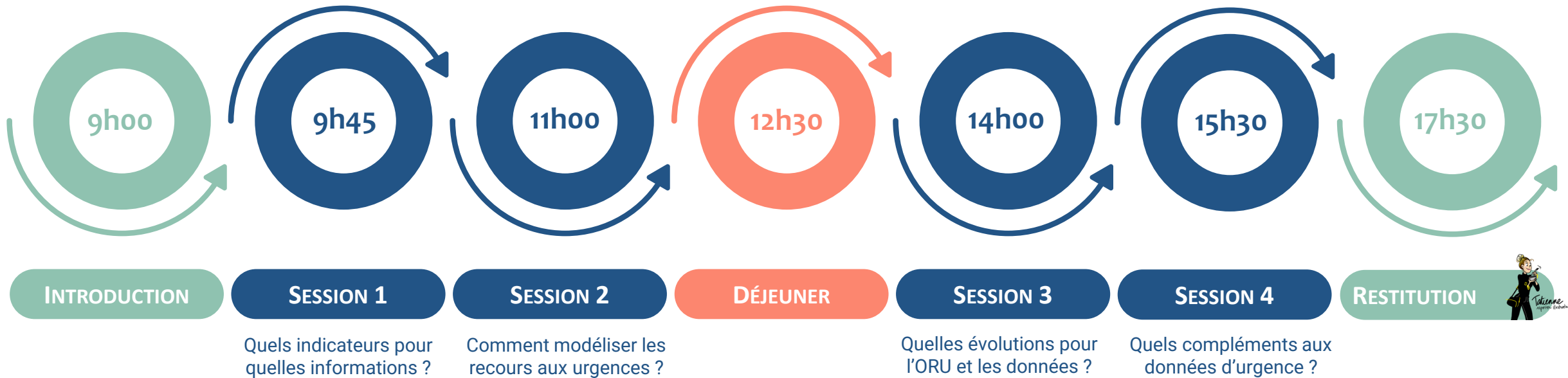




JOURNÉE RÉGIONALE DE L'ORU HAUTS-DE-FRANCE



JOURNÉE RÉGIONALE DE L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

19 Octobre 2023



Quels compléments aux données d'urgence ?

- *PMSI et chaînage patients*
Dr Jérôme Sicot, ORU HdF – CH de Boulogne-sur-Mer
- *Apport de la téléconsultation lors des reconvoctions*
Dr Emmanuelle Chavda & Dr Enrique Cordova, GHICL – ES Saint-Vincent de Paul
- *Bed-management : historique et perspectives*
Dr Patrick Mauriaucourt, ORU HdF – FEDORU
- *Quelle démarche régionale de gestion des lits ?*
Emmanuel Guilbert, ARS – DST & Dr Cécile Guitard, ARS – DOS

JOURNÉE RÉGIONALE DE
L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

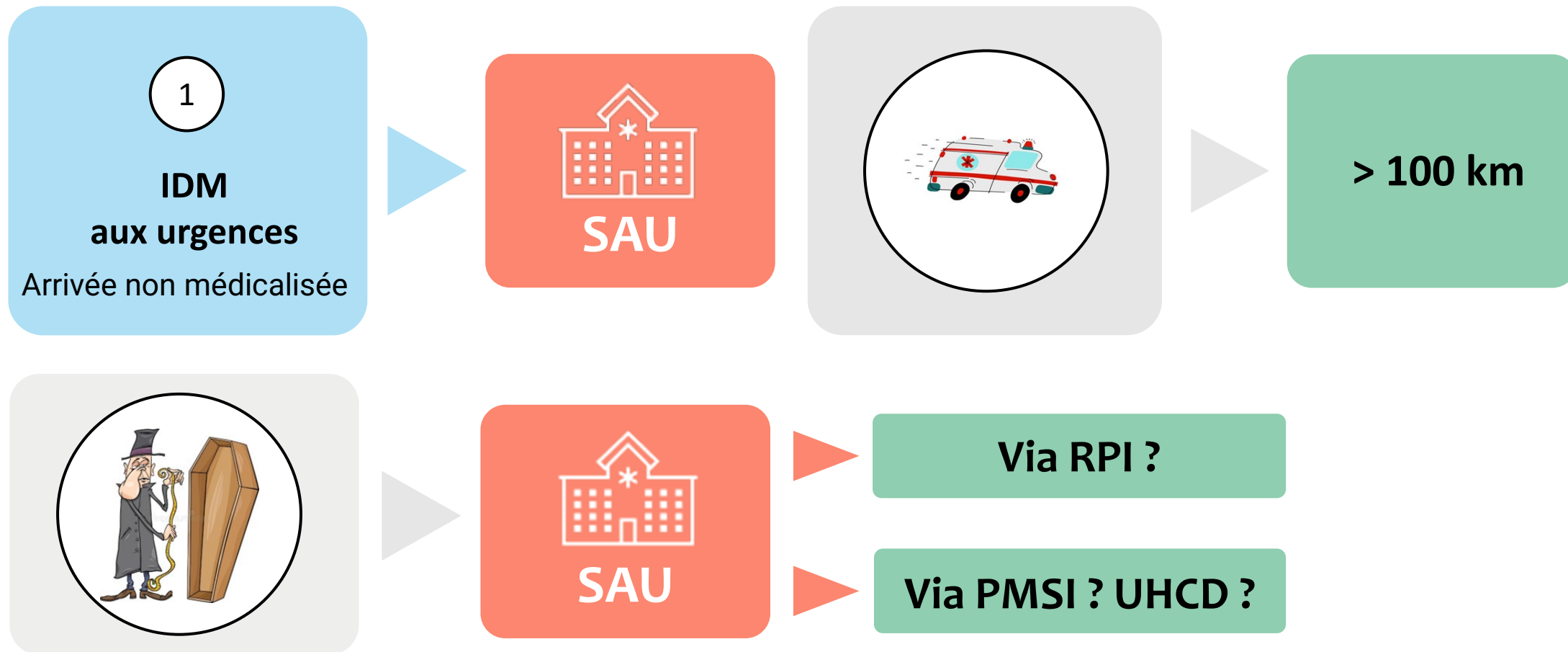
19 Octobre 2023



PMSI et chaînage patients

Dr Jérôme Sicot, ORU Hauts-de-France – CH de Boulogne-sur-Mer

Est-ce possible ?



Préambule (1/2)

Données issues de la GAM

Date (sans heure)
Code Géo
Age
....

Données PMSI Externe

Facturation
CCAM
NGAP
....

Données PMSI Hospitalisation

UHCD
Diagnostic, devenir,...
Clef chaînage PMSI

Chaque passage génère du PMSI



Chaque passage génère un RPU

Données issues de la GAM

Dates
identité
code postal
....

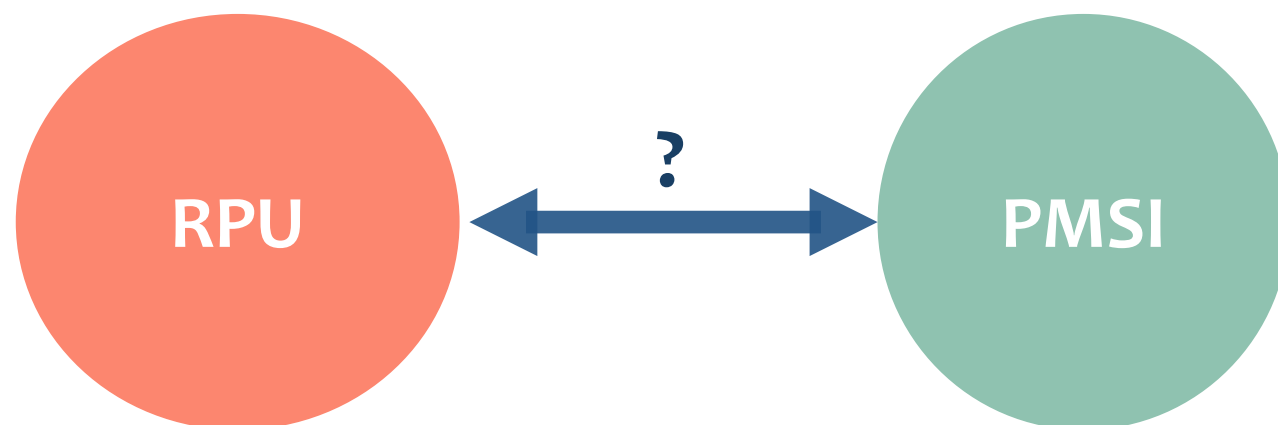
Données issues du logiciel urgences

Diagnostic
Actes
Décision médicale
....

Chaînage

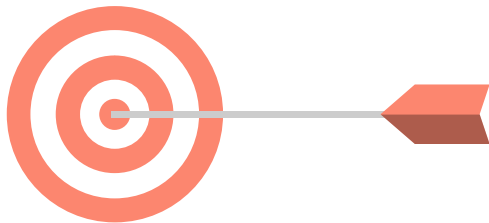


Préambule (2/2)

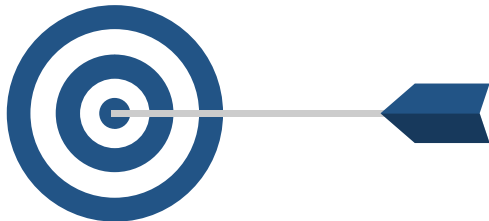


- Absence de lien fort entre RPU et PMSI
- RPU V3 et INS ?

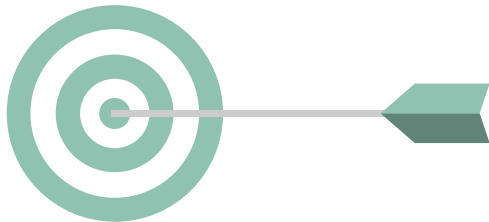
Quels intérêts ?



