CONTRAT ZERO BRANCARD POUR LES PATIENTS EN ATTENTE D'HOSPITALISATION

HOPITAL BICETRE

Le présent contrat est conclu entre :

- L'Agence régionale de santé Ile-de-France (ci-après dénommée ARS IDF), sise 35 rue de la Gare – 75019 Paris, représentée par Monsieur Aurélien Rousseau, Directeur général ;

- L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (ci-après dénommée AP-HP), sise 3 Avenue Victoria - 75004 Paris, représenté par Monsieur Martin Hirsch, Directeur général ;

- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 3 Avenue Victoria -75004 Paris, le Pr. Noël Garabédian ;

- Le Directeur Général du Groupe Hospitalier Universitaire APHP. Université Paris Saclay, 78 rue du général Leclerc – 94275 Le Kremlin-Bicêtre, Monsieur Christophe Kassel;

- Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) du Groupe Hospitalier Universitaire APHP. Université Paris Saclay, 78 rue du général Leclerc – 94275 Le Kremlin-Bicêtre, le Pr. Jacques Duranteau ;

PREAMBULE

Le 9 septembre 2019, la ministre de la santé a annoncé le Pacte de refondation des urgences pour permettre une transformation des structures d'urgences. La mesure n°12 de ce pacte prévoit la nécessité de « fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées ». Le directeur général de l'ARS a annoncé le 29 juin 2019 cinq axes pour améliorer la qualité de prise en charge et des conditions de travail aux urgences. L'axe n°1 consiste notamment en la mise en place d'un contrat d'objectif « zéro brancard » dans les couloirs de services d'urgences en Ile-de-France, et s'inscrit donc pleinement dans la mesure n°12 du *Pacte de refondation des urgences*. Ce plan régional a pour objectifs d'instaurer dans les établissements disposant d'un service d'urgence une démarche qualité ambitieuse pour les patients et les professionnels de santé.

Ce plan est basé sur des principes majeurs :

- Un délai maximal de 3 ans pour atteindre l'objectif ;
- L'élaboration d'une feuille de route par l'établissement devant aborder les éléments systémiques à lever pour atteindre l'objectif. Cette feuille de route devra être composée de deux volets abordant les sujets de la gestion des flux d'hospitalisation et celui de l'organisation de l'accueil des flux non programmés. Dans le cadre de projet d'établissement,

la question du capacitaire en lits utiles pour l'aval des urgences pourra être soulevée afin d'aboutir à l'objectif.

- Formalisation des engagements de l'établissement de santé et contractualisation avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France ;
- Un intéressement pour l'établissement de santé composé d'un amorçage pour aider à impulser la démarche et d'un complément sous condition d'objectif. Une dégressivité sera appliquée en fonction des délais d'atteinte de l'objectif.
- Un suivi et une évaluation de la démarche à l'aide d'indicateurs définis au niveau régional

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet de définir les engagements mutuels entre les signataires dans le cadre général du projet régional « zéro brancard pour les patients en attente d'hospitalisation » et dans le cadre spécifique de la démarche de l'hôpital Bicêtre (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris). Il est constitué de 5 engagements ainsi que d'une annexe contenant la feuille de route élaborée par l'établissement.

ARTICLE 2 : PRINCIPAUX ENGAGEMENTS

Par la signature du présent contrat, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et le Groupe Hospitalier Paris Saclay s'engagent aux points suivants :

- **Engagement n°1 :** mettre en œuvre la feuille de route élaborée et annexée à ce présent document

- **Engagement n°2 :** participer à la démarche du dispositif régional d'évaluation du plan « zéro brancard » dans les couloirs pour les patients en attentes d'hospitalisation

- **Engagement n°3** : inscrire l'objectif du « zéro brancard en attente d'hospitalisation » dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'établissement.

Par la signature du présent contrat, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France s'engage aux points suivant :

- **Engagement n°4** : déclencher le processus de délégation d'une enveloppe financière d'amorçage à la signature du présent contrat

- **Engagement n°5** : déléguer une enveloppe financière complémentaire soumise dès l'atteinte de l'objectif et dans les délais du présent contrat.

Il est convenu entre les parties que le montant total de l'enveloppe financière destinée à soutenir le projet de l'hôpital du Bicêtre s'élèvera au maximum à 500 000 Euros. Les modalités de versement de cette aide, notamment le calendrier, seront déterminées avant la fin 2019 et feront l'objet d'une convention spécifique distincte de ce contrat.

