



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **Henri Dunant**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**« D'un hôpital de séjours à un hôpital
de parcours »¹ :**

**L'optimisation de la gestion de la
ressource lit au CHU de Nîmes**

Julie GAUTHERET

¹ Projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Nîmes

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M. Arnaud, Directeur Général, pour m'avoir accueillie au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes et permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions.

Je remercie également M. Julien, Directeur des affaires médicales et mon maître de stage, pour sa disponibilité, son aide dans la définition du sujet et son soutien tout au long de la préparation de ce mémoire.

Je remercie, bien sûr, Mme Polito, Directrice adjointe au centre hospitalier d'Avignon, pour avoir accepté l'engagement d'encadrant mémoire, pour son aide méthodologique et ses conseils dans la rédaction de ce travail.

Je souhaite remercier M. Poher, directeur de la Clientèle et animateur de la Délégation parcours patient, pour les idées qu'il a partagé avec moi et qui ont constitué une source d'inspirations importante pour ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des membres de la délégation parcours patient et du pôle SOQCL pour m'avoir accueillie dans leurs instances et m'avoir permis de participer à leurs projets.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels qui m'ont accordé du temps pour la réalisation des entretiens et plus largement tous ceux qui ont alimenté ma réflexion lors de discussions informelles et par l'apport de multiples documents.

Enfin, je remercie tous ceux qui m'ont soutenu pendant l'écriture de ce mémoire, en particulier l'équipe de direction du CHU de Nîmes.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	4
1 L'amélioration de la gestion des lits : des enjeux multiples pour le CHU de Nîmes	7
1.1 <i>Un enjeu de santé publique : la réponse aux besoins de santé du territoire gardois</i>	7
1.1.1 Le territoire gardois : une population vieillissante et en croissance.....	7
1.1.2 Le CHU de Nîmes : une activité en croissance.....	8
1.2 <i>Un enjeu de qualité de prise en charge pour le patient : les risques liés au manque de coordination de la gestion des lits</i>	10
1.2.1 La saturation du service d'accueil des urgences	10
1.2.2 Le prolongement des séjours hospitaliers	12
1.2.3 L'hôpital plein : facteur d'accroissement de la morbi-mortalité.....	13
1.3 <i>Un enjeu médico-économique d'efficience : la réduction de la durée moyenne de séjour</i>	14
1.3.1 La réduction de la DMS et du nombre de séjours longs : un enjeu financier important pour le CHU de Nîmes.....	15
1.3.2 Un contexte financier contraint : levier d'optimisation des ressources	16
1.4 <i>Un enjeu organisationnel : un meilleur lissage de l'activité et de la charge de travail</i>	16
1.4.1 Une activité programmée instable impactant l'aval des urgences.....	17
1.4.2 Des déprogrammations sources de désorganisations	18
1.4.3 Une recherche de lits d'aval des urgences fortement consommatrice de moyens humains	19
2 Pour répondre à ces enjeux, le CHU de Nîmes a fait de la fluidité du parcours patient une priorité institutionnelle	21
2.1 <i>Les actions réalisés au CHU de Nîmes face à l'embolisation du service des urgences et au prolongement des séjours</i>	21
2.1.1 Le déploiement du DPI pour une visualisation en temps réel de l'occupation des lits.....	21
2.1.2 Une procédure hôpital en tension pour pallier au quotidien le manque de coordination de la gestion des lits.....	22
2.1.3 Une commission hebdomadaire des séjours longs pour réduire le nombre de séjours de plus 21 jours.....	23

2.1.4	La réorganisation de l'imagerie pour améliorer l'accès au plateau médico-technique.....	25
2.1.5	Un salon de sortie pour une libération plus rapide des lits	26
2.2	<i>Le parcours patient, institué comme priorité institutionnelle et incarné par une gouvernance renouvelée.....</i>	26
2.2.1	Le parcours patient au cœur du projet d'établissement du CHU de Nîmes .	26
2.2.2	La création d'une délégation au parcours patient.....	27
2.2.3	La mise en place du pôle de gestion Soins Organisation Qualité Clientèle .	28
3	De l'entrée jusqu'à la sortie, une vision globale du parcours patient au service de l'optimisation de la ressource lit	31
3.1	<i>La régulation de l'entrée : la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits.....</i>	31
3.1.1	Qu'est-ce que la gestion des lits ?	31
3.1.2	L'intérêt d'une gestion centralisée des lits démontré par les expériences existantes	33
3.1.3	L'engagement du CHU de Nîmes dans la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits	34
3.1.4	Les actions préalables à la mise en place de l'organisation cible.....	35
3.1.5	L'adhésion de la communauté médicale et de l'encadrement soignant : facteur clé de la réussite d'une telle organisation.....	40
3.2	<i>La coordination des interfaces et la préparation de la sortie pour limiter la durée de séjour</i>	42
3.2.1	La prise en charge précoce des fragilités médico-sociales	42
3.2.2	L'amélioration de l'accès aux plateaux-médicaux techniques spécialisés ...	44
3.2.3	L'identification du coût des patients médicalement sortants.....	44
3.2.4	La préparation de la sortie : enjeu de coordination entre compétences médicales, soignantes et sociales.....	45
3.2.5	Une plateforme médico-sociale de services pour coordonner l'après-hospitalisation des situations complexes.....	47
3.2.6	L'optimisation du processus de sortie pour faciliter le lissage des sorties sur la journée.....	48
	Conclusion	51
	Sources et Bibliographie.....	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARDU : Anesthésie, Réanimation, Douleur, Urgences

ARS : Agence Régionale de Santé

BESPIM : Biostatistique, Epidémiologie, Santé Publique et Information Médicale

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COQ : Comité Opérationnel Qualité

CME : Commission médicale d'établissement

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée moyenne de séjour

DPI : Dossier Patient Informatisé

DPP : Délégation Parcours Patient

DPS : Durée Prévisionnelle de Séjour ou Date Prévisionnelle de Sortie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GHS : Groupe Homogène de Séjour

HAD : Hospitalisation A Domicile

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEAH : Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NACRE : Neurologie, Addictologie, Cardiologie, Rééducation, Endocrinologie

NHS : National Health Service

OECD : Organisation for Economic Cooperation and Development

PUPH : Professeur des Universités Praticien Hospitalier

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SAGU : Service Ambulancier Gardois pour l'Urgence

SAU : Service d'Accueil des urgences

SOQCL : Soins, Qualité, Clientèle

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

USINV : Unité de Soins Intensifs Neuro-vasculaire

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

Introduction

Ces dernières années, le développement de l'ambulatoire, en particulier de la chirurgie ambulatoire, et le déclin des autorisations de lits auraient presque rendu la notion de lits obsolète. Pourtant, le lit est redevenu subitement une préoccupation de premier plan avec l'attention portée à la problématique du désengorgement des services d'urgences. Ainsi, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a annoncé le 26 avril 2013, le lancement d'un programme national d'amélioration de la gestion des lits piloté par les agences régionales de santé (ARS) et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

En effet, le lit est une ressource stratégique de l'hôpital. C'est d'abord une ressource matérielle, un actif physique qui permet l'accueil des patients. Mais, le lit constitue surtout un actif fondamental et symbolique pour l'hôpital. C'est une unité d'œuvre, une unité de référence pour le calibrage des ressources soignantes : « combien de lits par infirmière ? », pour l'activité : « quel est le taux d'occupation des lits ? », comme pour la définition des projets architecturaux : « un bâtiment de combien de lits ? ». C'est aussi un symbole de territoire voire de pouvoir pour les médecins : « j'ai un service de tant de lits ». Surtout, le lit reste aujourd'hui, malgré le développement de l'ambulatoire, le « substrat principal de l'activité hospitalière »².

Pourtant, cette ressource stratégique qu'est le lit n'est que faiblement gérée au niveau établissement dans la plupart des hôpitaux. Un management transversal intervient seulement pour les fermetures périodiques de lits, pour la définition des tailles d'unités dans le cadre d'un nouveau bâtiment ou lors des situations de crise avec afflux de victimes. Le lit reste donc essentiellement géré au niveau des unités de soins, en grande partie par les cadres de santé.

Cette organisation a peut-être perduré malgré les évolutions managériales et le déploiement des systèmes d'information hospitaliers car le lit est une ressource relativement abondante dans les établissements de santé français. Avec 6,4 lits pour 1000 habitants, la France se situe bien au dessus de la moyenne de l'Union Européenne qui s'établit à 5,3³.

² MEAH, *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences*, avril 2008.

³ OECD, *Health at a glance : Europe 2012*, novembre 2012.

Fort de près de 2000 lits et places d'hospitalisation, dont 986 lits d'hospitalisation de court séjour, l'amélioration de la gestion des lits constitue un projet majeur pour le CHU de Nîmes. Le CHU de Nîmes est un établissement de santé dynamique dont l'activité suit une tendance croissante sur les dernières années. De plus, afin de mieux répondre aux besoins du territoire le CHU développe des activités nouvelles, comme la neurochirurgie ou les soins palliatifs, et construit de nombreux partenariats avec les acteurs publics et privés du territoire gardois. Inscrit dans le projet médical dès 2011, l'amélioration des parcours hospitaliers des patients est une priorité institutionnelle forte qui s'illustre à la fois dans les orientations stratégiques de l'établissement et dans la gouvernance mise en place pour travailler sur cette problématique.

L'amélioration de la gestion de lits est un angle de vue du parcours patient. En effet, le lit est le support physique du patient pendant son hospitalisation. Optimiser l'utilisation des lits conduit donc à optimiser le parcours du patient au sein de l'hôpital. Mais, il s'agit, en plus, d'optimiser une ressource limitée et donc de concilier les parcours des différents patients au sein de l'hôpital en tenant compte des orientations médicales. L'amélioration de la gestion de lits doit donc être comprise dans ses deux acceptations.

Ainsi, en quoi l'optimisation de la gestion des lits constitue-t-elle un enjeu majeur pour le CHU de Nîmes ? Et comment l'amélioration de la fluidité des parcours patients de l'entrée à la sortie d'hospitalisation peut-elle permettre d'optimiser la ressource lit ?

Bien que le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoire participent à l'optimisation de la gestion des lits, la réponse à ces interrogations sera concentrée sur l'hospitalisation conventionnelle. En effet, le développement de l'ambulatoire seul pourrait faire l'objet d'une analyse propre.

En outre, les réponses sont recherchées dans l'organisation et les ressources internes de l'hôpital. Bien sûr, des facteurs extérieurs influencent l'utilisation des lits dans l'établissement. Ainsi, la permanence des soins ambulatoires pourrait être améliorée pour mieux réguler l'entrée des patients dans des parcours hospitaliers. De même, les solutions d'aval pourraient être optimisées pour mieux répondre aux besoins des établissements de santé. Mais, le choix est fait de traiter ici la gestion des lits comme un véritable projet d'efficience interne.

Après avoir analysé les enjeux liés à l'amélioration de la gestion des lits pour le CHU de Nîmes, les actions déjà réalisées ainsi que la gouvernance mise en place seront

exposées. Puis, un plan d'actions coordonnées articulé autour de la régulation de l'entrée et l'organisation de la sortie du patient sera proposé afin d'amplifier la dynamique d'optimisation de la ressource lit dans l'établissement.

Méthodologie

Pour traiter ce sujet, la méthodologie choisie repose sur la combinaison de plusieurs approches.

Ainsi, le propos s'appuie sur une recherche bibliographique nationale et internationale. Cette recherche permet de valider les enjeux présentés à l'aide d'études de recherche cliniques publiées dans des revues internationales reconnues. Elle permet également de s'appuyer sur des expériences existantes pour proposer des actions améliorations concrètes.

Cette recherche bibliographique a été complétée par une recherche de documentation interne au CHU. En effet, de nombreuses enquêtes, études ou analyses ont été produites en interne ces dernières années, notamment sur la question du prolongement des séjours d'hospitalisation, par diverses directions ou commissions. Ainsi, le propos développé s'appuie, bien sûr, sur le projet d'établissement et le projet médical mais aussi sur le schéma directeur des coûts, le projet du service social, le projet clientèle, une étude sur le prolongement des séjours pilotée par le comité opérationnel qualité, une enquête réalisée par la commission d'analyse des durées moyennes de séjours ainsi que sur des données produites par la commission des séjours longs. Les sources internes alimentant l'ensemble de la réflexion sont donc nombreuses et variées.

De plus, dans le cadre du second stage hospitalier, j'ai intégré la délégation parcours patient et le pôle de direction soins, qualité, clientèle qui sont les deux instances traitant spécifiquement de ces questions. A ce titre, j'ai notamment participé à la rédaction de la réponse du CHU à l'appel à candidature de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) dans le cadre du programme national de gestion des lits. J'ai également présenté le concept de gestion des lits ainsi que des expériences existantes en comité opérationnel parcours patient. Cette présentation a été l'occasion d'analyser le point de vue des acteurs présents à travers leurs questions et leurs commentaires. Au-delà, la participation à ces instances m'a permis d'utiliser l'observation directe pour écouter et analyser les discours des différents acteurs sur cette thématique.

Enfin, cette méthodologie a été complétée d'une approche par entretien. J'ai réalisé vingt entretiens (voir annexe 1). Au niveau institutionnel, j'ai pu échanger avec le directeur

général, le directeur général adjoint et le président de la commission médicale d'établissement. J'ai également réalisé des entretiens avec le chef du pôle Chirurgies, président de la délégation parcours patient et le directeur de la Clientèle, co-animateur de cette délégation. D'autres entretiens ont été réalisés avec des acteurs institutionnels et des professionnels de terrain. Ces entretiens n'ont pas été conduits selon une grille type. En effet, certains professionnels ont été rencontrés concernant une problématique spécifique du sujet alors que d'autres entretiens portaient sur le sujet dans son ensemble.

Le choix d'une enquête par questionnaire n'a été pas retenu. En effet, une enquête sur les facteurs d'allongement de la durée de séjour avait déjà été réalisée auprès des cadres de santé l'année précédente.

Cette méthodologie combinant différentes approches permet une vision globale du sujet. De plus, le statut d'élève directeur donne vis-à-vis des personnes rencontrées, un positionnement particulier, qui leur permet d'exprimer leurs opinions et leurs visions de la problématique étudiée assez librement vis-à-vis de l'institution.

1 L'amélioration de la gestion des lits : des enjeux multiples pour le CHU de Nîmes

La gestion des lits apparaît à première vue comme un problème organisationnel de l'établissement. Il s'agit pourtant d'un enjeu stratégique. Ainsi, de la qualité et la sécurité des soins à l'efficience médico-économique en passant par la réponse aux besoins de santé du territoire, l'optimisation de l'utilisation de la ressource lit répond à de multiples défis concernant l'ensemble des professionnels de l'établissement.

1.1 Un enjeu de santé publique : la réponse aux besoins de santé du territoire gardois

1.1.1 Le territoire gardois : une population vieillissante et en croissance

Le territoire gardois compte 701 883 habitants en 2009⁴. Selon une analyse prospective de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), la population du département s'élèvera à plus de 860 000 habitants en 2030 et plus de 890 000 en 2040. Ces données correspondent à une croissance annuelle de la population comprise entre 0,6% et 1% par an. Cette croissance serait majoritairement le fruit d'un solde migratoire positif en particulier avec les départements limitrophes que sont les Bouches-du-Rhône, le Vaucluse et l'Hérault. Le dynamisme démographique du département du Gard nécessite donc l'existence de structures hospitalières adaptées permettant de répondre aux besoins d'une population en croissance.

A cette croissance de la population s'ajoute un vieillissement prévisible de la population gardoise. Ainsi, alors que la population totale du département augmentera de 21% entre 2010 et 2030, la population âgée de plus de 80 ans progressera de 60% sur la même période. Le graphique présenté en annexe (voir annexe 2) montre clairement cette perspective de vieillissement de la population gardoise. De plus, la croissance démographique des plus de 60 ans dans le Gard sera plus élevée de 27% que celle prévue pour l'ensemble de la France métropolitaine. Malgré les évolutions épidémiologiques et techniques, l'ampleur du vieillissement de la population projeté dans le Gard laisse présager un accroissement du recours aux soins hospitaliers dans les prochaines années. Ainsi, le rapport de la DREES affirme, « L'augmentation de la

⁴ Insee, Données locales, mise à jour 28 juin 2012.

population âgée n'aboutit donc pas obligatoirement à une explosion du recours aux soins hospitaliers en MCO. Les patients âgés les plus fragiles nécessiteront cependant toujours un recours à des structures hospitalières lourdes similaires à celles qui assurent les soins aigus aujourd'hui »⁵. Le CHU de Nîmes, pivot de l'offre de soins hospitaliers du département, doit anticiper ses évolutions pour être en mesure de toujours répondre efficacement aux besoins de la population dans les années à venir.

De plus, le taux d'équipement du département du Gard en lits et places MCO est nettement inférieur à la moyenne nationale avec 3,24 lits pour 1000 habitants en 2011 contre 3,87 en moyenne au niveau national⁶. En médecine, le taux d'équipement du Gard en lits et places est inférieur de plus de 23% à la moyenne nationale. En effet, le département ne compte que 1,55 lits et places pour 1000 habitants contre 2,03 au niveau national. Afin d'organiser les filières de soins et de mieux répondre au besoin du territoire, les établissements publics du Gard⁷ se sont réunis en communauté hospitalière de territoire (CHT) dès 2011. La CHT est fédérée par un projet médical commun articulé autour de quinze thématiques correspondant aux différentes filières de prises en charge. Ceci permet de mieux coordonner l'offre de soins au niveau territorial par le recours à la télémédecine et à des temps médicaux partagés entre les différents établissements.

Cette spécificité du territoire gardois, en croissance et vieillissant, dont le CHU de Nîmes constitue le maillon central de l'offre hospitalière, rend encore plus nécessaire l'optimisation des organisations pour répondre aux besoins de la population aujourd'hui et demain.

1.1.2 Le CHU de Nîmes : une activité en croissance

Le CHU de Nîmes en quelques chiffres

11 pôles médicaux et **5** pôles de gestion

5631 agents dont 1064 médecins et 3654 soignants

1924 lits et places dont :

- 530 de médecine,
- 250 de chirurgie,
- 75 de gynéco-obstétrique,
- 50 d'hospitalisation à domicile,
- 414 de soins de suite et de réadaptation,

62 068 passages aux urgences

⁵ MOUQUET Marie-Claude & OBERLIN Philippe, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 » in *Dossiers solidarité et santé*, DRESS, 2008, n°4.

⁶ STATISS 2011

⁷ CH d'Alès-Cévennes, CH de Bagnols-sur-Cèze, CH d'Uzès, CH de Pont-saint-Esprit, CH de Pontetils et Bresis, CH Le Vigan, CHU de Nîmes

114 157 séjours dont 76 080 en Médecine, Chirurgie, Obstétrique

292 974 consultations externes

5.38 jours de DMS en MCO

367 840 000 € de budget

Données 2012

En cohérence avec l'augmentation de la population du Gard, le CHU a accru son activité ces dernières années. Ainsi, le nombre de séjours en hospitalisation conventionnelle progresse dans l'établissement : +4.6% entre 2009 et 2012⁸. Durant la même période, le nombre de séjours en hospitalisation de jour augmente également de 12%. Ainsi, malgré le développement progressif de l'ambulatoire, l'activité en hospitalisation complète du CHU reste dynamique. Cette progression semble se poursuivre sur l'année 2013 avec une augmentation du nombre de séjours en hospitalisation complète de 2.13% en cumulé entre le 31 août 2012 et le 31 août 2013.

