



EHESP

Filière DH

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Gestion des flux d'entrées
programmées et non programmées :
levier de performance
organisationnelle et financière des
établissements de santé
L'exemple du centre hospitalier
d'Arras**

Emmanuelle JUAN

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au Docteur DEVIENNE, urgentiste, à Catherine GERARD, cadre supérieur de santé ainsi qu'à Anne-Claire MOREL, cadre gestionnaire, toutes deux au sein du pôle Médecine, pour leur accompagnement lors de ce travail de rédaction. J'y associe aussi Valérie DUNYK, Corinne FARDEL et Martine PETIT du département de l'information médicale : c'est en effet grâce à leur aide que j'ai réussi à m'approprier l'outil PMSI Pilote.

Je salue aussi chaleureusement le Docteur LE-COZ, neurologue et chef du pôle Médecine de m'avoir associée à ses réflexions concernant l'optimisation capacitaire de son pôle. Sa vision éclairée des défis auquel le secteur hospitalier devra répondre, ont ouvert devant moi de nouvelles perspectives.

Je souhaite également remercier Marie-Odile SAILLARD, directeur du CH d'Arras et Bertrand PRUDHOMMEAUX, directeur des finances, du contrôle de gestion et du système d'information et aussi maître de stage, pour leur soutien bienveillant, leur disponibilité et leurs conseils avisés tout au long de ces neufs mois de stage.

Mes remerciements sont aussi adressés à l'ensemble des professionnels de santé rencontrés et sollicités dans le cadre de mes recherches. Leurs connaissances de terrain, leur vécu mais aussi leur mémoire de l'établissement m'ont donné une lecture précieuse et inédite. Mention spéciale aussi à Camille MARCHAND, chargée de communication et témoin quotidien de mes avancées, reculades et progressions d'élève directeur et dont le soutien technique aura été très utile.

Enfin, au terme de ces remerciements, je souhaiterais aussi remercier celles et ceux de mon entourage proche, famille, collègues et amis, qui se sont subitement passionnés pour la gestion des lits en parcourant mes réflexions, et à ce titre, j'adresse aussi une dédicace spéciale à mon compagnon dont les encouragements et le regard médical sont sources de dépassement des clivages corporatistes.

Sommaire

Introduction.....	6
<u>CHAPITRE 1 – La gestion des flux est devenue un enjeu majeur de performance organisationnelle au sein des établissements de santé.....</u>	9
I. L'analyse des circuits d'entrée au CH d'Arras met en exergue un manque de coordination, source d'un certain nombre de dysfonctionnements	9
A. La gestion des flux d'entrées repose sur des processus distincts et non coordonnés en fonction de leur caractère programmé ou non programmé	9
1) Les flux d'entrées programmées sont rationalisés afin d'assurer une production de soins optimisée	10
2) Le suivi des flux des urgences permet de mieux anticiper leur impact sur l'organisation des unités de soins spécialisés	12
B. Des dysfonctionnements nuisent autant à la qualité de la prise en charge qu'à l'efficacité organisationnelle de l'établissement.....	13
1) Des difficultés dans la recherche de lits et un manque de lisibilité global sur les disponibilités en lit.....	14
2) Une programmation peu performante	15
3) Un défaut d'anticipation	17
4) Un taux d'occupation des services non optimisé.....	18
5) Une inadéquation des ressources soignantes aux activités.....	19
II. La gestion prévisionnelle et informatisée des flux nécessite une approche transversale et innovante	21
A. Système d'information et gestion des lits : une démarche nécessairement transversale	21
1) Etat des lieux au CH d'Arras	22
2) Perspectives nationales.....	22
B. Le lit, un actif spécialisé à mutualiser pour garantir une prise en charge de qualité fluidifiée.....	25
1) Analyser les capacités d'accueil à travers la standardisation des séjours	26
2) Favoriser la polyvalence des capacités d'accueil.....	26
3) Surmonter les réticences.....	28
4) Développer la performance de gestion.....	29

CHAPITRE 2 – Les leviers mobilisés ou en cours de mobilisation au CH d’Arras visent à optimiser la gestion opérationnelle et prévisionnelle des flux de patients. 31

I. La gestion des flux : un enjeu partagé à l’échelle territoriale et propre à l’échelle de chaque établissement.....	31
A. Renforcement progressif des outils de régulation capacitaire à l’échelle territoriale	32
B. Analyse de la cartographie du programme capacitaire du CH d’Arras	33
II. L’optimisation de la durée des séjours à travers la fluidification du parcours patient de l’admission à la sortie	35
A. Organiser la pré-admission	35
B. Anticiper les pics saisonniers.....	36
C. Optimiser les sorties	38
III. Les modalités d’ajustement du programme capacitaire du CH d’Arras : l’optimisation des ressources existantes	40
A. Travailler à l’adéquation du type d’hébergement à l’activité	41
B. Modéliser un nouveau programme capacitaire : d’une gestion des capacités vers une gestion des activités	43
Conclusion	47
Bibliographie	48
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP = agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS = agence régionale de santé

Case-Mix = description de l'activité d'un établissement (volume et répartition des différents GHM produits)

CH = centre hospitalier

CHU = centre hospitalier universitaire

DMS = durée moyenne de séjour (moyenne des durées de séjours constatées au sein d'un périmètre donné)

DPS = durée prévisionnelle de séjour ou date prévisionnelle de sortie

ETP = équivalent temps plein

IPDMS = indice de performance de la durée moyenne de séjour (rapport entre la DMS observée et la DMS nationale des patients constatée pour chaque GHM)

GHM = groupe homogène de malades

HAS = haute Autorité de Santé

IGAS = Inspection générale des affaires sociales

IGF = Inspection générale des finances

MAP = modernisation de l'action publique

MCO = médecine, chirurgie, obstétrique

OQOS = objectifs quantifiés de l'offre de soins

ONDAM = objectif national de dépenses d'assurance maladie

POS = plateforme opérationnelle de sortie

TO = taux d'occupation (ratio du nombre de lits occupés sur le nombre de lits disponibles)

Introduction

De nombreux établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à des difficultés de gestion de leurs capacités d'hébergement et la problématique de la gestion des lits et places d'hospitalisation devient un enjeu d'optimisation des parcours de soins.

Le contexte hospitalier actuel est en effet marqué par de fortes tensions entre respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) d'une part (politique tarifaire, coefficient prudentiel, gels et mesures d'économie diverses) et, d'autre part la progression linéaire d'un certain nombre de charges. Plutôt que de multiplier les plans d'économie aveugles, nombreux sont les établissements publics de santé qui s'engagent dans des travaux d'adaptation de leur « appareil productif ».

L'incitation au développement des prises en charges ambulatoires, la suppression des « bornes basses » lors de la campagne tarifaire 2014¹, constituent autant de facteurs plaidant pour une recherche permanente de la meilleure adéquation possible entre « offre » et « demande » de soins, entre lits/places disponibles et file active de patients.

Engagé dans la démarche d'accompagnement de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance) d'optimisation de la gestion des lits, le Centre hospitalier (CH) d'Arras s'est rapidement révélé être un bon sujet d'observation. Ainsi, de nombreux projets visant à l'ajustement du programme capacitaire ou à l'adaptation des modes de prises en charge y sont conduits ces derniers mois ou en cours d'instruction par un comité de pilotage composé d'un médecin et d'un cadre supérieur de santé.

Selon la SAE 2013 (statistique annuelle des établissements), le CH d'Arras compte 1138 lits et places dont 395 lits et 77 places en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les flux d'entrée y sont multiples, qu'ils soient urgents ou programmés, ils répondent à des contraintes organisationnelles et de gestion parfois difficilement compatibles. En effet, bien souvent, ces deux flux se croisent et influent l'un sur l'autre : l'entrée urgente prenant par exemple la place d'hébergement d'une entrée programmée ou l'entrée programmée ne permettant plus l'accueil de l'entrée urgente et obligeant les équipes médicales à héberger le patient dans une autre unité médicale inadaptée à la pathologie du patient voire à le transférer vers une autre structure d'accueil.

Dès lors, la complexité de la thématique de gestion des flux est double : elle vient d'abord de l'approche du parcours patient dans sa globalité, de la pré-admission à la sortie et de l'amont à l'aval du séjour. Elle est renforcée par la multiplicité des types de séjours présents dans les établissements de santé : hospitalisations programmées

¹ Le nombre de GHM avec un seuil bas baisse de 800 à 658 en 2014, soit une baisse de 17,75%

(conventionnelles, de semaine, à domicile, ambulatoires) et hospitalisations non-programmées (depuis les urgences ou directement dans les unités de soins).

Les flux d'admissions programmées représentent habituellement la majorité des admissions, mais également le levier le plus important de programmation des séjours. Ils imposent une coordination de la disponibilité des professionnels (médicaux, soignants et administratifs), des ressources en hébergement et de l'accessibilité aux plateaux techniques. Ils nécessitent une organisation inter-services et interprofessionnelles structurée.

A l'inverse, les flux d'admissions non-programmées, comme leur nom l'indique, interviennent avec une variabilité importante suivant les heures, les jours et aussi les saisons. Ils sont ainsi souvent perçus comme perturbateurs puisque les disponibilités en lits pour y faire face sont soit insuffisantes dans certaines spécialités (comme en secteur de court séjour gériatrique au CH d'Arras), soit incomplètement exploitées à l'échelle de l'établissement (comme dans les services de pneumologie ou de pédiatrie du CH d'Arras où une forte baisse d'activité est enregistrée en période estivale).

Pour autant, l'hôpital public, de par les missions de service public qui lui sont dévolues, se doit de répondre à l'ensemble des besoins de santé de son territoire. Il ne peut donc pas hiérarchiser ses flux d'entrées en priorisant certains flux sur d'autres. Il doit, au contraire, sans cesse optimiser son organisation pour modéliser une structure capacitaire capable de répondre aux variations d'activité, aux évolutions du contexte sanitaire de la population dans lequel il s'inscrit tout en tenant compte du positionnement des autres établissements de santé présents sur sa zone d'attractivité ou à proximité.

Pour mener une démarche d'amélioration de la gestion des flux, une gestion prévisionnelle des séjours devient nécessaire. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'annonce la ministre de la santé, Madame Marisol Touraine, le 26 avril 2013 de favoriser la création de gestionnaires de lits à travers l'accompagnement de 150 établissements en 2013 et 2014 par l'ANAP. Une vingtaine d'établissements publics a d'ores et déjà déployé une telle organisation comme l'hôpital Saint-Joseph à Paris depuis mars 2012.

Ce concept de « Bed manager » a émergé aux Etats Unis. Là-bas, il s'agit d'une fonction essentielle du système de soins qui assure la gestion et la coordination des services médicaux, paramédicaux et sociaux du patient à travers une vision globale de la prise en charge. Le « Bed manager » se concentre à la fois sur un objectif de standardisation des durées de séjours mais aussi sur la programmation anticipée du recours aux plateaux médico-techniques. Il contribue ainsi à l'optimisation de l'activité de l'établissement.

Or, dans un contexte de tarification à l'activité, l'un des enjeux majeurs des établissements de santé est de développer l'activité médicale à travers une optimisation constante des capacités d'accueil. Le directeur d'hôpital, gestionnaire mais aussi visionnaire de sa structure, doit contribuer à la modélisation des unités fonctionnelles de son établissement afin de fluidifier le plus possible le circuit patient, en garantissant une prise en charge qualitative et sûre. Une bonne gestion des lits revêt donc un atout indispensable de performance organisationnelle et financière. Cette dernière repose sur des méthodes d'organisation rationnelles, une adéquation optimale entre niveau d'activité, niveau de ressources engagées et respect d'un niveau de qualité déterminé. « 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 »²

Dès lors et à travers l'étude du programme capacitaire du CH d'Arras, il conviendra d'analyser la gestion des flux d'entrées programmées et non programmées et les dysfonctionnements qui y sont liés afin de s'interroger sur les leviers d'optimisation mobilisables.

Si l'analyse de la performance organisationnelle des établissements de santé, et du CH d'Arras en particulier, met en exergue un certain nombre de dysfonctionnements liés à la gestion des flux d'entrées justifiant une organisation prévisionnelle, informatisée et transversale de ces derniers (chapitre 1); les leviers mobilisés ou en cours de mobilisation au CH d'Arras visent à optimiser cette gestion à travers notamment la fluidification des parcours, l'adaptation des modes d'hospitalisation et l'ajustement du programme capacitaire (chapitre 2).

