

## NOTE POUR Information – Dispositif Gestion Des Lits

### Objet : Définition commune d'une cellule de gestion des lits

#### 1. Enjeux

La démarche de gestion des lits est inscrite dans la mesure 12 du pacte de refondation des urgences (2020) et s'avère être un levier pour faciliter l'organisation des admissions directes non programmées des personnes âgées (une des actions de la mesure 5 du pacte).

La gestion des lits est une démarche transversale qui ne se réduit pas à placer des patients dans un lit. Son déploiement se rapporte à de nombreux processus et impacte l'ensemble des métiers qui contribuent à la prise en charge des patients en hospitalisation, ce qui nécessite une réelle adhésion médico-soignante. Quatre enjeux stratégiques sont recherchés :

- La fluidification des parcours patient dans un objectif de qualité et de pertinence de la prise en charge, notamment dans le juste accès à une ressource rare : l'expertise médicale
- L'optimisation des durées de séjours
- Le juste dimensionnement capacitaire au jour le jour
- L'amélioration de la corrélation activité / ressources

Pour les établissements, il s'agit de maîtriser, planifier et anticiper les flux et concilier les besoins de soins programmés et non programmés.

Depuis 3 ans, l'ARS Bretagne a lancé plusieurs modalités d'appui (Appel à projet, crédits pour outils de système d'information, session collective, dispositif d'appui terrain ANAP, accompagnement externalisé).

Un bilan dressé au premier semestre 2022 par les établissements retenus dans l'AAP 2021 a permis de mettre en évidence les opportunités et les limites de notre dispositif.

A partir des diverses expériences en région, l'ambition est désormais d'établir une définition commune de « l'organisation gestion des lits ». Nous souhaitons réaliser un cadre partagé sur les sujets suivants :

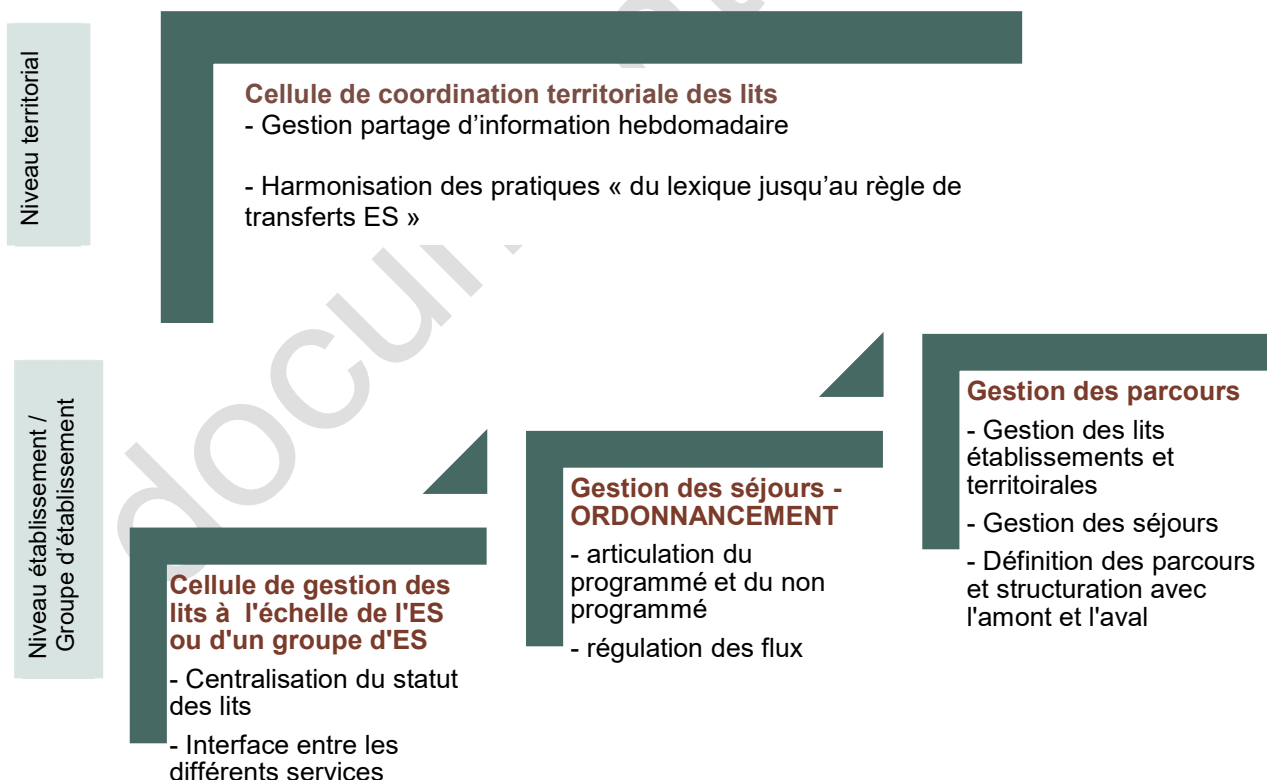
- La définition et le périmètre de la gestion des lits
- ses missions
- ses ressources
- son fonctionnement/organisation et ses liens avec les fonctions supports
- son modèle économique (investissement et charges d'exploitation)
- ses facteurs clés de réussite objectivés,

