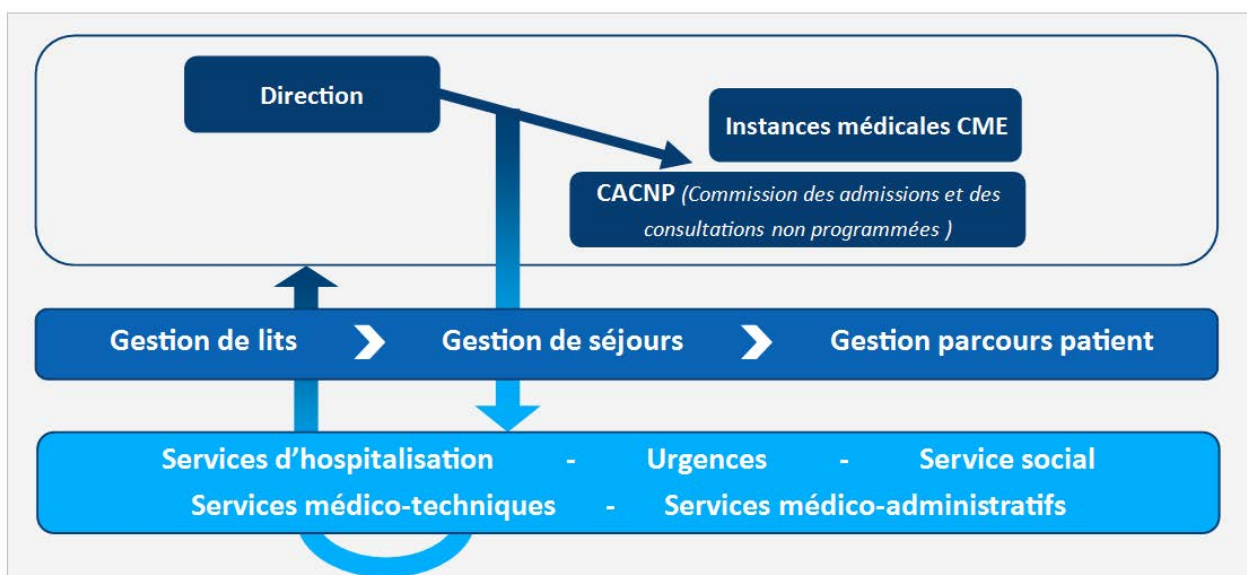


<b>NOM DOCUMENT</b>	RECO_BPF_GESTION DES LITS_SEJOURS_PARCOURS_POSITIONNEMENT MISSIONS ET ORGANISATION
<b>TYPE</b>	Bonne Pratique Fondamentale <input checked="" type="checkbox"/> Procédure <input type="checkbox"/>
<b>RÉDACTEURS</b>	Véronique Bès      Fonction : Chargée de mission Frédéric Rollin      Fonction : Pilote
<b>ORGANISATION OU ÉTABLISSEMENT</b>	Groupe régional PACA - Gestion des lits, des séjours, des parcours patient
<b>STATUT</b>	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Proposé / non validé <input type="checkbox"/>
<b>DATE</b>	Octobre 2017      Version : V01
<b>RÉSUMÉ</b>	<p>Le document présente les grands principes du positionnement, des missions et de l'organisation de la gestion de lits / séjours / parcours patient à mettre en œuvre par les établissements.</p> <p>Il s'agit de définir le rattachement, le profil professionnel à cibler, les partenaires internes et éventuellement externes, et les grands axes du fonctionnement opérationnel de ces organisations.</p>
<b>MOTS CLÉS</b>	Gestion des lits, Gestion des séjours, Gestion du parcours patient



## Sommaire

1. OBJECTIF .....	3
2. PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES.....	3
3. RÉGLEMENTATION .....	3
4. PRINCIPES.....	3
5. DESCRIPTION DU POSITIONNEMENT, DES MISSIONS ET DE L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT.....	4
LE POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL.....	4
LE PROFIL PROFESSIONNEL .....	4
LES PARTENAIRES ET RELAIS INTERNES.....	6
LE FONCTIONNEMENT OPÉRATIONNEL.....	6
6. GLOSSAIRE .....	8
7. Annexe 1 : Groupe régional gestion des lits, séjours, parcours patient.....	9
8. Annexe 2 : Fiche de poste gestionnaire de lits / séjours / parcours patient : exemple HIA Sainte-Anne - Toulon .....	10
9. Annexe 3 : Fiche de poste AP-HM Timone adultes.....	12
10. Annexe 4 : Charte d'hébergement-placement gestion des lits v1 nov. 2015 Ste Musse (version courte).....	15
11. Annexe 5 - Charte de l'hébergement - HIA Lavéran.....	18
12. Annexe 6 - Projet Gestion des lits - Gestionnaire de lits (Bed manager) – CH Hyères .....	22

## 1. OBJECTIF

---

L'objectif de ce document est de décrire les **bonnes pratiques fondamentales** (BPF) à mettre en œuvre pour la mise en place d'une démarche de gestion des lits, des séjours et/ou des parcours patients au sein des établissements de santé.

Ces préconisations doivent permettre de répondre aux besoins en amont des situations de tension, pour passer d'une pratique de gestion de crise à une approche de prévention de crise.

Il s'agit de définir ce que doit être un travail préventif pour :

- anticiper et éviter les situations de tension ;
- rationaliser l'utilisation des ressources des établissements, au bénéfice de la qualité de la prise en charge des patients.

## 2. PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES

---

- CADRES SUPÉRIEURS ET CADRES DE SANTE
- CHEFS DE SERVICE DES URGENCES
- CHEFS DE SERVICE DES SERVICES D'HOSPITALISATION
- COMMISSION DES ADMISSIONS NON PROGRAMMÉES
- DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT ou DIRECTEUR D'ASTREINTE
- DIRECTEUR DES SOINS
- GESTIONNAIRES DES LITS / DES SÉJOURS / DES PARCOURS PATIENT
- INTERNES
- PRÉSIDENT DE CME
- MÉDECINS HOSPITALIERS
- MÉDECINS DIM
- SERVICE SOCIAL

## 3. RÉGLEMENTATION

---

### Article R1112-11 du Code de la Santé Publique

L'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement [...]

## 4. PRINCIPES

---

Le rôle de gestionnaire des lits / des séjours / des parcours patient, doit faire l'objet d'un positionnement clair au sein de l'institution hospitalière.

Les missions qui lui sont attribués sont définies sans ambiguïté, ainsi que l'organisation générale de son action.

## 5. DESCRIPTION DU POSITIONNEMENT, DES MISSIONS ET DE L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT

---

### LE POSITIONNEMENT INSTITUTIONNEL

L'action du Gestionnaire des lits / séjours / Parcours patient, doit être placée **sous l'autorité hiérarchique directe du Directeur** qui, juridiquement, endosse la responsabilité de l'admission des patients dans l'établissement (Art. R 1112-11 du Code de la Santé Publique).

Par délégation, le directeur d'astreinte prend le relais du chef d'établissement en son absence.

Le Directoire, le Conseil d'administration et le Corps médical doivent également apporter leur support.

Un tel positionnement est essentiel au soutien dont bénéficie le gestionnaire ou la cellule de gestion dans son travail quotidien. Il confère une autorité et une légitimité à l'action du gestionnaire ou de la cellule de gestion.

Le rattachement au Directeur n'exclut pas la possibilité d'un relai opérationnel par les différentes directions, et notamment la Direction des soins ou les Directions de pôles lorsqu'elles existent.

### LE PROFIL PROFESSIONNEL

Il n'y a pas de profil professionnel type.

Toutefois, quelques recommandations peuvent être formulées.

---

*À titre d'exemple, des fiches de poste sont présentées en annexe au présent document (cf. annexes 2 et 3).*

---

#### a / Profil général

Ce qui est nécessaire :

- Avoir une parfaite connaissance de l'institution hospitalière, et pour cela, détenir un parcours professionnel au sein du monde hospitalier. Un profil junior est donc à éviter.
- Bien connaître l'établissement ou à défaut, avoir les compétences et le savoir-faire pour très rapidement être capable d'en appréhender les spécificités et modes de fonctionnement.
- Disposer de notions d'encadrement. Un diplôme ou un statut cadre n'est toutefois pas impératif.
- Disposer de qualités personnelles spécifiques :
  - être diplomate, sans pour autant se laisser faire ;
  - être tenace ;

- avoir une grande capacité à négocier ;
- savoir se positionner sans parti pris.

Ce qui est souhaitable :

- avoir un parcours professionnel diversifié et riche ;
- être en mesure de renvoyer une certaine image, à la fois positive, constructive, structurée et ferme.

## **b / Compétences**

Sans pour autant devenir un expert polyvalent, le gestionnaire des lits / séjours / parcours patient doit aussi disposer ou acquérir un certain nombre de compétences et de connaissances de base.

Notamment :

- connaissance du Système d'Information Hospitalier et des outils de requête associés ;
- capacités d'analyse et de synthèse, et capacité à donner du sens ;
- notions de contrôle de gestion et de comptabilité analytique ;
- principes du PMSI ;
- connaissance des moyens et fonctionnement d'un service social ;
- principes du code de la santé publique.
- ...

## **c / Formations**

Il n'y a pas de formation initiale cible. Il est toutefois recommandé que la personne désignée ait un profil soignant. Un complément de formation est conseillé, à trouver dans les propositions des organismes de formation. Cette formation complémentaire doit impérativement contenir des modules relatifs au management.