ARTICLE 3 : ENTREE EN VIGUEUR DU PROTOCOLE, DUREE ET REVISION

Ce contrat entre en vigueur dès la date de signature des différentes parties. Sa durée est de 1 an reconductible tacitement et pour une période de 3 ans maximum.

ARTICLE 4 : SIGNATAIRES DU CONTRAT

Le Directeur Général de l'ARS Ile-de-France

Auréllen ROUSSEAU

Le Directeur Général de l'AP-HP

Martin HIRSCH

Le PCME de l'AP-HP

Pr. Noël GARABEDIAN

Le Directeur Général du Groupe Hospitalier APHP. Université Paris Saclay

Christophe KASSEL

Le PCME du Groupe Hospitalier APHP. Université Paris Saclay

Pr. Jacques DURANTEAU

Fait à Paris, le 18 novembre 2019

FEUILLE DE ROUTE

Zéro lit brancard

Zéro lit brancard aux urgences de l'AP-HP pour les patients en attente d'hospitalisation

Feuille de route de l'hôpital de Bicêtre

Groupe Hospitalier Universitaire APHP. Université Paris Saclay

Octobre 2019

Sommaire

1. Contexte & Enjeux 2

2. Diagnostic du SAU, de l'UHCD et des services d'aval 2

3. Plan d'action 3

3.1. Augmentation de la fluidité des passages au SAU 3

3.1.1. Réorganiser les circuits internes au sein du SAU 3

3.1.2. Structurer les circuits de prise en charge des spécialités – Focus sur le service de neurologie 3

3.1.3. Accentuer la fluidité de l'imagerie adultes 4

3.2. Optimisation du fonctionnement de l'UHCD et de ses interfaces avec les services 4

3.2.1. Maximiser le potentiel de l'UHCD 5

3.2.2. Améliorer la fluidité avec les services d'aval 5

3.2.3. Anticiper et faciliter les sorties à domicile / transferts complexes 6

3.2.4. Augmenter le capacitaire du service de gériatrie aigue 6

3.2.5. Réponse à l'appel à projet « Fonds d'innovation psychiatrie » 7

3.2.6. Structurer les filières de prise en charge des patients des urgences 7

3.3. Optimisation de la performance organisationnelle des services de spécialités d'aval des urgences 8

3.3.1. Mettre en place une stratégie et une cellule de gestion des lits 8

3.3.2. Réflexion sur l'aval de SSR spécialisé 9

1. Contexte & Enjeux

Le service des urgences adultes de Bicêtre, a accueilli en 2018 plus de 60 000 patients. C'est le septième plus gros site d'urgences de l'APHP.

Ce service rencontre des difficultés depuis plusieurs années dans les conditions de prise en charge de ses patients notamment avec des **temps de passage longs** (6h30 en moyenne pour les non admis) et de **nombreux patients hospitalisés sur brancards dans les couloirs (12 patients en moyenne en 2018)** faute de disponibilité de boxes de soins à l'UHCD.

Indisponibilité structurelle due à un manque de fluidité avec les services d'aval.

Quelques données chiffrées :

- 59% des patients non admis > 75 ans restent plus de 6H aux SAU
  - Taux le plus élevé parmi les SAU de l'APHP
- Part des séjours UHCD > à 24H : 53 %
  - Taux le plus élevé parmi les SAU de l'APHP
- Taux occupation UHCD à 18H : 68,5%
  - Taux le plus élevé parmi les SAU de l'APHP, traduisant des difficultés d'aval.

C'est dans ce contexte, que la direction du groupe Paris Saclay, du site de Bicêtre et le PCMEL souhaitent s'engager avec le service des urgences et les services d'aval dans la mise en œuvre d'un plan pour atteindre le « zéro patient hospitalisé sur brancard ».

L'engagement porte sur la mise en œuvre des différentes actions décrites ci-dessous afin de diminuer de moitié à horizon de 6 mois le nombre de patients hospitalisés sur un brancard et d'atteindre l'objectif de 0 brancard à un an, hors phénomène particulier dans le cadre d'une épidémie hivernale.

