

Plan « Zéro lit brancard »

Objectif : zéro malade hospitalisé dormant sur un lit brancard aux urgences de l'AP-HP

CME du 5 novembre 2019

Pr Dominique Pateron, Jérôme Marchand-Arvier

1 Présentation de la démarche

Contexte et objectif

- Chaque jour pour, l'ensemble de l'AP-HP, **74 patients*** (moyenne 2018) **restent sur un brancard dans l'attente d'une prise en charge** en UHCD ou en service de médecine ou de chirurgie (hors pics particuliers canicule, épidémies hivernales notamment)
- Ce nombre varie entre 0 et 20 patients selon les SAU
- Ces difficultés d'hospitalisation trouvent leur origine dans :
 - des schémas capacitaires inadaptés
 - des organisations des séjours insuffisantes
 - des comportements qui ne favorisent pas la mobilisation de lits pour l'aval des urgences
 - la saturation des UHCD qui ne peuvent plus remplir leur rôle

Au 1^{er} semestre 2019 :
83 patients sur brancard
(entre 0 et 14 selon les sites)
Soit +6 patients par rapport
au 1^{er} semestre 2018

→ Objectif : trouver des solutions pour résoudre ces problématiques et atteindre « zéro malade hospitalisé sur un brancard au sein des SAU de l'APHP »

* Patients présents "admis sur brancard" à 7h le matin : nombre de présents en UHCD à 7h + nombre de présents en unité 0 lit à 7h - nombre de lits d'UHCD

Source : données PMSI



Patients admis sur brancard aux urgences adultes, présents à 7h, jan 2018-jun 2019

Moyenne quotidienne par mois

≥10

Mois	Ambroise Paré	Antoine Béclère	Avicenne	Beaujon	Bicêtre	Bichat	Cochin*	HEGP	Henri Mondor	Hôtel Dieu	Jean Verdier	Lariboisière	Louis Mourier	Pitié-Salpêtrière*	St Antoine	St Louis	Tenon	Total	Ecart en % de la valeur du mois par rapport à la moyenne annuelle	
2018	J	0.7	5.7	8.0	3.5	18.4	8.4	3.1	8.3	6.7	0.1	1.5	9.8	1.9	9.2	12.2	1.4	10.4	109.2	47.4%