## **d / Professionnalisation et parcours professionnel**

Il n'y a pas de parcours ou de schéma type, toutefois, la fonction est à professionnaliser. Elle peut, notamment au début de la démarche, être associée à d'autres.

Afin de les valoriser, il est conseillé d'inscrire ces postes dans une logique de transversalité et de complémentarité avec d'autres missions pour éviter les phénomènes d'usure.

Ces postes sont évolutifs et leurs contours suivent le niveau de maturité de l'établissement.

Il est conseillé de positionner plusieurs personnes sur la mission, éventuellement sous la forme de plusieurs quote-parts de temps, de manière à assurer un tuilage sur les périodes d'absence du gestionnaire.

## **e / Retours d'expérience**

Le groupe de travail a considéré que le profil cadre était le plus légitime par sa compétence dans la gestion des ressources en lits et personnels, avec l'appui d'un binôme médical. Néanmoins certains établissements ont fait le choix de positionner uniquement un médecin.

## LES PARTENAIRES ET RELAIS INTERNES

Tous les acteurs hospitaliers sont susceptibles d'intervenir dans la démarche. Les principaux partenaires identifiés sont :

- l'encadrement soignant, qui est le socle du dispositif ;
- le service social, qui intervient en particulier dans la gestion de l'aval hospitalier ;
- l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) ;
- les équipes de douleur et de soins palliatifs ;
- les services supports logistiques : le brancardage, les ASH, les transports sanitaires, afin de fluidifier les circuits et les flux physiques des patients (optimisation du temps) ;
- les services supports médicaux : laboratoire, imagerie... ;
- les équipes médicales.

À un stade abouti de niveau "Gestion des parcours patient" :

- le DIM pour l'analyse des séjours, la maîtrise et l'optimisation des DMS... ;
- les secteurs administratifs pour l'optimisation des démarches de pré-admission, admission et sortie ;
- les infirmières coordinatrices (si elles existent), en lien avec la notion de chemin clinique, pour travailler en amont de l'hospitalisation sur le parcours du patient, ante, per et post-hospitalisation.

## LE FONCTIONNEMENT OPÉRATIONNEL

Les principaux outils de la Gestion des lits / séjours / parcours patient sont décrits dans la BPF relative aux moyens d'actions.

Il n'y a pas de pertinence à décrire une organisation cible, précisant quels doivent être les moyens alloués et/ou les modalités de fonctionnement. Chaque établissement structure cette démarche sur un modèle qui lui est propre. Les principes généraux du fonctionnement opérationnel de la gestion des lits / séjours / parcours patient reposent toutefois sur quelques grands axes.

### a / Permanence

La première recommandation porte sur la permanence du dispositif.

Cela passe par la pérennisation de l'organisation au travers d'une continuité. **Un interlocuteur est défini a minima pour tous les jours ouvrables.** La gestion des lits / séjours / parcours patient ne peut donc pas reposer sur une seule et unique personne (remplacement à prévoir pour les périodes d'absence).

La permanence passe également par le **recours à des règles claires et connues**. Les outils de cette gestion doivent rester accessibles en continue.

En week-end, nuits et jours fériés, la permanence est assurée par le dispositif de garde ou d'astreinte (encadrement soignant et direction).

NB : s'il n'y a pas de pérennité, le dispositif ne pourra pas asseoir sa crédibilité.

## **b / Complémentarité**

La démarche a besoin de l'appui nécessaire d'un médecin.

Si le gestionnaire est un soignant, le travail doit se faire en complémentarité au sein d'un binôme "gestionnaire des lits / séjours / parcours patient" soignant et médecin.

*In fine*, la prise en charge médicale doit être validée par un médecin qui assumera la responsabilité du suivi du patient.

## **c / Socle de règles de fonctionnement**

La gestion des lits / séjours / parcours patient doit impérativement s'appuyer sur un socle de règles formalisées, qui peut prendre différentes formes :

- chartes (exemple : annexes 4 et 5)
- politique formalisée (exemple : annexe 6)
- règles de fonctionnement
- règlement intérieur
- ...

Il est primordial que ces règles soient définies et validées par les instances légitimes de l'établissement.

## **d / Une remontée d'information structurée**

Une information régulière à la Direction doit être prévue.

Elle passe par un point de liaison entre la cellule de "gestion de lits / séjours / parcours patient" avec la cellule de veille, le corps médical au travers de sa représentation (Président de la CME ; Chef de service des urgences) et la Direction Générale.

Il est recommandé que ce point de liaison soit organisé *a minima* les veilles et lendemain de week-end.

Il est conseillé une remontée d'information quotidienne au directeur d'astreinte.

Cette remontée d'information est à adapter en période de tension.

La définition du rythme et des modalités de cette remontée d'information et du déclenchement des niveaux d'alerte relève de l'organisation propre à chaque établissement.

## 6. GLOSSAIRE

---

- CACNP = Commission des admissions et des consultations non programmées.
- Cellule de veille = Émanation de la commission des admissions et des soins non programmés, qui assure le suivi quotidien d'indicateurs d'activité (flux, disponibilités, ...).
- CME = Commission Médicale d'Établissement.
- DIM = Département d'Information Médicale.
- DMS = Durée Moyenne de Séjour.
- QVT = Qualité de Vie au Travail.



## 7. Annexe 1 : Groupe régional gestion des lits, séjours, parcours patient

Un groupe régional GESTION DES LITS, SÉJOURS, PARCOURS PATIENT a débuté ses travaux en 2016 en région PACA à la demande de l'Instance Collégiale Régionale. Ce groupe s'est attaché à exploiter les documents existants et à proposer une organisation opérationnelle pour la région.

TITRE	NOM	PRÉNOM	FONCTION	ÉTABLISSEMENT
Madame	BES	Véronique	Chargée de mission	GIP e-SANTE ORU PACA
Madame	BICAIL	Pascale	Cadre supérieur de santé	CH GRASSE
Monsieur	BLACHE	Christophe	Cadre de santé	CHITS STE MUSSE
Docteur	COLOMBANI	Philippe	Médecin	CH GRASSE
Madame	CORNEILLE	Marie-France	Cadre de santé	CH AVIGNON
Docteur	COURCIER	Dominique	Médecin	CHI AIX-PERTUIS
Docteur	COURTINAT	Corinne	Médecin	AP-HM TIMONE
Madame	DEJOANNIS	Christiane	Directeur	FEHAP
Docteur	DUCROS	Laurent	Réanimateur	CHITS STE MUSSE
Docteur	DUMONT	Marie-Claude	Conseiller Médical DGARS	ARS PACA
Madame	LESAGE	Anne	Directeur	AH SAINT JOSEPH
Monsieur	LOSCHI	Alain	Resp. projet gestion des lits	ARS PACA
Docteur	MICHEL BECHET	Louis	Médecin	CH AVIGNON
Docteur	NIGOGHOSSIAN	Pierre	Médecin	CH ARLES
Madame	PAOLI	Kateryne	Cadre supérieur de santé	CHITS STE MUSSE
Docteur	POLCHI	Nathalie	Médecin	CH GRASSE
Madame	POLITO	Cécile	Directeur	CH AVIGNON
Madame	RASCLE	Colette	Cadre supérieur de santé	CHU NICE
Madame	ROBIN	Mireille	Cadre de santé	CH MARTIGUES
Monsieur	ROLLIN	Frédéric	Directeur	AH SAINT JOSEPH
Docteur	ROSEAU	Jean-Baptiste	Médecin	HIA LAVÉРАН
Professeur	ROSSI	Pascal	Médecin	AP-HM NORD
Madame	SCOTTI	Marina	Cadre de santé	HIA LAVÉРАН
Madame	SOMMEREIJNS	Astrid	Cadre de santé	CHI AIX-PERTUIS
Docteur	STRATON FERRATO	Isabelle	Médecin	CH MARTIGUES
Madame	TABET	Nicole	Cadre supérieur de santé	AP-HM NORD
Monsieur	TESSIER	Alain	Directeur	FHF
Monsieur	TRIQUERE	Laurent	Cadre de santé	CHU NICE
Madame	VALLIN	Sandrine	Cadre de santé	HIA SAINTE ANNE
Madame	VIDAL	Agnès	Puéricultrice – Cadre supérieur de santé	AP-HM TIMONE
Docteur	VIUDES	Gilles	Directeur	GIP e-SANTE ORU PACA