2. Diagnostic du SAU, de l'UHCD et des services d'aval

Pour atteindre cet objectif, l'enjeu premier a été d'établir un diagnostic détaillé de l'ensemble du processus de prise en charge de patients admis aux urgences puis hospitalisés.

Une analyse approfondie de l'organisation du SAU, de l'UHCD et des services d'aval a été ainsi réalisée en lien avec les professionnels concernés : chefs de services (SAU et services de spécialités) et leurs équipes, référente gestion des lits, direction de GH et de site, DIM et DAF.

L'ensemble des analyses est détaillé dans **l'annexe technique jointe au contrat**.

Nous reprendrons dans ce présent document principalement le plan d'action construit avec les différentes parties prenantes, les calendriers de mise en œuvre associé, les moyens et résultats attendus.

Deux objectifs principaux se sont dégagés de ces analyses : d'une part, une **amélioration de la fluidité des passages aux urgences** (pour les patients admis en hospitalisation et ceux non admis mais en attente d'un examen radiologique/ biologique ou d'avis de spécialistes).

D'autre part, **l'amélioration de la performance des services de spécialités (TOC, IPDMS, taux de sortie avant 12h et 15h, lits vides chaque jour à minuit, etc.)** pour optimiser l'articulation entre le niveau d'activité programmée et non programmée.

3. Plan d'action

3.1. Augmentation de la fluidité des passages au SAU

Cet accroissement de la **fluidité du passage des patients** s'inscrit dans une démarche plus globale d'amélioration des meilleures conditions de prise en charge globale intégrant l'amélioration de l'expérience-patients, les conditions d'exercice des professionnels et les interfaces avec les autres services de l'hôpital.

3.1.1. Réorganiser les circuits internes au sein du SAU

Dans ce cadre, le SAU de BCT a initié une démarche d'**optimisation des flux** depuis janvier 2019 qui a permis de réduire de plus de 20% les délais entre mai et juillet 2019.

Les actions d'amélioration, qui sont en cours de stabilisation, portent sur la **responsabilisation des agents du SAU** (sectorisation), le **pilotage fin des flux par les cadres** (fonction de cadre coordinateur du flux) et la fluidification des actes d'imagerie et de biologie.

3.1.2. Structurer les circuits de prise en charge des spécialités – Focus sur le service de neurologie

Par ailleurs, dans cet objectif de fluidification des parcours et réduction des patients en attente (plusieurs heures voire jours dans les couloirs du SAU), le site de Bicêtre s'engage dans une **structuration de ses filières de prise en charge**.

Il s'agit d'**accélérer en particulier les avis de spécialistes au SAU** (sur la base de contractualisation avec les services d'aval) et **d'identifier les modalités d'hospitalisation par filières** pour réduire les temps de « négociation » avec les services ou les admissions jugées comme « inadaptées ». Ce travail démarrera dès novembre 2019, en particulier avec les services de **neurologie et de neuro radiologie qui proposent un parcours dédié depuis les urgences.**

Modalités de mise en œuvre :

Il s'agira pour les patients du SAU qui ont besoin d'une imagerie, d'être accueillis dans le service pour la réalisation et lecture de leur examen et une orientation directe vers l'IRM au besoin, sans retour ni attente au SAU.

Une fois ces examens réalisés, le service se chargera d'organiser le parcours post-urgences du patient : hospitalisation complète / hôpital de jour / consultations post-urgences / sorties sans que le patient ne retourne physiquement aux urgences.

L'objectif étant à la fois de simplifier le parcours du patient, l'accélérer et le sécuriser mais aussi d'éviter sa stagnation à l'UHCD ou dans les couloirs du SAU.

De plus, un **DECT dédié pour les urgences** vient d'être mis en place et doit permettre une coordination efficace entre les deux services notamment pour **accélérer les avis de spécialistes** sur place ou par téléphone.

Enfin, le service de neurologie s'engage à accélérer les sorties d'UHCD et désengorger l'unité des patients relevant de la spécialité via un passage journalier d'un neurologue le matin au sein de l'UHCD avec à la clé une décision d'hospitalisation ou de sortie.