La mise en place d'une telle définition permettra d'aboutir à une vision régionale partagée ; sur ces bases, un nouvel Appel A Projet (AAP) sera lancé.

Par ailleurs, même si par définition imparfait, il semble nécessaire d'identifier certains indicateurs d'évaluation et de suivi communs

## 2. Principes directeurs de la gestion des lits

- Pragmatique et non idéologique
- Les axes de travail identifiés par l'ANAP dans ce cadre contribuent à la réussite d'un projet gestion des lits (voir annexe)
- Masse critique de lits nécessaires MCO (dont pédiatrie) et/ou SSR/SMR. Au regard des retours d'expériences réalisés, un capacitaire de 200 lits semble être un minimum pour bénéficier d'une cellule de gestion des lits efficiente. En deçà, il apparaît opportun de réaliser des stratégies de coopérations entre établissements.  
Par ailleurs, la gestion des lits sera à centraliser au niveau d'un établissement ou a minima à polariser
- 2 niveaux d'organisations à articuler:
  - ✓ A l'échelle de l'établissement ou d'un groupement d'établissements, un niveau opérationnel, :
    - Cellule de gestion des lits
    - Chaque établissement doit réaliser un travail analytique sur ses séjours – connaissance de son activité et de ses différents flux et de ses coopérations
  - ✓ A l'échelle territoriale, un niveau stratégique, : cellule de coordination territoriale des lits avec comme attendus une stratégie, une gouvernance, des procédures / mode opératoire identifiés et partagés.



- L'intégration
  - ✓ D'emblée du **besoin réel** de soins non programmés (urgences ou admission directe non programmés) et programmés (parcours de soins en intra ES)
  - ✓ De manière probablement différée : la gestion du **besoin prévisionnelle** des flux programmés et non programmés, au regard notamment de la visibilité prédictive des lits disponibles (mobilisation de la date prévisionnelle de sortie)
- Des compétences particulières à mobiliser: la cellule de gestion des lits, d'ordonnancement et des parcours reposent sur des professionnels expérimentés, connaissant le capacitaire, son utilisation et l'activité produite par l'établissement ou le groupe d'établissement
- Une mutualisation des pratiques existantes (ex CHU Brest nous partage son lexique)

### 3. Facteurs clés de réussite quel que soit le niveau de maturité

- Travail analytique sur les séjours et l'identification des parcours – connaissance de son activité, ses flux, son besoin capacitaire
- Déterminer le besoin journalier en lit (BJML), pour les flux
  - SNP (urgences et service ES)
  - Programmé (service ES)
- Mobiliser comme outils dialogue de gestion
  - ✓ Le BJML,
  - ✓ Les admissions via les urgences,
  - ✓ Les entrées directes par service (a minima sur personnes âgées)
  - ✓ Les sorties de soins critiques
- Réalisation de l'autodiagnostic ANAP.
  - ✓ Au niveau de la région : outil intéressant macroscopiquement
  - ✓ Au niveau de l'établissement outil probablement à moderniser / en réflexion à l'ANAP
- Organisation interne du projet
  - Gouvernance et démarche institutionnelle
  - Intégration dans les orientations stratégiques du CPOM
  - Validation CME formalisée et Directoire
  - Inscription dans une dynamique projet :
    - Nomination d'un chef de projet légitimé (direction et/ou direction des soins et/ou médico-soignant)
    - Rétro planning
    - Feuille de route
    - Indicateurs de suivi
  - Organisation de l'établissement – Gouvernance pour mise en place de ce projet et accompagnement/ conduite du changement
- Un système d'information agile pouvant évoluer selon la maturité du sujet interopérable avec le ROR
- Indicateurs de suivis de ces facteurs clés de réussite :
  - Portage projet traduisant l'engagement institutionnel - Chefs de projet administratif et médial identifiés
  - Engagement directoire
  - Intégration dans le CPOM
  - Communication de la feuille de route et du rétro planning
  - BJML par service