## 8. Annexe 2 : Fiche de poste gestionnaire de lits / séjours / parcours patient : exemple HIA Sainte-Anne - Toulon

Ministère de la défense			
Fiche de poste			
Corps			
Cadre de santé sous le statut MITHA			
Intitulé du poste			
Gestionnaire des flux patients			
Famille professionnelle			
Filière paramédicale			
Emploi Type			Niveau
Cadre paramédical Filière Management des activités paramédicales			1
Localisation du poste			
Etablissement		Adresse	
Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne		BCRM Toulon – 2 boulevard Ste-Anne BP 600 83800 Toulon Cedex 9	
Description synthétique			
<p>Le Gestionnaire des flux patients assure quotidiennement et durant les heures ouvrables l'optimisation du parcours patient et la rationalisation de l'occupation des lits de l'établissement.</p> <p>Il recueille et analyse pluri-quotidiennement les informations nécessaires afin d'anticiper et/ou d'optimiser l'affectation des patients hospitalisés.</p> <p>Dans le respect de l'éthique et de la déontologie professionnelle, il contribue à la fluidité du parcours des patients hospitalisés dans l'établissement, selon le périmètre d'exercice défini par la chefferie : recenser les lits vacants, identifier les possibilités de placement et proposer les solutions les plus pertinentes (orientation médicale présentée par un senior des urgences, nature des lits vacants, charge en soins, ressources humaines médicales et paramédicales...) en fonction du niveau de tension.</p>			
Contacts			
Service demandeur		Directeur des soins	
<b>Nom</b>	MGI AUROY	<b>NOM</b>	DIR.HC DUCRET Benoit
<b>Fonction</b>	Chef d'établissement	<b>Fonction</b>	Coordonnateur Général des Soins
<b>Tel</b>	04 83 16 20 25	<b>Tel</b>	04 83 16 20 29



## Description du poste

<b>Fiche émise en</b>	Septembre 2016
<b>Famille professionnelle</b>	<b>Filière paramédicale</b>
<b>Textes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruction Ministérielle 500 /DEF/DCSSA/HOP portant règlement général des hôpitaux d'instruction des armées du 1er mars 2005</li> <li>• Conclusion du diagnostic ANAP 2015, programme « Gestion des lits »</li> <li>• Organigramme de l'Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne de septembre 2015</li> <li>• Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé</li> </ul>
<b>Intitulé du poste</b>	<b>Gestionnaire des flux patients</b>

Activités	
Principales	Annexes
<p><b>1/ Actions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recueillir des informations orales et écrites relatives aux prévisions et flux patients : entrées, transferts, sorties, hébergements.</li> <li>• Etablir de manière régulière un état des lits occupés et vacants dans l'établissement et renseigner le ROR,</li> <li>• Recenser les lits fermés, le motif de fermeture et le délai prévisionnel de réouverture par lit,</li> <li>• Etablir avec la SU les besoins en lits d'aval et les spécialités concernées,</li> <li>• Animer la « CRIEE »,</li> <li>• Affecter à un patient le lit le plus adéquat selon les règles prédéfinies par la chefferie,</li> <li>• Identifier les difficultés de libération des lits occupés dans les spécialités critiques (réanimation, USC et USIC)</li> <li>• Recueillir auprès de l'encadrement de proximité les difficultés impactant la gestion des lits</li> <li>• Recueillir auprès du service social les difficultés de placement des malades « bed -bloqueurs »</li> </ul> <p><b>2/ Communication</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettre aux acteurs concernés (cadre de garde, cadre supérieur d'astreinte, SU) la disponibilité des lits</li> <li>• Rendre compte à la chefferie des difficultés rencontrées</li> <li>• Communiquer sur le programme gestion des lits en intra hospitalier (personnels des services concernés)</li> <li>• Dynamiser la création de filières d'aval permettant de faciliter les placements de malades « bed-bloqueurs » et/ou saturant les capacités d'accueil des spécialités critiques</li> </ul> <p><b>3/ Pilotage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir, suivre et analyser les indicateurs requis en termes de gestion des lits, en coopération avec le DIM et la CCGI</li> <li>• Evaluer par audit ciblé la charte d'hébergement à intervalles réguliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre connaissance des organisations des services</li> <li>• Alerter sur les incidents, dysfonctionnements et les risques liés à la gestion des lits</li> <li>• Utiliser les différents logiciels métiers existant dans l'établissement</li> <li>• Participer à la rédaction des procédures relatives à la gestion des lits</li> <li>• Participer à la Commission des Admissions et des Soins non programmés</li> </ul>

<b>Supérieur hiérarchique direct</b> Grade et Fonction
MG AUROY Médecin Chef de l'HIA


<b>Moyens techniques liés au poste</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outil informatique</li> <li>• Amadeus</li> <li>• Logiciels métiers</li> <li>• DECT</li> </ul>

<b>Spécificités du poste</b>
Connaissances approfondies de l'établissement Connaissances des flux patients



Modèle réalisé par la  
Direction de la fonction militaire et du personnel civil  
Sous direction de la gestion du personnel civil

## 9. Annexe 3 : Fiche de poste AP-HM Timone adultes

 <b>ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE</b> Assistance Publique Hôpitaux de Marseille	
APHM TIMONE ADULTES POLE ADMINISTRATIF TIMONE DIRECTION-GHT 0820_DIRECTION-GHT	<b>Code:</b> ENR-011673  Ancienne codification:
<b>CADRE SUPERIEUR DE SANTE GESTIONNAIRE DE SEJOURS</b>	
<b>Date d'application :</b> 06/04/2017  <b>Version :</b> 2.0	<b>Mise à jour :</b> Agnès VIDAL  <b>Validée par :</b> Sébastien VIAL, Hélène OLIVIER  <b>Vérifiée par :</b> Bureau de Gestion documentaire  <b>Approuvée par :</b> Walid BEN BRAHIM
<b>I. CONTENU</b>	
<b>FICHE DE POSTE</b>	
<b>SERVICE</b>	
<p><b>Equipe d'affectation</b>          Le cadre supérieur de santé « gestionnaire de séjours » est placé sous l'autorité du directeur du site ou de son représentant.          Membre de la cellule locale de gestion des séjours, il participe au fonctionnement de cette instance.          Il est membre de la CUANP.</p> <p><b>Liens fonctionnels</b>          Il collabore dans le site avec:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. l'équipe de direction</li> <li>2. le président de la CME locale et l'ensemble des médecins</li> <li>3. le directeur des soins et l'encadrement administratif et soignant</li> </ol> <p>Il collabore en dehors du site avec :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. les directions fonctionnelles</li> <li>5. les médecins (SSPIM notamment)</li> <li>6. le coordonnateur des soins et l'ensemble des CSS (gestionnaire de séjours des autres sites notamment) et CS</li> <li>7. les acteurs institutionnels du secteur médico-social</li> </ol> <p>Il collabore en dehors de l'Institution avec :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. ARS</li> <li>9. Autres établissements de santé</li> </ol> <p>Il a autorité hiérarchique des agents placés sous sa responsabilité.</p>	
Fiche de poste- gestionnaire de séjour ENR-011673 V-01 REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION	
I/3	



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

**OBJECTIFS DU SERVICE**

**Objectifs généraux :**

- Le cadre supérieur de santé « gestionnaire de séjours » assiste le directeur de l'établissement dans les domaines d'organisation, de gestion et d'évaluation du séjour patient.
- Il contribue à la mise en œuvre de la politique de l'établissement et du projet institutionnel par ses propositions.
- Il est le relais des politiques institutionnelles et contribue dans son domaine de compétences à leur mise en œuvre. Pour cela, il favorise la communication entre les différents acteurs médicaux et soignants.
- Il centre son activité sur l'amélioration continue de la qualité des de la prise en charge des patients et valorise la politique de gestion des risques.
- Il participe aux réflexions stratégiques et aux décisions prises.
- Il contribue à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation des actions menées sur le site.
- Il veille à l'application du règlement intérieur.

**Objectifs spécifiques :**

Sous l'autorité du Directeur de site ou du directeur adjoint référent et dans le cadre des principes définis institutionnellement par la Direction générale, la CME et la CUANP :

**1. Participer à la connaissance du site**

**Veiller à la fiabilité des informations : identification des écarts, transmission aux acteurs**

- capacité d'accueil par type, par spécialités, par pôle ou périmètre
- mise à jour fichier « structures » (cadastre)
- protocoles de filières, d'organisation du parcours patient dans le cadre de la démarche institutionnelle
- conventions de partenariat

**2. Participer au développement de la culture « gestion des lits » du site dans le cadre de la politique définie institutionnellement**

**Mettre en œuvre le plan d'action concernant la gestion des parcours patients au sein du site**

- amélioration des systèmes permettant l'accès à la disponibilité en lits
- proposition d'organisation de la Gestion des lits
- appui méthodologique à la protocolisation des filières programmées et non programmées
- soutien à l'organisation des filières d'aval de l'hospitalisation

**Participer et/ou organiser des analyses et actions concernant les écarts**

- Analyse des dysfonctionnements multifactoriels dans le parcours patient : séjours atypiques, événements indésirables
- Analyse a posteriori des déclarations « hôpital en tension »
- Analyse des propositions de fermetures temporaires de lits

**Participer à l'élaboration des procédures de tension au sein des sites**

- Recueil et analyse des indicateurs
- Formalisation des procédures graduées de tension
- Organisation et mise en œuvre des plans d'actions associés

**3. Participation aux cellules locales de gestion des séjours**

- Recueil et analyse des indicateurs quotidiens et hebdomadaires
- Préparation et synthèse des réunions points des lits quotidiens
- Préparation et synthèse des réunions hebdomadaires de la cellule de gestion des séjours : bed-blockers
- Préparation et synthèse des cellules de crise hôpital en tension



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

**COMPETENCES**

**Savoir :**

- Connaître la législation professionnelle et la réglementation sanitaire et sociale ;
- Connaître la réglementation institutionnelle ;
- Connaître le site ;
- Maîtriser la gestion de projets ;

**Savoir – faire :**

- Animer, fédérer et mobiliser les équipes ;
- Décider et/ou accompagner les choix stratégiques d'organisation ;
- Mettre en place des organisations apprenantes ;
- Susciter la créativité et l'innovation ;
- Traiter et résoudre des situations de conflits ;
- Analyser les situations ;
- Savoir utiliser les outils informatiques ;
- Utiliser des outils de gestion institutionnels (tableau de bord...) ;
- Transmettre les valeurs du service public.