Ce dynamisme résulte en partie d'un accroissement d'activité des services existants. Ainsi, entre fin août 2012 et fin août 2013, plusieurs pôles affichent une croissance du nombre de séjours en hospitalisation complète malgré un dynamisme important de l'ambulatoire. Ainsi, sur cette période, le nombre de séjours en hospitalisation conventionnelle augmente de 2.73% sur le pôle Chirurgies, de 6.62% sur le pôle Oncologie et de 5.28% sur le pôle Femme-enfant.

Cette croissance de l'activité s'explique aussi par le développement d'activités nouvelles afin de mieux répondre aux besoins de santé du territoire. Ainsi, en 2012, le CHU de Nîmes a ouvert une unité de 46 lits de SSR en addictologie, un service dédié de 10 lits de neurochirurgie, une unité de soins palliatifs et a augmenté la capacité d'hospitalisation de l'Unité de Soins Intensifs Neuro-vasculaire (USINV). Pour améliorer la prise en charge aux urgences, le CHU a également restructuré son service d'urgences et crée une « zone d'attente d'hospitalisation » où les patients diagnostiqués et stabilisés peuvent bénéficier d'une surveillance médicale, de soins de nursing et d'une prise en charge hôtelière dans l'attente d'un lit d'hospitalisation dans un service approprié.

Cette augmentation d'activité devrait se poursuivre dans les prochaines années. En effet, une étude réalisée pour le CHU de Nîmes prévoit une croissance d'activité tous types de séjours confondus de 8.3% sur la période 2012-2017⁹. Pour continuer à assurer une réponse efficace aux besoins de santé de la population, la fluidification du parcours du patient est essentielle étant donné le contexte local d'accroissement de l'activité, de croissance et de vieillissement de la population à court et moyen terme.

⁸ Rapports d'activité 2012 du CHU de Nîmes

⁹ Etude PKCS Conseil Santé pour le CHU de Nîmes, données ATIH, INSEE avec les hypothèses suivantes : taux de recours, mode de prise en charge et parts de marché stables.

1.2 Un enjeu de qualité de prise en charge pour le patient : les risques liés au manque de coordination de la gestion des lits

L'amélioration de la gestion des lits n'est pas seulement un enjeu de santé publique mais aussi un enjeu de qualité de prise en charge pour le CHU de Nîmes. En effet, les défauts d'optimisation du parcours patient, donc de l'utilisation des lits, en créant des situations de surcharge aux urgences, des prolongations inutiles de séjours et des situations dites d' « hôpital plein » augmentent les risques de non-qualité de la prise en charge pour les patients.

1.2.1 La saturation du service d'accueil des urgences

Les urgences constituent une porte d'entrée essentielle de l'hôpital. 30% des patients hospitalisés au CHU de Nîmes sont passés par le service des urgences en 2012.¹⁰

Le CHU de Nîmes ne fait pas exception concernant la problématique d'attente de lits d'hospitalisation pour les patients des urgences. Ainsi, l'enquête organisée par la DRESS et réalisée en juin 2013 a permis d'établir la durée moyenne entre l'enregistrement du patient et l'obtention d'une place d'hospitalisation à plus de 9 heures¹¹. De plus, sur les 41 hospitalisations réalisées ce jour, 7 ont été réalisées dans un service non adapté à la pathologie selon l'appréciation des médecins urgentistes. Cette enquête, ne reflétant que la situation de l'établissement un jour donné, illustre la difficulté d'orientation des patients en aval des urgences et d'obtention de lits au CHU de Nîmes.

En élargissant l'échantillon aux patients hospitalisés à partir des urgences sur une année¹², cette tendance est confirmée avec un passage aux urgences durant en moyenne 8h30. Néanmoins, la durée de passage aux urgences avant hospitalisation varie fortement en fonction de l'âge. Ainsi, les patients âgés de 18 à 64 ans restent en moyenne 7 heures aux urgences avant d'être hospitalisés en service alors que les personnes âgées de 85 ans ou plus ont une durée moyenne de passage aux urgences avant hospitalisation de plus de 13 heures (voir annexe 3). Ces différences peuvent s'expliquer par la complexité des pathologies à prendre en charge et à stabiliser. Mais, elle montre la difficulté d'orientation vers les services de soins des personnes âgées souvent fragiles et polyopathologiques.

¹⁰ Etude PKCS Conseil Santé pour le CHU de Nîmes, données ATIH.

¹¹ Enquête réalisée par questionnaire le 11 juin 2013 portant sur deux volets : la structure de l'établissement et la prise en charge du patient. Pour plus d'informations : <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>

¹² Patients hospitalisés après un passage aux urgences du 1er juillet 2012 au 30 juin 2013.

De plus, une procédure dite « hôpital en tension » a été mise en place (cf partie II). Celle-ci prévoit la réunion d'une cellule de régulation des lits dès que le nombre de patients en attente d'hospitalisation est égal ou supérieur à 10. Cette cellule s'est réunie 52 fois sur le premier semestre 2013 soit deux fois par semaine. Suite à cette réunion, 37 mails ont été envoyés aux services cliniques pour les mobiliser afin de libérer, dans la mesure du possible, des lits pour les patients des urgences. Ces chiffres témoignent de la forte saturation du service des urgences du CHU sur cette période.

Dans le cadre d'une réorganisation architecturale, un travail important a été réalisé au CHU de Nîmes en 2011 et 2012 pour améliorer l'accueil et la prise en charge du patient au sein du service des urgences et les conditions de travail des personnels. Ainsi, l'accueil et l'orientation des patients ont été réorganisés, une sectorisation a été mise en place et une zone d'attente d'hospitalisation a été créée. Cette réorganisation a permis d'améliorer la prise en charge du patient au sein du service des urgences mais n'a pas traité du problème de l'hospitalisation des patients à partir des urgences.

Or la littérature médicale¹³ a démontré que la surcharge du service des urgences est essentiellement le fait des patients en attente d'hospitalisation bloqués dans le service des urgences. De plus, cette surcharge du SAU conduit à une augmentation de la morbi-mortalité. Ainsi, un article synthétisant les études réalisées sur les effets de la surcharge des services d'urgence publié en 2009 par l'Academic Emergency Medicine conclut : « La surcharge des services d'accueil des urgences est associée à un risque accru de mortalité lors de l'hospitalisation, des temps plus longs de mise en place du traitement pour les patients atteints de pneumonie ou avec une douleur aiguë, et une plus grande probabilité de sortie du SAU contre avis médical ou sans être examiné.¹⁴ ». De même, une étude réalisée au Canada montre qu'une durée de passage aux urgences trop longue pour les personnes âgées est associée à un risque accru d'évènement indésirable lors de l'hospitalisation¹⁵.

La réorganisation du SAU du CHU de Nîmes a permis d'améliorer le confort des patients en attente d'hospitalisation avec la création de la zone d'attente d'hospitalisation. Néanmoins, celle-ci est « victime de son succès » car la difficulté de recherche de lits

¹³ RICHARDSON Drew B. & MOUNTAIN David, "Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block" in *the Medical Journal of Australia*, Volume 190, Number 7, April 2009.

¹⁴ BERNSTEIN, Steven L., ARONSKY, Dominik, DUSEJA, Reena, *et al*, « The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes » in *Academic Emergency Medicine*, 2009, vol. 16, no 1, p. 1-10 :

"ED crowding is associated with an increased risk of in-hospital mortality, longer times to treatment for patients with pneumonia or acute pain, and a higher probability of leaving the ED against medical advice or without being seen."

¹⁵ ACKROYD-STOLARZ, S., GUERNSEY, J. Read, MACKINNON, N. J., *et al*, « The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study » in *BMJ Quality & Safety*, 2011, vol. 20, no 7, p. 564-569.

d'hospitalisation disponibles et adéquats demeure. Une expérience réalisée à Baltimore aux Etats-Unis a permis de démontrer que la mise en place d'un service de gestion des lits conduit à une diminution du temps d'attente d'hospitalisation des patients au SAU sans autre incidence sur la qualité des soins dans les services concernés¹⁶.

1.2.2 Le prolongement des séjours hospitaliers

La durée de séjour à l'hôpital dépend avant tout de l'état de santé du patient mais d'autres phénomènes entrent régulièrement en ligne de compte. Ainsi, des difficultés d'accès aux plateaux techniques ou un défaut d'anticipation de la sortie peuvent conduire à un allongement de la durée de séjour non justifié par la pathologie du patient.

De mars à juin 2010, le CHU de Nîmes a réalisé une analyse des séjours de plus de 21 jours. Cette étude a permis d'identifier les causes de ces séjours dits « longs ». Dans 43% des cas, la durée du séjour était justifiée par une raison médicale. Mais dans 30% des cas, les patients étaient en attente d'une solution d'aval, qu'il s'agisse d'une admission en soins de suite et de réadaptation (SSR), en unité de soins de longue durée (USLD), et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en hospitalisation à domicile (HAD). Le prolongement de cette recherche de solutions d'aval peut avoir pour origine une offre insuffisante mais également un profil de patient lourd (en particulier pour les demandes d'EHPAD) ou une situation sociale précaire qui « bloque » la sortie.

Ces séjours longs sont peu nombreux mais représentent un nombre de journées-lits important ce qui conduit dans certains cas à une embolisation problématique des lits de certains services. Par exemple, au 14 juin 2013, l'établissement compte seulement 60 séjours de plus de 21 jours dans les services de MCO. Mais, avec une DMS de plus de 40 jours, ces séjours longs représentent 1272 journées-lits. Lors de la première étude en 2010, les séjours longs embolisaient 30% des lits du service de dermatologie, 20% des lits du service de médecine interne et 15% des lits de néphrologie.

Pour compléter cette analyse descriptive, une enquête a été réalisée au CHU de Nîmes en 2011¹⁷ auprès des chefs de services et cadres de santé pour identifier les facteurs d'allongement de la durée de séjour selon le personnel médical et soignant. Pour les cadres de santé, l'hébergement du patient dans un service d'une autre spécialité est un

¹⁶ HOWELL, Eric, BESSMAN, Edward, KRAVET, Steven, *et al*, « Active bed management by hospitalists and emergency department throughput » in *Annals of internal medicine*, 2008, vol. 149, no 11, p. 804-810.

¹⁷ Enquête pilotée par le Comité Opérationnel Qualité, modalités de réalisation : entretiens avec cinq chefs de services et questionnaire à destination des cadres de santé

facteur significatif d'allongement de la durée de séjour. Pour les médecins, les difficultés d'accès au plateau technique par exemple pour la réalisation d'actes de médecine interventionnelle sont un facteur significatif d'allongement de la durée de séjour, ainsi que l'existence de difficultés sociales.

Or, les risques liés à l'hospitalisation, en particulier le risque de développer une infection nosocomiale augmentent avec la durée de séjour¹⁸. De plus, l'hospitalisation est associée à un risque de perte d'autonomie pour les personnes âgées fragiles. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport sur le grand âge publié en 2011, affirme : « l'hospitalisation d'une personne âgée fragile peut avoir des effets traumatisants immédiats (perte de repères, décompensation...) ou différés. La récente enquête du gérontopôle de Toulouse conduite auprès de personnes âgées résidentes de 300 EHPAD et présentée en juin 2010, note que « trois indicateurs de fragilité : chutes (+5%), dénutrition (+14%) et contention (+23%) présentent une augmentation parallèle après une hospitalisation »¹⁹. Ce risque de perte d'autonomie de la personne âgée est d'autant plus important que le séjour se prolonge²⁰.

Dans ce contexte, limiter l'hospitalisation à la plus courte durée possible nécessaire à la prise en charge du patient constitue donc un enjeu de qualité de prise en charge pour l'établissement.

1.2.3 L'hôpital plein : facteur d'accroissement de la morbi-mortalité

Le prolongement de séjours, tout comme l'augmentation d'activité, contribuent à l'apparition du phénomène d'« hôpital plein ». Sur l'établissement, certains pôles présentent des taux d'occupation supérieurs à 95% sur les deux dernières années. C'est notamment le cas du pôle des médecines spécialisées et du court séjour gériatrique qui accueillent une part importante de patients en provenance du service d'urgences (voir annexe 4). Ainsi, les situations d'« hôpital plein » et de patients en attente d'hospitalisation aux urgences s'auto-entretiennent.

¹⁸ SAVITEER, Susan M., SAMSA, Greg P. & RUTALA, William A., "Nosocomial infections in the elderly: increased risk per hospital day" in *The American journal of medicine*, 1988, vol. 84, no 4, p. 661-666.

HASSAN, Mahmud, TUCKMAN, Howard P., PATRICK, Robert H., *et al.*, "Hospital length of stay and probability of acquiring infection" in *International Journal of pharmaceutical and healthcare marketing*, 2010, vol. 4, no 4, p. 324-338.

¹⁹ IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport de synthèse, mai 2011

²⁰ LANG, Pierre-Olivier, HEITZ, Damien, MEYER, Nicolas, *et al.*, « Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés: Étude pilote réalisée au CHRU de Strasbourg » in *La Presse Médicale*, 2007, vol. 36, no 3, p. 389-398.

Si les taux d'occupation restent élevés toute l'année (hormis pendant le mois d'août et la période des fêtes de fin d'année), c'est pendant la période hivernale que le manque de lits devient criant. En janvier et février 2013, étant donné la forte saturation de l'ensemble des lits au sein de l'établissement et l'attente de nombreux patients aux urgences, le CHU a sollicité à sept reprises l'ARS pour une régulation territoriale des hospitalisations en urgence. Cette situation d'« hôpital plein » n'est donc plus exceptionnelle dans l'établissement.

Une étude réalisée en Australie en 2006 a permis de montrer une corrélation entre un « hôpital plein » (taux d'occupation supérieur à 90% voire à 100%) et une augmentation de la mortalité pour les patients hospitalisés à partir des urgences : « Notre étude a montré que la surcharge du SAU et de l'hôpital est associée à une augmentation relative de 30% de la mortalité au deuxième jour et au septième jour de l'hospitalisation pour les patients hospitalisés à partir des urgences. Cet accroissement de la mortalité est indépendant de l'âge du patient, du diagnostic, de la saison ou de l'urgence. L'estimation de 120 décès par an associés à une sur-occupation des hôpitaux de l'agglomération de Perth conduit à considérer que cette situation devrait être regardée comme un problème de sécurité des soins et de qualité de prise en charge plutôt qu'un simple problème d'organisation des flux de l'hôpital ».²¹

L'amélioration du flux patient au service d'une optimisation de l'utilisation des capacités en lits de l'établissement constitue donc un enjeu de qualité majeur pour le CHU de Nîmes.

1.3 Un enjeu médico-économique d'efficience : la réduction de la durée moyenne de séjour

Si les enjeux de santé publique et de qualité de prise en charge restent au cœur des préoccupations hospitalières, la tarification à l'activité constitue un levier incitatif important pour l'optimisation de l'organisation de l'hôpital.

²¹ SPRIVULIS, Peter C., DA SILVA, J., JACOBS, Ian G., *et al.*, "The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments" in *Medical Journal of Australia*, 2006, vol. 184, no 5, p. 208 : "Our study showed that hospital and ED overcrowding is associated with a 30% relative increase in mortality by Day 2 and Day 7 for patients requiring admission via the ED to an inpatient bed. This increase in mortality appears to be independent of patient age, season, diagnosis or urgency. The estimate of 120 deaths per annum associated with overcrowding in metropolitan Perth hospitals suggests that overcrowding should be regarded as a patient safety issue rather than simply an issue of hospital workflow."

1.3.1 La réduction de la DMS et du nombre de séjours longs : un enjeu financier important pour le CHU de Nîmes

Parallèlement aux travaux réalisés par le comité opérationnel qualité, une commission d'analyse des durées moyennes de séjour²² issue de la direction des finances a rencontré les services dont l'analyse statistique de la DMS a montré qu'ils se situaient au-dessus de la moyenne pour un case-mix donné. En actualisant les travaux de cette commission, on peut identifier quatre services dont l'index de performance de la DMS est supérieur à 1,2. Cela signifie qu'à case-mix équivalent, les séjours de ces services durent, en moyenne, 20% de plus que la moyenne nationale. Il s'agit de la dermatologie, la rhumatologie, la médecine interne et la pneumologie.

Une estimation des recettes potentielles « perdues » peut être réalisée en valorisant les journées supplémentaires au chiffre d'affaires moyen par journée du service. Pour ces quatre services seulement, un retour de la DMS à la moyenne nationale permettrait, au minimum, de réaliser 1 694 000 € de recettes supplémentaires pour l'année 2012 (voir annexe 5). Cette valorisation constitue bien sûr une première estimation et la valorisation réelle dépendrait du nombre et du type de séjour supplémentaires réalisés sur les journées libérées par le raccourcissement de la durée moyenne de séjour de ces services. Pour affiner cette estimation, il s'agirait également de prendre en compte l'effet potentiel de borne basse de certains groupes homogènes de séjour (GHS).

Les services de dermatologie, de rhumatologie et de médecine rencontrés par la commission d'analyse des DMS en 2011 identifient plusieurs causes à cette durée moyenne de séjour élevée. Ainsi, ils relèvent des difficultés d'accès aux plateaux techniques, en particulier pour les endoscopies ou les scintigraphies et des problèmes d'ordre social retardant la sortie. Une insuffisance ou une inadéquation de l'offre de l'aval en particulier de soins de suite et de réadaptation est également signalée par les services concernés.

Pour disposer d'une vision plus globale de la situation de l'établissement, il est possible d'analyser les données de la commission des séjours longs (cf partie II). Ainsi un suivi du nombre de journées-lits occupées par les patients présents en service de MCO depuis plus de 21 jours est réalisé au CHU de Nîmes depuis 2010.

²² La commission d'analyse des DMS est issue du schéma directeur des coûts du CHU de Nîmes (avril 2011) : « Pour agir sur la DMS, des comparaisons GHS par GHS entre DMS nationales et DMS CHU de Nîmes sont disponibles. Une analyse médico-économique des écarts constatés sera conduite, sous l'autorité du Directeur Général Adjoint, par une commission composée du DIM, de la Direction des Finances, la Direction des Soins, de la Clientèle et de la Direction Qualité. Cette commission sera chargée du repérage et de la validation des statistiques « hors normes », puis de rencontrer les chefs de service pour mettre en place les actions correctives. »

En moyenne, 1200 journées-lits sont occupées par des patients présents depuis plus de 21 jours chaque mois au CHU de Nîmes. Bien que l'ensemble de ces patients ne soient pas médicalement sortants, ces journées-lits représentent une recette potentielle de 656 000 euros.

