

« Le bon patient au bon moment au bon endroit »

CHU ANGERS – CHU NANTES – CSSR SAINT CLAUDE – CENTRE DE READAPTATION DE L'ESTUAIRE



TABLE RONDE

Journée SSR

Jeudi 29 septembre 2022

Laurence LAIGNEL : Coordonnateur Général de Soins
Sandrine HOEPPE : Cadre Supérieur

Présentation des organisations

➤ Présentation :

- La cellule d'ordonnancement du CHU d'Angers **gère** les flux non programmés
- L'équipe **est composée** de 4 IDE soit 3,6 ETP et 1 ETP d'assistante sociale
- **Son périmètre** comprend les pôles cliniques, hors pôle « Femme Mère Enfant »
- **Elle fonctionne** du lundi au vendredi de 8h à 20h et les WE et jours fériés de 10h à 20h.
À partir de 20h, le relais est pris par l'encadrement de nuit.

Gestion des parcours

D'une gestion des lits à une gestion de parcours : quelles missions dans l'organisation des sorties ?	PERSPECTIVES
<p>Intra CHU</p> <ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'un staff social pour la gestion des patients « bloquants »• Commission des séjours longs pour la gestion des situations complexes• Formalisation du plan de mobilisation interne : « hôpital en tension »• Mise en place de postes d'Infirmières Parcours Patients, dédiées à l'articulation des différentes étapes de prise en charge des patients.• Mise en place d'un groupe de travail : « rôle du cadre de santé dans la gestion des parcours patients »• Création d'un répertoire des partenaires	<p>Elargissement :</p> <ul style="list-style-type: none">• Des horaires de la cellule début 2023• Du périmètre des missions des IDE avec la création d'un poste dédié au territoire, pour maintenir chaque jour de la semaine en lien spécifique SSR / secteur médico social début 2023 <p>Intégration du pôle FME dans le périmètre de la cellule en 2024</p>
<p>Extra CHU</p> <ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'un groupe de travail « développement des liens ville/hôpital »• Liens étroits avec l'HAD• Management parcours patients GHT 49	<p>Mise en œuvre, dans le cadre du changement de DPI, d'un module gestion des lits commun au GHT => début 2024</p> <ul style="list-style-type: none">• Via trajectoire : Questions / réponses
	<p>Travail à initier pour l'intégration du flux programmé dans les missions de la cellule démarrage 2023</p>
	<p>Travail en cours sur le dossier ordonnancement territoire, à l'initiative de l'ARS, avec la perspective d'avoir une couche applicative permettant une visibilité des lits des établissements du territoire</p>

Analyse de l'impact

Qu'est-ce qui fonctionne ?	Que faut-il améliorer ?	Qu'est-ce qui est bloquant ? Quel risque est identifié ?
<ul style="list-style-type: none">• La cellule = interlocuteur unique• En périodes de tensions hospitalières :<ul style="list-style-type: none">• réponse aux tensions par des actions structurées• diminution des cellules de crise• Temps assistante sociale optimisé, centré précocement sur le situations complexes• Les Infirmières Parcours Patients contribuent à fluidifier le parcours patient et la déclaration des lits• Les visites inter établissements	<ul style="list-style-type: none">• Intégration systématique de la durée prévisionnelle de sortie• La mise en place d'indicateurs pour évaluer :<ul style="list-style-type: none">• La diminution du nombre de patients restant + de 24h aux urgences• La diminution de la DMS /l'IPDMS, en intégrant le flux programmé dans le périmètre de la cellule• L'utilisation optimale de via trajectoire	<p>Le manque de visibilité en temps réel de la disponibilité en lits, faute de logiciel dédié, en intra mais également en extra établissement. (projet d'acquisition en cours)</p> <p>Risque de désinvestissement de la gestion de la sortie du patient des autres membres de l'équipe médico soignante, dont le cadre de santé, du fait de la présence des Infirmières Parcours Patients (travail collectif à maintenir)</p>

Analyse de l'impact

La cellule d'ordonnancement est une entité indissociable du parcours patient :

➤ Intra CHU

Elle permet de fluidifier les PEC en étant acteur dans le parcours de soins et en permettant

- d'hospitaliser le patient dans le service adapté à sa prise en charge
- si ce n'est pas possible, de l'hospitaliser dans un lit au lieu de rester sur un brancard aux urgences avec une réorientation dans les meilleurs délais.