**Savoir - être :**

- Etre porteur de valeurs ;
- Avoir le sens du service public ;
- Savoir écouter ;
- Avoir une déontologie ;
- Savoir négocier.

**II. GESTION DU DOCUMENT**

**Diffusion de la fiche de poste :**

Cette fiche de poste a fait l'objet :

- D'une diffusion générale: par la solution informatique institutionnelle de gestion documentaire
- D'une diffusion contrôlée

**Classement de la fiche de poste :**

L'exemplaire original du présent profil de poste est conservé sur le logiciel de gestion documentaire NORMEA®.

**III. HISTORIQUE DU DOCUMENT**

Identification du profil de poste	HISTORIQUE des modifications apportées
ENR-011673	04/04/2017 V-01 format Word et révision 2017
ENR-010242	V-01- version initiale récupérée dans NORMEA

Fiche de poste- gestionnaire de séjour  
ENR-011673 V-01  
REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

3/3

## 10. Annexe 4 : Charte d'hébergement-placement gestion des lits v1 nov. 2015 Ste Musse (version courte)

---

# CHARTRE de gestion des lits

---

L'hôpital se dote d'une charte de gestion des lits pour faciliter et optimiser les processus d'admission et de sortie. Centrée sur la prise en charge des patients, cette organisation doit aboutir à placer les patients non programmés dans le service le plus approprié et le plus rapidement possible. Elle doit se faire en respectant l'activité de programmation, les deux activités étant complémentaires. Cette organisation est évolutive dans le temps en fonction des contraintes.

### ELLE EST BASÉE SUR :

---

1. Un CSS gestionnaire des lits.
2. Une cellule quotidienne de gestion des lits et de placement des patients en jours ouvrés.
3. Des règles de placement : un thésaurus des pathologies sur lequel chaque structure se positionne en termes de capacité de prise en charge.
4. Un médecin correspondant par UF, quotidiennement, accessible sur un DECT.
5. Un système d'alerte des hébergés pour les UF de référence (par Fax pour l'instant).
6. La participation de la gestion des lits dans la Commission des Admissions et des soins Non Programmés (CANP). L'hôpital, par l'intermédiaire de la CANP, veillera régulièrement à l'application de la charte et y apportera les adaptations qui pourraient s'avérer nécessaires.

## LA CELLULE DE GESTION DES LITS

---

Elle est composée de :

- CSS gestionnaire des lits
- Directeur de garde
- Cadre de garde
- Cadre des urgences
- CSS des pôles ou leurs délégués
- Médecin des urgences si nécessaire
- Médecin des pôles s'ils le souhaitent

Elle a lieu toujours au même endroit (salle de réunion Urgences/SAMU) et à 14h00.

Fonctionnement :

- Les cadres (CSS ou CS) des pôles de Ste Musse viennent avec l'état prévisionnel des lits disponibles dans l'après-midi.
- Cet état des lits a été validé au préalable par un médecin de chaque UF (médecin correspondant).
- L'état des lits de La Seyne est donné par le CS des urgences et s'y adjoint l'état des lits de l'hôpital de Hyères, envoyé par mail au CS de garde.
- La cellule établit un état des lits disponibles l'après-midi (Ste Musse, La Seyne, et Hyères). L'état des lits est faxé à La Seyne après la cellule.
- Le service des urgences propose les patients à hospitaliser ; le médecin référent des urgences est présent si nécessaire pour préciser les orientations. Les propositions sont faites également sur le Terminal des Urgences (destinations souhaitées).
- Les patients sont alors placés au mieux, en fonction des places disponibles et si besoin à l'aide du thésaurus.
- Les CS / CSS présent(e)s notent ces patients et en rendent compte dès la fin de la cellule au service receveur (IDE et médecin correspondant).
- Le médecin des urgences peut appeler le médecin correspondant pour présenter le patient.
- Les médecins correspondant sont les médecins à contacter si nécessaire pour l'admission, et leurs noms et DECT est donné par les cadres représentants les pôles.
- Un patient hébergé sera signalé au service référent, au médecin correspondant.

## LE THÉSAURUS

---

Chaque service se positionne pour chaque pathologie en tant que : UF de référence, UF de compétence ou, éventuellement, UF d'hébergement.

- **« UF de référence »** : L'UF se positionne comme référente pour le diagnostic et/ou le traitement de la pathologie.
- **« UF de compétence »** : l'UF ne se positionne pas comme référente mais estime qu'elle dispose des compétences médicales et paramédicales pour prendre en



charge le patient tout au long du séjour. Le médecin responsable reste celui de cette même unité avec au besoin l'appui du service de référence. (Dans le thésaurus, l'uf est associé à la couleur orange).

- « **UF d'hébergement** » correspond, par défaut, à l'UF non référente et sans compétence déclarée, mais qui dispose de lits et peut assurer l'hospitalisation et la sécurité du patient avant mutation dans le service de référence. (Dans le thésaurus, l'UF est associée à la couleur rouge.) Le médecin responsable de la prise en charge est celui de l'UF de référence (Sénior).

**Définition et modalités de l'hébergement :** assurer la sécurité et la réalisation des prescriptions. **Le médecin responsable de la prise en charge médicale est le médecin de l'UF de référence.** Le médecin responsable de la sécurité du patient est le médecin de l'UF d'hébergement : il doit au minimum examiner le patient pour ce qui concerne les paramètres vitaux, s'assurer de la surveillance et de la réalisation des prescriptions du médecin des urgences qui a admis le patient puis du médecin du service de référence, et s'assurer que le processus de mutation en UF de référence est déclenché, que le médecin de l'UF de référence est prévenu. Le patient doit être muté dans l'UF de référence au plus tôt, au maximum 48h.

## DÉCISION MÉDICALE D'HOSPITALISATION



---

Cas d'un patient admis au service des urgences /UHCD devant être hospitalisé.

- Le service des urgences /UHCD doit avoir connaissance des disponibilités : réunion gestion des lits à 14h et recueil des lits disponibles à 21h.
- La décision d'hospitalisation dans une UF appartient au médecin thésé du service des urgences /UHCD. Elle se fonde sur le motif d'admission à défaut de diagnostic précis.
- Le placement des patients se base sur « le thésaurus par pathologie et par UF » et selon les priorités suivantes :
  1. **NIVEAU 1** : place dans l'UF de référence pour la pathologie diagnostiquée
  2. **NIVEAU 2** : place dans la première UF de compétence (première colonne)
  3. **NIVEAU 3** : deuxième UF de compétence (2<sup>ème</sup> colonne), ... etc
  4. **NIVEAU 4** : UF dite d'hébergement
  5. Privilégier l'admission dans un même pôle
  6. Les hébergements entre spécialités médicales et chirurgicales sont à éviter à tout prix

Il n'est pas obligatoire de rechercher l'accord du médecin de l'UF de référence ou de compétence. Toutefois le patient doit souvent être présenté au médecin correspondant. En cas de discussion ce dernier doit descendre au SU pour discuter du bien-fondé de l'hypothèse diagnostic et/ou de l'admission.

## 11. Annexe 5 - Charte de l'hébergement - HIA Lavéran

	<p>HIA LAVERAN</p>	
<p><b>CHARTE DE L'HÉBERGEMENT</b></p>		
<p><b>Date de validation :</b> 25/02/2015</p>		<p>Version : 1.0</p>
<p><b>Rédigée par :</b>  MC GIRAULT</p>	<p><b>Vérifiée par :</b>  MCS BROSSET</p>	<p><b>Validée par :</b>  PC OLIVER</p>
<p><b>Définition :</b></p> <p>Il s'agit des patients hospitalisés physiquement dans un service ne relevant pas de la spécialité correspondante à leur problème spécifique de santé. Ce cas de figure intervient en cas d'absence de lit disponible dans la spécialité de référence de la pathologie présentée, pour un patient nécessitant une hospitalisation.</p>		
<p><b>I. PRINCIPES FONDATEURS</b></p>		
<p>Tous les patients nécessitant une hospitalisation, quelque soit leur mode d'arrivée, et particulièrement dans le cadre des orientations d'aval du service des Urgences, doivent être hospitalisés physiquement dans un service quelque soit l'heure, dans des conditions de sécurité optimales et en fonction de la gravité de la pathologie présentée. Le cas idéal étant dans le service de référence de la pathologie. Ne sont pas concernés les patients dont la prise en charge nécessite un transfert dans une autre structure (absence de possibilité technique de prise en charge sur l'HIA Laveran).</p>		
<p>Aucun patient en provenance des Urgences ne peut être hospitalisé sans l'accord d'un médecin des services cliniques (médical ou chirurgical).</p>		
<p>En cas d'absence de lit disponible, ou si les conditions de sécurité et de surveillance ne sont pas réunies dans le service de référence de la pathologie présentée, le patient peut être « hébergé » dans une autre unité fonctionnelle, sans rapport avec la pathologie présentée.</p>		
<p>PC OLIVER</p>	<p>Rédigé le 25 février 2015</p>	<p>Page 1/4</p>

### *HIA LAVERAN*

Quels que soient le lieu et les responsabilités de chacun, l'ensemble des équipes médicales et paramédicales sont impliquées dans la démarche de soins d'un patient, ainsi que dans les démarches d'information du patient.