Suivi pathologies

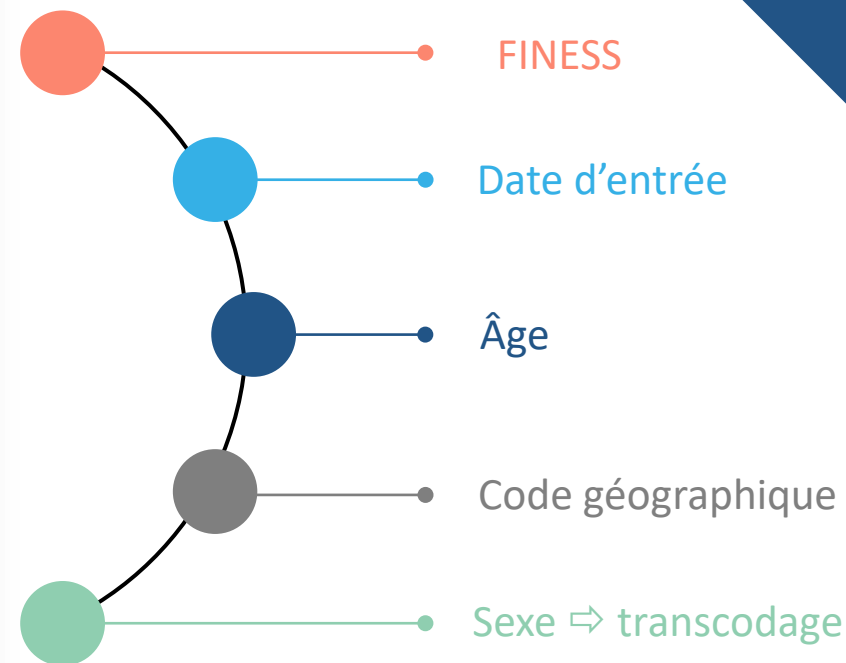
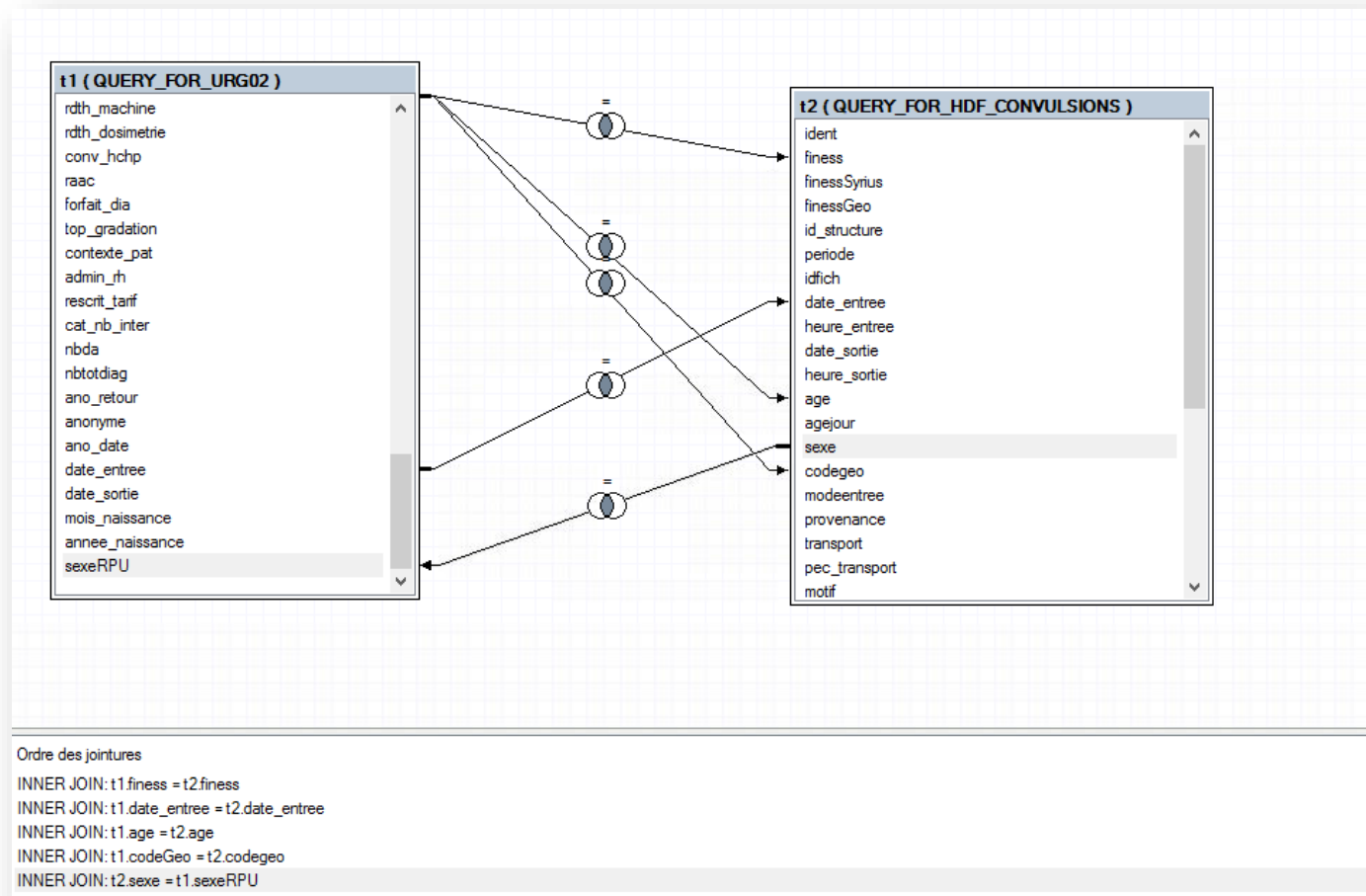


Parcours patients



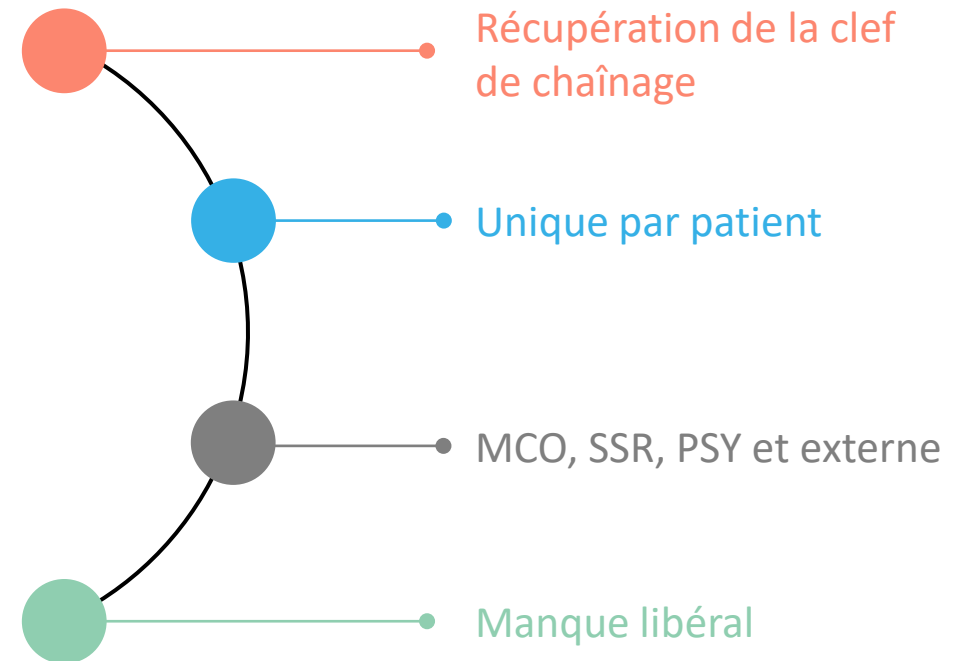
Mortalité aux urgences

En Pratique



But récupération clef chaînage

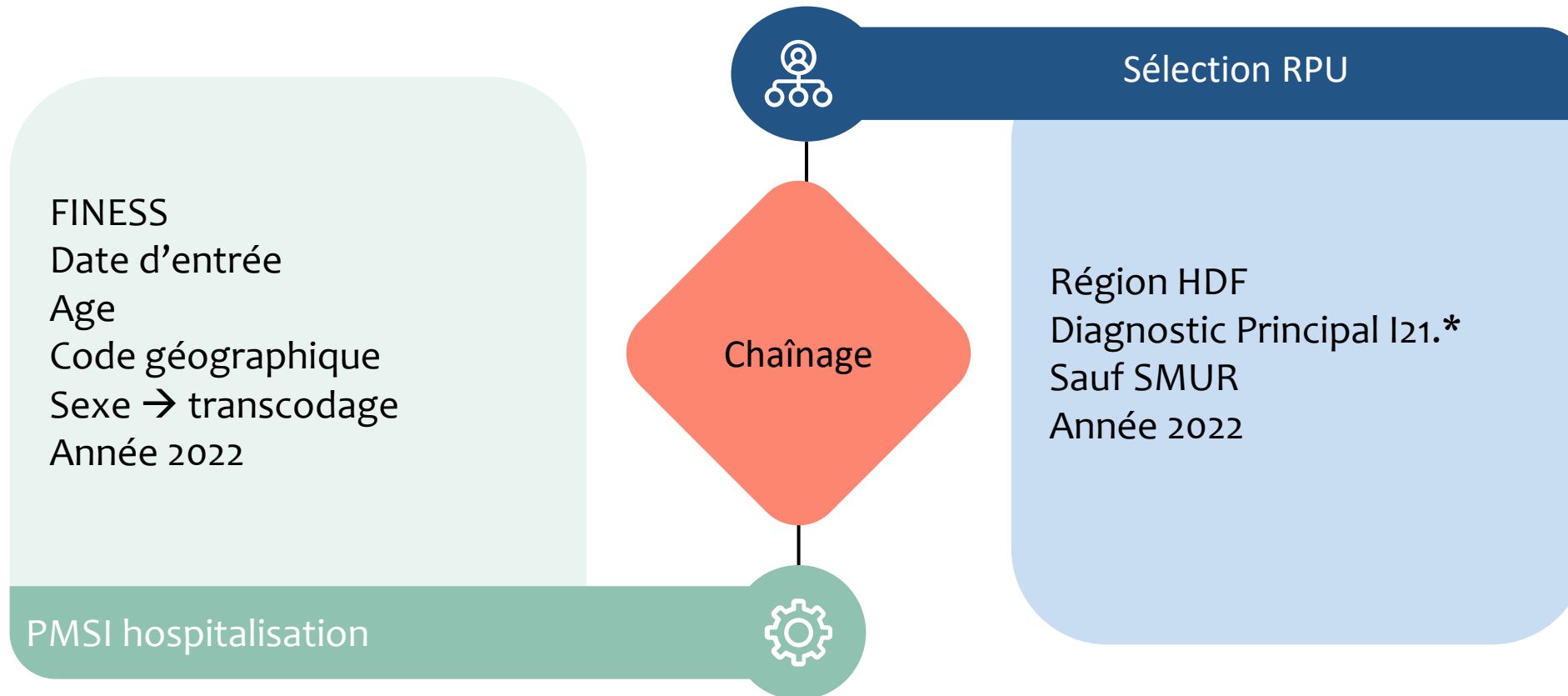
Nom de la colonne	Colonne source
ident (Clé de jointure)	t1.ident
finess (FINESS PMSI)	t1.finess
ghm2 (GHM GENRSA)	t1.ghm2
sexe (Sexe du patient)	t1.sexe
age (Age en années)	t1.age
anonyme (Clé de chaînage)	t1.anonyme
date_entree	t2.date_entree
date_entree1 (Date d'entrée du ...)	t1.date_entree
heure_entree	t2.heure_entree
motif	t2.motif
dp	t2.dp