Moyens à mobiliser pour 2019 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

- une IDE pour la prise en charge et la surveillance au sein du service de neurologie en journée

- un cadre de santé (1 ETP) qui veillera à la bonne **coordination des parcours et au pilotage de sa performance** en lien avec le service des urgences

3.1.3. Accentuer la fluidité de l'imagerie adultes

Un travail a été initié sur la réduction des délais de réalisations des actes d'imagerie notamment en rendant prioritaires les urgences du SAU et en organisant un flux tiré.

L'objectif est ainsi que les patients du SAU soient directement envoyés vers l'imagerie afin de pouvoir les prendre en charge entre deux activités programmées.

Se pose la question de la surveillance de ces patients lors de l'attente potentielle dans le service d'imagerie.

Moyens à mobiliser pour 2019 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

Renforcement du service par **1ETP aide-soignant**

3.2. Optimisation du fonctionnement de l'UHCD et de ses interfaces avec les services

53% des patients restent plus de 24h à l'UHCD ce qui représente un **taux journalier de « blocage / embolisation » de 69%, équivalent à 14 places d'UHCD bloquées chaque jour** sur les 21 places existantes. C'est cet engorgement et l'indisponibilité structurelle de l'UHCD qui engendrent la présence de **12 patients hospitalisés sur les brancards dans les couloirs en moyenne chaque jour en 2018** (avec des pics allant jusqu'à 40 patients sur brancards lors des épidémies hivernales).

Par ailleurs, chaque fin de journée de l'année 2018 (à 18h), l'UHCD était occupé à hauteur de 90%, alors qu'un fonctionnement optimal de l'UHCD voudrait que l'unité soit vidée de 2/3 de sa capacité d'accueil, afin d'éviter au maximum les transferts la nuit dans les services, ou d'hospitaliser les patients sur des brancards dans les couloirs du SAU.

Une analyse fine du fonctionnement de l'unité a été réalisée afin d'identifier précisément les principales causes et adresser un plan d'action adéquat.

Six pistes d'action ont émergé :

3.1.3. Maximiser le potentiel de l'UHCD

On note à Bicêtre, un défaut de pratique de remplissage de l'UHCD. En effet, même si certains lits sont vides dans l'après-midi, les patients sont mis sur des brancards.

L'observation des pratiques et les discussions avec les professionnels mettent en exergue des difficultés de préparation des boxes d'UHCD plusieurs fois dans la journée lorsque nécessaire et possible.

Une des actions premières est donc de ré-utiliser l'UHCD comme elle devrait l'être : rotation de plusieurs patients par jour au sein d'un même lit d'UHCD.

Moyens à mobiliser pour 2019 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

- Ceci impliquerait un appui aux équipes du SAU par une intervention plus régulière en terme de **nettoyage** (réévaluation du rythme de passage du prestataire SAMSIC) pour le nettoyage des Striker/ sol/ salles de bain.

3.1.4. Améliorer la fluidité avec les services d'aval

La principale raison du nombre de patients hospitalisés sur brancard à Bicêtre réside dans le manque de fluidité avec les services d'aval.

En effet, on relève que pour la quasi-totalité des services d'aval des urgences, **la moitié des besoins d'aval ne sont pas pourvus dans les 24h.**

Les deux principaux services concernés par ces difficultés d'hospitalisation sont la **médecine interne** qui bloque près de deux lits chaque jour à l'UHCD et l'**UGA** qui en bloque un par jour.

Avec les services de maladies infectieuses, d'hépato gastro et de pneumologie, on atteint l'équivalent de près de 4 lits bloqués par jour.

Ces difficultés d'aval des urgences avec les services internes au site de Bicêtre ont bloqué au total **1786 jours à l'UHCD soit l'équivalent de 5 lits par jour** (soit 25% d'embolisation).

Plusieurs pistes ont été explorées pour améliorer la fluidité avec ces services d'aval et certains services s'y engagent.

Plan d'action prévu :

Médecine interne et neurologie :

- Réflexion à lancer pour une meilleure articulation entre le flux SAU et l'activité programmée (réflexion notamment autour du niveau de « réservation journalière de lits pour les urgences »).

Médecine interne :

- Meilleure articulation entre la PASS et l'assistante sociale du SAU.

Services des Maladies Infectieuses et Tropicales :

- Réflexion autour du parcours patient en retour de voyage et « consultation d'urgences infectieuses ».

5

Hépato-Gastro-Entérologie :

- Enjeu d'extension des plages d'accès en endoscopies
- Renforcer les liens avec les structures de SSR avec une valence gastro (Forcilles/ Bligny/ Gouin).