Au vu de ces premières estimations économiques, l'amélioration du parcours patient représente donc un enjeu financier significatif pour le CHU de Nîmes.

1.3.2 Un contexte financier contraint : levier d'optimisation des ressources

Le passage à la tarification à l'activité a impliqué un changement de paradigme pour les établissements de santé. Ainsi, avec la dotation globale, l'indicateur central de suivi de l'activité de l'établissement était le taux d'occupation des lits. Au-delà de l'activité, la T2A introduit la notion de performance illustrée par un indicateur majeur : la DMS. En effet, l'introduction de bornes basses et bornes hautes à la tarification forfaitaire des séjours place au cœur du débat entre médecins et gestionnaires la durée moyenne de séjour. Un séjour prolongé entraîne des coûts supérieurs aux recettes pour l'établissement. Ainsi, la DMS est devenue un indicateur clé d'une gestion des lits efficiente.

L'optimisation de l'utilisation des lits est un enjeu d'autant plus important dans le contexte économique national contraint. En effet, après une phase de progression, les tarifs pour le MCO sont en diminution depuis 2011, diminution qui s'accélère en 2013 à -1,19%²³ (voir annexe 6). Face à cette baisse des tarifs, un certain nombre de charges augmentent du fait de décisions nationales. Ainsi, l'augmentation des cotisations à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNARCL) accroît mécaniquement les charges de personnel. Etant donné le déficit de l'assurance maladie et dans l'attente d'une réforme du système tarifaire, il est probable que cette tendance à la baisse des tarifs se poursuive dans les prochaines années.

Aussi, il devient primordial pour le CHU d'améliorer ses processus organisationnels afin de trouver des marges d'efficience sans remettre en cause la qualité des soins et sans dégrader les conditions de travail des professionnels de l'établissement. L'amélioration de la gestion de lits s'inscrit pleinement dans cette dynamique de recherche d'efficience organisationnelle.

1.4 Un enjeu organisationnel : un meilleur lissage de l'activité et de la charge de travail

²³ Fédération Hospitalière de France, *Evaluation de la T2A*, Juin 2013.

1.4.1 Une activité programmée instable impactant l'aval des urgences

Dans son rapport sur la gestion des lits²⁴, la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers affirme : « l'activité urgente, considérée dans ensemble, n'est pas totalement aléatoire ».

En effet, une analyse réalisée au CHU de Nîmes en 2010²⁵ montre que le nombre de patients hospitalisés depuis les urgences dans chaque service est relativement prévisible. Ainsi, le service de neurologie accueillait en 2009 en moyenne 17 patients en provenance des urgences avec un écart-type de seulement 1,2. En prenant en compte la DMS du service, cela permet de déterminer que le besoin en lits de neurologie pour des patients en provenance des urgences est de 18. De même la chirurgie digestive accueille en moyenne 12 patients par semaine en provenance des urgences avec un écart-type de 0,7. En tenant compte de la DMS du service, 8 lits de chirurgie digestive sont nécessaires à la prise en charge des urgences. Néanmoins, comme le montre l'analyse des données de la cellule de régulation des lits (cf supra), le nombre de patients en attente d'hospitalisation au service d'accueil des urgences varie selon une certaine saisonnalité. L'analyse des hospitalisations par jour de semaine permet de confirmer la relative stabilité du flux en provenance des urgences par rapport aux patients dits programmés, c'est-à-dire ceux qui ne passent pas par le service d'accueil des urgences avant l'hospitalisation.

Ainsi, sur une année, de juillet 2012 à juin 2013, le CHU hospitalise en moyenne chaque jour 38 patients à partir des urgences et 44 en hospitalisation directe. Mais, la variabilité des flux est nettement moindre en ce qui concerne les patients hospitalisés à partir des urgences que concernant les patients programmés (voir annexe 7). En effet, l'écart-type entre les jours de la semaine est seulement de 4 pour les patients hospitalisés à partir du SAU contre plus de 20 pour les patients hospitalisés à partir du domicile ou suite à un transfert d'établissement. Même en excluant les samedis et les dimanches où l'activité programmée est moins intense, l'écart-type pour les hospitalisations programmées est de 11 alors que celui pour les hospitalisations à partir des urgences est inférieur à 3²⁶.

Il est donc possible de conclure que c'est la forte variabilité de l'activité programmée qui perturbe l'hospitalisation en aval des urgences, relativement stable au moins par saison. Le guide de la MEAH sur la gestion des lits²⁷ fait également cette analyse : « la variabilité du flux arrivant directement dans les services est encore plus grande que celle du flux de patients des urgences. [...] Le flux de patients admis depuis les urgences présente un

²⁴ MEAH, op.cit.

²⁵ Etude présentée en Commission des admissions et consultations non-programmées le 21 octobre 2010.

²⁶ Données d'activité du CHU de Nîmes du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

²⁷ MEAH, op.cit.

rythme hebdomadaire plus lisse que le flux de patients admis directement dans les services » et explique ce fait : « ce constat est tout à fait compréhensible si l'on considère que l'organisation actuelle de l'hôpital ne permet une activité intense qu'en début de semaine ».

En effet, les données des jours d'entrée et de sortie des patients montrent une activité programmée concentrée sur le début de la semaine. Ainsi, le lundi est le jour où les entrées programmées sont, en moyenne, les plus nombreuses avec 63 patients entrant en hospitalisation complète (hors réanimations et hors hospitalisation de semaine). Inversement, c'est le vendredi que le nombre de sorties est le plus important avec en moyenne 64 patients sortants (voir annexe 7)²⁸.

Ainsi, un meilleur lissage de l'activité programmée permettrait d'éviter des blocages récurrents avec de nombreux patients en attente d'hospitalisation aux urgences en début de semaine. Il s'agit donc d'un véritable enjeu organisationnel visant à lisser au mieux l'organisation des entrées programmées en fonction des examens ou interventions nécessaires et des durées de séjours prévisionnelles.

1.4.2 Des déprogrammations sources de désorganisations

De plus, cette absence de régulation globale du flux de patients programmés peut conduire à des déprogrammations à la dernière minute pour assurer la prise en charge de patients en urgence. Or, ces déprogrammations posent plusieurs problèmes. D'abord, elles peuvent être pénalisantes pour le patient qui doit reporter son hospitalisation parfois prévue de longue date. Néanmoins, effectuées sous contrôle médical, ces déprogrammations sont réalisées de façon à ne pas constituer une perte de chance pour le patient.

Surtout ces déprogrammations conduisent à une désorganisation des plateaux techniques en particulier du bloc opératoire et du plateau de médecine interventionnelle. Aussi, elles sont chronophages et consomment d'importantes ressources humaines de façon non productive pour l'hôpital pour prévenir le patient puis reprogrammer le séjour et les interventions ou examens nécessaires. Une meilleure organisation du programmé en articulation avec l'activité non-programmée en provenance des urgences permettrait d'éviter ces déprogrammations source de désorganisations pour les plateaux techniques et les services.

²⁸ Données d'activité du CHU de Nîmes du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

1.4.3 Une recherche de lits d'aval des urgences fortement consommatrice de moyens humains

Dans l'organisation actuelle, la recherche de lits pour les patients en attente d'hospitalisation aux urgences est fortement consommatrice de moyens au sein de l'établissement malgré une informatisation avancée (cf infra.). Ainsi, un cadre de santé des urgences est quasi-exclusivement dédié à cette mission 24 heures sur 24. Les médecins du SAU investissent aussi une part significative de leur temps à rechercher des lits pour les patients devant être hospitalisés alors que ceci n'est, bien sûr, par leur rôle premier.

Mais, la recherche de lits n'est pas chronophage seulement pour le SAU. Elle l'est également pour les services d'hospitalisation qui cherchent à concilier patients en attente d'hospitalisation aux urgences, entrées directes « semi-urgentes » et patientèle programmée. Ainsi, la cadre de santé du pôle Chirurgies affirme « nous passons 90% de notre temps à gérer les lits ».

Le groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph a voulu objectiver ce temps passé à gérer des lits : « Un audit interne a permis de mesurer le temps consacré à la gestion des entrées et des sorties : 113 heures par jour au total sur l'hôpital »²⁹. Ceci correspond à 13 équivalents temps plein consacrés exclusivement à cette mission chaque jour sur l'établissement.

Cet exemple montre qu'améliorer la gestion des lits au sens global, c'est-à-dire des entrées et des sorties, constitue un enjeu organisationnel qui permettrait aux professionnels tant soignants que médicaux de se recentrer sur leur cœur de métier au service du patient. Ainsi, au CHU de Nîmes, les cadres de santé pourraient être repositionnés sur leurs missions premières de management de proximité et de garant de la qualité et de la sécurité des soins dans les unités d'hospitalisation.

²⁹ ALAMI, Atika, BOUCHARA, Julie, et LAJONCHERE, Jean-Patrick, « Gestion prévisionnelle des entrées et sorties: Une nouvelle approche de la gestion des lits » *in Gestions hospitalières*, 2013, no 526, p. 279-285.

2 Pour répondre à ces enjeux, le CHU de Nîmes a fait de la fluidité du parcours patient une priorité institutionnelle

Face à ces enjeux multiples au cœur desquels se trouvent la qualité des soins et la sécurité de la prise en charge, le CHU de Nîmes a, depuis 2008, déployé plusieurs actions visant à optimiser le flux patient et donc l'utilisation de la ressource-lit et fait de l'amélioration du parcours patient une priorité institutionnelle en proposant une gouvernance innovante et en mettant cette problématique au cœur du projet d'établissement.

2.1 Les actions réalisés au CHU de Nîmes face à l'embolisation du service des urgences et au prolongement des séjours

2.1.1 Le déploiement du DPI pour une visualisation en temps réel de l'occupation des lits

Depuis 2008, le CHU de Nîmes a engagé des investissements importants dans l'informatisation de son dossier patient. Il s'agit du projet Do.Pa.Nîmes (Dossier Patient Nîmes). Le cœur de ce système d'information patient est le progiciel Clinicom. Clinicom a été déployé dans l'ensemble des services de court, moyen et long séjour de l'établissement à l'exception de la psychiatrie³⁰. C'est avant tout un logiciel de dossier patient, intégrant un dossier médical unique et un dossier de soins.

En outre, Clinicom permet la gestion des mouvements de patients, soit des entrées et des sorties prévues. Il permet également la visualisation de l'état des lits dans l'établissement par unité en temps réel, avec les entrées et sorties prévues à J+1 et J+2 si celles-ci sont renseignées par les services.

Cette visualisation dépend entièrement des mouvements réalisés par les soignants et/ou médecins dans les unités de soins. Il est donc possible qu'elle ne corresponde pas parfaitement à la situation de l'établissement à un instant donné. Par exemple, la sortie du patient dans Clinicom est parfois réalisée quelques heures après la sortie réelle du patient. Le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) étant encore récent, les professionnels se sont d'abord appropriés les fonctionnalités dite cœur de métier : dossier médical, dossier de soins, plan de soins. Certains services, comme la chirurgie

³⁰ Déploiement prévu après le déménagement du pôle dans un nouveau bâtiment en octobre 2013.

orthopédique et la cardiologie, utilisent régulièrement les pré-admissions pour organiser les entrées prévues alors que d'autres services n'utilisent quasiment jamais cet outil. La sensibilisation des professionnels au renseignement du DPI au plus près des activités réelles est donc à poursuivre pour disposer d'un outil de visualisation des lits performant.

Aujourd'hui, Clinicom permet une visualisation en temps réel des lits disponibles sur l'établissement mais cette fonctionnalité reste peu exploitée y compris par les professionnels des urgences qui ont plutôt recours au téléphone pour disposer d'informations en temps réel sur l'état des lits et les sorties à venir dans la journée. Ainsi, l'outil informatique existe et est disponible, il s'agit donc d'exploiter pleinement ses potentialités en lien avec le service des urgences et les services de soins.

2.1.2 Une procédure hôpital en tension pour pallier au quotidien le manque de coordination de la gestion des lits

Face à la fréquence des situations de crise dues à un nombre important de patients en attente d'hospitalisation au service des urgences, le CHU de Nîmes a adopté en mars 2012 une procédure dite « plan hôpital en tension ». Ce plan doit permettre de « faire face à la prise en charge d'un nombre important de patients alors même que [les] capacités d'accueil sont saturées » en activant « un ensemble de mesures préétablies pour permettre à l'établissement de remplir de la meilleure façon sa mission d'accueil des patients »³¹. Le plan « hôpital en tension » de l'établissement prévoit trois niveaux de gravité avant le plan blanc déclenché en cas de crise sanitaire aigue et d'afflux massif de victimes (voir annexe 8).

Le premier niveau est constitué d'une cellule de veille quotidienne composée de la direction de la Clientèle, du médecin responsable du service des urgences ou son représentant, du cadre des urgences. Elle est chargée de suivre l'évolution du nombre de passages aux urgences, du nombre de patients en attente d'hospitalisation, de la durée d'attente et des lits disponibles. Un point régulier sur les patients en attente d'hospitalisation et les lits disponibles est réalisé entre le service des urgences et la direction de la Clientèle.

En cas de saturation du service des urgences, le deuxième niveau du plan est activé : la cellule de régulation des lits se réunit. Elle est composée du directeur de la Clientèle, de la Directrice Coordinatrice des Soins ou son représentant, du médecin responsable du service d'accueil des urgences ou son représentant, du cadre du pôle ARDU ou son représentant, du cadre des urgences, des cadres de santé des pôles cliniques ou leurs

³¹ Plan « Hôpital en tension » du CHU de Nîmes.

représentants (à l'exception du pôle Psychiatries). Cette cellule se réunit dès que plus de dix patients sont en attente d'hospitalisation au SAU sans perspective d'évolution rapide de la situation. La cellule de régulation des lits permet de disposer d'une vision globale des lits disponibles et des sorties prévues en MCO sur l'établissement grâce à la représentation de l'ensemble des pôles. Elle permet de décider d'une affectation, parfois en hébergement, pour les patients en attente d'hospitalisation au SAU. Si besoin, la cellule de régulation des lits demande aux services d'accélérer les sorties autant que possible, dans le respect de la qualité et de la sécurité de soins. Elle peut aussi demander une déprogrammation limitée, d'un lit par service.

En cas d'aggravation de la situation, le Directeur Général peut demander l'évolution de la cellule de régulation des lits vers la cellule de crise restreinte. Dans ce cas, l'ARS et la Préfecture en sont informées. La cellule de crise réunit le Directeur Général, le président de commission médicale d'établissement (CME), le Directeur de la Clientèle, la Directrice coordonnatrice générale des soins, le médecin responsable du SAU, le cadre du pôle ARDU, le cadre des urgences, les chefs de pôles ou leurs représentants, les cadres de santé ou leurs représentants, le cadre du service social. Cette cellule organise l'augmentation des capacités d'accueil, pilote les déprogrammations, gère les moyens humains et matériels supplémentaires à mobiliser, informe le médecin chef du SAMU pour optimiser la régulation médecins, communique auprès des cliniques et autres centres hospitaliers à proximité pour réguler les flux. Cette cellule ne se réunit qu'en cas de situation exceptionnelle ne justifiant pas le déclenchement du plan blanc.

En dehors des heures ouvrables, et surtout le week-end, le Directeur de garde peut prendre des décisions liées à l'adaptation des capacités d'accueil : déprogrammations, augmentation du nombre de lits, utilisation des lits spécialisés (chambres pour détenus, lits d'aplasie).

Ainsi, cette procédure permet de formaliser et de graduer les mesures à prendre en cas de saturation du SAU. Elle permet ainsi de pallier au quotidien au manque de fluidité entre les urgences et les services d'hospitalisation. Néanmoins, elle ne permet pas une diminution durable du nombre de patients en attente d'hospitalisation aux urgences. Un dispositif plus global de régulation et d'affectation des lits doit donc être étudié.

2.1.3 Une commission hebdomadaire des séjours longs pour réduire le nombre de séjours de plus 21 jours

Pour réduire l'embolisation de lits par des patients dits médicalement sortant, le CHU a mis en place depuis mai 2010 une commission des séjours longs. Comme le précise le schéma directeur des coûts, « cette commission a pour mission principale de gérer les

sorties de patients rendues complexes par des facteurs sociaux, médicaux ou organisationnels ». Il s'agit d'une commission médico-administrative pilotée par le Directeur de la Clientèle et un PUPH consultant qui réunit un cadre supérieur de santé, le cadre du service social, un cadre du bureau des entrées et une secrétaire de direction. La commission se réunit de façon hebdomadaire, tous les vendredi à 11 heures. Elle analyse deux types de séjours : les séjours de plus de 21 jours en MCO et les séjours de plus de 60 jours en SSR. Pour cela, la direction de la Clientèle envoie chaque semaine à chaque service, un tableau reprenant ces séjours de plus de 21 jours. Les cadres de santé répondent par mail en explicitant les causes de ces séjours longs. Parallèlement, le même travail est fait par le service social par son réseau d'assistantes sociales. Ceci permet à la commission de disposer des informations de terrain, de ne pas analyser les patients présents pour des raisons médicales ou pour lesquels le processus de sortie est en cours de finalisation et de se concentrer sur les séjours complexes. L'analyse de la commission peut conduire à des recommandations à destination des services pour envisager un type d'aval non exploré, comme l'admission en hébergement temporaire en attente d'une place définitive en EHPAD. Dans certains cas, la direction de la Clientèle contacte les partenaires du CHU pour essayer de sortir de l'impasse souvent administrative. Enfin, dans les cas les plus complexes, où les relations avec la famille du patient sont difficiles, le directeur de la Clientèle peut rencontrer la famille pour faire avancer le dossier de sortie d'un patient.

La mise en place de cette commission a permis une chute rapide du nombre de séjours longs. Les séjours de plus de 21 jours sont passés de 95 séjours en moyenne à 65 séjours en moyenne, soit 2000 journée-lits à 1200 journées-lits en moyenne (voir annexe 9). Ceci représente un gain de 10 à 15 lits d'hospitalisation en moyenne. Cette amélioration a permis de réduire le manque de lits pour les patients en attente d'hospitalisation aux urgences. En effet, le nombre de lits de médecine manquants après comptabilisation des sorties du jour lors des cellules de régulation des lits (cf 2.1.3.) a diminué passant de 10 en moyenne à 5 en moyenne³².

Comme le montre le graphique ci-dessous, cette diminution a été très rapide et le nombre de séjours longs s'est stabilisé depuis fin 2010. Il s'agit donc aujourd'hui, de mettre en place de nouveaux outils permettant d'accélérer la sortie pour compléter l'action de la commission des séjours longs et descendre durablement en dessous du seuil des 1000 journées-lits occupées par des séjours de plus de 21 jours en MCO.

³² Schéma directeur des coûts, CHU de Nîmes, avril 2011.