	F	0.3	5.4	6.2	3.3	13.8	8.3	1.1	9.9	6.4	0.2	0.6	6.3	1.4	8.3	6.3	1.5	7.9	87.1	17.6%
	M	0.5	4.5	3.7	3.3	16.7	6.2	2.2	9.4	5.8	0.2	1.3	8.1	1.8	8.2	6.6	1.2	7.8	87.2	17.8%
	A	0.3	4.1	3.5	1.9	8.5	5.6	1.0	5.3	5.7	0.1	1.1	6.2	0.6	4.3	5.6	1.0	4.9	59.8	-19.2%
	M	0.2	2.5	2.3	3.1	6.0	4.7	2.4	6.3	5.6	0.4	1.0	6.1	0.6	4.1	5.0	0.6	6.9	57.8	-21.9%
	J	0.4	1.7	4.5	2.0	11.2	4.9	0.6	4.8	4.5	0.5	0.3	3.6	0.3	5.0	5.5	1.3	8.9	59.9	-19.1%
	J	0.2	1.6	4.7	2.7	11.0	6.9	0.2	4.3	2.8	0.2	0.3	7.4	0.8	4.4	4.6	1.7	6.6	60.5	-18.3%
	A	0.0	1.2	3.4	1.3	10.5	4.2	0.1	6.1	5.0	0.0	0.2	3.4	0.4	2.4	4.1	1.1	6.5	50.0	-32.5%
	S	0.0	1.4	2.4	3.3	8.4	5.9	0.1	3.6	4.9	0.1	0.4	2.4	0.3	2.9	6.4	0.9	7.7	51.3	-30.7%
	O	0.1	3.2	6.3	3.8	13.9	5.3	0.6	6.0	6.5	0.1	0.9	6.4	0.6	4.9	5.5	2.3	13.3	79.6	7.5%
	N	0.1	4.0	8.1	4.3	13.8	5.7	1.3	5.4	7.4	0.1	1.0	9.4	0.8	6.6	8.4	2.5	13.2	91.8	24.0%
	D	0.2	4.2	7.9	4.5	15.3	6.6	2.0	6.1	6.6	0.1	1.1	9.6	1.1	4.6	8.5	1.7	14.6	94.6	27.7%
	Total 2018	0.2	3.3	5.1	3.1	12.3	6.0	1.2	6.3	5.7	0.2	0.8	6.6	0.9	5.4	6.5	1.4	9.1	74.1	
2019	J	0.4	7.5	7.2	8.1	19.3	9.8	3.8	8.8	10.1	0.1	1.4	11.3	1.4	6.3	12.1	2.4	17.0	126.9	52.6%
	F	1.2	8.4	6.7	5.5	19.1	7.8	7.0	6.1	12.8	0.3	0.8	10.3	1.5	6.8	12.2	1.8	14.5	122.9	47.8%
	M	0.3	2.6	3.4	3.8	14.0	5.2	7.5	4.4	6.5	0.0	0.3	5.0	0.2	3.3	6.4	1.7	9.9	74.5	-10.4%
	A	0.5	2.6	6.1	3.6	12.3	6.3	6.4	2.6	9.9	0.0	0.6	5.4	1.2	2.3	7.5	1.3	10.5	79.1	-4.9%
	M	0.2	1.2	4.9	2.4	11.2	5.0	2.4	2.6	5.2	0.2	0.5	4.0	0.5	2.7	6.4	1.9	10.2	61.4	-26.2%
	J	0.0	1.0	3.1	0.8	7.8	3.2	1.3	1.1	2.3	0.2	0.6	1.4	0.3	1.8	3.4	1.2	6.6	36.3	-56.3%
1er S 2019	0.4	3.8	5.2	4.0	13.9	6.2	4.7	4.3	7.7	0.1	0.7	6.2	0.8	3.8	8.0	1.7	11.4	83.1		
1er S 2018	0.4	4.0	4.7	2.8	12.4	6.3	1.7	7.3	5.8	0.2	1.0	6.7	1.1	6.5	6.9	1.2	7.8	76.9		
Ecart	4%	-4%	11%	42%	12%	-2%	172%	-41%	34%	-43%	-26%	-8%	-24%	-41%	15%	48%	46%	8.2%		

exemple : en janvier 2018, à APR il y a eu au total 21 patients admis sur brancards présents à 7h soit en moyenne 0,7 (21/31) par jour du mois

Définition : Patients présents "admis sur brancard" à 7h le matin : nombre de présents en UHCD à 7h + nombre de présents en unité 0 lit à 7h - nombre de lits d'UHCD

Source : données PMSI traitées par DSI-DEFIP

Une action qui s'intègre dans une démarche nationale et régionale, avec des moyens dédiés

- En lien avec le pacte de refondation des urgences et le plan d'action régional Urgences de l'ARS Ile-de-France.

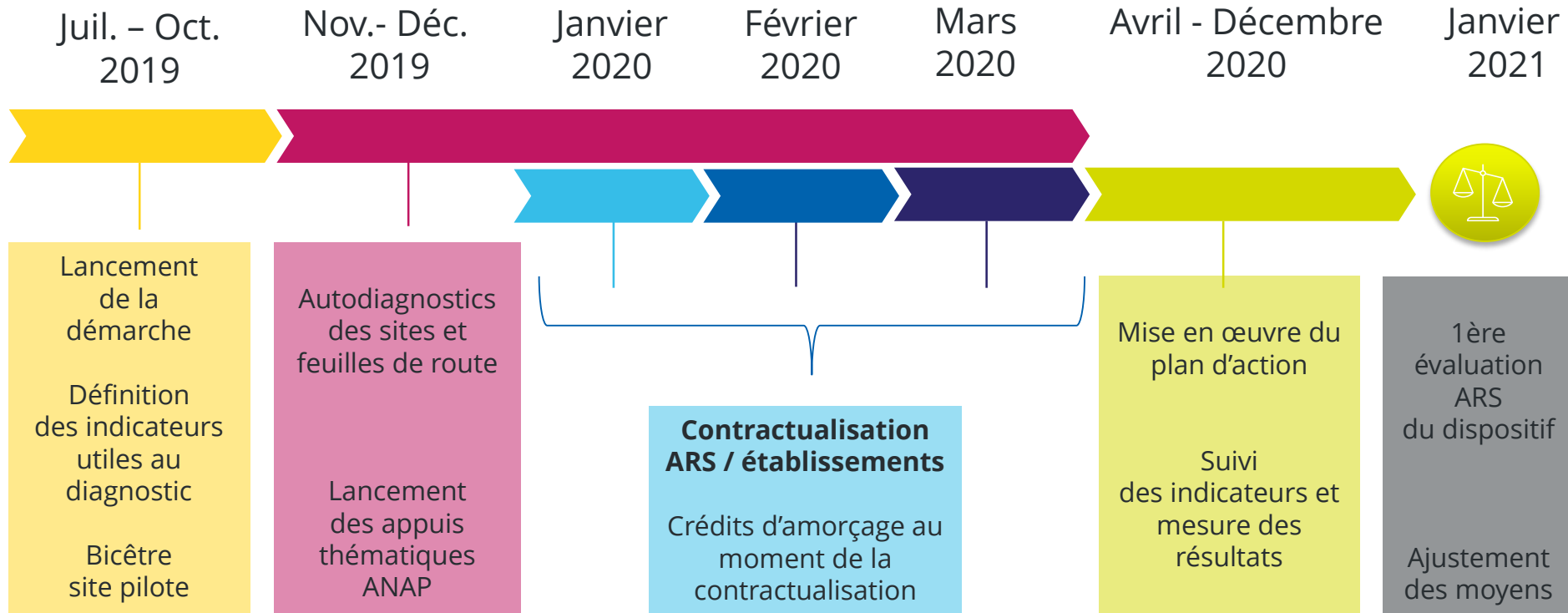
Des moyens dédiés :

- 754M€ au niveau national annoncés dans la cadre du « pacte de refondation des urgences », dont 105M€ pour la mesure 12 « Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées »
- **Des crédits sont prévus par l'ARS Ile-de-France** pour la mise en œuvre du plan d'action, **à hauteur de 10 millions d'euros environ pour l'AP-HP** : au moment de l'amorçage (signature du contrat) puis en fonction des résultats

Selon les actions qui seront prévues dans les contrats, les conséquences en seront tirées en terme d'**évolution sur le capacitaire (ouvertures de lits pertinentes pour fluidifier l'aval des urgences) et de trajectoire d'évolution de la masse salariale**

- **Contractualisation avec l'ARS sur la base d'un diagnostic et d'un plan d'actions :**
 - Garantir la pleine utilisation des moyens alloués à l'aval des urgences pour atteindre cet objectif de zéro blancard
 - Suppression des moyens si les objectifs sont non atteints
 - Renforcer la participation des services d'hospitalisation à l'aval des SAU en adressant ces moyens spécifiquement aux services mobilisés dans cet objectif
 - Renforcer un dispositif opérationnel de gestion des lits dans chaque GHU, intégrant les admissions non programmées

Calendrier



Appui apporté par la Direction générale

- Coordination : Sophie Kérambellec (en relais de Sihame Sellali depuis octobre) et Dominique Brun-Ney (DPT-DOMU)
- Définition d'un **indicateur** officiel : Patients admis sur brancard aux urgences adultes à 7h
 - **Définition** : Moyenne mensuelle du nombre de présents en UHCD à 7h + nombre de présents en unité 0 lit à 7h - nombre de lits d'UHCD
 - **Source** : données PMSI (Indicateur rétrospectif disponible pour M-2)
 - **Indicateur rétrospectif** : mise à disposition mensuelle, automatisée en janvier 2020 (données quotidiennes et mensuelles)
 - **Indicateur en temps réel** : travaux en cours
- Réalisation d'un **guide méthodologique** permettant de capitaliser la démarche réalisée sur le site pilote de Bicêtre
- Mise à disposition des sites de données d'activité et d'indicateurs
- **Analyse et échange sur le diagnostic et le plan d'action** proposé
- **Points de contact réguliers avec l'ARS** pour suivre l'avancée de la démarche
- Accompagnement possible par l'ANAP (piloté par l'ARS)

Gouvernance du projet

COPIL « zéro lit brancard »

AP-HP

Urgentistes : Pr D. Pateron (APHP. Sorbonne université), Dr S.Beaune (APHP. Paris Saclay)

Internistes : Pr O.Benveniste (APHP. Sorbonne université), Pr P.Pouchot (APHP. Centre Université de Paris)

Géiatres : Pr L.Taillet (APHP. Paris Saclay), Pr V.Fossey-Diaz (APHP. Nord Université de Paris)

Représentants des différentes directions : DGA, DPT, DOMU, DEFIP, DSAP

- Définir la vision du projet, assurer sa médicalisation et le lien avec la CME
- Valider les grandes étapes / réalisations
- Valider les activités de la période suivante

Comité projet

GHU

Un binôme médico-administratif par GHU ou site
Référénts métiers

- Mettre en œuvre et suivre les modalités opérationnelles des travaux
- Partager l'état d'avancement

Groupes de travail au sein des GHU



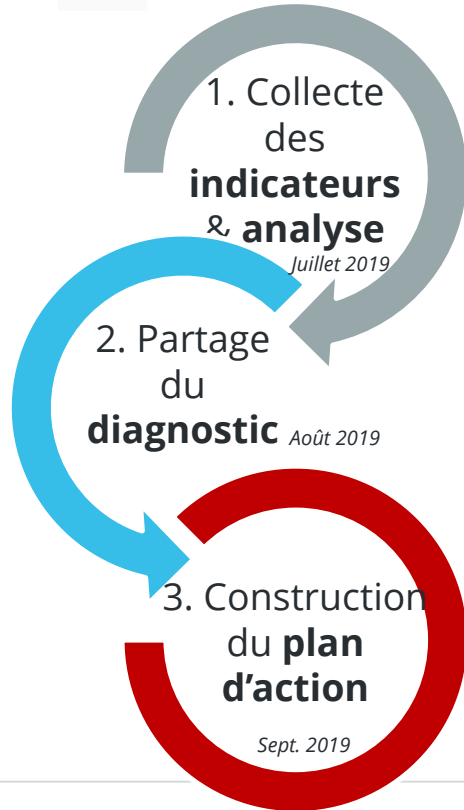
- En fonction des besoins des GHU
- Proposer des idées et initiatives pour mener le projet
- Conduire la dynamique sur le terrain

2 Exemple du site de Bicêtre

Démarche menée sur Bicêtre



Démarche



Acteurs impliqués

- DIM
- Gestionnaires des lits
- DAF
- Direction GH et site

+

- Chef de service des urgences
- Chefs des services de spécialités

+

- Cadres et équipes



Livrables

- **Etat des lieux objectifé :**
 - Nb de brancards/ jour
 - DMS des patients sur brancards
 - Profil des patients sur brancard
 - Nb de lits vides dans les services
 -
- **Diagnostic organisationnel** étayé (analyse des causes, partage d'idées,)
- **Plan d'action détaillé et contractualisation** avec 5 services de spécialités :
 - **Amélioration de l'organisation des sorties** (prédictibilité des durées de séjour, revue des processus internes, optimisation de la prise en charge des difficultés sociales des patients, ...)
 - **Augmentation du capacitaire pour l'UGA**
 - **Mise en place d'une cellule de gestion des lits**

10

Exemples d'éléments intégrés au contrat de Bicêtre

- Mise en place d'une **cellule de gestion des lits**
→ Demande de financement de PNM
- **Augmentation du capacitaire du service de gériatrie aigue (22 lits supplémentaires)**
 - Filière actuellement saturée avec 99% de taux d'occupation et 90% de sorties avant midi
 - Objectif d'ouverture de 12 lits en novembre, et de 10 lits début 2020→ Demande de financement du PM et du PNM
- **Optimiser l'occupation des lits d'UHCD** via un bio-nettoyage plus rapide des chambres
→ Demande de financement d'une prestation de nettoyage
- **Optimiser les circuits au sein du SAU et avec les services support** (Imagerie, neurologie ...)
→ Demande de financement de PNM pour sécuriser ou fluidifier les parcours
- Mise en œuvre d'un plan d'action interne afin de **faciliter les sorties /transferts complexes**
→ Pas de demande de financement. Moyens internes au GH.
- Mise en œuvre d'une **contractualisation interne au GH afin d'accélérer les avis spécialisés**
→ Pas de demande de financement. Moyens internes au GH.