Quels que soient le lieu et les responsabilités de chacun, l'ensemble des équipes médicales et paramédicales sont impliquées dans un dialogue constructif et empathique vis-à-vis de la famille en expliquant que, dans cette situation particulière, tout est fait pour soigner le patient dans de bonnes conditions.

Quels que soit le lieu et les responsabilités de chacun, l'ensemble des équipes médicales et paramédicales parlent d'une seule voix.

## II. DÉCISION D'HÉBERGEMENT

### **Dans les horaires de la garde d'étage (18h30 – 9h00) :**

Il appartient au médecin de garde de procéder à l'hospitalisation des patients qui se présentent et éventuellement de décider d'un hébergement. Il peut s'agir soit d'une absence de lit, soit d'une inadéquation entre les moyens humains (personnels IDE insuffisants ou avec charge de travail trop importante), matériels (lit isolé, lit scopé...) et les besoins du patient à hospitaliser. Le médecin de garde en est alors juge. Il tâchera, tant que cela est possible de respecter : médecine pour médecine, chirurgie pour chirurgie. Quelque soit le cas, aucun hébergement ne peut être organisé en service de Psychiatrie et de Rééducation Fonctionnelle. Aucun hébergement ne peut être réalisé pour des spécialités ne possédant pas de lit d'hospitalisation physique et organisé (incapacité physique à accueillir secondairement le patient).

Durant les heures de garde, le patient « hébergé » est sous la responsabilité médicale du médecin de garde d'étage, mais ce dernier n'est pas désigné comme médecin référent. Le médecin de garde doit informer l'équipe médicale de l'unité de rattachement qu'un patient relevant de leur spécialité est hébergé, précisant le service et la synthèse médicale, lors de sa relève de garde du matin.

### **En fonctionnement normal hors garde :**

La décision d'hébergement est prise par le médecin référent de la pathologie présentée par le patient et qui a pris la décision d'hospitalisation. Le médecin référent organise la prise en charge du patient et l'hospitalise dans un service, après accord de l'équipe médicale d'hébergement.

## III. RESPONSABILITÉS

Le patient « hébergé » est sous la responsabilité de l'équipe médicale du service de la pathologie présentée : « Responsabilité technique ». L'unité de rattachement est donc celle du motif d'hospitalisation. En mode garde, le médecin référent est l'un des médecins du service concerné, par défaut le chef de service et dans l'idéal le médecin d'astreinte. Le médecin référent prend toute la responsabilité de prescription et de surveillance, ainsi que toutes les prérogatives inhérentes au parcours du patient en hospitalisation (observation médicale, information du patient, de la famille, du médecin traitant, consentement et discussion B/R, ...).

### HIA LAVERAN

Dans tous les cas, les procédures administratives d'admission sont du ressort du secrétariat du service d'hébergement (présence physique du patient).

Une fois hospitalisé, le patient figure sur le « planning d'hébergement ». Sa présence physique impose la prise en charge paramédicale par l'équipe de l'unité d'hébergement, sous la responsabilité du cadre de santé.

Le rôle de l'équipe médicale d'hébergement (médecin et/ou interne et externe) est prépondérant afin d'assurer en priorité la sécurité médicale pour le patient et d'autre part de participer, de suppléer et d'aider le médecin référent.

Le rôle de l'équipe d'hébergement est de :

- 1 - Vérifier dans les plus brefs délais (dans la matinée) que le médecin référent est informé de la présence du patient.
- 2 - Réalisation d'un examen médical d'entrée, centré sur les urgences vitales.
- 3 - Vérifier globalement les prescriptions médicales d'entrée
- 4 - Prendre en charge toutes urgences médico-chirurgicales concernant le patient.
- 5 - S'enquérir régulièrement auprès du patient du bon déroulement du séjour hospitalier.
- 6 - Participer au dialogue avec le médecin référent, en l'appelant chaque fois qu'ils le jugent nécessaire.
- 7 - Participer au dialogue, constructif et empathique, avec la famille.
- 8 - Le cas échéant, aider et suppléer le médecin de rattachement lorsque celui-ci n'est pas disponible immédiatement pour des raisons techniques ou de surcroît d'activité.

Le transfert dans le service de rattachement (devenant le service d'hébergement) est organisé dès qu'un lit est disponible. Le médecin référent s'engage à prendre tous les moyens disponibles afin de libérer un lit dans les plus brefs délais, en s'assurant des règles de sécurité et de bonne pratique des patients déjà hospitalisés. En mode dégradé, si l'hospitalisation prévisible est courte, le séjour complet se déroulera dans le service d'hébergement

#### IV. CAS PARTICULIER DES PATIENTS DONT LA OU LES PATHOLOGIES RELÈVENT DE SPÉCIALITÉS MULTIPLES

En mode de garde, le médecin de garde possède toutes les prérogatives d'hospitalisation dans l'unité qui rassemble tous les éléments de sécurité et de prise en charge optimum du patient. Dans un souci de sécurité médicale et en fonction de la gravité de la pathologie, il peut décider de ne pas hospitaliser le patient en service conventionnel. Le patient sera alors gardé en UHCD ou transféré dans un autre établissement.

En mode hors garde, la déontologie, les règles d'éthique et la bonne entente des différents spécialistes et des médecins des urgences, doivent permettre de trouver le bon équilibre, au seul profit du patient.

Les principes :

### *HIA LAVERAN*

- Aucun patient ne doit rester plus de 24 h en UHCD
- Aucun patient ne peut être hébergé sans médecin référent ayant donné son accord de prise en charge.
- Les transferts dans d'autres établissements ne concernent que les patients dont la pathologie relève de lits de spécialité non présente sur l'établissement
- Les médecins des urgences prennent les avis qu'ils jugent nécessaires dans la prise en charge des patients et les spécialistes sont tenus d'y répondre de la manière qu'ils jugent adaptée.
- Tous les médecins participant à la prise en charge du patient peuvent être invités, à l'initiative de l'un d'eux, à une réunion de synthèse pluridisciplinaire.
- La déontologie entre confrères, la sécurité du patient, l'empathie et le confort du patient sont les éléments moteurs de toute discussion consensuelle.

### V. CAS PARTICULIER DU PATIENT EN FIN DE VIE

Si un patient présente des signes manifestes de fin de vie proche, prévue dans le cadre d'un projet de soins palliatifs, ou non prévue (décompensation multiviscérale du patient âgé et/ou polyopathologique), la priorité de l'hôpital et des équipes médicales (urgences, réanimation, services hospitaliers) sera d'assurer le confort et l'accompagnement du patient et de la famille. La déontologie, les règles d'éthique et la bonne entente des différents spécialistes et des médecins des Urgences, doivent permettre de trouver le bon équilibre, permettant d'assurer une fin de vie dans la dignité, en dehors de la zone des urgences.

En heures ouvrables, l'équipe soignante fait immédiatement appel à l'UTASP.

### VI. RÈGLES DE CODAGE ET DE TENUE DU DOSSIER PATIENT

Un patient muté dans un autre service de l'HIA conserve le même numéro de séjour (car il s'agit d'un séjour multi unité). Cependant, le codage devra être effectué dans chaque service. Le même codage est réalisé (DP identique) car l'unité de rattachement ne change pas. Il est admis qu'un seul courrier est nécessaire, en fin d'hospitalisation.

## 12. Annexe 6 - Projet Gestion des lits - Gestionnaire de lits (Bed manager) – CH Hyères

 Hôpital Marie-José TREFFOT	<b>Projet Gestion des lits Gestionnaire de lits (Bed manager)</b>	Référence BM :#Référence unique#  Ref. Service :#Référence autre##Référence client#
	Centre Hospitalier de Hyères	Version : 01  Nombre de pages : 15

### 1. CONTEXTE/CONSTAT de la Cour des Comptes (Rapport de septembre 2014-, Chapitre 12 Urgences hospitalières- Sécurité sociale) :

« ...L'engorgement des Urgences est aujourd'hui devenu une préoccupation nationale... L'augmentation de la fréquentation des Urgences hospitalières met sous tension persistante les organisations ; augmente la durée moyenne de séjour aux urgences et donc les risques de morbi-mortalité.

Les délais sont d'autant plus élevés pour les patients à hospitaliser. La difficulté à trouver un lit est la principale cause d'engorgement des structures d'urgences. En effet, le flux de patients non programmés des Urgences vient inexorablement gonfler les besoins en hospitalisation, malgré un travail d'évaluation de la pertinence de l'hospitalisation aux Urgences.

Les disponibilités en lits pour y faire face sont soit insuffisantes dans certaines spécialités, soit incomplètement exploitées à l'échelle de l'institution. Le manque de visibilité sur les lits disponibles prive parfois les patients du SAU, d'un hébergement adapté alors que des lits sont vides ou réservés dans l'établissement. Il engendre des temps de recherche en lits importants, mobilisant longuement des équipes soignantes à des tâches improductives prises sur le temps à passer auprès des patients et génère des tensions interservices inutiles, des transferts de patients faute de place...