² Collectif, avril 2008, « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences » MeaH, page 13

CHAPITRE 1 – La gestion des flux est devenue un enjeu majeur de performance organisationnelle au sein des établissements de santé

La ressource en lits est le substrat même de la production de soins. Pourtant, cette ressource rare et stratégique n'est que faiblement gérée au niveau des établissements de santé : l'analyse des circuits d'entrées au CH d'Arras met en effet en évidence un manque de coordination qui est source de nombreux dysfonctionnements (I.) Dès lors, l'opportunité d'une gestion prévisionnelle et informatisée des flux suscite l'intérêt ; sa mise en œuvre, elle, nécessite une approche transversale et innovante (II.)

I. L'analyse des circuits d'entrée au CH d'Arras met en exergue un manque de coordination, source d'un certain nombre de dysfonctionnements

L'absence de coordination entre les flux d'entrées programmées et non programmées (A.) provoque un certain nombre de dysfonctionnements qui nuisent autant à la qualité de la prise en charge qu'à l'efficacité organisationnelle de l'établissement (B).

A. La gestion des flux d'entrées repose sur des processus distincts et non coordonnés en fonction de leur caractère programmé ou non programmé

S'engager dans la fluidification des flux d'entrées d'un établissement de santé suppose au préalable de pouvoir avoir une fine connaissance de ces flux, tant en volume qu'en fréquence et en typologie. Ceci permettra d'ajuster au mieux les moyens de production de soins (disponibilité des plateaux techniques, disponibilité des moyens humains médicaux et paramédicaux, des moyens logistiques et de gestion) aux besoins de santé exprimés par la population. Pour que l'hôpital puisse offrir des soins de qualité et sûrs, il doit articuler les acteurs de soins entre eux et de cette manière élaborer un parcours patient individualisé dans lequel les ruptures de prise en charge sont évitées. Pour y parvenir, le CH d'Arras a développé depuis quelques années une gestion rationalisée des flux d'entrées programmées (1) et essaye également de mieux anticiper ses flux d'entrée non programmées à travers le suivi d'un certain nombre d'indicateurs (2).

1) Les flux d'entrées programmées sont rationalisés afin d'assurer une production de soins optimisée

Depuis la fin des années 2000, le CH d'Arras s'est organisé afin de mieux répondre aux exigences de l'activité programmée. En effet, en un an près de 120 012 consultations externes et 7 539 passages au bloc opératoire (SAE 2013) ont été réalisés au sein de l'établissement.

Deux services de programmation centralisée ont ainsi été mis en place afin d'optimiser la production de soins : les hôtesse de la CHAline pour la programmation des rendez-vous de consultations externes et les hôtesse BLOCQUAL pour la programmation des actes opératoires (hors urgences et hors interventions survenant au cours d'une hospitalisation).

Le service de la CHAline se compose de deux équipes travaillant du lundi au vendredi de 8h à 18h : d'une part, les hôtesse d'accueil qui assurent la prise de rendez-vous physique et, d'autre part, les hôtesse d'accueil téléphonique qui assurent la prise de rendez-vous à distance à travers un numéro unique pour la quasi totalité des services de consultation de l'établissement. La programmation des consultations se fait directement dans le logiciel patient CLINICOM, dans son module « agenda ».

CHAline a vu le jour en 2009 avec 2 équivalents temps plein (ETP) puis rapidement 3. Au début, il ne concernait que la prise de rendez-vous de traumatologie et quelques retours de consultations, démarches considérées comme simples. Aujourd'hui son périmètre d'activité s'est étendu à la quasi totalité des consultations externes de l'établissement (consultations de diabétologie, de pneumologie, de chirurgie, d'ORL, d'ophtalmologie, de stomatologie, d'oncologie ainsi que toutes les consultations mères-enfants) justifiant l'emploi de 10 ETP.

Récemment, la prise de rendez-vous de certains actes d'imagerie a été introduite dans le dispositif CHAline en phase test. Les praticiens de certaines spécialités (l'hématologie, la cardiologie notamment) restent cependant encore réticentes à l'idée d'intégrer le dispositif. En effet, vaincre les réticences des praticiens souhaitant garder la main sur leurs agendas à travers la prise de rendez-vous exclusive par leurs secrétaires est un challenge constant. Certains avancent l'argument de la complexité des prises en charge. Les hôtesse d'accueil ont pourtant été formées aux spécificités de chaque discipline (Annexe 1 : fiche technique Gastro-Entérologie) et n'hésitent cependant pas à basculer les demandes complexes vers les secrétariats médicaux de spécialité lorsque la situation le justifie.

Cette logique de guichet unique vise à faciliter les démarches de l'utilisateur du système de santé en rendant lisible et simple le recours à la palette de soins proposés dans

l'établissement. Elle permet aussi à l'établissement d'optimiser les prises de rendez-vous en les regroupant. Ainsi un paramétrage initial a déterminé en lien avec chaque praticien la durée moyenne de leurs consultations (10 minutes en traumatologie, 15 minutes en ophtamologie...) permettant ainsi à l'agent d'accueil CHAline d'exploiter chaque plage horaire (Annexe 2 : copie d'écran de l'agenda d'un praticien). Les situations de surprogrammation ou de programmation en urgence relèvent cependant exclusivement des secrétariats médicaux de chaque spécialité. Par ailleurs, un autre paramétrage permet d'assurer la reprogrammation automatique des consultations de suivi (à deux mois, à trois mois, à six mois). Le patient n'est ainsi plus tenu de rappeler le service, une convocation lui est automatiquement adressée. Enfin, le redéploiement de la gestion des agendas sur une équipe centralisée permet aux secrétaires médicales de spécialités de se concentrer sur leurs autres missions comme la frappe de courriers.

En l'espace de quelques années, le service de la CHAline a su s'imposer comme le levier incontournable d'optimisation des agendas de consultations externes. Ainsi, de 510 appels par mois au démarrage en 2009, il absorbe aujourd'hui près de 5 354 appels mensuels de demandes de rendez-vous. Des indicateurs statistiques mensuels permettent également de suivre le volume d'appels non aboutis afin d'ajuster si besoin les ressources humaines du service aux variations d'activité.

Parallèlement à ce dispositif, le service des hôtesse BLOCQUAL assure, lui, la programmation des actes de chirurgie post consultations : qu'il s'agisse d'actes réalisés en chirurgie ambulatoire, en hospitalisation de semaine ou en hospitalisation conventionnelle. Composé de 2,8 ETP, ce service assure la programmation de l'ensemble des éléments nécessaires à l'intervention chirurgicale prévue à travers la fiche de liaison et de planification du bloc opératoire (Annexe 3). Renseignés par le praticien et saisis dans le logiciel BLOCQUAL, les éléments de cette fiche permettent d'avoir une vision précise des besoins liés à l'intervention mais aussi une vision globale du séjour du patient puisque dès sa programmation, figure l'orientation envisagée après la chirurgie (unité médicale d'origine, unité de soins continus, réanimation mais aussi les modalités de sa sortie : retour à domicile, hospitalisation à domicile, soins de suite). Par ce dispositif, l'objectif de fluidification des durées de séjour est clairement recherché. Cette anticipation permet en effet :

- Une sécurisation de la prise en charge des patients en fournissant les informations médicales nécessaires en pré-opératoire
- Une facilitation de l'organisation des différents acteurs au sein du bloc opératoire afin d'optimiser les moyens (salles, matériels, consommables) ainsi que les ressources humaines

- Une coordination entre les acteurs au sein des services de soins afin d'optimiser la prise en charge et l'information du patient
- Une amélioration de la coordination entre les services de soins et le bloc opératoire

Toutefois, une des limites majeures d'optimisation de la programmation réside dans le manque de recul des hôtesse BLOCQUAL sur les plages de consultations d'anesthésie disponibles. En effet, la visibilité des plages de rendez-vous d'anesthésie est connue en général avec seulement quinze jours d'avance... Ce manque de visibilité pénalise aujourd'hui l'anticipation de la programmation opératoire.

Ces deux services de centralisation des consultations et des interventions chirurgicales constituent un atout majeur de performance qu'il conviendrait cependant de perfectionner. En effet, l'absence d'interface informatique automatique entre la programmation issue des consultations externes (Module Agenda de CLINICOM) et la programmation issue de la saisie de BLOCQUAL ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble des flux programmés. Cette étanchéité peut être source d'erreurs à cause des ressaisies manuelles qu'elle entraîne et de gaspillage de temps et d'énergie pour les professionnels qui en sont responsables.

2) Le suivi des flux des urgences permet de mieux anticiper leur impact sur l'organisation des unités de soins spécialisées

Le CH d'Arras a enregistré une forte croissance de ses flux aux urgences : 37 844 en 2013 contre 33 231 passages en 2011, soit une activité en hausse de 14 %. Cette tendance multifactorielle est souvent associée dans l'esprit des professionnels de santé au transfert des flux de la permanence des soins libérale vers les urgences.

Au-delà ce constat, la caractéristique principale des flux non programmés c'est qu'ils sont variables. Toutefois, une analyse assez précise des passages aux urgences permet de constater que, hormis certaines périodes de pics d'activité, le volume des flux quotidiens est relativement stable. Au CH d'Arras, ce flux représente environ 2 198 patients tous les mois (Annexe 4 : Indicateurs Nombre de passages aux urgences) avec une moyenne de 120 à 140 passages/jour. L'activité non programmable n'est donc pas totalement aléatoire, d'où la nécessité de l'anticiper au mieux pour qu'elle ne désorganise pas le fonctionnement des unités de soins spécialisées servant de filières d'aval.

Au CH d'Arras, un certain nombre d'indicateurs d'activité sont ainsi suivis « en routine » par la cadre du service des urgences à partir de requêtes du logiciel de soins CLINICOM mais aussi principalement à partir d'un relevé manuel.

Ainsi, parmi eux, peut-on distinguer les indicateurs relatifs à la performance du service des urgences et des indicateurs relatifs à l'activité de post-urgence.

Concernant les indicateurs de performance, notons que le nombre de patients présents depuis J-1 aux urgences et toujours en attente d'hospitalisation à 12 heures s'élève à 169 patients pour la période de janvier à février 2014 et à 145 sur les deux mois glissants suivants (mars-avril 2014). Ce qui représente moins de 2 % des passages. Ce résultat est conforme aux résultats de l'enquête nationale menée par la DRESS.(étude du 11 juin 2013) qui révèle que la prise en charge aux urgences dure en moyenne moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont le passage est plus long³.

De même le nombre de patients présents en lit / brancard à 5 heures du matin, alors que leur prise en charge aux urgences est terminée et qu'ils nécessitent une hospitalisation quelle que soit la durée prévisionnelle de ce séjour, représente en moyenne 8 % des passages. Ce taux relativement élevé mérite qu'une réflexion soit menée pour favoriser les admissions de patients avant minuit dans les secteurs de soins adaptés.

Concernant les indicateurs de suivi de l'activité de post-urgence, ils permettent d'identifier où sont adressés les patients après leur passage aux urgences.

Ainsi, le matin, le taux d'admission en provenance des urgences dans un service de l'établissement est de 17 % (modalité de calcul : nombre de malades en provenance des urgences admis le matin en hospitalisation complète / nombre total de patients hospitalisés en hospitalisation complète entrés le matin). Ce ratio montre que le volume d'activité programmée est le principal flux d'activité et qu'à l'inverse, les flux non programmés représentent moins de 20 % de l'activité d'hospitalisation de la structure.

Au total, pendant l'année 2013, 28,4 % des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation et seulement 3 % à un transfert, même si le nombre de transferts a légèrement augmenté sur le premier semestre 2014 (5 %), il demeure un ratio tout à fait acceptable au regard du volume global d'activité du service des urgences.

B. Des dysfonctionnements nuisent autant à la qualité de la prise en charge qu'à l'efficience organisationnelle de l'établissement

Un certain nombre de paramètres entrent en ligne de compte pour assurer une prise en soins de qualité et une organisation économiquement viable de la structure qui la délivre. S'il ne s'agit pas de faire du profit à partir d'un case-mix de pathologies économiquement non rentables et de spécialités structurellement plus lucratives, la recherche d'un équilibre budgétaire est devenue une priorité au regard des injonctions émanant des tutelles

³ Echantillon de 52 000 patients s'étant présentés dans les 736 points d'accueils des urgences de la France métropolitaine et des DOM, le 11 juin 2013.

régionale et ministérielle. Or, la conjonction de plusieurs dysfonctionnements peut paralyser l'ensemble d'un système et compromettre son efficacité globale, qu'elle soit qualitative, financière ou médicale. Il convient donc d'identifier ces dysfonctionnements afin de les enrayer. Au CH d'Arras, la prise en soins se caractérise par un manque de visibilité globale sur la disponibilité en lits dans l'établissement (1). A cela et/ou en conséquence de quoi, s'ajoute une programmation des flux programmés peu performante (2) qui engendre un défaut d'anticipation (3) se traduisant par un taux d'occupation non optimisé (4). Aussi, l'insuffisance de formalisation des processus (5) ne facilite pas les changements de culture et de mentalités. Enfin, l'inadéquation des ressources soignantes aux activités (5) constitue un frein supplémentaire à une vision managériale globale (6).