2.1.4 La réorganisation de l'imagerie pour améliorer l'accès au plateau médico-technique

Parmi les raisons des séjours longs, l'étude réalisée en 2010 montre que 12% des séjours longs analysés s'expliquent par une attente d'examens ou de décision en RCP. De plus, l'enquête réalisée auprès de cinq services³³ par le Comité opérationnel qualité en 2011 a permis d'identifier les délais d'accès au scanner et à l'IRM et l'attente des comptes-rendus d'imagerie comme facteurs d'allongement de séjours. L'accès au plateau technique constitue donc un levier important de fluidification du parcours patient et d'optimisation de l'utilisation de la ressource-lit.

Face à une problématique de ressource médicale, le CHU de Nîmes a mis en place un plan pour l'imagerie visant à assurer le recrutement de radiologues formés permettant d'assurer le fonctionnement normal du service et de répondre aux demandes des services cliniques. Le service d'imagerie a mis la priorité sur l'accès rapide aux examens pour les patients hospitalisés permettant de réduire les délais d'attente pour un scanner ou une IRM par exemple. Ainsi, les demandes pour les patients hospitalisés sont quasi-systématiquement considérées comme urgentes et réalisées dans les 24 heures après la réception du bon de demande.

Le service d'imagerie poursuit sa réorganisation avec deux chantiers actuellement en cours qui permettront l'amélioration du parcours patient. Il s'agit, d'une part, du déploiement de prescription connectée d'imagerie, actuellement en phase d'expérimentation, qui permettra d'améliorer la transmission d'information entre les services cliniques et l'imagerie et donc de faciliter l'organisation des rendez-vous. D'autre part, le service est actuellement accompagné par un cabinet de consultants extérieurs afin d'améliorer son organisation pour faire face à une croissance soutenue d'activité et à la difficulté d'accès à certaines modalités d'imagerie, comme l'IRM, pour les patients en externe. Après une première phase de diagnostic, la deuxième phase de rédaction puis de mise en œuvre du plan d'actions est actuellement en cours.

Si l'accès à l'imagerie s'est amélioré ces dernières années, au moins pour les patients hospitalisés, l'accès à certains plateaux médicotechniques pose toujours problème. Ainsi, les délais d'accès à l'endoscopie et à certains actes spécialisés d'imagerie interventionnelle peuvent encore constituer des facteurs d'allongement de la durée de séjours sur lesquels il convient donc de travailler.

³³ Cardiologie, hépato gastro-entérologie, pneumologie, médecine polyvalente, chirurgie digestive

2.1.5 Un salon de sortie pour une libération plus rapide des lits

Enfin pour favoriser une libération plus rapide des lits d'hospitalisation, le CHU de Nîmes s'est engagé dans une politique volontariste d'optimisation de l'organisation des transports sanitaires.

Ainsi, l'établissement a mis en place un salon de sortie dans l'enceinte du bâtiment principal. Ce salon est à destination des patients sortants assis, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi. Ce dispositif permet de libérer plus rapidement les lits et donc d'accueillir plus tôt dans la journée un nouveau patient. Il permet également aux chauffeurs de venir chercher les patients sur un lieu unique, facilitant ainsi la rotation des véhicules et leur ponctualité.

La mise en place de ce salon de sortie s'inscrit dans un plan d'actions plus global visant à optimiser la gestion des transports externes. Il se caractérise en particulier par la mise en place d'une régulation externe centralisée des transports sanitaires vers le domicile depuis septembre 2010. Cette régulation a été confiée au Service Ambulancier Gardois pour l'Urgence (SAGU). La convention entre le SAGU et le CHU de Nîmes prévoit des engagements mutuels (respect des horaires, qualité de la prise en charge) qui permettent de fluidifier le parcours patient.

La mise en œuvre de cette régulation s'est accompagnée d'une campagne d'information auprès des professionnels de santé sous la forme de vadémécum des transports permettant à chacun de connaître la réglementation et de s'approprier la nouvelle organisation.

2.2 Le parcours patient, institué comme priorité institutionnelle et incarné par une gouvernance renouvelée.

2.2.1 Le parcours patient au cœur du projet d'établissement du CHU de Nîmes

Porté par le Directeur Général et le président de CME, le projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Nîmes consacre un axe stratégique aux « innovations appliquées aux organisations de soins ». L'enjeu pour l'établissement est « d'effectuer la transition d'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours en limitant le temps de séjour au strict nécessaire, en coordonnant les prises en charge et en instaurant des organisations

performantes du point de vue de la personne et de la collectivité, y compris en anticipant les nouveaux métiers. »³⁴

Ainsi, dans un contexte de ressource en lits contraint, de croissance démographique et de vieillissement de la population (cf 1.1.1.), « la diminution de la durée du séjour hospitalier constitue une orientation institutionnelle majeure, un des principaux enjeux du projet médical 2011 – 2016. Deux priorités stratégiques sont au service de cette ambition : le développement de l'activité ambulatoire et la lutte contre les séjours longs, au cœur du projet clientèle du CHU. »

Cette ambition est détaillée au sein du projet Clientèle et déclinée en trois objectifs : préparer la sortie dès l'entrée, neutraliser les écarts à la norme des durées de séjours et agir sur l'aval, grâce aux partenariats. Il s'agit donc d'agir à la fois sur les causes internes et les facteurs externes d'allongement de séjours pour optimiser l'utilisation de la ressource en lits du CHU de Nîmes.

2.2.2 La création d'une délégation au parcours patient

Pour mettre en œuvre l'ambition exposée dans le projet d'établissement et le projet médical du CHU, le Directeur Général et le président de CME ont décidé en novembre 2012 de créer une délégation médico-administrative dédiée au parcours patient.

La gouvernance par délégation constitue une spécificité du CHU de Nîmes. En effet, l'établissement compte quatre délégations : la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, la Délégation Qualité Gestion des Risques, la Délégation à l'Information Médicale et à l'Activité et, nouvellement créée, la Délégation au Parcours Patient. Ces délégations traduisent une volonté institutionnelle forte de médicaliser la gouvernance et créer une forme de collégialité médico-administrative dans le processus de décision. Ces délégations sont mises en place dans des domaines où les questions administratives et médicales sont particulièrement imbriquées. Elles permettent de porter au sein de l'établissement une vision partagée médico-administrative de ces problématiques. Elles ont vocation à régler les problématiques de terrain et à porter les projets entrant dans leur champ de compétences en réunissant l'ensemble des acteurs concernés. Ces délégations sont toutes co-animées par un médecin désigné par la CME et par un directeur en charge de mobiliser et de coordonner l'ensemble des ressources médico-administratives dédiées.

La délégation au Parcours patient a été mise en place en novembre 2012 après consultation du Comité Technique d'Etablissement, de la CME et du Directoire. La note

³⁴ Projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Nîmes, p.25.

de création de la délégation précise : « cette nouvelle délégation a pour objectif premier de limiter chaque durée de séjour aux stricts besoins de santé du patient par une action coordonnée avant, durant et après le séjour ce qui suppose que chaque séjour au CHU soit efficient ». A sa création, la délégation est chargée de trois axes de travail prioritaires : le développement de l'ambulatoire tant en chirurgie qu'en médecine ; le recours au service social dès les consultations pour l'activité programmée, la régulation MCO/SSR pour les cas rejetés.

La Délégation est co-animée par un médecin désigné par la CME, le chef du pôle Chirurgies, et par le directeur de la Clientèle. La DPP s'appuie sur deux instances : d'une part une assemblée générale, chargée de son pilotage institutionnel ; d'autre part, un comité opérationnel (voir annexe 10). L'assemblée générale se réunit une fois par an sous l'égide du Directeur général et du président de CME, et définit les axes stratégiques de travail de la délégation. Le comité opérationnel se réunit au moins une fois par mois et comprend outre le président de la DPP, la direction de la Clientèle, en particulier le service social des malades, la Direction des Soins, un médecin des urgences et des représentants les équipes médicales transversales, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, équipe d'HAD.

En septembre 2013, la délégation organise son action autour de six chantiers principaux : la mise en place d'une plateforme de services à destination des professionnels de l'établissement, des usagers et de leurs familles permettant de simplifier et de faciliter le retour voire le maintien à domicile ; le dépistage anticipé des fragilités médico-sociales dès la consultation ; la généralisation de l'outil Trajectoire ; le développement de la chirurgie ambulatoire ; le développement de la médecine ambulatoire et le développement de l'HAD. Certaines des actions en cours d'expérimentation ou de déploiement présentées dans la partie suivante sont portées par cette délégation au parcours patient.

2.2.3 La mise en place du pôle de gestion Soins Organisation Qualité Clientèle

Pour compléter cette organisation centrée sur le parcours du patient, le Directeur Général a créé en avril 2013 un nouveau pôle de gestion : le pôle Soins Organisation Qualité Clientèle – SOQCL. Le pôle SOQCL regroupe la direction coordination générale des soins, la direction qualité gestion des risques, la direction de la clientèle et relations avec l'Assurance Maladie, la direction des activités et filières gériatriques et le service du conseil juridique (voir annexe 11). La mise en place de ce nouveau pôle de gestion vise à mieux coordonner les actions des différentes directions en vue de l'amélioration de la prise en charge du patient.

La coordination des travaux du pôle SOQCL et de la DPP, par la représentation des directeurs du pôle au sein de la délégation, est essentielle pour assurer la lisibilité des actions menées par l'établissement pour fluidifier le parcours du patient. Les actions pilotées au niveau médical sont portées par la DPP et les chantiers centrés autour d'une problématique administrative ou soignante relèvent du pôle SOQCL directement.

Le pôle SOQCL est complémentaire de la DPP. Il permet de rapprocher différents acteurs dont les logiques distinctes sont appelées à devenir complémentaires. Par exemple, les assistantes sociales et les cadres de santé sont désormais intégrés au sein du même pôle ce qui permet de développer les actions de coordination entre ces deux corps de métier en particulier dans l'organisation de la sortie des patients. De plus, la création du pôle SOQCL vise à affirmer l'optimisation du parcours patient comme la priorité institutionnelle pour l'ensemble des professionnels relevant de ces directions.

Parmi les six missions principales du pôle, la première concerne la fluidité du parcours clinique et social du patient. Cette mission a été décomposée en trois axes de travail : la régulation de l'entrée du patient, l'organisation de la sortie du patient et la coordination des « interfaces » (recours aux plateaux médico-techniques, demandes d'avis spécialisés...). Pour l'année 2013, les deux premiers axes de travail ont été jugés prioritaires notamment dans l'attente des résultats de la mission d'audit en cours concernant le service d'imagerie. Les groupes de travail mis en place sur ces thématiques regroupent des cadres de plusieurs directions du pôle SOQCL afin de disposer d'une vision transversale de ces problématiques. Par exemple, un groupe de travail sur la formalisation du processus de sortie a été instauré. Il s'agit de modéliser les processus actuels et leurs lacunes puis d'expérimenter et de mettre en place une nouvelle organisation appuyée par une « check-list » de sortie à destinations des professionnels de terrain.

L'affirmation de l'amélioration du parcours patient et de la réduction de la DMS comme priorités institutionnelles fortes à la fois dans le projet d'établissement et par la mise en place d'instances dédiées permet d'amplifier la dynamique déjà présente au CHU de Nîmes pour mettre en œuvre de nouvelles organisations au service de l'efficience hospitalière.

3 De l'entrée jusqu'à la sortie, une vision globale du parcours patient au service de l'optimisation de la ressource lit

Si la problématique de l'optimisation des lits est aujourd'hui centrée sur le déploiement de gestionnaires de lits dans les hôpitaux, cette mesure a vocation à s'inscrire dans un plan d'actions plus large considérant le parcours patient au sein de l'hôpital dans son ensemble : de l'entrée jusqu'à la sortie.

C'est ainsi que le projet est porté au CHU de Nîmes, coordonné par la DPP et le pôle SOQCL. Deux objectifs complémentaires peuvent être identifiés au niveau institutionnel : il s'agit de réduire la DMS et de mettre fin à la saturation chronique du service des urgences.

3.1 La régulation de l'entrée : la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits

Le « bed manager » a fait une apparition soudaine sur la scène médiatique avec le lancement d'un programme national d'amélioration de la gestion des lits le 26 avril dernier par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Ce programme vise à permettre le désengorgement des services d'urgences en augmentant l'efficacité de la gestion des lits dans les établissements de santé. La centralisation de la gestion des lits constitue un changement organisationnel tellement majeur pour les établissements de santé que beaucoup de professionnels rencontrés ne parviennent pas à se projeter vers cette nouvelle organisation. Il s'agit donc de préparer au mieux et de définir clairement les contours de ce projet pour s'assurer de l'implication des professionnels médicaux et paramédicaux, indispensable à la réussite d'une telle évolution.

3.1.1 Qu'est-ce que la gestion des lits ?

Le « bed management » est un concept anglo-saxon. Il a d'abord été mis en place dans les hôpitaux britanniques pour organiser les admissions des patients sur liste d'attente et, plus récemment, pour accélérer les admissions des patients en attente d'hospitalisation aux urgences. Cette fonction de « bed management » s'est peu à peu exportée dans d'autres pays jusqu'à se développer dans quelques établissements français.

Dans son rapport sur la gestion des lits des hôpitaux et des cliniques, la MEAH définit la problématique de gestion de lits ainsi : "il s'agit de gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation...), sous contrainte de ressources."³⁵ La gestion des lits peut donc être entendue de façon très large en incluant l'ensemble des problématiques du processus du flux patient au sein de l'établissement ou de manière plus restrictive comme une des modalités d'amélioration de ce processus.

Dans cette deuxième acceptation, la gestion des lits peut être définie comme la mise en place d'une organisation visant à concilier, à réguler et à programmer les entrées programmées et non-programmées. La gestion des lits se concentre alors sur le début du processus de flux patient. La mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits s'inscrit dans cette deuxième acceptation puisqu'elle n'a pas vocation à traiter la problématique des séjours longs, des sorties complexes ou de l'attente d'examen complémentaires.

En détaillant plus précisément ce concept, la gestion des lits peut recouvrir des réalités et des dimensions très différentes, de la régulation au quotidien à la planification stratégique des capacités.

La première dimension de la gestion de lits est la régulation au quotidien des lits. Dans ce cadre, la mise en place d'une cellule centralisée vise, par rapport à l'organisation actuelle, à disposer d'une vision globale de l'état des lits en temps réel et ainsi accélérer l'hospitalisation des patients en provenance du SAU. Le gestionnaire de lits affecte les patients en fonction des orientations médicales, décidées au quotidien ou formalisées dans une cartographie médicale d'orientation, et des lits disponibles. Dans ce cadre, la cellule de gestion des lits peut aussi être chargée du déclenchement de la procédure hôpital en tension, par exemple lorsqu'un taux d'occupation très élevé se conjugue à un fort afflux de patients aux urgences.

Au-delà de la stricte régulation, la gestion des lits peut recouvrir une dimension de programmation des séjours. Dans ce cas, la cellule de gestion des lits organise la programmation prévisionnelle des entrées programmées. Il peut s'agir de coordonner la programmation des lits avec celle du bloc mais aussi du temps médical disponible. La programmation implique une notion d'anticipation. En incluant la maîtrise des entrées programmées et en s'appuyant sur un modèle statistique éprouvé, la gestion des lits pourrait permettre d'anticiper les inadéquations entre l'activité prévisionnelle et la capacité en lits de certains pôles et rechercher des solutions en amont, évitant ainsi les déprogrammations de dernière minute.

³⁵ MEAH, op.cit.

Enfin, la gestion de lits a vocation à inclure une dimension stratégique : la planification des capacités de l'établissement. En effet, la production et surtout l'analyse des indicateurs d'occupation des lits, en lien avec le département de l'information médicale, peuvent être utilisées à des fins d'aide à la décision concernant les évolutions capacitaires de l'établissement. De plus, les données issues d'une gestion organisée des lits peuvent constituer une base utile pour argumenter la stratégie de l'établissement auprès de l'ARS. Par exemple, elles peuvent permettre d'objectiver un manque de lits dans certaines disciplines et ainsi justifier des projets d'investissement ou des demandes d'autorisation de certaines activités. La gestion des lits recouvre plusieurs facettes de la réflexion stratégique à la régulation au quotidien, ce qui renforce son intérêt.

3.1.2 L'intérêt d'une gestion centralisée des lits démontré par les expériences existantes

La gestion centralisée des lits est une organisation imaginée dans les pays anglo-saxons. Elle s'est particulièrement développée au Royaume-Uni à la fin des années 1990 dans un contexte spécifique : il s'agit alors de gérer les listes d'attente pour l'accès à l'hospitalisation programmée tout en assurant la disponibilité de lits pour l'aval des urgences. En 2000, 90% des hôpitaux de court séjour du National Health Service ont mis en place des « bed managers », bien que leurs missions et compétences diffèrent selon les établissements comme le note le rapport du National Audit Office³⁶.

Une expérience menée dans un hôpital de Baltimore confirme l'intérêt d'identifier la gestion des lits en tant que fonction propre : « la mise en place d'un service de gestion des lits 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, a augmenté l'efficacité dans notre hôpital. Les temps d'hospitalisation à partir du service des urgences et la redirection d'ambulances ont diminué, malgré l'augmentation du nombre de passages aux urgences et de séjours sur la période considérée »³⁷. En effet, le temps de passage aux urgences avant hospitalisation est passé de 7h38 à 6 heures.

Dans ce contexte, la MEAH a inclus la gestion des lits comme un des axes des projets dit performance. Dans ce cadre, quelques établissements en France ont déjà mis en place une fonction centralisée de gestion des lits. Ainsi, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a progressivement déployé une cellule de gestion des lits à partir d'avril 2011. Ce déploiement a été précédé d'une longue phase de diagnostic et de préparation d'un an destiné à démontrer l'intérêt d'un tel projet et à fédérer les professionnels tant médicaux que soignants. Par exemple, l'hôpital Saint-Joseph a chiffré le temps consacré à la

³⁶ National Audit Office, *Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals*, 24 février 2000.

³⁷ HOWELL, Eric, BESSMAN, Edward, KRAVET, Steven, *et al.* op. cit.

gestion des lits sur l'établissement : 113 heures par jour, soit 13 équivalents temps plein uniquement occupés par ces tâches³⁸. De plus, cette organisation de gestion des lits s'est inscrite dans une réflexion architecturale et médicale qui a conduit à une réorganisation des pôles en entités médicales cohérentes mais aussi géographiques. L'implication du personnel médical a été déterminante avec la définition de règles médicales d'hospitalisation et d'hébergement par les chefs de services. Le groupe hospitalier Saint-Joseph a déployé un gestionnaire de lits par pôle, soit environ 150 lits par gestionnaire. Avec des règles d'affectation clairement définies et une réactivité rapide, les gestionnaires de lits sont parvenus à trouver leur place auprès des cadres de santé et des médecins. Les premiers résultats présentés par l'hôpital sont encourageant en faisant état d'une diminution d'une demi-heure de la durée de passage au SAU, de la baisse du nombre de transferts à partir des urgences, de la fin des déprogrammations et de la réduction du nombre de lits vides à minuit³⁹. Aussi, cette organisation a permis de recentrer médecins et cadres de santé sur leur cœur de métier. D'autres établissements ont déployé une organisation proche comme le centre hospitalier de Pontoise, ou encore le CH de Lens.