➤ Extra CHU

Elle permet une coopération efficace avec les établissements partenaires, du GHT et autres, nous permettant collectivement de mieux répondre à nos missions

La cellule est à l'écoute des besoins de ses interlocuteurs, tout comme nos interlocuteurs restent attentifs pour répondre à nos besoins

La crise sanitaire a favorisé ces partenariats et la connaissance des besoins et spécificités de chacun

Conclusion

La gestion des lits, programmée et non programmée, est avant tout une culture d'établissement, centrée sur les besoins du patient

Il s'agit d'améliorer la performance des soins en améliorant les parcours, le tout dans une dynamique partagée avec le top management : Directions Générale / PCME / Coordination Générale des Soins.

La structuration, pour être performante, est partagée par tous avec une coopération de l'ensemble des acteurs administratifs et médico soignants qui gravitent autour du patient et de son parcours de soins.

CHU de Nantes

Cellule de Coordination Sorties Complexes

Isabelle RONDEAU - Cadre de Santé
Pauline HOUGET - IPA

Origine du projet

A l'origine du projet

- Dans la continuité de l'ordonnancement des lits « *le bon patient, au bon moment, au bon endroit* », l'envie d'aller vers une coordination de l'ensemble du parcours
- Une réflexion parcours dans le cadre du GHT (expérimentation 2019/DGOS)
- Une volonté de collaboration sanitaire et sociale dans les projets de sortie
- Un 1^{er} périmètre : filière Urgences - Médecine
- La crise COVID accélérateur
- Un projet plus ambitieux sur l'amélioration de l'IPDMS : une demande institutionnelle d'intégrer de nouveaux services dans ce projet



Ce que fait la cellule

Développer une culture collaborative dans la construction des parcours de santé

- Aide à optimiser le parcours :
 - objectifs priorités dès le début du séjour en impliquant le patient et son entourage
 - projet de sortie concrétisé/adapté progressivement durant le séjour en équipe pluri professionnelle
- Incite à repérer les vulnérabilités sociales dès le début du parcours
- Coordonne et fluidifie les parcours de santé complexes en assurant des fonctions d'appui aux professionnels et acteurs de la prise en charge

Questionner la pertinence des orientations de sortie

- Organise des sessions de formation aux différents types de parcours de sortie disponibles et au remplissage Via Trajectoire
- Co construit des logigrammes de sortie avec les équipes accompagnées
- Pour les situations complexes, met à disposition les expertises cliniques (IDEC, IPA, réseau extra hospitalier...) et les expertises sociales nécessaires pour optimiser la sortie
- Fait le lien avec l'instance de suivi des situations bloquées
- Coordonne la demande de SSR et en assure le suivi pour optimiser les délais de réponse

Nos ambitions

Aller plus loin

- Améliorer les interfaces entre les services demandeurs et les établissements receveurs
- Agir sur la prévention des risques de ré hospitalisations
- Faciliter le parcours de santé des usagers en situation complexe en « sécurisant » les prises en charge grâce à une meilleure articulation entre les acteurs
- Être identifié comme l'interlocuteur privilégié, en lien avec la cellule de coordination du GHT44, dans la coordination des parcours complexes

Innover et jouer sur les
combinaisons possibles dans
la singularité des parcours



Centre Saint Claude

Centre de Soins Médicaux et de Réadaptation

--

Journée MAPES du 29 Septembre 2022

Etienne Le Mière -Directeur

Présentation – L'offre de soins

Les domaines d'expertise de l'établissement

- ✓ Activité courante de gériatrie avec une moyenne d'âge des patients de 83 ans.
- ✓ Expertise dans les troubles sévères du comportement associés à la démence : Unité Cognitive Comportementale (UCC), Equipe mobile et téléexpertise.
- ✓ Expertise en soins palliatifs avec une équipe formée.