1) Des difficultés dans la recherche de lits et un manque de visibilité globale sur les disponibilités en lit

La fluidité des parcours de prise en charge est largement conditionnée par les capacités d'accueil de la structure. Or, que ce soit pour la gestion des flux non programmés ou pour celle des flux programmés, force est de constater que le personnel hospitalier peine à avoir une vision fine des lits disponibles.

Ainsi, concernant les arrivées des urgences nécessitant une hospitalisation, la première difficulté réside dans le repérage d'un lit non occupé dans les services de spécialité. La seconde est ensuite de savoir si ce lit non occupé est réellement disponible. Enfin, en cas d'absence de lit disponible, une dernière difficulté consiste à connaître les lits qui vont se libérer.

Bon nombre de médecins urgentistes ne peuvent en effet s'assurer de la disponibilité réelle d'un lit que par l'appel direct dans la structure interne envisagée pour l'hébergement sans pouvoir contrôler la véracité de la réponse qui leur est apportée (pratique des « lits cachettes » pour retarder les admissions). Ce travail chronophage de recherche téléphonique représente au CH d'Arras pas moins de 5 ETP toute catégorie de professionnels confondus : secrétaires, cadres de santé, médecins... Néanmoins, les services qui refusent de recevoir de nouveaux malades ne le font ni par ignorance ni par malveillance, ils défendent seulement leurs intérêts propres. Chaque service hospitalier se considérant comme propriétaire de « ses » lits et de « son » personnel, la question du partage des moyens ne se limite pas à l'accueil des malades venant des urgences. De façon générale, même sous-occupés, les services sont très réticents à accueillir les malades issus de services sur-occupés. La spécialisation du personnel et des équipements est souvent mise en avant pour expliquer cette attitude, mais cet argument est rarement justifié.

D'une manière générale, on constate aussi une inadéquation entre les horaires où des lits deviennent disponibles dans les services et le moment de la journée où les services d'urgences en ont le plus besoin. Pour pallier à ce phénomène, la pratique de « lits-brancards » se développe à certaines heures de la journée et notamment la nuit.

En 2010, les services d'accueil des urgences ont représenté en moyenne 32% du total des hospitalisations. Au CH d'Arras, sur l'année 2013, 28,4 % des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation.

Concernant la gestion des flux programmés, le logiciel de soins CLINICOM utilisé au CH d'Arras ne permet pas une gestion prévisionnelle des flux : le dénombrement graphique des lits (Annexe 5) est le reflet du taux d'occupation d'une unité médicale à un instant donné. La possibilité de saisir des pré-admissions et des pré-sorties n'a en effet aucun impact sur la réservation des lits. Dès lors, l'encadrement soignant « jongle » avec les paramètres de gestion des lits (lit en travaux, bio-nettoyage, fermeture temporaire, lit mutualisé, lit réservé) pour s'assurer de l'adéquation des lits disponibles au volume de l'activité programmée. Cette pratique fausse néanmoins grandement les capacités réelles disponibles dans les unités et complexifie la gestion de l'aval des urgences.

2) Une programmation peu performante

Une admission est programmée quand elle est connue avant un certain délai (à J-1, J-7, lors du staff de programmation de la semaine précédente...).

Maîtriser son flux d'admissions programmées est une condition indispensable au lissage de la charge de travail et à la planification des ressources, elles-mêmes condition d'une optimisation des charges de fonctionnement de l'établissement.

Or, l'analyse de la programmation des hôpitaux de jours de médecine, de chirurgie et de l'hôpital de semaine de médecine révèle un lissage insuffisant des activités sur la semaine. Composés de 15 places d'ambulatoire et de 15 lits de semaine correspondant à une taille critique minimale, l'activité de médecine n'a pas encore déployé toutes ses potentialités. Ainsi, en hôpital de semaine on enregistre un taux d'occupation de seulement 54 %⁴ et un taux plus satisfaisant de 135,9 % pour l'activité ambulatoire (l'absence de taux de rotation ne permet cependant pas d'affiner plus précisément cette valeur). De même en unité de chirurgie ambulatoire (composée de 17 lits), ce taux est de 61 %. Cette sous-optimisation des capacités disponibles peut s'expliquer de plusieurs façons : une programmation non optimisée (non optimisation des plages horaires d'après-midi, absence de fluidité des interventions aux blocs opératoires avec de nombreux

⁴ NB : Une unité d'hospitalisation de semaine ne peut pas dépasser 80 % de taux d'occupation au sens du PMSI, car le PMSI compte 4 jours pour un séjour sur 5 jours et 4 nuits (Guide d'analyse de l'outil : Autodiag Gestion des lits – Analyse des capacités d'Hébergement, 2013 – page 12)

« temps morts », file active de patients insuffisante...). De même un certain nombre de freins culturels peuvent être mis en avant : ainsi tel un plafond de verre, la culture de l'anesthésie générale freine le développement de la chirurgie ambulatoire et à travers elle, c'est toute la conception de l'hôpital qui doit être repensée comme un lieu de soins sans nécessairement être associé à l'idée d'hébergement.

Au CH d'Arras, si la centralisation de la programmation des actes chirurgicaux permet d'optimiser les plannings opératoires, il apparaît parfois un manque de compétences des hôtesse de programmation. Ainsi, il peut arriver que des plages opératoires soient bloquées trop longtemps au regard de la nature de l'intervention pratiquée.

Enfin, l'absence de plage opératoire dédiée à l'ambulatoire (surtout en début d'après-midi) ne permet pas d'optimiser le nombre d'interventions pratiquées sur une journée et freine la bonne rotation des patients dans les lits : en effet, l'échelonnement de la programmation des patients sur la matinée est minimale faute d'ajustement avec le bloc opératoire. Ainsi, au cadre de santé du service de chirurgie ambulatoire de constater : « j'ai des jours où j'ai 5 patients et d'autres où j'en ai 23 ». Et d'expliquer le phénomène : « ça dépend du bloc ».

Par ailleurs, l'affectation d'hospitalisations de 0 à 1 nuit en hospitalisation conventionnelle en lieu et place du secteur ambulatoire est le reflet d'une non-optimisation des flux de programmation engendrant des charges de fonctionnement en secteur conventionnel supérieures aux recettes d'activité. Ce nombre de lits dits « forains » nécessite une analyse GHM par GHM afin de faire évoluer les pratiques des praticiens conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). En effet, la promotion de la chirurgie ambulatoire est depuis une dizaine d'années un cheval de bataille ministériel⁵. Dès la conférence de consensus de mars 1993, elle a été définie comme l'ensemble « des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivi d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention. » Cette définition induit plusieurs caractéristiques propres à la chirurgie ambulatoire. Ainsi, cette dernière impose une hospitalisation (certes courte) mais une hospitalisation tout de même, par opposition au soin externe effectué en consultations ; par ailleurs, la durée du séjour du patient doit être limitée à 12 heures maximum et enfin, l'acte opératoire reste le même que celui effectué en chirurgie classique, seules les conditions d'organisation dans lesquelles il est réalisé, changent. Reprise et codifiée dans le code de santé publique par le décret du 6 mai 2005, la chirurgie ambulatoire n'a cessé depuis d'être promue par les pouvoirs publics afin de contrer certains stéréotypes tenaces voyant dans cette pratique,

⁵ Cf Emission « Etat de santé » du 28 septembre 2014 consacrée à cette thématique avec l'interview de Madame la ministre de la santé.

une chirurgie « légère » ou encore une « petite » chirurgie... Ainsi, les circulaires du 24 février 2011 et celle du 6 juin 2011 la qualifient de chirurgie « qualifiée et substitutive ». Il s'agit en effet de changer de paradigme en ne considérant plus seulement les gestes ciblés potentiellement réalisables en chirurgie ambulatoire et inscrits dans des listes fermées, souvent contestées et toujours en retard sur la pratique des professionnels, mais aussi d'étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles pour faire de la chirurgie ambulatoire une référence.

Enfin, l'absence de suivi des déprogrammations ne permet pas de dresser une évaluation interne de la performance du secteur de programmation. Le recensement quotidien de ces situations ainsi que leurs causes pourraient cependant être source d'enseignements précieux sur les blocages récurrents dont souffrent les secteurs de prise en charge non conventionnelle.

3) Un défaut d'anticipation

L'anticipation de la charge de travail hospitalière suppose, au delà de l'élaboration du diagnostic, une vision globale des besoins en soins et en actes médico-techniques du patient. Plus l'anticipation et la programmation de ces besoins seront réalisées en amont du séjour hospitalier et plus le parcours de soins du patient sera fluide. Par ailleurs, un lissage de l'activité dans la journée permet une gestion plus sereine des soins pour le personnel.

Concernant le recours aux plateaux médico-techniques, la prise de rendez-vous pour un acte d'imagerie ou pour un acte d'exploration par exemple s'apparente parfois à un tour de force et prolonge d'autant la durée de séjour du patient.

De même, les sorties des patients interviennent souvent l'après-midi ou en fin de journée ce qui est source de nombreux dysfonctionnements :

- plus la sortie intervient tardivement, plus il sera difficile d'admettre immédiatement après un autre patient : le lit est fréquemment « perdu » ou il sera utilisé par un patient « hébergé » par le service ne relevant pas de la spécialité du service concerné
- dans le cas d'une admission tardive d'un nouveau patient, la fin de journée ne pourra pas être mise à profit pour entamer sa prise en charge, allongeant ainsi sa durée de séjour
- les admissions directes des urgences pour les patients en attente de lits ne peuvent pas être réalisées dans la matinée
- il peut être difficile pour le patient d'organiser son retour à domicile puisqu'aucune explication ne lui a été délivrée et que son horaire de sortie reste flou

La maîtrise des horaires d'admission et des rendez-vous d'examen des patients apparaît donc comme un enjeu majeur d'optimisation des séjours hospitaliers. Pour la gestion des lits notamment, l'admission en matinée des patients de chirurgie permet un passage au bloc le jour même et cela permet à un patient de médecine d'être exploré dès la première journée.

De même, l'anticipation des congés des professionnels en tenant compte des variations d'activité connues pour les spécialités à activité saisonnée (comme en pédiatrie ou en pneumologie par exemple) et en tenant également compte des temps de présence médicaux (l'absence d'un médecin a nécessairement un impact sur le volume de patients hospitalisés) permet d'adapter les cadres de fonctionnement aux flux de patients, et ainsi maîtriser les charges de fonctionnement de la structure.

4) Un taux d'occupation des services non optimisé

L'analyse des taux d'occupation de l'ensemble de la structure est nécessaire afin de déterminer la performance organisationnelle de l'établissement en termes de gestion des lits. Pour les besoins de cette étude et compte tenu des délais impartis, une analyse des taux d'occupation d'un seul des pôles du CH d'Arras a été choisie. Le choix du pôle Médecine s'est très vite imposé par sa taille : il est le pôle comprenant le plus grand nombre de disciplines réunies et le principal destinataire de l'aval des flux non programmés. Il abrite également deux services non conventionnels : un hôpital de jour de 15 places et un hôpital de semaine de 17 lits. Par ailleurs, il représente le deuxième plus gros pôle en terme de recettes (+ 37 048 341 € contre + 38 312 400 € pour le pôle Urgences et soins critiques selon les comptes de résultats analytiques 2013).

Les taux d'occupation du premier semestre 2014 issues de PMSI Pilote (Annexe 6 et 7) met en évidence un taux d'occupation global moyen de 84,2%. Ce résultat est loin de l'objectif de 90% de taux d'occupation tel que défini au sein du pôle. Par ailleurs, l'analyse plus détaillée des taux d'occupation des secteurs d'ambulatoire et de semaine met en exergue un taux d'occupation moyen de moins de 80%. En outre, l'IP-DMS (indice de performance de la durée moyenne de séjour) de certains services du pôle apparaît bien plus élevé que celle relevé à l'échelle nationale. En effet, l'IP-DMS de gastroentérologie s'élève à 1,66 pour l'établissement et en pneumologie, il est de 1,73 ; or l'ANAP recommande un écart de seulement 0,03 en dessus ou en dessous de 1. On constate donc au sein du pôle médecine un taux d'occupation non optimisé doublée d'une durée de séjour souvent plus longue que la moyenne nationale : en d'autres termes, non

seulement certains services n'exploitent pas l'ensemble de leurs lits disponibles, mais en plus, ils ont tendance à garder leurs patients plus longtemps que prévu ; ce qui freine la rotation des lits. Cette dernière constitue un enjeu financier important. En effet, une estimation des recettes potentielles « perdues » du fait d'un séjour long par rapport à la durée moyenne de séjour (DMS) nationale moyenne de chaque spécialité incite à la vigilance. Actuellement, un travail de sensibilisation des équipes médicales et soignantes est mené en ce sens sur le pôle médecine par la cadre supérieure du pôle. Sans doute serait-il utile de déployer cette politique à l'échelle de l'établissement par la création, comme au CHU de Nîmes, d'une commission d'analyse des DMS. Cette dernière se réunit de façon hebdomadaire afin d'accélérer la sortie des patients hospitalisés depuis plus de 21 jours.