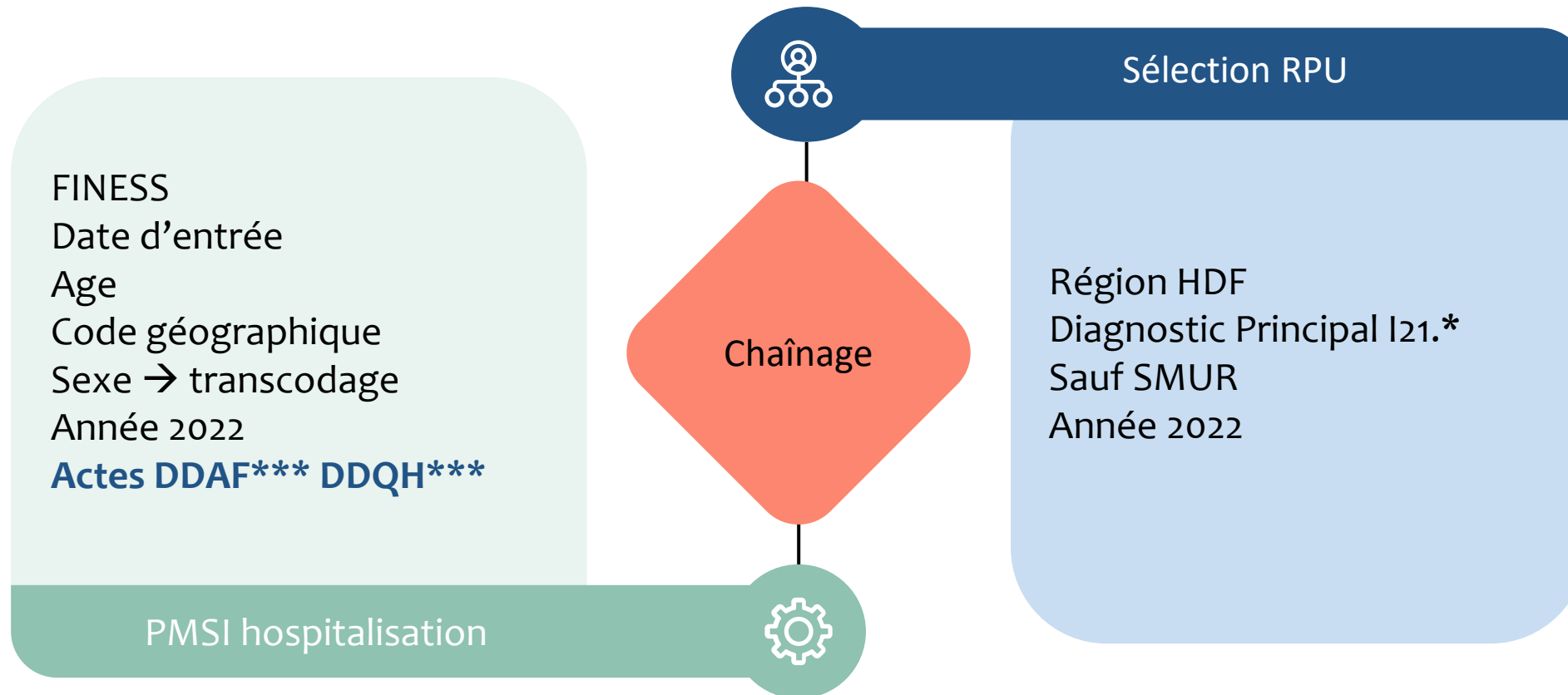


Exemples

Exemple IDM urgences + transfert coro/angio



Exemple IDM urgences + transfert coro/angio



Résultats

431

IDM non médicalisés ayant eu une coro/angioplastie

Département	Nombre SCA ST +	Incidence
59	221	0,085 ‰
62	81	0,057 ‰
80	36	0,063 ‰
02	43	0,081 ‰
60	50	0,060 ‰

Si plateau d'angioplastie sur site ?



Réponse

Département	Nombre SCA ST +	Transferts	% Transferts
59	221	84	38 %
62	81	42	52 %
80	36	6	17 %
02	43	12	28 %
60	50	3	6 %

147

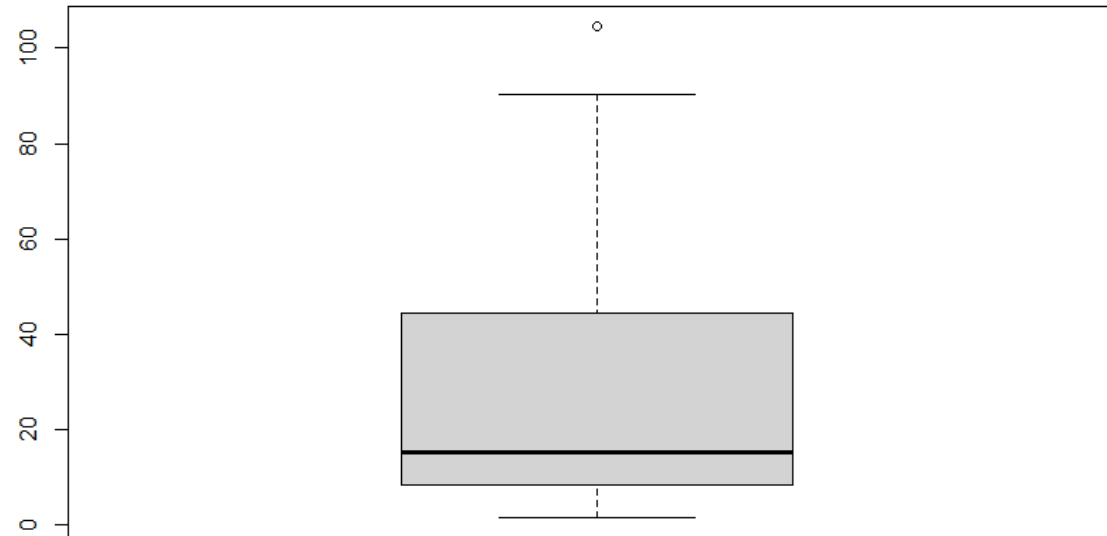
SCA ST+ ont nécessité un transfert

FINESS réalisation de l'acte est différent du FINESS des urgences



Les distances à parcourir (Km)

Min.	1 st Qu.	Median	Mean	3 rd Qu.	Max.
1.619	8.343	15.362	29.330	44.291	104.564



PMSI RPU et décès aux urgences

RPU

- Mode Sortie 9
- Hospitalisation --> Décès en UHCD

PMSI (UHCD)

- Mode sortie 9

Le PMSI autorise l'hospitalisation (UHCD) pour un décès



PMSI vs RPU décès aux urgences

Département	RPU	PMSI
59	420	1566
62	937	1156
80	278	464
02	208	439
60	157	404

Décembre 2022 - Décembre 2019 UHCD

Département	2022	2019
59	191	102
62	131	94
80	57	51
02	60	40
60	51	31



Conclusion

RPU et PMSI

Données complémentaires

Remontée rapide vs décalée (PMSI
M+1)

Intérêt chaînage → parcours patient /
devenir

JOURNÉE RÉGIONALE DE
L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

19 Octobre 2023



Apport de la téléconsultation lors des reconvoications

Dr Emmanuelle Chavda & Dr Enrique Cordova, GHICL – ES Saint-Vincent de Paul



Journée régionale ORU Hauts de France

Arras, 19 octobre 2023

Dr Emmanuelle CHAVDA, Dr Enrique CORDOVA

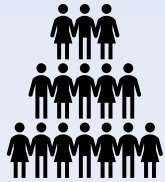
Téléconsultation
post-urgences

Etude PREPS



INTRODUCTION

Les urgences de Saint Vincent en quelques chiffres



55 000 passages par an

Capacité physique d'accueil montée de 18 000 à 36 000 entrées /an



15 urgentistes



3 lits de déchoquage, 12 box d'examen

1 salle de plâtre, 2 box de suture



7 lits d'hospitalisation de courte durée



TELE-SCOPE

Qu'est ce que c'est ?

1^{er} Dispositif de téléconsultation post-urgences



24h



Pourquoi TELE-SCOPE ?



Tensions

mortalité

Erreurs diagnostiques/thérapeutiques



Attente

Violences

Dégradation conditions de travail

Pourquoi TELLE SONT



mortalité

Erreurs diagnostiques/thérapeutiques

Prévalence

Violences

Dégradation conditions de travail



Pour quels patients ?

Certains patients CCMU 2-3 nécessitant une réévaluation médicale

Incertitude concernant l'évolution

Indication d'hospitalisation de courte durée le plus souvent

Exemples : douleurs d'étiologie indéterminée ou mal contrôlée

fièvre sans point d'appel

pathologie infectieuse ayant nécessité ou non l'introduction d'antibiotiques

CCMU = classification clinique des malades aux urgences

Qui reconvoquer en téléconsultation ?



**Douleur non
contrôlée
EN > 3**

OU

**Douleur
d'étiologie
indéterminée**



**Fièvre
Sans point
d'appel**

**Surveillance d'une
antibiothérapie**



Medaviz

The screenshot shows the Medaviz dashboard for a user named Enrique. The interface includes a dark sidebar with navigation options: Accueil, Patients, Équipe de soins, Consultations, Messages, Disponibilités, Comptabilité, and Documents. The main content area displays the user's name, a greeting, and a section for upcoming consultations (MES CONSULTATIONS J+8). Three consultation slots are shown for Friday, October 6, 2023, at 14H30, 14H45, and 15H00. Each slot includes a status indicator (e.g., PLANIFIÉE, NON INSCRIT) and a 'DÉMARRER' button. Below the consultations, a summary bar shows activity for October 2023, including revenue (0€) and the number of consultations (15). The bottom of the screen shows the Windows taskbar with various application icons and system information like temperature and time.

Appels vidéo

Appels téléphoniques

Ordonnances

Réception de documents

Objectifs

Pour le patient



- Améliorer l'efficacité diagnostique
- Diminuer les hospitalisations non pertinentes
- Diminuer le temps de prise en charge aux urgences
- Faciliter les hospitalisations directes
- Diminuer les complications d'hospitalisation aux urgences (infection nosocomiale, chutes, agitation) (Ferrari, 2013)
- Augmenter la confiance du patient dans l'institution

Objectifs

Pour le service



- Diminuer l'**encombrement** du service d'urgences
- Optimiser les **flux de patients** avec sorties rapides
- **Optimiser l'orientation** vers la bonne filière de soin
- Augmenter le nombre de **lits disponibles** libérés par les hospitalisations non pertinentes
- Diminuer les **hébergements inappropriés** dans d'autres services
- Diminuer les **transferts** vers d'autres hôpitaux
- Diminuer le nombre de **procédures judiciaires** à l'encontre du service

Objectifs

Pour la collectivité



- Diminution des **coûts** dus
 - - aux hospitalisations évitables
 - - à la répétition d'examens complémentaires redondants
 - - aux transport sanitaires
 - - aux complications des hospitalisations
- **Soulager les médecins de ville** de re-consultations évitables



LA THESE

Travail personnel



Evaluation du dispositif TELE-SCOPE

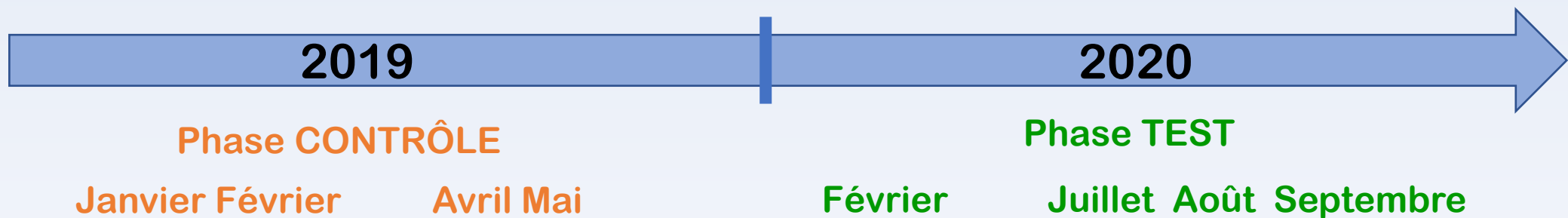
Selon le modèle MAST

5 Objectifs

METHODE

Etude

Prospective / comparative / sur 2 périodes de 4 mois



1- Evaluation prospective de l'efficacité clinique

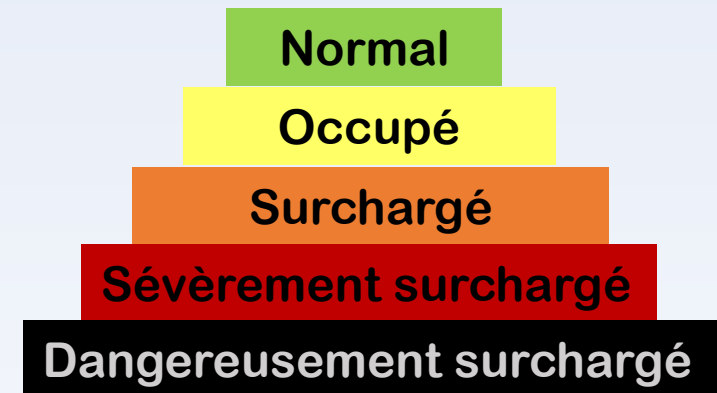
Comparaison du niveau d'encombrement au SAU

