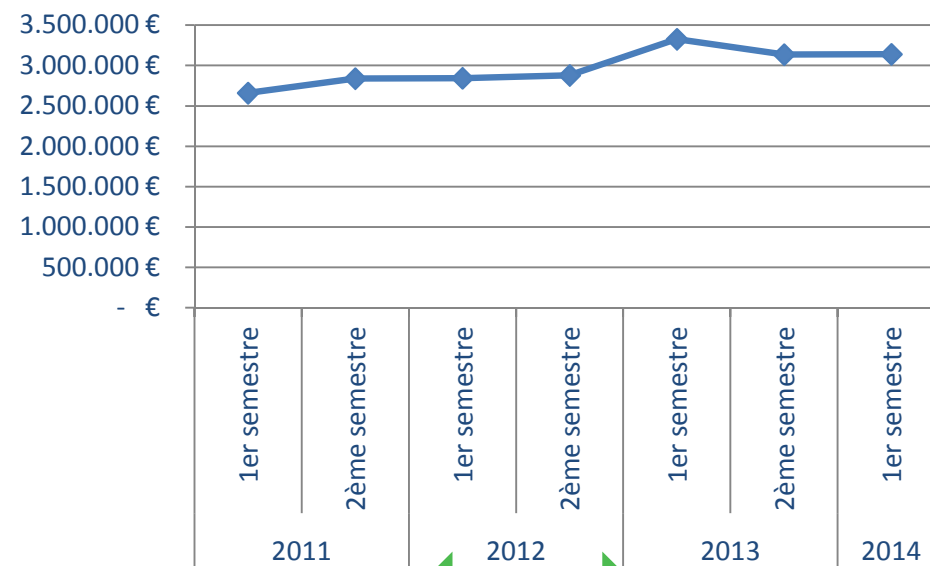
- Progression du nombre de journées
- Progression du nombre de RHS jusqu'au 2<sup>ème</sup> semestre 2013
- Progression du nombre de cs et de comptes rendus (CR) du service social jusqu'au 2<sup>ème</sup> semestre 2013

## Répartition des séjours en fonction de la durée des séjours, 2011-2014



- Bascule des recettes du segment « 20 jours et plus » vers le segment « 6-12 jours »

## Recette totale, 2011-2014



- Pas de perte de recettes associée à la modification des pratiques

- **Des délais d'attente raccourcis et adaptés aux besoins des patients et professionnels**
- **Un parcours de soins mieux organisé réduisant les hospitalisations non pertinentes, en nombre et en durée**
- **Des professionnels impliqués non seulement dans la prise en charge des traitements mais aussi dans la prise en compte de la personne**

- **Un parcours de soins mieux organisé réduisant les admissions pour « urgences non justifiées »**
- **Des compte rendus de séjour plus complets, facilitant le lien ville hôpital**
- **La spécialisation de lits orientés soins de support**
- **La mise en place de réunions de synthèse ville hôpital en septembre 2012**
- **Un travail en réseau avec MCO/SSR/HAD qui confirme le pôle d'expertise du CRLCC**



- **Le projet DMS a permis de répondre aux problèmes observés en 2011 :**
  - La file active a augmenté
  - Le nombre de séjours a augmenté
  - La recette a augmenté
  - La DMS des séjours a diminué
- **Au prix d'une mobilisation forte des professionnels impliqués**
- **Des effets qui perdurent en 2014**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

UNICANCER



**CENTRE PAUL STRAUSS**  
centre régional de lutte contre le cancer