Le capacitaire

- ✓ 75 lits d'hospitalisation complète
 - 12 lits en Unité Cognitive-Comportementale (UCC) ouverte en 2013
 - 63 lits de SSR polyvalents 6 lits identifiés de soins palliatifs reconnus depuis 2014
- ✓ 4 places d'hôpital de jour de soins de suite et réadaptation polyvalents depuis janv. 2020

Présentation – Organisation du parcours patient

Les données repères *(moyenne quotidienne)*

- ✓ 15/20 demandes traitées dans Trajectoire
- ✓ 5/10 dossiers présentés
- ✓ 3 entrées/3 sorties

Un dispositif constitué d'une équipe pluridisciplinaire mis en place en septembre 2021

- ✓ Une IDE Parcours en remplacement d'une secrétaire médicale pour disposer d'une expertise soignante dès l'analyse des demandes
- ✓ Cellule admission pluridisciplinaire pour avoir une vision consolidée et partagée de la PEC patient : IDE Parcours, médecin et cadre de santé.
- ✓ 3 typologies de parcours en lien avec expertise: SSR Polyvalent-Gériatrie / SSR LISP / UCC

Présentation – Organisation du parcours patient

Une organisation quotidienne pour une meilleure réactivité

- ✓ Traitement/analyse des demandes de Trajectoire :
 - Collecte des données clefs, prise de contact adresseur.
 - Évaluation soignante et sociale.
- ✓ Une cellule admission SMR polyvalent hebdomadaire :
 - Analyse et validation médicale des entrées.

Les actions en cours

- ✓ Rencontre institutionnelle et opérationnelle avec les adresseurs pour partager la vision parcours patient avec objectif de formalisation des interfaces
- ✓ Evaluation à 12 mois de fonctionnement
- ✓ Réflexion sur structuration d'une cellule de sortie – intégration assistante sociale

Véronique TIENNOT – Responsable de parcours

Centre de réadaptation de l'Estuaire

**Centre de Réadaptation de
l'Estuaire**
Soins médicaux et de réadaptation



Origine de la création du poste de responsable des parcours

- Volonté de la direction et du groupe LNA Santé d'améliorer la fluidité du Parcours des patients du territoire
- déploiement d'une nouvelle activité en hospitalisation de jour
- Structurer et coordonner l'activité de réadaptation de l'Etablissement pour répondre aux besoins des patients

Missions

- Participer aux commissions d'admission de l'Établissement:
 - Evaluer les besoins en soins avant l'admission
 - S'assurer que les ressources de l'établissement permettent de répondre aux besoins de soins de réadaptation du patient .
 - Identifier le profil du parcours du patient au sein de la structure (HC + ou - HDJ) et le projet de sortie .
 - Contacter les services d'amont pour avoir des éléments complémentaires aux données transmises et s'assurer de la pertinence de l'orientation en SMR

- Coordonner la prise en charge du patient au sein de l'établissement
 - Proposer et Développer des programmes de Prise en charge de Rééducation et de Réadaptation innovants favorisant la participation et l'engagement des patients
 - S'assurer que les soins de réadaptation apportés répondent au projet thérapeutique du patient .

➤ Rencontrer les services d'Amont et d'Aval

- Présenter l'activité et les orientations de l'établissement : l'organisation , les ressources , les délais de traitement de la demande ...
- Identifier les besoins des services d'Amont
- Identifier le maillage d'aval
- Développer des partenariats privilégiés en confiance mutuelle pour fluidifier le parcours du patient ,réduire les durées d'hospitalisation et limiter les ré hospitalisations

Mieux se connaître pour améliorer nos collaborations au service des patients