Score NEDOCS

Score composite

Calculé toutes les heures

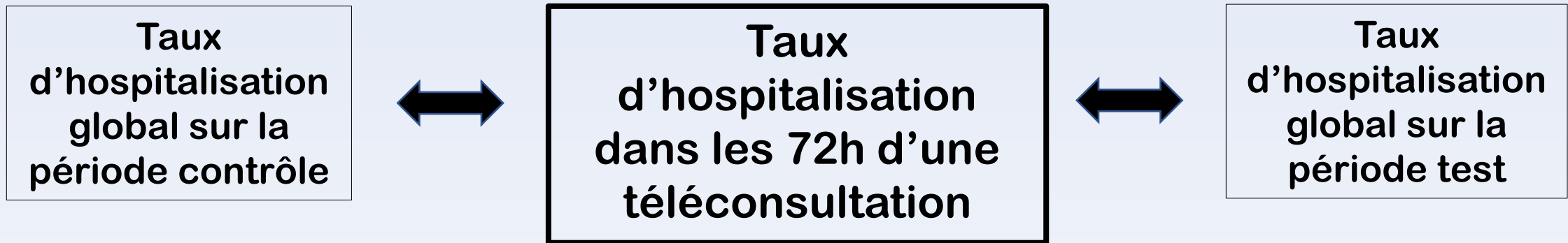
Résultat sous forme d'échelle



2- Evaluation de la sécurité de la technologie utilisée

Comparaison des taux d'hospitalisation

La procédure de téléconsultation peut-elle compromettre la sécurité des patients ?



Reflet de l'adéquation entre les critères d'éligibilité théoriques en téléconsultation et le recrutement réel des patients

3- Evaluation des bénéfices pour les patients

Evaluation de la satisfaction des patients à J15



Questionnaires de
satisfaction



4- Evaluation organisationnelle

Comparaison des durées moyennes de passage (DMP)

La reconvoction en téléconsultation réduit-elle la durée de présence au SAU ?

DMP



4- Evaluation organisationnelle

Evaluation avant/après de la perception de l'encombrement par le personnel des urgences

Questionnaire à destination du personnel

*Niveau de tension
le jour ? La nuit ?*

*Pour ou contre le développement
de TELE-SCOPE ?*

*La téléconsultation
une solution ?*

5- Evaluation de l'aspect légal

Comparaison du nombre de plaintes Grief de contestation diagnostique ou de prise en charge