Cependant, une analyse mensuelle et fine des taux d'occupation par spécialités médicales issus du recueil manuel quotidien effectué par les cadres de chaque spécialité du pôle (à 10 heures, à 16 heures et à 5 heures du matin du nombre de lits occupés) montre des amplitudes variables suivant les mois considérés. Ainsi, en pneumologie (secteur d'hospitalisation), le taux d'occupation de janvier 2014 s'élève à 97,5% alors qu'il n'est que de 79,5% en mai, soit une différence de 18 points. Ce constat n'est pas isolé et révèle qu'un raisonnement global ne permet pas d'appréhender de façon fine les enjeux liés à l'optimisation du programme capacitaire : soit insuffisants en particulier à certaines périodes de l'année, soit au contraire, excessifs et sources de surcharge de travail et d'altération des conditions de travail des soignants, les taux d'occupation sont des données à manier avec prudence en terme d'analyse.

Associés à la DMS et à l'IP-DMS, l'ensemble de ces indicateurs ne permet pas un pilotage précis : leur évolution est lente et leur variation peut résulter d'un nombre important de paramètres (évolution du case-mix, des pratiques médicales, de la file active...). Cependant la complexité d'analyse ne doit pas obérer une réflexion sur l'optimisation du capacitaire au regard des évolutions de ces indicateurs corrélés entre eux. Ils constituent autant de jalons à prendre en compte, à relativiser, à interpréter pour anticiper les évolutions des prises en charge médicales qui dessineront l'hôpital de demain.

5) Une inadéquation des ressources soignantes aux activités

L'adéquation des ressources soignantes à l'activité n'est possible que si les variations d'activité sont anticipées. En effet, seule une gestion prévisionnelle des lits permet d'adapter la masse salariale paramédicale au taux d'occupation réel des services. Au CH d'Arras, l'absence de gestion prévisionnelle réelle de l'occupation des lits alimente le

recours aux heures en marges des professionnels de santé ou au contraire aux situations de sous-activité nécessitant de réduire le personnel. Parfois même on assiste à des situations de sous-activité non corrélées à une diminution des effectifs. Lors de mon stage, la question du cadre de fonctionnement en ressources humaines (RH) du service d'hématologie a été étudiée. Le périmètre de cette unité correspond à 7 lits d'hospitalisation conventionnelle et 7 places de jour.

Le cadre de fonctionnement du service d'hématologie ne prévoit pas d'AS (aide soignante) la nuit et une présence à minima le week-end, à savoir 1 AS en journée le samedi (8h-16h) et un AS le matin le dimanche.

Un tract syndical estival insistait sur un phénomène d'épuisement au travail du personnel soignant affecté à cette unité. Or, le recueil de l'activité dans le service d'hématologie depuis le début de l'année 2014 est le suivant :

Moyenne du nb de patients présents en hématologie									
	janv-14	févr-14	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14	juil-14	août-14	Moyenne
NUIT	4,48	4,56	5,87	6,48	6,23	5,62	5,96	4,75	5,49
WE	4,04	4,25	5,08	6,38	5,31	5,08	5,67	4,21	5,00

Au regard de ces moyennes, la présence d'une seule IDE (infirmière diplômée d'Etat) la nuit et la présence d'une IDE renforcée d'1 AS sur une partie du we (en jour le samedi et de matin le dimanche) paraît suffisante (à moduler en fonction de la charge en nursing et de la présence ou non de patients en autogreffe) au regard des recommandations (1 IDE et 1 AS pour 10 à 12 patients). De ce constat naissent deux hypothèses non exclusives l'une de l'autre. D'un point de vue opérationnel, est-ce que la variation d'activité peut permettre de réduire le cadre de fonctionnement RH ; et d'un point de vue stratégique : est-ce que le dimensionnement du capacitaire du service d'hématologie est pertinent au regard du cadre de fonctionnement RH qu'il impose : 14 lits et places en journée mais uniquement une capacité de 7 lits la nuit et le week-end. N'est-ce pas là une gabegie en termes de charges RH sachant que « la taille idéale d'une unité pour des raisons de productivité de situe autour de 30⁶ ?

Si ce constat peut être dressé dans un service, il y a lieu de penser que le phénomène n'est pas isolé et qu'il concerne aussi d'autres secteurs de l'établissement. Dès lors, l'hypothèse d'optimisation du capacitaire ne réside plus uniquement dans l'adaptation du cadre de fonctionnement RH à l'activité mais aussi dans l'adéquation préalable du capacitaire à un cadre de fonctionnement RH minimal. Pour ce faire, un pilotage médico-

⁶ Collectif, avril 2008, « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences » MeaH, page 74

économique de l'adéquation des ressources aux activités paraît indispensable pour assurer une juste allocation des ressources aux flux d'activité. La création et le suivi d'indicateurs en lien avec la gestion des lits permettent donc d'objectiver les éventuelles situations de tensions et/ou de gaspillage sur les moyens. Ainsi, le nombre de lits installés par ETP IDE, le nombre de lits occupés par ETP IDE ou encore le nombre d'ETP IDE pour 1000 jours d'hospitalisation permettent de mesurer la bonne adéquation des RH à l'activité (préconisations ANAP).

Si l'analyse des flux au CH d'Arras met en évidence un certain nombre de dysfonctionnements tant en termes de prise en charge que d'organisation, son optimisation à travers une gestion prévisionnelle et informatisée devient un atout pour la performance globale de la structure.

II. La gestion prévisionnelle et informatisée des flux nécessite une approche transversale et innovante

Le rôle du système d'information dans la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des lits est indispensable, comme le montre l'état des lieux dressé au CH d'Arras et le benchmark réalisé au sein d'établissements pilotes sur cette thématique (A.)

Par ailleurs, la gestion des capacités d'hébergement conditionne la fluidité du parcours patient et sa prise en charge au bon endroit, par les bonnes équipes, au moment adéquat et pour une durée adaptée. L'optimisation de ce processus permet donc aussi d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers du service public hospitalier (B.).

A. Système d'information et gestion des lits : une démarche nécessairement transversale

Un certain nombre de fonctionnalités clés des systèmes d'information doivent accompagner la mise en œuvre des nouvelles organisations afin de fluidifier les parcours des patients au sein des établissements de santé. Un état des lieux des ressources existantes au CH d'Arras permettra de mettre en exergue les besoins nécessaires à l'optimisation de la gestion des lits (1). En écho à ces besoins, certains établissements se sont récemment illustrés dans l'actualité sanitaire grâce au déploiement de projets innovants (2) laissant augurer une rénovation des systèmes d'information hospitaliers.

1) Etat des lieux au CH d'Arras

Le système d'information du CH d'Arras ne permet aujourd'hui d'obtenir qu'une vision statique de l'occupation des lits à l'instant présent (logiciel CLINICOM). Cette vision est aussi le reflet des imperfections de saisie dans les unités de soins (non déclaration, fausse déclaration, pas de temps réel...). Aussi quand un lit est recherché, la consultation du système d'information ne correspond jamais à la réalité à un instant donné rendant la recherche de disponibilité en lits fastidieuse, et obligatoirement confirmée par un échange téléphonique de confirmation de la disponibilité théorique affichée.

Un management transversal résiduel intervient lors des fermetures estivales de lits ou lors des situations de crise avec afflux de victimes ; en dehors de ces situations spécifiques chaque unité gère librement ses ressources en lits. Or, on observe que les intérêts de chacune ne sont pas nécessairement ceux de l'institution. En effet, maximiser l'occupation des lits dans un service d'hospitalisation peut présenter un certain nombre d'inconvénients :

- accepter des urgences peut conduire un service à annuler des patients programmés avec un impact fort sur l'image de marque du service
- les lits occupés vont générer une charge de travail supplémentaire pour le personnel du service
- conserver un ou plusieurs lits vides permet aux praticiens du service d'accepter sans délai des patients non-programmés et ainsi de fidéliser leur filière d'adressage via les praticiens de ville

Dès lors, le paramétrage des motifs d'indisponibilité des lits dans le logiciel CLINICOM devient un véritable levier de gestion permettant aux unités de soins de « réserver » des lits pourtant théoriquement disponibles. Et les motifs d'indisponibilité sont nombreux et non contrôlables : lit réservé, lit en travaux, lit non disponible pour cause de bio nettoyage, lit non disponible pour cause de mutualisation, lit non disponible pour cause de capacité réduite...

Cette dispersion de la fonction de gestion des lits alliée à l'absence de systèmes d'information permettant une vision prospective et synchronisée de l'occupation du capacitaire engendrent un coût de gestion important.

2) Perspectives nationales

Un certain nombre d'initiatives institutionnelles ont vu le jour ces dernières années afin d'optimiser la gestion des lits au sein des établissements de santé. Un rapide tour d'horizon mérite d'être conduit pour mettre en valeur la richesse des réflexions engagées

et la créativité des professionnels de santé. Ainsi, que ce soit par la création d'un agenda partagé au CH de Calais, d'une plateforme opérationnelle de sortie (POS) au CHU (centre hospitalier universitaire) de Nîmes ou d'une cellule d'ordonnancement au CHU de Nantes, une logique de « parcours de santé » commence à s'affirmer comme levier essentiel d'optimisation en lien avec le développement de l'interopérabilité des systèmes d'informations.

Au CH de Calais, un projet de programmation des ressources a en effet permis d'améliorer la planification des examens et des consultations, en lien avec la ville. Ce dispositif de gestion transversale du parcours, dont la première phase date de 2003, a été un levier d'économies et d'efficience pour l'établissement. Ainsi, la mise en place d'un agenda électronique transversal permet par exemple à une secrétaire médicale de savoir si le patient a déjà un rendez-vous prévu prochainement dans l'établissement, afin de positionner son rendez-vous le même jour et limiter les déplacements vers l'hôpital. De même, la synchronisation de plusieurs rendez-vous (par exemple, une consultation de traumatologie précédée d'un cliché en imagerie) s'opère plus facilement.

Avant de déployer cet outil, l'établissement avait calculé que la coordination de quatre rendez-vous par téléphone prenait environ une dizaine de minutes, soit 2 ETP annuels. Avec le nouveau système, la coordination des rendez-vous se fait automatiquement en moins d'une minute. Ce gain de temps a un impact sur la qualité perçue par le patient, mais aussi sur le travail des secrétaires qui sont désormais plus polyvalentes. Avec ce nouvel outil, le CH de Calais a aussi constaté une augmentation de son attractivité : selon la directrice du système d'information : « Quand un patient peut prendre aisément rendez-vous à l'hôpital, il ne va pas forcément à la clinique ».

Le CHU de Nîmes, quant à lui, a ouvert en mars 2014, une plateforme opérationnelle de sortie (POS), déclinaison pratique du "slogan" du projet d'établissement pour la période 2012-2016 : passer d'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours. Cette dernière vise à inscrire le patient dans une médecine de parcours basée sur la coopération des professionnels en évitant les séjours complexes dont la durée de séjour explose ou les réhospitalisations régulières de patients dits fragiles parce que sans famille, sans ressources, sans suivi médical.... L'objectif de ce nouveau service est de trouver des solutions de sortie pour les "bed-blockers" (les bloqueurs de lits). En six mois, la POS a permis de rendre disponibles 600 jours d'hospitalisation complète par la détection des fragilités médico-sociales pouvant compliquer les sorties de l'hôpital. Cette dernière peut être alertée des situations complexes par plusieurs biais :

- Par la "grille de détection des fragilités médico-sociales" renseignée par l'infirmier d'accueil (co-morbidités, droits sociaux, entourage, médecin traitant ou pas...)