Dans le contexte médiatique actuel sur l'aval des urgences et l'appel de Samu-Urgences de France à arrêter de chercher des lits d'aval à partir du 15 octobre, la mise en place de cellule centralisée de gestion des lits devient un objectif national piloté par le Ministère. Néanmoins, le déploiement de cellules de gestion des lits constitue un outil organisationnel et non une solution clé en main au problème de l'aval des urgences. De plus, les pré-requis à la mise en place d'une telle organisation sont nombreux et doivent être adressés avec diplomatie tant la notion de lits évoque le territoire dans l'organisation hospitalière actuelle.

3.1.3 L'engagement du CHU de Nîmes dans la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits

Prévu initialement par le projet d'établissement de l'établissement, le projet de déploiement d'une cellule centralisée de gestion des lits bénéficie d'une dynamique forte du fait du contexte national actuel. Pour assurer la visibilité et le suivi du projet au sein de l'institution, le CHU de Nîmes s'est inscrit dans le programme national de gestion des lits porté par l'ANAP. Le pilotage de ce projet est sous la responsabilité du Directeur de la clientèle. Pour cela, un groupe projet a été mis en place intégrant des cadres de l'ensemble des directions du pôle SOQCL et le binôme médico-soignant choisi comme référent auprès de l'ANAP. Il s'agit du responsable fonctionnel du service des urgences et

³⁸ ALAMI, Atika, BOUCHARA, Julie, et LAJONCHERE, Jean-Patrick, op. cit..

³⁹ ANAP, *gestion des lits, retour d'expérience*, avril 2013.

d'un cadre de santé transversal de la direction des Soins. Le CHU fait partie de la première vague des établissements accompagnés par l'ANAP. La première session d'accompagnement a eu lieu à l'ARS le 10 octobre.

L'intégration dans ce programme poursuit plusieurs objectifs. Il s'agit d'abord de donner une visibilité forte au projet du CHU. Mais, cela permet également de disposer d'un appui méthodologique et d'une formation à l'utilisation des outils ANAP de diagnostic de la gestion des lits sur l'établissement, afin d'objectiver au mieux la situation de l'établissement pour fédérer l'ensemble de la communauté médicale et soignante. Enfin, la participation au programme avec quatre autres établissements de la région permet de partager les expériences, les avancées et les problématiques rencontrées.

Par la participation à ce programme, le CHU s'est fixé deux objectifs très concrets : plus de patients en attente d'hospitalisation aux urgences depuis plus de 24 heures et plus de déprogrammations de patients.

Pour atteindre ces deux objectifs, le CHU concentre son action sur la mise en place d'une cellule de gestion des lits. Comme le souligne la MEAH, « l'intérêt de cette action est primordial dans le sens où la cellule d'ordonnancement sert de support au développement, puis à la mise en œuvre en routine de meilleures procédures de gestion des lits »⁴⁰. Cette nouvelle organisation nécessite des réflexions en amont et de nombreuses actions préalables, il s'agit donc d'un choix stratégique structurant pour le plan d'actions de l'établissement. Si la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits à l'issue de ce programme parvient à atteindre ces deux objectifs, le projet sera une réussite. En effet, ces deux objectifs apparaissent encore irréconciliables pour beaucoup, en particulier, pour la plupart des médecins rencontrés.

3.1.4 Les actions préalables à la mise en place de l'organisation cible

Comme le montre les expériences existantes, la gestion des lits peut être organisée selon des modalités multiples et surtout nécessite de répondre à un certain nombre de pré-requis.

1/ Réaliser un diagnostic partagé

D'abord, il s'agit de disposer fin 2013 d'un diagnostic objectif, précis et complet de la situation de l'établissement en ce qui les ressources humaines, les outils techniques et les processus actuels de gestion de lits. A ce titre, l'identification des potentialités offertes ou

⁴⁰ MEAH, op.cit.

non par le système d'information apparaît primordiale. De plus, la réalisation d'un audit permettant de mesurer le temps consacré aux problématiques de gestion de lits par les personnels soignants et médicaux, des urgences et des services de court séjour apparaît nécessaire pour montrer le potentiel du projet : libérer du temps médical et cadre pour recentrer les professionnels sur le cœur de métier. Enfin, il s'agit de mettre en place le suivi de nouveaux indicateurs permettant de mieux mesurer l'efficacité organisationnelle. Ainsi, le taux d'occupation n'apparaît pas comme l'indicateur le plus pertinent pour visualiser l'état des lits. Des indicateurs clés pourraient être les durées de passage aux urgences avant hospitalisation, le nombre de lits vides à minuit ou encore le suivi des déprogrammations pour manque de lits.

Une fois le diagnostic établi, le groupe projet devra répondre à plusieurs questions avant d'envisager la centralisation de la gestion des lits à l'échelle de l'établissement.

2/ Définir les missions de la cellule de gestion des lits

Il s'agira d'abord de déterminer précisément les missions et tâches confiées à la cellule de gestion des lits en s'appuyant sur les trois dimensions : régulation, programmation, planification. Afin de pouvoir agir concrètement sur la disponibilité des lits, les gestionnaires de lits ont vocation à gérer l'affectation des patients non-programmés et programmés. En effet, ce sont les variations du flux programmé en particulier en fonction du jour de la semaine qui perturbent l'aval des urgences (cf 1.4).

En outre, les missions confiées aux gestionnaires de lits peuvent être différentes des missions du responsable de la gestion de lits. Ainsi, si les missions de régulation quotidienne et de programmation prévisionnelle semblent relever des gestionnaires de lits. Les missions d'analyse stratégique des capacités et la conduite de projets d'amélioration, par exemple la cohérence de la programmation des séjours avec celle des plateaux médico-technique, relèvent plutôt du rôle du responsable de la cellule de gestion des lits.

3/ Déterminer le bon périmètre de gestion des lits

Ensuite, il s'agit de déterminer les périmètres de gestion, soit les ensembles de lits gérés par chaque gestionnaire de la cellule. Or, les gestionnaires de lits ont vocation à gérer des ensembles de lits significatifs. La MEAH le rappelle « gérer les lits suppose de travailler sur un périmètre suffisant »⁴¹. Ainsi, « l'augmentation du périmètre de gestion des lits permet d'améliorer à la fois le taux d'occupation, le volume d'activité et de diminuer le

⁴¹ MEAH, op.cit.

taux de déprogrammation »⁴². Néanmoins, comme le souligne la MEAH dans son rapport, l'augmentation du périmètre de gestion des lits au-delà du service implique un corollaire : une relative homogénéité du périmètre associé à la polycompétence des équipes soignantes.

Ainsi, mettre en place une gestion centralisée des lits nécessite de penser les périmètres adéquats : tant géographiques que médicaux. Il s'agit également de prendre en compte le profil des patients pour créer des périmètres cohérents en termes de qualité des soins, par exemple en isolant les patients atteints d'une maladie infectieuse des patients à risque infectieux post-chirurgical. A ce titre, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a inscrit son projet de gestion des lits dans le cadre d'une restructuration architecturale ce qui lui a permis de mettre en place des ensembles géographiques et médicaux cohérents d'environ 150 lits.

Une telle gestion des lits peut-elle être mise en place dans l'organisation polaire et spatiale de l'établissement ? Certains pôles présentent une homogénéité médicale et une proximité géographique. Par exemple, le pôle Chirurgies rassemble l'ensemble des services de chirurgie (sauf la gynécologie) qui sont tous situés dans Carémeau Sud bien que quelque peu dispersés. De même, le pôle Femme-enfant constitue un ensemble médical et géographique cohérent réparti sur trois étages de Carémeau Nord. En revanche, le pôle Médecines spécialisées rassemble des services spécialisés comme la rhumatologie ou la néphrologie et des services plus polyvalents comme la médecine interne et la médecine polyvalente. De plus, le pôle compte un service de SSR et est éclaté géographiquement entre plusieurs bâtiments. Ainsi, la mise en place d'une cellule de gestion des lits constitue un projet structurant qui doit être intégré dans les réflexions en cours sur le schéma directeur immobilier de l'établissement afin de s'assurer de la constitution de périmètres de gestion cohérents érigés en pôles médicaux.

4/ Mettre en place des outils à disposition de la cellule de gestion des lits

En outre, un consensus devra être trouvé sur les outils à disposition de la cellule de gestion des lits.

Bien sûr, les gestionnaires de lits auront à leur disposition la visualisation des lits disponibles via le logiciel de dossier patient informatisé, Clinicom. Mais cet outil ne sera pas suffisant. En effet, il permet de visualiser l'occupation des lits en temps réel et la programmation d'une pré-admission à une date donnée mais il ne permet pas facilement une visualisation de l'état des lits dans le temps sous la forme d'un tableau à double

⁴² Ibidem

entrée avec d'un côté les lits, de l'autre un calendrier. Les possibilités de déploiement d'un tel outil devront donc être étudiées avec la direction du système d'information.

De plus, il s'agit de déterminer comment les professionnels des services et du SAU préviendront les gestionnaires qu'ils ont un patient à hospitaliser, et quelles informations précises ils devront leur transmettre. Le moyen de transmission de ces informations doit être le plus simple possible pour que la nouvelle organisation constitue une véritable aide pour les médecins et les soignants et non une lourdeur supplémentaire. Cette étape du processus pourrait être réalisée par téléphone ou via un outil informatique de type prescription connectée. L'objectif est de donner au praticien, a minima dans le circuit programmé, une réponse quasiment en temps réel de la date d'hospitalisation prévue pour en informer le patient.

Pour dégager au maximum les médecins et soignants des tâches liées à la gestion des lits, des outils plus perfectionnés peuvent être développés mais ils nécessitent un investissement important des équipes médicales et paramédicales qui doivent en percevoir l'intérêt pour participer à leur mise en œuvre. Ainsi, d'une part, une gestion des lits efficace s'accompagnerait de la mise en place d'une cartographie médicale d'orientation et/ou d'une charte inter-service à disposition du gestionnaire de lit. La cartographie médicale d'orientation vise à définir les services d'hospitalisation adaptés pour le patient en fonction de sa pathologie. Ainsi, des pathologies lourdes nécessitant une prise en soins spécialisée ont vocation à être hospitalisées en toute circonstance dans l'unité de spécialité. D'autres pathologies, plus fréquentes et plus légères peuvent être hospitalisées, en cas d'absence de disponibilité de lits, dans d'autres services du même pôle par exemple. Néanmoins, ce niveau de détail semble difficile à atteindre dans un CHU où le case-mix est très varié. Des chartes inter-services ou inter-pôles pourraient formaliser les règles d'hébergement : fréquence de passage du médecin de la spécialité, surveillance de l'équipe soignante et médicale du service d'hébergement, délai de transfert dans le service. La mise en place de cette charte n'a de sens que si elle est collectivement acceptée par le corps médical et la Direction des Soins et que son respect est régulièrement évalué.

De plus, pour compléter le panel d'outils à disposition des gestionnaires de lits, des durées prévisionnelles de séjour – DPS – pourraient être mise en œuvre. Il s'agit, pour chaque patient, en fonction de sa pathologie, de déterminer la durée de séjour probable avant même l'admission pour les patients programmés. Ces durées de séjour prévisionnelles pourraient être générées automatiquement selon un modèle statistique établi par le DIM en collaboration avec les « data manager », les biostatisticiens et les méthodologistes du département BESPIM – Biostatistique, Epidémiologie, Santé Publique et Information Médicale – du CHU. En effet, la spécificité du CHU de Nîmes réside dans

la réunion de ces différentes compétences qui peut permettre la mise en œuvre de ce type d'outils. Cette durée prévisionnelle de séjour serait ajustée chaque jour à partir de l'entrée par le praticien responsable du patient. Cet outil présente un intérêt majeur pour les gestionnaires de lits puisqu'il leur permet de fiabiliser au mieux leur programmation en allant au-delà de l'indicateur de DMS de chaque service. Néanmoins, il est très complexe à mettre en œuvre. En effet, il implique que le médecin responsable du patient identifie clairement la pathologie du patient dès l'admission ce qui n'est pas toujours le cas. Ainsi, lors de certains entretiens, les médecins ont exprimé leur scepticisme quant à la possibilité de mettre en place un tel outil.

5/ Elaborer le profil des gestionnaires de lits

Au-delà des outils, une décision stratégique devra être prise par le groupe projet et validée en directoire concernant le profil des membres de cette future cellule de gestion des lits. Les expériences existantes ne permettent pas de trancher définitivement cette question. En effet, si les gestionnaires de lits sont finalement des secrétaires médicales expérimentées au groupe hospitalier Saint-Joseph⁴³, le CHU de Nantes a choisi pour son expérimentation des compétences infirmières⁴⁴. Pour les responsables du projet nantais, « les connaissances infirmières, leurs « stratégies cognitives », et leur « intelligence pratique » peuvent être mises à profit dans la recherche de solutions afin d'optimiser les possibilités de prises en charge au regard des ressources disponibles »⁴⁵. Enfin, le rapport de la MEAH préconise un cadre pour diriger la cellule aidé d'un « coordonnateur médical » pour régler les questions de priorités médicales⁴⁶. Etant donné la nouveauté du métier et les multiples compétences à mobiliser, le profil du gestionnaire de lits prête encore à discussion.

Les entretiens réalisés au sein de l'établissement ne permettent pas de trancher cette question. En effet, la Directrice des Soins souligne l'intérêt de soignants dans cette fonction de par leur parcours professionnel tout en attirant l'attention sur le fait qu'un médecin serait le mieux placé pour régler les difficultés d'occupation des lits avec ses pairs. Le président de la DPP, chef du pôle Chirurgies, considère au contraire qu'il serait préférable de ne pas confier la supervision de cette fonction à un médecin car cela pourrait conduire potentiellement à des querelles de personnes. Un soignant lui paraîtrait alors plus approprié. Au-delà, considérant qu'il s'agit de gérer des flux patients, les compétences logistiques semblent aussi avoir leur place dans une telle fonction.

⁴³ ALAMI, Atika, BOUCHARA, Julie, et LAJONCHERE, Jean-Patrick, op.cit.

⁴⁴ MORICEAU Christine, VALLEE Jean-Claude, ROUX Thomas, « Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient : un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes » in *Réflexions hospitalières*, n°552, mai-juin 2013, p.36-43.

⁴⁵ Ibidem.

⁴⁶ MEAH, op.cit.

Un moyen de sortir de cette question relative au métier serait de se concentrer sur les compétences nécessaires et de placer le métier au second plan. Les compétences nécessaires sont multiples : des capacités d'analyse, de réactivité, d'anticipation, de négociation sont nécessaires de même d'une maîtrise de l'outil informatique. Surtout, le gestionnaire de lits doit avoir une connaissance certaine des profils de patients du périmètre de gestion, de leurs parcours, des contraintes et des compétences spécifiques des équipes soignantes et médicales du pôle concerné. Ce sont ces compétences requises qui doivent gouverner le choix des gestionnaires des lits.

6/ Décider le positionnement de la cellule dans l'organisation de l'établissement

Au-delà du profil de l'équipe de gestion de lits, la question de son positionnement dans l'établissement est majeure. La cellule de gestion de lits a vocation à être transversale à l'établissement plutôt qu'organiser par pôle. En effet, ceci permet aux gestionnaires de disposer d'une certaine indépendance à l'égard des chefs de pôle. Surtout, la centralisation permet la mise en œuvre de pratiques harmonisées au niveau de l'établissement et l'identification d'un interlocuteur unique, la cellule de gestion des lits, pour le service des urgences même si chaque gestionnaire a un périmètre spécifique de compétences.

De plus, pour asseoir sa légitimité, la cellule de gestion des lits a vocation à être positionnée au plus haut niveau. Elle peut être mise sous l'autorité directe d'un directeur adjoint, voire sous l'autorité directe du directeur général et du président de CME dans un premier temps pour donner une dimension stratégique majeure à ce projet et faciliter l'adhésion des professionnels.

3.1.5 L'adhésion de la communauté médicale et de l'encadrement soignant : facteur clé de la réussite d'une telle organisation

L'adhésion des professionnels de proximité à cette organisation constitue le facteur clé de la réussite d'un tel projet comme l'illustre les expériences existantes : « rassurer le corps médical quant à cette gestion élargie des lits est apparu majeur »⁴⁷. En effet, la centralisation de la gestion des lits implique un profond changement culturel et organisationnel pour les professionnels de santé. Le lit est encore intrinsèquement lié à la notion de territoire. Les chefs de service contrôlent pleinement l'occupation de leurs lits en dehors des situations de crise. Certains services ne jouent pas complètement le jeu de l'accueil des patients en provenance des urgences. Centraliser la gestion des lits implique

⁴⁷ ALAMI, Atika, BOUCHARA, Julie, et LAJONCHERE, Jean-Patrick, op.cit.

une transparence totale sur l'occupation des lits, que les gestionnaires pourront contrôler en se déplaçant dans les services. Certains praticiens ne sont pas d'accord à l'idée de se dessaisir de cette gestion de proximité des lits sous leur contrôle.

Surtout, les entretiens révèlent une crainte du corps médical : remettre en cause le pouvoir décisionnel d'orientation médicale du médecin alors que celui-ci porte la responsabilité médicale de ses patients. Ainsi, il s'agit d'expliquer la démarche à la communauté médicale pour les rassurer, leur indiquer que la décision d'hospitalisation reste médicale, qu'il s'agit d'améliorer le circuit d'affectation des lits et au contraire de laisser les médecins se concentrer sur la décision médicale quant à la prise en charge d'un patient sans se préoccuper des problèmes de lits. La cellule de gestion de lits sera là pour donner la meilleure réponse possible au médecin concerné en termes d'hébergement du patient dans un lit adéquat.

Pour cela, ce projet doit être porté par le plus haut niveau hiérarchique de l'établissement : directeur général et président de CME. L'investissement des plus hautes autorités de l'établissement dans un tel projet est résolument nécessaire pour franchir les multiples obstacles et vaincre peu à peu les résistances. C'est le cas au CHU de Nîmes où le président de la CME et le directeur général sont convaincus de la nécessité de ce changement organisationnel et ont déjà mis en place les instances permettant la réalisation et la supervision de ce projet. De plus, pour inciter les pôles à s'inscrire dans la dynamique d'amélioration de la gestion des lits, des objectifs par pôles pourraient être déclinés dans les prochains contrats de pôles.

En outre, il s'agit de poser un diagnostic clair et objectif de la situation de l'établissement et expliquer les enjeux du projet pour l'établissement et pour les patients en s'appuyant notamment sur les quelques expériences existantes ou en cours de déploiement en France. L'adhésion de la majorité de la communauté médicale aux enseignements tirés du diagnostic est fondamentale pour la réussite de ce projet.