Nombre de réclamations
et poursuites contentieuses

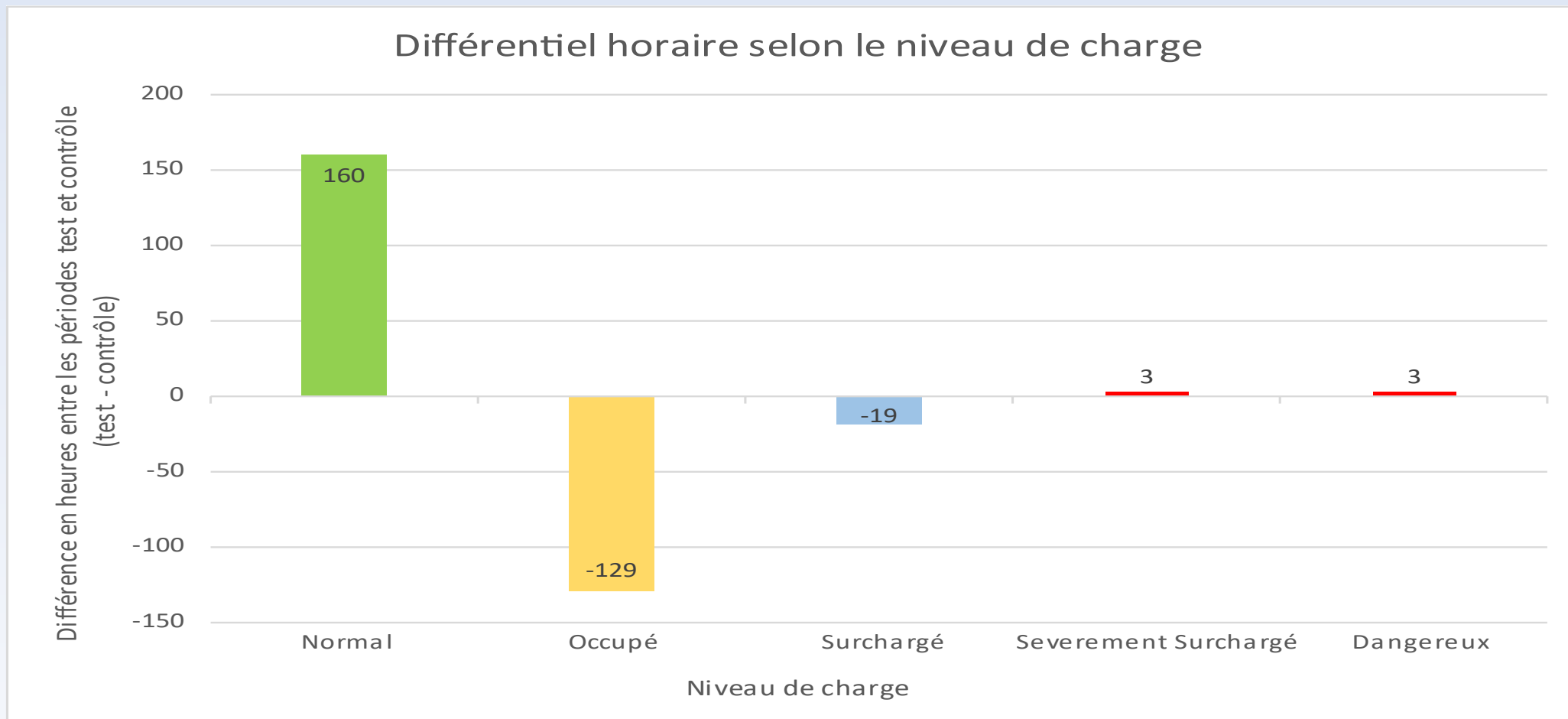
Avant



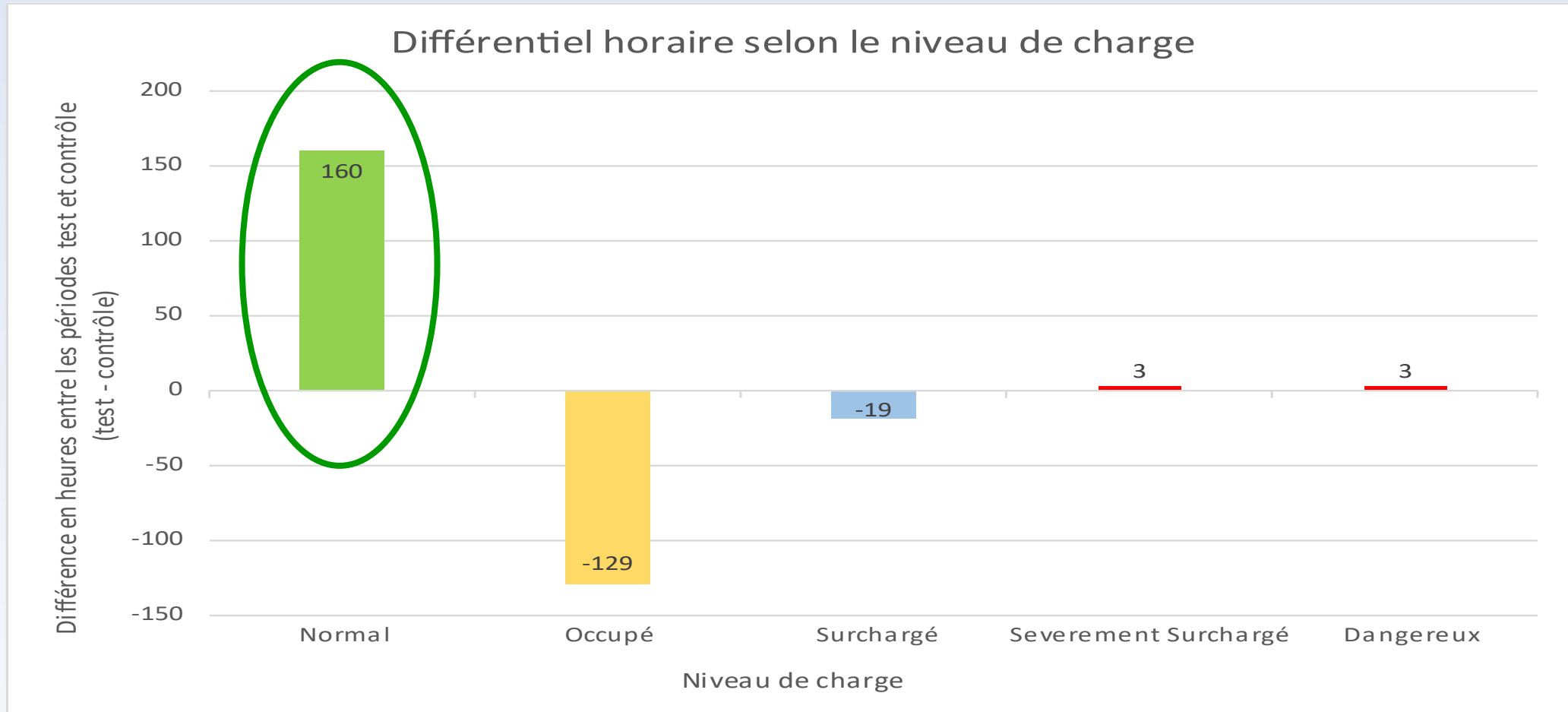
Après

RESULTATS

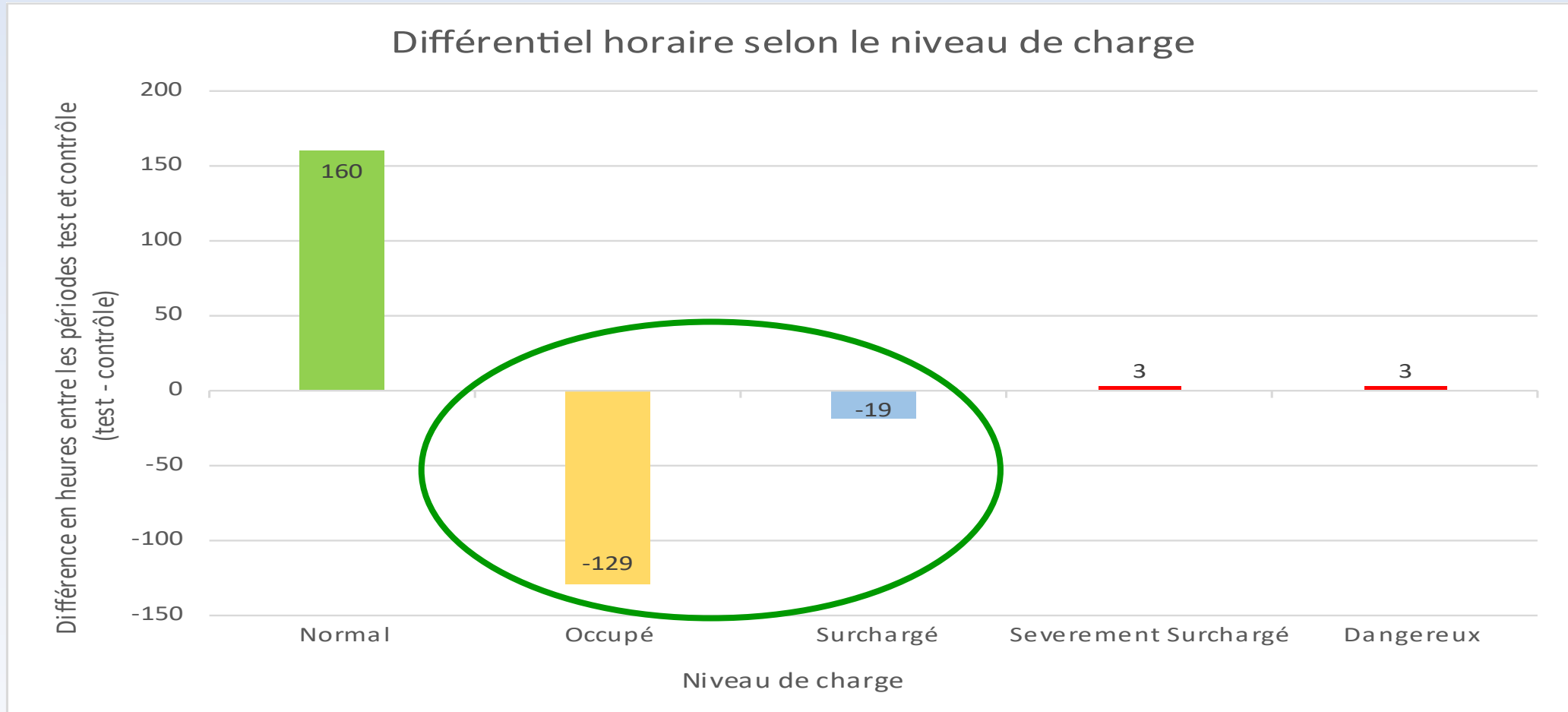
1- Encombrement et score NEDOCS



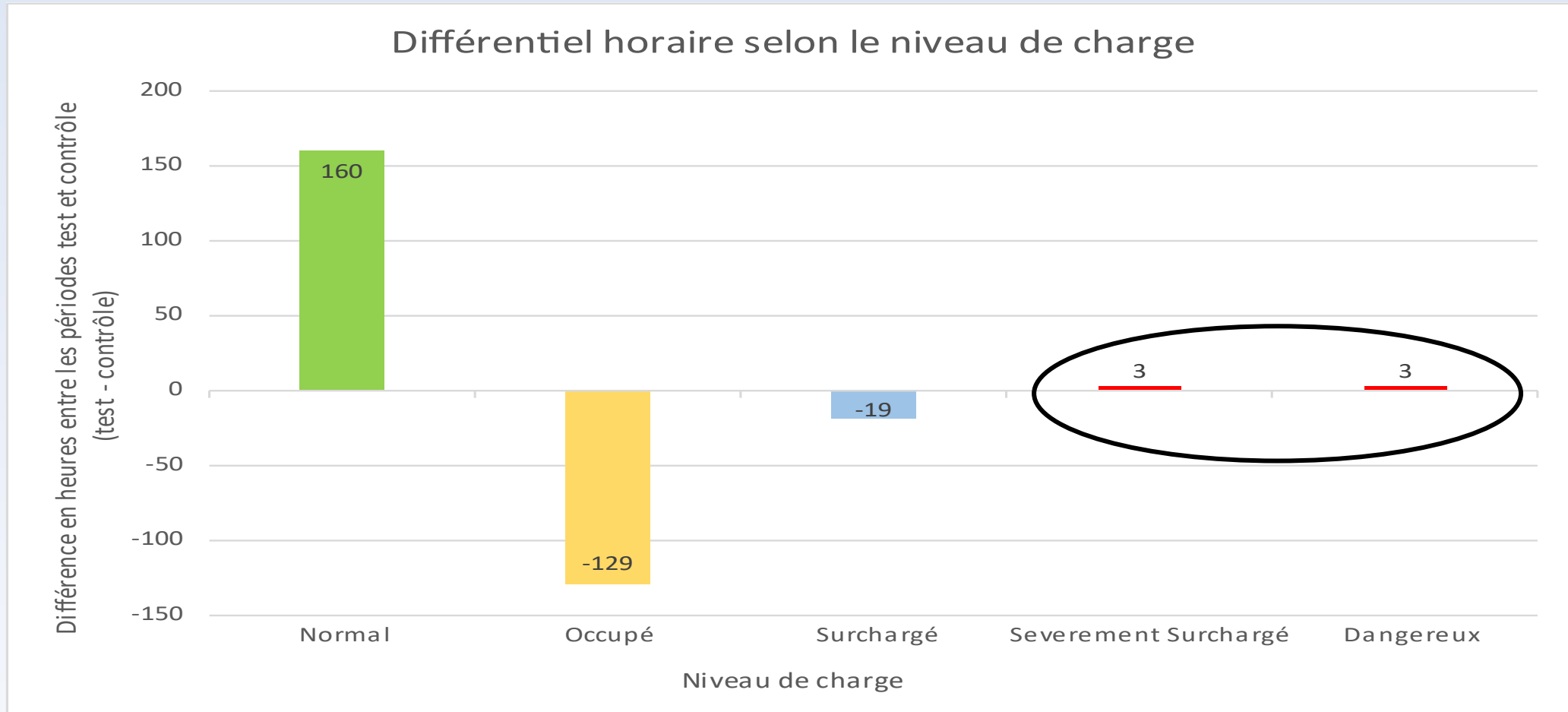
1- Encombrement et score NEDOCS



1- Encombrement et score NEDOCS



1- Encombrement et score NEDOCS



2- Comparaison des taux d'hospitalisation

Variable	Nombre total de passages	Nombre de patients non hospitalisés	Nombre d'hospitalisations	Taux d'hospitalisation (%)
Période contrôle	13201	9782	3419	25.9 %
Période test				
Sans téléconsultation	12654	9384	3270	25.5 %
Téléconsultations	162	152	10	6.2 %
Population totale	12816	9536	3280	25.6 %

Différence significative

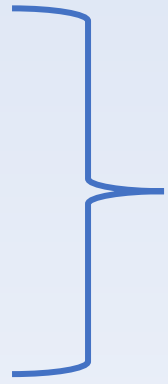
2- Comparaison des taux d'hospitalisation

Variable	Nombre total de passages	Nombre de patients non hospitalisés	Nombre d'hospitalisations	Taux d'hospitalisation (%)
Période contrôle	13201	9782	3419	25.9 %
Période test				
Sans téléconsultation	12654	9384	3270	25.5 %
Téléconsultations	162	152	10	6.2 %
Population totale	12816	9536	3280	25.6 %

Hospitalisations évitées sur 4 mois

Soit 9,5 par semaine

3- Questionnaires patients



91,8 %

Prêt à reconsulter en téléconsultation ?



Oui = 87,3 %



4- Comparaison des durées moyennes de passage



+ 87 minutes pour les Patients reconvoqués en téléconsultation

+ 31 minutes pour tous les patients

5- Questionnaires à destination du personnel

Items du questionnaire		Pré-test	Post-test
n		80	76
Concernant le niveau d'occupation du SAU, vous diriez qu'en moyenne en journée le SAU est :	<i>Non encombré</i>	2 (2.6%)	5 (6.7%)
	<i>Encombré</i>	15 (19.5%)	20 (26.7%)
	<i>Très encombré mais non surpeuplé</i>	20 (26%)	26 (34.7%)
	<i>Surpeuplé</i>	23 (29.9%)	17 (22.7%)
	<i>Gravement surpeuplé</i>	14 (18.2%)	5 (6.7%)
	<i>Dangereusement surpeuplé</i>	3 (3.9%)	2 (2.7%)
Concernant le niveau d'occupation du SAU, vous diriez qu'en moyenne la nuit le SAU est :	<i>Non encombré</i>	9 (12.2%)	21 (28%)
	<i>Encombré</i>	26 (35.1%)	26 (34.7%)
	<i>Très encombré mais non surpeuplé</i>	19 (25.7%)	15 (20%)
	<i>Surpeuplé</i>	15 (20.3%)	5 (6.7%)
	<i>Gravement surpeuplé</i>	5 (6.8%)	3 (4%)
	<i>Dangereusement surpeuplé</i>	0 (0%)	5 (6.7%)

5- Questionnaires à destination du personnel

Pensez-vous que la télémédecine puisse être une solution à l'encombrement dans notre service d'urgence ?	<i>Non</i>	3 (3.8%)	2 (2.7%)
	<i>Oui</i>	55 (68.8%)	63 (86.3%)
	<i>Ne sais pas</i>	22 (27.5%)	8 (11%)
Seriez-vous favorable au développement de la télémédecine dans le service des urgences de St Vincent de Paul ?	<i>Non</i>	2 (2.5%)	1 (1.4%)
	<i>Oui</i>	67 (83.8%)	70 (95.9%)
	<i>Ne sais pas</i>	11 (13.8%)	2 (2.7%)

6- Comparaison du nombre de plaintes

AVANT la mise en place de la téléconsultation
2019

APRES la mise en place de la téléconsultation
2020

5 réclama
2 dossiers contentieux

3 réclamations
4 dossiers contentieux

Aucune contre TELESCOPE



Biais

Données manquantes

Concerne uniquement les questionnaires patient

Crise pandémique COVID

Décalage des périodes d'étude

Baisse de la fréquentation

Modification des motifs d'entrée

Agrandissement du service

Pendant la phase test

Accéléré par la crise COVID
+5 box d'examen
+1 lits de déchocage
11 places d'attente



CONCLUSION

TELESCOPE *c'est ...*

Un outil sûr pour l'utilisateur

Une réduction de l'encombrement

Des patients satisfaits

Un dispositif soutenu par l'équipe professionnelle

Donc... on continue !



ETUDE PREPS

PREPS = Programme de recherche sur la performance du système de soins

**étude prospective,
multicentrique,
randomisée,
contrôlée,
ouverte,
en grappes,
avec permutations séquentielles
(« stepped wedge cluster study »).**

Etude multicentrique

- 1 Bichât**
- 2 Beaujon**
- 3 Lariboisière**
- 4 St Louis**
- 5 CHU Lille**
- 6 CH Douai**
- 7 St Vincent de Paul**

	mois																	
centre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention
2	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention
3	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention
4	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention
5	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention	intervention
6	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention	intervention	intervention
7	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	contrôle	transition	transition	intervention	intervention

Stepped wedge cluster

Merci de votre attention

Références



Photo : Baziz CHIBANE, La voix du Nord



Journal 20 minutes Rennes, collectif interurgences
<https://www.20minutes.fr/rennes/2905371-20201110-video-rennes-surcharge-victime-violences-personnel-urgences-devoile-quotidien-clip>

JOURNÉE RÉGIONALE DE
L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

19 Octobre 2023



Bed-management : historique et perspectives

Dr Patrick Mauriaucourt, ORU Hauts-de-France – FEDORU

Rapport Pr CARLI 2013

Dispositif soutenu par l'ensemble des professionnels médicaux sous la direction **conjointe** du DG et du PCME

Indépendance entre la cellule de gestion des lits et le SU
Implication de **TOUT** l'hôpital

Activités programmées et **NON** programmées



Congrès SFMU 2014

La gestion au niveau
stratégique

À long terme

La gestion tactique à
moyen terme

Planning des
admissions

La gestion opérationnelle
à court terme

Affectation des patients

La gestion par
spécialité

La cellule
d'ordonnancement

Au plus proche des
instances décisionnaires
pour légitimité



Chapitre **92**

Gestion des lits

O. HUAULMÉ

Rapport sénatorial 2017

Généraliser la fonction de bed manager

Travailler à l'échelon territorial

Trois axes d'évolution des pratiques quotidiennes

Développer une approche fondée sur parcours patient

Accentuer la PEC patients tournée vers prévision et anticipation

Renforcer communication et collaboration intra et extra hospitalière

EHESP 2019



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2019 –

**« BED MANAGER : MISSION, PROFIL ET
ACTIVITE ? »**

Les lits

Bed manger ou gestionnaire de lit

Triple finalité

- ✓ Fluidifier la gestion des lits
- ✓ Réduire le temps d'attente aux urgences
- ✓ Réduire la DMS



Facteurs de réussite

- Adhésion de l'ensemble des professionnels de l'ES
- Soutien de la direction et stratégie de l'ES
- Spécificité des lits d'aval
- Adaptation du profil de BM à l'établissement

Mais des freins...

Humains par l'absence =

- ✓ d'effectif dédié
- ✓ de reconnaissance de la fonction de l'agent
- ✓ d'implication de l'ES

Opérationnels par l'absence de =

- ❖ Moyens matériels mis à dispo
- ❖ Bureau dédié
- ❖ Périmètre des services impliqués



Cour des comptes 2019

SU = Fonction clé dans la PEC des soins non programmés

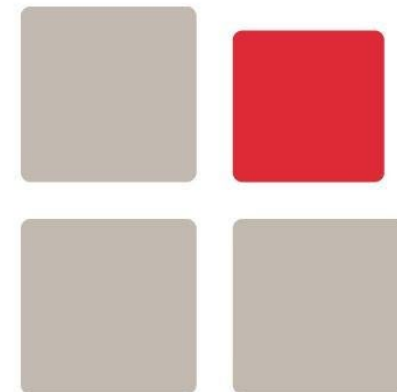
Surcharge des SU >> temps d'attente important pour les patients

Nécessité d'avoir des données fiables et homogènes (RPU)

EURASANTE

Urgences et gestion des flux

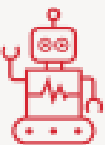
« le défi du Dr Goldstein autour de la disponibilité en temps réel des lits »



eurasanté

Entreprendre et Réussir

Les fonctionnalités de l'outil rêvé?



100% Automatisé: pas intervention humaine / Zéro erreur



Ultra ergonomique: simple, interface disponible sur tous types de terminaux, visualisation dynamique



Intelligent et bienveillant: prédiction des flux, gestion des priorités, classification des entrées, capables de prendre les bonnes décisions



Connecté à son environnement: interopérable par nature avec l'environnement externe et interne



Simple et autonome et collaboratif: participatif, notion de communauté citoyenne participative

IGAS 2022

The slide features three horizontal green bars, one above each text block. In the bottom-left corner, there are decorative geometric shapes: a dark blue triangle pointing right, a light green triangle pointing left, and a red triangle pointing right.

Mettre en place la gestion territoriale des lits d'aval et les gestionnaires de lits H24

Rappel de l'obligation de mise en place des gestionnaires de lits dans tout ES disposant d'un SU

Développement des modèles prédictifs de besoin des lits

ANAP

L'Anap met à disposition une démarche « clés en main » pour initier un projet d'optimisation de la gestion des lits dans un ES.

Elle repose sur des éléments méthodologiques de gestion de projet et des outils opérationnels (aide à l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan d'actions).

GESTION TERRITORIALE DES LITS

Panorama des solutions
numériques du marché



Quel constat aujourd'hui ?

Coté ES = organisations peu matures, outils de GDL pas systématique

Peu de bed manager ou d'organisations ad hoc

Des outils de pilotage existants mais peu connus et utilisés

Dispo des lits, BJML ...

Constat coté Bed manager

Quand il y en a ..

Poste isolé soumis à de fortes tensions et d'agressivités

Amplitude horaire limitée

Pas de rôle clair



Présentation aux départements d'Occitanie

COORDINATION TERRITORIALE DE GESTION DES LITS



LE DISPOSITIF



Les principes fondateurs

Un dispositif **harmonisé** sur la région Occitanie

Une **équipe** de coordonnateurs intégré à l'ORU, organisme neutre

Un découpage **territorial** par secteur géographique



3 coordonnateurs territoriaux par secteur géographique

Alain Desbouchages
Coordonnateur Régional
des soins urgents
et non programmés



ANIMATEUR RÉGIONAL ORU
Intégré à l'ORU avec une mission à TP
Informe, Forme, Coordonne
Anime les réunions régionales de BMT
Participe aux cellules stratégiques
Interlocuteur ARS Siège



LES COORDONNATEURS DE TERRITOIRE
ETP Intégrés à l'ORU

Animent les cellules opérationnelles
Coordonnent les BM d'établissements
Font le lien avec l'ensemble des acteurs de coordination
Anticipent les situations de tensions



LES BED MANAGER D'ETABLISSEMENT
ou de GHT

S'assurent de la transmissions des données de
l'établissement
Font remonter les problématiques de terrain
Détecent de manière précoce les difficultés

Indice de maturité – Gestion des lits

La FEDORU, en lien avec l'ORU Occitanie, s'est doté d'un outil concret, auto-évaluatif, à destination des établissements sanitaires et médico sociaux

Objectifs

se situer dans leur gestion du Bed Management

identifier facilement les leviers d'action



Les indicateurs du score

Bed Manager	+++	Existence de la fonction de Bed Manager pour l'activité non programmée dans l'établissement
	++	Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales
	++	Présence de la fonction BM
	++	Connaissance par le BM des entrées programmées du lendemain (0 ou 4)
	++	Existence de la fonction de Bed Manager au niveau du territoire
	+++	Existence d'une commission des admissions non programmées (ou équivalent)
	++	Commission prenant en compte l'activité programmée (0 ou 4)
Pilotage	+++	Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML ou équivalent
	++	Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire
	++	Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour (0 ou 4)
	+	Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension
	+	Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire
Outils	+++	Outil de visualisation de la disponibilité en lits dans l'établissement
	++	Fréquence d'actualisation de l'outil de visualisation de la disponibilité des lits
	++	Utilisation de l'outil par les médecins
Leviers Internes	++	Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire
	+	Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)
	+	Existence d'un salon de sortie
	+	Créneau de sorties d'hospitalisation
	+	Anticipation des sorties d'hospitalisation
	+	Organisation du ménage
Leviers Parcours	+	Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville
	+	Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)
	+	Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités
	+	Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)
	+	Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, MAIA...) lorsque nécessaire
	+	Existence de conventions avec les SMR (ex SSR)
Procédures	++	Existence d'une procédure de règles d'hébergement
	++	Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)
	+	Existence d'un listing des actions à mettre en place en cas de tension
	+	Formalisation du circuit de l'information et de communication
	+	Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)
	+	Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences
	+	Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD
	+	Existence d'une procédure de gestion des bed blockers
	+	Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires

JOURNÉE RÉGIONALE DE
L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

19 Octobre 2023



Quelle démarche régionale de gestion des lits ?

Emmanuel Guilbert, ARS – DST & Dr Cécile Guitard, ARS – DOS



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Bed management (BM)
Stratégie régionale ARS Hauts-de-France

Journée régionale ORU - 18/10/2023
Dr Cécile Guitard/Emmanuel Guilbert

Le BM – fondamentaux

- avoir la maîtrise des parcours des patients au sein d'un établissement de santé ou d'un territoire, pour mieux intégrer :
 - les demandes d'admission programmées et non programmées ;
 - le parcours global du patient : gestion des lits recours (FSC), programmation de bloc, sortie/transfert...
 - le développement de l'ambulatoire.
 - la gestion des périodes de tension d'activité

↔ **optimiser la gestion du capacitaire**

↔ **prévoir** la place donnée aux alternatives à l'hospitalisation complète, l'organisation de la programmation des séjours en lien avec les plateaux techniques, les interactions avec les partenaires d'aval...

↔ démarche de conduite de changement forte, au sein de l'établissement puis dans son territoire, s'appuyant obligatoirement sur une **équipe**, structurée et légitimée par la direction, puis sur un **outil** « de gestion des lits »

Le BM – dans quel contexte?

- constats dans les établissements de santé
 - fortes tensions sur les lits, les RH...pas uniquement dans les établissements sites d'urgence et pas uniquement saisonnier
 - nécessaire renforcement :
 - de la qualité des soins avec une fluidification du parcours patient («le patient au bon endroit, au bon moment et pour une juste durée»);
 - de l'amélioration des conditions de travail avec la limitation des tâches à la recherche de lit permettant d'éviter les tensions au sein des équipes, d'anticiper les congés des personnels soignants et médicaux ;
 - de l'efficacité économique avec la diminution des journées d'hospitalisation non pertinentes, la diminution des transferts depuis les urgences par méconnaissances des ressources disponibles ou par faute de place, et l'ajustement des ressources à l'activité.
- instructions DGOS du 14 décembre 2021 et du 26 juin 2023 => mise en place d'un dispositif de gestion des lits à l'échelle des établissements et des territoires
- principe (a priori) inscrit dans la révision des autorisations de la médecine d'urgence

Le BM – les références (1)

- évolutions de la notion de gestion des lits :

- Pierre Carli, *recommandations de bonnes pratiques facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgence*, rapport remis au Premier Ministre – septembre 2013

=> la gestion des lits relève de l'ensemble des services et plateaux techniques d'un établissement, de la prise en compte de l'activité programmée et non programmée

- Sénat, Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, *rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières* - juillet 2017

=> la gestion des lits doit concerner tous les établissements ET les établissements entre eux ; introduction de la notion de parcours patients sur un territoire

=> gestion centralisée et verticale ayant autorité sur l'affectation des lits ET découplage horizontal au sein de l'établissement permettant la solidarité entre services

- Cour des Comptes, rapport public annuel « *les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités* » - février 2019

=> la gestion des lits intègre également la place de la ville et de différents dispositifs spécifiques (personnes âgées, prise en charge à domicile, renforcement de l'ambulatoire...)

Le BM – en pratique (1)

- Facteurs clés
 - en amont de la constitution des cellules de BM, des **pré requis à consolider** :
 - un diagnostic partagé et un plan d'actions bien défini,
 - des pilotes identifiés et **légitimés** (trinôme médical-soignant-directeur ++),
 - une démarche de communication et de conduite du changement engagée
 - durant la démarche projet,
 - une feuille de route et des acteurs disposant d'un **soutien institutionnel**,
 - la prise en compte des bonnes pratiques existantes (à valoriser),
 - une réflexion sur l'adaptation/acquisition des outils ou du système d'information, en cohérence avec les cibles organisationnelles,
 - des **indicateurs de pilotage et de suivi** pré définis
 - à l'issue de la démarche projet (≈18 mois), cellule de BM « en routine »
 - maintien d'une **gouvernance** et d'un soutien institutionnel fort
 - assurer le maintien des compétences (formations ++) et des acquis
 - intégrer le suivi des indicateurs dans les pratiques, les instances, les bureaux de pôles...

Le BM – en pratique (2)

- Le BM, ce n'est donc pas juste :
 - l'identification aux urgences d'un référent gestionnaire de lits
 - l'acquisition d'un outil
 - le remplissage du ROR
 - la connaissance de son BJML non programmé
 - ...
- C'est bien l'affaire de tous,
 - intégrés dans une démarche institutionnelle
 - qui ne se construit pas en quelques semaines,
 - qui passe par une conduite de changement forte,
 - dont les actions prennent différentes formes en fonction des spécificités de chaque établissement et du territoire auquel il appartient.

Le BM – en région

Extrait de la charte de bed management éditée par l'ARS (déc 2022)

La cellule de bed management en routine

- *rattachement à la Direction Générale / Direction des Soins*
- *gouvernance et pilotage associant la direction, la CME et la Commission des Admissions Non Programmées*
- *intégration des modalités de fonctionnement dans les contrats de pôles et de services*
- *bilan semestriel devant l'instance de gouvernance et pilotage*
- *animation en routine : compétence paramédicale souhaitée*
- *fonctionnement en journée et le week end (H12 J7)*
- *missions (non exhaustives):*
 - *coordonne, en lien avec les services, les admissions non programmées et programmées (en incluant les entrées directes)*
 - *alimente et suit le capacitaire disponible à l'instant T, et prévisionnel (nécessite une visibilité des entrées programmées sur plusieurs jours)*
 - *s'assure du renseignement du ROR*
 - *contribue à la commission des admissions non programmées et au suivi des indicateurs de pilotage*
 - *participe, en tant que référent, aux réunions d'animation territoriales*

- **près de 6 M€** délégués aux établissements de santé publics et privés depuis fin 2020 pour accompagner les initiatives locales ou à l'échelle territoriale
 - 50% de ces dotations ont accompagné les projets relevant de coûts ponctuels (type investissements numériques ou conseil externe)
- **cibles de l'ARS HdF :**
 - la création exhaustive de cellules de gestion des lits/des patients dans les **établissements sièges de SU** opérationnel H24 ;
 - la création exhaustive des cellules **territoriales** opérationnelles (périmètre du TAS) ;
 - la visibilité **régionale** en consultation, par quiconque, de l'état des éventuelles tensions hospitalières

Le BM – perspectives régionales

- **organisation du pilotage de la thématique par l'agence**

=> compte tenu de la diversité de maturité en région, des spécificités de chaque territoire, et des enjeux importants pour les établissements, les patients et les tutelles :

- création d'une cellule projet intra ARS et identification d'un pilote - **depuis octobre 2023**
- **état des lieux** des dispositifs existants (**novembre 2023**) à partir de 3 sources :
 - enquête GIP (flux d'alimentation du ROR) => dead line 23/10
 - score de maturité FEDORU => coupe nationale le 15/10 mais plateforme toujours ouverte
 - bilan qualitatif des projets financés => dead line 25/10
- **identification des établissements/territoires à accompagner prioritairement** et des réussites à capitaliser – **décembre 2023**
- validation de la **feuille de route par Territoire d'Animation Sanitaire (TAS)** et lettre de mission auprès de référents locaux pour sa mise en œuvre – **janvier 2024**
- **évaluation** de la conduite de projets dans chaque TAS par la cellule projet de l'agence (soutien financier possible de l'Agence, des projets bien conduits) – **tout au long de 2024**

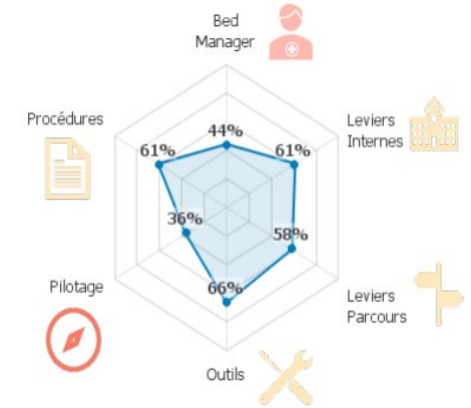
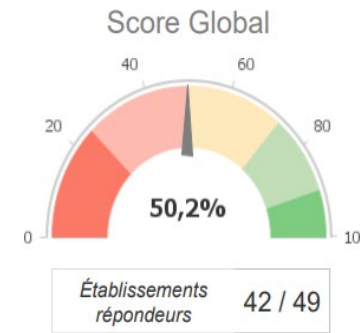
Le BM – calendrier

	sept-23	oct-23	nov-23	dec 2023	janv-24	févr-24
ARS	cadrage interne ARS		mise en œuvre opérationnelle de la cellule bed management			
					type d'accompagnement *	
			analyse projets AMI		● diagnostic régional	
			analyse quest GIP		● arbitrages sur actions et ETS prioritaires	
		analyse score maturité		● FDR/ ETS et TAS		
TAS			mep d'un BM territorial selon méthodologie retenue (*) +/- accompagnement par le GIP			
ETS	meo projets AMI		poursuite des travaux initiés en propre			
	questionnaire GIP					réajustement éventuel des travaux selon FDR
	score maturité Fedoru					

Le BM – Outil d'autoévaluation FEDORU

Récapitulatif par composante :

Composante	Pondération	Question
Bed Manager	+++	Existence de la fonction de Bed Manager pour l'activité non programmée dans l'établissement
	++	Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales
	++	Présence de la fonction BM
	++	Connaissance par le BM des entrées programmées du lendemain (0 ou 4)
	++	Existence de la fonction de Bed Manager au niveau du territoire
	+++	Existence d'une commission des admissions non programmées (ou équivalent)
	++	Commission prenant en compte l'activité programmée (0 ou 4)
Pilotage	+++	Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML ou équivalent
	++	Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire
	++	Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour (0 ou 4)
	+	Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension (0 ou 4)
	+	Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire
Outils	+++	Outil de visualisation de la disponibilité en lits dans l'établissement
	++	Fréquence d'actualisation de l'outil de visualisation de la disponibilité des lits
	++	Utilisation de l'outil par les médecins
Levier Interne	++	Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire
	+	Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)
	+	Existence d'un salon de sortie
	+	Créneau de sorties d'hospitalisation
	+	Anticipation des sorties d'hospitalisation
Levier Parcours	+	Organisation du ménage
	+	Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville
	+	Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)
	+	Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités
	+	Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)
Procédure	+	Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, MAIA...) lorsque nécessaire
	+	Existence de conventions avec les SMR (ex SSR)
	++	Existence d'une procédure de règles d'hébergement
	++	Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)
	+	Existence d'un listing des actions à mettre en place en cas de tension
	+	Formalisation du circuit de l'information et de communication
	+	Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)
	+	Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences
+	Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD	
+	Existence d'une procédure de gestion des bed blockers	
+	Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires	



Scores de Maturité par Département et Composante

HAUTS DE FRANCE	Dernière mise à jour il y a	Étab répondeurs	SCORE GLOBAL	Bed Manager	Leviers Internes	Leviers Parcours	Outils	Pilotage	Procédures
HAUTS DE FRANCE		42 / 49	50%	44%	61%	58%	66%	36%	61%
02 - AISNE	4j	7 / 7	39%	27%	56%	45%	61%	27%	54%
59 - NORD	1j	16 / 19	59%	51%	66%	67%	78%	48%	67%
60 - OISE	4j	4 / 6	48%	49%	43%	46%	65%	31%	42%
62 - PAS DE CALAIS	1j	10 / 11	56%	56%	65%	68%	65%	37%	68%
80 - SOMME	1j	5 / 6	28%	18%	55%	39%	39%	14%	49%



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Intitulé de la direction/service

POINT SUR LES OUTILS NUMÉRIQUES

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)

Le ROR Hauts-de-France, dont le déploiement dans chacune des 18 régions a été rendu obligatoire par l'instruction du 7 avril 2015, répertorie et décrit l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales qui constitue l'offre de santé de la région des Hauts-de-France.

Il a pour but d'optimiser l'orientation des patients vers l'établissement le plus adapté à leur prise en charge, au travers d'une connaissance optimisée de l'offre de soins et de son partage au niveau régional.

Le ROR est également l'outil régional de recherche de ressources, notamment en situation d'urgence. Il permet d'accéder aux ressources en lits de soins critiques notamment (installés, fermés et disponibles) dans les établissements de santé :

- **A ce jour**, les données de capacitaire et de disponibilité sont soit saisies manuellement par les établissements de santé, soit alimentées de manière automatisée (import des données) depuis les solutions de Gestion administratives des Malades (GAM) des établissements.

Le BM et le ROR

GESTION DES CAPACITÉS DISPONIBLES

Sanitaire
- 9 unités -

Médico-technique
- 0 unité -

Médico-social
- 0 unité -

Prévisionnel des fermetures

Tableau de bord

Affichage

Par établissement

Par discipline

Par pôle

Capacité prévisionnelle Oui

Détails unités

	Capacité disponible immédiate			Capacité prévisionnelle				Capacité opérationnelle			Notes	Mise à jour
				Total	Sortants jour J	Sortants jour J + 1	Réservés dans les 24H	Réservés à plus de 24H	Installés	Fermés		
Total	0	0	27	27	3	0	0	0	102	3	99	
DISCIPLINE : Réanimation médico-chirurgicale - 9 unités -	0	--	27	27	3	--	--	--	102	3	99	
Centre Hospitalier Arrondissement Montreuil	▲	--	--	1	1	--	--	--	8	0	8	
<u>Réanimation polyvalente</u>	--	--	1	1	--	--	--	--	8	0	8	16/10/2023 12:48
CENTRE HOSPITALIER DE CALAIS	▲	0	0	3	3	--	--	--	10	--	10	
<u>Réanimation polyvalente</u>	0	0	3	3	--	--	--	--	10	--	10	15/10/2023 17:21
CH ARRAS	▲	0	0	2	2	0	0	0	15	3	12	
<u>Réanimation polyvalente</u>	0	0	2	2	0	0	0	0	15	3	12	16/10/2023 17:02
CH BETHUNE	▲	0	0	5	5	--	--	--	16	--	16	
<u>Réanimation polyvalente</u>	0	0	0	0	--	--	--	--	11	--	11	16/10/2023 17:57

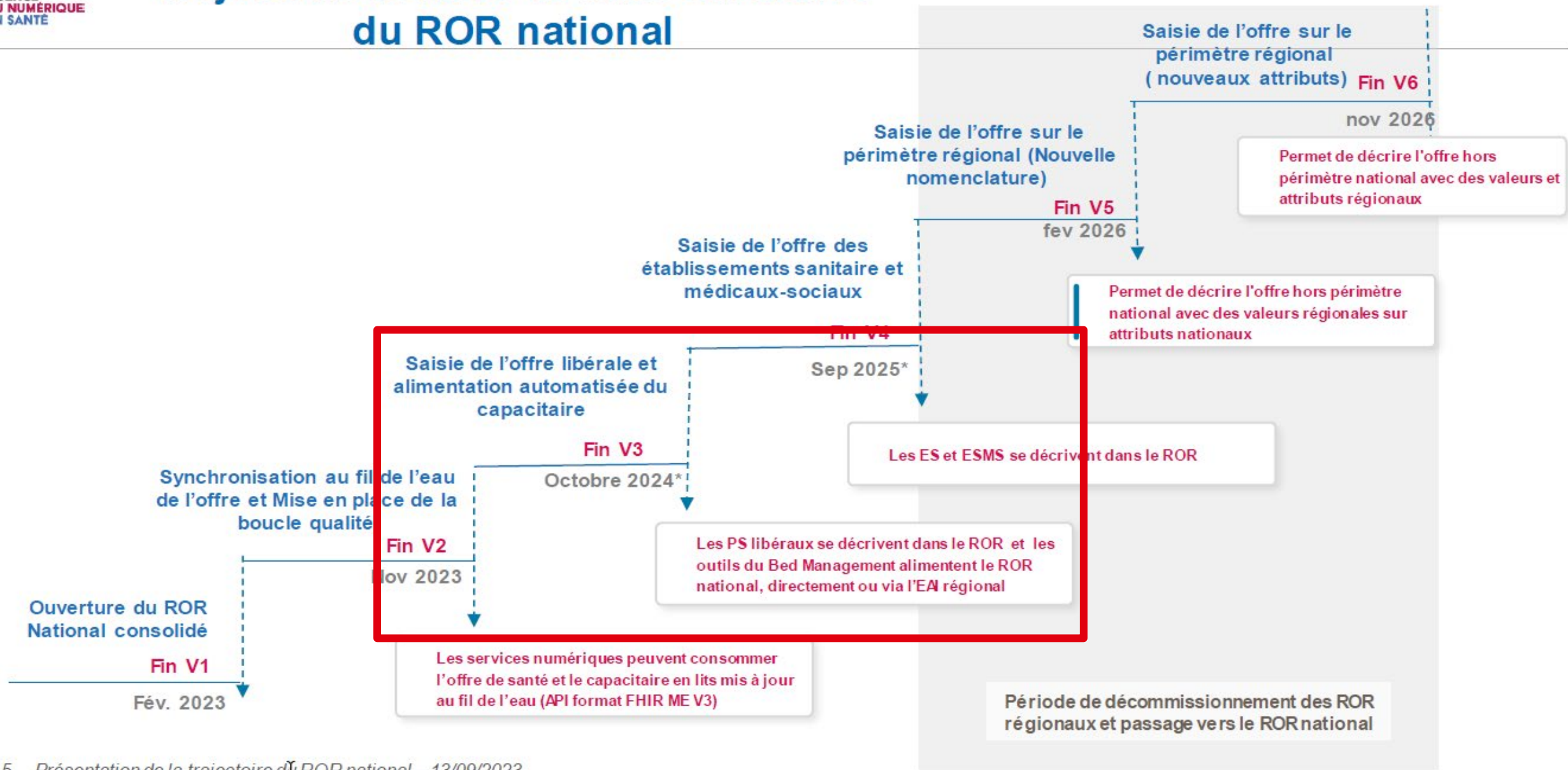
Une trajectoire progressive vers le ROR en tant que « Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social ».

- pilier de la stratégie nationale du numérique en santé en tant que **référentiel socle pour l'ensemble des autres services numériques**,
- en 2023, une instance nationale ROR consolide les offres décrites dans les ROR régionaux, et agrège les données capacitaires et de disponibilités des lits,
- à horizon 2026, les ROR régionaux seront remplacés par le ROR national.

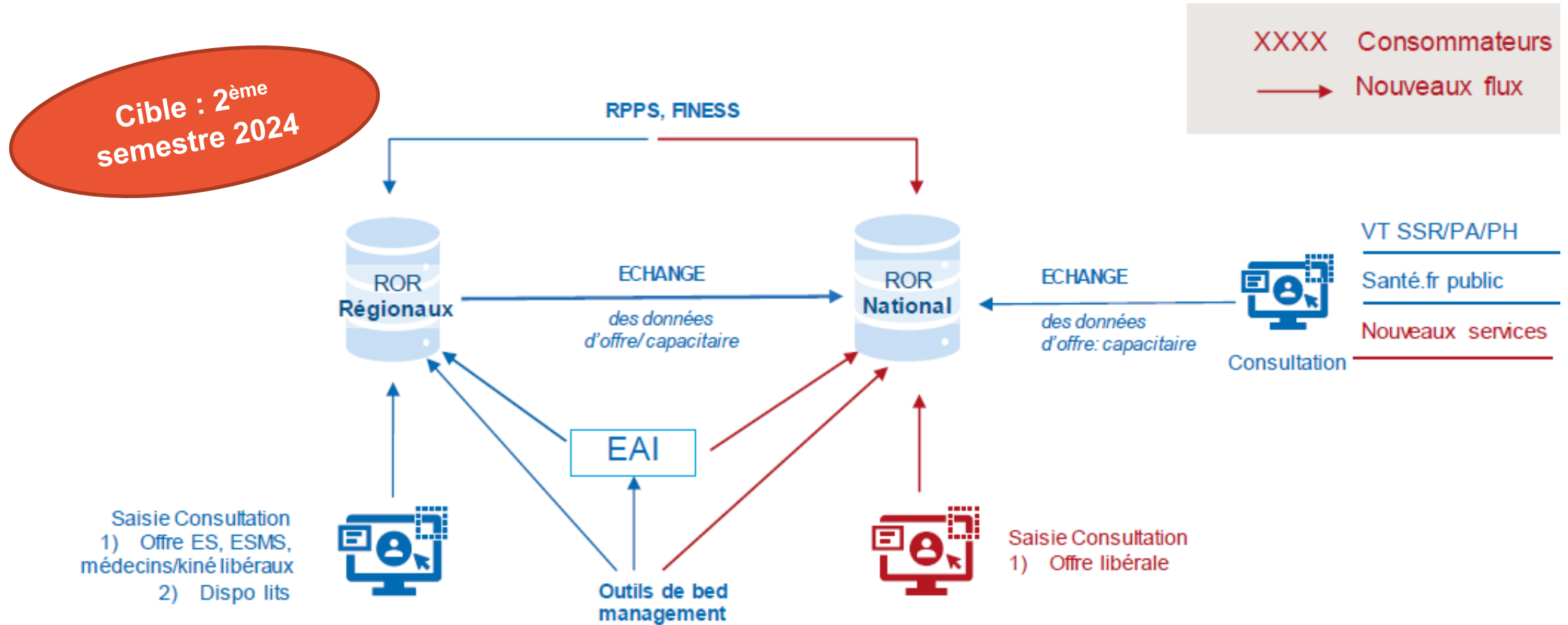
Le ROR national a vocation à être interrogé et à alimenter les services numériques régionaux ou nationaux qui ont pour finalité :

- l'aide à l'orientation (ex : Via trajectoire, SAS - Service d'accès aux soins),
- l'aide à la coordination (ex : outils de parcours patient),
- le suivi des tensions hospitalières,
- l'information au grand public (ex : Santé.fr, le portail grand public, qui utilise les données publiques du ROR)

Trajectoire révisée de mise en œuvre du ROR national



Fonctionnement global à l'ouverture de la version 3 du ROR national



Cible régionale :

- les outils de bed management en établissement alimentent le ROR national (*format sur la base du modèle d'exposition V3*) ou via l'EAI régional (*agrégateur de données*) qui alimente le ROR national,
- la saisie manuelle des disponibilités dans le ROR régional sera encore possible transitoirement,
- les nouveaux services consomment les données d'offre et de disponibilité en lits dans le ROR national.

Le BM et le ROR

Trajectoire d'alimentation du ROR national depuis les ROR régionaux et les solutions de bed management :

1^{er} étape (dès que possible) - mener avec le référent ROR de l'établissement un travail de mise en qualité, d'exhaustivité et d'homogénéité de la description des unités de soins, notamment des soins critiques,

2^{ème} étape (*) - mettre en place l'alimentation du ROR régional avec les données capacitaires et de disponibilités des lits :

Si mon établissement :





- saisi manuellement les données de disponibilités des lits dans le ROR régional :
 - il conviendra de mettre en place l'automatisation du ROR national depuis la solution de bed management en cours ou prochainement déployée. *Vigilance sur le choix de l'éditeur à être en capacité d'alimenter le ROR suivant le format attendu (norme PHIR modèle d'expo V3)*

- alimente déjà automatiquement le ROR régional depuis la GAM ou la solution de bed management existante :
 - il conviendra de faire évoluer le flux d'alimentation prioritairement depuis la solution de bed management et dans le format attendu (norme PHIR modèle d'expo V3)

**suivant le choix régional d'urbanisation (en cours) opéré avec le GradeS de la région, le GIP Santé&numérique Hauts-de-France*



Le BM – zoom sur les outils





					Observation ANAP
Hopital Manager	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	Solution la plus complète du panorama
Sesame	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ●	Une solution complète
WebPCP	● ● ●	● ●	● ●	● ●	Plus de 18 ans d'expertise, dans le public et le privé
Aglæ	● ● ●	● ●	● ● ●	● ●	Une gestion prévisionnelle des lits avec tableau de bord
Calyps Saniia	● ●	● ● ●	● ●	● ●	Une solution d'intelligence artificielle embarquée
TimeWise	● ● ●	● ●	● ●	● ●	Une solution très présente sur le territoire national
Maincare IC	● ●	● ●	● ●	● ●	Solution en cours de déploiement

En région





Interfaçage ROR

Evolution probable avec la publication de spécifications et la mise en œuvre du ROR national, qui permettront d'uniformiser les pratiques.

Ahnac	Oui
Calais, Boulogne, GHPSO, Maubeuge, Le Cateau, Cambrai, Denain...	Oui
Lens	Non
Valenciennes	Oui
Dk-St Omer	Oui
Calais	Oui

LÉGENDE :
 Couverture fonctionnelle
  Flux territoriaux
  Interopérabilité
  Déploiement

Solution indépendante	Solution intégrée DPI	Solution intégrée GAM	Solution intégrée GAM + DPI
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------------

NOTATION SUR 20 :
 Jusqu'à 10
  De 10 à 14
  De 15 à 17
  De 18 à 20

JOURNÉE RÉGIONALE DE L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

19 Octobre 2023



Quels compléments aux données d'urgence ?

- *PMSI et chaînage patients*
Dr Jérôme Sicot, ORU HdF – CH de Boulogne-sur-Mer
- *Apport de la téléconsultation lors des reconvoctions*
Dr Emmanuelle Chavda & Dr Enrique Cordova, GHICL – ES Saint-Vincent de Paul
- *Bed-management : historique et perspectives*
Dr Patrick Mauriaucourt, ORU HdF – FEDORU
- *Quelle démarche régionale de gestion des lits ?*
Emmanuel Guilbert, ARS – DST & Dr Cécile Guitard, ARS – DOS





JOURNÉE RÉGIONALE DE L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