...Ce constat a incité les pouvoirs publics à aborder l'aval des urgences comme un problème qu'il appartient à l'établissement de régler et non plus au seul médecin urgentiste. Les difficultés à trouver un lit d'aval ont reçu une première réponse dans la création des UHCD obligatoires depuis 2006 dans les structures d'urgences (hospitalisation < à 24h) puis plus récemment dans le développement de service d'hospitalisation du type « aval des urgences » (destiné à recevoir pour une durée limitée des patients pour lesquels un séjour en UHCD ne permet pas un bilan complet ou une stabilisation)...

... La mise en place d'un gestionnaire de lits participe également à la démarche visant à décharger le service d'urgence de la recherche d'une place. En contact avec tous les services, le gestionnaire de lits place les patients dans les unités de soins au mieux en fonction des demandes. Il a une vision à court et moyen terme des entrées et des sorties ; la gestion des lits conditionne la fluidité du parcours du patient et sa prise en charge au bon endroit par les bonnes équipes, au moment adéquat et pour une durée adaptée. Maîtriser ce processus a un impact direct sur les finances de l'établissement.

Dans ce contexte, le poste de gestionnaire de lits, généralement rattaché à la Direction de l'établissement, doit permettre d'optimiser l'organisation des hospitalisations (ou adapter l'organisation aux évolutions de prise en charge) et les parcours patients intra-hospitaliers ».

*Source : SHAM Journal n°7 de 2014, Rapport de la Cour des Comptes, Chapitre 12 Urgences hospitalières- Sécurité sociale septembre 2014, Fiche de poste Bed manager ANAP*

### 2/ PROJET DE GESTION DES LITS AU CH HYERES :

**1/ En novembre 2016 :** Mise en place d'un gestionnaire de lits à mi-temps et d'une équipe de bed management.

**2/ A terme :** Développer au sein du CH Hyères une plateforme opérationnelle de sortie (sur le modèle du CHU de Nîmes) avec une cellule dédiée (+ EMG et Espace social). Cf & 6

*Source : Fiche pratique sur l'efficiency hospitalière n°2.4 La gestion des lits- DGOS  
[www.social-sante.gouv.fr/efficience-hospitaliere](http://www.social-sante.gouv.fr/efficience-hospitaliere)*

**3/ N° DE TÉLÉPHONE DU GESTIONNAIRE DE LITS : 2766** (DECT)

**4/ Missions du gestionnaire de lits :** Annexe 1

### 5/ INDICATEURS DE SUIVI

- Délai de transfert des patients des Urgences dans les services de soins (délai par service),
- Taux de sorties le matin par service
- Pourcentage de sortie le lundi (patients > 8 jours)
- Nombre et motifs de transferts de patients dans un établissement extérieur par service
- Indicateurs d'alerte (nombre de patients en attente d'hospitalisation à certaines heures – à définir)
- Taux d'occupation et IPDMS (par rapport aux valeurs nationales)
- Pourcentage d'hospitalisations le lundi
- Délai de transfert des patients des Urgences dans les services de soins

**6/ PROJET DE MISE EN PLACE D'UNE PLATEFORME OPÉRATIONNELLE DE SORTIE :** Annexe 2

### 7/ Indicateurs Urgences 2015-2016 :

- Age moyen des patients des urgences: 42 ans
- Nombre annuel de passages aux Urgences : 35 904 en 2015 (34 953 en 2014)
- Nombre moyen de passages par jour : 100 patients
- Durée moyenne de séjour par mode de sortie (Entrée/Sortie) :
  - Domicile : 3h46
  - Transfert (établissement extérieur) : 6h44
  - Mutation interne (services MCO) : en cours
- Période de permanence de soins :
  - Prise en charge **en** période de permanence de soins (nuit de 20h à 8h le matin, + we et jours fériés) : 50% des patients des urgences
  - Prise en charge **hors** permanence de soins : 50% des patients
- Destination des patients des urgences :
  - Sorties externes (RAD ...) : 70 % des patients
  - Mutation dans les services de soins : 28% – *Moyenne régionale des services d'urgence PACA : 19,7%*
  - Transfert dans un établissement extérieur : 1.5%
- Taux de dépendance (aux Urgences) des services de soins du CH H : 59%

2016 jusque fin août	Nb d'entrées dans le service (hospitalisations complètes)	Nb de patients des Urgences transférés dans un service	Nb de patients de l'UHCD transférés dans un service	Patients des Urgences + venant de l'UHCD transférés dans un service/ Nombre d'entrées du service
MSC	915	653	170	823 (90%)
Pédiatrie	1198	954	3	957 (80%)
CSG	631	325	176	501 (79%)
M.Est	740	323	199	522 (71%)
Riondet	598	259	132	391 (65%)
USC	554	237	105	342 (62%)
Chirurgie	1341	766	50	816 (61%)
M.Ouest	847	347	144	491 (58%)
Gynéco	1387	29	2	31 (2%)
<b>Total</b>	<b>8 211</b>	<b>3 893</b>	<b>981</b>	<b>4874 (59%)</b>

▪ **Principales pathologies :**

- Médico chirurgical : 54 % (Moyenne des services d'urgence PACA : 63%)
- Traumatologie : 32.5% (Moyenne des services d'urgence PACA : 33%)
- ...



### Annexe 1 : Fiche de poste du gestionnaire de lits (Bed Manager)

**Rattachement** : Direction générale,

**Instances de rattachement** : CME, COPS, Directoire,

**Cellule de Bed management** : membres à identifier :

- Pour aide informatique et mesure d'indicateurs :
  - Contrôleur de gestion :
  - DIM :
  - Informaticien :
- Pour portage du projet :
  - Directeur référent : Monsieur M. PERROT, Directeur général,
- **Gestionnaire des lits (Bed manager)** : Médecin (+ aide Administratif) - **recrutement interne** :
  - Dr Gilles Delgado, temps dédié : 0.5ETP,
  - Sophie Riehl (TSH), temps dédié : 0.20 ETP

Planning de présence : en annexe 2

**Localisation/bureau du gestionnaire de lits** : Bureau médical des Urgences

**Tél du gestionnaire de lits** : 2766 (DECT)

- **Projet de mise en place d'une plateforme opérationnelle de sortie** : Médecin – recrutement interne :  
Dr Catherine Collet, temps dédié : 0.3 ETP – cf &6  
Localisation/bureau Plateforme opérationnel de sortie : Bureau Hémovigilance  
**Tél** : 2713 (DECT)

### MISSIONS DU GESTIONNAIRE DE LITS (CELLULE DE GESTION DE LITS) :

En parallèle de sa mission de décharger le service d'urgence de la recherche d'un lit et de placer les patients dans les unités de soins au mieux en fonction des demandes, le gestionnaire des lits a pour mission de :

**1/Organiser la mise à disposition (outil partagé) d'un tableau de bord de gestion prévisionnelle des lits** de l'établissement, remis à jour 3 fois la journée et 1 fois le nuit.

**Objectifs** : Réduire le temps passé à la recherche de lits, réduire les risques de morbi-mortalité augmentés par les délais d'attente de prise en charge adaptée, optimiser les capacités d'hospitalisation (nouvelle entrée dans la foulée).

**2/Agir sur la programmation des hospitalisations** :

- Etaler l'activité : répartition des entrées et des sorties sur tous les jours de la semaine pour d'une part, intégrer la prise en charge des patients non programmés (des Urgences\*) ayant besoin d'une prise en charge adaptée à leur pathologie et dans des délais raisonnables et d'autre part, pour lisser la charge de travail du personnel en soins et des autres personnels (secrétaires, ASH, transporteurs ...) grâce à une meilleure planification (adéquation des ressources et de l'activité).

\*28% des patients des Urgences sont hospitalisés en MCO (soit 10 500 patients en 2015) – moyenne des structures d'urgences de la région PACA : 19,7% en 2015..

- Faciliter (pour les soins programmés et les soins non programmés) le recours au plateau technique ; Imagerie, Bloc opératoire, Endoscopie : formaliser une organisation (avec des créneaux horaires réservés à l'urgence).
- Développer les soins ambulatoires lorsque possible, (alternative à l'hospitalisation complète).
- Poursuivre la préparation de la pré admission (dossier administratif et fiche de programmation dès la consultation).

**Objectifs :** Optimiser les capacités d'hospitalisation et réduire les délais de transfert des patients des urgences dans les services, optimiser le recours au plateau technique pour éviter les délais d'attente ou prolongation d'hospitalisations, lisser la charge de travail des professionnels sur la semaine.

**3/** Structurer les parcours intra hospitaliers (de la programmation du séjour et de l'entrée du patient jusqu'à sa sortie) pour assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente (« le patient au bon endroit ») :

- Travailler sur les spécificités des services avec règles d'admission et définir aussi les règles d'hébergement (et les responsabilités) des patients placés dans un service non spécialiste de la prise en charge dont ces patients relèvent (gestion des hébergés).
- Structurer les filières de soins (gériatrique ...), le recours aux avis spécialisés, et renforcer les liens avec la médecine de ville pour développer les entrées directes sans passage prolongé aux Urgences.
- Anticiper l'activité des soins non programmés des Urgences mais prévisible (en termes de périodes épidémiologiques, périodes de tension (saison estivale), principales pathologies prises en charge) pour organiser la « réservation de lits » pour les patients des Urgences, dans certains services.

**Objectifs :** Fluidifier les parcours des patients (satisfaction des patients), réduire les délais de prise en charge adaptée des patients des urgences, garantir la sécurité des soins, notamment lorsque le patient est hébergé dans une spécialité dont il ne relève pas, éviter les tensions entre services.