Moyens à mobiliser pour 2020 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

- Extension des plages d'endoscopies digestives : 1 ETP IDE

Pour tous les services concernés, élaborer avec l'HAD un partenariat afin d'identifier des filières de recours permettant de libérer des lits d'aval

3.1.3. Anticiper et faciliter les sorties à domicile / transferts complexes

43% des patients (2113) sortent à leur **domicile** après l'UHCD avec une DMS de 0,86 jour, ce qui correspond à la mission de surveillance et stabilisation de l'UHCD.

Pour autant un quart de ces patients est resté plus de 24h en 2018, bloquant l'équivalent de 458 jours.

Une analyse de ces séjours avec les équipes et l'assistante sociale du SAU a démontré qu'il s'agit en particulier de patients aux profils psycho-gériatriques (Korsakov, Alzheimer précoces, ...). **Certains patients sont restés jusqu'à 44 jours à l'UHCD.**

Plan d'action prévu :

Travail sur les retours à domicile complexes (dossiers sociaux notamment) :

- Identification dès l'arrivée des potentiels « *bed blockers* » à partir de la grille de « fragilité » mise en place récemment au SAU
- Passage journalier de l'assistante sociale du SAU à l'UHCD
- Renforcement des relations avec les services du site de BCT, P. Brousse et les partenaires externes pour trouver des alternatives de sorties préétablies

3.1.4. Augmenter le capacitaire du service de gériatrie aigue

La filière gériatrique est la filière la plus saturée une fois l'orientation des patients décidée malgré deux services d'aval : un à Bicêtre et l'autre à Paul Brousse.

Les deux services ont de très bon taux d'occupation (99% pour l'UGA de Bicêtre et 101% pour Paul Brousse).

L'objectif est d'augmenter la filière à proximité directe des urgences.

Une analyse fine de la performance de l'UGA de Bicêtre a été réalisée. Elle a mis en évidence un taux d'occupation de 99% ; une IPDMS de 1,18, une présence quotidienne des équipes de gériatrie à l'UHCD, et des sorties très bien organisées.

Cette bonne organisation du service milite pour une augmentation de ses capacités d'hospitalisation.

Il s'agit ainsi de créer **22 lits d'UGA** (12 à mi-novembre, 10 à début janvier 2019) supplémentaires.

Moyens à mobiliser pour 2019 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

Les ETP prévisionnels pour les 22 lits :

PNM : 12,84 IDE ; 11,27 aides-soignants ; un cadre de santé, 2 AMA, 0,5 assistante sociale et 0,5 kinésithérapeute

PM : 1 praticien PM à temps plein ; 1 CCA et 2 internes

3.2.5. Réponse à l'appel à projet « Fonds d'innovation psychiatrie »

Le groupe hospitalier a répondu à l'appel à projet de l'ARS afin d'améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques au SAU de Bicêtre.

Le projet vise à **structurer et renforcer l'activité de prise en charge des Urgences psychiatriques et de leur aval :**

- En renforçant la présence de personnels dédiés aux urgences psychiatriques dans les locaux du SAU, et en y proposant la création d'une chambre sécurisée (« PASS-SAU ») ;
- En créant à proximité du SAU, dans les locaux du service de psychiatrie de Bicêtre, une unité MCO d'hospitalisation continue de post-urgences psychiatriques, de 6 lits, orientée vers des séjours de très courte durée (< 72h). Cette unité permettrait d'accueillir les patients nécessitant une évaluation approfondie et les patients en attente d'orientation après leur examen au SAU (PASS -POST-SAU) ;
- En facilitant et fluidifiant les parcours de soins, de façon à améliorer la qualité des soins apportés aux patients souffrant de troubles mentaux, en articulation avec :
    - Les projets VigilanS de prévention des récurrences suicidaires, TEPAPS de télé-médecine en psychiatrie Paris Sud, sur lesquels le CHU est fortement positionné ;
    - L'ensemble des autres dispositifs de soins, au premier rang desquels les structures de secteur (PASS-PARCOURS).