L'implication des cadres de santé est aussi absolument nécessaire. Ce sont eux aujourd'hui sur l'établissement qui passent le plus de temps à régler des problèmes de lits. Un cadre y est quasi-exclusivement dédié au SAU. Les cadres des services de soins affirment y consacrer une part importante de leur temps de travail. La mise en place d'un tel projet nécessite donc le lancement en parallèle d'une réflexion sur la fonction cadre afin que les cadres de santé ne se sentent pas dépossédés par un tel projet mais, au contraire, le perçoivent comme une opportunité de se recentrer sur le cœur de leurs missions : le management de proximité, l'organisation et la qualité des soins. De plus, décharger les cadres de santé de la gestion des lits leur permettrait de consacrer plus de temps à la coordination des parcours des patients en lien avec leur famille, ce qui fait partie de leurs missions étant donné leur rôle central du cadre dans l'unité de soins.

Enfin, pour acculturer progressivement les professionnels à une telle organisation, il apparaît pertinent d'expérimenter la fonction gestionnaire de lits sur un pôle, d'évaluer les résultats liés à ce changement puis, s'ils s'avèrent concluants de généraliser ensuite cette organisation en mettant en œuvre la cellule proprement dite. C'est vers cette solution que s'oriente le CHU de Nîmes avec l'expérimentation d'un poste de gestionnaire de lits sur un pôle médical.

3.2 La coordination des interfaces et la préparation de la sortie pour limiter la durée de séjour

Unaniment, les personnes rencontrées ont souligné : « ce qui bloque, c'est la sortie ». Tous affirment accueillir les patients en attente d'hospitalisation relevant de leur domaine de compétences au SAU dès qu'ils ont un lit disponible. Tous soulignent l'existence de patients dits médicalement sortant dans leurs lits d'hospitalisation. Tous font part de l'accroissement rapide du nombre de patients ayant des problématiques sociales importantes. Tous décrivent la croissance du nombre de situations complexes voire conflictuelles avec les proches de certains patients. Face à ces constats, l'amélioration de la préparation et de l'organisation de la sortie apparaît comme un enjeu majeur pour le CHU et un corollaire indispensable à la mise en place d'une nouvelle organisation de gestion des lits.

3.2.1 La prise en charge précoce des fragilités médico-sociales

Pour éviter le prolongement des séjours d'hospitalisation, le repérage précoce des problèmes sociaux pouvant complexifier le projet de sortie est un enjeu fondamental. En effet, la constitution des dossiers administratifs en vue de mesures d'aide sociale ou de mise en place de mesures de protection (tutelle, curatelle) nécessite de regrouper un nombre important de pièces. Surtout, les délais d'instruction des dossiers sont relativement incompressibles. Ainsi, dans le Gard, le parquet a déjà été sensibilisé à la nécessité de mettre en place rapidement les mesures de tutelles pour les patients hospitalisés qui en ont besoin. Les délais ont été significativement réduits par ce travail de collaboration entre le CHU et l'instance judiciaire. Malgré cela, le temps d'instruction des demandes, supérieur à un mois, ne correspond pas au temps hospitalier du court séjour qui ne dure normalement que quelques jours.

Ainsi, il importe donc de repérer précocement les personnes dont la situation sociale nécessite l'intervention de l'assistante sociale. Il s'agit donc de réaliser au plus tôt, dès, voire avant, l'admission, un projet de sortie pour le patient. Comme le souligne la MEAH,

« la précocité de l'intervention [du service social] est assez nettement corrélée à la durée de séjour »⁴⁸. Or, selon une enquête réalisée par le service social en novembre 2012, les assistantes sociales ont été sollicitées dans trois quarts des cas au cours du séjour et non à l'admission pour une demande de SSR. Des progrès sont donc possibles, les difficultés sociales pouvant, dans la plupart des cas, être identifiées dès l'admission.

Pour cela, le service social dans le cadre de la délégation au parcours patient a élaboré une grille de détection de la fragilité médico-sociale (voir annexe 12). Cette grille est destinée à être remplie avant l'hospitalisation lors des consultations externes. Elle a été expérimentée dans quatre services : l'urologie, la chirurgie orthopédique, les maladies métaboliques et endocriniennes et la gastro-entérologie et est actuellement en cours de déploiement sur le CHU.

Néanmoins, peu d'appels ont été reçus par le service social suite au déploiement de cette grille. Il s'agissait dans la plupart des cas de situations très complexes susceptibles d'empêcher l'hospitalisation. Par exemple, une personne refusait l'hospitalisation car elle était aidante pour un parent atteint de la maladie d'Alzheimer et ne pouvait le laisser seul. L'intervention du service social en amont est alors absolument nécessaire pour organiser la prise en charge du patient et de son entourage.

La difficulté à mettre en place ce repérage précoce peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'abord, la fiche n'est pas utilisée de manière systématique pour chaque patient passant en consultation. De plus, la fiche nécessite de croiser des informations administratives comme la couverture sociale de l'assuré, des informations sur le mode de vie et des données médicales. Or, l'ensemble de ces informations n'est pas connu par un seul et même professionnel. Il importe donc de privilégier le déclaratif du patient pour pouvoir utiliser cette fiche. Aussi, tous les services n'ont pas déterminé clairement qui doit remplir la fiche et dans quel cas.

Pour relancer cette action, il s'agit donc de mobiliser le corps médical et les cadres de santé pour déterminer les conditions et les personnes en charge de remplir cette fiche de fragilité médico-sociale. Une présentation de cette action dans les différentes instances comme la CME, les réunions de cadres de santé ou encore la CSIRMT pourrait permettre d'en améliorer la visibilité

En outre, les personnels soignants rencontrés ont souligné leur difficulté à repérer une situation fragile. Ils ne se sentent pas totalement légitimes pour poser des questions relatives au mode de vie lors des consultations. Le déploiement de la fiche pourrait donc être accompagné d'une formation au repérage de la fragilité sociale par le service social

⁴⁸ MEAH, op. cit.

et d'un accompagnement rapproché de l'assistante sociale du service pendant les premières semaines du déploiement.

De plus, cette fiche pourrait être mise en place pour déclencher une action du service social également dès l'admission en hospitalisation. Pour cela, il s'agit par exemple, d'informatiser cette fiche, de l'intégrer au dossier patient informatisé, et de la faire remplir par la personne en charge de l'accueil dans le service.

3.2.2 L'amélioration de l'accès aux plateaux-médicaux techniques spécialisés

Si l'accès à l'imagerie traditionnelle a été nettement amélioré ces dernières années, la disponibilité de certains plateaux médico-techniques pose toujours problème.

En effet, malgré la restructuration du bloc d'interventionnel et le renforcement médical de l'équipe de gastro-entérologie, l'accès à l'endoscopie digestive pose toujours problème ce qui prolonge inutilement des séjours hospitaliers. Ainsi, les chefs de service rencontrés par le comité opérationnel qualité et ceux vus dans le cadre de la commission d'analyse des DMS ont presque tous identifié les difficultés d'accès à l'endoscopie digestive comme un facteur de prolongement des séjours.

Il s'agit donc de mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire impliquant les gastro-entérologues, les anesthésistes, l'encadrement du plateau de médecine interventionnel et un directeur afin d'identifier clairement les blocages organisationnels et de mettre en œuvre des solutions opérationnelles permettant de répondre à la demande des services cliniques. Le pôle SOQCL a vocation à s'emparer de cette problématique dans le cadre de son axe de travail sur la fluidité de l'itinéraire patient.

3.2.3 L'identification du coût des patients médicalement sortants

Pour mesurer le coût pour l'hôpital de patients hospitalisés pour des raisons autres que médicales, il importe de dénombrer les patients dits « médicalement sortant ». En effet, dans le contexte actuel de tarification à l'activité et d'optimisation de l'aval des urgences, il importe de pouvoir mesurer précisément le nombre de lits occupés chaque jour en MCO par des patients qui ne relèvent pas de ce type de prise en charge.

Cette identification serait intéressante à plusieurs titres. D'abord, elle permettrait d'analyser les parcours de ces patients afin de comprendre les raisons du prolongement des séjours et de prendre, dans la mesure où cela relève de la compétence de l'établissement, les mesures nécessaires à éviter la reproduction de ce type de séjour. Surtout, cela permettrait d'identifier les problématiques d'aval : quels types de

compétences sont insuffisamment disponibles sur le territoire ? Par exemple, cela permettrait de déterminer si le nombre de places en EHPAD sécurisé pour l'accueil des personnes démentes est suffisant. Répondre à ces questions pourrait permettre au CHU de négocier avec l'ARS. L'établissement pourrait demander une dotation pour mission d'intérêt général (MIG) pour la prise en charge de la précarité couvrant le manque à gagner pour le CHU dus aux patients médicalement sortants. Aussi, cela permettrait d'identifier les partenaires avec lesquels le CHU doit conventionner plus précisément afin de faciliter la coopération. En outre, ce serait un moyen pour les assistantes sociales, d'identifier les dossiers prioritaires à traiter. En effet, étant donné les risques encourus par l'hospitalisation, il s'agit de limiter au maximum l'hospitalisation au temps de prise en charge médicale nécessaire.

L'identification des patients médicalement sortants a été expérimentée au CHU de Nîmes dans deux services : le service des maladies infectieuses et tropicales et la néphrologie. L'identification de ces patients est possible techniquement dans le DPI de l'établissement. Il s'agit de relancer cette démarche en mettant en œuvre la procédure initialement prévue, en sensibilisant les chefs de service, les cadres de santé et le service social. Pour inciter les équipes à l'utilisation de cet outil, le service social peut s'engager à communiquer régulièrement auprès du cadre du service et du praticien responsable sur les avancées et/ou les blocages concernant la situation des patients médicalement sortant. L'identification de ces patients constitue également une attente forte de certains services. En effet, les personnes rencontrées ont toutes fait état de l'embolisation de leur service par des patients en attente de solution d'aval. Un cadre de santé, confronté régulièrement à cette problématique, va jusqu'à suggérer : « il faudrait créer un service social d'hospitalisation faiblement médicalisé pour ces patients ». Il apparaît donc intéressant de pouvoir objectiver cette donnée et, par exemple, mesurer son impact sur la DMS du service. Ceci permettrait de calculer une DMS théorique, hors patients médicalement sortants, qui serait le reflet réel de la performance du service. Ceci pourrait lever une partie des craintes à l'accueil de patients âgées fragiles et/ou poly-pathologiques en attente d'hospitalisation au service des urgences.

3.2.4 La préparation de la sortie : enjeu de coordination entre compétences médicales, soignantes et sociales

Souvent, de nombreux intervenants participent à la préparation de la sortie du patient : le médecin bien sûr, l'équipe soignante et parfois l'assistante sociale du service. L'enjeu pour optimiser la préparation de la sortie est donc la coordination de ces différents intervenants. Au vu des débats réguliers en comité opérationnel du parcours patient, il

apparaît que le rôle respectif de chacun dans le projet de sortie du patient n'est pas clairement établi. Ceci peut donc provoquer des pertes de temps par manque de communication ou de coordination entre les différents intervenants.

Illustration de la difficulté à se saisir du projet de sortie, le déploiement de Trajectoire au sein de l'institution a cristallisé les mécontentements. L'outil Trajectoire permet de centraliser les demandes de SSR à destination de l'ensemble des établissements de la région. Mais, il modifie dans le même temps des pratiques installées. Avant Trajectoire, les dossiers de pré-admissions en SSR étaient coordonnés par les assistantes sociales. La partie médicale d'orientation était renseignée par le médecin, la partie soignante par l'équipe soignante du service et la partie administrative et sociale par l'assistante sociale mais c'est l'assistante sociale qui centralisait et envoyait la demande. Néanmoins, la réponse pouvait être faite à l'assistante sociale ou directement auprès du service concerné ce qui pouvait générer des pertes d'informations et donc des retards dans le transfert du patient. Avec Trajectoire, la majeure partie de la charge de travail liée à la constitution du dossier de demandes de SSR est reportée sur les médecins et les cadres de santé des unités. Etant donné l'impossible interfaçage entre Trajectoire et le DPI du CHU, cela engendre des ressaisies mal vécues par les services particulièrement concernant la partie administrative du dossier. Les cadres ont le sentiment qu'une partie du travail qui relève, selon eux, du service social, a été reporté sur eux sans que la nature des tâches à effectuer le justifie. Cet exemple montre simplement que le rôle respectif des assistantes sociales et des cadres de santé dans la conduite du projet de sortie des patients n'est pas clairement défini et peut conduire à des situations conflictuelles.

De plus, les entretiens ont permis d'identifier des organisations très différentes selon les services comme le reconnaît la responsable du service social. Ces organisations dépendent aussi de l'implication des médecins du service dans l'élaboration du projet de sortie. Ainsi, les médecins sont très impliqués et connaissent les structures d'aval de leur filière dans certains services comme la médecine gériatrique ou la neurologie mais les orientations sont plus générales dans d'autres services, par exemple en chirurgie. Afin d'optimiser au mieux le projet de sortie des patients, il s'agit donc de lancer une réflexion entre la direction des Soins, la direction de la Clientèle et la CME sur le rôle de chacun dans l'élaboration, le pilotage et le suivi du projet de sortie d'un patient en particulier en cas de situation complexe et de définir des modalités de coordination permettant d'assurer le partage rapide de l'information. Pour cela, il est possible de s'appuyer sur les bonnes pratiques existantes dans certains services. Par exemple, le service de neurologie effectue une fois par semaine un staff pluridisciplinaire avec les médecins, les équipes soignantes et l'assistante sociale pour faire le point sur les patients en attente de solution d'aval et coordonner au mieux les projets de sortie. Avec l'appui de l'assistante sociale pour les questions administratives et sociales et le recours à la plate-forme de services en

cas de situation complexe (cf. infra), le cadre de santé semble le mieux placé pour coordonner les projets de sortie étant donné son lien étroit avec l'équipe soignante, l'équipe médicale, le patient et son entourage. De plus, la mise en place d'une cellule de gestion des lits, en soulageant les cadres de cette mission, devrait leur permettre d'avoir plus de temps à consacrer à la coordination des parcours de soins.

3.2.5 Une plateforme médico-sociale de services pour coordonner l'après-hospitalisation des situations complexes

Pour améliorer le parcours patient et la prise en charge des sorties complexes, le CHU travaille à la mise en place d'une plateforme médico-sociale de services. L'objectif de cette plateforme est de constituer une interface entre l'établissement, ses partenaires extérieures et les patients pour organiser et sécuriser les sorties complexes.

Cette plateforme serait constituée d'une équipe pluridisciplinaire : assistante sociale, infirmière, psychologue, diététicienne, médecin. Il s'agit de mobiliser cette équipe pluridisciplinaire pour intervenir dans les situations complexes où l'intervention de l'assistante sociale et/ou les recherches d'aval de l'équipe médico-soignante ne suffisent pas à faire avancer le dossier. La mise en commun de ces compétences doit permettre d'évaluer en détail avec le service concerné la situation médico-sociale du patient et permettre de proposer de nouvelles pistes d'aval ou de relancer certaines structures ou partenaires extérieurs.

Cette plateforme fonctionnerait comme une équipe mobile en interne mais serait aussi au service des patients à domicile. Ainsi, on pourrait imaginer qu'une telle plate-forme rappelle les patients dont la sortie est particulièrement complexe 24 ou 48 heures après leur sortie pour s'assurer de la mise en place effective des dispositifs d'accompagnement prévus. De plus, cette plateforme constituerait un interlocuteur unique pour les partenaires extérieurs du CHU, patients ou professionnels libéraux, qui pourraient contacter la plate-forme en cas de problème dans la prise en charge à domicile.

Une action de ce type a été mise en œuvre au centre Léon Bérard, centre de lutte contre le cancer, à Lyon. Ainsi, le centre a mis en place une cellule de coordination des soins à domicile : « cette cellule intervient pour favoriser le retour à domicile des patients hospitalisés, mais également en alternative à un hôpital de jour saturé, ainsi qu'aux urgences pour organiser une prise en charge alternative à l'hospitalisation lorsqu'elle est possible. Elle joue donc un rôle important de régulateur des flux hospitaliers »⁴⁹. Cette

⁴⁹ BUTHION, Valérie, « Impact économique d'une cellule de coordination du retour à domicile sur la gestion des flux hospitaliers et l'équilibre financier de l'hôpital » in *Journal d'économie médicale*, 2006, vol. 24, no 2.

cellule se compose de médecins, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'une assistante sociale et d'un secrétariat. C'est expérience apparaît concluante sur le plan organisationnel et l'étude réalisée conclut à l'autofinancement d'un tel dispositif en raison du nombre de journées d'hospitalisation évitées calculé selon une méthode empirique⁵⁰.

Aujourd'hui, malgré une réflexion depuis plus d'un an, l'établissement n'est pas encore parvenu à constituer cette équipe pluridisciplinaire. En effet, un numéro d'appel unique a été mis en place rattaché au secrétariat du service social mais les compétences mobilisables se limitent à celles des assistantes sociales déjà présentes dans les services. Pour relancer cette dynamique, la désignation d'un médecin coordonnateur est nécessaire. Il apparaît logique que le médecin coordonnateur de la plateforme soit un praticien du service d'hospitalisation à domicile du CHU. En effet, l'hospitalisation à domicile est une des modalités de sortie. Par son positionnement, le médecin d'HAD dispose de relations étroites avec les partenaires extérieurs, médecins traitants, infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile. De plus, le médecin d'HAD a la faculté de proposer une solution d'aval : l'hospitalisation à domicile, lorsque la situation médico-sociale du patient s'y prête.

Pour construire cette plateforme, il s'agit donc de nommer ce médecin coordonnateur et de mettre à disposition un temps infirmier, un temps de psychologue et un temps social pour associer au mieux les compétences qui permettront de débloquer les situations complexes. Enfin, il s'agit de mesurer l'efficacité de l'intervention de cette plateforme en suivant le nombre d'interventions réalisées, en mesurant, si possible, les journées d'hospitalisation évitées par l'accélération de la sortie et en recueillant le degré de satisfaction des services demandeurs.

3.2.6 L'optimisation du processus de sortie pour faciliter le lissage des sorties sur la journée

Au-delà de ce travail sur le projet de sortie, le processus de sortie à partir de la décision médicale de sortie peut aussi être optimisé. L'enjeu est de libérer rapidement et de manière sécurisée les lits des patients sortants pour accueillir au plus vite les patients en attente d'hospitalisation aux urgences. Cela peut permettre de faire entrer les patients programmés suffisamment tôt pour commencer réellement la prise en charge dès le premier jour d'hospitalisation.

Pour cela, le pôle SOQCL a mis en place un groupe de travail chargé d'optimiser le processus de sortie du patient. Il s'agit de réaliser un diagnostic des pratiques actuelles

⁵⁰ Ibidem.

dans différents services pour identifier les bonnes pratiques et les points de blocages. Par exemple, certains services ont déjà mis en place une check-list de sortie comme la chirurgie orthopédique. Le diagnostic doit permettre d'identifier dans quelle mesure les pratiques doivent être harmonisées entre les services et dans quelle mesure les caractéristiques propres des spécialités justifient la prise en compte d'éléments spécifiques dans le processus de sortie. Ce travail sera conduit selon une approche processus. Il s'agit donc de modéliser les organisations existantes et de définir un ou des processus cibles pour l'organisation de la sortie des patients. Cette action doit permettre d'éviter les pertes de temps et les retards dans la sortie des patients dus à des problèmes organisationnels.