#### **4. Cellule de gestion des lits à l'échelle de l'ES ou d'un groupe d'ES**

##### 4.1. Définition et objectifs

Cellule individualisée au sein d'un établissement ou un groupe d'établissements (composé de plusieurs entités juridiques) pour

- Centraliser le statut des lits
- Etre l'interface de différents services dans les demandes d'hospitalisations (non programmées ET/OU programmées)
- Piloter un « capacitaire défini, réel actualisé »

##### 4.2. Ressources nécessaires

- Ressources humaines adaptées (QS ANAP)
- Locaux adaptés
- Ressource informatique - Outils SI :
  - ✓ Interconnexion et automatisation avec le ROR
  - ✓ Interconnexion avec les outils de disponibilités des lits d'aval
  - ✓ Interopérable avec DPI établissement ET GAM
  - ✓ En capacité de faire du prévisionnel

##### 4.3. Process mis en place

- A minima
- ✓ Définition partagée du statut des lits
- ✓ Centralisation de l'information du statut des lits
- ✓ Présence d'une charte partagée légitime son fonctionnement et son positionnement
- ✓ Interface entre les différents services (identification des interlocuteurs)
- ✓ Articulation avec les infirmières de programmation, de flux, et les cadres de santé
- ✓ Continuité/relai sur la période PDS formalisé
  
- Plus Ambitieux
- ✓ Articulation avec les fonctions supports (Bio nettoyage, transport)

##### 4.4. Lien avec les actions « obligatoires » devant être mises en place (ANAP) – actions mises en places dans les 18 mois

###### Priorité 1

- Les mouvements de patient sont enregistrés en temps réel et fiabilisée
- La disponibilité des lits est partagée en temps réel
- Un dispositif "hôpital en tension" est opérationnel en cas de saturation des capacités d'hébergement
- Le recueil des prévisions de congés du personnel médical 4 à 6 mois à l'avance permettant d'organiser la mise en adéquation avec le personnel paramédical et la continuité des prises en charge sur le territoire sur certaines périodes

###### Priorité 2

- Le référent médical a accès en permanence à l'information sur la localisation des patients dont il a la responsabilité
- Une équipe dédiée est en charge de la recherche en lits pour l'ensemble des patients
- La gestion des lits est mutualisée entre plusieurs unités de soins : un patient peut être hébergé dans un service ne relevant pas de la spécialité médicale en cas de saturation de l'unité de sa spécialité
- Les règles d'hébergement entre unités sont formalisées et appliquées par les praticiens
- Le travail des soignants et des personnels médicaux est organisé pour favoriser les sorties le matin
- Il existe des accords / des engagements réciproques entre les urgences et les services d'hospitalisation pour fluidifier le parcours des patients en provenance des urgences (demandes d'avis spécialisés et règles d'orientation nécessitant une hospitalisation)
- Des tableaux de bord évaluant le taux d'occupation des lits, la mobilisation de ressources humaines et la gestion de l'aval sont diffusés et analysés par les pôles / services

#### 4.5. Indicateurs attendus tous les 6 mois

- Indicateurs de moyens
  - ✓ Gouvernance :
    - Si concerné, modification significative de la gouvernance sur les 6 derniers mois
    - Engagement directoire OUI / NON
    - Engagement CME OUI / NON
    - Chefs de projet administratif et médical identifiés OUI / NON
  - ✓ Process opérationnels :
    - Nombre d'ETP dédié à cette cellule, leurs profils et leurs missions
    - Réalisation d'une Charte de fonctionnement (ou autre support institutionnel ou règlement intérieur) précisant notamment le rôle et les missions des gestionnaires de lits, la place des professionnels de programmation, de flux, et les cadres de santé OUI/NON
    - Communication de ce document à l'ensemble des professionnels OUI / NON
  - ✓ Solution SI retenue