3.2.6. Structurer les filières de prise en charge des patients des urgences

Par ailleurs, on relève que 80% des difficultés de fluidité d'aval de l'UHCD touchent en particulier 7 domaines d'activité dont le système nerveux (18%) ; la pneumologie (15%) ; le digestif (12%). Et ces difficultés d'aval touchent une part importante de personnes âgées : 51% >75 ans, 31% > 85 ans.

Plan d'action :

Lancer un projet de structuration des **filières de prise en charge des patients des urgences** pour les principaux domaines d'activité impactés.

- Ceci passe notamment par une contractualisation **interne au site de Bicêtre** avec les services sur leur engagement à accélérer les avis spécialisés, et de construire des critères

d'hospitalisation partagés (5 lits bloqués / jours à l'UHCD en raison de difficultés d'aval interne ; soit 23% de blocage de la capacité de l'UHCD)

- Il s'agit aussi de **renforcer les liens avec les partenaires externes** en particulier Paul Brousse (8 lits bloqués / jours à l'UHCD en raison de difficultés d'aval externe au site ; soit 40% de blocage de la capacité de l'UHCD).
- Solliciter l'HAD afin d'étudier la possibilité d'un parcours patient spécifique pour les patients aux urgences en provenance directe d'un EHPAD.

De plus, il s'agira aussi de construire des filières permettant un traitement différencié et plus rapide pour les personnes âgées pour une augmentation de la qualité et sécurité de prise en charge.

3.3. Optimisation de la performance organisationnelle des services de spécialités d'aval des urgences

Les patients des urgences ont des difficultés à trouver des places d'hospitalisation, alors que la majorité des services n'ont pas de taux d'occupation optimaux et présentent même des lits vides à minuit.

3.3.1. Mettre en place une stratégie et une cellule de gestion des lits

L'objectif est d'améliorer la fluidité entre services au sein de l'hôpital (hébergement) et au sein des filières (avec le SSR et l'HAD). En lien avec le développement de l'outil AGATHE (...) pour permettre une transparence sur l'activité programmée et gérer le flux des urgences.

Moyens à mobiliser pour 2020 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

1 gestionnaire de lits et 3 agents qui puissent l'accompagner dans les **recherches de lits, placer les malades et ordonnancer les séjours.**

> Le gestionnaire de lits / *bed manager* organise et négocie. L'équipe permet d'optimiser la gestion prévisionnelle les entrées et sorties de patients, d'optimiser les admissions et les séjours et de diminuer les transferts vers l'extérieur de l'hôpital. Il s'agit en effet d'atteindre l'objectif de zéro déprogrammation et de fluidification des parcours patients issus des urgences.

Horaires de la cellule « bed management » : 9h à 18h du lundi au vendredi et extension des horaires et des jours à terme au vu du 1er bilan.

Par ailleurs, de nombreux services d'aval de Bicêtre ont des difficultés à organiser les sorties des patients en début de journée voire dans l'après-midi ; empêchant les hospitalisations du SAU en journée.

Il s'agira donc dans la politique de gestion des lits de :

- Identifier par service les **causes ne permettant pas d'assurer un taux de sortie avant midi supérieur à 80% et de 100% avant 15h** :
  - Une **durée prévisionnelle de sortie** existe-telle systématiquement par hospitalisation dès l'admission (dans les 48h pour les urgences) ?
  - Un **processus est-il formalisé et appliqué** de sa consultation jusqu'à sa sortie ?

8

- Les **sorties administratives complexes** sont-elles efficacement anticipées ?
- Quels **freins organisationnels** : Transports / ambulances ? Nettoyage ? Formalités administratives ? ...

- Travailler sur la **pertinence des journées d'hospitalisation**
  - Définition avec les médecins de DMS cibles au-delà desquelles la pertinence des séjours est à réinterroger.
  - Analyse par le DIM des séjours spécifiques.
  - Enquête « un jour donné » sur la pertinence de l'hospitalisation (« perti journée).

Moyens à mobiliser pour 2020 (et à faire perdurer pour la totalité du contrat) :

- Appui interne par la direction des opérations du GH
- Un interne de santé publique rattaché au DIM

3.3.2. Réflexion sur l'aval de SSR spécialisé

Le groupe hospitalier réfléchit au développement de filières de SSR spécialisés qui pourront s'inscrire dans la reconduction du contrat « Zéro brancard ». Des besoins ont été identifiés en SSR « neurologie », « pneumologie », et SSR « jeunes ».