Au-delà, il est possible de réfléchir à la possibilité d'organiser des sorties de patients le matin afin de mieux lisser les sorties sur la journée. Les entretiens réalisés montrent que cette proposition fait débat. Ainsi, un cadre estime que cela peut être discuté et implique un changement d'organisation important pour les services de soins. En revanche, un médecin responsable d'unité ne pense pas possible d'accélérer le processus sur la journée pour parvenir à réaliser des sorties le matin car les praticiens sont souvent en attente de résultats, par exemple d'examens biologiques, pour prononcer définitivement la sortie. En outre, cette action nécessiterait de modifier en profondeur les organisations actuelles. Il s'agit de commencer à organiser la sortie la veille, en particulier en prévenant les proches et la famille. Ensuite, les visites médicales doivent commencer par les patients susceptibles de sortir le jour même. Après validation de la sortie par le médecin, il s'agirait pour l'équipe soignante de s'occuper rapidement des patients sortants sans remettre en cause les priorités de soins. Enfin, les structures d'aval partenaires du CHU doivent être en mesure d'accueillir les patients le matin. Surtout, l'augmentation des sorties le matin ne doit pas être imposée en tant que telle car elle pourrait, in fine, conduire à une augmentation de la DMS en retardant la sortie de patients qui auraient pu quitter le court séjour la veille. Compte tenu de ces difficultés, il apparaît nécessaire de travailler sur cette action dans des services expérimentateurs où les équipes médicales et soignantes sont volontaires pour s'engager dans cette démarche. Il conviendra ensuite d'évaluer les effets de cette action et les conditions de réussite avant d'élargir cette pratique à d'autres services de l'établissement.

L'amélioration de la gestion des lits passe donc par la combinaison de multiples actions centrées sur deux problématiques : mieux organiser l'entrée des patients et mieux préparer leur sortie. Ces deux approches complémentaires doivent être poursuivies en parallèle pour permettre une optimisation efficace, visible et durable de la gestion de la ressource lit de l'établissement.

Conclusion

L'optimisation de la ressource lit constitue un enjeu majeur pour le CHU de Nîmes, dans un contexte d'activité en croissance et de taux d'occupation déjà élevé des lits. Il s'agit de continuer à répondre aux besoins de santé croissants d'un territoire dont la population augmente et vieillit en assurant une prise en charge de qualité caractérisée par la fluidité du parcours patient au sein de l'hôpital et avec les partenaires extérieurs. Dans le contexte économique actuel, l'optimisation de la ressource lit constitue aussi un enjeu d'efficience majeur. Il s'agit enfin d'améliorer nos organisations pour assurer de meilleures conditions de travail à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Du fait de la médiatisation de la problématique de l'aval des urgences, la gestion des lits est aussi aujourd'hui centrée sur la mise en place de « bed manager » dans les établissements de santé. Mais, pour optimiser réellement l'utilisation des lits, il s'agit de penser le parcours patient dans son ensemble de l'entrée jusqu'à la sortie. La mise en place d'une cellule de gestion des lits constitue une innovation organisationnelle forte, transformant des pratiques existantes de longue date et remettant en cause la notion de territoire. Pour réussir ce projet structurant, l'adhésion et l'implication des professionnels, en particulier les médecins et les cadres de santé, sont déterminantes. Mais, ce changement organisationnel n'est pas suffisant. Un travail important sur l'anticipation, la préparation et l'organisation de la sortie doit être engagé en parallèle afin de s'assurer de la libération en nombre suffisant de lits chaque jour sur l'établissement. Ces deux chantiers sont en partie complémentaires, le temps libéré sur le terrain par la centralisation de la gestion des lits pouvant permettre, en partie, de mieux anticiper et préparer la sortie des patients.

Volontairement, ce travail se concentre sur les moyens internes d'optimisation du parcours patient et des lits pour l'hôpital. Néanmoins, les partenaires extérieurs, qu'il s'agisse de professionnels libéraux, d'entreprises de services à la personne ou d'établissements médico-sociaux ont aussi un rôle important à jouer. En effet, disposer d'une offre d'aval adaptée aux besoins du territoire est nécessaire à la fluidité des parcours. De même, renforcer les liens entre l'hôpital et ses partenaires, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, est essentiel à la fois pour prévenir les hospitalisations évitables et pour faciliter la sortie des patients hospitalisés. Les liens entre les différentes structures sont d'autant plus nécessaires dans la prise en charge des maladies chroniques ou de longue durée.

Ainsi, se pose la question de la mise en place de coordonnateur de parcours de soins ou « case manager » pour assurer le lien entre l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales concernées par le suivi du patient, les professionnels libéraux, le patient et ses proches. Le positionnement de ce coordonnateur de parcours de soins reste à définir. L'hôpital, pivot de l'offre de soins de recours, pourrait se saisir de ce rôle de coordonnateur. Mais, le pivot de l'offre de proximité reste le médecin traitant qui a évidemment un rôle à jouer dans la coordination des parcours de soins de ses patients comme le souligne le rapport du comité des sages en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de santé⁵¹. Ainsi, les réflexions actuelles sur la tarification au parcours illustre la difficulté en même temps que la nécessité de rapprocher les différents acteurs de la prise en charge des patients pour assurer la fluidité des parcours de soins sur le territoire.

⁵¹ CORDIER Alain, CHENE Geneviève, DUHAMEL Gilles et al., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages »*, juin 2013.

Sources et Bibliographie

Rapports

- ANAP, *Gestion des lits, retours d'expérience*, avril 2013
- CARLI Pierre, *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Conseil National de l'Urgence Hospitalière, Septembre 2013
- CORDIER Alain, CHENE Geneviève, DUHAMEL Gilles et al., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 recommandations du comité des « sages »*, juin 2013.
- FHF, *Evaluation de la T2A*, Juin 2013.
- IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, Rapport de synthèse, mai 2011
- MEAH, *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expériences*, avril 2008.
- National Audit Office, *inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals*, 24 février, 2000.
- OECD, *Health at a glance : Europe 2012*, novembre 2012.

Mémoires

- RIGAL Magali, *Management des lits et durée moyenne de séjour : exemple de recherche d'optimisation au Centre Hospitalier d'Avignon*, EHESP, décembre 2009.
- VERSTAVEL Florent, *Améliorer la gestion du flux de patients au service des urgences du Centre Hospitalier de Bretagne Sud*, ENSP, décembre 2007.

Articles

- ACKROYD-STOLARZ, S., GUERNSEY, J. Read, MACKINNON, N. J., et al, « The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study » in *BMJ Quality & Safety*, 2011, vol. 20, no 7, p. 564-569.
- ALAMI, Atika, BOUCHARA, Julie, et LAJDNCHERE, Jean-Patrick, « Gestion prévisionnelle des entrées et sorties: Une nouvelle approche de la gestion des lits » in *Gestions hospitalières*, 2013, no 526, p. 279-285.

- BERNSTEIN, Steven L., ARONSKY, Dominik, DUSEJA, Reena, *et al.*, « The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes » *in Academic Emergency Medicine*, 2009, vol. 16, no 1, p. 1-10
- BUTHION, Valérie, « Impact économique d'une cellule de coordination du retour à domicile sur la gestion des flux hospitaliers et l'équilibre financier de l'hôpital » *in Journal d'économie médicale*, 2006, vol. 24, no 2, p.101-113.
- CAMPOMINOSI Pascal, « Le 'Bed-manager' et le 'concierge aux clefs d'or' », *in Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Elargi*, 2013, no 63, p.9-12.
- CREMADEZ Michel & BICHIER Edouard, « du séjour au parcours de soins, les fondamentaux de la gestion des lits », *in Réflexions hospitalières*, 2012, no 546, p.44-48.
- CREMADEZ Michel & BICHIER Edouard, « du séjour au parcours, les obstacles culturels et organisationnels », *in Réflexions hospitalières*, 2012, no 547, p.46-49.
- CREMADEZ Michel & BICHIER Edouard, « du séjour au parcours, les conditions de la réussite », *in Réflexions hospitalières*, 2012, no 548, p.58-62.
- GALLET Bruno, « Parcours de soins, une nouvelle approche de la coopération en santé » *in Réflexions hospitalières*, 2012, no 549, p.59-61.
- GOMPEL, Francis & POULIGNY, Pascal, « L'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité » *in Gestions hospitalières*, 2005, no 444, p. 199-201
- HASSAN, Mahmud, TUCKMAN, Howard P., PATRICK, Robert H., *et al.*, "Hospital length of stay and probability of acquiring infection" *in International Journal of pharmaceutical and healthcare marketing*, 2010, vol. 4, no 4, p. 324-338.
- HOLSTEIN, J., FARGE, D., TARIGHT, N., *et al.* Lien précarité–durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2009, vol. 57, no 3, p. 205-211.
- HOWELL, Eric, BESSMAN, Edward, KRAVET, Steven, *et al.*, « Active bed management by hospitalists and emergency department throughput » *in Annals of internal medicine*, 2008, vol. 149, no 11, p. 804-810.
- LANG, Pierre-Olivier, HEITZ, Damien, MEYER, Nicolas, *et al.*, « Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés: Étude pilote réalisée au CHRU de Strasbourg » *in La Presse Médicale*, 2007, vol. 36, no 3, p. 389-398.
- MORICEAU Christine, VALLEE Jean-Claude, ROUX Thomas, « Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient : un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes » *in Réflexions hospitalières*, n°552, mai-juin 2013, p.36-43.
- MOUQUET Marie-Claude & OBERLIN Philippe, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 » *in Dossiers solidarité et santé*, DRESS, 2008, n°4.

- PROUDLOVE, N. C., GORDON, K., et BOADEN, R., « Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? » in *Emergency Medicine Journal*, 2003, vol. 20, no 2, p. 149-155.
- RICHARDSON Drew B. & MOUNTAIN David, “Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block” in *the Medical Journal of Australia*, Volume 190, Number 7, April 2009.
- SAVITEER, Susan M., SAMSA, Greg P. & RUTALA, William A., “Nosocomial infections in the elderly: increased risk per hospital day” in *The American journal of medicine*, 1988, vol. 84, no 4, p. 661-666.
- SPRIVULIS, Peter C., DA SILVA, J., JACOBS, Ian G., *et al.*,”The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments” in *Medical Journal of Australia*, 2006, vol. 184, no 5.
- TUYTTEN Anthony, BERTHET Cécile, HERPE Pascal & MARCHETTI Sonia, “Optimisation des flux aux urgencies, role de l’infirmier coordinateur d’aval et de réseau (ICAR)”, in *Revue hospitalière de France*, 2013, no 552, p.20-23.

Sites Internet

www.insee.fr

www.anap.fr

www.social-sante.gouv.fr

www.drees.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés	III
Annexe 2 : Projection de l'évolution de la population du Gard entre 2007 et 2040.....	IV
Annexe 3 : Durée moyenne de passage aux urgences avant hospitalisation en fonction de l'âge	V
Annexe 4 : Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par pôle en 2011, 2012 et 2013	VI
Annexe 5 : Estimation des recettes potentielles de cinq services en cas de diminution de la durée moyenne de séjour	VII
Annexe 6 : Evolution des tarifs du secteur public de 2007 à 2013	VIII
Annexe 7 : Analyse des flux de patients en fonction du jour de la semaine	IX
Annexe 8 : Plan d'actions de la procédure Hôpital en Tension	X
Annexe 9 : Nombre de journées-lits de plus de 21 jours par semaine entre avril 2010 et octobre 2010 par type de prise en charge	XI
Annexe 10 : Organigramme de la Délégation parcours patient.....	XII
Annexe 11 : Organigramme du pôle SOQCL.....	XIII
Annexe 12 : Grille de détection des situations de fragilité médico-sociale	XIV

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

M. Jean-Olivier Arnaud, Directeur Général ;

Pr..Jean-Emmanuel de la Coussaye, Président de la Commission Médicale d'Etablissement, Chef de service des urgences, du SAMU et du SMUR ;

M. Nicolas Best, Directeur Général Adjoint ;

Pr. Pierre Costa, Président de la Délégation Parcours Patient, Chef du pôle Chirurgies ;

M. François Poher, Co-animateur de la Délégation Parcours Patient, Directeur de la Clientèle et des relations avec l'Assurance Maladie ;

Mme. Marie-Claude Gasté, Directrice Coordinatrice Générale des Soins ;

Mme. Murielle Arondeau, Directrice de la Clientèle et des relations avec l'Assurance Maladie ;

Dr. Patrick Richard, responsable du service d'accueil des urgences ;

Pr. Jean-Paul Beregi, chef du pôle Explorations Morphologiques et Fonctionnelles ;

Dr. Michel Rodier, chef de service des Maladies Métaboliques et Endocriniennes ;

M. Georges Gleizes, cadre de santé à la Direction des Soins ;

Mme. Brigitte Bonifay, responsable du service social ;

Mme. Corinne Rosinski, cadre adjoint du service social ;

M. Philippe Extrat, Ingénieur logisticien ;

Mme. Elisabeth Sala, cadre de santé du pôle Chirurgies ;

Mme. Dominique Santoni, cadre de santé du pôle Médecines Spécialisées ;

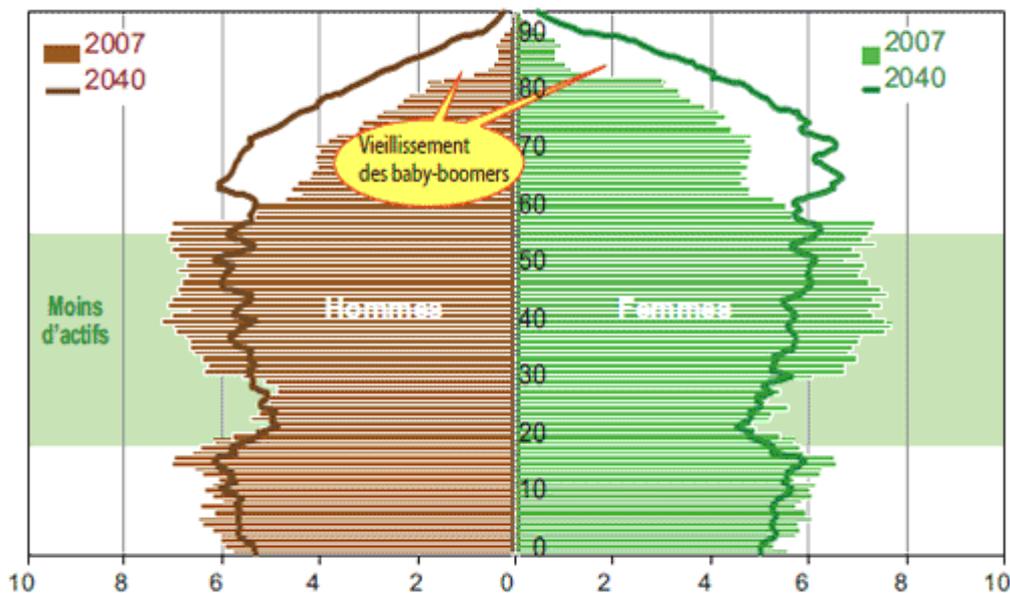
Mme. Sophie Shoenhenz, cadre de santé du service de Neurologie ;

Mme. Francine Bueb, cadre de santé du service d'Urologie ;

Entretiens avec trois infirmières de consultation du service d'Urologie.

Annexe 2 : Projection de l'évolution de la population du Gard entre 2007 et 2040

Graph. 3 - Pyramide des âges
En 2040 dans le Gard, pour 100 personnes en âge d'activité, 127 seraient potentiellement inactives (*)
Unité : effectifs pour 1 000 habitants



Source : Insee, recensements de population et modèle Omphale 2010 - scénario central

(*) pour simplifier, on a considéré comme potentiellement actifs, les personnes relevant des tranches d'âge 20 à 60 ans, et inactives les autres tranches d'âge.

Annexe 3 : Durée moyenne de passage aux urgences avant hospitalisation en fonction de l'âge

Tranche d'âge	moins de 18 ans	18 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans et plus	Total
Nombre de patients	2603	7752	1835	2524	2246	16960
Durée moyenne de passage aux urgences avant hospitalisation (en heures)	3,54	7,09	10,74	12,32	13,41	8,56

Source : Infocentre du CHU de Nîmes, Direction de l'Evaluation, des Finances et de l'Information, données du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013

Annexe 4 : Taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète par pôle en 2011, 2012 et 2013

Taux d'occupation par pôle	2011	2012	2013 (cumul à fin août)
Pôle Anesthésie Réanimation Douleur Urgences	77,86%	85,97%	92,92%
Pôle Chirurgies	81,68%	82,60%	81,31%
Pôle Femme-Enfant	75,84%	73,91%	73,61%
Pôle Médecines Spécialisées	96,90%	96,94%	95,14%
Pôle Gériatrie	111,99%	109,01%	108,95%
Pôle Oncologie	83,67%	85,81%	87,74%
Pôle Neurologie Addictologie Cardiologie Rééducation Endocrinologie	93,19%	93,68%	93,41%

Source : Infocentre du CHU de Nîmes, Direction Evaluation-Finances.

Annexe 5 : Estimation des recettes potentielles de cinq services en cas de diminution de la durée moyenne de séjour

	IP DMS 2012	Nombre de journées réalisées au CHU	A case-mix égal, nombre de journées qui auraient été réalisées si DMS du service égale à la DMS nationale	nombre de journées "perdues"	Chiffre d'affaire moyen par journée brute (€)	Valorisation potentielle (€)
dermatologie HC	1,2	5056	4213,3	842,7	385,3	324713,2
Médecine Interne HC	1,3	4981	3953,2	1027,8	364,9	375022,7
Rhumatologie HC	1,3	6532	4948,5	1583,5	332,5	526550,5
Pneumologie HC	1,2	6047	4876,6	1170,4	399,8	467862,2
					TOTAL	1694148,5

Source : PMSI Pilot, données 2012.