**4/** Optimiser la gestion des sorties des patients dans les services d'hospitalisation :

- Développer la traçabilité (et la communication aux équipes concernées) des durées prévisionnelles de sortie (lorsque possible) pour préparer la sortie et éviter des prolongations de séjours non médicalement justifiées (meilleure valorisation des séjours réalisés).
- Poursuivre l'anticipation de l'aval dès l'admission (renforcer les liens et les partenariats avec les structures extra hospitalières avec à terme des départs des Urgences en HAD).
- Réviser l'organisation du travail pour faire plus de mouvements le matin : nettoyage des chambres, rédaction du courrier de fin d'hospitalisation et sortie des patients à favoriser avant midi pour permettre de faire entrer un nouveau patient dans la foulée.
- Identifier dans les services de soins, un salon de sortie pour les patients valides (sur le modèle de MSC) en attente de transport ...
- Constituer une Commission « séjours longs » pour repérer les séjours longs, patients bloquants (notion de séjour long à définir) et rechercher des solutions alternatives (partenariats avec les structures d'aval).

**Objectifs :** Optimiser les capacités d'hospitalisation, éviter les journées non médicalement justifiées (maîtrise de la DMS et amélioration de la situation financière de l'établissement).

**5/** Dans le cadre du Dispositif **HET** - Plan Hôpital en tension (dont chaque établissement doit se doter pour répondre notamment à une situation critique de régulation des urgences hospitalières) : élaborer un plan de prévention (veille régulière de l'activité aux Urgences, règles de seuils d'alerte et mesures préventives) et un plan de gestion de crise (cible de lits d'accueil des patients non programmés, renfort de moyens matériels et humains au juste dimensionnement).

**A terme** et en étroite collaboration avec l'ORU PACA, créer un réseau de Bed management régional pour anticipation des période de tension, organisation des flux et rationalisation de l'utilisation des places en période de tension en utilisant les réseaux d'amont et d'aval.

**Objectif :** Maintenir même en période de tension la capacité de prise en charge des patients par l'établissement et garantir la sécurité des soins.

**Feuille de route du déploiement du projet de gestion des lits :** Elle se limite à lister les principaux objectifs et actions préconisés pour optimiser la gestion des lits de l'établissement. L'exhaustivité des actions à réaliser pour atteindre les objectifs sera complétée voir ajustée par la Cellule de Bed management (pilotage et suivi par le Bed manager + Administratif) en collaboration avec les services de soins.

Objectifs	Actions à réaliser pour atteindre les objectifs	Délais des actions	Qui
Intégrer le projet dans la gouvernance générale de l'établissement	Présenter le projet au Directoire et/ou CME	17/11/2016	Président/Vice président de CME
	Identifier les membres de la Cellule de Bed management + validation de leur participation	Avant le 17/11	Bed manager
	Etablir et diffuser (mail et/ou note de service) le planning du Gestionnaire des lits/Administratif de nov à fin déc 2016 + Composition de la Cellule	17/11/2016	Bed manager
Disposer d'une visualisation des lits disponibles en temps réel et en prévisionnel (lits occupés, lits réservés (programmations), lits pré disponibles (départ du patient prévu),	Formation du Bed manager-Administratif à l'utilisation du logiciel ROR (+ identifier les limites du logiciel ; possibilité d'intégrer l'activité programmée ?)	3 mois	Bed manager-Administratif Cellule de Bed management
	Evaluer le temps nécessaire pour la mise à jour de l'état des lits sur le logiciel de ROR		
Agir sur la programmation : étaler l'activité	Réviser la procédure de mise à jour de l'état des lits (3 fois par jour, 1 fois le nuit) : identifier un responsable ou des acteurs responsables	4 mois	Cadres de santé
	Former les agents concernés (à identifier) à la mise à jour en temps réel du système d'information (IDEOMED, TU...)		
Agir sur la programmation : étaler l'activité	Vérifier l'exhaustivité « Etat des lits sur le logiciel/Réalité sur le terrain »	4 mois	Bed manager-Administratif
	<i>A terme, évaluer la pertinence d'une gestion centralisée des lits.</i>		
	Initiation au contrôle de gestion à planifier pour le bed manager et Administratif		
Agir sur la programmation : étaler l'activité	Réaliser avec le service de contrôle de gestion, une cartographie chiffrée de l'organisation actuelle : indicateurs à mesurer pour connaître par service le nombre d'entrées et de sorties par jour de la semaine (+ heures des entrées et des sorties) à corrélérer avec les contraintes des services.	4 mois	Service de contrôle de gestion DIM
	Rédiger une procédure consensuelle avec les responsables des services de soins pour réviser l'organisation du travail : sortie et nettoyage des chambres à privilégier le matin (fiches de tâches à réajuster)		

<p>Agir sur la programmation : faciliter le recours au plateau technique en formalisant une organisation avec des créneaux pour l'urgence</p>	<p>Formaliser (procédure) les vacances et les modalités de recours aux plateaux techniques avec des créneaux horaires pour l'urgence (à intégrer dans les plages du privé) – définir et communiquer les critères d'urgence à respecter (indicateur à suivre)</p> <p>Analyser le taux d'occupation sur les différents jours de la semaine (+ aux différentes heures) + mesurer les délais pour l'obtention d'un RDV et les délais de rendus de résultats paracliniques (Imagerie, IRM) pour optimisation.</p> <p>Organiser la visibilité de l'occupation prévisionnelle des plateaux médico techniques par les professionnels concernés</p>	<p>4 mois</p>	<p>Bed manager-Admin istratif Responsables Plateau technique Service Contrôle de gestion</p>
<p>Agir sur la programmation : développer les soins ambulatoires</p>	<p>Fournir un « outil de travail » adapté aux professionnels de santé pour mieux prendre en compte les objectifs nationaux de développement de l'ambulatoire</p>		<p>Responsable des soins ambulatoires</p>
<p>Assurer une prise en charge lisible, cohérente et pertinente : structurer, fluidifier les parcours intra hospitaliers</p>	<p>Travailler sur les spécificités des services (thésaurus, plan de soins) avec formalisation de règles d'admission</p> <p>Formaliser des procédures pour permettre aux Urgences d'orienter les patients des urgences dans le service adapté : patients à orienter en MSC, patients à orienter dans un service de spécialités.</p>	<p>8mois</p>	<p>CME</p>
<p>Sécuriser la prise en charge d'un patient lorsqu'il est hébergé dans une spécialité dont il ne relève pas</p>	<p>Définir aussi les règles d'hébergement (+ formalisation des responsabilités médicales et paramédicales) des patients placés dans un service non spécialiste de la prise en charge dont ils relèvent (gestion des hébergés),</p>	<p>8 mois</p>	<p>CME</p>
<p>Réduire les délais de prise en charge des patients aux Urgences</p>	<p>Etablir une cartographie des Urgences : -repérer les périodes de tension, périodes épidémiologiques, -mesurer le taux de dépendance aux Urgences des services de soins</p> <p>Etudier la possibilité de « réserver des lits » pour les Urgences dans les services concernés par la population accueillie aux Urgence</p> <p>Optimiser le taux d'occupation et rotation des lits de l'UHCD en utilisant l'UHCD comme « salon de sortie » : organiser avec la participation des médecins des urgences et de l'UHCD, l'installation des patients en attente de transfert dans les lits libres de l'UHCD</p> <p>Organiser la sortie de box précoce (sur critères pré définis) des patients des urgences pour prendre en charge un nouveau patient</p>	<p>6 mois</p>	<p>Bed manager-Admin istratif Responsable des Urgences et de l'UHCD</p> <p>Responsables des services de soins</p> <p>Cadre Supérieur de santé des Urgences Médecins Urgentistes</p>
<p>Préparer la sortie du patient pour éviter des prolongations de séjours non médicalement justifiées : traçabilité des durées prévisionnelles de séjour lorsque possible</p>	<p>Elaborer avec le DIM un référentiel « durée de séjour prévisionnelle/ motifs d'hospitalisation » (intégrer la prise en compte des critères médico-sociaux)</p> <p>Rédiger une procédure de formalisation de la durée prévisionnelle de sortie (support à identifier) et de modalités de communication de la durée aux personnels concernés (paramédicaux ...)</p>	<p>6 mois</p>	<p>DIM Bed manager-Admin istratif Responsables des services Cadres de santé</p>

	Identifier dans les services de soins, un salon de sortie pour les patients valides (sur le modèle de MSC) en attente de transport ...		
Préparer la sortie du patient pour éviter des prolongations de séjours non médicalement justifiées : création d'une commission d'analyse des « séjours longs »	Définir la notion de séjours longs (par champ d'activité)  Composer un groupe de repérage des séjours longs pour recherche de solutions de sortie (règlement de la commission/fiche de missions à rédiger)	6 mois	EMG Espace social DIM Cf Annexe 2
Maintenir même en période de tension la capacité de prise en charge des patients par l'établissement	A partir des recommandations de l'ORU PACA (cf site ORU PACA, livret Hôpital en tension), rédiger une procédure de veille régulière de l'activité aux Urgences (+identifier les acteurs de la veille) Elaborer un plan de prévention comprenant les règles de seuils d'alerte et les mesures préventives Elaborer un plan de gestion de crise (cible de lits d'accueil des patients non programmés, renfort de moyens matériels et humains au juste dimensionnement)	6 mois	Référent Plan blanc des urgences
Autres missions manager-Administratif  Bed	Suivre les délais de prise en charge des urgentistes en temps réel pour identifier les causes en cas de délais importants  Suivre les délais de transfert des patients des urgences dans les services de soins et identifier les causes souvent multifactorielles pour actions correctives  Recenser les problématiques relatives à la mise en place de ce projet de gestion des lits pour réflexion aux instances concernées  Décharger le service d'urgence de la recherche d'un lit et placer les patients dans les unités de soins au mieux en fonction des demandes  Collaboration avec l'ORU PACA pour création à terme d'un bed management régional (dans le cadre HET)		Bed manager/Administratif

