

INDICE DE MATURITE GESTION DES LITS V2

NOTE METHODOLOGIQUE

ORU Occitanie, août 2024

Contexte : d'une enquête régionale à un outil national

L'enquête « Bed Management : votre état des lieux » et son Indice de Maturité du Bed Management (IMBM) afférent, ont été initialement proposés dans le cadre du dispositif de coordination territoriale des soins urgents et non programmés porté par l'ORU Occitanie. Pour accompagner au mieux les établissements dans leur gestion des lits, l'ORU a souhaité se doter d'un outil concret, auto-évaluatif, à destination des établissements pour leur permettre de se situer dans leur gestion du Bed Management, et d'identifier facilement les leviers d'action.

Cet outil prend la forme d'un **indice composite**, calculé à partir des réponses des directions d'établissements à des questions ciblées. Chaque question propose une graduation dans les modalités de réponse (5 modalités proposées), permettant de mesurer la progressivité du travail mis en place.

Au-delà de son caractère auto-évaluatif, l'indice permet également aux coordonnateurs territoriaux de l'ORU de dresser un état des lieux des situations dans chaque établissement et territoire et d'identifier les priorités dans leur accompagnement. Il est également l'un des jalons de l'évaluation du dispositif porté par l'ORU.

Après deux vagues de collecte en Occitanie à l'été 2022 et l'été 2023, l'enquête a été plébiscitée par les instances nationales (DGOS) en 2023, et tous les établissements de santé sièges de services d'urgences de France ont à leur tour été sollicités pour y répondre.

De la V1 à la V2

A l'automne 2023, les différentes ARS ont donc piloté le déploiement de l'enquête auprès des établissements de santé sièges de service d'urgences de leurs régions. Cette collecte nationale a permis de dresser un état des lieux de la gestion des lits sur les différents territoires français, et à l'échelle de la France entière. 89 % des établissements sièges de SU ont ainsi répondu.

Pour préparer la seconde vague de collecte, prévue à l'automne 2024, une concertation nationale a été menée pour recueillir les retours des ARS concernant le pilotage de l'enquête en lui-même et la

méthodologie de calcul de l'indice de maturité. A ce titre, le questionnaire initial a été amené à évoluer, pour intégrer notamment davantage de questions qualitatives, précieuses pour expliciter certains éléments de réponses, et préciser voire ajouter certains items.

Les ajouts des questions qualitatives viennent en complément du score sans l'impacter. Cependant, le calcul de l'indice de maturité a été revu pour :

- Intégrer de nouvelles questions concernant l'existence d'une cellule d'ordonnancement (Deux questions, une de pondération moyenne et l'autre de faible pondération)
- Pénaliser les établissements dont le BJML n'est pas calculable faute de données RPU de suffisamment bonne qualité (Suppression de la modalité « Non concerné », le manque de donnée de bonne qualité donne désormais une note de 0 sur cet item sans recalculer le score)
- Ajouter des modalités de réponse sur l'organisation à partir de la Durée Prévisionnelle de Séjour
- Retirer les points sur la question de l'utilisation de l'outil informatique par les médecins

Choix des items et pondération

Alors que la première version de l'enquête comportait 36 questions, toutes comptabilisées dans le calcul de l'indice, la deuxième version en compte 64 du fait de l'ajout de nombreuses questions qualitatives qui ne sont pas comptabilisées dans l'indice mais qui ont été identifiées comme utiles pour le pilotage. Finalement, ce sont 37 questions qui sont comptabilisées dans l'indice pour sa deuxième version, formant 6 composantes thématiques :

- La **Fonction de Bed Manager** (7 questions)
- Le **Pilotage** (7 questions)
- Les **Outils** (2 questions)
- Les **Leviers internes** (6 questions)
- Les **Leviers d'optimisation des parcours** (6 questions)
- Les **Procédures** (9 questions)

Le choix des items, leur formulation et les différentes modalités de réponse, ont été concertés et validés par la FEDORU après des sessions collectives de travail réunissant des représentants des ARS, de l'ANAP et de la DGOS. Cf *Annexe 1* pour le détail des modalités de réponse par question.