- Indicateurs de résultats

- ✓ Actions obligatoires

<u>Priorité 1</u>	Réalisé
• Les mouvements de patient sont enregistrés en temps réel et fiabilisée	OUI / NON / En cours
• La disponibilité des lits est partagée en temps réel	OUI / NON / En cours
• Un dispositif "hôpital en tension" est opérationnel en cas de saturation des capacités d'hébergement	OUI / NON / En cours
• Le recueil des prévisions de congés du personnel médical 4 à 6 mois à l'avance permettant d'organiser la mise en adéquation avec le personnel paramédical et la continuité des prises en charge sur le territoire sur certaines périodes	OUI / NON / En cours
<u>Priorité 2</u>	OUI / NON / En cours
• Le référent médical a accès en permanence à l'information sur la localisation des patients dont il a la responsabilité	OUI / NON / En cours
• Une équipe dédiée est en charge de la recherche en lits pour l'ensemble des patients	OUI / NON / En cours
• La gestion des lits est mutualisée entre plusieurs unités de soins : un patient peut être hébergé dans un service ne relevant pas de la spécialité médicale en cas de saturation de l'unité de sa spécialité	OUI / NON / En cours
• Les règles d'hébergement entre unités sont formalisées et appliquées par les praticiens	OUI / NON / En cours
• Le travail des soignants et des personnels médicaux est organisé pour favoriser les sorties le matin (avant 12h)	OUI / NON / En cours
• Il existe des accords / des engagements réciproques entre les urgences et les services d'hospitalisation pour fluidifier le parcours des patients en provenance des urgences (demandes d'avis spécialisés et règles d'orientation nécessitant une hospitalisation)	OUI / NON / En cours
• Des tableaux de bord évaluant le taux d'occupation des lits, la mobilisation de ressources humaines et la gestion de l'aval sont diffusés et analysés par les pôles / services	OUI / NON / En cours

- ✓ Process :
      - Taux de sorties d'hospitalisation conventionnelle réalisées le matin (avant 12h - par EJ participant au projet)

- Nombre d'Admission directe Non programmée (par EJ participant au projet) dont
  - ➔ Patient d'au moins 75 ans, Hospitalisation complète
  - ➔ Patient de moins de 75 ans, Hospitalisation complète
- Proportion de passages aux urgences suivi d'une hospitalisation inférieur à 4h (par EJ autorisé à l'activité Médecine d'urgence participant au projet)
- Evaluation du capacitaire UHCD : Nombre moyen de patients hospitalisés par jour en UHCD / Capacitaire d'UHCD (calculé sur la base sur les 6 derniers mois, par EJ autorisé à l'activité Médecine d'urgence participant au projet)
- Pertinence du passage en UHCD : Taux de séjours en UHCD suivi d'une hospitalisation appréciée par : Séjours multi RU/M comportant un passage en UHCD / Nombre de séjour UHCD (calculé sur la base sur les 6 derniers mois par EJ autorisé à l'activité Médecine d'urgence participant au projet)
- Nombre total de procédures opérationnelles réalisées et leur intitulé
- Nombre d'outils opérationnels réalisés et leur intitulé (annuaires, GED, ...)
- Taux de complétude de la date prévisionnelle de sortie (si disponible)
- ✓ SI
  - Nombre d'établissements sur laquelle la solution SI est déployée (nombre d'EJ)
- ✓ Financement :
  - Coût d'investissement et de fonctionnement de la cellule (hors SI)
  - Coût d'investissement et de fonctionnement du SI
- Difficultés actuelles

## 5. Cellule de coordination territoriale des lits

### 5.1. Définition et objectifs

Instances « chapeau » au sein d'un territoire regroupant un ensemble d'établissement de natures différentes avec pour objectifs :

- De partager l'information et notamment le statut des lits.
- De définir l'ambition, les axes stratégiques, et une feuille de route en matière de gestion des lits territoriale

N'est pas une cellule de gestion territoriale des lits

### 5.2. Ressources nécessaires

- Ressources humaines adaptées pour assurer le temps de coordination
- Ressource informatique - Outils SI :
  - Interconnexion et automatisation avec le ROR
  - Interconnexion avec les outils des différents établissements de santé parties prenantes
  - Interopérable avec les outils des différents établissements de santé parties prenantes
  - En capacité de réaliser des échanges sur un capacitaire prévisionnel