### Bénéfices attendus par la mise en place du projet de gestion des lits :

- Améliorer les capacités d'hospitalisation /Amélioration de la situation financière de l'établissement,
- Structurer/Fluidifier les parcours patients (hospitalisation « au bon endroit » et pour « une juste durée ») / Maîtrise de la DMS/Dans un contexte de GHT, évolution vers le projet de prise en charge commune du patient (dossier médical de territoire, équipes médicales mobiles de territoire) en formalisant les parcours intra hospitaliers,
- Réduire les risques de morbi-mortalité /Sécurité des soins,
- Diminuer les temps d'attente/Amélioration de la satisfaction des usagers,
- Diminuer les temps de recherche en lits par les médecins urgentistes pris sur le temps à passer auprès des patients/Réduction des délais d'attente,
- Eviter les prolongations d'hospitalisation non médicalement justifiées/Maitrise de la DMS,
- Améliorer les conditions de travail du personnel soignant et des autres personnels (secrétaires, ASH, transporteurs ...) en lissage de l'activité / meilleure planification des programmations,
- Maintenir même en période de tension la capacité de prise en charge des patients par l'établissement,

Annexe 1 bis : Planning de présence du Bed manager

NOV 2016	Heures prévisionnelles pour la gestion des lits (Bed manager + Administratif)	Heures réellement dédiées Bed manager + Administratif (si écart, préciser les raisons pour identifier des solutions)
8		
9		
...		
30		

DEC 2016	Heures prévisionnelles pour la gestion des lits (Bed manager + Administratif)	Heures réellement dédiées Bed manager + Administratif (si écart, préciser les raisons pour identifier des solutions)
1		
2		
...		
31		

### Annexe 2 : Projet de mise en place d'une plateforme opérationnelle de sortie

Ce projet qui vise à fluidifier la sortie des patients vient compléter le projet de gestion des lits. Dans un contexte de forte augmentation des besoins de soins d'une population particulière, sur le modèle du CHU de Nîmes, développer une plateforme opérationnelle de sortie au CH Hyères pour les fragilités médicosociales :

- Créer une Cellule multidisciplinaire qui serait chargée :
  - de favoriser le retour à domicile en organisant un suivi post hospitalisation planifié sécurisant pour le patient : appel téléphonique après la sortie pour réévaluation en lien avec les médecins pour retour éventuel...
  - ou d'organiser une continuité de prise en charge dans un établissement de soins de suite et de réadaptation, EHPAD ... impliquant alors un travail de repérage exhaustif de l'offre de soins accessible et le développement d'un réseau de communication avec les établissements extra hospitaliers et la médecine de ville.
- Organiser en interne la détection rapide des fragilités médicosociales dès l'entrée du patient dans l'établissement (SAU inclus).

Le dispositif vient en soutien au travail des assistantes sociales

#### 1/ Composition de la Cellule de gestion de la plateforme opérationnelle de sortie (temps dédié à définir) :

- 1 médecin 0.5 ETP, Dr Catherine COLLET tél : 2713
- 1 cadre de santé
- 1 AS chargé d'agir dans les services pour faire les sorties des patients identifiés par le Bed manager ou la POS.

Parties prenantes : Espace social, EMG, Cadres de santé, Médecins des services de soins, DIM/Contrôle de gestion,

**Service test** : Services des Urgences (avant généralisation)

#### Missions :

##### 1/ Repérer les fragilités médico sociales :

- Définir la notion de « fragilité médicosociale » (patient sortant sans solution de sortie ; personne présentant une dépendance fonctionnelle ou sanitaire, patient isolé ...)
- Elaborer une grille de repérage de cette population spécifique
- Organiser avec les équipes des services de soins et des Urgences le repérage des fragilités médicosociales le plus précocement possible avec alerte à la plateforme opérationnelle de sortie/Communiquer sur le projet (instances, services de soins ...)
- Composer un groupe d'analyse des séjours longs : définir la notion de séjours longs par champ d'activité, formaliser les missions du groupe et périodicité des analyses,

**Objectif** : Eviter des prolongations de séjours non médicalement justifiées

##### 2/ Evaluer la situation de fragilité de la personne pour envisager les orientations de sortie :

- Créer un outil pour connaître la personne (mode de vie, personnalité, situation familiale, sociale, économique, environnementale, professionnelle) en collaboration avec les services de soins,

##### 3/ Organiser la sortie :

- **Favoriser un retour à domicile** :

A partir de l'évaluation de la personne, la plateforme opérationnelle de sortie :

- Organise un retour à domicile, limité à un suivi téléphonique après la sortie (pour réévaluation et retour éventuel en lien avec les médecins) avec le patient et l'entourage, par la plateforme opérationnelle de sortie (calendrier de suivi et documents de traçabilité à élaborer),

- Organise un retour à domicile avec un suivi téléphonique complété par un suivi post hospitalisation : identifier et organiser le recours aux relais nécessaires avec les soignants libéraux (avis spécialisé, infirmiers, kinésithérapeute ...), la prise de rendez-vous de suivi ou de contrôle : constituer et mettre à jour régulièrement un annuaire des partenaires de la ville.
- A défaut de retour à domicile possible, **identifier des solutions alternatives** (dans les réseaux existants autour du domicile) :
  - Identifier au plus tôt la structure la plus adaptée en fonction des besoins en soins
  - Effectuer les demandes d'aval le plus tôt possible : rencontrer les partenaires d'aval et constituer et mettre à jour régulièrement un annuaire des partenaires (établissements SSR, établissements sociaux et médico sociaux (EHPAD, assistantes sociales, HAD ...) avec critères d'admission, critères géographiques des établissements ...
- Organiser la coordination des différents acteurs intervenant dans le processus de sortie (médecins, cadres, AS, ASH, ambulanciers, service social) : formaliser une procédure interne qui fait quoi sur quel document, à quel moment.

**Objectifs** : Sécuriser le retour à domicile du patient et son entourage et éviter des ré hospitalisations précoces, développer et fluidifier le lien ville-hôpital.

**4/ Communiquer au médecin traitant** : par téléphone ou transmission de courrier (procédure à formaliser)

#### Indicateurs :

Nombre de réunions du groupe d'analyses des séjours longs

Nombre de patients pris en charge par la plateforme opérationnelle de sortie par service

Nombre de patients RAD, Nombre de patients orientés dans les structures d'aval

Délai entre l'admission du patient et la demande pour une structure d'aval.

#### Bénéfices attendus :

- Réduire les dépassements de durée moyenne de séjour pour d'autres raisons que médicales
- Diminuer le temps d'attente sur les brancards aux Urgences (risques de morbi mortalité),
- Éviter les ré-hospitalisations précoces.

**Retour d'expérience du CHU de Nîmes** : « La plateforme opérationnelle de sortie (POS) a pour objectif de passer d'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours, en limitant les durées moyennes de séjour anormalement élevées dans certaines disciplines. Il s'agit de l'un des premiers services pluridisciplinaires qui travaille à la fois sur la sortie des patients, le lien avec la médecine de ville et le suivi des patients fragiles au domicile. L'idée, avant-gardiste, répond aux exigences de l'hôpital de demain : un hôpital « transitoire » qui renforce le maintien à domicile. Cette POS se veut être un pont entre la ville et l'hôpital. La POS est un projet porté par la Direction générale est soutenue par l'Agence Régionale de la Santé.

Le concept de base est de travailler sur la détection des fragilités médicosociales qui induisent des sorties complexes, donc dans la majeure partie des cas des dépassements de durée moyenne de séjour pour d'autres raisons que médicales. La deuxième réponse est d'influer sur le taux de ré-hospitalisation en proposant un suivi planifié, après le séjour à l'hôpital, avec des appels téléphoniques et des visites au domicile si besoin. Le projet fait appel à une équipe pluridisciplinaire spécialiste de la sortie, et plus particulièrement à des infirmières dites « régulatrices de sortie », chargées de trouver des solutions concernant les bed blockers (littéralement les bloqueurs de lits). La POS ne se substitue pas aux professionnels du service en charge du patient. Elle suit les possibilités de sortie : entre autres, les demandes de soins de suite et de réadaptation et d'hospitalisation à domicile réalisées dans le logiciel dédié.

En huit mois d'activité, trois cents situations différentes ont été prises en charge (l'âge moyen des patients est de 64 ans). La POS a permis, a minima, de rendre disponibles huit cents jours d'hospitalisation complète. La valorisation potentielle à huit mois, liée aux recettes supplémentaires de la réduction de la DMS, a été estimée à quatre cent mille euros. Le coût annuel de fonctionnement de la POS est de deux cent quarante mille euros. » CHU de Nîmes.

Projet Gestion des lits -Version 01 Oct 2016- CH Hyères Page 11 sur 11