- Par une alerte informatique pour les patients dits "médicalement sortants" mais qui restent hospitalisés pour des raisons autres que médicales.
- Par sollicitation directe des services qui ont intuitivement décelé une fragilité ou qui s'épuisent à trouver une solution de sortie pour un patient.
- Par sollicitation de la commission des séjours longs qui se réunit de façon hebdomadaire pour gérer les hospitalisations de plus de 21 jours.

La valorisation potentielle de l'activité de la POS sur six mois liée aux recettes supplémentaires générées par la réduction de la DMS est estimée à 310 000 euros, sachant que le coût annuel de fonctionnement de cette unité s'élève, lui, à 250 000 euros. L'expérimentation réussie de ce dispositif innovant au sein de 8 services du CHU (médecine gériatrique, médecine polyvalente, médecine interne, chirurgie orthopédique, chirurgie digestive, rhumatologie, dermatologie et neurologie) devrait entraîner, selon le Directeur Général par intérim, sa généralisation à l'ensemble de la structure d'ici début 2015.

Enfin, certains établissements de santé se sont engagés dans la mise en œuvre d'une cellule de régulation et de gestion prévisionnelle des flux de patients nommée cellule d'ordonnancement. Ce dispositif fait ainsi émerger une nouvelle fonction : le gestionnaire de flux de patients ou « bed manager » comme c'est le cas au CHU de Nantes.

L'ordonnancement est une méthode venant de l'industrie et qui a pour but de réduire les ressources mobilisées pour produire la même richesse : faire aussi bien, voire mieux, en mobilisant moins de ressources. A l'hôpital, le travail de cette cellule consiste à assurer l'articulation des activités programmées et non programmées en lien avec les urgences en intégrant les problématiques de gestion des lits et d'accessibilité aux plateaux techniques (Annexe 8 : ordonnancement du parcours du patient) pour optimiser au maximum le taux d'occupation et le taux de rotation des patients dans les lits.

Ce faisant, le parcours hospitalier est rendu plus lisible pour le patient ; pour le personnel hospitalier la charge de travail est lissée grâce à une bonne coordination des acteurs. Enfin, pour l'établissement, les reports d'intervention faute de lits disponibles sont réduits car l'optimisation de l'activité programmée favorise indirectement l'accueil de l'activité non programmée.

Un certain nombre de pré-requis sont nécessaires au déploiement de ce dispositif : tout d'abord une visibilité complète et une mise à jour en temps réel de l'occupation prévisionnelle des ressources (lits et plateaux techniques), une fine connaissance de la durée prévisionnelle des séjours mais aussi un décloisonnement des unités de soins distinguant deux notions : la notion d'hébergement géographique et la notion de responsabilité médicale. Enfin, la légitimité de l'équipe en charge de la gestion de lits repose sur une approche de terrain et une bonne maîtrise des métiers et spécialités

médicales afin d'être en capacité d'opérer les arbitrages nécessaires. Dès lors, le service de soins ne gère plus des lits mais il demeure garant de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises au gestionnaire des lits.

Effigen, leader de la mise en place de cellules de « gestion de lits » en France estime que les gains obtenus par la centralisation de la gestion des lits permettent aux établissements de réaliser en moyenne 16 % d'activité supplémentaire à capacité constante (avec les recettes associées) ou de réduire le programme capacitaire initial sans réduction d'activité (donc sans baisse de recettes). De même, l'objectif de zéro déprogrammation de patients avec intégration de 100 % des patients pris en urgences et l'objectif de zéro transfert de patients des urgences (hors patients relevant de spécialités absentes de l'établissement) seraient désormais accessibles grâce à ce dispositif.

Alors, la cellule d'ordonnancement ? Recette miraculeuse des établissements de santé pour améliorer la synchronisation et la fluidité des parcours de soins ?

Si elle constitue indéniablement une réponse technique à la problématique de gestion des lits, elle ne peut cependant résoudre les enjeux managériaux et de gouvernance qui y sont corrélés. En effet, une gestion des lits centralisée impacte profondément les périmètres de responsabilité traditionnellement reconnus dans le secteur hospitalier et suppose un important changement de paradigme. Approche transversale par son champ d'application et stratégique par l'enjeu financier qu'elle recouvre, l'optimisation de la gestion des flux doit donc être portée par l'ensemble de l'institution avec un plan de communication à l'appui. Au CH d'Arras, des interventions régulières des membres du groupe projet ont lieu devant les instances et une information plus large du personnel est assurée via le journal interne avec des éléments de langage adaptés à chacun.

B. Le lit, un actif spécialisé à mutualiser pour garantir une prise en charge de qualité fluidifiée

La priorité a été donnée ces dernières années à l'informatisation de la production de soins à travers le dossier patient informatisé et l'informatisation des prescriptions. Le système atteint désormais sa maturité dans ce domaine et l'enjeu aujourd'hui est d'optimiser ce qui relève du parcours du patient au sein de l'établissement en coordonnant la grande diversité des flux patients (flux programmés, non programmés ; conventionnel ou ambulatoire...). Un travail préalable d'analyse des capacités d'accueil (1) et de communication permettant de surmonter les réticences (3) sont des prérequis nécessaires à l'introduction d'une plus grande polyvalence des capacités d'accueil (2) ;

c'est en effet cette polyvalence interne qui permettra in fine de développer une réelle performance de gestion (4).

1) Analyser les capacités d'accueil à travers la standardisation des séjours

« Le lit d'hospitalisation est un actif incontournable de l'hôpital. Il constitue une référence à laquelle l'univers hospitalier (autorités de tutelle comme professionnels de terrain) est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou caractériser une activité... Cette unité d'œuvre est aussi largement utilisée en analyse de gestion hospitalière que ce soit au niveau stratégique (planification, projets d'établissement) ou au niveau opérationnel (fermeture de lits estivale, cadre de fonctionnement des effectifs d'une unité)⁷ ». Le dispositif de gestion des lits recouvre deux enjeux imbriqués : l'un opérationnel, l'autre plus stratégique en termes d'analyse des capacités d'accueil d'un établissement.

En effet, il consiste tout d'abord, à mettre en place un pilotage centralisé (au niveau de l'établissement ou d'un pôle), en temps réel et prévisionnel, de l'affectation des patients dans les unités de soins, en fonction notamment de leurs pathologies et des spécialités médicales disponibles dans la structure, de la date à laquelle ils doivent être hospitalisés et de la durée prévisionnelle de leur séjour.

Ce premier volet s'appuie nécessairement sur un second, visant, lui, à standardiser au mieux les durées de séjours. En effet, la gestion prévisionnelle des hospitalisations suppose que la durée de séjour des patients soit globalement prévisible. A défaut, la gestion des lits bascule sur une gestion uniquement en temps réel ; celle-ci est sous optimale, et potentiellement usante pour les professionnels de l'ensemble de l'établissement. La recherche d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des lits ne doit donc pas uniquement se limiter à une gestion opérationnelle immédiate mais anticiper et standardiser les séjours à travers un réel pilotage des séjours.

2) Favoriser la polyvalence des capacités d'accueil

L'hôpital public a longtemps fait reposer son organisation sur une segmentation des activités médicales comme autant de clochers d'une même paroisse.

Or ces logiques de clochers, de services s'inscrivent parfois à l'encontre d'une démarche efficiente de gestion interne des lits (lits disponibles mais réservés par exemple). Dans

⁷ Collectif, avril 2008, « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences » MeaH, page 13

certain établissements, on attend parfois le départ des chefs de services pour admettre des patients dont ce dernier aurait refusé l'admission s'il était encore présent et alors même que des lits vacants dans son unité le permettraient.

Si ce système a permis le développement de disciplines médicales hyper spécialisées et à la pointe de l'innovation ; il a aussi eu pour impact de cloisonner les organisations et de générer des coûts de fonctionnement élevés en multipliant les moyens affectés : chaque unité de soins disposant en effet de son agent logistique, de son brancardier, de sa secrétaire médicale... Pour y remédier, la notion de polyvalence s'est donc progressivement imposée à travers la mutualisation de certaines fonctions comme les fonctions supports (ex : le bionettoyage ou le brancardage). Ainsi des équipes mutualisées à l'échelle d'un pôle ou même de l'ensemble de l'établissement ont vu le jour pour répartir les coûts à due proportion des besoins des services : par exemple, la charge de la fonction brancardage est ramenée en unité d'œuvre (le volume horaire dédié à la fonction brancardage au sein d'un service) en fonction de son utilisation réelle au lieu de l'imputation d'un coût ETP lorsqu'il y avait des ETP dédiés à cette tâche et directement rattachés au service. Ce faisant, l'allocation de moyens est optimisée en fonction des besoins réels de chaque service utilisateur.

Concernant la gestion des lits, la notion de service de soins a toujours été l'unité de référence : plus qu'une unité fonctionnelle comptable, il s'agit d'un lieu géographiquement identifié placé sous la responsabilité médicale d'un praticien générant une activité et utilisant un certain nombre de ressources / moyens dédiés et parmi ces moyens dédiés : des lits.

A contrario, dans les cliniques, on constate de plus en plus souvent que les lits ne sont plus alloués spécifiquement à une activité (sauf pour certaines d'entre elles, comme les secteurs de réanimation ou de soins intensifs). Cette polyvalence des lits, allant de pair avec un développement de la polyvalence des professionnels, garantit une plus grande souplesse et permet de limiter l'impact des variations d'activité. Dans cette configuration, les lits ne sont pas « affectés » à l'usage exclusif d'une discipline médicale mais « polyvalents » en fonction du volume d'activité de telle ou telle spécialité. Ainsi, dans le jargon sanitaire voit-on apparaître des unités de « chirurgie du mou » qui comprennent à la fois la chirurgie polyvalente et vasculaire ainsi que la chirurgie viscérale ou encore des unités dites de « chirurgie indifférenciée »⁸.

A l'heure d'une rationalisation toujours plus importante de ses moyens, l'hôpital public ne peut continuer à fonctionner en vase clos. Il est indispensable qu'il s'inspire de cette souplesse de gestion issue du secteur privé et qu'il en tire les conclusions nécessaires en termes de gouvernance interne. En effet, favoriser la polyvalence des capacités d'accueil à l'échelle de plusieurs disciplines médicales entraîne de facto une évolution du

⁸ In *Le moindre mal* de François Bégaudeau, édition Seuil, septembre 2014, page 43

positionnement du traditionnel chef de service. Ainsi, les « territoires » architecturaux des unités fonctionnelles tendent, par la mutualisation au sein d'unités polyvalentes à déplacer le pouvoir issu de la gestion des lits. D'un pré-carré médical ou paramédical, ce pouvoir devient une responsabilité institutionnelle centralisée et collective parallèlement à la responsabilité médicale des praticiens vis-à-vis de leurs patients, qui, elle demeure.

De même, la mutualisation des lits modifie sensiblement les pratiques médicales : les praticiens se déplacent désormais au lit du patient, où qu'il soit, et l'architecture se met au service de ces évolutions : aujourd'hui, les liaisons verticales sont devenues aussi rapides que les liaisons horizontales. Ces liaisons devront naturellement s'accompagner de la formalisation de protocoles de prise en charge permettant de définir des règles d'hébergements communes : fréquence de passage du médecin de la spécialité, surveillance de l'équipe soignante et médicale du service d'hébergement...

3) Surmonter les réticences

Alors bien sûr, ce changement de paradigme ne va pas sans résistance de la part des professionnels de santé puisque l'organisation proposée implique généralement non seulement un effort de formation des personnels paramédicaux, afin de créer des unités capables d'accueillir des pathologies de plusieurs spécialités, mais aussi un changement des organisations de travail des médecins, notamment en structurant la visite médicale dans des unités autres que la leur.

Au groupe hospitalier Paris-Saint Joseph, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des entrées et des sorties à l'échelle de l'établissement a engendré un certain nombre de réticences, notamment de la part des médecins et des cadres de santé.

En effet, pour la communauté médicale, le sujet de contestation principal a été la sécurité de la prise en charge des patients. En effet, leur crainte était qu'il puisse y avoir une remise en cause de leur pouvoir décisionnel d'orientation médicale. Afin d'encadrer cette problématique, qui ne devait en aucun cas se traduire par une perte de chance pour le patient, des règles d'hospitalisation, hors service de spécialité, ont été validées par les chefs de services. Il a aussi été nécessaire de rappeler qu'en cas d'hospitalisation hors spécialité le chef de service accueillant le patient était responsable du patient. Il lui revient ainsi la tâche d'organiser sa prise en charge médicale en lien avec les médecins de la spécialité concernée.

De même, les cadres de santé, autres acteurs touchés par la gestion centralisée des lits, se sont sentis particulièrement menacés dans leur zone de prérogatives propres, dans leur marge de manœuvre discrétionnaire. Il a donc été nécessaire de leur montrer l'intérêt pour eux de ce dispositif par le redéploiement possible de leurs tâches vers des missions

davantage axées sur leur cœur de métier : l'évaluation des pratiques, la qualité des soins, l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants, la formation...