### 5.3. Process mis en place

- Instance stratégique
  - Mise en place d'un COSTRAT territoire dépassant les logiques de groupe
  - Partager l'activité / les difficultés
  - Définition d'une ambition, d'une feuille de route
  - Renfort des partenariats
- Instance opérationnelle
  - Identification et Partage des interlocuteurs entre chaque Cellule de gestion des lits à l'échelle de l'ES ou d'un groupe d'ES
  - Définition commune et partagée du statut des lits / langage commun
  - Animation territoriale
    - Partage régulier d'informations
    - HARMONISATOIN des pratiques (du « lexique jusqu'au règle de transferts ES »)
    - Portage et rédaction de protocoles communs,
    - Annuaire pour structuration au niveau du territoire
  - Partage de l'information sur un « capacitaire défini, réel actualisé » entre structures

### 5.4. Lien avec les actions « obligatoires » devant être mises en place (ANAP)

Aucune

### 5.5. Indicateurs attendus tous les 6 mois

- Indicateurs de moyens
  - ✓ Gouvernance : Si concerné, modification significative de la gouvernance sur les 6 derniers mois
  - ✓ Process opérationnels :
    - Nombre de réunions de l'instance stratégique sur les 6 derniers mois
    - Nombre de réunions de l'instance opérationnelle sur les 6 derniers mois et leurs objets.
  - ✓ Solution SI retenue
  - ✓ Tableau de bord partagé (OUI / NON) sur la disponibilité territoriale des lits
- Indicateurs de résultats
  - ✓ Process :
    - Nombre total de procédures opérationnelles réalisées et diffusées au sein du territoire et leur intitulé
    - Nombre d'outils opérationnels réalisés et leur intitulé (annuaire, GED, ...)
  - ✓ SI
    - Nombre d'établissements sur laquelle la solution SI est déployée (nombre d'EJ)