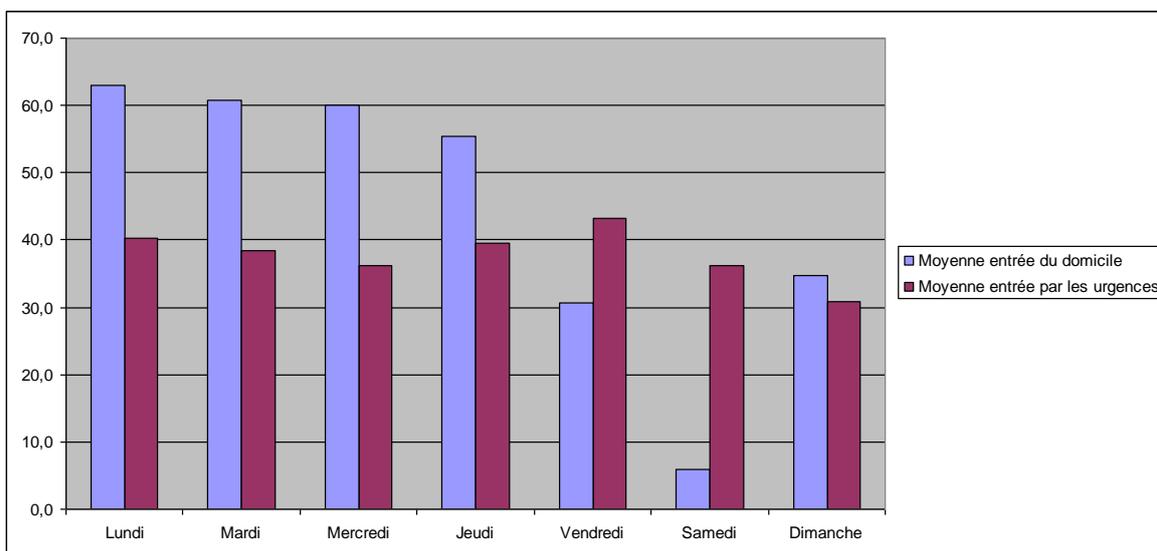
Annexe 6 : Evolution des tarifs du secteur public de 2007 à 2013

Campagne budgétaire	Taux de progression des tarifs du secteur public (%)
2007	0,80%
2008	0,50%
2009	0,50%
2010	0%
2011	-0,83%
2012	-0,19%
2013	-1,19%

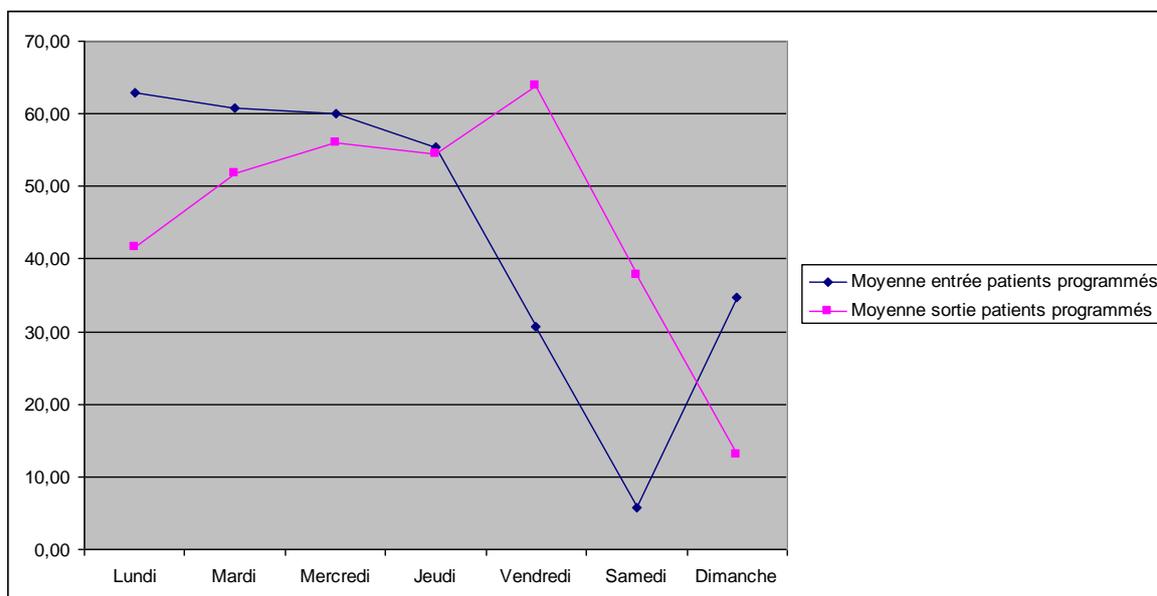
Source : Fédération Hospitalière de France

Annexe 7 : Analyse des flux de patients en fonction du jour de la semaine

Graphique A : Nombre moyen d'entrées depuis le domicile et par les urgences en fonction du jour de la semaine



Graphique B : Nombre moyen d'entrées et de sorties de patients en provenance du domicile en fonction du jour de la semaine



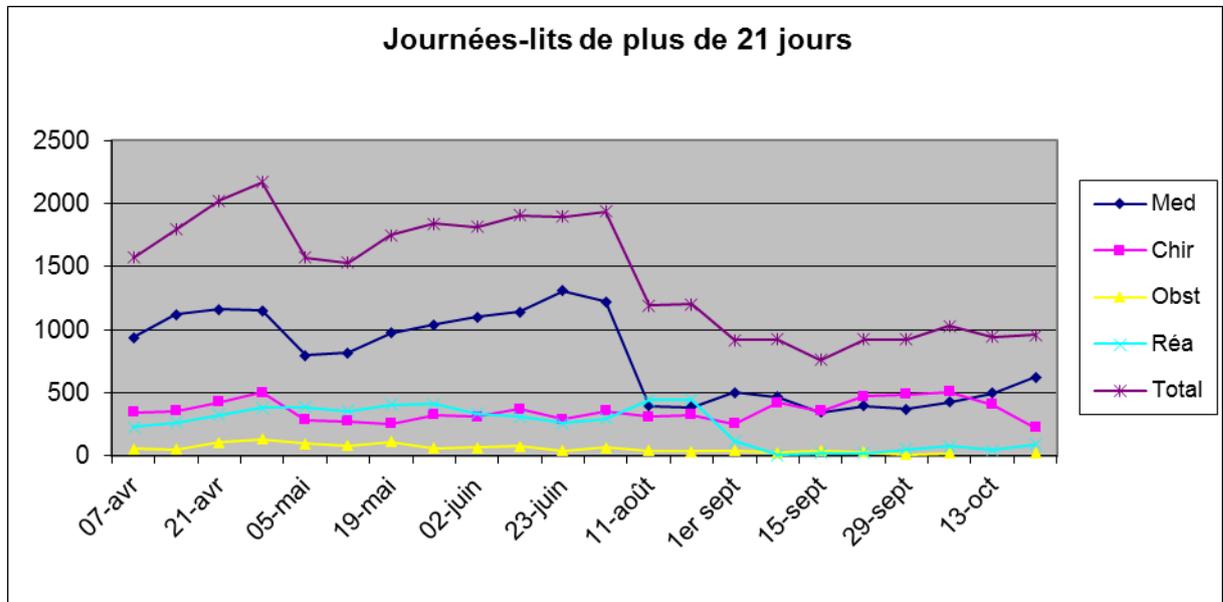
Source : Infocentre du CHU de Nîmes, Direction Evaluation-Finances, données du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2013.

Annexe 8 : Plan d'actions de la procédure Hôpital en Tension

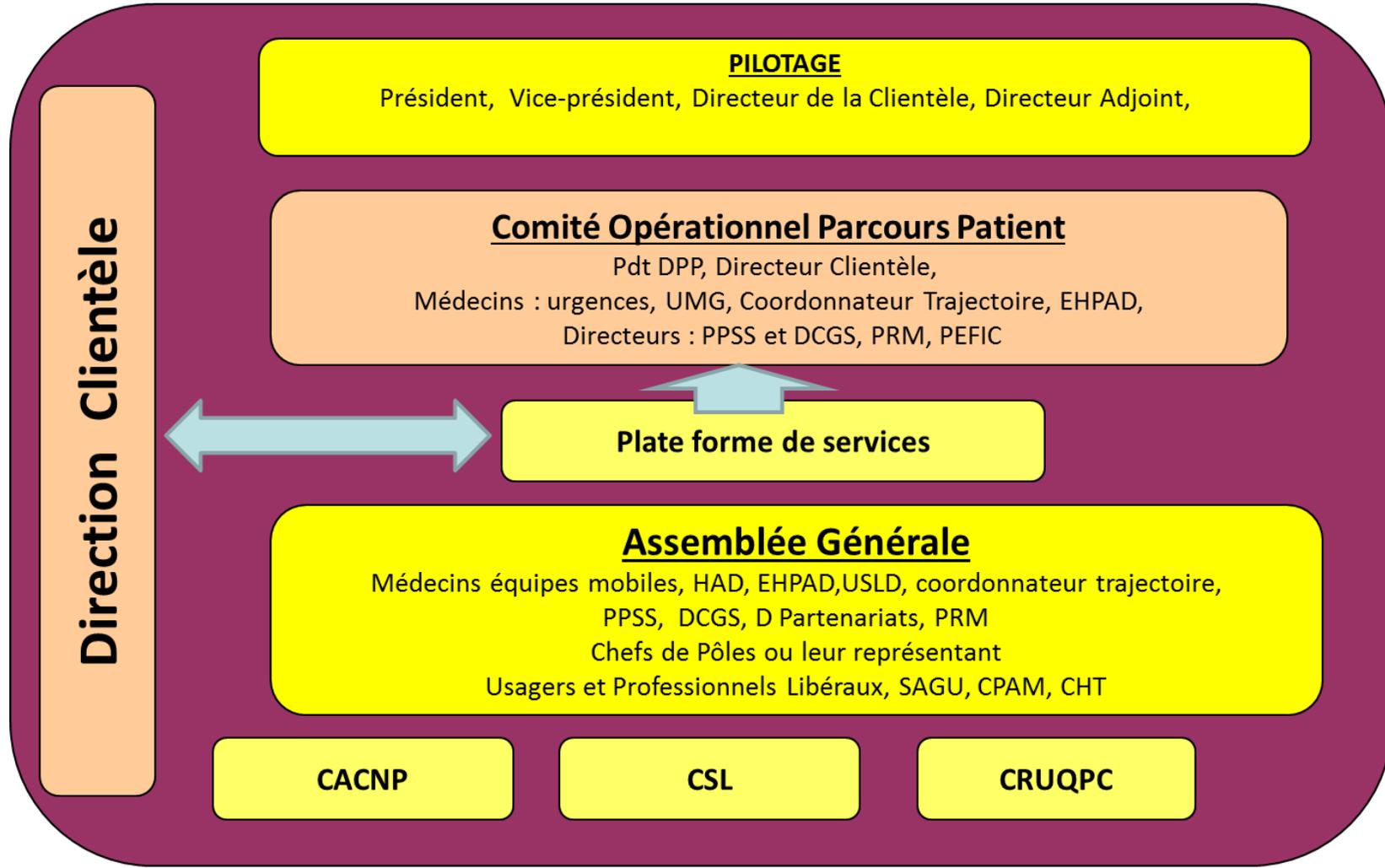
	Actions	Acteurs
Cellule de régulation des lits	Message d'alerte tout CHU « hôpital en tension » (Effort collectif d'accélération et d'optimisation des flux)	Direction Clientèle
	Actualisation des lits dans Clinicom en temps réel	Cadres de santé
	Tournée téléphonique et/ou physique lits disponibles	DCGS et/ou Direction Clientèle
	Organisation de sorties – transferts anticipés	Médecins
	Déprogrammation limitée des activités	Médecins
	Actions	Acteurs
Cellule de crise restreinte	Message d'alerte tout CHU « hôpital en tension » (Ouverture de secteurs – déprogrammation d'activités – augmentation des capacités d'accueil)	Direction Générale / Présidence de la CME
	Selon les prévisions (typologie – durée), anticipation du maintien et renfort des effectifs	Cadres de santé en lien avec le PPSS
	Ouverture de lits fermés et organisation d'un plan d'augmentation temporaire des capacités (ajout de lits supplémentaires) + utilisation de lits spécialisés	Cellule de crise
	Organisation d'un plan de déprogrammation ciblé	Cellule de crise

Source : Procédure Hôpital en tension du CHU de Nîmes

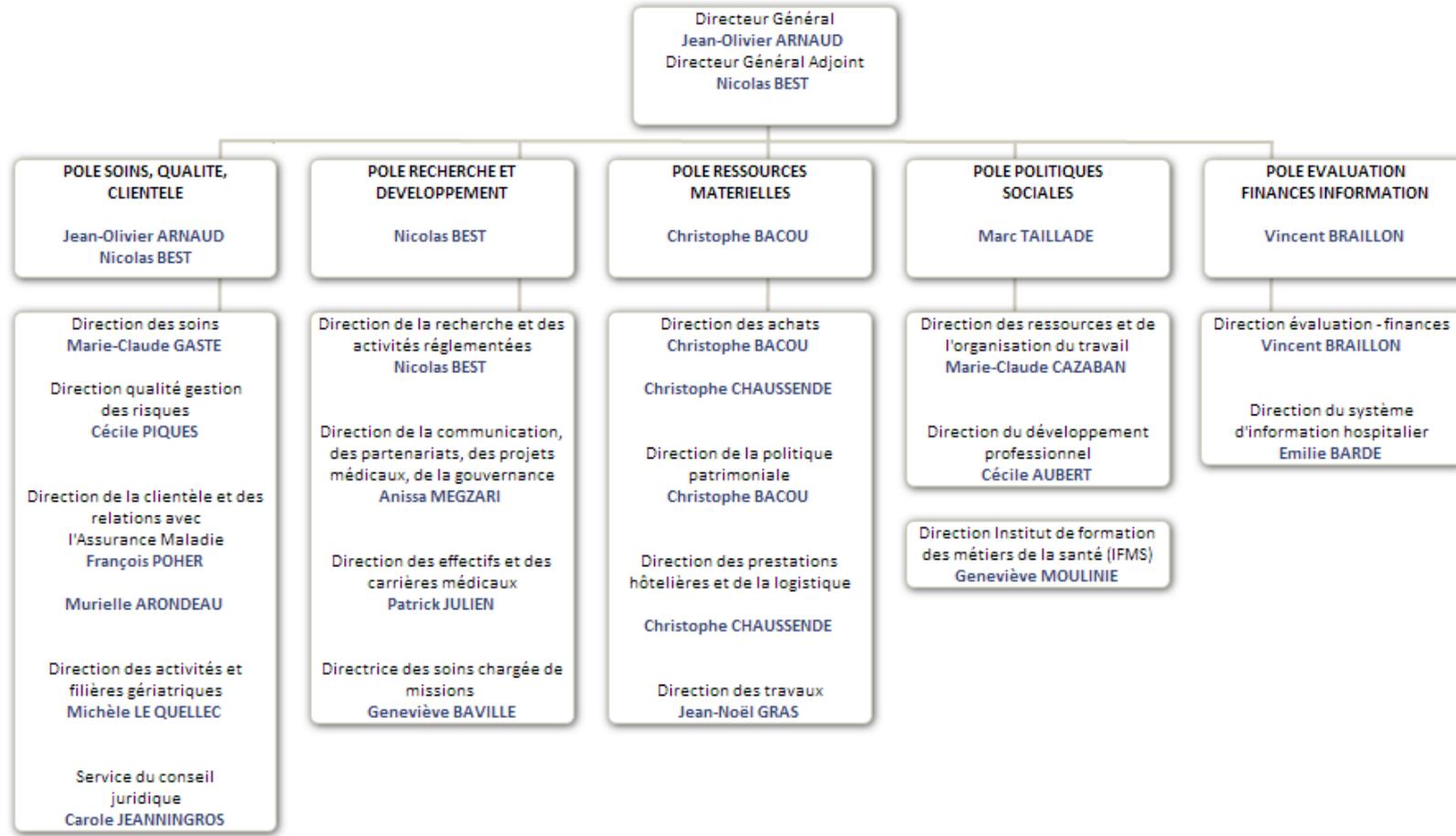
Annexe 9 : Nombre de journées-lits de plus de 21 jours par semaine entre avril 2010 et octobre 2010 par type de prise en charge



Source : Direction Clientèle



Annexe 11 : Organigramme du pôle SOQCL



Annexe 12 : Grille de détection des situations de fragilité médico-sociale

Profil sociaux et facteurs de risque/vulnérabilité ou fragilité				
	0	1	2	Score
AGE		Entre 18 et 74 ans	Plus de 75 ans Moins de 18 ans	
ENTOURAGE	Entourage familial et/ou amical proche	Entourage familial et/ou amical éloigné	Absence d'entourage	
AUTONOMIE PHYSIQUE	Sans aide	Aide partielle	Aide totale	
COMMUNICATION COMPREHENSION	Pas de trouble visible	Troubles légers	Confusion Incohérence Non maîtrise de la langue	
DROITS D'ACCES AUX SOINS	Assurance maladie et complémentaire santé à jour	Pas de complémentaire santé	Pas d'assurance maladie Pas de complémentaire	
RETOUR A DOMICILE	Pas de difficulté pour le retour à domicile	R.A.D. difficile avec besoin d'aide humaine et/ou matérielle	R.A.D. impossible ou pas de domicile*	
MALADIES ASSOCIEES	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
TOTAL				
* R.A.D. impossible ou pas de domicile	Appel systématique du Service Social : 8 35 20 quelque soit le score de la grille			
SUSPICION DE VIOLENCE MALTRAITANCE OU NEGLIGENCE	Appel systématique du Service Social : 8 35 20 quelque soit le score de la grille			

Le patient souhaite rencontrer le Service Social	NON <input type="checkbox"/>	Pas d'avis <input type="checkbox"/>	OUI ou consentement impossible à recueillir <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	-------------------------------------	--

Interprétation

Score < 3 Pas de besoin	3 ≤ score < 7 Situation fragile	7 ≤ score < 14 Situation très fragile
	Appel du Service Social 8 35 20 pour rendez-vous immédiat si possible ou différé Et remise systématique au patient de la carte du Service Social numéro plate-forme de service	Appel du Service Social 8 35 20 pour rendez-vous immédiat et remise systématique au patient de la carte du Service Social numéro plate-forme de service

Source : Service social

GAUTHERET	Julie	Décembre 2013
Directeur d'hôpital Promotion Henri Dunant – 2012/2014		
« D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours » : l'optimisation de la gestion de la ressource lit au CHU de Nîmes		
<p>Résumé :</p> <p>L'optimisation de la gestion de la ressource lit constitue un enjeu stratégique pour le CHU de Nîmes. En effet, il s'agit de répondre aux besoins de santé du territoire, d'assurer une prise en charge de qualité pour l'ensemble des patients et d'améliorer l'efficacité médico-économique et organisationnelle de l'établissement. Face à cette problématique, l'établissement a déjà conduit plusieurs actions visant à éviter le prolongement des séjours et à réduire la durée de passage aux urgences avant hospitalisation. Pour amplifier cette dynamique, le CHU s'est doté d'une gouvernance médico-administrative renouvelée, pensée en vue de l'amélioration du parcours patient. Ainsi, un plan d'actions coordonnées est en cours de déploiement pour mieux utiliser la ressource lit. Il s'articule autour de deux axes complémentaires : mieux réguler l'entrée des patients programmés et non-programmés pour assurer une gestion optimale des capacités d'hospitalisation et mieux organiser la sortie d'hospitalisation pour réduire la durée de séjour et retrouver ainsi des capacités d'hospitalisation.</p> <p style="text-align: right;"><i>(153 mots)</i></p>		
<p>Mots clés : Gestion hospitalière - Qualité Soins - Capacité en lits – Sortie – Efficience – Flux de patients — Itinéraire du malade – Managed care</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		