Les items ont des poids différents dans l'indice car ils ne traduisent pas des leviers de priorités équivalentes dans la mise en place du Bed Management et que nous retrouvons dans les différentes instructions DGOS. Certains peuvent être considérés comme secondaires mais méritent d'être valorisés lorsqu'ils sont mis en place. Les choix de pondération ont eux aussi été approuvés par la FEDORU :

- **4 items sur les 37 sont surpondérés** car ils constituent le socle de départ de toute gestion des lits. Il s'agit de 4 leviers incontournables et obligatoires, mis en avant par l'instruction du 14 décembre 2021 (relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits) :
 - o L'existence d'une fonction de Bed Manager
 - o L'existence d'une Commission des Admissions Non Programmées (ou équivalent)

- L'existence d'outil de visualisation de la disponibilité des lits sur l'établissement
- L'utilisation du BJML – Besoin Journalier Minimal en Lit

Ces 4 items comptent pour 50% de l'indice.

- **12 items sur les 37 ont une pondération moyenne, et comptent pour 35% de l'indice.** Il s'agit de leviers non incontournables mais importants.
- **Enfin, les 21 dernières questions comptent pour 15% de l'indice.** Il s'agit d'items plus précis et non prioritaires. Ils balayent les autres types d'actions qui peuvent contribuer à faciliter le parcours patient, bien que non indispensables.

La figure 1 présente les questions selon les composantes associées et les choix de pondération retenus.

Figure 1 : détail des questions par composante et niveau de pondération associé

Bed Manager	+++	Existence de la fonction de Bed Manager pour l'activité non programmée dans l'établissement
	++	Opérationnalité de la fonction BM
	++	Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales
	++	Connaissance par le BM des entrées programmées du lendemain (0 ou 4)
	+++	Existence d'une commission des admissions non programmées (ou équivalent)
	++	Commission prenant en compte l'activité programmée (0 ou 4)
	++	Gestion des lits territoriale
Pilotage	++	Existence cellule d'ordonnancement / organe dédié à la centralisation de la gestion des lits
	+	Cellule systématiquement saisie dès lors qu'un mouvement de lit est nécessaire (0 ou 4)
	+++	Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML ou équivalent (0, 1, 3 ou 4)
	++	Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour (0, 1, 3 ou 4)
	++	Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire
	+	Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire
	+	Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension (0 ou 4)
Outils	+++	Outil de visualisation de la disponibilité en lits dans l'établissement
	++	Fréquence d'actualisation de l'outil de visualisation de la disponibilité des lits
Leviers Internes	++	Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire
	+	Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)
	+	Anticipation des sorties d'hospitalisation
	+	Créneau de sorties d'hospitalisation
	+	Modalités d'entrée/de sortie
	+	Organisation du ménage
Procédures	+	Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences
	+	Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)
	+	Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD
	++	Existence d'une procédure de règles d'hébergement
	+	Existence d'une procédure de gestion des bed blockers
	+	Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires
	++	Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)
	+	Existence d'un listing des actions à mettre en place en cas de tension
	+	Formalisation du circuit de l'information et de communication
Leviers Parcours	+	Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville
	+	Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)
	+	Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)
	+	Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités
	+	Existence de conventions avec les SMR, EHPAD et premier recours Psy
	+	Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, ORU, CRT...) lorsque nécessaire

Méthodologie de calcul de l'indice de maturité

Détails des calculs :

Pour chaque item, les 5 modalités de réponses possibles donnent un nombre de point allant de 0 à 4. Plus l'établissement est mature sur l'item en question, plus il cumulera de points.

Exemple :

Existe-t-il une fonction Bed Manager dédiée à la gestion du non programmé dans votre établissement ?	Non	Prévue dans l'année	Déploiement en cours	Opérationnelle	Mature (appui sur évaluation/indicateurs)
Points associés	0	1	2	3	4

Certaines questions sont filtrées et ne sont posées que lorsqu'il est possible d'obtenir des détails sur l'item précédent.

Exemple :

Question principale	Existe-t-il une fonction Bed Manager dédiée à la gestion du non programmé dans votre établissement ?	Non	Prévue dans l'année	Déploiement en cours	Opérationnelle	Mature (appui sur évaluation/indicateurs)
----------------------------	---	-----	---------------------	----------------------	----------------	---

Si Question principale = Déploiement en cours ;
Opérationnelle ou Mature Alors -> **Question secondaire**

Question secondaire	La fonction de Bed Manager est opérationnelle :	Irrégulièrement	demi-journées (semaine)	journées (semaine)	journées (semaine + Week-end)	24h/24 7j/7
----------------------------	--	-----------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------	-------------

Ici, la deuxième question ne peut être posée que s'il existe déjà une fonction Bed Manager dédiée à la gestion du non programmé dans l'établissement.

Pour ces questions filtrées, le score n'est pas recalculé si la deuxième question n'est pas posée : il y a une double pénalité. L'établissement aura 0 ou 1 point à la question principale et 0 à la question qui en dépend.

Pour 2 des questions posées, une modalité « Non concernée » a été ajoutée :

- **Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales :** pour certains départements, les cellules opérationnelles de coordinations territoriales n'ont pas encore été mises en place par l'ORU
- **Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD :** certains établissements ne proposent pas d'HAD.

Pour ces 2 items, nous ne souhaitons pas pénaliser les établissements. Le score est donc recalculé.

Concernant l'impossibilité d'avoir le BJML faute de données RPU de bonne qualité, le score n'est plus recalculé depuis la V2 de l'IMBM. Il s'agit d'un levier obligatoire et incontournable, ce choix a été fait afin d'inciter fortement les établissements à poursuivre leurs efforts dans l'amélioration de leurs modes de sorties codés dans les RPU.

Le détail du calcul des points selon la pondération est présenté dans la Figure 2, avec les modifications à répercuter si la ou les modalité(s) « Non concerné » sont cochées par l'établissement.

Figure 2 : nombre de points par item selon le niveau d'importance et les modalités de réponse

						Valeurs pondérées		Si réponse = NC selon le niveau d'importance			
Niveau d'importance / pondération		Nb questions	pts maxi	pondération	Ramené à 100	Pts max par question	valeur d'1 pt	Nb questions	pts maxi	pts max pondéré	valeur d'1 pt
+++	50%	4	16	74	50	12,5	3,125000				
++	35%	12	48	51,8	35	2,9	0,729167	11	44	3,1818	0,7955
+	15%	21	84	22,2	15	0,71	0,178571	20	80	0,75	0,1875
100%		37	148	148	100						

Pour chaque item, le nombre de points attribués par la modalité de réponse cochée est multiplié par la valeur du point associée en fonction du niveau d'importance de l'item. Cette valeur peut être modifiée si la modalité « non concerné » est cochée pour l'une des questions de ce niveau d'importance.

Exemple 1 (sans NC) :

Questions de niveau ++	Réponses de l'établissement	Points
Opérationnalité de la fonction BM	3	$3 * 0,729 = 2,187$
Participation BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales	2	$2 * 0,729 = 1,458$
Connaissance par le BM des entrées prog du lendemain	4	$4 * 0,729 = 2,916$
Gestion des lits territoriale	3	$3 * 0,729 = 2,187$
...

Exemple 2 (avec NC) :

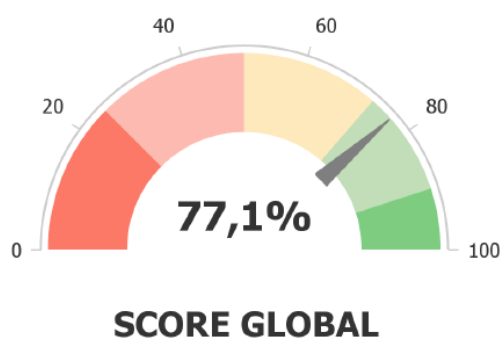
Questions de niveau ++	Réponses de l'établissement	Points
Opérationnalité de la fonction BM	3	$3 * 0,7955 = 2,3865$
Participation BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales	NC	Pas de calcul
Connaissance par le BM des entrées prog du lendemain	4	$4 * 0,7955 = 3,182$
Gestion des lits territoriale	3	$3 * 0,7955 = 2,3865$
...

Présentation des résultats :

Une fois le questionnaire complet, l'indice de maturité peut être calculé. Il est présenté selon une double approche :

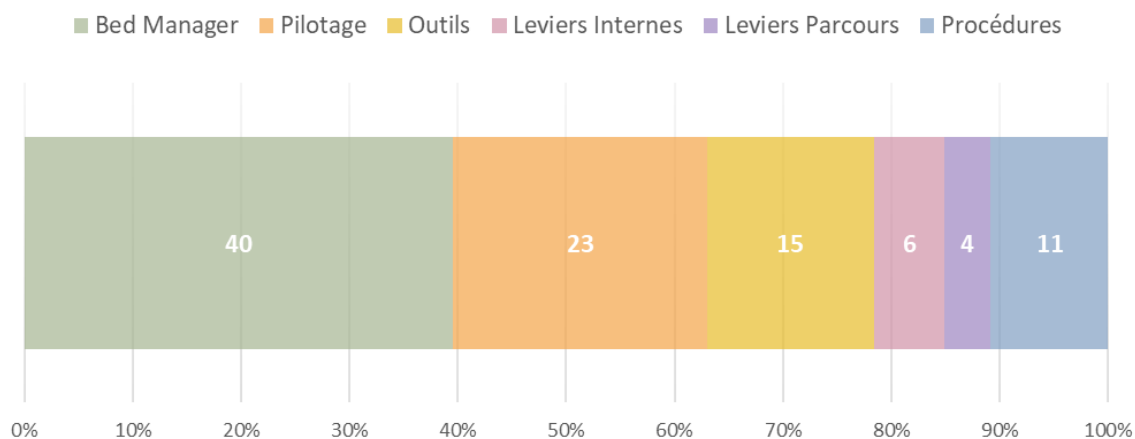
- **Un score global**, où sont sommés les points obtenus pour chaque item, avec les pondérations associées. Ce score est exprimé en pourcentage pour faciliter sa compréhension.

Figure 3 : représentation graphique du score global

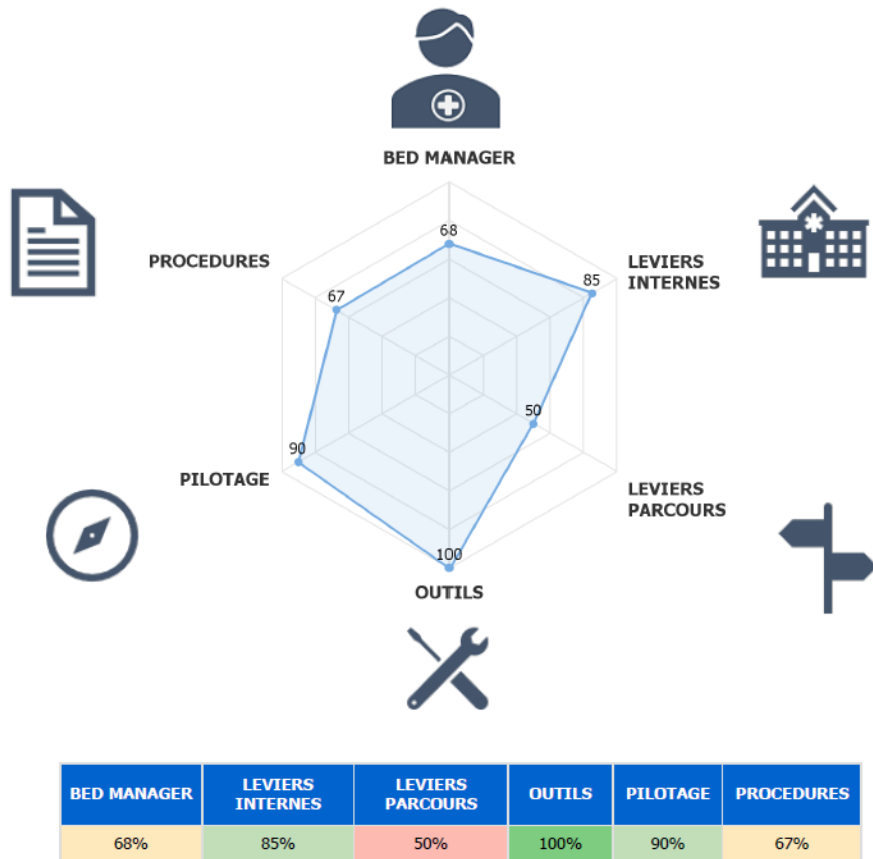


Dans ce score global, les composantes ont donc des places différentes, car sont composées d'items d'importances variables (Figure 4). La composante Bed Manager regroupe des items importants : elle compte pour 40% du score global, tandis que les Leviers Parcours, ne regroupant que des items d'importance moindre comptent pour seulement 6% du score.

Figure 4 : détail du poids de chaque composante dans le score total



- **Des sous-scores par composante, en %** : les items sont regroupés, chacun avec leur pondération, dans les composantes thématiques, et chaque sous-score est calculé par le nombre de point récoltés dans cette composante sur le maximum de points possible dans la composante.



Cette approche permet d'identifier plus facilement la ou les composantes à travailler en priorité.

ANNEXE : détail des questions avec les différentes modalités de réponse, la thématique, le niveau de pondération associé et l'évolution par rapport à la V1.

QUESTIONS PRELIMINAIRES

Nombre de lits d'hospitalisations complètes Médico-Chir hors lits critiques :

Décrivez en texte libre les éléments de gouvernance :

Qui pilote le sujet en interne ?

Quel degré décisionnel pour le bed manager ou la fonction bed management ?

Intégration de la gestion des lits dans le projet d'établissement ?

Usage de l'indice dans le pilotage de la performance ?

Autre

Libellé question	Modalités de réponse						Indications méthodologiques			
	Points de la modalité	0	1	2	3	4	NC	Thème	Poids	Evol V1-V2
Existe-t-il une fonction Bed Manager dédiée à la gestion du non programmé dans votre établissement ?	Non	Prévue dans l'année	Déploiement en cours	Opérationnelle	Mature (appui sur évaluation/indicateurs)			Bed Manager	+++	Modif.V2
La fonction de Bed Manager est opérationnelle :	Irrégulièrement	demies-journées (semaine)	journées (semaine)	journées (semaine + Week-end)	24h/24 7j/7			Bed Manager	++	
Est-ce que le Bed Manager participe aux réunions opérationnelles de coordinations/commissions territoriales ?	Absence totale	Rarement	Temps de crise seulement	Présence quasi-systématique	Présence à chaque réunion	pas de cellule dans mon dept (NC)		Bed Manager	++	Modif.V2
Le bed manager a-t-il connaissance des entrées programmées du lendemain ?	Non				Oui			Bed Manager	++	

Existe-t-il une commission des admissions non programmées (ou équivalent) ?	Non	Prévue dans l'année	Installation en cours	Opérationnelle	Mature		Bed Manager	+++	
Cette commission prend-elle en compte l'activité programmée de l'établissement ?	Non				Oui, avec alerte		Bed Manager	++	Modif.V2
Disposez-vous d'une gestion des lits territoriale (GHT/ Inter-établissements) ?	Non	Prévue dans l'année	En cours de déploiement	Opérationnelle	Mature		Bed Manager	++	
Avez-vous une cellule d'ordonnancement ou organe dédié à la centralisation de la gestion des lits ?	Non	Prévue dans l'année	Déploiement en cours	Opérationnelle	Mature		Pilotage	++	Ajout V2
La cellule ou organe pilotant la gestion des lits est-elle systématiquement saisie dès lors qu'un mouvement de lit est nécessaire ?	Non				Oui		Pilotage	+	Ajout V2
Quel est le périmètre d'action de ladite cellule (ou organe de gestion des lits) ?	Programmé	Non programmé	Les deux				Pilotage	Pas de point	Ajout V2
Autonomie sur les lits disponibles de placer des patients sans avis médical ?	Non				Oui		Pilotage	Pas de point	Ajout V2
Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML* ou équivalent : <i>BJML : Besoin Journalier Minimal en Lit</i>	Non calculable (qualité insuffisante des données RPU)	Calculable et connu mais non utilisé		Calculé et mis à disposition des urgences et des services concernés sur une base régulière, mais peu ou pas utilisé	Levier essentiel et utilisé pour la réservation des lits		Pilotage	+++	Modif.V2

Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour	Non	Non, mais appui sur la DMS		Oui, à partir d'un thésaurus théorique mis à jour régulièrement	Oui, avec réévaluation en fonction de l'évolution clinique du patient		Pilotage	++	Modif.V2
Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire (ex : Tableaux de bord ORU)	Inconnu	Saisie, sans utilité ES	Peu utilisé / pas fidèle à réalité terrain	Utilisé régulièrement pour trouver places	Utilisation systématique pour trouver places		Pilotage	++	
Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire	Jamais	Rarement	Régulièrement	Très souvent	Systématiquement		Pilotage	+	
Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension	Non				Oui		Pilotage	+	
Disposez-vous d'un outil de visualisation de la disponibilité en lits dans votre établissement ?	Non	En projet d'acquisition	Déploiement en cours	Existe	Incontournable		Outil	+++	
Cet outil est :	Fait maison				Automatisé		Outil	Pas de point	Ajout V2
Si automatisé, quel est le nom de l'éditeur :	Texte libre						Outil	Pas de point	Ajout V2
... l'outil est interfacé avec le DPI	Non				Oui		Outil	Pas de point	Ajout V2
... l'outil est interfacé avec la GAM	Non				Oui		Outil	Pas de point	Ajout V2
... l'outil est interfacé avec le ROR	Non				Oui		Outil	Pas de point	Ajout V2
... l'outil est interfacé au niveau du GHT	Non				Oui		Outil	Pas de point	Ajout V2
... l'outil intègre la DPS	Non				Oui		Outil	Pas de point	Ajout V2

Cet outil est actualisé :	1 fois/jour	2 fois/jour	4 fois/jour	Toutes les heures	Quasi temps réel (< d'1 h)		Outil	++	
Cet outil est utilisé par les médecins urgentistes	Non				Oui		Outil	Pas de point	Modif.V2
Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire	Jamais	Très rarement	Régulièrement	Très souvent	Systématiquement		Leviers Internes	++	
Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)	Non	En projet	Existe mais non protocolisée	Existe et protocolisée	Protocolisée et évaluée		Leviers Internes	+	
Les sorties d'hospitalisation sont anticipées la veille	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours		Leviers Internes	+	
Les sorties d'hospitalisation se font majoritairement	Après 18h	Entre 16h et 18h	Entre 14h-16h	Entre 12h-14h	Avant midi		Leviers Internes	+	
Les obstacles à la sortie sont :	Internes à l'établissement	Externes à l'établissement	Les deux				Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2
Avez-vous mis en place des modalités d'entrée/de sortie pour fluidifier le parcours patient ?	Non	En projet	Existe mais inadapté	Utilisation régulière	Utilisation systématique		Leviers Internes	+	Modif.V2
Préciser (choix multiple) :									
Salon d'entrée	Non	Oui mais pour quelques services seulement		Oui pour une majorité des services	Oui pour l'ensemble des services		Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2
Salon de sortie	Non	Oui mais pour quelques services seulement		Oui pour une majorité des services	Oui pour l'ensemble des services		Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2
Zone tampon	Non				Oui		Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2

J0 chirurgical	Non				Oui		Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2
Autre : ...	Texte libre						Leviers Internes	Pas de point	Ajout V2
L'organisation du ménage se fait	Par étage	à heures fixes	Non priorisée en fonction des sorties	En fonction des sorties et priorisée	En collaboration étroite avec le bed manager		Leviers Internes	+	
Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences	Non	En projet	Existe mais peu utilisée	Officialisée et utilisée	Efficiente et retex		Procédure	+	
Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)	Non	En projet	Existe mais peu utilisée	Officialisée et utilisée	Efficiente et retex		Procédure	+	
Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD	Non	En projet	Existe mais peu utilisée	Officialisée et utilisée	Efficiente et retex	Non concerné (NC)	Procédure	+	
Existence d'une procédure de règles d'hébergement	Non	En projet	Existe mais peu utilisée	Officialisée et utilisée	Efficiente et retex		Procédure	++	
Existence d'une procédure de gestion des bed blockers	Non	En projet	Existe mais peu utilisée	Officialisée et utilisée	Efficiente et retex		Procédure	+	
Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires	Non	En projet	Uniquement pour les services d'hospitalisation	Oui, y compris pour la sortie des urgences	Pour l'ensemble des services		Procédure	+	
Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)	Non	En projet	Peu actualisée	Actualisée	Actualisée et évaluée (min 1x/an)		Procédure	++	
Cette procédure inclut-elle un listing d'actions à mettre en place ?	Non	En projet	Oui, peu actualisé	Listing actualisé	Listing actualisé et hiérarchisé		Procédure	+	
Cette procédure formalise-t-elle un circuit de l'information et de communication ?	Non	En projet	Oui mais peu maîtrisé	Formalisé et diffusion en interne	Formalisé et diffusion interne et externe		Procédure	+	

Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville	Non	En projet	Existe mais non actualisé	Actualisé pour certaines spécialités	Actualisé pour tout l'établissement		Leviers Parcours	+	
Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)	Non	En projet	Dans de rares spécialités	Dans la majorité des spécialités	Dans toutes les spécialités		Leviers Parcours	+	
Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)	Non	En projet	Dans de rares spécialités	Dans la majorité des spécialités	Dans toutes les spécialités		Leviers Parcours	+	
Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités	Non	En projet	Dans de rares spécialités	Dans la majorité des spécialités	Dans toutes les spécialités		Leviers Parcours	+	
Connaissance et utilisation de l'outil potentiel ADNP de la DGOS ?	Non		Appropriation en cours		Oui		Leviers Parcours	Pas de point	Ajout V2
Existence de conventions avec les SMR, EHPAD et premier recours Psy	Aucune	En projet	Peu utilisée	Officialisée et utilisée	Utilisation optimale		Leviers Parcours	+	
Si réponse 4 ou 5, précisez lesquelles	Texte libre						Leviers Parcours	Pas de point	Ajout V2
Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, ORU, CRT...) lorsque nécessaire	Jamais	Très rarement	Ponctuellement	Régulièrement	Systematiquement		Leviers Parcours	+	Modif.V2

En bleu : les questions filtrées