6. Gestion des séjours – ORDONNANCEMENT (à venir)

7. Gestion des parcours (à venir)

ANNEXE 1 – listes des actions ANAP issues de l’outil d’autodiagnostic

document de travail



		O Obligatoire R Recommandé I Indicatif	Cellule de gestion des lits à l'échelle de l'ES ou d'un groupe d'ES	Cellule de gestion des lits territoriale	Gestion des séjours - ORDONNANCEMENT	Gestion des parcours
Programmation	Les règles d'hospitalisation des entrées programmées et non programmées sont formalisées et appliquées				x	
	Les règles de déprogrammation sont formalisées et appliquées				x	
	Les pré-admissions sont réalisées de manière systématique				x	
	Les séjours sont programmés en fonction du type de prise en charge (HC/HDS/HDJ)				x	
	L'activité programmée est lissée sur la semaine				x	
	Les séjours chirurgicaux sont programmés conjointement avec le bloc opératoire				x	
	Les séjours sont programmés conjointement avec les examens complémentaires (imagerie, explorations fonctionnelles...)				x	
	Les séjours sont programmés conjointement avec les demandes d'aval				x	
Visibilité de la disponibilité des lits	Les mouvements de patient sont enregistrés en temps réel et fiabilisés	O	x			
	La disponibilité des lits est partagée en temps réel	O	x			
	Un système d'information déployé et approprié par tous permet de gérer l'affectation des patients aux lits	I	x			
Fonction coordination des séjours	Il existe une fonction de coordination des séjours assurée par un interlocuteur dédié au niveau des urgences	I	x			
	Un interlocuteur ou une équipe dédiée est en charge de la recherche en lits pour l'ensemble des patients dont le séjour est programmé ou non	O	x			
Règle d'hébergement	La gestion des lits est mutualisée entre plusieurs unités de soins : un patient peut être hébergé dans un service ne relevant pas de la spécialité médicale en cas de saturation de l'unité de sa spécialité	O	x			
	Les règles d'hébergement entre unités sont formalisées et appliquées par les praticiens	O	x			
	Les personnels soignants sont formés à la polycompétence en lien avec les règles d'hébergement définies par les praticiens		x			
	Le référent médical a accès en permanence à l'information sur la localisation des patients dont il a la responsabilité	O	x			
Durée Prévisionnelle de Séjour	La durée prévisionnelle de séjour est définie dès la préadmission / admission du patient pour les séjours programmés				x	
	La durée prévisionnelle de séjour est définie dans les 48 H suivant l'entrée du patient pour les séjours non programmés				x	
	La durée prévisionnelle de séjour est actualisée tout au long du séjour				x	
	La durée prévisionnelle de séjour est systématiquement saisie dans le système d'information				x	
	Un référentiel de durées de séjour par pathologies les plus courantes est formalisé et actualisé				x	
Anticipation de la sortie et gestion de l'aval (SSR, USLD, HAD, SSIAD, EHPAD...)	Le travail des soignants et des personnels médicaux est organisé pour que la majorité des sorties soit faite le matin	O	x			
	La famille et le patient sont prévenus au plus tôt de la date et de l'heure de sortie	R	x			
	Une "enveloppe de sortie" (comportant une check liste des documents à fournir en fonction des étapes de prise en charge) est systématiquement constituée et complétée au fil du séjour du patient					x
	La réfection de la chambre est planifiée dans le processus de sortie	R	x			
	Une entrée depuis les urgences ou l'UHCD est réalisée dès la mise à disposition de la chambre		x			
	Le recours au service social est évalué et déclenché au plus tôt					x
	Une fois le besoin évalué, le passage des assistantes sociales est organisé et planifié au plus tôt pendant le séjour du patient					x
	Une permanence du service social est organisée, notamment pendant les congés					x
	Les demandes d'aval sont réalisées par une plateforme ( ex : TRAJECTOIRE) ou par un bon de demande d'aval homogénéisé					x
	Des partenariats avec les structures d'aval définissant les critères (type de pathologie...) et les modalités d'admission (heure d'entrée, condition de ré-adressage à l'hôpital) sont mis en place					x
Les séjours longs sont suivis et analysés					x	
Coordination Urgences - Services de spécialités - Médecine de ville	Il existe des accords / des engagements réciproques entre les urgences et les services d'hospitalisation pour fluidifier le parcours des patients en provenance des urgences (demandes d'avis spécialisés et d'hospitalisation)	Charte O	x			
	Les délais de prise en charge par les plateaux techniques (imagerie, explorations, laboratoires) sont formalisés par des accords/contrats					x
	Il existe des règles pour l'orientation des patients polyopathologiques depuis les urgences	O	x			
	Une filière gériatrique est organisée					x
	Une filière polyopathologique est organisée	?				
	Un dispositif "hôpital en tension" est mis en place en cas de saturation des capacités d'hébergement	O	x			
La médecine de ville a un accès simple et direct aux spécialistes de l'établissement (avis téléphonique et demande d'entrée directe)					x	
Ajustement et pilotage	Le personnel soignant est mobilisable dans un autre service que son service de rattachement en cas de besoin	?				
	Les congés du personnel médical sont connus à l'avance et permettent de fermer des lits sur certaines périodes	O - 6 mois	x			
	L'affectation des ressources humaines est planifiée au regard des besoins et réévaluée au moins une fois par an	I	x			
	L'affectation des lits entre spécialité est revue chaque année en fonction d'évolutions tendancielles ou évolutions saisonnières de l'activité	9 I	x			
	Des tableaux de bord évaluant la bonne occupation des lits, la mobilisation de ressources humaines et la gestion de l'aval sont diffusés et analysés par les pôles / services	O	x			

## ANNEXE 2 – Glossaire

### **Admission directe :** (Notice technique n° **ATIH-682-13-2021**)

- Une admission qui se fait directement en service d'hospitalisation sans passage préalable par une structure des urgences. Admission requise par un médecin pour le patient le jour, la veille ou l'avant-veille de l'admission. L'admission s'effectue pour un patient à domicile ou en établissement social ou médico-social d'hébergement.

### **Admission non programmée :** (Notice technique n° **ATIH-682-13-2021**)

- Une admission inopinée non prévue 2 jours avant sa réalisation effective. Ainsi, le délai entre la demande d'admission et l'admission effective du patient comprend 2 nuits au maximum (Soit une admission prévue le jour même, la veille ou l'avant-veille)

### **Recueil du caractère non programmé (NP) de l'admission directe** (Notice technique n° **ATIH-682-13-2021**)

- ✓ Patient d'au moins 75 ans, Hospitalisation complète - Tableau[1.D.2.DADNP] C OVALIDE
- ✓ Patient de moins de 75 ans, Hospitalisation complète - Tableau[1.D.2.DADNP] D Ovalide

### **Soin non programmé (à venir)**

Les soins non programmés sont des soins qui ne relèvent pas de l'urgence vitale mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures.