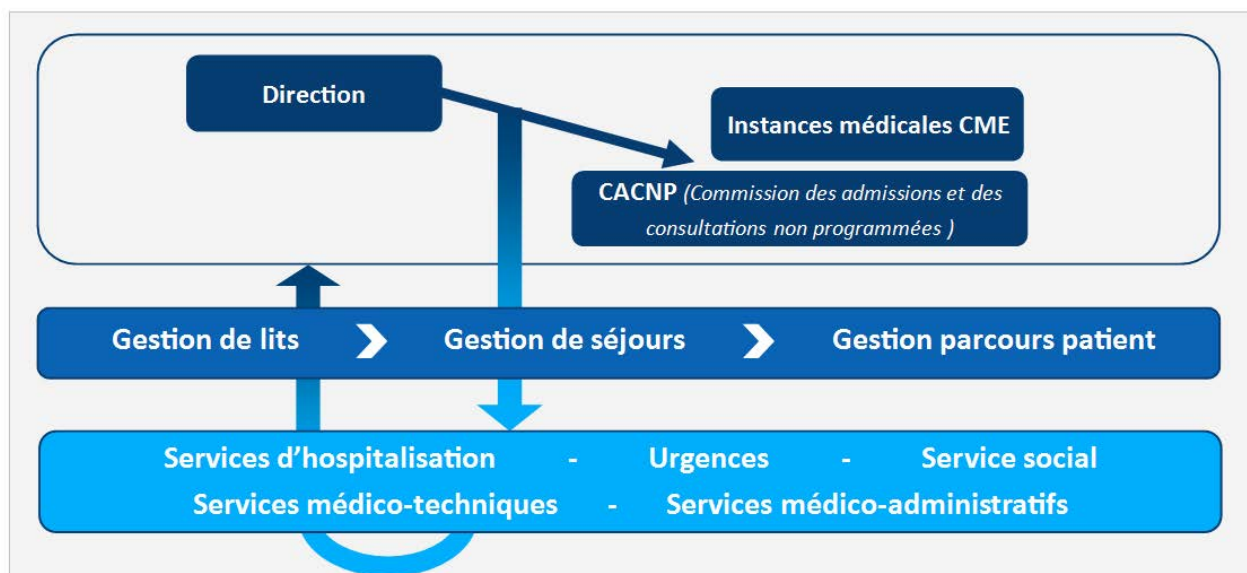


NOM DOCUMENT	RECO_BPF_GESTION DES SEJOURS_OUTILS ET ACTIONS
TYPE	Bonne Pratique Fondamentale <input checked="" type="checkbox"/> Procédure <input type="checkbox"/>
RÉDACTEURS	Véronique Bès Fonction : Chargée de mission Frédéric Rollin Fonction : Pilote
ORGANISATION OU ÉTABLISSEMENT	Groupe régional PACA - Gestion des lits, des séjours, des parcours patient
STATUT	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Proposé / non validé <input type="checkbox"/>
DATE	Octobre 2017 Version : V01
RÉSUMÉ	<p>Le document présente de manière synthétique les outils et indicateurs qui doivent être mis à disposition d'un gestionnaire des lits / séjours / parcours patients pour que son action soit efficace.</p> <p>Des points d'attention sont portés sur la définition de ce que sont les lits disponibles, la constitution de cellules opérationnelles, les séjours longs, ou encore l'interface avec les DIM.</p>
MOTS CLÉS	Gestion des lits, Gestion des séjours, Gestion du parcours patient



Sommaire

1.	OBJECTIF	3
2.	PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES.....	3
3.	PRINCIPES.....	3
4.	DESCRIPTION DES OUTILS À DISPOSITION DES ACTEURS DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT.....	4
5.	DESCRIPTION DES INDICATEURS À DISPOSITION DES ACTEURS DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT	7
6.	GLOSSAIRE	8
7.	Annexe 1 : Groupe régional gestion des lits, séjours, parcours patient.....	9
8.	Annexe 2 : Fiche technique "Cellule opérationnelle"	10
9.	Annexe 3 : Fiche technique "Indicateurs".....	11
10.	Annexe 4 : Séjours Longs	13
11.	Annexe 5 : Fiche technique "Définitions d'un lit disponible et d'un lit libérable"	15
12.	Annexe 6 : Fiche technique "Le Rôle du DIM"	16

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 patient 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 SANTÉ
- 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. PRINCIPES

Le gestionnaire de lits / séjours / parcours patient doit disposer d'outils afin de remplir ses missions et de répondre aux besoins définis par la direction de son établissement.

Il utilise des indicateurs prédéfinis qui lui permettent d'analyser la situation de son établissement.

En conséquence, il adapte les actions à mettre en œuvre.

4. DESCRIPTION DES OUTILS À DISPOSITION DES ACTEURS DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT

Outils institutionnels

Si la démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique d'établissement, il est fondamental que la gestion des lits / séjours / parcours patient s'appuie sur des outils institutionnels, de type charte, règlement intérieur, inscription dans le projet d'établissement... (cf. BPF POSITIONNEMENT MISSIONS ET ORGANISATION)

Les professionnels doivent pouvoir se référer à un document opposable :

- accessible à tout le personnel ;
- énonçant des règles construites sur une base consensuelle et cohérente, qui permettent la discussion ;
- qui s'inscrit dans une politique d'établissement assumée et reconnue.

Tous les acteurs de l'établissement doivent le connaître et le mettre en œuvre.

Outils opérationnels

Les outils informatiques

L'informatisation est recherchée pour :

- la concentration des informations sur la situation dans l'établissement ;
- la construction d'outils d'analyse.

L'outil informatique doit pouvoir cumuler plusieurs qualités. Il doit :

- permettre de dépasser les difficultés dues au cloisonnement, notamment entre les différents supports logiciels utilisés dans l'établissement ;
- être piloté avec des prérequis d'accessibilité aux moyens d'hospitalisation (exemple : outil de gestion avec visuel temps réel sortie/ménage/disponibilité/réservation/homme-femme...) ;
- donner une possibilité de visibilité de l'occupation/disponibilité des lits sur l'ensemble des sites d'un établissement (Hôpitaux multisites) ;
- assurer la remontée de l'information au plus proche du temps réel, afin d'en donner une vision fiable.
- disposer d'outils permettant d'avoir une vision prospective de l'occupation des lits (échéances des pré-admissions, des sorties prévisionnelles...)

NB. : La remontée d'information par interface informatique ne peut pas être suffisante. Elle demande d'être vérifiée et fiabilisée avant toute décision de placement de patient.

Le Portail de santé PACA

Le Portail de santé PACA (ROR) est l'outil utilisé pour le partage d'informations au niveau régional.

Il centralise la remontée des données (notamment l'activité des urgences et la disponibilité des lits d'aval), et permet de visualiser la situation des établissements voisins et des structures d'aval.

Pour mémoire, les établissements doivent assurer une saisie effective de leurs données, idéalement via l'utilisation d'un flux automatisé.

La saisie se fait au fil de l'eau pour les lits de réanimation.

La saisie doit être effectuée a minima :

- 3 fois par jour pour les lits de surveillance continue, soins intensifs, néonatalogie, maternité et chambres d'isolement ;
- 1 fois par jour, avant 15h, pour les autres disciplines.

En cas de dispositif Hôpital en tension, la saisie doit être assurée a minima 3 fois par jour.

Les outils analytiques (tableaux de bord)

La création et l'utilisation de tableaux de bord sont fortement recommandées.

Ils présentent les principaux indicateurs utiles (détaillés dans le chapitre "Description des indicateurs") et une analyse des situations qu'ils reflètent.

Ces outils doivent :

- être synthétiques et facilement lisibles,
- être accessibles en visualisation par tous les acteurs du système hospitalier,
- permettre un retour sur le fonctionnement des services et à ce titre être des outils d'analyse partagée.

Les réunions de la cellule opérationnelle

Il est recommandé d'organiser la gestion des lits / séjours / parcours patients au travers de la mise en place d'une cellule opérationnelle qui en assure la gestion courante.

Les objectifs, l'organisation et la composition de cette cellule sont décrits dans la fiche technique en annexe 2 du présent document.

Les services recours

Pour travailler efficacement, le gestionnaire des lits / séjours / parcours patient s'appuie sur un certain nombre de ressources qui permettent d'assurer la fluidité du système.

L'objectif est de lisser l'activité en travaillant sur la coordination du parcours patient.

Les assistantes sociales

Elles peuvent notamment travailler sur un score de fragilité sociale des patients, qui participe à

l'adaptation de leur prise en charge.

Elles interviennent largement sur la gestion de l'aval de l'hospitalisation et accélèrent les sorties.
Elles recensent les séjours longs.

L'équipe mobile de gériatrie

Elle est rattachée au service de gériatrie de l'établissement.

Elle accompagne la prise en charge des patients dans les services et apporte une aide à la sortie.

L'équipe mobile de soins palliatifs

Elle intervient de manière transversale dans l'établissement et permet de prendre en charge de manière spécifique les patients en fin de vie.

Elle permet éventuellement d'accélérer l'orientation de patients vers des lits dédiés ou des services de soins palliatifs.

Les équipes de nettoyage

La qualité et la réactivité des équipes de nettoyage est importante pour favoriser la remise en état au plus tôt d'un lit et/ou d'une chambre qui viennent d'être libérés, pour les rendre à nouveau disponibles pour tout nouveau besoin d'hospitalisation.

L'équipe de brancardage / transport interne

La qualité et la réactivité des équipes de brancardage est importante pour assurer la fluidité de l'ensemble des déplacements internes de patients et ne pas en faire un frein au déroulé du parcours de soins. La limitation des durées de transports doit permettre de mieux maîtriser la durée des séjours et participer à une optimisation des moyens déployés pour la prise en charge des patients.

L'ensemble des services prestataires d'examens complémentaires

Les services prestataires peuvent avoir une incidence importante sur la durée du séjour et la mobilisation des moyens associés.

La priorité doit être donnée à la rapidité de programmation des examens nécessaires et au rendu du résultat, de manière à ne pas prolonger inutilement un séjour.

La définition d'un catalogue d'actions

Comme décrits dans la publication ANAP, *une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan*, (<http://www.calameo.com/read/002395331b1568371ec21>), les actions peuvent s'organiser autour de 3 grands thèmes :

- Pré-admissions et programmation
 - Développer la pré-admission et les fiches de programmation des séjours
 - Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire
 - Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine
 - Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine
 - Justifier la pertinence d'une unité d'aval des urgences
 - Mettre en place un outil de visualisation des lits en temps réel et en prévisionnel
 - Renseigner dès la programmation et faire vivre la durée prévisionnelle de séjour par les praticiens

- Gestion du séjour - Sortie - Aval
 - Mettre en place des règles d'hébergement
 - Mettre en place une fonction de coordination des séjours
 - Préparer la sortie et anticiper l'aval
 - Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval (SSR, HAD, etc.)
 - Suivre les séjours longs
 - Structurer une filière de prise en charge intra-hospitalière
- Ajustement des ressources
 - Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité
 - Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité
 - Structurer un dispositif Hôpital en Tension (HET)

Un catalogue détaillé d'actions est également disponible sur le portail de santé PACA.
<https://www.ror-paca.fr/planhetaction/>

5. DESCRIPTION DES INDICATEURS À DISPOSITION DES ACTEURS DE LA GESTION DES LITS / SÉJOURS / PARCOURS PATIENT

Une multitude d'indicateurs peuvent être suivis. Un listing large et relativement exhaustif est disponible sur le Portail de santé PACA.

Il est recommandé d'assurer le suivi a minima des indicateurs proposés dans la fiche technique située en annexe 3.

Indicateurs d'analyse en temps réel

Ce sont les indicateurs utiles à la gestion courante, quotidienne.

Il est recommandé de développer les indicateurs prédictifs, notamment ceux donnant une visibilité sur les sorties et entrées attendues, afin d'anticiper les disponibilités à venir.

Ces estimations doivent permettre de travailler sur un point des lits prévisionnel. C'est un outil d'anticipation des difficultés d'hospitalisation, au regard duquel des actions correctives précoces peuvent être actionnées.

Indicateurs d'analyse a posteriori

Ce sont des indicateurs qui doivent servir à un travail analytique, sur l'activité non programmée et programmée de l'établissement. Cette analyse peut amener à faire évoluer les parcours patient et les pratiques courantes de prise en charge.

Il est pertinent de réaliser un travail d'analyse rétrospective long terme (12 à 18 mois d'antériorité), pour identifier s'il existe de manière cyclique :

- des besoins de lits nécessaires à l'activité non programmée ;

- des difficultés sur l'aval ;
- des séjours longs (voir annexe 4) ;
- ...

Il est recommandé de développer des indicateurs qualitatifs sur la typologie des patients et des prises en charge demandées.

Remarques méthodologiques

- La détection des difficultés demande de croiser l'ensemble des indicateurs évoqués au regard des spécificités propres à l'établissement. Selon leurs structures internes, les établissements ne sont pas sensibles à la dégradation d'indicateurs similaires.
- La gestion des lits / séjours / parcours patient doit tenir compte du contexte environnemental : épidémie, festival, période de vacances, afflux touristique, manifestation sportive majeure, pollution, état de la permanence des soins dans la médecine de ville. Ce contexte permet d'anticiper le dimensionnement des moyens.
- Les acteurs internes de l'établissement doivent être sensibilisés à la notion de lit disponible et à son adaptation en fonction de la situation (courante / tension / crise). Cf. fiche technique en annexe 5. La déclaration de cette donnée doit être fiable et effectuée au plus proche du temps réel.

6. GLOSSAIRE

- Bed manager = Gestionnaire de lits
- CACNP = Commission des admissions et des consultations non programmées
- 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-Santé 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
Docteur	FIROLONI	Jean-Denis	Médecin	CH HYERES
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 LAVÉLAN
Professeur	ROSSI	Pascal	Médecin	AP-HM NORD
Madame	SCOTTI	Marina	Cadre de santé	HIA LAVÉLAN
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-Santé ORU PACA

8. Annexe 2 : Fiche technique “Cellule opérationnelle”

Composition

Recommandation sur sa composition (à adapter par chaque établissement)

- Directeur de garde
- Médecin urgentiste (Médecin d'Accueil et d'Orientation, si possible)
- Le cadre de garde
- Le gestionnaire des lits/séjours/ parcours patient
- Cadre des urgences
- Un cadre par pôle
- Les médecins des services d'aval sont invités

Objectifs

Ces réunions ont pour objet :

- de faire un point de situation sur les lits disponibles et l'activité des urgences ;
- de régler l'orientation des patients, en utilisant les projections d'activité ;
- de trouver des solutions pour les cas particuliers de patients à orientation compliquée ;
- de superviser la gestion des hébergés.

L'objectif est d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient, dont l'hospitalisation est prononcée sur avis du médecin urgentiste. Il propose une orientation et fait le lien avec ses confrères. Les discussions se font entre services d'aval lorsque le service souhaité n'a pas de possibilité d'hébergement ou que la pathologie peut relever de plusieurs spécialités.

Organisation

Concernant leur organisation pratique, il est recommandé :

- de faire des réunions courtes ;
- de les tenir de manière quotidienne. Elles se tiennent de préférence en début d'après-midi ;
- de structurer le dispatching des patients. La discussion se fait sur la base de règles prédéfinies : charte, thésaurus, convention entre services. Les patients et les équipes des différents services sont protégés par ces règles, qui définissent les responsabilités en cas d'hébergement.

Les week-ends et jours fériés, une veille est assurée par le cadre de garde en lien avec le directeur de garde et les médecins urgentistes. Une cellule de crise HNO (Heures Non Ouvrables) les réunit en cas de tension, à la demande du Directeur de garde.

9. Annexe 3 : Fiche technique "Indicateurs"

Cette fiche technique reprend les indicateurs qu'il est recommandé d'utiliser pour la gestion des lits / séjours / parcours patient.

Chaque établissement peut développer ou identifier les indicateurs qui lui sont le plus utiles au regard de ses caractéristiques propres.

Indicateurs temps réel

- Nombre de passages aux urgences.
- Nombre de patients présents : pris en charge, vus par un médecin, vus par l'IAO, en attente d'être vus.
- Capacité effective du service des urgences, y compris brancards dans les couloirs, et taux d'occupation de ces capacités.
- Nombre de patients en attente de prise en charge en service d'hospitalisation.
- Nombre d'hospitalisations par rapport au nombre de passages, sur une durée à définir (ex : depuis 24h).
- Nombre de patients dont l'état génère une grande charge en soins et surveillance.
- Nombre d'hospitalisations cumulées issues des urgences depuis 3 jours.
- Nombre de lits disponibles dans l'établissement.
- Nombre de patients hébergés par spécialité.
- Nombre de patients hospitalisés en attente d'une solution d'aval (SSR ; HAD ; retour à domicile...).
- Nombre de sorties par service / jour.
- Nombre d'entrées par service / jour.
- Nombre d'entrées programmées par service / jour.
- Nombre de sorties SSR / jour.
- Préviation des sorties matin, après-midi, H24, H48.
- Préviation des entrées matin, après-midi, H24, H48.
- Préviation des lits disponibles matin, après-midi, H24, H48.
- Nombre de lits fermés.

Les entrées connues sont mesurées en tenant compte des entrées programmées connues et des prévisions moyennes d'entrées directes non programmées.

Les sorties connues sont évaluées sur la base des durées prévisionnelles de séjour, qui sont estimées au regard des parcours patients structurés dans les services. Les sorties attendues doivent pouvoir être déclarées 24 à 48h avant.

Indicateurs d'analyse a posteriori :

- Taux d'entrées par service :
 - par les urgences,
 - en entrée directe,
 - en programmé.
- Durée moyenne de séjour aux urgences avant hospitalisation
- Taux de sorties avant midi.

Les deux derniers indicateurs ci-dessus sont à analyser en parallèle. Une organisation pourra être qualifiée d'efficace si elle conjugue une durée moyenne de séjour courte aux urgences avant hospitalisation avec un taux de sortie avant midi important.

- Temps de passage moyen hors UHCD.
- Temps de passage moyen avec UHCD.
- Durée moyenne de séjour en UHCD.
- Pourcentage de séjours en UHCD supérieur à 24h.
- Moyennes de lits-brancards à 9h du matin.
- Taux de transfert ;
- Nombre mensuel de demandes de tension, par cause de tension.
- Nombre mensuel de tensions effectivement déclarées par cause de tension.
- Journées d'hospitalisation non pertinentes en secteur de soins critiques.
- Taux global d'admission par les urgences par rapport au nombre total d'admissions. L'établissement est d'autant plus sensible aux tensions hospitalières liées à l'activité des urgences que ce taux est important.
- DMS et IPDMS des services d'aval.

10. Annexe 4 : Séjours Longs

L'identification et la gestion des séjours longs, qui immobilisent des lits d'hospitalisation, est un enjeu de la gestion des lits / séjours / parcours patient, car ils pénalisent la rotation des ressources.

Enjeux

L'enjeu principal est de ne pas immobiliser, au-delà d'un délai pertinent les lits d'hospitalisation complète dont pourraient avoir besoin d'autres patients.

Cela recouvre des dimensions :

- d'efficacité : par l'optimisation de l'utilisation des ressources au bénéfice des patients ;
- qualitative : limiter les journées d'hospitalisation non pertinentes ;
- opérationnelle : repérer les séjours longs et étudier les possibilités de sortie avec l'ensemble des acteurs concernés ;
- managériale : prévenir chez les équipes le développement d'un sentiment d'impuissance, l'épuisement, l'absentéisme, le risque de maltraitance ;
- économique : éviter les surcoûts liés à ces séjours et éviter les pertes d'activité induites.

Définition

Selon l'ANAP, la notion de "séjours longs" doit être définie au sein de chaque établissement par champ d'activité.

Par exemple :

- dépassement de X jours par rapport à la DMS nationale ou à la DMS de l'établissement ;
- dépassement de la borne haute du GHM (*peu opérationnel tant que le séjour n'est pas clôturé et codé, hors parcours de soin pré établi*) ;
- tout séjour dépassant X jour.

Identification

Il est préconisé une réunion pluri professionnelle de revue des séjours longs, à laquelle participe le gestionnaire des lits / séjours / Parcours patient, mais également le DIM, un représentant de la Direction (le Directeur des Affaires Financières par exemple), un cadre et un praticien.

Idéalement, ce travail est réalisé service par service, avec les interlocuteurs soignants et médicaux concernés.

Pour les identifier, il est préconisé de construire un outil informatique commun pour les différents acteurs, qui puisse fonctionner par filtres : pôle ; service ; durée de séjour...

Remarques méthodologiques :

- la définition du séjour doit s'entendre comme la présence au sein de l'établissement, et pas uniquement par UF ou service ;
- un séjour prolongé d'un patient dans un établissement n'est pas considéré comme un séjour long s'il est médicalement justifié.

Gestion

Pour pouvoir solutionner les séjours longs ou atypiques, après les avoir identifiés il faut analyser les raisons du blocage.

Causes généralement décrites :

- patients "oubliés" : patients polypathologiques dont personne ne se sent responsable ;
- contexte social ou familial bloquant (exemple : refus d'accepter l'état d'un patient et l'orientation vers des structures de recours de type centre d'éveil) ;
- difficulté à trouver une solution d'aval, par absence de structure adéquate ou par méconnaissance, notamment pour les pathologies rares ;
- blocages juridico-administratifs : délais d'ouverture de droits, de mise sous tutelle, voyageurs étrangers, personnes sans papier n'étant pas en capacité de s'identifier...

À l'issue de cette analyse, il faut mener un travail de recherche de solutions auquel peuvent être associés les services sociaux, les équipes mobiles de gériatrie, les équipes mobiles de soins palliatifs...

Afin de faire fructifier un retour d'expérience, il est préconisé de protocoliser les types de prise en charge des séjours longs qui se présentent dans l'établissement.

Les patients identifiés doivent faire l'objet d'un recensement pour remontée d'information auprès de l'ARS.

11. Annexe 5 : Fiche technique “Définitions d’un lit disponible et d’un lit libérable”

Dans le cadre de la gouvernance régionale, il est proposé des définitions communes d’un lit disponible et d’un lit libérable.

C’est à ces définitions qu’il doit être fait référence lors de la déclaration des lits dans le ROR.

Lit disponible

Un lit disponible est :

Tout lit dans lequel peut être rapidement couché un patient, et pour lequel le personnel nécessaire est présent.

Cette définition peut être graduée en fonction du niveau de tension de l’établissement :

- En situation courante, ce lit ne doit pas être réservé dans les 24h.
- En situation de tension, ce lit ne doit pas être réservé pour les entrées du matin.
- En situation de crise avancée : Tout lit inoccupé, même réservé.

Il est recommandé de rendre disponible un lit inoccupé le plus rapidement possible.

Pour que cette définition soit opérationnelle, la rapidité d’accès au lit est notamment conditionnée par la réfection de la chambre (nettoyage et remise en état), à organiser si possible dans les 2 heures suivant le départ du patient précédent.

Lit libérable

Cette donnée est actuellement visible et à renseigner quand l’établissement est en tension.

Un lit libérable est :

- un lit occupé par un patient qui ne nécessite plus de soins relevant de la spécialité, en attente de mutation, de transfert ou de sortie ;
- un lit occupé par un patient décédé ;
- un lit réservé, en dehors de tout patient dont l’hospitalisation n’est pas reportable (pronostic vital engagé ou perte de chance).

Concernant les lits réservés, il est prévu des évolutions afin que cette donnée soit renseignée dans une colonne dédiée.

12. Annexe 6 : Fiche technique “Le Rôle du DIM”

Dans le cadre de la gestion des lits / séjours / parcours patients, le DIM a un rôle en amont et en aval du séjour.

Durant la période d'hospitalisation, il n'a pas de visibilité sur le séjour, n'ayant accès au dossier patient qu'une fois ce dernier clôturé.

Le DIM participe :

En amont :

- à la définition de la durée prévisionnelle des séjours (DPS) et des durées moyennes de séjour cible, en lien avec les praticiens des services. L'ANAP préconise à cette fin la création d'un référentiel de DPS par motif d'hospitalisation ;
- à la définition des indicateurs utiles au gestionnaire des lits / séjours / parcours patients ;
- à la présentation en CME du travail à mener sur les chemins cliniques en rapport aux règles, projets de loi et nouveautés réglementaires (par exemple, analyse des évolutions tarifaires et de leurs impacts sur les pratiques et chemins cliniques) ;
- à la sensibilisation des équipes médicales et soignantes sur les notions de bornes hautes et de bornes basses.

En aval :

- à la vérification de l'adéquation entre les pratiques et les IP DMS ;
- à l'analyse de la situation service par service, en lien avec le gestionnaire des lits / séjours / parcours patients.

Lorsqu'il existe, il est préconisé que le collège du DIM associe le gestionnaire des lits / séjours / parcours patients à ses travaux.