

Gestion des lits : vers une nouvelle organisation

Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Céline Baud, ANAP

celine.baud@anap.fr

Bénédicte Le Mouël, ANAP

benedicte.lemouel@anap.fr

Christine Kiener, ANAP

christine.kiener@anap.fr

Résumé

L'organisation du séjour et du parcours-patient au sein de l'hôpital est un projet transversal qui impacte et mobilise l'ensemble des professionnels.

Cette publication s'adresse aux directeurs d'établissements sanitaires et aux professionnels en charge de l'optimisation de ce parcours et de la gestion des lits. Elle a pour objectif de poursuivre la démarche « clé en main », initiée dans le tome 1, pour l'optimisation de la gestion des lits dans leur établissement.

Ce tome 2 illustre les différents retours d'expériences issus des plans d'actions suivis pendant 18 mois par les 151 établissements métropolitains accompagnés dans le programme gestion des lits.

Le document présente successivement le bilan, les fiches actions et les outils associés, en maintenant l'attention particulière sur la manière de communiquer et de conduire le changement pour mener à bien un tel projet. À chaque étape, sont proposés des outils, supports et modèles de présentation, retours d'expériences et témoignages, favorisant l'appropriation de la démarche par tous et le partage de bonnes pratiques organisationnelles.

Summary

The organisation of a patient's stay and experience in hospital is a cross-functional project affecting and involving all healthcare professionals.

This publication is aimed at healthcare establishments and professionals responsible for optimising this experience and bed management. Its purpose is to continue the 'turnkey' approach, begun in Part 1, to optimising bed management in their establishment.

Here, Part 2 illustrates the various feedback received from action plans monitored over 18 months by the 151 metropolitan establishments supported through the Bed Management Programme.

The document presents, in turn, the report, action forms and associated tools, maintaining special focus on means of communicating and leading change to bring such a project to a successful conclusion. Each step proposes presentation tools, documents and templates, lessons learned and case studies, helping everyone involved to understand the approach and share best organisational practices.

Sommaire

Préface	p. 7
Principaux enseignements et résultats	p. 8
S'engager dans la démarche : pourquoi et comment?	p. 9
Les prérequis nécessaires à la mise en œuvre des actions	p. 10
Les facteurs de réussite mis en avant	p. 14
Des résultats encourageants	p. 16
Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet	p. 22
Pré-admissions et programmation	p. 27
Fiche 1 : Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours	p. 27
Fiche 2 : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire	p. 30
Fiche 3 : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine	p. 33
Fiche 4 : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine	p. 35
Fiche 5 : Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences	p. 37
Fiche 6 : Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel	p. 40
Fiche 7 : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens	p. 44
Gestion du séjour - Sortie - Aval	p. 47
Fiche 8 : Mettre en place des règles d'hébergement	p. 47
Fiche 9 : Mettre en place une fonction de coordination des séjours	p. 50
Fiche 10 : Préparer la sortie et anticiper l'aval	p. 56
Fiche 11 : Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)	p. 61
Fiche 12 : Suivre les séjours longs	p. 65
Fiche 13 : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière	p. 67
Ajustement des ressources	p. 71
Fiche 14 : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité	p. 71
Fiche 15 : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité	p. 75
Fiche 16 : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)	p. 77
« On en parle »	p. 80
Témoignage de la clinique Sainte-Marie : mise en place de la récupération rapide post-chirurgie (RRPC)	p. 81
Les urgences au Queen's Hospital de Londres, Royaume-Uni	p. 82
Le Big data Australien pour anticiper les besoins en lits d'un établissement	p. 83
Glossaire	p. 84
Remerciements	p. 86

Préface

Le programme national gestion des lits a été conçu par l'ANAP et le CNUH en réponse à la grave saturation des services d'urgence que nous avons connue durant l'hiver 2012-2013. 151 hôpitaux de tout type et de toute taille y ont participé. Les fédérations, les conférences hospitalières et les ARS ont accompagné cette initiative majeure, avec une unité assez rare sur nos sujets médicaux.

Tout d'abord, je voudrais m'adresser aux établissements ayant participé à ce programme.

Ce que vous avez fait, certes, nous l'avions pensé, nous l'avions programmé, mais, vous l'avez réalisé, établissement par établissement, service par service, presque lit par lit.

Le retour positif du terrain a été rapide.

Plus personne ne peut aujourd'hui nier l'importance d'une bonne gestion des lits dans un établissement, alors que ce sujet était encore tabou il y a deux ans.

Plus personne ne peut dire aujourd'hui que la saturation des urgences est une fatalité. L'urgence, souvent considérée comme totalement imprévisible, a pu être appréhendée comme une activité reproductible et paramétrable, permettant ainsi de mieux gérer les prises en charge en aval.

Vous avez décliné le concept au-delà du « bed management » des gestionnaires de lits. Vous avez montré que les bénéfices d'une gestion des lits reposent sur des parcours fléchés, une mutualisation des moyens et une anticipation des durées d'hospitalisation.

En quelques mois, les lignes ont donc bougé. Vous avez montré qu'il était possible de réagir, à condition de s'en donner les moyens.

Je me tourne maintenant vers les hôpitaux qui s'engagent dans une telle démarche.

À l'évidence il n'est pas possible de proposer une « recette » unique. Les réalités du terrain, l'avancement de la réflexion, l'implication des communautés soignantes, conduisent à proposer une stratégie et un plan d'actions adaptés à chaque établissement.

C'est pourquoi ce guide décrit les conditions nécessaires à la réussite de votre projet et vous offre une boîte à outils rassemblant des mesures concrètes ayant subi l'épreuve du feu.

Le programme gestion des lits a permis une avancée capitale pour l'hôpital dans son ensemble. Nous devons absolument, avec l'ensemble de la communauté hospitalière, poursuivre cette marche en avant, avec la même énergie. Mon souhait le plus vif est que les établissements ayant participé au programme mené par l'ANAP redoublent d'initiatives et entraînent les autres hôpitaux dans leur sillage.

Ce guide est donc, en quelque sorte, une invitation à aller plus loin.

Merci et bravo à tous !

Professeur Pierre Carli

Président du CNUH, médecin chef du SAMU de Paris.

1

Principaux enseignements et résultats

Le guide « Gestion des lits vers une nouvelle organisation : tome 1 » traite du cadrage d'un projet de gestion des lits jusqu'à la définition du plan d'actions.



Le guide « Gestion des lits
vers une nouvelle organisation : tome 1 »
est disponible sur le site de l'ANAP :

www.anap.fr

Ce deuxième tome présente en première partie les enseignements du programme et en deuxième partie les fiches actions. Vous y trouverez également les résultats obtenus par les 151 établissements métropolitains accompagnés sur 18 mois.

Les données sont issues des indicateurs remontés tous les 2 mois par les établissements, d'un questionnaire de fin de programme adressé aux établissements et du bilan présenté par les établissements.

Afin d'illustrer le propos, des verbatims émanants des binômes du programme ont été insérés.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

1. S'engager dans la démarche : pourquoi et comment ?

1.1 Une nécessité de désengorger les urgences et fluidifier le parcours-patient

Pour les établissements participant au programme, le projet gestion des lits s'est inscrit dans un contexte d'engorgement des urgences (36%), de restructuration des activités (27%), de manque de places d'aval (25%), de problème de démographie médicale (19%), de précarité de la population (14%), parfois cumulés avec un plan de retour à l'équilibre (14%).

Dans son rapport de septembre 2013, (proposition de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des urgences) commandé par madame la ministre de la Santé, des affaires sociales et du droit des femmes, le professeur Pierre Carli, président du CNUH, propose des recommandations, dont un certains nombres concernent directement la gestion des lits, comme par exemple la création d'une commission de l'admission et des soins non-programmés, la formalisation d'un plan hôpital en tension, l'identification de lits polyvalents pour s'adapter aux variations saisonnières prévisibles, la contractualisation entre les services d'accueil des urgences et les services d'aval.

L'engorgement des urgences est certes une partie du problème, mais c'est bien tout le parcours-patient au cours de son hospitalisation et quel que soit son point d'entrée, qui est à repenser et à mieux organiser.

Une nécessaire réflexion sur la gestion des flux programmés et non-programmés au sein de l'hôpital est donc devenue un défi crucial pour élaborer des solutions pérennes afin de garantir aux usagers une meilleure qualité de prise en charge et aux professionnels de terrain une organisation plus fluide et lisible entre tous les services, générant de ce fait moins de tension.

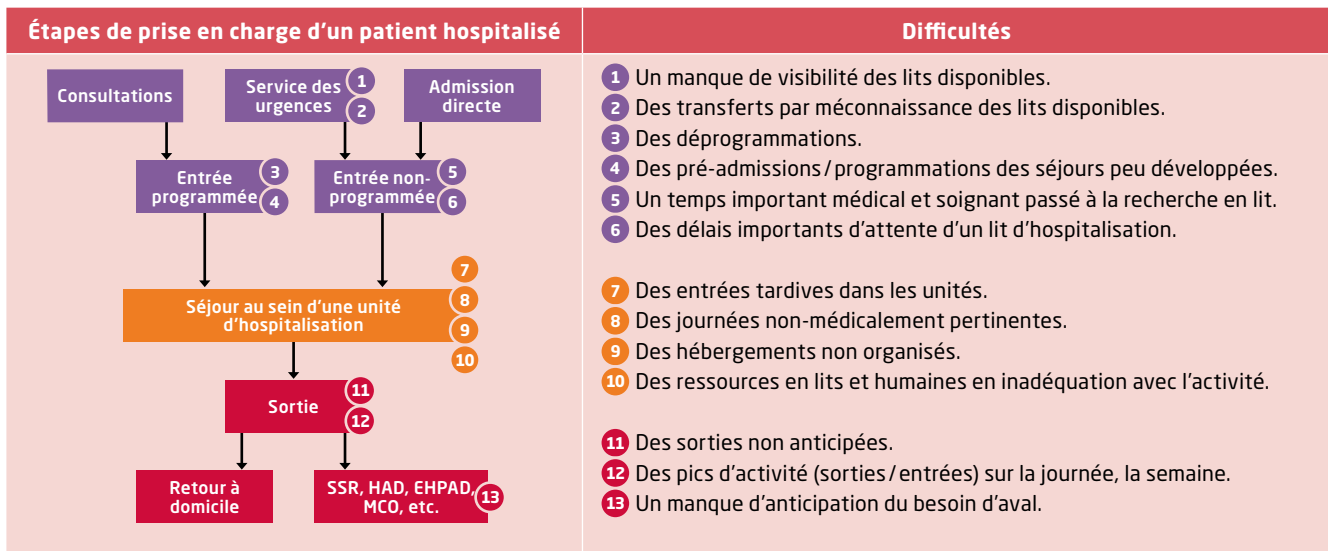
Pour faire face à ce contexte contraint, les établissements ont donc dû travailler sur l'ensemble du parcours-patient, en s'interrogeant :

- ▶ Sur la place donnée aux alternatives à l'hospitalisation complète;
- ▶ Sur l'organisation de la programmation des séjours en lien avec les plateaux médicotechniques;
- ▶ Sur les interactions avec les partenaires d'aval;
- ▶ Sur l'intégration des hospitalisations non-programmées (depuis les urgences ou les admissions directes) dans les unités de soins.

«Gestion des lits, du chaos naïtra l'ordre et la lumière»

Les principales problématiques rencontrées par les établissements pour la gestion des flux des patients hospitalisés, en suivant le parcours intra-hospitalier du patient, sont les suivantes (**fig. 1**) :

Figure 1 : Principales problématiques de gestion de flux



Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

1.2 La gestion des lits : une réponse aux défis des établissements

Une meilleure organisation des séjours cliniques repose sur trois leviers. Le premier est axé sur la fluidification du parcours-patient, le second sur l'optimisation des durées de séjours ; le troisième porte sur le juste dimensionnement des modes et des capacités d'hospitalisation :

Levier 1 : fluidifier le parcours-patient

Il s'agit de structurer le parcours intra-hospitalier pour assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente (« le patient au bon endroit »). La mise en place de filières spécifiques (gériatrique, post-urgences par exemple), le développement des entrées directes évitant le passage aux urgences, les sorties le matin et l'entrée dans la foulée d'un patient en provenance des urgences, l'évaluation au plus tôt du score social facilitant la prise en charge du patient programmé ou non, sont autant de facteurs qui contribuent à la fluidification du parcours-patient.

Cette fluidification passe également par la régulation rendue possible par la mise en place d'une gestion centralisée et prévisionnelle. Pour cela, la visibilité en temps réel des lits disponibles, les règles d'hébergement et la contractualisation des services d'urgences avec les services cliniques participent d'une part à la diminution du temps de recherche en lit et donc à la diminution du temps de passage aux urgences pour le patient hospitalisé ; et favorisent d'autre part la coordination entre les services et le SAU, assurant ainsi une régulation optimale des flux de patients.

Levier 2 : optimiser les durées de séjours

C'est selon la formule consacrée, le patient hospitalisé « pour une juste durée ». Pour ce faire, les établissements peuvent :

- ▶ Se situer par rapport aux établissements de même catégorie et / ou de même typologie d'activité et se donner un objectif de progression ;
- ▶ Travailler sur la pertinence des journées d'hospitalisation ;
- ▶ Structurer le processus de sortie et travailler sur l'anticipation de la sortie ;
- ▶ Anticiper et organiser les suites d'hospitalisation ;
- ▶ Travailler sur la programmation des séjours en lien avec le bloc ;
- ▶ Faciliter l'accès aux plateaux techniques ;
- ▶ Développer l'ambulatoire en médecine comme en chirurgie.

Levier 3 : avoir un juste dimensionnement des capacités d'hospitalisation par mode de prise en charge

Il s'agit ici de prendre en compte la variabilité de l'activité et son anticipation :

- ▶ Soutenir les dynamiques d'activité en adaptant les capacités ;
- ▶ Adapter les modes d'hospitalisation aux types de prise en charge des patients : ambulatoire, hospitalisation de semaine, HAD... ;
- ▶ Ajuster les schémas capacitaires aux évolutions des prises en charge et de l'activité ;
- ▶ Redéployer, transformer, redimensionner, regrouper les unités par type de prise en charge selon des proximités médicales entre spécialités.

Pour mener à bien un tel projet, il faut prendre en compte quelques facteurs-clés et conditions de réussite : l'engagement institutionnel dans la conduite de changement et l'adhésion des praticiens des spécialités concernées. Il est nécessaire de s'appuyer sur les différentes compétences des professionnels, de prendre en compte les spécificités des spécialités, de bien organiser la communication et de donner du sens aux actions entreprises.

2. Les prérequis nécessaires à la mise en œuvre des actions

Il n'est pas envisageable de se lancer dans la mise en œuvre d'un projet de gestion des lits sans avoir au préalable « préparé le terrain » avec les professionnels concernés. Les principaux prérequis ont été développés dans le tome 1 de la gestion lits. Ils sont repris ici pour rappel.

2.1 Un diagnostic partagé et un plan d'actions bien défini

Un diagnostic objectif qui a été discuté et partagé par l'ensemble des acteurs concernés, permet d'établir un plan d'actions détaillé compte tenu des priorités et de la maturité de l'établissement.

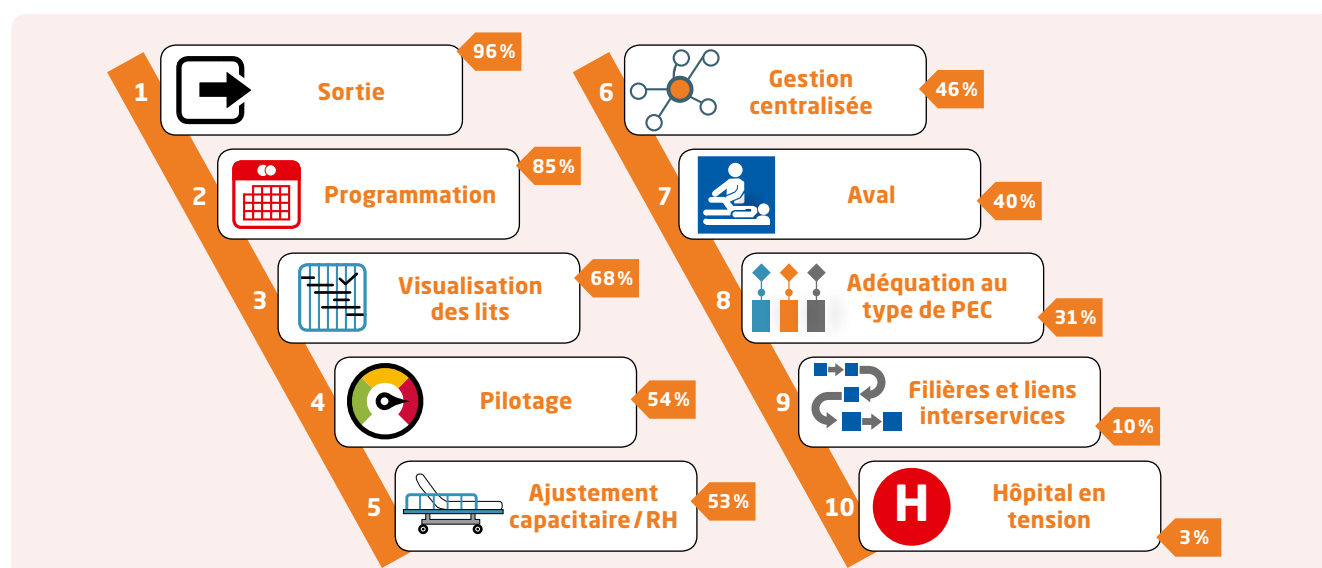
Avoir la visibilité sur l'ensemble des actions à mener facilite l'élaboration du calendrier de mise en œuvre, il est ainsi possible d'identifier les actions qui peuvent être menées en parallèle et celles qui doivent se succéder.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

Il n'existe pas de feuille de route idéale, néanmoins certaines actions demeurent incontournables pour mener à bien un projet gestion des lits. Les grandes catégories d'actions présentées ci-dessous ont été travaillées prioritairement par les établissements du programme :

Figure 2 : Top 10 des actions menées par les établissements du programme



1. L'organisation et la préparation de la sortie du patient ont mobilisé en priorité les établissements avec en particulier des travaux menés :

- ▶ Sur les sorties le matin, permettant de faire entrer les patients d'UHCD ou provenant des urgences dans les services d'hospitalisation en début d'après-midi;
- ▶ Sur la mise en place des durées prévisionnelles de sortie concourant à préparer la sortie avant le jour dit.

2. Concernant la programmation, la formalisation de règles d'hébergement a été l'action phare de la majorité des établissements. Même si cette pratique est courante, il convient de décrire la responsabilité médicale du patient hébergé et d'élaborer des thésaurus de spécialités afin de clarifier ces pratiques entre spécialités médicales. Pour d'autres, les travaux ont porté sur la programmation du séjour conjointement avec le bloc opératoire et les examens complémentaires.

3. Travailler sur la visualisation des disponibilités en lits s'est révélé être une action incontournable pour optimiser la recherche en lit. Cela s'est souvent traduit par l'expression des besoins en vue de l'acquisition d'un logiciel de gestion des lits, ou de l'évolution du logiciel existant, ainsi que par des actions de communication et de formation auprès des soignants pour mettre à jour en temps réel les données du séjour dans le système d'information.

4. En matière de pilotage, les actions se sont concentrées autour du suivi des séjours longs et surtout, sur leur analyse, avec l'aide généralement des médecins DIM et des assistantes

sociales. Que ce soit un problème de place d'aval, ou de retour difficile à domicile pour cause sociale, ces séjours paralysent des lits et ont une incidence organisationnelle pour les équipes.

5. S'agissant des actions plus structurelles, des travaux sur les organisations cibles et les **ajustements capacitaires** ont été menés.

6. La mise en place d'une gestion centralisée des lits par le biais de cellule ou de gestionnaire de lits, s'est révélée souvent nécessaire, particulièrement dans les établissements de taille importante, pour faciliter la recherche en lits, fluidifier les orientations du patient, et l'optimisation des capacités en lits.

7. Des partenariats avec les structures d'aval ont été établis pour favoriser les sorties.

8. Des réflexions sur **l'orientation du patient vers le mode de prise en charge le mieux adapté** à ses besoins ont été menées, évitant ainsi l'allongement des durées de séjour.

9. Le développement de filières de soins (notamment gériatrique ou post-urgences), l'organisation des avis spécialisés et les liens avec la médecine de ville ont émergé pour favoriser les entrées directes sans passage des patients par les urgences.

10. Enfin, des travaux sur les **dispositifs d'Hôpital en tension** ont permis de poser des règles strictes de seuils d'alerte et d'ouverture de lits.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

2.2 Les ressources clés mobilisées pour piloter et mettre en œuvre

La désignation d'une équipe-projet pluridisciplinaire est nécessaire afin de piloter et coordonner les actions d'un projet aussi transversal.

2.2.1 Un trinôme médical-soignant-directeur, pilier du projet

Il est fortement recommandé de désigner un trinôme composé d'un médecin, d'un cadre et d'un membre de la direction, afin de coordonner le projet. La présence d'un membre de la Direction facilite souvent la prise de décision. Ce « noyau dur », pilote du projet doit avoir des points de rencontre hebdomadaires pour suivre le bon déroulé du plan d'actions.

Une équipe-projet plus élargie peut ensuite s'organiser autour de ce trinôme en intégrant par exemple :

- ▶ **Le président de CME** qui facilite le portage du projet auprès de la communauté médicale. Près de la moitié des établissements accompagnés ont intégré ce profil dans leurs équipes-projet;
- ▶ **Le contrôleur de gestion et / ou le DIM**, fortement sollicités pour la mise en place et le suivi des indicateurs, ainsi que sur le suivi des séjours longs (avec les assistantes sociales). Près d'un tiers des établissements accompagnés a mobilisé régulièrement ces compétences;
- ▶ **Le gestionnaire de lits**, si cette fonction existe au sein de l'établissement;
- ▶ **Les services informatiques (DSIO)**, mobilisables notamment sur les évolutions à apporter sur le système d'information pour obtenir la visualisation des lits en temps réel et prévisionnel.

L'équipe-projet est tenue d'informer les instances de la progression des actions mises en œuvre (COFIL et Directoire, voire la commission parcours-patient quand elle existe).

Ainsi, les acteurs de l'équipe-projet doivent posséder les compétences suivantes :

- ▶ Capacité à gérer un projet;
- ▶ Capacité à animer une réunion et déléguer;
- ▶ Savoir communiquer et faire adhérer;
- ▶ Savoir analyser et évaluer;
- ▶ Savoir alerter.

2.2.2 Des pilotes d'actions, garant de l'avancée des actions

Une fois le plan d'actions défini et validé, il est impératif de nommer rapidement les responsables de la mise en œuvre de chaque action (pilote d'actions). Il s'agit d'identifier selon l'action, un profil opérationnel, une personne reconnue dans les services,

qui détient une expertise particulière sur la thématique de l'action qu'on lui confie. Le pilote d'action doit définir toutes les sous actions à mener avec un délai associé. Il doit alerter l'équipe-projet en cas de difficultés ou de retard de calendrier. Il peut aussi être amené à coordonner au sein de son action, d'autres acteurs opérationnels.

2.3 Une démarche de communication et de conduite du changement engagée

La communication autour du projet doit se faire à chaque étape. Il est indispensable de l'initier dès le cadrage du projet, de la poursuivre pour diffuser les résultats du diagnostic et le plan d'actions, et pour maintenir le rythme durant toute la durée de la mise en œuvre. Cette communication porte à la fois sur : les enjeux, les objectifs-cibles, le calendrier, le changement des pratiques. Sans communication régulière, il n'y aura pas d'adhésion des acteurs au projet.

En début de mise en œuvre, la première action de communication peut consister en l'organisation d'une réunion de lancement pour officialiser le « passage à l'action ».

LA DÉMARCHE DE COMMUNICATION MENÉE AU CH ÉMILE DURKHEIM

Le CH Émile Durkheim, 324 lits et places, a participé au programme gestion des lits. Tout au long du programme, l'avancée projet a été présentée en instances (Directoire, CME, assemblée générale des cadres...), mais en dehors de cette communication institutionnelle, aucune stratégie de communication à l'ensemble des professionnels n'avait été clairement définie au sein de l'établissement. Seule, la note du cadrage du projet avait été publiée sur le portail de l'intranet au démarrage du projet.

Le poster est donc apparu comme une vraie opportunité pour l'équipe-projet de pouvoir communiquer au sein de l'établissement sur toutes les actions menées depuis 18 mois. L'objectif est d'afficher le poster à des endroits stratégiques (l'accueil, le site du SRR par exemple) et de le faire « voyager » sur les différents sites.

Il s'agit d'une action de communication visible par tous, y compris par l'usager : l'établissement souhaite montrer à l'usager qu'il est au cœur de ses préoccupations et que les travaux réalisés sont avant tout dans son intérêt.

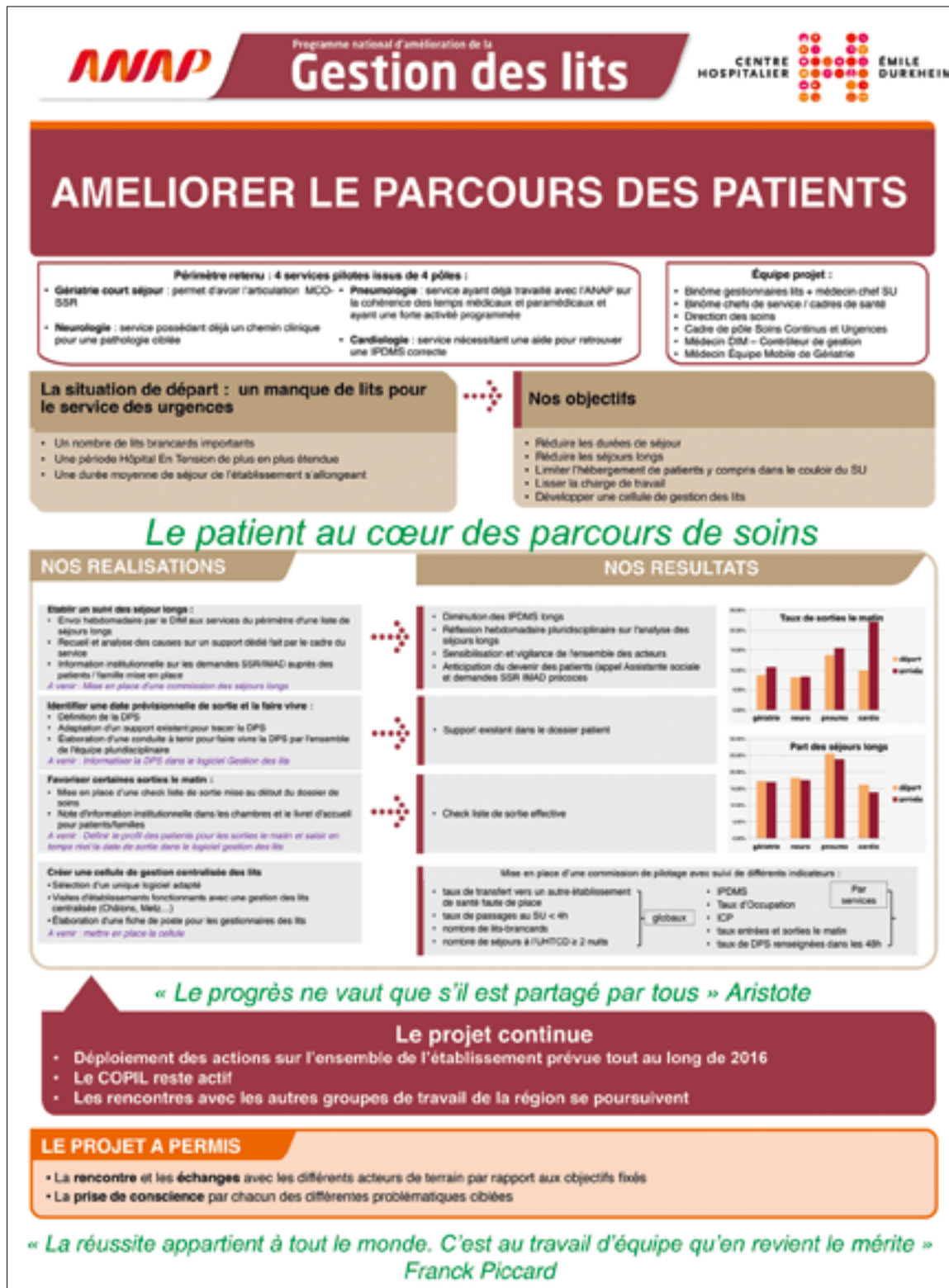
L'établissement cherche à impliquer le patient ainsi que ses aidants dans son parcours de soins.

Cette communication est vouée à se renforcer avec le déploiement des actions sur l'ensemble des services de l'établissement.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

Figure 3 : Un poster pour communiquer sur le projet au CH d'Émile Durkheim



Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

3. Les facteurs de réussite mis en avant

Un projet de cette envergure ne se met pas en œuvre sans difficultés. Les principales rencontrées et souvent citées par les établissements accompagnés sont le manque de temps et la difficile mobilisation des équipes (48 %), liée notamment à la multiplicité des projets prioritaires (22 %), le problème d'interfaçage des différents systèmes d'information (31 %), le manque de soutien institutionnel (27 %), l'architecture des locaux (19 %), l'absence de communication (12 %) et la résistance au changement (6 %).

Pour faire face à ces difficultés et maintenir la dynamique du projet sur le long terme, les équipes ont mis en avant certains éléments facilitant la mise en œuvre du projet.

3.1 Un soutien institutionnel

*« La gestion des lits :
une réponse institutionnelle à une problématique vécue comme quotidienne »*

Le soutien institutionnel (établissement et / ou ARS) est crucial sur un projet de cette ampleur pour :

- ▶ **Donner de la légitimité à l'équipe-projet** : cela peut passer par la rédaction d'une lettre de mission par exemple ou d'une présentation officielle du trinôme et des pilotes d'actions lors d'une réunion de lancement de la mise en œuvre ;
- ▶ **S'assurer de la disponibilité de l'équipe-projet et des porteurs des actions** : un temps dédié pour un cadre et / ou un médecin est nécessaire pour travailler sur le projet. Il est difficilement mesurable et dépend du contexte et de la taille de l'établissement, du profil choisi, et la charge varie dans le temps en fonction des phases du projet. Néanmoins, ce temps dédié pour mener un projet institutionnel peut être évalué en moyenne entre une demi-journée (3h) et une journée par semaine ;
- ▶ **Cibler la bonne compétence / expertise** pour chacune des actions ;
- ▶ **Communiquer et accompagner le changement** pour une prise de conscience collective ;
- ▶ **Orienter, acter, décider, arbitrer** sur la base d'éléments fournis par l'équipe-projet ;
- ▶ **Articuler le portefeuille de projets** en termes d'objectifs, de moyens alloués et de calendrier. L'expérience montre que ce sont souvent les mêmes personnes-ressources qui sont mobilisées sur différents projets, lesquels ont des objectifs et une temporalité spécifique. La Direction de l'établissement

peut ainsi donner de la visibilité et de la cohérence à l'ensemble des projets (projet médical, projet d'établissement, etc.).

3.2 Une consolidation des bonnes pratiques existantes

Pour éviter de repartir d'une page blanche au démarrage d'une action, il est souvent opportun de faire un état des lieux des bonnes pratiques déjà existantes, au sein d'un service ou d'un secteur. Ainsi, il a pu être observé dans les plans d'actions des établissements, la structuration et le développement d'actions déjà engagées comme par exemple la réactivation des commissions de suivi des séjours longs, ou de cellule « parcours-patient » ou de commission des admissions non-programmées.

« Les sorties complexes, ce n'est pas plus simple, mais au moins on en parle »

Il peut s'agir également de formaliser une pratique courante pour laquelle aucun document n'existe pour la rendre opposable.

Inversement, un document peut être formalisé mais non appliqué par les professionnels. Il conviendra alors de mener une campagne de communication pour faire connaître la procédure, la charte, la convention et la faire respecter en suscitant l'adhésion par le sens.

3.3 Une souplesse nécessaire sur le calendrier et le choix des actions

La définition d'un plan d'actions et d'un calendrier ambitieux mais réaliste est un élément structurant. Il n'est pas rare de constater sur ce type de projet qui s'inscrit sur le long terme, que les plans d'actions sont amenés à évoluer au cours du projet (abandon d'actions au profit de nouvelles plus prioritaires). Le choix d'abandonner ou de mettre en place une action peut dépendre d'une décision en COPIL, d'un recentrage des actions par manque de temps, d'une contrainte d'investissement ou d'interface notamment en ce qui concerne les systèmes d'information.

Il est nécessaire de se laisser de la flexibilité pour adapter le plan d'actions et répondre aux besoins réels et actuels des professionnels.

Par ailleurs, il est important de veiller à une alternance entre des actions très pragmatiques (par exemple la mise en place de la check liste de sortie) et des actions plus structurelles ou

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

sur le long terme (par exemple la mise en place d'une fonction de coordination des séjours) dont les impacts seront visibles moins rapidement.

3.4 Une adaptation des outils ou du système d'information

Un outil de visualisation des lits n'est pas obligatoire pour démarrer un projet de gestion des lits. Néanmoins, une fois que les organisations sont en place, la contrainte de l'outil se pose pour permettre une visualisation des lits en temps réel par les équipes (SAU, services d'aval des urgences, Direction, gestionnaires de lits, administrateur de garde, etc.). À terme, la mise à disposition d'un outil dédié, interfacé et renseigné en temps réel, devient incontournable pour une gestion optimale des lits et places.

3.5 Une évaluation des actions menées

Le choix, la mise en place et le suivi en routine d'indicateurs pertinents permet d'évaluer les impacts des actions mises en œuvre. Ces indicateurs doivent être le plus parlant possible pour les professionnels. Une fois les indicateurs par action identifiés, il est important pour chaque indicateur :

- ▶ De mesurer la valeur initiale (c'est-à-dire avant le démarrage de l'action);
- ▶ De définir une valeur cible pour donner une trajectoire;
- ▶ De mesurer la valeur finale (une fois l'action mise en place);
- ▶ D'évaluer l'écart entre la valeur finale et la valeur initiale;
- ▶ Et enfin de communiquer cette évolution auprès des professionnels concernés.

D'où l'importance d'être constant dans la méthodologie de calcul de l'indicateur.

Certaines actions nécessitent une évaluation qualitative qui peut se faire au travers de questionnaires de satisfaction des conditions de travail des professionnels et de la satisfaction de l'utilisateur.

3.6 Une dynamique à maintenir en vue du déploiement

Un projet de gestion des lits s'inscrit sur le long terme (18 mois *a minima*). Certaines actions démarrent sur des périmètres restreints ou des services pilotes et prennent plus de temps à la mise en œuvre que d'autres. Il est nécessaire de maintenir une dynamique et une mobilisation des équipes sur la durée, notamment en vue d'un déploiement des actions à l'ensemble de l'établissement.

Après dix-huit mois de programme, les établissements accompagnés n'ont pas totalement finalisé leur plan d'actions mais ont largement progressé avec en moyenne 70% d'avancement sur la majorité des actions, ce qui est positif.

3.7 Le passage du mode projet au mode « routine »

Tout projet doit avoir une fin. Cependant, la clôture d'un projet ne signifie pas l'arrêt des actions mises en place. Le passage en mode « routine » est effectif lorsque les acteurs se sont appropriés les nouvelles pratiques. Elles n'ont plus besoin d'être portées par le trinôme ou l'équipe-projet, car elles sont ancrées dans le fonctionnement quotidien des professionnels, des services.

De même, le suivi des indicateurs est intégré dans les pratiques, les instances, les bureaux de pôles pour corriger les éventuelles déviations.

Ce passage du mode projet au mode « routine » est à identifier par l'équipe-projet. Cela peut être pendant ou à la fin du déploiement en fonction de la taille de l'établissement et de l'avancement.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

4. Des résultats encourageants

Dans le cadre du programme, des indicateurs ont été collectés et analysés tous les deux mois par les établissements participants afin de pouvoir mesurer les impacts des actions mises en place en matière de gestion des lits.

Les biais rencontrés dans le cadre de la remontée des indicateurs sont les suivants :

- ▶ La mesure sur douze mois glissants. Si elle permet d'éviter l'effet de saisonnalité, elle lisse les impacts des actions mises en œuvre ;
- ▶ Les actions sont souvent mises en place dans un premier temps sur des sites pilotes, l'impact global sera donc visible une fois le déploiement assuré sur l'ensemble de l'établissement ;
- ▶ Sur la période consacrée à la mise en œuvre (de douze mois), les établissements n'ont souvent que quatre ou cinq mois de recul sur leurs réalisations concrètes.

Les tendances mesurées sur l'ensemble des établissements participants, sont présentées ci-après.

4.1 Les indicateurs incontournables

La performance en matière de gestion des séjours peut être suivie et analysée par des indicateurs très macro (indicateurs socles) qu'il est nécessaire d'appréhender non pas seulement en valeur brute mais également en tendancielle et en lecture croisée (*voir fig. 3 ci-dessous*).

S'agissant des 20% des établissements du programme les plus performants, ils présentent des indicateurs dont la valeur moyenne est performante :

- ▶ IPDMS chirurgie : 0,88 ;
- ▶ Taux d'occupation corrigé chirurgie : 85,6 % ;
- ▶ IPDMS médecine : 0,92 ;
- ▶ Taux d'occupation corrigé médecine : 96,3 %.

Les taux d'occupation en hospitalisation complète évoluent peu sur la période, les ajustements capacitaires nécessitant plus de temps à être mis en œuvre.

Les taux de rotation en ambulatoire (médecine et chirurgie) évoluent positivement, la dynamique sur l'ambulatoire se poursuit.

Les taux de transferts depuis les urgences vers d'autres établissements diminuent largement grâce aux actions mises en place sur la fluidification du parcours-patient. À noter que 40% des établissements avaient initialement un taux de transfert nul et qu'ils l'ont maintenu tout au long du programme.

16

Figure 4 : Évolution des indicateurs socles en début et fin de programme

Indicateurs socles	Valeur initiale (moyenne)	Valeur finale (moyenne)	Évolution
IPDMS chirurgie	0,99	0,97	↘ -1,5%
Taux d'occupation corrigé chirurgie	75,9	76,5	↗ 0,8%
IPDMS médecine	1,02	1,01	↘ -0,9%
Taux d'occupation corrigé médecine	89,0	90,0	↗ 1,0%
Taux de rotation corrigé de chirurgie ambulatoire	92,2	97,5	↗ 5,8%
Taux de rotation corrigé de médecine ambulatoire	113,0	118,3	↗ 4,7%
Taux de transfert depuis les urgences vers un ES extérieur	1,5	1,1	↘ -27,5%

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

Les facteurs ayant un impact positif ou négatif sur des indicateurs sont recensés dans les tableaux suivants.

Figure 5 : Facteurs d'évolution observés pour l'IPDMS et les séjours longs

IP DMS et séjours longs	
Évolution à la hausse	Évolution à la baisse
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de places d'aval; • Problème d'exhaustivité du codage; • Difficultés de faire évoluer les pratiques médicales; • Présence récurrente de lits disponibles donc pas de difficulté à trouver des lits (taux d'occupation faible); • Turnover des équipes médicales et recours aux intérimaires; • Difficultés de recrutement médical; • Contexte social des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la DPS; • Anticipation de l'aval dès la consultation; • Existence d'une plateforme de sortie; • Mise en place d'un numéro d'appel unique pour la gériatrie, dès les urgences; • Structuration de filières en neurologie ou gériatrie; • Passage systématique de l'EMG aux urgences ou dans les unités; • Amélioration du codage des séjours et des actes; • Ajustements capacitaires; • Mise en place des commissions de séjours longs et remontées hebdomadaires des séjours longs par service; • Mise en place d'avis spécialisés; • Optimisation de la programmation (PMT et Bloc); • Redéfinition des plages de rdv pour les examens de validation de la sortie; • Développement de l'HAD.

17

Figure 6 : Facteurs d'évolution observés pour le taux d'occupation corrigé

Taux d'occupation corrigé	
Évolution à la baisse	Évolution à la hausse
<ul style="list-style-type: none"> • Diminution d'activité; • Développement de l'ambulatoire par substitution; • Diminution des DMS; • Difficultés de recrutement médical; • Ouverture de lits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausse d'activité; • Réduction capacitaire; • Meilleure anticipation des congés des praticiens et fermetures d'unités; • Mise en place de la visualisation des lits en temps réel et prévisionnel; • Optimisation de la programmation; • Possibilité d'installer des lits surnuméraires (dédoulement des chambres, unité accordéon par exemple); • Hausse de l'IPDMS impliquant une hausse artificielle du TOC; • Saturation des lits en période HET.

Figure 7 : Facteurs d'évolution observés pour le taux de rotation en ambulatoire

Taux de rotation en ambulatoire	
Évolution à la baisse	Évolution à la hausse
<ul style="list-style-type: none"> • Changement d'activité (départ d'une activité à fort potentiel ambulatoire, exemple : ophtalmologie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de l'activité par substitution; • Travaux sur la SSPI pour favoriser les flux ambulatoires; • Optimisation de la programmation.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

Figure 8 : Facteurs d'évolution observés pour le taux de transfert depuis les urgences

Taux de transfert depuis les urgences vers un établissement extérieur faute de place	
Évolution à la hausse	Évolution à la baisse
<ul style="list-style-type: none"> • Réduction capacitaire inadaptée ou trop rapide; • Période HET. 	<ul style="list-style-type: none"> • Développement des entrées directes; • Ouverture d'unité post-urgences; • Développement des hébergements avec les règles d'hébergement qui facilitent l'orientation; • Développement des sorties le matin; • Mise en place d'une ligne directe pour les libéraux; • Mise en place de la visualisation des lits en temps réel et prévisionnel, qui apporte plus de transparence : fin des transferts par méconnaissance des lits disponibles; • Convention avec d'autres ES.

Pour une lecture croisée de ces indicateurs socles, il est intéressant de pouvoir positionner les établissements selon l'évolution de leur IPDMS et de leur taux d'occupation. Sont ainsi présentées ci-dessous deux matrices, l'une pour la chirurgie, l'autre pour la médecine (*voir ci-dessous fig.8*) :

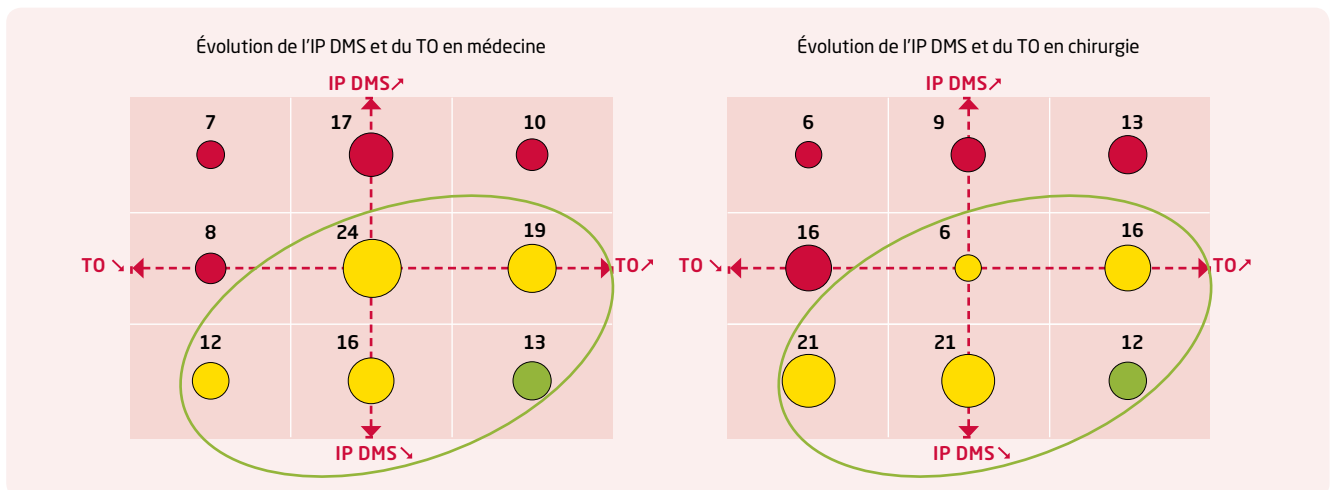
- ▶ L'IPDMS est représenté en ordonnée et le taux d'occupation en abscisse;
- ▶ Les bulles sont positionnées en fonction de l'évolution de ces 2 indicateurs;
- ▶ La taille des bulles et le chiffre à côté représentent le nombre d'établissements concernés;
- ▶ Les couleurs des bulles montrent les évolutions vertueuses ou non des indicateurs (bulle verte pour une évolution vertueuse, bulle rouge pour une évolution non vertueuse, bulle jaune lorsqu'au moins un des deux indicateurs a évolué positivement ou ne s'est pas dégradé).

Ainsi, sur la base des indicateurs remontés par 126 établissements en médecine et 120 en chirurgie :

- ▶ 67 % des établissements en médecine (84 établissements) et 63 % en chirurgie (76 établissements) ont amélioré au moins un des 2 indicateurs ou les ont stabilisés. (*cf. bulles jaunes et vertes*);
- ▶ Un tiers des établissements en médecine (41 établissements) et près de la moitié des établissements en chirurgie (54 établissements) ont diminué leur IPDMS. (*cf. partie basse de la matrice*);
- ▶ 12 établissements en chirurgie et 13 établissements en médecine ont réussi à optimiser les deux indicateurs simultanément (*cf. bulles vertes*).

18

Figure 9 : Matrice croisée de l'évolution de l'IPDMS/TO observée en début et fin de programme



Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats

Tous les établissements n'ont pas encore réussi à faire progresser leurs indices de performance dans le bon sens :

- ▶ Environ un quart des établissements ont augmenté leur IPDMS en chirurgie ou en médecine (cf. bulles orange);
- ▶ 5% des établissements ont dégradé leurs deux indicateurs.

La dynamique est bien lancée mais la difficulté de faire évoluer les pratiques médicales, soignantes voire organisationnelles, est réelle, ce qui démontre que les efforts sont à poursuivre.

4.2 Les indicateurs dits « expérimentaux »

Ces indicateurs ont été proposés pour mesurer les effets des actions mises en place sur ces 3 domaines que sont l'adéquation capacitaire, la saturation des urgences et le temps passé à la recherche en lit.

L'indice capacitaire (nombre de lits occupés / (nombre de lits ouverts x IPDMS)) évolue positivement vers 1, ce qui traduit les efforts des établissements sur l'optimisation des durées de séjours et / ou de leur taux d'occupation (voir ci-dessous fig.9).

Le nombre de lits-brancards diminue, ce qui est positif. Ça l'est d'autant plus que le taux de transfert depuis les urgences diminue également.

L'évolution à la baisse du nombre d'ETP pour la recherche en lits s'explique notamment par la mise en place de la visualisation des lits en temps réel et prévisionnel ainsi que par la mise en place de la gestion centralisée et de la fonction de coordination des séjours.

4.3 Les indicateurs opérationnels

Certains établissements ont choisi de suivre des indicateurs directement liés aux actions engagées pour en mesurer l'efficacité.

Pour les établissements qui ont travaillé sur les sorties le matin : l'engagement des services à réaliser au moins 1 à 2 sorties le matin se traduit par une évolution positive du taux de sortie le matin.

Un travail important mené sur l'analyse du potentiel substituable en ambulatoire a contribué à faire baisser le taux de séjour d'une nuit en hospitalisation conventionnelle.

L'analyse des causes des séjours longs et la mise en place de commissions de sorties complexes permettent de diminuer la part des séjours longs.

L'augmentation du taux de DPS renseignées à 48h montre que celle-ci commence à être véritablement intégrée dans les pratiques médicales (voir ci-dessous fig.10).

Figure 10 : Évolution des indicateurs expérimentaux en début et fin de programme

Indicateurs expérimentaux	Valeur initiale (moyenne)	Valeur finale (moyenne)	Évolution
Indice de performance capacitaire	0,84	0,86	↗ 2%
Nombre de lits-brancards la nuit	4,1	3,0	↘ -28%
Nombre d'ETP pour la recherche en lits	2,7	2,2	↘ -16%

Figure 11 : Évolution des indicateurs opérationnels en début et fin de programme

Indicateurs opérationnels	Nombre d'établissements	Valeur initiale (moyenne)	Valeur finale (moyenne)	Évolution
Taux de sorties le matin	48	21,5	24,9	↗ 16%
Taux de séjours de 1 nuit en hospitalisation conventionnelle	19	15,0	12,6	↘ -16%
Part des séjours longs (IPDMS > 1,3)	15	16,1	15,5	↘ -4%
Taux de DPS renseignées à 48h	8	24,4	38,2	↗ 56%

Chapitre 1

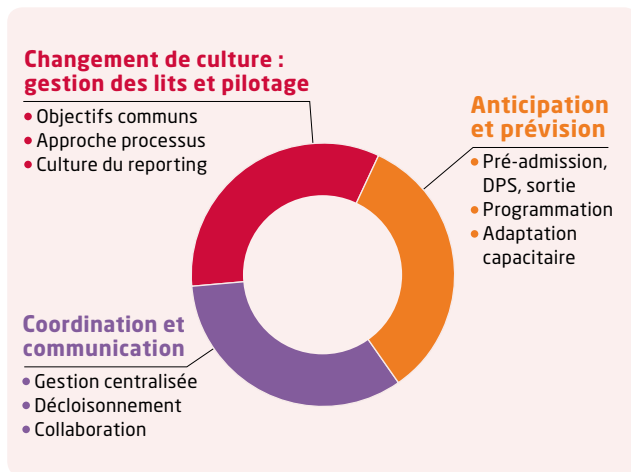
Principaux enseignements et résultats

4.4 Ce qui a changé au quotidien

« Le changement ça marche ! »

L'évolution des pratiques s'est opérée selon 3 axes : un changement de culture, une anticipation permanente et une coordination renforcée.

Figure 12 : Ce qui a changé au quotidien



20

L'émergence d'une culture de gestion des lits et de pilotage

Une véritable prise de conscience par les médecins des enjeux liés à l'optimisation de la gestion des lits a émergé durant le programme. Un alignement sur des objectifs communs a pu être observé, parfois même déclinés jusque dans les contrats de pôle. Par ailleurs, l'approche par processus a permis de prendre en compte le parcours-patient dans sa globalité, et ainsi de formaliser des circuits (règles d'hébergement, filière, chemins clinique etc.). Enfin, la culture du pilotage par les indicateurs s'est vue renforcée et a favorisé la réactivité des établissements au travers des actions menées.

Une dynamique des professionnels de santé tournée vers la prévision et l'anticipation permanente pour organiser le séjour du patient

Les établissements anticipent désormais chaque étape de la prise en charge : l'entrée au moment de la pré-admission, l'aval par une évaluation le plus en amont possible, la sortie grâce à la DPS et à l'anticipation des examens complémentaires. Les professionnels ont aussi perçu l'importance de programmer le séjour en lien avec la disponibilité du bloc opératoire et du plateau médicotechnique et de s'assurer de l'adéquation de l'hébergement au type de prise en charge.

Les prévisions de l'activité, des congés des praticiens, des fermetures et ouvertures de lits permettent d'ajuster les ressources en lits et les ressources humaines au plus près de l'activité.

Les établissements réussissent globalement à prévoir l'activité non-programmée de façon statistique en se basant sur l'historique et en contractualisant entre les services de soins et le service des urgences. Pour certains, ils se sont organisés pour être réactifs même en période de tension (procédure hôpital en tension et définition de seuils d'alerte).

Une coordination et communication renforcée entre professionnels de santé

Les actions menées ont permis d'obtenir d'une part un réel decloisonnement entre les unités de soins et les urgences (notion d'entraide souvent citée), et d'autre part une meilleure collaboration avec le service social, les structures d'aval et la médecine de ville. Enfin, l'émergence d'une communication ascendante (remontée des besoins en lits d'aval depuis les urgences) et descendante (information quotidienne des services de soins sur les ressources en lits disponibles) s'est imposée par la mise en place de la gestion centralisée des lits.

Ces 3 axes contribuent assurément à une meilleure prise en charge du patient.

Chapitre 1

Principaux enseignements et résultats



**Gestion des lits :
vers une nouvelle organisation**
Tome 1 : Cadrage, diagnostic et
plan d'actions

**Gestion des lits :
vers une nouvelle organisation**
Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

**Gestion des lits :
vers une nouvelle organisation**
Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

Tous les travaux de l'ANAP sur
la thématique de l'optimisation
de la Gestion des lits sont disponibles
sur la plateforme thématique dédiée :
<http://gestion-des-lits.anap.fr/>



2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Cette partie est consacrée à la présentation des fiches actions qui couvrent l'ensemble des thématiques d'un projet d'optimisation de la gestion des lits. Ce travail est issu de l'exploitation des travaux entrepris par les établissements du programme pour dégager des bonnes pratiques en matière de gestion de lit. Elles présentent les étapes clés des actions menées en donnant un cadre pour les équipes qui les déploient sur le terrain.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Pré-admissions et programmation	p. 27
Fiche 1 : Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours	p. 27
Fiche 2 : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire	p. 30
Fiche 3 : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine	p. 33
Fiche 4 : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine	p. 35
Fiche 5 : Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences	p. 37
Fiche 6 : Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel	p. 40
Fiche 7 : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens	p. 44
Gestion du séjour - Sortie - Aval	p. 47
Fiche 8 : Mettre en place des règles d'hébergement	p. 47
Fiche 9 : Mettre en place une fonction de coordination des séjours	p. 50
Fiche 10 : Préparer la sortie et anticiper l'aval	p. 56
Fiche 11 : Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)	p. 61
Fiche 12 : Suivre les séjours longs	p. 65
Fiche 13 : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière	p. 67
Ajustement des ressources	p. 71
Fiche 14 : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité	p. 71
Fiche 15 : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité	p. 75
Fiche 16 : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)	p. 77

23



STRUCTURATION DES FICHES

Chaque fiche actions comporte les rubriques suivantes :

- ▶ L'avant-propos qui rappelle la réglementation si nécessaire, précise certaines définitions;
- ▶ L'étape du processus pour situer la thématique dans le circuit patient;
- ▶ L'équipe-projet à mobiliser pour mener à bien l'action;
- ▶ Les enjeux essentiels à la thématique;
- ▶ L'intérêt de l'action classé selon les impacts attendus;
- ▶ Les difficultés de mise en œuvre classées selon leur intensité;
- ▶ Les délais d'obtention des premiers résultats classés par temporalité;
- ▶ Les indicateurs de suivi à mettre en place pour évaluer la réussite;
- ▶ Les kits outils pour illustrer / venant en support de la mise en œuvre opérationnelle de l'action;
- ▶ Les résultats obtenus issus des indicateurs remontés dans le cadre du programme et du questionnaire de capitalisation complété par les établissements en fin de projet;
- ▶ Les clés de la réussite et conseils de l'ANAP qui permettent de repérer les éléments facilitant la mise en œuvre et anticiper les écueils;
- ▶ Les autres fiches associées à la fiche action afin de coordonner les actions à mener en parallèle dans l'élaboration du projet;
- ▶ Les étapes de mise en œuvre détaillées pour guider pas à pas les professionnels dans la réalisation des actions.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

UTILISATION DES FICHES ACTIONS

En fonction des problématiques propres à l'établissement et des contraintes de calendrier, deux matrices sont proposées pour guider l'établissement dans la définition du plan d'actions le plus approprié.

- Identification des fiches organisées par problématiques (**fig. 13**) : selon les problématiques rencontrées, l'établissement mettra en œuvre prioritairement les fiches sélectionnées en vert. Les fiches identifiées en orange contribuent à répondre à la problématique de manière secondaire;

- Identification des fiches organisées par temporalité et difficulté de mise en œuvre (**fig. 14**) : en fonction de la maturité et des délais dont disposent les établissements, les actions à mener sont sélectionnées.

Figure 13 : Identification des fiches organisées par problématiques

Quelle sera votre problématique ?	Actions à mettre en œuvre en priorité pour répondre à la problématique	Actions contribuant à répondre à la problématique de manière secondaire
Des déprogrammations nombreuses	Fiches 1, 6 et 9	Fiche 8
Des transferts issus des urgences vers d'autres établissements	Fiches 6, 8 et 16	Fiches 9 et 13
Délais d'attente d'un lit d'hospitalisation à partir des urgences ou de l'UHCD	Fiches 5, 7, 8 et 10	Fiches 6 et 9
DMS longues et supérieures à la moyenne nationale	Fiches 7, 10 et 12	Fiches 11 et 13
Inadéquation de l'unité d'hébergement au type de prise en charge (ambulatoire forain, séjour 1 nuit)	Fiches 2, 3, 4 et 13	Fiche 5
Lissage insuffisant des activités sur la journée, la semaine, l'année	Fiches 1, 7 et 9	Fiche 10
Inadéquation des ressources à l'activité	Fiches 14 et 15	Fiches 2, 3 et 4

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

De manière générale, les fiches actions qui répondent à un plus grand nombre de problématiques et qui contribuent à fluidifier le séjour du patient sont **les fiches 6 à 10** :

- ▶ Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel;
- ▶ Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens;
- ▶ Mettre en place des règles d'hébergement;
- ▶ Mettre en place une fonction de coordination des séjours;
- ▶ Préparer la sortie et anticiper l'aval.

Les fiches actions les plus structurantes d'un point de vue capacitaire sont **les fiches 14 et 15** :

















- ▶ Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité;
- ▶ Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité.

Pré-admission / programmation	
Fiche 1	Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours
Fiche 2	Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire
Fiche 3	Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine
Fiche 4	Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine
Fiche 5	Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences
Fiche 6	Séjour du patient Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel
Fiche 7	Séjour du patient Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens
Gestion du séjour / anticipation sortie / aval	
Fiche 8	Séjour du patient Mettre en place des règles d'hébergement
Fiche 9	Séjour du patient Mettre en place une fonction de coordination des séjours
Fiche 10	Séjour du patient Préparer la sortie et anticiper l'aval
Fiche 11	Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)
Fiche 12	Suivre les séjours longs
Fiche 13	Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière
Ajustement des ressources	
Fiche 14	Capacitaire Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité
Fiche 15	Capacitaire Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité
Fiche 16	Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)

Chapitre 2


Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Figure 14 : Identification des fiches organisées par temporalité et difficultés de mise en œuvre

		Temporalité	Difficulté de mise en œuvre
Pré-admission / programmation			
Fiche 1	Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours	 < 3 mois	Difficulté : faible
Fiche 2	Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 3	Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 4	Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 5	Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences	 > 6 mois	Difficulté : forte
Fiche 6	Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 7	Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Gestion du séjour / anticipation sortie / aval			
Fiche 8	Mettre en place des règles d'hébergement	 > 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 9	Mettre en place une fonction de coordination des séjours	 > 6 mois	Difficulté : forte
Fiche 10	Préparer la sortie et anticiper l'aval	 < 3 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 11	Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne
Fiche 12	Suivre les séjours longs	 < 3 mois	Difficulté : faible
Fiche 13	Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière	 > 6 mois	Difficulté : forte
Ajustement des ressources			
Fiche 14	Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité	 > 6 mois	Difficulté : forte
Fiche 15	Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité	 > 6 mois	Difficulté : forte
Fiche 16	Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)	 3 à 6 mois	Difficulté : moyenne

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 1

Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

La pré-admission est une préparation du dossier administratif réalisée par le Bureau des entrées (BDE) ou des admissions en présence du patient, ou en ligne, après la consultation et en vue de son hospitalisation.

La fiche de programmation, quant à elle, est renseignée par le praticien lors de la consultation et contient l'ensemble des éléments nécessaires à la programmation du séjour, du passage au bloc opératoire le cas échéant et des examens complémentaires. Elle est transmise après la consultation à la personne en charge de la programmation du séjour.

Cette fiche concerne l'activité programmée.

Équipe-projet

- Responsable du bureau des entrées ou des admissions;
- Cadre de santé.

Enjeux

- Fluidifier et sécuriser le parcours-patient afin qu'il arrive directement dans le service le jour de son hospitalisation, sans passer par le BDE;
- Obtenir une visibilité précise de l'occupation prévisionnelle des lits et des plateaux médicotechniques (bloc opératoire notamment);
- Améliorer la qualité de la facturation en validant en amont les droits du patient.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyenne	Forte	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
D'autant plus fort que le volume d'activité programmée est important et qu'il existe une fonction de coordination des séjours (la fiche de programmation peut être transmise à la cellule si celle-ci joue un rôle dans la programmation du séjour).			Repose essentiellement sur la formation et la communication des documents et du processus.			Les premiers résultats arrivent rapidement à partir du moment où les documents et les processus sont connus et appropriés par tous.		

Indicateurs de suivi

- Taux de pré-admission;
- Taux de déprogrammation.

Kit-outil / REX

- Modèle de fiche de pré-admission;
- Modèle de fiche de programmation.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Résultats obtenus

- 56 établissements ont mis en place cette action;
- 13 établissements ont suivi l'indicateur-taux de pré-admission pour lesquels on a pu constater une augmentation moyenne de 3,5 points (de 51,4 % à 54,9 %) allant jusqu'à 30 points d'augmentation pour la progression la plus notable;
- 6 établissements présentent un taux de pré-admission supérieur à 55 %.

Clés de la réussite

- Harmoniser le dossier de pré-admission au sein de l'établissement et la fiche de programmation *a minima* par grands champs (M, C et O);
- Formaliser la procédure d'annulation (du dossier administratif et de la réservation du lit) en cas de déprogrammation ou en cas de non-venue du patient.

Conseils de l'ANAP :

- Réfléchir à l'opportunité d'informatiser la fiche de programmation et de réaliser les pré-admissions en ligne en fonction de la maturité du SIH;
- Indiquer sur la fiche de programmation la Date prévisionnelle de sortie (DPS).

Fiches associées

- **Fiche 7** : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens;
- **Fiche 9** : Mettre en place une fonction de coordination des séjours.


Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS	
Actions concernant la programmation	Actions concernant la pré-admission
<p>Définir les processus de programmation, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remplissage de la fiche de programmation par le praticien en consultation; • Transmission de la fiche à la secrétaire médicale du service ou à la fonction de coordination des séjours; • Programmation du séjour (y compris bloc opératoire et examens complémentaires) et mise à jour du SIH. 	<p>Définir les processus de pré-admission, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la chirurgie : passage au BDE (ou au secrétariat, ou à la cellule de gestion des lits) après la consultation d'anesthésie pour enregistrer la pré-admission. • Pour la médecine : <ul style="list-style-type: none"> - Si la date d'hospitalisation est fixée à la consultation : passage au BDE (ou au secrétariat, ou à la cellule de gestion des lits) dès la consultation de médecine; - si le patient est en attente de date d'hospitalisation : remise des documents de pré-admission au patient, ou communiquer le site de pré-admission en ligne de l'établissement.
<p>Définir une trame de fiche de programmation comportant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom, prénom; • Date et lieu de naissance; • Service, UF; • Motif d'hospitalisation; • Date d'entrée; • Durée prévisionnelle de séjour; • Besoin de recours à un plateau technique (bloc opératoire, examens complémentaires, ...); • Besoin de recours à une unité de soins critiques; • Choix d'une chambre particulière; • Identification du besoin d'aval. <p>Ajuster la trame en fonction des besoins spécifiques aux activités (MCO) et aux types de prise en charge (HC,HDJ,UCA).</p>	<p>Définir une trame du dossier de pré-admission en incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date d'entrée prévue service; • Date de la dernière hospitalisation; • Coordonnées du patient; • Droits du patient (AMO, AMC, y compris médecin traitant).
<p>Valider la procédure et la trame pour la pré-admission et la fiche de programmation (CME, réunion de pôle, réunion d'encadrement du BDE).</p>	
	<p>Définir les modalités de communication auprès des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur le site internet en expliquant le principe de pré-admission et en précisant les documents nécessaires à sa réalisation; • Lors de leur passage au BDE avant leur consultation; • À l'issue de la consultation, le praticien précise au patient s'il doit repasser au BDE / secrétariat médical pour sa pré-admission; • À l'issue de la pré-admission, préciser au patient où il doit se présenter le jour de son hospitalisation.
<p>Former les professionnels et tester ces nouvelles procédures. Réajuster le cas échéant et généraliser.</p>	
<p>Évaluer le niveau d'appropriation des procédures de programmation et de pré-admission :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesurer le taux de pré-admission par service (en collaboration avec le Contrôle de gestion, et le DSIO); • Diffuser mensuellement ces données auprès des acteurs concernés : pôles, services, BDE, DAF, cellule de gestion des lits le cas échéant; • Vérifier, par un audit interne après 3 mois de mise en place, l'exhaustivité des éléments remplis dans la fiche de programmation (notamment la DPS et les examens complémentaires). 	

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 2

Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire


ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

Ce retour d'expériences est basé sur les pratiques constatées, qui ne sont pas nécessairement les bonnes pratiques de chirurgie ambulatoire.

Cette fiche retrace uniquement les étapes suivies par les établissements du programme pour l'optimisation d'une Unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Pour rappel, l'UCA est une unité d'hospitalisation disposant de ressources propres (locaux, personnels) et de processus opérationnels spécifiques, qui est mise à la disposition des spécialités pour prendre en charge leurs patients en ambulatoire, c'est-à-dire en 12 heures maximum.

 Les travaux issus du partenariat ANAP et HAS sur la mise en place d'une unité de chirurgie ambulatoire sont disponibles sur le site de l'ANAP : www.anap.fr
mots-clés : Itinéraire Chir Ambu

Équipe-projet

- Chirurgiens;
- Anesthésistes;
- Cadres de santé et de bloc.

Enjeux

- Fournir un « outil de travail » adapté aux professionnels de santé pour mieux prendre en compte les objectifs nationaux de développement de l'ambulatoire;
- Favoriser le développement d'une prise en charge de qualité pour le patient (baisse du nombre d'infections nosocomiales, récupération à domicile plus rapide...);
- Programmer ces interventions en lien avec les vacations du bloc et des plateaux médicotechniques pour garantir une durée de séjour inférieure à 12 heures.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Fort si l'établissement a un volume important d'activité programmée de séjours de 0, 1 et 2 nuits.			La difficulté réside principalement dans l'impact sur les pratiques médicales (dont les techniques opératoires et anesthésiques) de la mise en place d'une telle organisation.			Le délai est variable en fonction : <ul style="list-style-type: none"> • De la disponibilité immédiate de locaux pour accueillir cette activité; • De la révision éventuelle des règles de programmation, voire des vacations; • Ainsi que de l'adhésion des praticiens. 		

Indicateurs de suivi

- Taux de chirurgie ambulatoire par spécialité (nouveau périmètre du taux global de chirurgie ambulatoire : cf. instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/15, annexe 1);
- Taux d'occupation de l'UCA par jour de la semaine;



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



- Taux de séjours de 1 et 2 nuits dans les unités conventionnelles (pour évaluer le potentiel substituable en ambulatoire);
- Taux d'échec à l'ambulatoire (patient récusé le jour même);
- Taux de repli (patient basculé en HC à l'issue de la prise en charge en ambulatoire);
- Taux de rotation des places (en excluant les actes externes du calcul);
- Taux de forain (hors fermeture de l'unité);
- Taux de ré-hospitalisation pour le même motif à moins de 48h.



Kit-outil / REX

• Publication sur l'organisation d'une unité de chirurgie ambulatoire

- Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi - accompagnement de 20 établissements au développement de la chirurgie ambulatoire;
- Chirurgie ambulatoire : guide de diagnostic externe (analyse des indicateurs);
- Chirurgie ambulatoire : recommandations organisationnelles.

• Outil de dimensionnement et impact économique

- OPEERA.
- Objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020, instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/15;
- Charte de fonctionnement;
- Exemple d'analyse des potentiels de substitution.



Ces guides sont disponibles sur le site internet de l'ANAP :

www.anap.fr

mots-clés : *Mode d'emploi*
Guide de diagnostic externe
Recommandations organisationnelles



L'outil est disponible sur le site internet de l'ANAP :

www.anap.fr

mots-clés : OPEERA



Résultats obtenus

- 102 établissements ont suivi l'indicateur taux de rotation des places de chirurgie ambulatoire qui est passé de 92,2 à 97,50 % (soit +5,3 points);
- 46 établissements présentent un taux supérieur à 100 %;
- 38 établissements obtiennent une progression de plus de 10 points;
- 56 établissements ont développé une action spécifique sur l'UCA, le taux de rotation est ainsi passé de 99,9 % à 105,9 % (+6 points).

Clés de la réussite

- Anticiper le dimensionnement de l'UCA en regard de l'activité actuelle et à venir;
- Identifier un coordinateur médical de l'UCA;
- Veiller à ne pas faire d'activité ambulatoire foraine (activité réalisée en dehors d'une unité dédiée en période d'ouverture);
- Changer de paradigme : « pour chaque patient à prendre en charge la question à se poser n'est pas de savoir si le patient est éligible à l'ambulatoire, mais quelles raisons médicales empêcheraient son hospitalisation dans une structure ambulatoire »;
- Communiquer auprès des professionnels de santé de ville sur l'offre en ambulatoire pour favoriser le recrutement de la patientèle.



Fiches associées

- **Fiche 3** : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine;
- **Fiche 4** : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Réaliser un diagnostic :

• Définir le potentiel de substitution de l'activité de chirurgie :

- Extraire les séjours de 0 à 4 jours et par sévérité (cf : instruction N° DGOS/R3/2015/296 du 28/09/15);

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2
Durée de séjour	1	2	3	4	>4	3	4	>4
Taux de transférabilité	80%	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%

- Définir avec les chirurgiens et les anesthésistes les critères d'éligibilité (voir fiche N°2.2 P43 du guide ANAP chirurgie ambulatoire, mode d'emploi) ainsi que les types d'actes éligibles à l'ambulatoire : se référer en premier lieu aux actes marqueurs (55 actuellement), aux séjours de 1 nuit entrés la veille et aux séjours dont la DMS nationale est inférieure ou égale à 1. Il est possible de fixer des cibles progressives à atteindre en ambulatoire. Se référer également à la circulaire DGOS;

• Définir le dimensionnement de l'UCA :

- Définir le dimensionnement de l'unité en fonction des volumes d'activité, des jours d'ouverture et des rotations possibles en fonction du type de prise en charge.
- Mesurer l'impact sur les capacités de l'hospitalisation conventionnelle des séjours substitués en ambulatoire et adapter les capacités le cas échéant;
- Valider en instance le principe d'optimisation de l'unité d'ambulatoire.

Définir et mettre en œuvre les principes de programmation et d'organisation de l'activité d'ambulatoire :

• Programmation :

- Organiser la programmation des activités de chirurgie ambulatoire avec une réflexion sur des vacations ou salles spécifiquement armées;
- Formaliser les protocoles d'analgésies (binôme chirurgien / anesthésiste par spécialité);
- Programmer les séjours en lien avec les PMT pour garantir une durée de séjour maîtrisée et inférieure à 12 heures;
- Pour les séjours non-programmés, se laisser des marges de manœuvre pour intégrer le non-programmé et organiser la prise en charge en respectant les règles de fonctionnement;
- Établir avec les praticiens des durées prévisionnelles de prise en charge par spécialité et par actes pour orienter les temps d'occupation des places et favoriser la rotation.

• Organisation :


- Définir l'organisation paramédicale : appel de la veille, appel du lendemain, mise en place du score de type Aldrete / Chung (aptitude à la sortie d'hospitalisation), lieu spécifique identifié pour l'accueil des patients ambulatoires en SSPI pour favoriser la rapidité du passage, remise de consignes en cas d'urgences au patient;
- Former le personnel soignant à ce type de prise en charge « rapide »;
- Définir les modalités d'entrée des patients dans l'unité, avec échelonnement des arrivées;
- Informer le patient de toutes les étapes de son séjour pour qu'il participe à sa prise en charge péri-opératoire, et anticiper tout ce qui peut l'être avant son arrivée;
- Organiser le circuit du patient sur le principe de la « marche avant » avec un cadencement des activités qui interdit le retour en arrière;
- Définir l'organisation médicale pour favoriser la sortie dès que possible : prescription d'antalgiques dès la consultation, visite dans l'unité pour signer la sortie, procédure de transfert en HC si la sortie est impossible;
- Étudier la pertinence et la localisation d'un salon de sortie en fonction du volume de prises en charge à récupération rapide;
- Définir l'organisation administrative : remise des comptes rendus opératoires, ordonnances, rendez-vous pour la consultation de suivi et arrêt de travail éventuel, lettre au médecin traitant pour assurer la continuité des soins, mesure de la satisfaction du patient.

Évaluer au bout de 3 mois de mise en œuvre de la nouvelle organisation :

- Analyser les indicateurs et faire le cas échéant des études ponctuelles sur les dysfonctionnements organisationnels constatés par étape de la prise en charge (de la consultation à l'appel du lendemain).

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 3

Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

Cette fiche présente les aspects organisationnels inhérents à la mise en place d'une unité d'Hospitalisation de jour de médecine (HDJ). L'HDJ est une unité de soins disposant de ressources propres (locaux, personnels) et de processus opérationnels spécifiques, mise à la disposition des spécialités pour prendre en charge leurs patients en ambulatoire.

Équipe-projet

- Praticien;
- Cadre de santé.

Enjeux

- Favoriser le développement d'une prise en charge de qualité pour le patient (baisse du nombre d'infections nosocomiales, convalescence à domicile plus rapide...);
- Mobiliser des moyens plus adéquats que ceux nécessaires à l'hospitalisation conventionnelle;
- Programmer ces séjours courts en lien avec les services prestataires pour garantir une durée de séjour inférieure à 12 heures.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Fort	< 3	3 à 6	> 6
Fort si l'établissement a un volume important d'activité programmée de séjours de 0, 1 et 2 nuits, des activités de bilan, d'explorations ou d'éducation thérapeutique, de cancérologie et de gériatrie.			La difficulté réside : <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'impact d'une telle organisation sur les pratiques médicales; • Sur l'identification des séjours substituables sans référentiel des sociétés savantes ou consensus médical; • Sur le mode de tarification spécifique. 			Le délai est variable en fonction : <ul style="list-style-type: none"> • De la disponibilité immédiate de locaux pour accueillir cette activité; • De l'adhésion des praticiens. 		

Indicateurs de suivi

- Taux de médecine ambulatoire (hors séances);
- Taux d'occupation par jour de semaine de l'unité;
- Taux de rotation des places;
- Taux de séjours de 1 et 2 nuits dans les unités conventionnelles (pour évaluer le potentiel substituable en ambulatoire);
- Taux d'échec à l'ambulatoire (patient récusé le jour même);
- Taux de repli (patient basculé en HC à l'issue de la prise en charge en ambulatoire);
- Taux de ré-hospitalisation à 48h des patients pris en charge en ambulatoire.

Kit-outil / REX

- Charte de fonctionnement de l'HDJ;
- Outil d'autodiagnostic de la maturité d'un établissement à mettre en place un HDJ de médecine;
- Trame méthodologique pour la mise en place des HDJ de médecine;
- Circulaire frontière DGOS : www.atih.sante.fr/circulaire-frontiere



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Résultats obtenus

- 88 établissements ont suivi l'indicateur taux de rotation des places de médecine ambulatoire qui a évolué de 113 à 118,3 % (+5,3 points);
- 29 établissements obtiennent une progression de plus de 10 points;
- 37 établissements ont une rotation supérieure à 125 %;
- 47 établissements ont développé une action spécifique sur l'HDJ.

Clés de la réussite

- Avoir une unité de taille critique et multi-spécialités;
- Identifier un coordinateur médical de l'unité de médecine de jour;
- Veiller à ne pas faire d'activité ambulatoire foraine dans le cas où l'établissement choisit de créer une unité médicale de jour dédiée;
- Changer de paradigme : « pour chaque patient à prendre en charge la question à se poser n'est pas de savoir si le patient est éligible à l'ambulatoire, mais quelles raisons médicales empêcheraient son hospitalisation dans une structure ambulatoire »;
- S'assurer que les séjours en HDJ respectent les dispositions de la circulaire frontière.

Fiches associées

- **Fiche 2** : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire;
- **Fiche 4** : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine.

34

PLAN D' ACTIONS

Réaliser un diagnostic :

- Définir les types de séjours éligibles à l'ambulatoire (en se basant dans un premier temps sur les séjours mono-RUM de 0, 1 ou 2 nuits), par exemple :
 - Diagnostic : bilans simples, bilans de chute pour la gériatrie, ponction, allergologie, consultations multidisciplinaires;
 - Thérapeutique : biothérapie, chimiothérapie non-tumorale, transfusion, douleur;
 - Éducation thérapeutique.
- Définir le dimensionnement de l'unité et sa localisation géographique;
- Valider l'impact sur les lits d'HC des séjours substitués en ambulatoire et adapter les capacités;
- Valider en instance le principe d'optimisation d'une unité d'hospitalisation de jour de médecine.

Définir et mettre en œuvre les principes de programmation et d'organisation :


- Organiser la programmation des activités en tenant compte des durées de prises en charge pour permettre des rotations ainsi que des prestations nécessaires, par exemple :
 - Pour du diagnostic : la programmation peut-être plus complexe pour des bilans du fait de la coordination des examens sur la journée, il faut éventuellement prévoir un poste d'un IDE de programmation / coordination, le stockage des effets personnels, etc.;
 - Pour la thérapeutique : forte consommation des ressources (principalement IDE et fonctions-supports aux soins).
- Définir les modalités d'entrée dans l'unité des patients en provenance des consultations, voire des urgences;
- Définir l'organisation médicale (visites, sorties des patients) et paramédicale (y compris l'intervention éventuelle des kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues) avec des locaux adéquats;
- Programmer les séjours en lien avec les PMT pour garantir une durée de séjour maîtrisée et inférieure à 12 heures;
- Prévoir une procédure de transfert vers l'hospitalisation conventionnelle en cas d'allongement non-prévu de la durée de séjour.

Évaluer après 3 mois de mise en œuvre de la nouvelle organisation :

- Analyser les indicateurs et faire le cas échéant une étude ponctuelle (pertinence des séjours et notamment présence de patients « externes » dans les unités d'ambulatoire...);
- Faire une revue des difficultés pour adapter l'organisation.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 4

Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

L'HDS concerne la prise en charge des hospitalisations programmées dont les activités sont bien connues et dont les durées sont inférieures ou égales à cinq jours.

Cette unité peut accueillir des activités de diagnostic, de suivi d'évolution d'une pathologie, de traitement ou d'éducation des patients.

En règle générale, ces unités sont ouvertes du lundi matin au vendredi soir.

La mise en place d'une unité d'hospitalisation de semaine, si ce mode de prise en charge est pertinent pour l'établissement, ne peut se faire que sur un redéploiement de lits d'hospitalisation complète.

Équipe-projet

- Praticien;
- Cadre de santé.

Enjeux

- Disposer d'une unité de prise en charge adéquate pour les séjours courts avec les RH au regard afin d'éviter une sous-occupation des lits d'hospitalisation conventionnelle le week-end;
- Programmer ces séjours courts en lien avec les vacations du bloc et des plateaux médicotéchniques pour garantir une durée de séjour inférieure ou égale à 5 jours et compatible avec les jours d'ouverture de la structure.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Fort si l'établissement a un volume important d'activité programmée de séjours entre 2 et 5 jours.			La difficulté réside dans le lissage de la programmation des séjours sur la semaine en fonction des durées de séjours et des vacations disponibles au bloc opératoire et aux plateaux médicotéchniques.			Délai variable en fonction de la disponibilité immédiate de locaux pour accueillir cette activité, de l'adaptation des maquettes organisationnelles et le cas échéant de la planification des vacations de bloc.		

Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation par jour de semaine de l'unité de semaine;
- Taux de séjours de 0 et 1 nuit dans cette unité (pour évaluer le potentiel substituable en ambulatoire);
- Taux de repli en HC le week-end;
- DMS de l'unité.

Kit-outil / REX

- Démarche;
- Retour d'expériences.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Résultats obtenus

- 28 établissements ont créé ou redéployé des lits d'HDS à hauteur de 312 lits (dont 16 établissements ont redéployé au moins 208 lits d'HC) et 22 en ont fermé à hauteur de 279 lits.

Clés de la réussite

- Envisager la localisation de l'HDS à proximité d'une unité d'HC offrant ainsi la possibilité de déplacer un patient d'HDS en HC si besoin et favorisant la mutualisation des équipes;
- Confier la responsabilité de l'HDS et de l'UCA/HDJ à un seul cadre pour assurer une meilleure coordination (dans la mesure où la taille et la localisation des unités le permettent);
- Prendre en charge en HDS des pathologies ayant des DMS différentes pour optimiser le taux d'occupation de l'unité;
- Avoir une unité de taille critique et multi-spécialités;
- Veiller à ne pas faire d'activité ambulatoire en hôpital de semaine.

Conseil de l'ANAP :

- Intégrer sur une nuit vacante, entre deux prises en charge, des activités de « nuit » (type polysomnographie).

Fiches associées

- **Fiche 2** : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire;
- **Fiche 3** : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine.

36

PLAN D' ACTIONS

Réaliser un diagnostic pour acter la pertinence d'une unité de semaine :

- Demander au DIM une extraction des séjours (hors entrées par les urgences) entre 2 et 5 jours par spécialité;
- Analyser le volume avec la répartition par durée de séjour et par jour d'entrée dans la semaine;
- Définir les types de séjours éligibles à l'HDS, par exemple : bilans de SEP, polysomnographie, oxymétrie nocturne, tests d'endormissements, traitements de douleurs neuropathiques, troubles nutritionnels, diabétologie, endocrinologie, bilan pré-greffe en néphrologie, éducation thérapeutique, pneumologie, certaines endoscopies digestives (avec biopsie), etc.;
- Définir le dimensionnement de l'unité et organiser le redéploiement de lits d'hospitalisation complète au profit de cette unité;
- Définir sa localisation géographique;
- Ajuster les maquettes organisationnelles liées à la fermeture d'une aile ou d'un service le week-end;
- Valider en instance le principe d'une unité de semaine.

Définir et mettre en œuvre les principes de programmation et d'organisation :


- **Programmation** :
 - Organiser la programmation des activités avec des durées de séjours entre 2 et 5 jours et les combiner sur la semaine : 2 rotations de 2,5 jours, 2 rotations d'activités de 2 jours et 3 jours, etc.;
 - Intégrer la prise en charge en HDS des patients âgés isolés inéligibles à l'ambulatoire;
 - Programmer les séjours en lien avec les PMT pour garantir une durée de séjour maîtrisée et inférieure à 5 jours.
- **Organisation** :
 - Définir l'organisation médicale et paramédicale;
 - Prévoir une procédure de transfert vers l'hospitalisation conventionnelle en cas de débordement sur le week-end.

Évaluer après 3 mois de mise en œuvre de la nouvelle organisation :

- Analyser les indicateurs et faire le cas échéant une étude ponctuelle (pertinence des séjours...);
- Faire une revue des difficultés pour adapter l'organisation.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 5

Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION



Avant-propos

L'Unité d'aval des urgences (UAU) est une unité d'hospitalisation de courte durée ayant vocation à accueillir tous types de patients provenant exclusivement des urgences (sans passage préalable par l'UHCD) :

- **Après avis d'un médecin (urgentiste et/ou responsable de l'UAU et selon des critères définis** (exemple : patients qui présentent une pathologie médicale aiguë dont le diagnostic n'a pu être clairement défini aux urgences) ;
- **Dont le séjour est supposé supérieur à 36 heures :**
Deux types de fonctionnement envisageables en fonction de l'objectif de l'unité :
 - Type 1 : DMS de plus ou moins 48h, qui permet d'affiner les diagnostics et d'orienter au mieux les patients dans les services de spécialité sans emboliser les lits d'UHCD ;
 - Type 2 : DMS de 3 à 5 jours maximum avec un retour à domicile (donc sans passage dans un service d'hospitalisation de spécialité). Une prise en charge pluridisciplinaire et globale sera alors proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel.
- **Dont le séjour nécessitera des examens complémentaires** dans un délai supérieur à 12 heures.
Cette unité peut être à orientation gériatrique ou polyvalente selon les spécificités de l'établissement.

La mise en place d'une unité d'aval des urgences, si ce mode de prise en charge est pertinent pour l'établissement, ne peut se faire que sur un redéploiement de lits d'hospitalisation complète.



Équipe-projet

- Urgentiste ;
- Praticien en fonction du périmètre couvert par l'unité ;
- Cadre.



Enjeux

- Désengorger les urgences pour améliorer la qualité et le délai de prise en charge des patients ;
- Définir une politique d'orientation des patients en adéquation avec leur besoin de prise en charge (d'organe ou polyvalente).

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Fort si les unités de médecine sont saturées et si le taux de séjours de plus de 24 h en UHCD est élevé.			La difficulté se situe au niveau de l'obtention d'un consensus médical, du dimensionnement de l'unité et de la mobilisation de moyens et ressources pour gérer cette unité.			L'ouverture de l'unité peut prendre un certain temps (définition de la responsable médicale, critères d'éligibilité, ressources, etc.). Cependant une fois l'ouverture faite, si les règles de fonctionnement sont bien respectées, les résultats sont visibles rapidement.		



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation des lits de l'unité au regard de ceux des unités de spécialité;
- DMS dans l'unité et dans les unités de spécialité;
- Taux de séjours supérieurs à 24h en UHCD;
- Taux de mutation en services spécialisés depuis cette unité et/ou taux de retour à domicile;
- Taux de patients hospitalisés dans cette unité depuis l'UHCD.

Kit-outil / REX

- Règles d'admission;
- Charte de fonctionnement;
- Retour d'expériences.

Résultats obtenus

- 58 établissements disposent d'une UAU :
 - dont 37 qui ont pour mission de désengorger les urgences;
 - et dont 25 pour lesquels il s'agit d'un redéploiement de lits.
- Tailles hétérogènes de l'unité : en moyenne 26 lits, allant de 4 à 41 lits (hors CHU).

Clés de la réussite

- Définir institutionnellement le périmètre (gériatrique, poly-pathologique, aval des urgences...), les objectifs et les critères d'inclusion et d'exclusion des patients;
- Désigner un responsable médical de cette unité (en lien avec le périmètre défini).

Conseils de l'ANAP :

- Formaliser le consensus médical dans un document d'engagements réciproques (urgences / services de spécialité);
- Veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « zone tampon » entraînant un allongement de la DMS;
- Mobiliser les expertises nécessaires selon le type de fonctionnement de l'unité : assistantes sociales, kinésithérapeute, EMG;
- Ouvrir cette unité à la formation universitaire des internes;
- Se fixer des objectifs quantitatifs clairs (par exemple, DMS inférieure à X pour les types 1 et taux de retour à domicile depuis cette unité de X % dans le cas du type 2).

Fiches associées

- **Fiche 13** : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Réaliser le diagnostic :

- Définir le type de fonctionnement de l'UAU (cf. types 1 et 2 de l'avant-propos);
- Définir la politique d'orientation des patients qui doivent être hospitalisés depuis les urgences (les patients relevant de l'UHCD, de l'UAU des services de spécialité);
- Estimer le volume de patients relevant de ce type de prise en charge, plusieurs méthodes possibles - à affiner avec le DIM :
 - Identifier les patients dont les séjours en UHCD sont supérieurs à 24 h et le volume de lits-brancards;
 - Identifier les patients hébergés ou multi-RUM (hors soins critiques et UHCD);
 - À partir des diagnostics principaux des séjours identifiés selon les deux méthodes ci-dessus, engager un échange entre urgentistes et spécialistes pour définir ceux qui seraient admissibles dans l'unité de post-urgences;
 - Réaliser un recueil manuel directement des urgences sur au moins un mois représentatif de l'activité des patients éligibles;
 - Analyser les critères d'âge des patients en cas d'orientation gériatrique de l'unité.
- Valider en instances le principe de mise en place d'une UAU.

Dimensionner l'unité :

- Définir la DMS et le TO cible de l'unité;
- Définir la taille de l'unité au regard de l'activité prévisionnelle;
- Organiser le redéploiement de lits d'hospitalisation complète au profit de cette unité.

Organiser le fonctionnement de l'unité :

- Définir la localisation géographique de l'unité en fonction notamment de la responsabilité médicale de l'unité;
 - Formaliser et communiquer à toutes les équipes les critères d'inclusion/exclusion des patients, par exemple :
 - **Inclus** : patients en provenance de l'accueil des urgences ne relevant pas d'une admission immédiate dans un service de spécialité, patient sans diagnostic précis mais nécessitant un bilan hospitalier (ne pouvant être programmé en HDJ), hospitalisations possibles en entrées directes - sans passage par le SAU;
 - **Exclus** : les patients « déambulants », agités, psychiatriques, pathologie ciblée d'organe avec un lit disponible immédiatement dans l'unité concernée.
- Ces critères doivent être corrélés avec la DMS cible et l'éventuelle orientation gériatrique de l'unité.
- Identifier l'équipe médicale en charge de l'unité en fonction des critères d'inclusion définis. Dans le cadre du programme, les établissements ayant mis en place une UAU en confient la responsabilité aux urgentistes (36%), praticiens de médecine polyvalente (34%), praticiens de médecine interne (18%), gériatres (4%);
 - Dimensionner les ressources paramédicales et définir l'organisation;
 - Définir les engagements réciproques entre SAU, UAU, services et plateaux médicotechniques :
 - Organisation des avis spécialisés;
 - Demandes de radios, scanner, IRM, biologie, priorités;
 - Plages de consultations dédiées / consultations post-urgences pour faciliter la sortie des patients de l'unité;
 - Séniorisation aux urgences de la décision d'orientation du patient et respect des règles établies institutionnellement.

Évaluer :

- Pendant les premiers mois de fonctionnement, contrôler tous les 15 jours le respect des règles d'orientation et de la DMS et organiser des rencontres entre les services concernés et les urgences pour repréciser les règles et ajuster le fonctionnement;
- Évaluer à 6 mois l'évolution des indicateurs.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 6

Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

L'objet de cette fiche n'est pas de détailler le choix d'un système d'information de GDL mais présente la démarche globale pour mettre en place un outil de visualisation des lits. Le mot « outil » dans cette fiche s'entend au sens large : d'un logiciel dédié de gestion des lits au simple fichier Excel.

Il n'existe pas d'organisation unique permettant d'obtenir la visualisation des lits. Celle-ci est fonction des moyens et des ressources dont dispose l'établissement et peut être mise en place de manière progressive.

Il existe 3 typologies de lits devant être intégrées dans l'outil de visualisation des lits :

- **Lits ouverts :**
 - Disponibles;
 - Réservés (programmé ou admission directe).
- **Lits occupés :**
 - En « pré-disponibilité » (départ du patient dans la demi-journée);
 - Non disponible pour la durée du séjour du patient.
- **Lits fermés :**
 - Indisponibles (travaux, isolement, fermeture congés / RH, etc.).

Équipe-projet

- Cadres;
- Direction du système d'information et d'organisation (DSIO);
- Bureau des entrées (BDE) / sortie;
- Fonction de coordination des séjours (le cas échéant).

Enjeux

- Faciliter le placement des patients (programmé / non-programmé);
- Simplifier la recherche en lits et le temps passé par les professionnels dans la recherche en lits;
- Optimiser l'occupation des lits.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
L'intérêt de l'action est d'autant plus fort que le temps passé à la recherche en lit est important ou ressenti comme tel notamment aux urgences et que le volume d'activité non-programmée est important.			La difficulté de mise en place est d'autant plus accrue qu'il y a des interfaces à créer entre les outils existants (SIH) et le logiciel GDL.			La mise à disposition de l'information des lits disponibles auprès des acteurs intéressés (urgentistes, gestionnaire de lits) permet rapidement des gains de temps en recherche en lits.		



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation;
- Temps en recherche en lit (audit ponctuel);
- Délai de saisie des mouvements (audit ponctuel);
- Pourcentage de DPS saisies dans l'outil dans les 24h;
- Pourcentage de pré-admissions J0, J+1, J+2 saisies dans l'outil.

Kit-outil / REX

- Modèles outils Excel;
- Présentation des outils et tableaux de bord de pilotage;
- Cahier des charges type ANAP - Informatisation de la gestion des lits;
- Résultats de l'enquête SI réalisée pendant le programme national gestion des lits.

Résultats obtenus

- 99 établissements ont développé des actions permettant de visualiser leurs lits disponibles (tour des services, fichier Excel partagé, outil intégré au SIH);
- Dont 65 ont mesuré le nombre d'ETP de recherche en lit qui est passé de 2,9 à 2,4 soit un gain de 0,5 ETP.

Clés de la réussite

- Intégrer la saisie des mouvements en temps réel aux procédures d'accueil et de sortie des patients (par exemple édition de l'étiquette-patient conditionnée par le mouvement d'entrée ou impossibilité d'attribuer un lit si le mouvement de sortie n'a pas été réalisé);
- Limiter progressivement l'usage des agendas / des systèmes de planification des hospitalisations dans les services pour avoir un seul outil partagé;
- Garantir la fiabilité de l'information en définissant précisément des modalités de saisie;
- Réaliser une expression détaillée des besoins en amont avec les futurs utilisateurs pour garantir une réelle utilisation et appropriation de l'outil;
- Vérifier la cohérence des UF paramétrées dans l'outil avec le fichier structure de l'établissement et actualiser l'outil si nécessaire (en fonction des évolutions);
- Favoriser les interfaçages de l'outil avec les systèmes d'information existants de l'établissement (SIH/GAM/DPI, etc.);
- Renseigner au plus tôt la DPS dans l'outil de visualisation (dès la programmation du patient et dans les 48 heures pour les admissions non-programmées).

Conseils de l'ANAP :

- Disposer dans l'outil de la visibilité des patients hébergés afin de permettre aux praticiens de savoir où se trouvent ces patients;
- Veiller à ce que la fonction de coordination des séjours disposant d'un outil de visualisation des lits réalise un tour des services *a minima* hebdomadaire pour maintenir le lien de proximité.

Fiches associées

- **Fiche 9** : Mettre en place une fonction de coordination des séjours;
- **Fiche 7** : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Faire un état des lieux des outils / supports disponibles en termes de visualisation des lits au sein de l'établissement ou au niveau régional (le Répertoire opérationnel des ressources ou ROR peut être un support de déclaration / visibilité des lits au niveau de l'établissement aussi bien qu'au niveau d'une région).

Réaliser l'expression des besoins de l'outil et le traduire en cahier des charges :

- Définir les items à recueillir dans l'outil (expression des besoins à faire par les cadres des services cliniques et les urgentistes);
- Retranscrire l'expression des besoins en spécifications fonctionnelles détaillées avec le DSIO.

Choisir l'outil GDL à utiliser :

(par exemple adaptation du SI existant, développement d'un outil en interne ou d'un fichier Excel, choix d'un logiciel externe par appel d'offres, etc.).

Définir et valider les procédures de paramétrage des capacités en lits dans l'outil :

- Définir le nombre de lits et places installés par UF;
- Définir le type d'hospitalisation (ambulatoire, HDS, HC);
- Définir la procédure de réservation de lits dans l'outil (par exemple : le transfert d'un patient en réanimation ou USC, les permissions);
- Valider institutionnellement ces procédures.

Mettre en place une procédure de saisie des mouvements en temps réel :

- Définir une procédure de saisie systématique et en temps réel des mouvements : entrée / sortie JO, sortie prévisionnelle (DPS) / pré-admission / déprogrammation... et actualiser la liste des référents par service, par exemple :
 - Dès l'installation du patient dans sa chambre (entrée ou mutation), le soignant valide dans le système d'information l'entrée (patient, sexe, chambre, lit, date et heure);
 - Dès la sortie du patient, le soignant indique dans le système d'information l'heure de sortie.

Définir les accès à l'outil :

- Définir les accès en lecture et en écriture avec le DSIO.

Déployer l'outil :

- Déployer l'outil sur un service pilote;
- Généraliser le déploiement de l'outil à l'ensemble de l'établissement.

Et former les utilisateurs :

- Former le personnel soignant et non-soignant (BDE, secrétaires de consultation) aux nouveaux processus de saisie des mouvements et à l'utilisation de l'outil;
- Prévoir une formation systématique pour les nouveaux arrivants;
- Proposer un dispositif d'accompagnement de proximité lors du lancement pour répondre aux questions des utilisateurs en lien avec l'utilisation de l'outil et les nouveaux processus.

Définir les modalités d'évaluation de l'outil :

- Évaluer l'adéquation du SI aux besoins des utilisateurs;
- Évaluer ponctuellement la bonne saisie des informations (qualité de l'information et moment de la saisie) dans l'outil.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

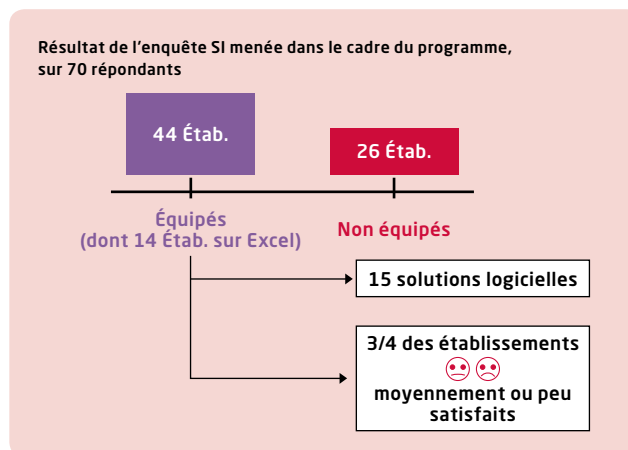
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SYSTÈME D'INFORMATION

L'enquête sur les systèmes d'informations, réalisée sur le 1^{er} trimestre 2015, à laquelle 70 établissements du programme ont répondu, montre que les solutions SI des établissements sont hétérogènes (du tableau Excel à l'outil intégré) et que les utilisateurs de ces solutions en sont majoritairement moyennement ou peu satisfaits.

Un logiciel de gestion des lits n'est pas un prérequis immédiat à la gestion centralisée et prévisionnelle des lits. Cependant, pour atteindre une organisation efficace, il devient indispensable.

Une réflexion mérite d'être menée au niveau régional en lien avec les GHT et les ARS et le développement des ROR afin de disposer d'un outil régional de visualisation des lits. Les axes d'amélioration des SI attendus par les établissements sont les suivants :

Figure 15 : Établissements équipés ou non en solution de GDL



Axes de développement en matière d'interfaçage et d'ergonomie

- ▶ Développer l'interfaçage entre les systèmes d'information afin d'éviter les ressaisies, fiabiliser les données et donc améliorer la satisfaction des utilisateurs;
- ▶ Améliorer l'ergonomie du SI pour une meilleure appropriation par les acteurs.

Axes de développement en matière de pilotage / déploiement

- ▶ Développer les tableaux de bord (dont taux d'occupation au quotidien, sortie le matin, etc.);
- ▶ Veiller à mesurer le taux d'usage au fur et à mesure du déploiement du SI GDL dans les unités.

Axes de développement en matière de visualisation des lits

- ▶ Avoir une vision des lits globale au niveau établissement;
- ▶ Avoir une visibilité prévisionnelle des entrées / sorties et des fermetures de lits;
- ▶ Avoir une visualisation des patients hébergés (distinction entre UF hébergeante et traitante).

Axes de développement en matière d'accès au SI GDL

- ▶ Développer l'accès en lecture seule à l'ensemble des unités de soins (notamment urgences);
- ▶ Restreindre l'accès en écriture au gestionnaire de lits (le cas échéant) et/ou services d'hospitalisation.

Une articulation possible des Réseaux opérationnels des ressources (ROR) et du programme gestion des lits dans la visualisation des lits

L'ANAP a rencontré au mois de juillet 2015 les membres des « GCS e-santé » régionaux regroupant les ROR de 8 régions : Alsace, Champagne-Ardenne, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire et Rhône-Alpes.

Les GCS e-santé appuient le déploiement de projets régionaux (tels que le répertoire opérationnel des ressources, la messagerie sécurisée, le DMP ou des projets de télémedecine).

Suite à cette rencontre, où chacun a présenté ses travaux, il est apparu très clairement que les ROR régionaux pouvaient être un support utile pour les établissements à trois niveaux :

- ▶ Au niveau régional, en période de tension : pour faciliter les transferts d'un établissement à un autre en utilisant la visibilité des lits disponibles sur un territoire donné;

- ▶ En période de routine, au niveau même de l'établissement qui peut ainsi saisir sur une plateforme unique et accessible à tous les professionnels de l'établissement, la disponibilité de ses lits par services, facilitant le placement des patients arrivant par les urgences et nécessitant une hospitalisation;
- ▶ Enfin, de façon transversale, en cas de survenue d'un événement brutal et inattendu (accident grave de transport en commun, fusillade, crash d'avion, etc.), la connaissance des disponibilités en lits (chauds) permet une première répartition des victimes en attendant une mise à jour des lits au fil de l'eau par les établissements.

Le ROR peut être en effet une solution d'outillage informatisé qui permet à un établissement de visualiser l'occupation de ses lits et lui fournit donc une meilleure connaissance des lits disponibles.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 7

Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens

ÉTAPE : PRÉ-ADMISSION / PROGRAMMATION

Avant-propos

La durée prévisionnelle de séjour est définie au plus tôt par le praticien en fonction du motif d'hospitalisation et en tenant compte de critères médico-sociaux :

- Pour une entrée programmée : la DPS est définie si possible en consultation;
- Pour une entrée non-programmée : elle doit être déterminée au plus tard 48 heures après l'entrée du patient dans l'unité. La DPS peut être réajustée tout au long du séjour par le praticien.

Équipe-projet

- Praticiens;
- DIM.

Enjeux

- Donner de la visibilité aux professionnels (médecins, cadres, paramédicaux, ASH, ambulanciers, PMT, logistique, etc.) pour programmer et anticiper l'organisation de la sortie (notamment le rendu de résultats d'examen complémentaires, le CR de sortie, etc.);
- Développer une culture de l'anticipation du devenir du patient;
- Éviter des journées non-médicalement justifiées;
- Adapter le mode de prise en charge du patient (HC, HDS, HJ) en fonction de la DPS;
- Prévenir dès l'entrée le patient, ses proches et les partenaires extérieurs de la date de sortie afin qu'ils puissent s'organiser en conséquence.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
<ul style="list-style-type: none"> • « Outil » qui facilite le travail de programmation pour la fonction de coordination des séjours; • « Outil » qui permet d'ajuster en continu et avec les praticiens la notion de pertinence d'hospitalisation. 			<p>Les référentiels pour définir la DPS existent au niveau national et établissement. Néanmoins, cette action nécessite un accompagnement au changement pour les praticiens du fait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La contrainte de formaliser une DPS et de la communiquer; • La crainte de fixer une date qui ne sera peut-être pas respectée du fait de l'état de santé du patient. 			<ul style="list-style-type: none"> • Le référentiel peut être établi avec le DIM et validé par les praticiens en moins de 3 mois; • La définition systématique de la DPS par le praticien et son utilisation par les professionnels peut prendre plus de 3 mois. 		

Indicateurs de suivi

- Taux de DPS renseignées au moment de la consultation ou dans les 48 heures suivant l'admission en cas de non-programmé (à suivre mensuellement pour connaître l'appropriation par les acteurs);
- Écart en jours entre la DPS définie initialement et la date réelle de sortie (pour l'évaluation).



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



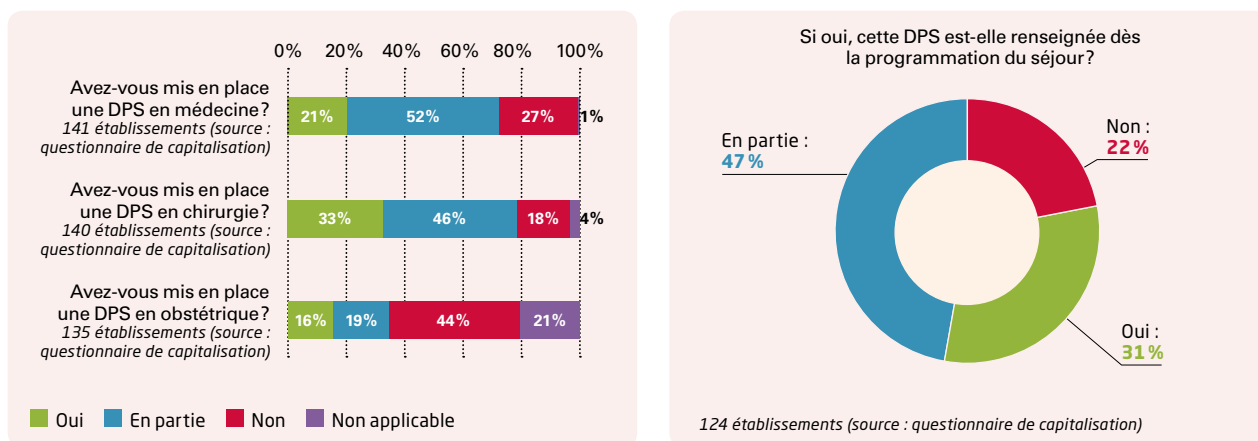
Kit-outil / REX

- Communication;
- Thésaurus.

Résultats obtenus

- 92 établissements ont mis en place une DPS;
- Pour 8 établissements : le taux de DPS renseignée à 48h est passé de 24 % à 38 %.

Figure 16 : Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements du programme



Clés de la réussite

- Choisir un pôle ou des services de chirurgie pour démarrer, et en parallèle un service de médecine pilote adapté (ex. : diabétologie, endocrinologie);
- Travailler sur la conduite du changement avec les équipes soignantes et sortir de l'esprit « d'abord je soigne le patient et après on verra »;
- Définir la DPS en nombre de nuits plutôt qu'en nombre de jours afin d'éviter toute ambiguïté.

Conseil de l'ANAP :

- Avoir une réflexion stratégique sur la méthodologie pour fixer la DPS sur la base :
 - De la DMS de l'établissement;
 - Ou de la DMS nationale;
 - Ou d'un IPDMS cible correspondant aux établissements les plus performants (cf. HospiDiag).
- Cette méthodologie peut évoluer au fil du temps.

Fiches associées

- **Fiche 10** : Préparer la sortie et anticiper l'aval;
- **Fiche 1** : Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours;
- **Fiche 12** : Suivre les séjours longs.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Définir un référentiel de DPS par motif d'hospitalisation et corrélé avec la liste des principaux GHM de chaque unité, en lien avec le DIM :

- Établir une liste des principaux GHM par service avec :
 - Le nombre de patients concernés par le GHM et sa part sur le volume global de patients du service;
 - Le taux de patients provenant des urgences (si disponible);
 - La DMS (en nuits) de chaque GHM;
 - Le rappel de la borne basse et de la borne haute du GHM;
 - Le rappel de la DMS nationale.
- Traduire et/ou regrouper les GHM par motif d'hospitalisation;
- Définir pour chaque motif d'hospitalisation la durée prévisionnelle de séjour en lien avec les praticiens.

Diffuser le référentiel et le mettre en œuvre :

- Définir la procédure de mise à disposition de ce référentiel aux praticiens : par souci pédagogique, ne leur communiquer que le référentiel avec les motifs d'hospitalisation et la DPS fixée, et si besoin la DMS nationale associée;
- Définir la procédure de renseignement dans le système d'information hospitalier (SIH) ou sur le dossier papier : préciser qui saisit et actualise la DPS tout au long du séjour en fonction de l'évolution de l'état du patient;
- Sensibiliser et former tous les acteurs à la procédure de saisie et d'actualisation de la DPS (secrétaires médicales, cadres, BDE, praticiens, assistantes sociales).

Intégrer la DPS dans le processus de sortie :

- Formaliser un processus de sortie du patient dès sa consultation;
- Instaurer la détermination de la date de sortie dans le projet thérapeutique, dès l'admission du patient.

Informatiser la DPS :

- Vérifier si le SIH actuel permet de saisir une DPS (à voir avec le DSIO);
- Le cas échéant, anticiper une demande d'évolution avec la création d'un champ « DPS » auprès de la DSIO;
- Intégrer la DPS dans le SIH en automatique sur la base du référentiel défini préalablement ou en saisie manuelle;
- Communiquer auprès des équipes soignantes le processus de remplissage de la DPS dans le SIH.

Évaluer la DPS :

- Contrôler l'utilisation du référentiel et le renseignement de la DPS pour chaque admission (cadres et DIM);
- Réviser si besoin les DPS par GHM / groupe de pathologies après 6 mois ou 1 an d'utilisation (personnel médical et DIM).

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 8 Mettre en place des règles d'hébergement

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL

Avant-propos

Les règles d'hébergement indiquent la procédure à appliquer lorsque le patient à hospitaliser, à partir des urgences ou non, ne bénéficie pas de lit disponible dans le service dont il relève médicalement. Il s'agit donc d'une procédure dégradée de placement d'un patient dans un service non-spécialiste de la prise en charge dont il relève.

On appelle :

- UF de référence : l'UF de spécialité médicale dont relève le patient;
- UF d'hébergement : l'UF qui accueille le patient physiquement.

Équipe-projet

Un binôme qui coordonne l'action auprès de chaque service / pôle :

- Cadre;
- Chef de pôle.

Enjeux

- Sécuriser la prise en charge d'un patient lorsqu'il est hébergé dans une spécialité dont il ne relève pas;
- Faciliter l'orientation des patients lorsqu'il n'y a pas de lit disponible dans le service de la spécialité;
- Formaliser des pratiques d'hébergement qui existent déjà, afin de clarifier les responsabilités des praticiens et équipes soignantes vis-à-vis de la prise en charge du patient hébergé et renforcer la cohésion des équipes médicales et soignantes.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les pertes de chance du patient hébergé; • Éviter l'allongement de la DMS dû à des hébergements non-organisés; • Favoriser la mutualisation des ressources en lits et en RH. 			<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté au début de l'action car il faut prendre en considération les craintes : <ul style="list-style-type: none"> - Du praticien sur le sentiment de perte de temps liée au déplacement et sur sa responsabilité vis-à-vis des patients ne relevant pas de sa compétence; - Du personnel soignant sur sa compétence à prendre en charge un patient hébergé. • Difficulté pour faire appliquer et maintenir dans le temps les règles définies par l'ensemble des professionnels. 			Le délai d'obtention des résultats est assez long, le temps de : <ul style="list-style-type: none"> • Faire le diagnostic; • Définir les champs de compétences de chaque service; • Rédiger et valider les règles dans les instances; • Former et informer les personnels des services. 		



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Indicateurs de suivi

- Taux de transferts depuis les urgences vers un établissement extérieur par manque de place dans l'établissement;
- Temps consacré à la recherche en lit;
- Nombre de lits-brancards;
- Nombre de séjours en UHCD de plus de 24h;
- Taux de patients hébergés dans une unité ne correspondant pas à la spécialité dont relève sa pathologie;
- Délai entre la décision d'hospitalisation prise aux urgences et l'installation du patient dans une unité d'hospitalisation selon les règles définies.

Kit-outil / REX

- Fonctionnement;
- Référentiel.

Résultats obtenus

- 113 établissements ont mis en place des règles d'hébergement;
- Pour 45 d'entre eux, le nombre d'ETP consacré à la recherche en lits est passé de 2,7 à 2,2 (soit un gain de 0,5 ETP);
- Pour 24 d'entre eux qui transféraient des patients à un autre établissement faute de place, ce taux est passé de 1,87 % à 1,39 %.

Clés de la réussite

- Impliquer la communauté médicale dans la définition des règles d'hébergement et notamment dans l'identification de la responsabilité médicale du patient hébergé;
- Inclure les règles d'hébergement dans les contrats de pôle s'ils existent;
- Prévoir la formation des personnels paramédicaux sur les spécialités qu'ils devront prendre en charge (développement de la polyvalence / poly-compétence);
- Connaître la localisation des patients hébergés (à faire figurer dans le SI GDL) dans un autre service pour organiser la visite médicale;
- Favoriser la prise en charge complète du patient dans l'unité d'hébergement afin d'éviter de mobiliser les ressources pour des mutations internes.

Fiches associées

- **Fiche 9** : Mettre en place une fonction de coordination des séjours;
- **Fiche 13** : Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière.

« Il n'y a plus de transfert par manque de place tant que tous les lits de l'établissement ne sont pas occupés »

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Identifier les pratiques actuelles d'hébergement :

- Identifier par spécialité le volume des patients :
 - Hébergés dans le service et ne relevant de la spécialité;
 - Et ceux relevant de la spécialité et hébergés dans un autre service.
- Identifier les pratiques habituelles d'hébergement et leur cohérence (provenance et destination les plus fréquentes), ceci peut être réalisé par le biais d'une enquête auprès des praticiens;
- Arbitrer, au vu de ces éléments, sur la nécessité de mettre en place des règles d'hébergement (directoire et CME).

Définir une procédure institutionnelle d'hébergement :

- Définir les critères d'orientation des patients hébergés qui peuvent être fondés sur la cohérence médicale (filières médicales), sur les modes de prise en charge (courte durée, longue durée, ambulatoire...), par pôle ou par logique géographique et par compétence des équipes médicales et/ou soignantes;
- Identifier au sein de la procédure le praticien responsable du patient hébergé (praticien de la spécialité dont relève le patient ou praticien de l'unité d'hébergement). Dans 72% des cas observés dans les établissements du programme, c'est le praticien de la spécialité qui est responsable du patient hébergé;
- Préciser la procédure de responsabilité en cas d'astreinte;
- Définir les éléments indispensables à faire figurer dans les règles d'hébergement par exemple la fréquence de passage du praticien de référence, le retour ou non du patient dans l'UF référente au bout de 48h, le responsable du codage du séjour, le numéro de téléphone des praticiens par service, les liens avec la famille du patient, etc.;
- Formaliser les critères d'affectation à une filière ou spécialité médicale pour des patients poly-pathologiques et/ou âgés ne relevant pas d'une spécialité évidente (contractualisation des filières).

Rédiger le thésaurus par service :

- Identifier, pour chaque UF, les pathologies ne relevant pas de sa compétence mais qu'elle peut héberger dans ses lits;
- Identifier, pour chaque UF, les pathologies relevant de sa compétence et ne pouvant absolument pas être hébergées dans une autre UF.

Formaliser la procédure d'hébergement au regard des éléments actés au préalable :

- Rédiger la procédure;
- Valider la procédure en instance (directoire et CME);
- Communiquer sur la procédure d'hébergement et ses modalités d'application auprès du personnel médical et soignant.

Évaluer la bonne application des règles d'hébergement :

- Suivre et analyser les dysfonctionnements remontés (ceci peut être réalisé à l'aide d'un tableau de bord et dans le cadre de la commission des soins non-programmés, par pôle, par la cellule de gestion des lits ...);
- Faire une enquête auprès des praticiens pour s'assurer du respect des règles et des souhaits d'ajustement (à 6 mois).

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 9

Mettre en place une fonction de coordination des séjours

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL

Avant-propos

La fonction de coordination des séjours s'entend au sens large du terme et ne se traduit pas obligatoirement par la mise en place d'une cellule de gestion des lits (composée d'un ou plusieurs gestionnaires de lits). La cellule est la forme la plus aboutie, mais cette fonction peut prendre d'autres formes plus adaptées au contexte et à la taille de l'établissement. Il peut s'agir par exemple d'identifier un interlocuteur dédié aux urgences (ICAR) et / ou dans les unités de soins pour centraliser la recherche d'informations.

Cette fonction peut avoir des missions plus ou moins larges qui vont de la recherche en lit, jusqu'à la programmation des séjours conjointement avec le bloc et les examens complémentaires. On parle alors d'ordonnancement.

Il n'est pas nécessaire d'avoir un logiciel de gestion des lits dédié mais *a minima* un outil / support de partage de l'information centralisée (besoins et ressources en lits) pour débiter une démarche de coordination des séjours.

Équipe-projet

- Directeur des soins;
- Cadre;
- Médecin.

Enjeux

- Centraliser la recherche en lits et faciliter la décision de l'orientation du patient dans un lit, en fonction de son besoin de prise en charge, des contraintes des ressources à un instant « T » et des activités programmées à venir;
- Élargir le périmètre de gestion des lits (décloisonnement des services) tout en diminuant le nombre d'interlocuteurs et donc le temps de recherche en lits.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6

D'autant plus fort que la taille de l'établissement est importante et que le périmètre d'action de la fonction coordination des séjours est large (programmé / non-programmé, tous les secteurs MCO, ordonnancement).

En raison de :

- La mise en place du circuit de partage de l'information et de la fiabilité des données saisies dans l'outil de visualisation des lits;
- Du changement culturel induit (décision d'affectation du patient plus collective et formalisée, acceptation des situations d'hébergement organisées);
- La difficulté d'identifier, de former et d'outiller une ou plusieurs ressources remplissant la fonction de coordination des séjours.

Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours de plus de 24 h en UHCD et des lits-brancards;
- Nombre d'ETP impliqués dans la recherche en lits;
- Nombre de mutations internes et d'hébergements;
- Taux de transferts depuis les urgences pour faute de lit disponible.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



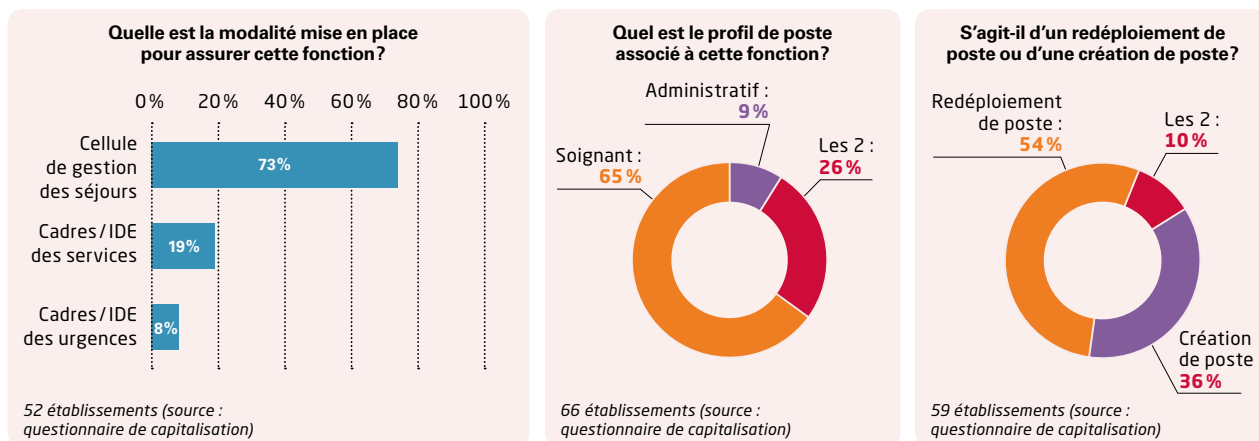
Kit-outil / REX

- Retour d'expériences;
- Outils et processus;
- Fiche de poste;
- Fonctionnement;
- Communication.

Résultats obtenus

- 67 établissements ont mis en place une fonction de coordination des séjours;
- Dont 33 ont suivi l'indicateur Nombre d'ETP affecté à la recherche en lit qui est passé de 3,7 à 3,1 (soit 0,6 ETP de gain).

Figure 17 : Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements du programme



51

Clés de la réussite

Avec une cellule de gestion des lits :

- Ne pas négliger l'accompagnement du sentiment de perte d'identité des services et de dépossession de missions pour les cadres et les secrétaires médicales;
- Rattacher hiérarchiquement la cellule à la Direction;
- Bien réfléchir à la localisation de la cellule (pas trop près des urgences, proche des consultations et / ou au sein des services cliniques);
- Assurer une montée en charge progressive de la cellule (missions, périmètre de gestion de lits).

Dans tous les cas :

- Assurer la permanence de la fonction (nuit, week-end, congés);
- Trouver un juste équilibre entre une recherche en lits reposant uniquement sur des outils (SI et téléphone) et un tour physique quotidien dans les unités de soins (très chronophage);
- Prévenir la fonction de coordination en cas d'admission directe dans les services;
- Avoir une information de la disponibilité des lits régulière dans la journée (*a minima* 3 fois si pas de système d'information) et descendante des services vers les urgences;
- Respecter la décision d'affectation d'un lit donné par la fonction de coordination des séjours en fonction des règles d'hébergement établies.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Conseils de l'ANAP :

- Définir les règles d'hébergement et les outils de partage de l'information est un prérequis à la mise en place de la fonction;
- Dimensionner la cellule sur la base d'un ETP pour 100 à 150 lits (à adapter au contexte de l'établissement : la moyenne déclarée pour les établissements du programme se situe à 1 ETP pour 117 lits);
- Prévoir une amplitude horaire pour la fonction de 8h-18h (à adapter);
- Pour le choix du profil de poste, privilégier le savoir-être de la personne (capacité à travailler sous tension, réactivité, bon relationnel, diplomatie) sans focaliser uniquement sur l'expérience du terrain;
- Veiller à avoir des personnes qui n'ont pas le même grade au sein de la cellule, ou créer un lien hiérarchique pour éviter tout conflit;
- Identifier un référent médical susceptible d'être sollicité en cas de besoin d'arbitrage;
- S'appuyer sur l'expertise et la connaissance de la fonction coordination des séjours dans le cadre de la revue annuelle du capacitaire de l'établissement.



Fiches associées

- **Fiche 8** : Mettre en place des règles d'hébergement;
- **Fiche 6** : Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel.

*« Passer d'une organisation de crise
à la gestion du quotidien... »*

*« Un bed manager, au début on n'en voyait
pas l'utilité maintenant quand elle n'est pas là
on la cherche »*

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

L'ORGANISATION D'UNE FONCTION DE COORDINATION DES SÉJOURS

Le schéma ci-dessous présente les différentes modalités d'une fonction de coordination des séjours rencontrées dans le cadre du programme. Il montre également les avantages et les inconvénients de chaque dispositif.

Ces dispositifs et ces missions ne sont ni exhaustifs, ni figés : un cadre peut se voir confier des missions de pilotage et une cellule peut avoir une fonction d'accueil du patient...

Dispositifs	Cellule de gestion des lits	Organisation reposant sur les cadres	Un référent aux urgences
Description	La gestion des lits est centralisée sur 1 à plusieurs gestionnaires de lits.	La gestion des lits repose principalement sur les cadres. Plusieurs modalités ont été observées : désignation d'un cadre référent tournant chaque jour ou chaque semaine, réunion quotidienne de cadres, etc.	La recherche de lits au niveau des urgences est centralisée sur une personne dédiée (ICAR / cadre des urgences).

Missions

Recherche de lits	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les besoins en lits pour les patients du SAU et de l'UHCD à hospitaliser; • Rechercher les lits disponibles et placer le patient dans un lit. 		
Régulation	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les ressources disponibles dans les services; • Tenir à jour l'outil de visualisation des lits disponibles; • Organiser les hébergements / rapatriements de patients; • Prévenir les unités en cas d'inadéquation des sorties et des entrées; • Alerter sur les risques de situations de mise sous tension de l'hôpital et participer au dispositif d'hôpital en tension. 		
Programmation	<ul style="list-style-type: none"> • Programmer les séjours de façon globale en lien avec les consultations et les plateaux médicotechniques, et en lissant l'activité sur la semaine; • Programmer la demande de transport pour la sortie. 		
Planification / Pilotage	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un reporting régulier et remonter les dysfonctionnements constatés auprès des unités de soins et de la direction; • Analyser l'activité de programmée et de non-programmée sur l'historique; • Être force de proposition sur les processus d'ouverture et de fermeture de lits; • Contribuer aux réflexions sur l'ajustement capacitaire. 		

Avantages et inconvénients

Avantages du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la recherche de lits; • Gain de temps pour les équipes; • Fluidification du parcours-patient; • Vision globale de l'adéquation de l'activité avec les capacités en lits; • Continuité dans le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanence du dispositif; • Développement de la communication interservices; • Prise de conscience collective des difficultés liées à la gestion des lits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la recherche de lits aux urgences.
Inconvénients du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts (RH); • Absence de dispositif (nuit, week-end); • Risque de non-légitimité du ou des gestionnaires de lits selon le profil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Périmètre limité à la recherche en lits et la régulation; • Absence de vision globale de l'adéquation de l'activité avec les capacités en lits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositif chronophage pour l'IDE ou le cadre des urgences; • Périmètre limité sur les besoins en lits pour les urgences.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Dans le cadre du programme, les établissements correspondants ou s'approchant de ces trois types d'organisation sont notamment :

Cellule de gestion des lits	Organisation reposant sur les cadres	Un référent aux urgences
CHU de Poitiers	CHU de Nîmes	CH de Niort
CH de L'agglomération de Nevers	Les hôpitaux du bassin de Thau	CHAM
CH de Montceau les Mines	CH de Narbonne	CH de Saumur
HIA Clermont-Tonnerre	Polyclinique Sainte-Marguerite	CH Émile Roux
CH de Perpignan	Polyclinique la Clarence Divion	
CH Chalons-en-Champagne	Institut Paoli Calmettes	
APHM La Timone	CH de Digne-les-Bains	
APHM Hôpital Nord	CH de Tulle	
CHIAP	CH de Bastia	
CH Martigues	Clinique Saint-George	
Centre hospitalier Saint-Joseph Saint-Luc		
Clinique des Ormeaux		
CH sud Francilien		
Necker		
CH Intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye		
CH de Dunkerque		
CHI Lys-Hyrôme		
CHU d'Amiens		
Groupe hospitalier public du sud de l'Oise		
CH de Laon		
CHI Compiègne-Noyon		
CH de Beauvais		
CH de Gonesse		
CHI Émile Durkheim Épinal		
Hôpitaux privés de Metz		
CH d'Armentières		
Clinique Sainte-Marie		
CH Moulin Yzeure		
CH du Val d'Ariège		
CHI de Castres-Mazamet		
CHI Toulon la Seyne-sur-Mer		
SAS Clinique Émailleurs-Colombier - Site du Colombier		
Institut de cancérologie de l'ouest - Centre de lutte contre le cancer - site René Gauducheau à Nantes		
Institut de cancérologie de l'ouest - site Paul Papin à Angers		
Polyclinique du parc (PL)		
SA Cliniques d'Ajaccio		
Hôpital privé résidence du parc		
CHI Sud Léman Valserine (HISLV)		

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Définir le périmètre de la fonction :

- Définir les flux de patients concernés : programmé et /ou non-programmé;
- Définir les périmètres de gestion (services, pôles, établissement...);
- Définir le volume de lits gérés par mode de prise en charge.

Définir les missions de la fonction et établir la fiche de poste :

- Recherche en lits;
- Régulation;
- Programmation;
- Planification/pilotage.

Définir le rattachement hiérarchique de la fonction et le coordonnateur médical qui interviendra en cas d'arbitrage.

Définir les règles et procédures (en fonction des périmètres préalablement définis) :

- Définir les notions de lits libres, programmés, bloqués, réservés, etc.;
- Formaliser les modalités de recueil des besoins :
 - Nombre et profil de patients :
 - En attente d'hospitalisation aux urgences;
 - En attente de mutations internes (notamment sorties de soins critiques);
 - En attente d'entrées directes;
 - En pré-admissions (procédures de transmission des fiches de programmation).
- Formaliser les modalités de recueil des ressources disponibles :
 - Recensement des lits disponibles sous 48 h et des lits réservés.
- Définir qui saisit les données recueillies (besoins et ressources);
- Définir une procédure de permanence en dehors des jours et horaires de la fonction coordination des séjours (nuit, week-end, congés).

Valider le périmètre, les missions et les procédures en instance (CME, Directoire).

Dimensionner les effectifs nécessaires pour assurer cette fonction :

- Nombre d'agents : quotité de temps de travail dédié à la fonction ou nombre d'ETP nécessaires selon le périmètre et la fonction.
- Profils :
 - Cadres ou infirmiers référents dans chaque unité dans le cas où il n'y a pas de cellule;
 - Ou profil à déterminer en fonction des missions de la cellule.

Mettre à disposition les moyens logistiques nécessaires à la fonction : localisation, bureau, ligne téléphonique, matériel informatique.

Communiquer sur l'existence et l'organisation de cette fonction :

- Formaliser une lettre de mission pour donner de la légitimité;
- Communiquer au niveau des instances.

Évaluer le fonctionnement de la fonction :

- Évaluer le respect des procédures et des règles définies, les réajuster le cas échéant;
- Pour la cellule :
 - Définir une grille d'évaluation de la cellule (qualitative et quantitative);
 - Faire évoluer le niveau de maturité de la cellule si besoin.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 10

Préparer la sortie et anticiper l'aval

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL



Avant-propos

La sortie est un processus complexe et transversal qui fait intervenir un grand nombre d'acteurs en lien direct ou non avec la sortie (médecins, cadres, ASH, ambulanciers, PMT, logistique, service social, etc.) et qu'il est nécessaire de coordonner. L'ensemble des éléments nécessaires à la sortie du patient doivent être préparés tout au long du séjour. Si une prise en charge d'aval s'avère nécessaire, elle doit également être anticipée au plus tôt.



Équipe-projet

Binôme :

- Cadre;
- Assistante sociale.



Enjeux

- Ne pas prolonger un séjour, qui n'est plus médicalement justifié, pour des raisons organisationnelles;
- Homogénéiser et formaliser les pratiques et supports relatifs à la sortie du patient (check-list de sortie, grille d'évaluation sociale...);
- Préparer la sortie et anticiper l'aval dès l'admission du patient, voire dès la programmation de son séjour;
- Optimiser les capacités d'hospitalisation, notamment grâce aux sorties le matin pour permettre un relai rapide de la prise en charge dans les services des patients issus des urgences.

Intérêt de l'action

Faible Moyen Fort

- Anticiper l'aval impacte directement la DMS et permet l'adéquation de l'hospitalisation aux besoins de prise en charge;
- Préparer la sortie le matin a un intérêt d'autant plus fort qu'il y a une tension au niveau des urgences pour trouver des lits d'hospitalisation.

Difficulté de mise en œuvre

Faible Moyenne Forte

La complexité de cette action ne réside pas tant dans la formalisation des documents de sortie que dans la coordination de l'ensemble des acteurs intervenant dans la sortie et la transmission des informations entre ces acteurs.

Délai d'obtention des 1^{ers} résultats (en mois)

< 3 3 à 6 > 6



Indicateurs de suivi

- Taux de sortie le matin (cible à définir par l'établissement);
- Taux d'admission avant 14 h;
- Taux de séjours en UHCD de plus de 24 heures;
- DMS;
- Délai entre l'admission du patient et la demande pour une structure d'aval.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Kit-outil / REX

- Check-list de sortie;
- Information patient;
- Demande d'aval;
- Plateforme transports / sortie;
- Procédure évaluation sociale;
- Procédures sorties;
- Salon entrée-sortie.

Résultats obtenus

- 128 établissements ont développé des actions sur la sortie;
- Dont 121 effectuent des sorties le matin. Parmi eux, 48 établissements ont suivi l'indicateur taux de sortie le matin qui est passé de 21,5 % à 24,9 %, et pour 11 établissements le taux d'entrée le matin est passé de 36 à 40 %;
- Dont 59 ont créé un salon de sortie, principalement mutualisé entre plusieurs services (64 %). Le salon de sortie n'est pas en charge des transports des patients pour la majorité des établissements (86 %).

Clés de la réussite

- Mettre en place un double affichage dans le couloir de l'unité de soins et dans la chambre concernant les règles de sortie et l'accessibilité au service social;
- Solliciter au plus tôt le service social et élaborer des dossiers de demande d'aval complets (y compris sur la partie « Besoins fonctionnels des patients » et sur leur profil);
- Informer l'unité d'hospitalisation qui prend en charge le patient de son besoin d'aval s'il a été détecté en amont (aux consultations ou aux urgences);
- Pour embarquer les praticiens, démarrer avec un objectif de X sorties à réaliser le matin par service, plutôt que de parler de pourcentage;
- Dans le cadre de la certification, rédiger des consignes écrites (médicales) de sortie, à donner au patient le jour de sa sortie : « Revenir aux urgences si les symptômes suivants apparaissent, ... » pour rassurer le patient et limiter un retour inapproprié aux urgences.

Fiches associées

- **Fiche 7** : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens;
- **Fiche 11** : Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.);
- **Fiche 12** : Suivre les séjours longs.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Identifier le besoin d'aval le plus précocement possible dès la décision d'admission :

- Mettre en place une fiche de connaissance et d'évaluation de la personne soignée, à compléter dès la consultation ou l'admission pour évaluer le besoin d'aval (droits du patient, organisation à domicile, habitudes de vie, situation économique, etc.) et calculer un score permettant de déterminer si le patient devrait être vu ou non par l'assistante sociale;
- Formaliser la participation des assistantes sociales aux staffs;
- Mettre en place une permanence des assistantes sociales sur l'établissement pour assurer la continuité de gestion des dossiers ainsi qu'une permanence téléphonique;
- Effectuer les demandes d'aval le plus tôt possible dans le séjour, dès la consultation quand cela est possible via Trajectoire ou autres outils de demande d'aval régionaux ou via des documents internes de demande;
- Élaborer un courrier type à destination de la famille pour informer de la procédure du choix d'aval, par exemple :
 - 3 demandes réalisées, la première solution est acceptée;
 - Courrier de motivation du refus du choix d'aval.
- Prévenir au plus tôt le patient et la famille de la date et de l'heure de sortie ainsi que de la solution d'aval trouvée (information dans le livret d'accueil délivré lors de la consultation et/ou au moment de l'accueil infirmier dans le service).

Identifier au plus tôt le besoin de recours aux autres professionnels (avis spécialisés, kinésithérapeutes, EMG ...) et leur coordination avec les unités de soins.

Définir le processus de sortie : (pour l'ensemble des tâches, se référer au kit-outil)

- Élaborer la liste des tâches pour effectuer la sortie avec ressources et temporalité associées et identifier particulièrement les tâches qui peuvent être réalisées la veille de la sortie, par exemple :
 - Organisation du transport;
 - Prise éventuelle de rendez-vous intra-hospitalier de suivi ou de contrôle;
 - Rédaction du compte-rendu d'hospitalisation.
- Ajuster la planification des soins et du bio-nettoyage pour favoriser les sorties le matin (soins, prise de sang, toilettes, etc.) et les entrées précoces;
- Faire valider la procédure.

Formaliser des outils favorisant une sortie rapide :

- Faire un état des lieux des documents de sortie existants et les homogénéiser;
- Mettre en place une check-list de sortie dès l'entrée du patient :
 - Définir les éléments de la check-list de sortie pour les IDE et les secrétaires médicales pour permettre la sortie du patient;
 - Définir un processus de remplissage de la check-list en deux étapes (colonnes) par exemple :
 - Une colonne prévisionnelle (le praticien ou l'IDE tout au long du séjour du patient coche dans la colonne « À prévoir » ce qui sera remis au patient lors de son départ);
 - Une colonne « Réalisé » (lors des dernières 24h d'hospitalisation, l'IDE ou le secrétariat collecte les différents éléments et coche les actions réalisées au fur et à mesure dans la 2^e colonne). La check-list est par la suite intégrée dans le dossier médical du patient.
 - Prévoir le support de collecte des documents (enveloppe de sortie).

Évaluer la procédure de sorties le matin :

- Définir la cible de sortie le matin au niveau de chaque service (volume et horaire de sortie);
- Évaluer et réajuster le cas échéant.

« Le remplissage du score d'évaluation sociale ne prend qu'une minute pour les soignants, et fait gagner du temps ensuite »

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

RETOUR D'EXPÉRIENCES SUR LE SALON DE SORTIE AU CH MARTIGUES

Mireille Robin - Régulateur de la qualité de l'hospitalisation (RQH)

1. Contexte

Comme beaucoup d'établissements, le centre hospitalier de Martigues doit faire face à la problématique récurrente de trouver des lits disponibles pour les patients entrants, en particulier en provenance des urgences (environ 40 000 passages par an). Une des pistes envisagées consiste à libérer au plus tôt dans la journée les lits d'hospitalisation.

Une étude sur les patients sortants a permis de montrer que de nombreux lits étaient occupés par des patients sortants en attente de transports (problèmes de VSL, de taxi ou de famille ayant du retard). À l'image des salons de sortie pour

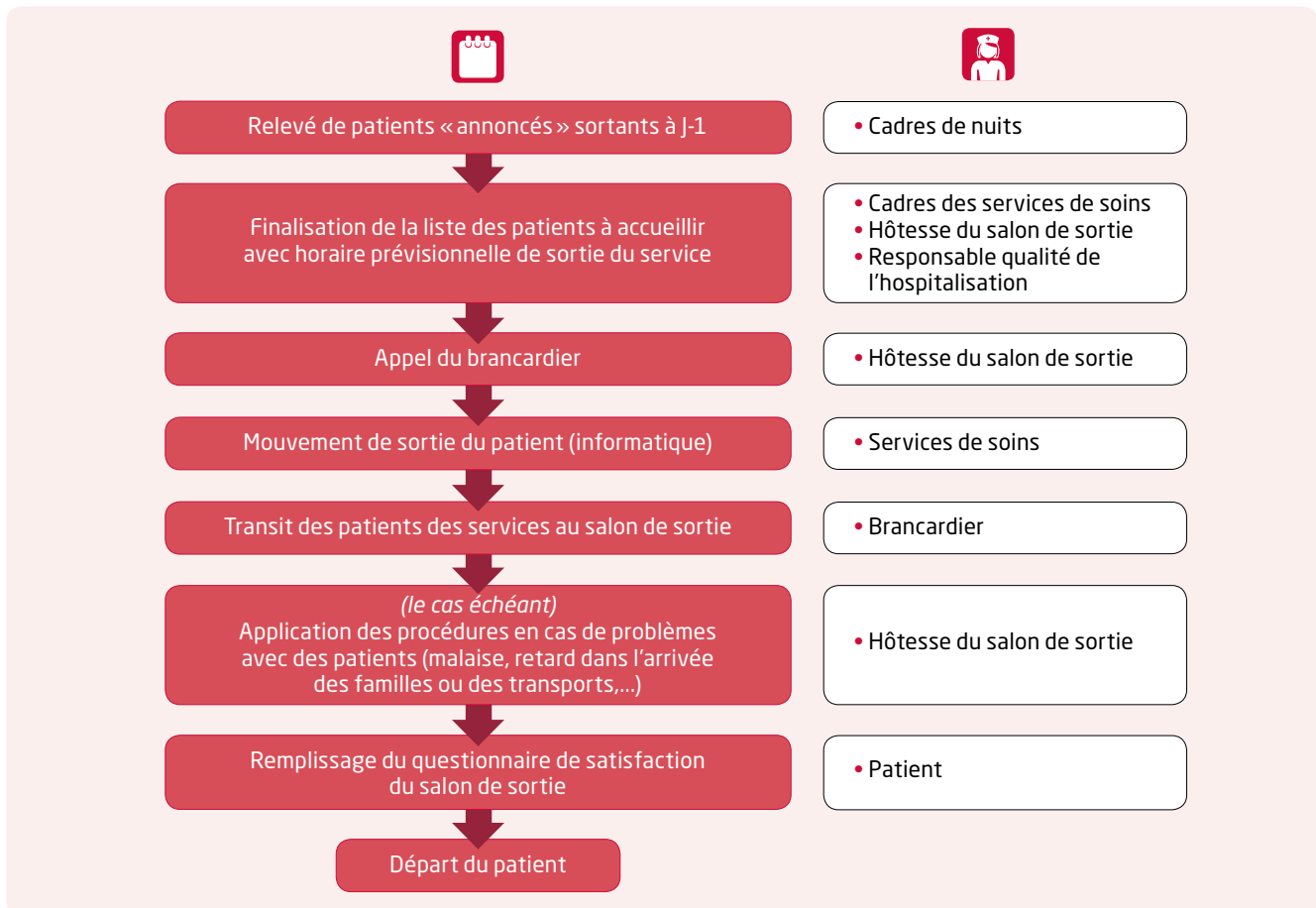
les unités d'ambulatoire, le CH de Martigues a donc décidé de mettre en place un salon de sortie pour les services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Principes

• Critères d'éligibilité

Le salon de sortie est destiné aux patients médicalement sortants mais qui attendent leurs proches ou une solution pour rentrer à domicile ou dans une autre structure. Les patients doivent être autonomes et non déments (les patients en fauteuil roulant sont acceptés). Sont exclus les patients nécessitant un transport couché (pas de transport en ambulance).

Figure 18 : Schéma représentant le processus de sortie



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

►► SUITE RETOUR D'EXPÉRIENCES SUR LE SALON DE SORTIE AU CH MARTIGUES

• *Fonctionnement*

L'intervention d'un brancardier est prévue systématiquement (notamment pour aider avec les bagages), mais le patient peut se rendre seul au salon de sortie s'il le souhaite.

Une bagagerie sécurisée (fermée à clé) est disponible pour les patients présents au salon de sortie.

Si l'arrivée du patient dans le salon de sortie est annoncée avant 11h, alors une collation lui sera servie.

Le patient présent dans le salon de sortie n'est plus hospitalisé (la sortie a été prononcée, et le patient est considéré comme sorti du service), il n'est donc plus sous la responsabilité médicale de l'établissement et ne nécessite pas une surveillance soignante. Si le patient a besoin de régler des points administratifs, il passe par le bureau des sorties au moment où il sort de l'établissement.

L'hôtesse du salon de sortie (une ambulancière) assure l'accueil des patients ainsi que la régulation des transports sanitaires de l'établissement. Le salon de sortie a une capacité d'accueil de huit patients en simultané. Il est localisé au RDC avec un accès véhicule à proximité. Il est ouvert du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 10h à 17h. Le salon est accessible à l'ensemble des patients éligibles de l'établissement.

3. Étapes de mise en œuvre

- ▶ Étude sur les sorties (autonomie/validité du patient, horaire de sortie théorique et effective, mode de sortie, destination) afin de valider l'opportunité de la mise en place d'un salon de sortie;
- ▶ Élaboration de l'organisation cible (lieu disponible/aménageable, ressource responsable de la supervision du salon de sortie, processus cible);
- ▶ Élaboration des procédures en cas de problèmes avec le patient (détresse vitale, malaise, retard dans l'arrivée des familles ou des transports, etc.), en se fondant sur les procédures déjà en vigueur dans l'établissement;
- ▶ Mise en œuvre et évaluation de la démarche.

4. Résultats

La période de test du salon de sortie a mis en exergue les constats suivants :

- ▶ En moyenne, 4-5 patients par jour transitent *via* le salon de sortie (périmètre restreint de services pendant la phase d'expérimentation). L'horaire d'arrivée des patients au salon est compris entre 11h et 15h en moyenne. La durée d'attente au salon de sortie est d'une heure en moyenne;
- ▶ Les patients envoyés au salon de sortie sont tous satisfaits, et lors de séjours ultérieurs, ils demandent à y retourner pour attendre;
- ▶ Les services utilisateurs sont essentiellement des services avec plusieurs spécialités et/ou en suractivité.

Des problèmes logistiques de travaux ont obligé l'établissement à fermer son salon de sortie après un an et demi de phase d'expérimentation, bien qu'il soit très demandé. Une fois que sa réouverture sera possible, l'établissement envisage d'élargir ses missions à l'accueil des patients en attente d'un lit disponible lors de leur admission et aux patients en attente d'un transfert sur le second site du CH de Martigues.

5. Facteurs-clés de succès / écueils à éviter


Le fait qu'un médecin urgentiste ait présenté le salon de sortie auprès de ses confrères a constitué un écueil au lancement du projet. En effet, il est essentiel de communiquer en interne sur le fait que le salon de sortie n'est pas un projet ciblé sur les urgences mais qu'il va permettre de fluidifier l'ensemble du parcours-patient sans que cela ne dégrade la qualité de prise en charge.

Il est également indispensable de faire intégrer aux équipes et aux patients que le déjeuner du dernier jour n'est pas dû aux patients.

Enfin, l'hôtesse du salon de sortie au CH de Martigues a en outre du salon de sortie, la responsabilité de la régulation des transports de patients (en lien avec les cadres et le gestionnaire des lits). Cela permet d'avoir une gestion pertinente des patients sortants (grâce à la vision globale de cet agent).

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 11

Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL

Avant-propos

Le besoin d'une structure d'aval après une hospitalisation est souvent nécessaire dans le cadre de prises en charge programmées et ciblées (SSR en cardiologie, orthopédie...). Il peut aussi correspondre à une prise en charge extra-hospitalière (HAD, EPHAD). La finalité est de pouvoir offrir au patient le type de prise en charge le plus adapté en fonction des besoins en soins qu'il nécessite. Pour cela, une bonne connaissance des structures d'accueil de son territoire est essentielle afin d'en connaître les spécificités, de nouer des relations et de formaliser des partenariats.

Équipe-projet

- Directeur de l'établissement;
- Chefs de pôles.

Enjeux

- Diminuer la durée moyenne de séjour (DMS);
- Diminuer le délai d'obtention d'une solution d'aval;
- Diminuer les journées non-médicalement pertinentes pour cause d'attente d'aval.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Il s'agit d'offrir au patient la solution de prise en charge la plus adaptée à ses besoins en soins. Pour l'établissement, il s'agit de connaître les structures avec qui il travaille (ses possibilités d'accueil et ses contraintes).			Peut s'avérer complexe en cas de manque de structure sur le territoire et dans la définition des engagements réciproques entre la structure et l'établissement.			Une fois les acteurs identifiés et les spécificités de prise en charge connues, les partenariats peuvent être conclus en respectant les contraintes de chacun.		

Indicateurs de suivi

- Taux de demandes d'aval acceptées par structure;
- Délai moyen d'acceptation d'une demande d'aval par structure;
- Nombre de partenariats identifiés comme nécessaires et restant à conclure.

Kit-outil / REX

- HAD;
- SSR.

Résultats obtenus

- 60 établissements ont mis en place des partenariats avec structure d'aval et/ou développé l'HAD;
- Dont 43 ont augmenté leurs taux de sorties vers l'HAD.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Clés de la réussite

- Impliquer les responsables médicaux des structures d'aval du territoire;
- Disposer d'une liste à jour des établissements d'aval et des contacts téléphoniques;
- Porter le projet à l'échelon régional (implication de l'ARS);
- Avoir une bonne connaissance du volume de patients transférés vers les établissements d'aval;
- Utiliser un bon de demande unique pour tous les établissements d'aval;
- Associer les assistantes sociales dans le processus de partenariats;
- Utiliser et maîtriser l'outil Trajectoire ou autre outil de demande d'aval régional.



Fiches associées

- **Fiche 10** : Préparer la sortie et anticiper l'aval.

PLAN D' ACTIONS

Formaliser les besoins d'aval au niveau de l'établissement de santé :

- Faire une liste des conventions existantes avec les structures d'aval en liant les types de prises en charge et les mettre à jour si besoin;
- Analyser les transferts de l'établissement vers les structures d'aval y compris les lits d'aval interne à l'établissement : nombre, type de prises en charge, type de structures, les sorties en attente d'aval (cf. suivre les séjours longs), etc.;
- Analyser les problématiques de l'acceptation ou d'entrée en structures d'aval : critères géographiques, sociaux, d'admission, d'occupation;
- Recueillir et clarifier les besoins de chaque service et identifier des partenaires cibles en adéquation avec ces besoins;
- Constituer et mettre à jour régulièrement un annuaire des partenaires d'aval : établissements SSR et établissements sociaux et médico sociaux (praticiens SSR, praticiens coordinateurs d'EHPAD, assistantes sociales, SSIAD, SAMSAH, HAD...).

Rencontrer les structures d'aval :

- Déterminer les structures d'aval à rencontrer en priorité (par exemple, celles avec qui l'établissement travaille le plus, ou celles qui refusent le plus de patients);
- Rencontrer les structures d'aval afin de partager les résultats des analyses conduites, d'envisager des pistes pour une meilleure coopération et de valider conjointement les modalités d'accueil des patients (type de patient, délai de prise en charge...);
- Partager les informations recueillies avec la Direction, les responsables de pôle et les chefs de service ainsi que les cadres de santé.

Formaliser le fonctionnement entre l'établissement et les structures d'aval :

- Mettre en place des démarches de partenariats avec les structures d'aval ou des conventions bipartite MCO-SSR ou MCO-structures médico-sociales / soins à domicile / structures sociales;
- Formaliser des règles de demande d'admission en structure d'aval et homogénéiser les bons de demande d'aval.

Mettre en place un pilotage de la relation avec les structures d'aval :

- Définir les indicateurs et modalités de suivi des conventions;
- Réaliser une grille d'évaluation du suivi des engagements pris dans les conventions.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

ORGANISATION DES SALONS D'AUTOMNE AU CH RENÉ DUBOS DE PONTOISE

Sonia Nordey - Cadre de santé gestionnaire des flux et des parcours-patients

Malika El Attar - Cadre supérieure de santé assurant des missions transversales pour la direction des soins dont la gestion des flux

• D'où vous est venue l'idée d'organiser des salons d'automne ?

L'organisation de Salons d'automne est un objectif de longue date qui s'inscrit dans les axes de travail de la cellule gestion des flux. En effet, pour fluidifier le parcours-patient, il nous a paru nécessaire de rencontrer l'ensemble des structures d'aval avec lesquelles nous travaillons régulièrement, c'est-à-dire : les prestataires de soins à domicile (prestataires privés, HAD et SSIAD) et structures SSR afin de connaître plus précisément leur offre de soins et leur organisation pour mieux travailler avec eux.

Début 2013, nous avons déjà initié un travail avec les cadres et les services sociaux en recensant dans un catalogue les structures avec lesquelles les services avaient l'habitude de travailler. Bien que très utile, ce catalogue ne suffisait pas, il ne présentait que le point de vue des cadres sur les spécificités des différentes structures. Par ailleurs, l'analyse des questionnaires de satisfaction-patient a aussi mis en évidence la problématique de l'organisation des sorties complexes.

Le Copil gestion des flux a donc décidé de mettre en place une action spécifique visant à rencontrer les structures pour organiser la continuité des soins, assurer du lien et de la coordination. Aller visiter chaque structure était impossible et trop chronophage, il a donc été décidé de les réunir ensemble dans l'établissement pour les rencontrer et les faire connaître auprès des soignants.

L'ensemble des cadres de santé du COPIL gestion des flux ont participé à l'organisation (D. Boidin de l'UHCD, V. Clément du SAU, H. Domisse de l'UAU).

• Comment se sont organisés vos salons d'automne ?

L'organisation des salons en automne, soit à la veille des problématiques hivernales nous a paru être un moment propice. De plus, cette période coïncidait avec l'arrivée des internes en novembre, c'était donc un excellent moyen pour eux de découvrir les structures également.

Ces salons s'adressent à toutes les structures privées et publiques (SSR et prestataires de soins), les EHPAD ayant été exclus car considérés comme un lieu de vie. Coté établissement, les professionnels conviés sont les paramédicaux des services de soins, les médecins, les assistantes sociales, le personnel administratif. Ces salons ne sont pas ouverts aux usagers. Lors de chaque salon, le service social du CHRD a tenu un stand afin de mieux faire connaître ses missions aux professionnels de l'établissement.

Nous avons organisé les Salons d'automne répartis sur deux après-midi :

La première rencontre a eu lieu le 13 octobre 2015, réunissant les prestataires de soins à domicile (prestataires privés, HAD, SSIAD, réseaux de cancérologie et gériatrie). La deuxième rencontre a eu lieu le 19 novembre 2015 réunissant les structures SSR.

Un temps de préparation nécessaire

En amont de chaque salon, un mois avant, nous avons organisé avec l'aide de notre directeur de la communication une séance plénière de préparation avec les structures pour leur expliquer le projet, les objectifs, le déroulement, les moyens logistiques nécessaires sur chaque stand. La démarche de conventionnement et de qualité d'évaluation des prestations leur a aussi été présentée. C'était également l'occasion de récupérer des informations fiables sur les structures en leur remettant une fiche d'information à compléter pour le catalogue.

• Quels résultats ?

Une vingtaine de stands et 96 participants visiteurs professionnels du CHRD sur le premier salon et une vingtaine de stands et 79 participants sur le second. Des questionnaires d'évaluation des exposants et des visiteurs ont permis d'objectiver le succès de cette première édition des Salons d'automne.

Ce qui a plu aux professionnels de santé et aux structures : le mode interactif et le climat de confiance.

Le salon est un moment plus propice à l'échange entre structures et professionnels de santé qui sont plus ouverts qu'en rendez-vous individuels. Cela a permis de redécouvrir l'offre de certains prestataires de soins, avec qui nous fonctionnions plus par habitude.

Cet événement a permis également d'engager une vraie démarche de conventionnement et de suivi qualité. Des freins ont été levés, nous nous sommes rendu compte qu'un certain nombre de structures étaient favorables à accueillir des patients en fin de matinée.

Une démarche positive a été associée aux salons avec la récupération de 4 dons dans le cadre de la mission mécénat de l'hôpital (l'inscription au salon étant gratuite).



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

►► SUIVE ORGANISATION DES SALONS D'AUTOMNE AU CH RENÉ DUBOS DE PONTOISE

Enfin les structures ont apprécié d'être réunies entre-elles. « L'hôpital pourrait participer à créer ce lien qui n'existe pas entre les structures ». Nous envisageons donc une réunion préparatoire commune pour la prochaine édition.


Fort de ce succès, il est prévu de renouveler ce salon une fois par an, avec la possibilité d'accueillir l'année prochaine le Prado orthopédique et maternité.

« Il est important que l'hôpital s'ouvre sur le territoire » pour trouver ensemble des pistes d'amélioration dans la continuité des prises en charge en dehors de l'hôpital. « Créer du lien c'est avant tout pour nous innover pour mieux soigner en proximité. »



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 12 Suivre les séjours longs

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL

Avant-propos

La notion de « séjours longs » doit être définie au sein de chaque établissement par champs d'activité (M, C et O), par exemple :

- Dépassement de X jours (ou X %) par rapport à la DMS nationale ou à la DMS de l'établissement;
- Dépassement de la borne haute du GHM;
- Tous séjours dépassant X jours.

Équipe-projet

- Médecins;
- Cadres de santé;
- DIM;
- Assistante sociale;
- Représentant de la direction.

Enjeux

- Limiter les journées d'hospitalisation non-médicalement pertinentes;
- Repérer les séjours longs et étudier les possibilités de sortie avec l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6

- Impact limité sur l'IP-DMS (faible volume de séjours longs);
- Intérêt pour le patient : adéquation de la prise en charge (la rééducation d'un patient sera plus pertinente en SSR qu'en MCO);
- Intérêt pour les équipes : limiter la présence prolongée des patients engendrant des situations de tension avec le personnel.

L'organisation d'une réunion de revue de dossiers est relativement simple à mettre en place.

Indicateurs de suivi

- Nombre de séjours « longs ».

Kit-outil / REX

- Commission des séjours longs;
- Grille identification séjours longs;
- Retours d'expériences.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Résultats obtenus

- 79 établissements ont travaillé sur leurs séjours longs;
- Dont 15 ont mesuré leur part de séjours long qui est passée de 16 à 15,5%.

Clés de la réussite

- Adapter la définition des « séjours longs » au contexte et aux activités de l'établissement;
- Associer le service social dans la démarche.

Conseils de l'ANAP :

- Penser à revoir / affiner la définition des « séjours longs » en fonction du volume de séjours concernés (ce volume doit rester « pilotable »);
- Catégoriser les causes d'allongement de la durée de séjour pour faciliter l'analyse : complication médicale ou chirurgicale, organisation du séjour insuffisamment maîtrisée, problème d'aval, problème social, familial...;
- Ne pas se focaliser sur les quelques patients pour lesquels l'établissement n'a aucun levier d'actions : « bed blockers »;
- Traduire les séjours longs également en nombre de « journées perdues », pour sensibiliser les acteurs.

Fiches associées

- **Fiche 11** : Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.);
- **Fiche 7** : Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens;
- **Fiche 10** : Préparer la sortie et anticiper l'aval.

66

PLAN D' ACTIONS

Faire un état des lieux des séjours longs :

- Définir les critères d'inclusion des séjours à analyser : durée, mono / multi-RUM, mode d'entrée / de sortie, etc. (DIM, DAF, cadre supérieur, praticien);
- Identifier les séjours longs (DIM);
- Réaliser une revue de dossier des séjours longs et analyser les causes d'allongement des séjours, et cibler la part des séjours sur lesquels une action est possible (cadre / praticien);
- Présenter les résultats en instance puis aux équipes (CME, réunion d'encadrement, bureau de pôle).

Piloter les séjours longs :

- Définir le règlement intérieur de la réunion pluri-professionnelle de revue des séjours longs (DIM, DAF, cadre supérieur, praticien) :
 - Membres : intégrer dans la mesure du possible un référent médecin des EPHAD ou SSR partenaires, un référent HAD;
 - Périodicité de la réunion (à fixer en fonction de la définition des séjours longs);
 - Personne responsable de la production de la liste des séjours longs à étudier;
 - Personne responsable de la transmission des dossiers médicaux et sociaux (pour analyse en séance);
 - Modalités de diffusion des comptes rendus de réunion (incluant un plan d'actions par dossier);
 - Ordre du jour (point d'avancement sur les dossiers de la réunion précédente, point sur les nouveaux dossiers).
- Mettre en œuvre la réunion de revue des séjours longs.

Évaluer le pilotage des séjours longs :

- Faire la synthèse des facteurs ayant facilité la sortie des séjours longs;
- Réévaluer et faire évoluer le cas échéant les critères d'inclusion des séjours longs;
- Identifier les bonnes pratiques permettant de limiter les séjours longs et les communiquer à l'ensemble des services.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 13

Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière

GESTION DU SÉJOUR - SORTIE - AVAL

Avant-propos

Une filière est une description de trajectoires. Elle résulte d'une observation des trajectoires des patients dans l'établissement. Les éléments de caractérisation d'une filière sont les lieux et temps de passage dans chaque unité.

Une filière pourra être complétée de chemins cliniques détaillant toutes les étapes de la prise en charge et les actes à réaliser par chaque professionnel.

La fiche concerne l'organisation de la filière au sein de l'établissement et n'aborde pas l'amont et l'aval de la filière.

Équipe-projet

- Médecin spécialiste;
- Cadres concernés par la filière;
- DIM.

Enjeux

Définir une organisation cohérente et graduée des soins permettant de :

- Fluidifier les parcours des patients au sein de l'établissement, concourant à l'amélioration de la qualité de prise en charge
- Coordonner le travail des différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6

D'autant plus fort que le taux de séjours multi-RUM est élevé et qu'il existe un volume de patients important dont l'orientation nécessite une concertation.

Difficile d'identifier le besoin de création de filière : le recueil des données et l'analyse des dossiers sont longs et complexes.

La mise en œuvre du parcours cible (lieux et temps de passage) nécessite un consensus médical qui peut être compliqué à obtenir.

Indicateurs de suivi

- DMS et IP-DMS des GHM concernés par la filière (ex : pour la filière gériatrique DMS de 8 jours);
- Taux de ré-hospitalisation à 48 h;
- Nombre d'hébergements hors filière;
- Nombre de mutations internes en provenance d'autres unités de soins : les patients de la filière doivent provenir des urgences, du SSR ou domicile, voir des unités spé USIC/réa/USC.

Kit-outil / REX

- Fonctionnement;
- Lien ville/hôpital;
- Logigrammes.

Résultats obtenus

- 24 établissements ont développé des filières de soins.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Clés de la réussite

- Cibler les filières principales (notion de taille critique);
- Compléter la filière intra-hospitalière en créant des partenariats avec les acteurs de l'amont et de l'aval;
- Avoir une « séniorisation » de l'orientation.

Conseil de l'ANAP :

- Dans le fichier structure, créer une UF pour la filière afin de faciliter le suivi et le pilotage.



Fiches associées

- **Fiche 11** : Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.).

PLAN D' ACTIONS

Repérer les filières à structurer :

- Recueillir auprès de praticiens les profils patients ou pathologies qui nécessitent une prise en charge coordonnée et graduée;
- Définir le volume de patients concernés en fonction de critères identifiés : identifier volumes, cibles et dossiers concernés par la filière;
- Valider, en fonction du volume, la pertinence de structurer une filière.

Formaliser la filière :

- Analyser de manière rétrospective les dossiers de patients afin de définir la filière performante selon les critères suivants :
 - DMS globale proche et/ou plus performante que la DMS nationale sans ré-hospitalisation;
 - Durée de séjour en fonction de l'unité d'hébergement;
 - Répartition des durées de séjour par unité si multi-RUM.
- En fonction du diagnostic et de la criticité posés à l'arrivée du patient, formaliser une filière : service(s) d'accueil et la durée prévisionnelle de séjour dans le/les services d'accueil.

Formaliser le chemin clinique :

- Décrire la planification de l'ensemble des soins;
- Préciser les rôles et les missions de chaque acteur dans la filière;
- Préciser le déclenchement des avis spécialisés.

Communiquer :

- Valider la formalisation de la filière en CME et la diffuser à l'ensemble des acteurs concernés (y compris régulation des séjours), y compris la médecine de ville.

Mettre en œuvre la filière :

- Orienter les patients selon les modalités définies et s'appuyer en cas de besoin sur une équipe mobile pour une orientation pertinente;
- Faire appel en fonction de la filière à des avis spécialisés (y compris équipes mobiles).

Évaluer :

- Refaire une évaluation rétrospective à 6 mois pour vérifier le respect de la filière.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

STRUCTURER UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE

L'enjeu de structurer une filière gériatrique intra hospitalière est de définir une organisation cohérente et graduée des soins autour de la personne âgée permettant :

- ▶ D'assister les services non-gériatriques dans la prise en charge et l'orientation des personnes âgées qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé;
- ▶ De fluidifier les parcours des patients au sein de l'établissement en coordonnant le travail des différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient.

La circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise les modalités d'organisation de ces filières et surtout indique des référentiels d'organisations des soins des maillons de cette filière. Il est en effet recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les dispositifs de soins suivants :

- ▶ Une unité de court séjour gériatrique, identifiée par une UF, située dans l'établissement de santé support de la filière;
- ▶ Une équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière et régulièrement présente dans le service des urgences;
- ▶ Une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique;
- ▶ Un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour; (référentiel : 1 lit de court séjour et 3 lits de SSR pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus);
- ▶ Une ou plusieurs unités de soins de longue durée (USLD).

Il est nécessaire, avant de formaliser une filière gériatrique, d'identifier ce qu'est la « Personne âgée » pour l'établissement ou le territoire, selon des critères définis par les gériatres de l'établissement et validés en CME :

1. Les critères liés à l'âge (ex : patients âgés de plus de 75 ans) sont nécessaires mais ne sont pas suffisants;
2. Les critères liés à l'état pathologique : existence de poly-pathologies, troubles de la marche - chutes, oncogériatrie;
3. Les critères liés à l'état psychologique : troubles cognitifs, troubles du comportement, syndrome confusionnel;
4. Les critères liés aux problèmes d'autonomie et/ou médicosociaux.

La prise en charge de ces patients particuliers doit être organisée et formalisée par le biais notamment de l'accès direct au court séjour. Le rôle de chaque acteur doit être clairement défini afin de ne pas se substituer aux rôles de chacun :

- ▶ Les EMG n'ont pas vocation à remplacer les assistantes sociales;
- ▶ Les services de court séjour gériatrique n'ont pas vocation à prendre en charge des patients âgés hospitalisés dans d'autres spécialités en primo intention;
- ▶ Les services de courts séjours gériatriques ont plus qu'intérêt à définir les règles de transfert vers les SSR spécialisés.

Le plan d'actions peut être ainsi schématisé :

- ▶ **Recueillir auprès de praticiens les profils des patients** qui nécessitent une prise en charge coordonnée et graduée en gériatrie.
 - ▶ **Analyser**
 - Définir le volume de patients concernés en fonction des critères identifiés;
 - Identifier le volume, les cibles et les dossiers concernés par la filière (DPS et parcours du patient à définir en fonction des sévérités) afin d'en évaluer la pertinence en termes de seuil d'activité;
 - Étudier de manière rétrospective les dossiers de patients afin de définir un parcours performant selon les critères suivants :
 - DMS globale proche et/ou plus performante que la DMS nationale sans ré-hospitalisation (DMS de court séjour gériatrique 5 à 8 jours);
 - Durée de séjour en fonction de l'unité d'hébergement;
 - Répartition des durées de séjour par unité en cas de séjour multi-RUM.
 - ▶ **Formaliser la filière optimale**
- Le processus formalisé de la filière gériatrique peut être le suivant :
1. Intervention de l'EMG aux urgences ou en UHCD pour orienter le patient selon des critères définis et des moyens de repérage des personnes à inclure (REX EMG-CH Voiron).
 2. En fonction du diagnostic et de la criticité posés à l'arrivée du patient, formaliser un parcours de soins : service(s) d'accueil et la durée prévisionnelle de séjour dans le/les services d'accueil (REX : logigramme personne âgée - CH Pau / charte de fonctionnement d'ortho-gériatrie - CH Douai).



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

►► SUITE STRUCTURER UNE FILIÈRE GÉRIATRIQUE

3. Valider le chemin clinique : préciser les rôles et missions de chaque acteur dans la filière, le déclenchement des avis spécialisés (REX prise en charge en HDS médecine gériatrique - CH Dieppe).
4. **Communiquer** : valider la formalisation de la filière en CME et la diffuser à l'ensemble des acteurs concernés (y compris régulation des séjours).
5. **Mettre en œuvre la filière** : orienter les patients selon les modalités définies et faire appel en fonction de la filière à des avis spécialisés (y compris équipes mobiles)
6. **Évaluer** : faire une évaluation rétrospective à 6 mois pour vérifier le respect de la filière.

Il est important, outre les indicateurs classiques de suivi de filière (listés dans la fiche action), de suivre pour la gériatrie, l'évolution des mutations internes en provenance d'autres unités de soins qui doit être à la baisse. En effet,

suite à la création de cette filière, les patients inclus doivent essentiellement désormais provenir des urgences, du SSR ou domicile, voir des unités spécialisées telles que les unités de soins intensifs cardiologiques, la réanimation ou les Unités de soins continus, et non plus des services d'hospitalisation complète de spécialités.

Les facteurs-clés de succès de la mise en œuvre d'une filière gériatrique sont :

- ▶ De valider en CME des profils des patients concernés et des modalités de travail des EMG;
- ▶ D'élaborer une convention opérationnelle spécifique avec les EPHAD et SSR sur la filière comme le préconise la circulaire en développant de la téléconsultation si besoin;
- ▶ De créer une unité fonctionnelle spécifique de la filière avec le contrôle de gestion et le DIM pour faciliter le suivi et le pilotage de cette filière.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 14

Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité

AJUSTEMENT DES RESSOURCES

Avant-propos

Cette fiche a pour objectif de mettre en regard le capacitaire avec l'activité réelle ou prévisionnelle de l'établissement.

Par adéquation des ressources, on entend :

- Le redéploiement de lits entre spécialités/unités ;
- Voire la suppression (ou l'augmentation de lits) ;
- Les transformations des modes de prises en charge et des capacités associées.

Il ne s'agit donc pas de restreindre la capacité à accueillir mais bien d'adapter les ressources aux différents modes de prise en charge des patients tout en respectant la qualité des soins à niveau d'activité équivalente ou prévisionnelle.

Équipe-projet

- Directeur des soins ;
- Président de CME ;
- DIM ;
- Contrôle de gestion.

Enjeux

- Avoir un juste dimensionnement des unités d'hébergement ;
- Soutenir les dynamiques d'activité.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
• Permettre au patient d'être accueilli dans la spécialité et la structure de prise en charge adéquates ;	• Permettre à un établissement en phase de reconstruction ou de rénovation de ses locaux de cibler au plus juste son programme capacitaire.		• Freins liés aux contraintes architecturales de l'établissement ;	• Freins des praticiens liés à une modification à la baisse du capacitaire ;	• Difficulté de faire accepter la perte de la notion de service/lits dédiés en cas de mutualisations et de regroupements d'activités.			

Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation par service ;
- IP-DMS par service ;
- Nombre de journées de patients hébergés ;
- DMS en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ;
- Taux de rotation UCA (Unité de chirurgie ambulatoire) ;
- Nombre de séjours forains ;
- Taux d'ambulatoire ;
- Nombre de séjours d'1 et 2 nuits pour identifier le potentiel substituable en ambulatoire.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Kit-outil / REX

- Outil ANAP AIDICA;
- Méthodologie de redimensionnement.



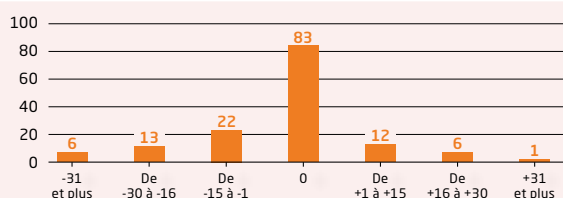
Résultats obtenus

- 60 établissements ont procédé à des ajustements capacitaires en HC.

Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements du programme :

en affinant leur connaissance sur les flux de patients, certains établissements ont adapté leur schéma capacitaire, en réallouant les ressources en lits par discipline ou mode de prise en charge.

Figure 19 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HC (y compris l'UMPU)? (+ ou - de lits)

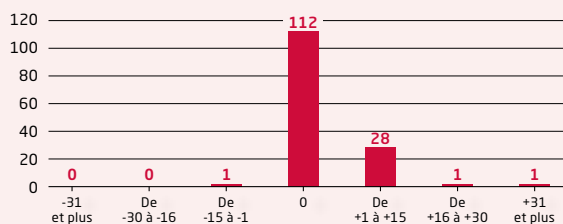


143 établissements (Source : questionnaire de capitalisation).

MCO :

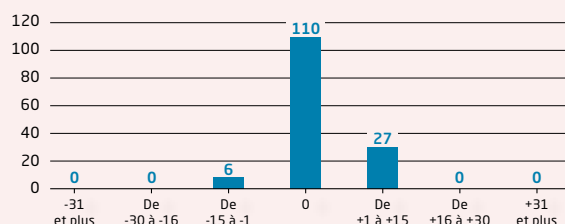
- 1061 lits d'hospitalisation conventionnelle adaptés ou transformés (en valeur absolue), dont 50 % concernent la chirurgie;
- 6 établissements représentent 30 % de la réduction du nombre de lits d'HC dont un CHU;
- En chirurgie, 30 % des établissements (soit 41) ont réduit leur capacité en lits de chirurgie (dont 18 d'au moins 12 lits), ces réajustements sont souvent concomitants avec du redéploiement en ambulatoire;
- En médecine, 40 % des établissements (soit 54) ont modifié leur capacité (dont 33 pour une augmentation, y compris pour redéploiement).

Figure 20 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en UCA? (+ ou - de lits)



143 établissements (Source : questionnaire de capitalisation).

Figure 21 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HDJ? (+ ou - de lits)

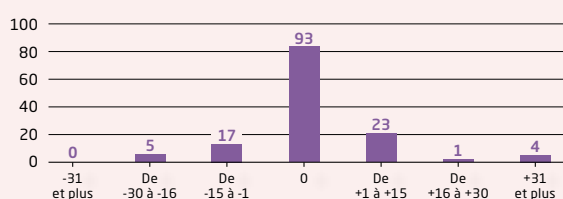


143 établissements (Source : questionnaire de capitalisation).

Ambulatoire :

- 20 % des établissements ont développé leur capacité d'accueil en ambulatoire (de +1 à +15 places, en médecine et en chirurgie). Les autres avaient déjà une capacité d'accueil suffisante pour absorber un développement d'activité. L'effort doit se concentrer plus sur l'optimisation de la rotation des places.

Figure 22 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HDS? (+ ou - de lits)



143 établissements (Source : questionnaire de capitalisation).

HDS :

- 15 % des établissements réduisent des capacités (HDS non adapté, transformation en ambulatoire ou HC);
- 20 % des établissements augmentent leur capacité (activités spécifiques programmées adaptées à l'HDS).



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Clés de la réussite

- Prendre en compte dans le dimensionnement : des cibles d'activité, de performance et de qualité, la saisonnalité, les caractéristiques du territoire de santé de l'établissement et de ses contraintes architecturales;
- Mettre en place un planning d'absences prévisionnelles des équipes médicales permettant d'ajuster et d'anticiper les fermetures de lits;
- Mettre en place une méthode simple et co-construite par le contrôleur de gestion et le DIM;
- Anticiper la communication auprès des acteurs de terrain pour expliquer la logique de construction du schéma capacitaire.

Conseils de l'ANAP :

Définir et partager des cibles (activité, taux d'occupation et IP DMS/DMS, à titre d'exemple) :

- L'IP DMS cible peut correspondre à celui des établissements du 2^e décile (source Hospi Diag) par grand champs
- Les taux-cibles d'occupation / de rotation communément utilisés sont :
 - Un taux d'occupation entre 90 et 95 % en médecine, 85 % en chirurgie et en obstétrique;
 - Un taux de rotation de 1,25 en HDJ médical et 1,5 en chirurgie ambulatoire, à moduler en fonction des spécificités et actes de l'établissement.

Par principe, les cibles fixées sont élevées, il convient d'ajuster le curseur en fonction du contexte de l'établissement.



Fiches associées

- **Fiche 15** : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité;
- **Fiche 16** : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET);
- **Fiche 2** : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire;
- **Fiche 3** : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine;
- **Fiche 4** : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine.

*« Et dire qu'il ne s'agissait que d'inverser
2 localisations pour regrouper les patients
par mode de prise en charge »*

« Le changement est en marche! »

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Définir le dimensionnement capacitaire global et l'organisation-cible :

1. Analyser les évolutions de l'activité et du positionnement territorial de l'établissement

Par établissement et par grand champ MCO, en représentant de manière dynamique le positionnement de l'établissement sur son territoire de santé :

- Analyse des différents segments d'activité MCO du bassin de santé;
- Identification des segments en développement, ceux à consolider;
- Évaluation de la robustesse des hypothèses de croissance d'activité retenues;
- Identification des axes de coopérations.

2. Réaliser une cartographie des activités MCO de l'établissement

- Par site et par grands champs MCO, et par spécialité médicale;
- Analyse par type de prise en charge : hospitalisation complète et ambulatoire;
- En isolant de l'analyse les services « soumis à autorisation en lits » ou « relevant d'une prise en charge spécifique » (réanimation polyvalente, néonatalogie, soins palliatifs).

3. Mesurer l'activité ambulatoire et évaluer les potentiels ambulatoires théoriques de « substitution » (d'HC, HDS vers l'ambulatoire) et de développement de l'activité « externe »

- Évaluer le potentiel théorique de substitution d'HC, HDS vers l'ambulatoire;
- **En chirurgie :**
 - Identifier l'activité ambulatoire réalisée en « forain », soit dans des unités conventionnelles, soit en hôpital de semaine;
 - Évaluer le potentiel de « substitution » en ambulatoire selon la méthodologie DGOS (cf. fiche « Optimiser une unité de chirurgie ambulatoire ») pour se fixer un objectif de « substitution »;
- **En médecine :** les objectifs de « substitution » seront précisés en fonction des spécialités médicales et des actes pratiqués;
- Évaluer le potentiel théorique de développement de l'activité par conquête de part de marché (en chirurgie et en médecine).

4. Dimensionner l'unité de chirurgie ambulatoire et l'unité de médecine ambulatoire

- Calculer un nombre de séjours-cibles à réaliser en HDJ et en unité de chirurgie ambulatoire;
- À partir du nombre de séjours réalisés en forain par spécialité;
- En ajoutant le potentiel de « substitution » en ambulatoire;
- En ajoutant le potentiel de développement par conquête de part de marché;
- Appliquer un taux de rotation-cible par type d'activité et selon le case-mix : X % en chirurgie ambulatoire et X % en médecine ambulatoire;
- Calculer le nombre de places de chirurgie ambulatoire et d'HDJ nécessaires.

5. Mesurer les écarts avec les indicateurs de performance (DMS et occupation) puis évaluer l'impact en journées/lits

- Identifier les écarts avec les IPDMS de référence par spécialité;
- Évaluer les séjours qui doivent faire l'objet d'une meilleure maîtrise des durées de séjours;
- Aligner les séjours réalisés sur une IPDMS-cible et les traduire en nombre de « journées-cibles » :
 - À titre d'illustration, l'IPDMS-cible pourrait être celle du 2^e décile (source Hospi Diag);
 - Sauf exception, conserver les IPDMS de l'établissement lorsqu'ils sont inférieurs à la cible.
- Viser un taux d'occupation-cible par spécialité : à titre d'illustration, le TO-cible pourrait être de 85 % en chirurgie et obstétrique et de 90-95 % en médecine;
- Calculer le nombre de lits nécessaires en hospitalisation conventionnelle sur la base des TO et IPDMS-cibles.

6. Définir et dimensionner les regroupements d'unités et les mutualisations d'activités

- Proposer une approche de mutualisation cohérente des lits et places :
 - Avec le projet médical et la prise en charge médicale et soignante;
 - Au regard des mutations et mutualisations possibles de spécialités tant en hospitalisation conventionnelle qu'en hospitalisation de jour et en UCA.
- Envisager des regroupements d'unités en médecine et en chirurgie par type de prise en charge, selon les proximités médicales entre spécialités et en termes de prise en charge soignante;
- Redimensionner les unités de médecine et de chirurgie (28-30 lits) en tenant compte des contraintes architecturales et des capacités d'optimisation organisationnelle;
- Moduler ce schéma capacitaire en fonction :
 - Des besoins de santé de la population et de leur impact sur les évolutions d'activité;
 - Des contraintes architecturales (faisabilité de grands plateaux de lits).

7. Adapter les maquettes organisationnelles en mettant en adéquation les ressources humaines à l'activité

Mettre en œuvre les organisations cibles :

- Définir les modalités de mise en œuvre (unités-pilotes, étapes, déploiement, calendrier, rôles);
- Définir un plan de communication et le mettre en œuvre;
- Mettre en œuvre les organisations cibles (lits et éventuelles RH associées : cf. fiche « Mettre en adéquation les ressources humaines aux activités »)

Évaluer les organisations-cibles et les ajuster selon les besoins

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 15

Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité

AJUSTEMENT DES RESSOURCES

Avant-propos

L'adéquation des ressources humaines à l'activité permet de prévoir les ressources au bon endroit, au bon moment et en nombre suffisant en fonction de différents critères objectivés (nombre de lits, nombre de patients, nombre d'entrées / sorties, sévérité des patients pris en charge, saisonnalité, etc.). Il s'agit d'un enjeu fort pour les établissements de définition et d'adaptation de leurs maquettes organisationnelles au plus près de l'activité.

Équipe-projet

- DSIRMT et DRH;
- Cadres supérieurs, cadres de pôle;
- PCME et DAM (congrés PM).

Enjeux

- Mettre au regard de l'activité réelle et prévisionnelle, les ressources humaines adéquates, en nombre et en compétences nécessaires, afin d'assurer une prise en charge de qualité et en garantissant la sécurité des soins du patient;
- Maîtriser la masse salariale, limiter le recours à l'intérim et prévenir ou pallier l'absentéisme.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyenne	Forte	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Équilibrer entre les services les ressources humaines au plus juste de l'occupation et de la charge en soins.			<ul style="list-style-type: none"> • Crainte sociale au regard des notions de polyvalence, de mobilité, de maquettes organisationnelles; • Complexité de l'alignement avec la GPEC, de la prise en compte des évolutions des pyramides des âges, des opportunités de départs, etc. 			Une phase d'adaptation, d'analyse des données et de validation de scénarios passant par le dialogue social est primordiale en amont.		

Indicateurs de suivi

- ETP présents par lit occupé et par service;
- Niveau de sévérité moyen des séjours;
- Taux de recours aux moyens de remplacement (CDD, Hsup, intérim, pool);
- Écarts ETP rémunérés par rapport aux maquettes-cibles des services;
- Écarts ETP présents par rapport aux maquettes-cibles des services;
- ETP rémunérés par ETP présents.

Kit-outil / REX

- Outil ANAP AElipce
- Outil « maquette » ANAP PNM

Ces outils sont disponibles sur le site internet de l'ANAP : www.anap.fr
mots-clés : AElipce
Synchroniser les temps

Résultats obtenus

- 25 établissements ont travaillé sur l'adéquation des ressources humaines en réadaptant leurs maquettes organisationnelles.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Clés de la réussite

- Contractualiser des objectifs-cibles avec l'encadrement;
- Partager les objectifs par la DRH, la DSIRMT et le trio de pôle;
- Maîtriser la saisonnalité de l'activité sur chaque activité clinique;
- Synchroniser les présences et les temps interprofessionnels PM et PNM;
- Adapter trames médicales et maquettes paramédicales ainsi que cartographie médicale et planning paramédical;
- Impliquer activement des équipes médicales et paramédicales.



Fiches associées

- **Fiche 14** : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité;
- **Fiche 16** : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET).

PLAN D' ACTIONS

Faire un état des lieux :

- Recenser les activités et les organisations soignantes en place;
- Si possible identifier la charge en soins, par activité, par pôle et par service, en fonction des journées - lits, des (SIIPS), de la sévérité, des entrées/sorties;
- Identifier les fluctuations d'activité sur l'année avec le DIM/ contrôle de gestion : saisonnalité, fermetures de lits, etc.;
- Identifier les fluctuations d'activité liées à l'absence de personnels et en analyser les causes (congrès-formation, congrès PM, etc.);
- Évaluer la performance des différentes organisations :
 - ETP par nombre de lits;
 - ETP par profil (IDE, AS, ASH) par nombre de lits;
 - Nombre moyen d'entrées par jour et par tranche horaire;
 - Niveau moyen de sévérité;
 - ETP d'encadrement par lit;
 - Etc.

Définir les maquettes organisationnelles cibles :

Pré-requis : Harmoniser entre la DRH et la direction des soins les temps ETP de l'établissement :

- L'obligation annuelle de travail (personnels de jour en horaires variables ou non, personnels de nuit);
- La politique de gestion des absences et la politique de remplacement;
- Les règles de construction des maquettes, notamment en termes de compensation des congés et absences.

Définir le fonctionnement cible :


- Le périmètre d'intervention et le besoin en effectif (a priori le pôle) en cohérence avec les filières médicales;
- Les règles d'affectation des effectifs en fonction des activités, congés ou absences, dans le périmètre défini (redéploiement, remplacement absentéisme, récupération...);
- Les dimensionnements en ETP par service (« hors services normés ») et par fourchette de nombre de lits pour les IDE, les AS et ASH, de jour, de week-end et de nuit en fonction de la charge en soin et du niveau d'activité;
- Le circuit de décision d'ajustement des maquettes organisationnelles selon les variations prévisibles d'activité;
 - Évaluer les écarts entre la cible et les organisations actuelles;
 - Définir la démarche d'ajustement à la cible : en recensant les départs naturels à remplacer ou non, les souhaits de mobilité interne et externe des agents, le plan de formation, les actions de reconversions;
 - Communiquer aux instances et aux personnels les organisations-cibles définies;
 - Contractualiser la feuille de route avec l'encadrement.

Mettre en œuvre et évaluer les organisations-cibles :

- Définir un plan de formation des PNM en fonction des périmètres de mutualisation des personnels définis et former le PNM;
- Mettre en place et communiquer au moins 3 mois à l'avance le planning prévisionnel des congés de PM en partenariat avec la direction des affaires médicales et la présidence de CME;
- Piloter la consommation RH du service;
- Mettre en place un reporting des ajustements réalisés;
- Évaluer et ajuster les organisations-cibles mises en place.

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

 Tous les outils présentés dans les fiches sont disponibles sur : www.anap.fr

FICHE 16

Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)

AJUSTEMENT DES RESSOURCES

Avant-propos

Définition donnée par la Fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) :

« Il s'agit d'une situation exceptionnelle, conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (lits d'hospitalisation et personnels) et les besoins immédiats d'hospitalisations non-programmées. Ce dysfonctionnement de la gestion des flux de patients représente une situation critique pour un établissement, pouvant évoluer vers une situation de crise.

Le dispositif « Hôpital en tension » est un dispositif d'organisation propre à chaque établissement. Il est distinct du plan blanc (qu'il peut précéder). »

Équipe-projet

- Membres de la commission des admissions non-programmées (si existante);
- Chefs des pôles urgences, médecine, chirurgie, gériatrie;
- Directeurs des soins;
- Directeur logistique.

Enjeux

- Maintenir même en période de crise la capacité de prise en charge des patients par l'établissement;
- Garantir une juste adéquation des ressources à l'activité même en période de forte tension sans impacter les programmations.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyenne	Forte	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
Structurer un dispositif pour anticiper, graduer la réponse en fonction du niveau d'alerte et faciliter la prise de décision. Limiter les transferts vers des établissements extérieurs par manque de place.			D'autant plus facile à mettre en œuvre si le consensus est établi autour des seuils d'alerte, qui peuvent être aussi fixés au niveau régional. Difficulté à objectiver une situation de tension, notamment en projection : souvent dépendante du ressenti des acteurs clés.			Le dispositif peut être rapidement effectif d'autant que le circuit de décision est clairement défini et partagé. Pour autant ce dispositif nécessitera d'être éprouvé en situation de crise et réajusté.		

Indicateurs de suivi

- Nombre de réunions de la cellule de veille;
- Nombre de fois où le dispositif a été déclenché;
- Nombre de jours de la période HET.

Kit-outil / REX

- Seuils d'alerte;
- Procédures.



Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet



Résultats obtenus

- 8 établissements ont formalisé un dispositif d'hôpital en tension;
- Parmi eux, 5 ont maintenu leur nombre de transferts à 0 et les 3 autres ont diminué de 0,6 point leur taux de transferts (de 1,6 à 1 %).

Clés de la réussite

- Faire participer des chefs de pôle à la cellule de crise / d'alerte;
- Avoir dans l'idéal une vision de la situation projetée à J+3;
- Anticiper la charge supplémentaire pour tous les acteurs, y compris pour les assistantes sociales et fonctions support;
- Veiller à la logistique des chambres en cas d'activation des lits d'extension en HET (mobilier des chambres (location), mobilier / salle de soins et soins, restauration, matériel biomédical, bio-nettoyage, téléphonie, stockage, transport, accessibilité des locaux...);
- Veiller à réajuster les dotations en médicaments et matériel médical;
- Communiquer auprès du Directeur, de l'ARS et du SAMU 15 pour le signalement HET : outil de déclaration en ligne pour informer tous les partenaires à mobiliser;
- S'assurer de la disponibilité des indicateurs de signalement pour une mise à jour automatique;
- Définir le rôle d'alerte du gestionnaire de lit dans le dispositif, le cas échéant;
- Évaluer *a posteriori* l'adéquation des ressources en lits et humaines allouées lors du dispositif HET.

Conseils de l'ANAP :

- Définir des seuils de levée du dispositif et donc de fermeture de l'unité HET/lits HET;
- Exclure certains lits du compte des lits disponibles (par exemple UNV, USIC, lit-repli néphrologie) car non utilisables pour les patients non concernés;
- Avoir une UF spécifique pour le secteur des lits dédiés, s'il existe, et le paramétrer dans les SIH.

Fiches associées

- **Fiche 6** : Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel;
- **Fiche 15** : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité;
- **Fiche 14** : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité.

« Les réunions de crise organisées lors des flux importants ont permis de mieux se connaître et de comprendre les contraintes de chacun »

Chapitre 2

Les fiches actions une aide à la mise en œuvre du projet

PLAN D' ACTIONS

Formaliser une procédure HET :

- Identifier les grandes catégories de tension : saisonnières, épidémiques, structurelles, défaut d'effectifs soignants aux urgences, manque de lits d'aval de court séjour, ou de lits d'aval des urgences, etc.;
- Définir les niveaux de tension : pré-tension et tension;
- Définir un circuit de décision pour le déclenchement et la levée du dispositif;
- Constituer une cellule d'alerte / de veille : définir sa composition et son rôle dans le dispositif HET;
- Créer une check-list « ouverture HET »;
- Valider la procédure dans les instances;
- Communiquer cette procédure à l'ensemble de l'établissement et à l'ARS.

Apprécier le niveau de tension :

- Définir des indicateurs pour anticiper, détecter ou suivre l'évolution des situations de tension
Exemples d'indicateurs : (liste non exhaustive) :
 - Nombre de passages aux urgences;
 - Nombre de patients de plus de 75 ans présents aux urgences et nécessitant une hospitalisation;
 - Nombre de patients présents aux urgences à 8h, 12h, 17h, 20h;
 - Nombre de patients présents à l'UHCD;
 - Nombre de lits disponibles en médecine et chirurgie;
 - Nombre de lits « chauds » disponibles.
- Définir des seuils pour chaque indicateur, par exemple
 - Plus de X patients de plus de 75 ans à 8h à l'UHCD;
 - Plus de X patients à 8h à l'UHCD;
 - Moins de X lits disponibles au court séjour gériatrique;
 - Moins de X lits en médecine polyvalente;
 - Plus de X passages aux urgences sur plusieurs journées consécutives;
 - Plus de X% d'augmentation de l'activité aux urgences sur les 3 jours précédents;
 - Moins de X lits « chauds » disponibles avant midi.
- Définir le seuil de déclenchement du dispositif en fonction d'atteinte cumulée des seuils (nombre d'indicateurs dans le rouge);
- Réunir la cellule d'alerte / de veille pour officialiser le déclenchement de l'HET.

Agir sur la tension :

Exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Extension du nombre de lits d'UHCD;
- Création temporaire de lits supplémentaires dans les services (dédoublage des chambres);
- Transformation de l'HDS en HC;
- Ouverture d'un secteur éphémère de X lits ouverts X jours par an;
- Augmentation des sorties le matin;
- Relance des demandes d'aval;
- Arrêt des mouvements de patients hébergés pour prioriser les patients du SAU;
- Adaptation des ressources humaines au dispositif HET (notamment aux urgences);
- Report de l'activité programmée en HC si possible.

Évaluer :

- Tracer les déclarations HET;
- Évaluer l'utilisation des lits / unité HET;
- Réévaluer si besoin les seuils de déclenchement du dispositif HET;
- Faire une étude de la satisfaction des acteurs sur le déroulement de la période HET.



3

« On en parle »

Chapitre 3

« On en parle »

1. Témoignage de la Clinique Sainte-Marie : mise en place de la Récupération rapide post-chirurgie (RRPC)

Entretien avec Emmanuelle Arnoux - Directrice des soins infirmiers de la Clinique Sainte-Marie.

1.1 Contexte

Dans un contexte d'optimisation de la chirurgie ambulatoire et des techniques médicales, une équipe de consultants (HCM) regroupant des médecins du groupe CAPIO est venue en juin 2014 présenter en CME les nouvelles pratiques réalisées en « fast track ». À l'issue de cette présentation, les praticiens ont demandé un audit du service de chirurgie ambulatoire qui a déterminé des marges d'optimisation envisageables.

1.2 Principes

Ces nouvelles méthodes de flux mettent en avant le fait que le lit reste disponible tant que le patient n'est pas revenu du bloc opératoire. En partant du postulat que le patient n'a pas besoin de disposer d'un lit dès son entrée, une nouvelle prise en charge des cataractes a été initiée à la clinique avec le passage direct au bloc pour le patient. Dès son arrivée, le patient est installé dans une salle d'attente, il se déshabille et met ses affaires dans un vestiaire. Son aller-retour au bloc s'effectue dans un fauteuil de transfert, le patient est ensuite levé, et le déjeuner s'effectue dans le salon de sortie. **Le patient ne mobilise ainsi plus aucun lit.**

Une fois pratiquée en chirurgie ambulatoire, la récupération rapide a été également envisagée en hospitalisation pour certaines spécialités comme l'orthopédie (prothèse de hanche, épaule, genou) et le digestif (côlon, bypass, sleeve).

1.2.1 Les principes de la Récupération rapide post-chirurgie (RRPC)

Ils reposent sur un ensemble de mesures visant à une récupération et à une reprise d'autonomie rapide du patient après chirurgie.

Le parcours du patient s'articule sur 3 phases pré, per et post-opératoire :

► En pré-opératoire

- Une information détaillée et l'adhésion du patient au parcours de sa prise en charge : cela consiste à préparer le patient à son intervention sur le plan physique, psychologique et logistique, et donc sécuriser le retour à domicile;
- Une réduction du jeûne préopératoire avec la pratique du jeûne moderne : cela veut dire que le patient peut s'alimenter jusqu'à 6 heures et boire une boisson sucrée jusqu'à 2 heures avant l'intervention (sauf cas particulier : diabétique ou trouble de la vidange gastrique).

► En per-opératoire

- Une chirurgie mi-invasive (pas de drainage ou de sonde en systématique);
- Des techniques anesthésiques ciblées;
- Une analgésie systématique multimodale en per-op et post-op (non morphiniques);
- Un geste chirurgical complété par des infiltrations analgésiques d'anesthésiques locaux;
- Une prévention du stress opératoire;
- Une prévention des Nausées-vomissements post-opératoire (NVPO).

► En post-opératoire

- Un lever et une réalimentation précoce (prévention des complications liées à l'alitement prolongé);
- Une prise en charge multimodale de la douleur (pas de perfusion, ni d'antalgiques *per os*).

En choisissant une prise en charge selon les principes de la RRPC, le patient devient acteur de son hospitalisation.

1.2.2 Les critères d'éligibilité

- S'appuyer sur les recommandations de la SFAR;
- Avoir un bon niveau de compréhension pour le patient : un patient coopérant et un entourage rassurant pour le retour à domicile sont des critères facilitant;
- Seuls les patients sous AVK et en ASA 3-4 ont été exclus dans un 1^{er} temps et les critères de sélection étaient les suivants : patient entrant en EJM (Entrant le jour même) et sortant à domicile.

Chapitre 3

« On en parle »

1.2.3 Les pré-requis pour la RRPC en hospitalisation conventionnelle

- ▶ La mise en place d'une consultation systématique avec une infirmière dédiée à ce type de prise en charge (entretien de 45 min) pour expliquer précisément au patient les principes et le parcours spécifique qu'il suivra et le guider;
- ▶ La réalisation des examens en externe avant l'intervention;
- ▶ L'appel de la veille et du lendemain de l'infirmière RRPC;
- ▶ L'organisation du retour à domicile à J2 avec un suivi infirmier libéral et une prescription de kinésithérapie obligatoire pour l'orthopédie.

1.3 Étapes de mises en œuvre

- ▶ Définir les services pilotes;
- ▶ Définir les critères d'éligibilité et les protocoles de prise en charge, idéalement créer les chemins cliniques;
- ▶ Valider le principe en instance;
- ▶ Formaliser les supports de communication pour les patients et pour les équipes;
- ▶ Recruter l'IDE de consultation RRPC.

1.4 Résultats

Après un démarrage en février 2015, les premiers résultats se sont fait sentir rapidement :

- ▶ Au bout de 3 mois tous les patients éligibles, en particulier d'orthopédie, de chirurgie bariatrique sous coelioscopie, de chirurgie colorectale sous coelioscopie, ont intégré le programme;
- ▶ Une diminution de la durée moyenne de séjour de moitié sur certaines pathologies, comme par exemple la prise en charge de la prothèse de hanche qui se fait en 3 jours au lieu de 6 auparavant;
- ▶ Une meilleure prise en charge du patient avec diminution des Nausées vomissements post-opératoire (NVPO) et de la douleur;
- ▶ Une satisfaction du patient qui bénéficie d'une prise en charge personnalisée et accompagnée et qui gagne en autonomie. Le patient qui a été pris en charge en RRPC n'a plus besoin de structure SSR à la sortie, sauf cas particulier;
- ▶ Un impact sur les modalités de prise en charge avec la réduction de 21 lits d'hospitalisation;
- ▶ Un impact organisationnel sur les ressources humaines à étudier notamment la nuit avec une surveillance post-opératoire plus simple.

Au vu des résultats positifs, un déploiement de la RRPC est à prévoir sur d'autres secteurs de chirurgie.

Il est prévu également de programmer des patients de chirurgie bariatrique en chirurgie ambulatoire. En effet, la clinique Sainte Marie a été retenue pour le projet de l'ARS IDF « Gestes innovants en chirurgie ambulatoire ».

1.5 Facteurs-clés de succès / écueils à éviter

Il s'agit d'un tel changement de méthodes, qu'il faut nécessairement que l'initiative de la RRPC vienne de l'équipe médicale et des anesthésistes. Si l'adhésion des praticiens a été forte, l'équipe paramédicale a été très perturbée par cette nouvelle prise en charge du patient qui a moins mal et est très autonome. Il a fallu expliquer aux équipes que les antalgiques sont systématiques même si le patient va bien.

Le rôle d'éducation de l'IDE de RRPC est primordial dans ce type de prise en charge :

« Il s'agit d'un vrai service client », l'IDE doit être convaincu de la démarche, être dans l'écoute, la réassurance, l'empathie. Il faut être très vigilant sur le suivi post-opératoire. Le patient est moins fatigué et a moins mal, pour autant il vient de subir une intervention et doit respecter certaines règles post-opératoires. Par ailleurs, l'IDE de RRPC a un rôle important de coordinateur entre l'équipe médicale et paramédicale, ainsi qu'en termes de gestion des séjours.

Enfin la mise en place d'une telle action doit être rapide, sur un trimestre tout au plus.

« Il s'agit d'un tel changement de méthode qu'on ne peut pas faire moitié-moitié, tous les patients éligibles doivent être pris en charge de la même manière »

2. Les urgences au Queen's Hospital de Londres, Royaume-Uni

Le constat de départ était un délai de 12 heures d'attente pour avoir accès à un lit d'hospitalisation en moyenne pour les patients, et un délai de 6 à 8 heures pour être vu par un praticien dans les services d'urgence du Royaume-Uni. Afin d'apporter des réponses, le *National Health Service* a fixé comme cible aux SAU, un temps d'attente maximum de 4h.

Cet indicateur ne pouvant constituer à lui seul la solution, un certain nombre de mesures ont été initiées, par exemple :

- ▶ Séparation des flux de patients en fonction de la gravité « mineure » et « majeure »;

Chapitre 3

« On en parle »

- ▶ Mise en place d'une « *Board Nurse* » aux urgences en relation avec la cellule de gestion des lits;
- ▶ Mise en place de pénalités financières en cas de non-respect du délai de prise en charge.

3. Le big-data australien pour anticiper les besoins en lits d'un établissement

3.1 Comment appliquer le principe du big-data à la gestion des lits ?

Le big-data se définit par des masses de données structurées et non-structurées, difficilement gérables avec des solutions classiques de stockage et de traitement¹. Ces données proviennent de sources diverses et sont (pour la plupart) produites en temps réel.

L'organisation fédérale pour la recherche scientifique et industrielle australienne (CSIRO) a développé un logiciel permettant aux hôpitaux du Queensland (état du nord-est de l'Australie) de prévoir le nombre de patients qui vont être pris en charge aux urgences, leurs besoins en termes de soins et de déterminer combien d'entre eux vont finalement être admis en hospitalisation. Ce logiciel présente un taux d'exactitude de 90 %.

3.2 Comment l'outil fonctionne ?

Cet outil, appelé « Patient Admission Prediction Tool (PAPT) », croise et analyse les données des services d'urgences, les données d'admissions d'hôpitaux, les bases de données des services d'ambulances et les données des services régionaux de santé, parfois jusqu'à dix ans en arrière. L'outil ne prédit donc pas uniquement combien de patients vont se présenter tel jour aux urgences. Il précise aussi les motifs de recours probables et les spécialités dans lesquelles risquent d'être admis les patients.

Les établissements peuvent ainsi prévoir les admissions et les taux d'occupation du SAU, du bloc et des services de soins pour les prochaines heures, jours et semaines, et adapter le cas échéant les besoins en lits et personnels. Les prédictions de l'outil sont destinées à différents publics : les équipes de direction, les responsables des parcours-patients, les gestionnaires de lits, les services d'urgences, les services de soins, les ambulanciers, les services de l'État...

L'outil est paramétré (fréquence, ergonomie,...) en fonction des besoins du public concerné et de l'organisation mise en place pour suivre ses orientations. Très concrètement, les établissements peuvent par exemple programmer les interventions pendant les périodes plus creuses en fonction des recommandations de l'outil. Pour les services d'urgences, l'outil leur permet de savoir combien de patients vont arriver dans les prochaines heures, et pour quels motifs. Certains établissements l'utilisent également pour élaborer leurs plannings sur les six prochains mois.

3.3 Quels sont les impacts ? (organisationnels, économiques)

L'analyse de ces données est particulièrement intéressante lors des fortes affluences (épidémie de gripes ou de gastroentérites, événements spéciaux comme la fin des examens scolaires, etc.) puisqu'elle permet de cibler quelles sont les populations touchées (âge, zone géographique,...) et de préparer l'ensemble du système de santé à apporter une réponse adaptée (besoins en lits, ambulanciers et services d'urgences, stocks de médicaments mais aussi campagnes de prévention etc.). L'outil est paramétré pour identifier le plus en amont possible les signaux d'un futur pic d'activité. Pour les patients, cela se traduit par des temps d'attente fortement réduits et pour les personnels des hôpitaux, des conditions de travail forcément moins stressantes.

Plus d'informations :

<https://publications.csiro.au/rpr/download?pid=csiro:EP131767&dsid=DS1>

https://www.youtube.com/watch?v=Sxk_4cs5Cbl

1 - Brasseur C. (2013), Enjeux et usages du big-data, ed. LAVOISIER, p. 30.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
AIDICA	Aide au dimensionnement capacitaire
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMO	Assurance maladie obligatoire
AP-HP	Assistance-publique hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignante
ASH	Agent de service hospitalier
BDE	Bureau des entrées
CH(U)	Centre hospitalier (universitaire)
CNUH	Conseil national de l'urgence hospitalière
CME	Commission médicale d'établissement
CR	Compte-rendu
DAF	Direction des affaires financières
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département de l'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DPI	Dossier patient informatisé
DPS	Durée prévisionnelle de séjour ou date prévisionnelle de sortie
DRH	Direction des ressources humaines
DSIO	Direction des systèmes d'information et d'organisation
DSIRMT	Direction des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes
EJM	Entrant le jour même
EMG	Équipe mobile gériatrique
ES	Établissement de santé
ETP	Équivalent temps plein
FEDORU	Fédération des observatoires régionaux des urgences
GAM	Gestion administrative des mouvements
GHM	Groupement homogène de malade
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GHS	Groupement homogène de séjour
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et compétences
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ	Hôpital de jour
HDS	Hôpital de semaine
HET	Hôpital en tension
ICARE	Infirmier coordinateur d'aval et de réseau
IDE	Infirmier diplômé d'état
IPDMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PM	Personnel médical
PMT	Plateau médicotechnique
PNM	Personnel non-médical

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
OPEERA	Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RQH	Régulateur de la qualité de l'hospitalisation
RRPC	Récupération rapide post-chirurgie
RRAC	Récupération rapide après chirurgie
RUM	Résumé d'unité médicale
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil des urgences
SFAR	Société française d'anesthésie et réanimation
SIH	Système d'information hospitalière
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SIIPS	Soins infirmiers individualisés à la personne soignée
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
SSR	Soins de suite et réadaptation
TO	Taux d'occupation
UAU	Unité d'aval des urgences
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UF	Unité fonctionnelle
UM	Unité médicale
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UNV	Unité neuro-vasculaire
USC	Unité de soins continus
USIC	Unité de soins intensifs cardiologiques
VSL	Véhicule sanitaire léger

Remerciements

L'équipe du programme national gestion des lits tient particulièrement à adresser ses sincères remerciements au Pr Pierre Carli, CHU Necker, président du CNUH, médecin chef du SAMU de Paris, pour son soutien tout au long du programme. Nos remerciements s'adressent également :

- Aux relecteurs de la publication :
 - ▶ **Dr Patrick Airaud**, chargé de mission, ARS Bretagne
 - ▶ **Christelle Coster**, cadre gestionnaire pôle médicotechnique cellule de gestion des lits, Centre Hospitalier d'Anancy Genevois (CHANGE)
 - ▶ **Colette Maya**, cadre de santé, cellule de gestion des lits et transports sanitaires, Centre Hospitalier d'Anancy Genevois (CHANGE)
 - ▶ **Georges Sanabré**, direction de l'offre de soins, CHU de Montpellier

- Aux professionnels de santé qui ont accepté de témoigner :
 - ▶ **Emmanuelle Arnoux**, directrice des soins infirmiers, Clinique Sainte Marie
 - ▶ **Sonia Nordey**, cadre de santé gestionnaire des flux et des parcours-patients, CHRD René Dubos de Pontoise
 - ▶ **Malika El Attar**, cadre supérieure de santé assurant des missions transversales pour la direction des soins dont la gestion des flux, CHRD René Dubos de Pontoise
 - ▶ **Mireille Robin**, régulateur de la qualité de l'hospitalisation (RQH), CH de Martigues

- À l'ensemble des membres des binômes des établissements accompagnés et qui ont largement contribué à enrichir la documentation opérationnelle sur la thématique gestion des lits.

- Au prestataire en charge de la capitalisation du programme : Kurt Salmon.

- Aux prestataires qui ont accompagné les binômes tout au long du programme : Adopale, Apave / Antares, Cerclh / GE, Perspective, et Referis.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Gestion des lits vers une nouvelle organisation - Tome 2 - Mise en œuvre et bilan © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Mai 2016

L'organisation du séjour
du patient au sein de l'hôpital
est un projet transversal
qui mobilise l'ensemble des
professionnels. L'optimisation
de la gestion des lits en est
une composante essentielle.

Cette publication propose une démarche « clés
en main » pour mettre en œuvre une démarche
d'optimisation de la gestion des lits en établissement.