Or, un système de programmation des lits n'est rien sans l'intervention humaine : sans Bed manager, le meilleur des logiciels ne saurait structurer le flux d'informations. La dimension humaine est donc au moins aussi essentielle que la dimension technique. Toutefois, si ces changements ne doivent pas être sous-estimés, ils relèvent cependant d'une gestion de projet classique.

Par contre, une autre forme de résistance ne doit pas être négligée, il s'agit de la résistance culturelle : les métiers du soin sont par nature centrés sur le patient. Ainsi, la gestion d'une unité de soins se traduit dans les faits par la gestion de patients, la gestion d'individus avec toute l'individualité et la richesse des relations humaines que cette gestion suppose. Or, le « bed management », lui, consiste à gérer des capacités ; il relève d'une culture de gestion, assez éloignée d'une culture de la relation humaine, très prégnante chez les personnels soignants. Sans être explicite, le décalage avec les valeurs portées par les soignants est réel et peut entraîner une perte de sens pour eux. Il est donc indispensable d'accompagner ce changement de paradigme par une communication adaptée qui dépasse l'opposition apparente entre les soins et les principes de gestion. Car produire le « juste soin » est au moins indirectement lié à la performance de gestion.

4) Développer la performance de gestion

Ressource fondamentale, le lit conditionne aussi l'activité au sein des établissements de santé. En effet, un lit occupé génère des recettes et autant de capacités de financement pour l'établissement.

Le gain financier de l'optimisation de la gestion des lits est donc potentiellement significatif mais il n'est pas le seul. En effet ce dispositif a aussi des impacts positifs sur la qualité des soins (diminution du taux de journées non pertinentes, diminution du risque de perte de chances pour les patients en attente de lits aux urgences...) et sur la satisfaction des professionnels (diminution des incidents liés aux hébergements, lissage de la charge de travail sur la semaine et équité entre les services en termes de charge et conditions de travail...). Dès lors, l'amélioration de la maturité organisationnelle de la gestion des lits conduit à une interaction positive entre qualité des prises en charge, qualité des conditions de travail et efficacité globale.

Ainsi, en terme de qualité des soins, la fluidification des parcours patients (que ce soit en programmé ou non), la recherche de la meilleure pertinence du soin prodigué au patient (nécessité de l'hospitalisation, des examens complémentaires, d'un transfert en structure

d'aval...) recouvrent un aspect fédérateur pour les soignants et les médecins. La personnalisation du séjour et l'adéquation du soin aux besoins du patient peuvent être résumés ainsi : « le patient au bon endroit, au bon moment, le temps qu'il faut » participe de la démarche qualité.

De même, en termes de conditions de travail, le lissage de l'activité (dans la journée, dans la semaine) induit par la centralisation de la gestion des lits permet aux professionnels de santé une appréhension plus sereine du soin, il simplifie la question de la recherche en lits en la faisant reposer sur d'autres acteurs et il permet d'anticiper des variations d'activité par l'ajustement des ressources (prise en compte de la saisonnalité, des congés des praticiens).

Enfin, en terme d'efficience économique, la clarification du processus d'entrée (par le biais des pré-admissions) contribue à la sécurisation de la chaîne de facturation et à une meilleure valorisation des séjours par la maîtrise de la DMS grâce à l'anticipation de la sortie dès l'entrée du patient. De même, la limitation des transferts faute de place et la réduction des temps avant admission notamment pour les flux non programmés sont autant de gains pour l'établissement.

CHAPITRE 2 – Les leviers mobilisés ou en cours de mobilisation au CH d'Arras visent à optimiser la gestion opérationnelle et prévisionnelle des flux de patients

L'offre de soins d'un établissement de santé et sa traduction directe en terme de flux d'usagers, ne saurait être considérée de façon isolée car elle n'existe qu'en interaction avec l'ensemble des offres de soins d'un territoire. Un certain nombre d'indicateurs ont ainsi récemment vu le jour afin de mesurer le positionnement stratégique de chaque structure de santé (ou ses parts de marché) au sein de son territoire comme la délimitation de « zones d'attractivité » ou le calcul des « taux de fuite ». Face à ce constat, une régulation régionale s'avère indispensable pour adapter les programmes capacitaires des structures de santé aux besoins de la population (I.).

Dès lors, l'amélioration de la gestion des flux et de l'organisation des séjours cliniques d'un établissement porte sur deux leviers principaux, l'un axé sur la fluidification du processus de prise en charge (II.), l'autre plus structurel sur le juste dimensionnement des modes et des capacités d'hospitalisation (III.).

I. La gestion des flux : un enjeu partagé à l'échelle territoriale et propre à l'échelle de chaque établissement

Pour les professionnels de santé, qui sont aussi de potentiels usagers du service public de santé, les modalités d'accès aux soins à l'intérieur d'une zone géographique de santé de proximité ne peuvent laisser insensibles. Or, cette accessibilité est d'autant mieux garantie qu'elle fait l'objet d'une régulation régionale favorisant les partenariats institutionnels. Ainsi, le développement de la coopération entre établissements publics, autour de l'identification de filières de soins et de l'élaboration de projets médicaux partagés, constitue le moyen d'atteindre plusieurs objectifs, dont à la fois, le maintien d'une offre de soins publique de proximité, la lisibilité des filières de soins, mais aussi l'optimisation du fonctionnement des plateaux techniques, l'attractivité médicale et l'optimisation des capacités (I.). Le programme capacitaire du CH d'Arras s'inscrit dans cette logique territoriale d'accès aux soins et la déclinaison de ses activités médicales ne saurait faire l'impasse d'une réflexion territorialisée de l'offre de soins (II.).

A. Renforcement progressif des outils de régulation capacitaire à l'échelle territoriale

Un rappel historique des modalités d'autorisations capacitaires s'avère nécessaire pour comprendre la situation à laquelle les établissements de santé sont aujourd'hui soumis en terme d'offre de soins et par déclinaison, d'offre en lits et places d'hébergement.

Ainsi, c'est la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui, à travers la création de secteurs sanitaires, détermine des indices lits/populations par grandes disciplines médicales visant à quantifier un nombre de lits maximal pouvant être autorisés à fonctionner. Dès lors, les établissements de santé privés sont soumis à une autorisation (dont la durée n'est pas limitée) pour toute création ou augmentation de lits au regard des lits déjà existants au sein des établissements de santé publics, ces derniers n'étant pas soumis à autorisation.

La loi du 31 juillet 1991 introduit le principe de la limitation dans le temps de ces autorisations et met fin à l'exception dont bénéficiait le secteur public en les appliquant désormais aussi aux établissements de santé publics.

L'ordonnance du 24 avril 1996 instaure un volume théorique de lits souhaitables par grande discipline qui aboutit à une diminution continue et modérée du nombre de lits de MCO de 12,1 % entre 1994 et 2001, tendance qui se poursuit selon les statistiques issues de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Annexe 9 : capacités en lits et places des établissements de santé par secteur). L'introduction d'une nouvelle modalité de financement basée sur l'activité entraîne une suppression de la carte sanitaire en 2003, car peu compatible avec la nouvelle mécanique tarifaire. Elle est remplacée par des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) déterminés par groupe de disciplines et par territoire de santé et répartis ensuite par établissement. Ces objectifs se déclinent en objectifs d'implantation permettant de répartir de façon homogène l'attribution des autorisations et en objectifs d'accessibilité permettant de mesurer le temps d'accès de certaines activités de soins ou le temps d'attente pour les équipements matériels lourds. Ces objectifs ont un caractère opposable, de sorte que des décisions d'autorisations ou de rejet d'autorisations en découlent. Ce changement de paradigme conduit à une logique de programmation en lieu et place de celle de planification qui avait cours jusqu'alors.

Enfin, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi dite loi HPST) introduit également de nouveaux changements en terme de régulation pour le secteur MCO. Cette loi applique en effet un changement d'orientation sensible dans le pilotage de l'activité des établissements de santé. Ainsi, les objectifs en volume, opposables disparaissent au profit d'indicateurs de pilotage non opposables aux établissements qui constituent des repères traduisant les orientations stratégiques des agences régionales de santé (ARS) sur les territoires. Désormais, la

régulation contractualisée de l'activité porte ainsi sur les « atypies » identifiées par l'ARS et justifiant une modification de l'offre de soins et donc des programmes capacitaires des établissements d'un territoire. A l'inverse, une vision fine de l'organisation de son capacitaire peut constituer une base utile de dialogue entre un établissement et la tutelle : elle peut par exemple objectiver un manque de lits dans certaines spécialités médicales et ainsi justifier les demandes d'autorisation d'activité associées.

Notons également que l'accroissement des coopérations sanitaires et la diversification de ces formes (groupement de coopération sanitaire - GCS, communauté hospitalière de territoire - CHT...) entraînent par effet rebond un remodelage des activités médicales de chaque structure de santé à l'échelle d'un territoire. Ces tendances méritent d'être examinées à l'échelle du CH d'Arras.

B. Analyse de la cartographie du programme capacitaire du CH d'Arras

Le programme capacitaire du CH d'Arras comprend 1138 lits et places dont 395 lits et 77 places en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Ce volume global est le reflet :

- des autorisations d'activité délivrées par l'agence régionale de santé,
- plus ou moins ajusté par les autorisations effectivement déployées par la direction du site (par exemple : autorisation de 15 lits obtenue en réanimation contre seulement 10 lits autorisés par la direction du CH d'Arras) et,
- complété par les souplesses d'accueil éventuellement accordées dans certains services (création de lits tampons, par exemple) et les lits potentiellement mobilisables en cas de crise.

L'ensemble de ces paramètres conduit au recueil des lits « physiquement installés » au sein de l'établissement (Annexe 10). Simple en apparence, ce décompte demande la mobilisation régulière des professionnels de terrain pour être l'exact reflet de la réalité des unités de soins. En effet, de nombreuses réorganisations impactent le capacitaire en écho aux objectifs identifiés dans le projet d'établissement 2013-2017⁹ : « la direction du CH d'Arras porte une volonté importante de transformation des lits, de diversification des modalités d'hospitalisation et de dimensionnement des services en fonction des besoins et de l'activité. Le bâtiment neuf est modulable et la facilité pour requalifier des lits permettent cette ambition. Ce projet se poursuit par une volonté forte d'adapter les cadres de fonctionnement aux activités : il faut donc permettre une réaction rapide du dimensionnement soignant mais également adapter les gardes et astreintes à la réalité de l'hôpital (permanence des soins en établissements de santé et continuité des soins) ».

⁹ Projet d'établissement CH Arras, page 14

Ainsi, l'analyse des Comptes de résultats analytiques (CREA) et des tendances d'activités issues de PMSI Pilot, unité de soins par unité de soins, met en exergue les situations de vigilance justifiant une réflexion capacitaire : diminution de l'activité de gastroentérologie, report de l'activité de pneumologie conventionnelle sur l'activité d'oncologie ambulatoire, augmentation de l'activité de diabétologie et de chirurgie viscérale...

Autant de constats qui permettent de dessiner l'hôpital de demain.

Mais l'hôpital de demain, c'est aussi l'opportunité de développer de nouvelles activités en adéquation avec les besoins de santé locaux reconnus par l'agence régionale de santé, les compétences médicales existantes et projetées ainsi que les capacités de financement disponibles. Au CH d'Arras, la créativité médicale est ambitieuse : création d'une unité de prise en charge de l'anorexie mentale, création d'une activité d'infectiologie, création d'une filière de dénervation rénale, création d'une unité de soins palliatifs... Ce dynamisme médical doit être encouragé et soutenu par la direction de l'établissement mais il doit aussi, préalablement à tout arbitrage, faire l'objet d'études médico-économiques permettant d'analyser les forces et faiblesses et notamment l'impact à prévoir en terme d'organisations : organisation médicale (nécessité d'un recrutement médical supplémentaire, révision des modalités de mise en oeuvre de la permanence des soins ?), organisation paramédicale (maintien des effectifs existants, passage d'une organisation en 7 heures 36 à une organisation en 12 heures ?), organisation globale (modification du programme capacitaire conventionnel, modalités d'aval, positionnement sur le territoire de santé ?).

Le programme capacitaire d'un établissement de santé est donc sans cesse soumis à modifications, pas uniquement pour optimiser son utilisation au regard de son activité actuelle, mais aussi pour rester « compétitif » au regard des évolutions territoriales de l'offre de soins.

Ainsi, au titre des logiques de coopérations territoriales, le CH d'Arras participe depuis 2008 à un GCS de moyens avec le CH de Lens concernant son activité de coronarographie. En effet, le CH d'Arras, ne disposant pas du plateau technique requis, utilise par convention les équipements du centre hospitalier voisin pour pratiquer son activité de pose de défibrillateurs cardiaques implantables et de stimulateurs « triple chambre ». A défaut de pouvoir pratiquer ces interventions sur place, les praticiens du CH d'Arras conservent cette filière de soins en opérant leurs patients par voie de convention au sein du bloc opératoire lensois ce qui contribue indirectement à continuer à favoriser l'attractivité médicale de jeunes praticiens. Cet exemple est l'illustration de la nécessaire coopération territoriale entre établissements de santé, mais aussi et surtout, entre professionnels de santé. En effet, l'évolution de la démographie médicale et des modalités de financement de la permanence des soins incitent désormais les établissements à s'organiser différemment.

Ainsi, la convention constitutive de la CHT Artois-Douaisis a été signée le 14 février 2013. Composée de 4 établissements de taille différente (dont le CH d'Arras), mais chacun pivot au sein de son territoire, sur un bassin de population d'environ 1 300 000 habitants, cette CHT est la plus grande de France. Trois années d'un important travail préparatoire ont été nécessaires pour élaborer un projet médical commun, actuellement en cours de validation par les conseils de surveillance de chaque établissement membre de la CHT. Ce dernier développe, sur plusieurs spécialités médicales identifiées, une stratégie d'offre publique coordonnée plutôt qu'une démarche concurrentielle entre établissements. Ce cadre de réflexion permet de proposer une adaptation des ressources médicales au niveau d'activité de chacun des sites dans une logique de complémentarité, de lisibilité et de parcours coordonné.

II. L'optimisation de la durée des séjours à travers la fluidification du parcours patient de l'admission à la sortie

Travailler sur l'anticipation de la sortie et la gestion prévisionnelle des séjours à travers l'organisation des séjours cliniques du patient est gage d'efficience organisationnelle. Dans cette optique, trois orientations de réflexion sont à l'œuvre au CH d'Arras.

La première vise à optimiser l'organisation de la pré-admission (A.) à travers une programmation plus fine des séjours et surtout du contenu des séjours : orientation des patients vers la bonne unité de prise en charge, facilitation d'accès aux plateaux techniques, anticipation et organisation des suites d'hospitalisation dès la pré-admission.

La deuxième orientation concerne les situations de pics d'activité pouvant impacter sensiblement la gestion des flux de patients (B.).

Enfin, la troisième orientation vise à optimiser les processus de sorties (C.) afin d'accroître au maximum le taux de rotation dans les lits, que ce soit en activité ambulatoire, en hospitalisation de semaine ou en hospitalisation conventionnelle.

A. Organiser la pré-admission

Afin d'anticiper la prise en charge des patients de médecine, un groupe de travail relatif à la programmation médicale constitué de cadres de santé a créé une fiche de programmation unique (Annexe 11 : Fiche de programmation de médecine) en concertation avec les praticiens des spécialités médicales concernées.

Ce document s'est inspiré de la maquette de la fiche de programmation chirurgicale mise en place dans l'établissement pour les chirurgiens afin de garder une cohérence d'ensemble à l'échelle du site.

Avec un format A4 recto/verso, la fiche de programmation médicale unique vise à faciliter les démarches liées à l'admission des patients.

En effet, elle recense dès la programmation le service d'accueil, les modalités de prise en charge possible (hospitalisation complète, hôpital de semaine, ambulatoire) ainsi que le type d'accueil (accueil en fauteuil, accueil en lit) envisagé. Cette fiche aborde aussi les perspectives de sorties à travers l'anticipation de la durée de séjour prévisionnelle.

A l'issue d'une phase test au sein des services de pneumologie, d'onco-hématologie et d'hospitalisation programmée de médecine, ce document sera généralisé à l'ensemble des services des spécialités médicales.

B. Anticiper les pics saisonniers

L'étude des flux non-programmés met en exergue une forte variation tant en volume (nombre de passages au SAU – cf infra) qu'en criticité (niveau de sévérité des patients pris en charge), ce qui, corrélé à l'activité programmée des secteurs de spécialité impacte les capacités d'accueil globales de l'établissement. Dès lors, certaines situations de tension sur les lits disponibles ont conduit le CH d'Arras à réfléchir aux modalités d'ouverture d'une unité « hôpital en tension », unité mobilisable dès lors que le capacitaire global de l'établissement ne suffirait plus à absorber la conjonction des flux d'entrée, qu'ils soient programmés ou non-programmés.

En parallèle au travail conduit en lien avec la médecine de ville qui vise, en amont des urgences, à revoir les modalités de participation des médecins libéraux à la permanence des soins, de façon à éviter que les urgences soient le seul lieu d'accueil la nuit, en fin de semaine et durant les périodes de congés ; le dispositif de création d'une unité « hôpital en tension » a vu le jour au CH d'Arras à l'été 2014.

Ce schéma de dispositif de création d'une unité « hôpital en tension » vise à prévenir l'engorgement du service d'accueil des urgences et la saturation des lits d'hospitalisation. Il permet de déterminer une définition institutionnelle de la notion de « tension » et de graduer la réponse à apporter en fonction de plusieurs niveaux d'alertes.

L'opportunité de création d'une unité « hôpital en tension » procède de l'analyse préalable des flux de patients au service d'accueil des urgences. Cette étude de l'activité réalisée a conduit à la rédaction de procédures relatives aux modalités de déclenchement et de fonctionnement d'une unité « hôpital en tension » en réponse à des pics d'activités ponctuels. Ainsi, un plan d'action a été conçu afin de déterminer :

- Une définition institutionnelle de la notion de tension
- Une gradation de la réponse apportée en fonction du niveau d'alerte (situation de veille, de pré-tension, de tension)
- Le rôle de chacun (composition de la cellule de crise, missions...)
- Des indicateurs prédictifs et les modalités de levée du dispositif

Le déclenchement d'une unité « hôpital en tension » repose ainsi sur la conjonction d'un certain nombre d'indicateurs, c'est à dire sur une démarche analytique (Annexe 12 : logigrammes décisionnels). Le caractère aléatoire du contexte justifiant le déclenchement d'un hôpital en tension entraîne de facto un aléa dans la démarche analytique. En effet, chaque indicateur pris isolément n'a que peu de sens : nombre de passages au SAU à J-1 > 165 ; augmentation de plus de 20% de l'activité en 3 jours ; plus de 8 personnes > 75 ans présents à 8h au SAU... .

C'est la conjonction d'un certain nombre de ces critères associée à la disponibilité en lits et en personnel dans l'établissement qui permet de déterminer l'opportunité ou non de déclencher un hôpital en tension. Dès lors, il apparaît difficile de prioriser des indicateurs de survenance puisque chacun d'eux a son intérêt mais qu'aucun d'eux, pris isolément, ne sera suffisant pour analyser l'ampleur du phénomène. Ce dispositif performatif, malgré la protocolisation dont il fait l'objet, ne peut donc être standardisé. Le rôle de la cellule de crise, est, en ce sens, essentiel.

A ces paramètres évaluables s'ajoutent des recommandations de bonnes pratiques permettant de fluidifier le parcours patient, telles que l'augmentation des sorties le matin, les relances des demandes d'aval ou encore, dans un cas de forte tension, la déprogrammation d'hospitalisations programmées.

Le dispositif « hôpital en tension » vise à améliorer la qualité de la prise en charge et la sécurité des soins dispensés aux usagers de l'établissement. En effet, le déclenchement de l'unité vise, tout d'abord, à fluidifier le parcours patient (affluence entraînant un risque de retard de prise en charge) et améliorer la qualité des soins (attente sur brancard, manque d'intimité, bruit...) en assurant une hospitalisation des usagers au sein d'une unité conventionnelle ponctuelle.

Par ailleurs, la composition pluri professionnelle de la cellule de crise permet un regard pluriel associant à la fois une vision médicale, soignante et stratégique. Cette démarche participative permet de corréliser les enjeux entre eux et de tenir compte des points de vue de chaque professionnel.

Enfin, la définition d'indicateurs prédictifs gradués permet d'objectiver le ressenti des équipes médicales et paramédicales et d'adapter la réponse institutionnelle apportée en fonction des besoins.

Au moment de la rédaction de ce mémoire, aucune situation de pic d'activité n'a jusqu'alors permis d'expérimenter le dispositif « hôpital en tension », et ce, malgré

l'impact des fermetures estivales de lits sur le capacitaire global. Validé en instance et présenté à l'Agence Régionale de Santé, ce dispositif fera sans doute l'objet d'un déclenchement en mode exercice interne d'ici fin 2014.

C. Optimiser les sorties

L'optimisation des sorties consiste à repenser l'organisation du processus administratif et logistique de sortie au sein de l'établissement afin de favoriser leur déroulement le matin avant 11 heures, permettant ainsi d'accueillir de nouveaux patients dans les lits libérés avant 14 heures.

Identifier des cibles de sorties par service, anticiper la date prévisionnelle de sortie au moment de l'admission à travers une modélisation du parcours patient, mettre en place une check liste de sortie afin d'anticiper les étapes clés liées à la sortie, créer des salons de sortie pour libérer les chambres au plus tôt... sont autant de nouveaux réflexes et de nouveaux positionnements à acquérir pour les équipes médicales (staff médical), soignantes (saisie de la sortie du patient dans le logiciel de gestion des lits) mais aussi administratives (saisie des comptes rendus) et logistiques (bionettoyage des chambres). Il est donc indispensable d'obtenir l'adhésion et la coordination de l'ensemble des professionnels.

Le CH d'Arras conduit actuellement une réflexion sur l'ensemble de ces segments afin d'améliorer le taux global de sortie le matin. Un recueil des heures et des raisons empêchant le patient de sortir avant 12 heures a été réalisé en orthopédie pendant 3 mois afin de disposer d'une vision objective et opérationnelle des facteurs bloquants (Annexe 13 : Graphique de répartition des raisons bloquant la sortie du patient avant 12 heures). Cette étude montre trois motifs principaux. En effet, bien souvent l'admission de patients en soins de suite et de réadaptation ainsi que les hébergements dans d'autres services de l'établissement interviennent après 15h. De plus la réservation des ambulances privées sur ce créneau fort demandé n'est pas facile. Et enfin, dans le cadre des retours à domicile, la disponibilité des familles se concentre surtout sur la fin de journée. Ce recueil correspond à autant d'axes d'amélioration qui nécessitent d'être mis en œuvre pour améliorer les taux de sorties le matin.

En mars 2014, le niveau de sorties réalisées le matin à l'échelle de l'établissement est de 12,2 %. En médecine polyvalente, service pilote, le taux de sortie le matin était de 24 % en janvier 2014, 28 % en février, 41 % en mars et 33 % en avril. Ces résultats encourageants incitent à poursuivre l'ensemble des travaux engagés. En effet, l'exemple du centre hospitalier régional de Metz-Thionville prouve que des marges substantielles d'amélioration sont possibles. Dans cet établissement, le taux de sorties le matin était aux

alentours de 2 à 3 % début 2013. En fin d'année 2013, il s'était stabilisé à 60 % et l'objectif pour l'année 2014 est de tendre vers 80 %¹⁰.

La réflexion relative à l'optimisation des sorties repose d'abord sur une étude quantitative : au regard des besoins d'aval exprimés quotidiennement par le service des urgences du CH d'Arras, il est possible de déterminer des cibles de sorties quotidiennes par service permettant d'absorber les flux non programmés. Ainsi, un besoin quotidien de 2 lits de chirurgie et de 9 lits de médecine¹¹ a été recensé.

Par ailleurs, parallèlement à ce recensement, la modélisation d'un certain nombre de parcours patients est en cours de rédaction par le médecin chef de service de médecine polyvalente. Ces parcours types permettent d'anticiper le parcours patient à partir des principaux GHM traités. Ainsi, la définition pour chaque motif d'hospitalisation de la durée prévisionnelle de séjour (analyse des 10 principaux GHM de la spécialité) permet de déterminer la date de sortie dans le projet thérapeutique, dès l'admission du patient. Cette date prévisionnelle de sortie est actualisée quotidiennement lors des staffs médicaux par les praticiens en fonction de l'évolution du patient et des centres de décision associés (imagerie, pharmacie, laboratoire...). L'utilisation de la date prévisionnelle de sortie permet donc aux professionnels de santé d'acquérir une visualisation prospective de l'occupation des unités.

De même, une check liste de sortie énumère les étapes clés liées à la sortie (Annexe 14 : Check-liste de sortie) à savoir : prévenir la famille, préparer les ordonnances de sortie, s'assurer que le courrier de sortie est bien tapé, prévenir une ambulance la veille si nécessité d'un transport sanitaire, obtenir le bon d'ambulance signé auprès de l'équipe médicale ; si transfert dans une autre structure, préparer une fiche de liaison et faire la saisie de la sortie administrative du patient dans le logiciel de gestion graphique des lits.

Notons aussi qu'une optimisation de la planification des interventions de bionettoyage a été nécessaire à travers la priorisation des chambres de sortants auprès du personnel des agents de services hospitaliers, souvent un ETP dédié à cette tâche.

Enfin, pour contribuer à une meilleure fluidification des lits, une réflexion est actuellement menée autour de la création de salons d'attente. Sont concernés par ce dispositif tous les patients de l'établissement à l'exclusion des patients déments, grabataires ou allongés ainsi que les patients mineurs et les majeurs protégés. Suite à l'accord médical de sortie, la création de ces salons vise à libérer la chambre avant 11 heures et ce, même si le départ physique du patient de l'établissement ne peut intervenir qu'après 11 heures (pour des convenances d'ordres personnelles ou logistiques).

10 REPERES, janvier-février 2014, « La gestion des lits en hôpital : un véritable enjeu pour les établissements de santé », numéro 07, Journal d'information SHAM, page 6 à 11

¹¹ Détail des lits pour les spécialités médicales : 2 lits de court séjour gériatrique, 2 lits de médecine polyvalente, 1 lit de diabétologie, 1 lit de néphrologie, 1 lit de cardiologie, 1 lit de pneumologie et 1 lit de gastrologie

Un certain nombre de services de l'établissement disposent de vastes espaces rencontres pouvant accueillir ce type de patients en partance et la création d'une salle commune au rez de chaussée de l'établissement est envisagée.

Un certain nombre de contraintes se posent toutefois :

- En terme de responsabilité médicale : faut-il un personnel dédié pour surveiller ces patients et/ou installer des appels malades dans les espaces rencontres ou peut on considérer que la responsabilité médicale cesse dès lors que le patient a quitté sa chambre ?
- En terme de logistique : à qui incombera le transfert du patient dans les salons d'accueil dès lors que ce dernier est à mobilité réduite (équipe de brancardage interne ou personnel soignant du service ?) comment positionner le patient dans le logiciel de suivi des repas ou qu'il puisse déjeuner sur place ; de même concernant les conditions d'accueil : faut-il aussi prévoir des toilettes publiques à proximité, des fauteuils gériatriques, un espace télévision, des revues, des claustres... ?
- En terme de communication : ce dispositif devra d'être relayé en interne dans les supports de communication destinés aux patients et à leurs familles (livret d'accueil, affiche dans les chambres...) mais aussi en externe auprès des partenaires de santé de l'établissement afin de s'assurer de la bonne articulation des parcours : les services de soins de suite et de réadaptation du secteur accueillent en effet de préférence les patients en début d'après-midi.

III. Les modalités d'ajustement du programme capacitaire du CH d'Arras : l'optimisation des ressources existantes

La gestion des lits peut recouvrir des réalités et des dimensions très différentes : de la régulation au quotidien à la planification des capacités, elle est à la fois vecteur d'optimisation opérationnelle et stratégique.

En effet, la prise en charge des besoins de santé de l'arrageois oblige le CH d'Arras à adapter ses modes de prise en charge et adapter ses organisations afin de répondre efficacement tant aux exigences de l'urgence, de l'hospitalisation programmée ainsi qu'aux besoins en matière de prévention. Dès lors, redéployer, transformer des lits, redimensionner des unités, revoir les cadres de fonctionnement RH sont autant de leviers mobilisables pour promouvoir une médecine qui, de plus en plus fréquemment, peut soigner sans lits ou plus précisément, sans hébergement (A.). Avec 6,4 lits pour 1 000 habitants, la France se situe d'ailleurs bien au dessus de la moyenne de l'Union

Européenne qui est de 5,3¹². L'ensemble de ces réflexions conduit alors nécessairement à modéliser un nouveau programme capacitaire (B.).

A. Travailler à l'adéquation du type d'hébergement à l'activité

S'assurer de l'adéquation entre le type d'hébergement et la nature du séjour du patient est possible. Il consiste en un double travail de modification de certaines pratiques médicales et de repérage des séjours « courts ».

Concernant les pratiques médicales, le levier de la chirurgie ambulatoire est le principal moteur de l'adaptation des séjours des patients à la nature de leur pathologie. En effet, très appréciée par les patients, la chirurgie ambulatoire permet de rentrer chez soi quelques heures après une intervention, évitant ainsi une hospitalisation et l'utilisation induite d'un lit qui aurait pu accueillir un patient nécessitant une hospitalisation.

Aujourd'hui, de nombreux actes chirurgicaux peuvent être pratiqués en ambulatoire, mais 18 d'entre eux - dits "gestes marqueurs" - font l'objet d'un suivi spécifique. En pratique, près des trois quarts de ces gestes le sont effectivement en ambulatoire, le reste continuant à donner lieu à une hospitalisation faute d'adhésion du corps médical ou du fait d'une fragilité spécifique du patient ne permettant pas une prise en charge ambulatoire (isolement social, vieillesse, perte d'autonomie...). Si le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces 18 gestes marqueurs atteint près de 90 % ; la moyenne nationale en 2009 s'élevait seulement à 64 %. Au CH d'Arras, ce sont 70,4 % en 2013 contre 56,43 % en 2009¹³ des 18 gestes marqueurs qui sont réalisés en ambulatoire.

Menée dans le cadre de la modernisation de l'action publique (MAP), l'enquête menée à l'automne 2014 par les Inspections générales des affaires sociales (IGAS) et des finances (IGF) sur la chirurgie ambulatoire, ne délivre cependant aucune nouvelle piste pour accélérer le basculement de la chirurgie conventionnelle vers la pratique ambulatoire. L'objectif d'un taux global à 50 % en 2016 (contre 42,7 % en 2013) ne pourra être atteint faute d'inflexion significative de la tendance observée ces dernières années. Il est pourtant financièrement coûteux pour un établissement de santé de continuer à pratiquer des actes relevant d'une prise en charge ambulatoire dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle. En effet, la politique tarifaire des actes réalisables ambulatoires ne compense que les coûts liés à une prise en charge ambulatoire. Le maintien en secteur conventionnel de patients relevant d'une prise en charge ambulatoire (pratique dite de chirurgie ambulatoire « foraine ») coûte donc plus cher à l'institution qu'elle ne lui

¹² Données OCDE 2012

¹³ Données issues de HOSPIDIAG

(http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?finess=620100057&finess=&_debug=0&_program=hd.hospidiag.sas&_service=default&_sessionid=%2FZRj5oVEGH0)

rapporte. Ainsi, si certaines spécialités médicales sont structurellement déficitaires (la réanimation, la néonatalogie en sont des exemples) réduisant nos marges d'efficience à la seule réduction de nos charges, il serait délétère de créer les conditions d'un déséquilibre économique en n'adaptant pas les modes de production de soins aux gains escomptés. Aujourd'hui le taux de chirurgie ambulatoire enregistré au CH d'Arras est de 38,16 %. Ce taux oscille entre 19 % et 46 % suivant les régions : les bons élèves étant les régions Ile de France et Provence-Alpes Côtes d'Azur¹⁴. Améliorer ce taux repose sur deux axes :

- Un axe organisationnel comme par exemple l'optimisation de la programmation, la réservation de plages de bloc opératoire dédiées et l'organisation du suivi postopératoire en externe ou en partenariat avec les professionnels de santé de ville
- Un axe humain comme la responsabilisation du patient concernant la phase de préparation préopératoire (le patient devient acteur de sa santé) et la sensibilisation des praticiens à l'évolution de leurs pratiques par exemple, leur sensibilisation à la culture de l'anesthésie locorégionale sur celle générale

Concernant le repérage des « séjours courts », il est possible de calquer les réflexions liées à la chirurgie ambulatoire au secteur de médecine : pourquoi accueillir un patient dans un lit de secteur conventionnel quand la durée de son séjour est compatible avec un accueil de jour ou de semaine ? En effet, dès lors qu'il est possible d'identifier dans PMSI Pilote le volume des séjours de 0 nuit, 1 nuit, 2 nuit, 3 nuits et de les répertorier par GHM et par praticien, une analyse de ces journées substituables permet de déterminer un potentiel de substitution converti en nombre de lits afin de moduler le programme capacitaire adéquat : augmenter les capacités d'accueil de semaine et/ou de jour tout en réduisant les capacités d'hospitalisation complète ou, à isopérimètre d'hospitalisation conventionnelle, accroître la file active de patients pris en charge.

Un certain nombre de pré-requis permettent de raccourcir la durée de séjour au juste nécessaire comme la construction de chemins cliniques aboutissant à concentrer examens et soins en une seule journée ou la détermination de la date de sortie dès l'entrée du patient. Par ailleurs, l'apprentissage de l'exploitation commune d'une même surface (hôpital polyvalent de médecine de semaine ou de jour) peut faciliter, dans les mentalités médicales, un projet de mutualisation des lits d'hospitalisation conventionnelle. Enfin, de même que la chirurgie ambulatoire contraint les acteurs du bloc opératoire à mieux s'organiser, le développement des hôpitaux de jour de médecine oblige aussi un pilotage performant de l'ensemble des intervenants autour du patient : consultants

¹⁴ Rapport d'évaluation technologique relatif à la chirurgie ambulatoire, HAS-ANAP, mai 2014, page 16

spécialistes, examens complémentaires, spécialistes paramédicaux. Cette coordination est un facteur clé de réussite pour la substituabilité des séjours.

Une requête PMSI Pilote réalisée sur une année glissante entre le 1^{er} mars 2013 et le 31 mars 2014 permet d'identifier au sein du pôle Médecine le volume de séjours inférieurs ou égaux à 5 nuits par spécialité (Annexe 15). Il ressort de cette étude que 1 845 séjours issus d'entrées directes (hors passage par les urgences) correspondent à un séjour inférieur ou égal à 5 nuits, soit environ 5% de l'ensemble des séjours de l'établissement. Ce volume n'est pas négligeable : il correspond à un total de 21,6 lits (avec un taux d'occupation de 90 %) pouvant être redéployés.

B. Modéliser un nouveau programme capacitaire : « d'une gestion des capacités vers une gestion des activités »¹⁵

La gestion du patrimoine des établissements de santé doit s'adapter aux évolutions des besoins et des techniques de prise en charge : développement de la chirurgie ambulatoire, de la télémédecine, des liens avec le médico-social et des structures d'aval... Autant de raisons qui incitent à construire des structures modulables, facilement adaptables aux projets institutionnels.

Par ailleurs, la maîtrise du dimensionnement capacitaire nécessite aussi la sincérité des hypothèses d'activité. En effet, un certain nombre de critiques portées sur le plan hôpital 2007 fait état d'un surdimensionnement capacitaire du fait d'une activité prévisionnelle surestimée pour couvrir les charges induites de reconstruction. Afin de contrôler le risque de surcapacité, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances¹⁶ préconise de déterminer des hypothèses d'activité sincères et réalistes. Ainsi, la cour des comptes révèle dans son bilan du plan hôpital 2007 que certains cas du plan hôpital 2007 ont échoué dans leur dimensionnement car ils reposaient sur des hypothèses d'évolution d'activités fragiles, en lien ou non, avec la volonté de l'établissement de développer un nouveau type d'activité ou d'accroître sa part de marché sur le territoire. D'autre part, la prise en compte de l'organisation des soins et de la concurrence sur le territoire constituent deux autres facteurs de dimensionnement capacitaire. Ces éléments relèvent du dialogue de gestion entre établissement et agence régionale de santé (ARS). Enfin, la prise en compte de l'évolution des pratiques comme le développement de la chirurgie ambulatoire ou de certains actes de médecine ambulatoire, constitue un facteur important qui impacte à la baisse le besoin de capacités.

¹⁵ Projet d'établissement 2012-2016 du CHU de Nîmes

¹⁶ Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, Rapport IGAS-IGF de mars 2013

Achévé il y a seulement 7 ans (en 2007), le CH d'Arras n'est pas figé dans son dimensionnement capacitaire. Ce dernier est d'ailleurs en pleine évolution pour tenir compte du développement de nouvelles activités. Dès lors le cadre de fonctionnement des services d'hospitalisation conventionnelle est nécessairement impacté et fait l'objet d'une analyse des nouveaux flux patients.

Pour ce faire, un indicateur de performance capacitaire est suivi depuis le début de l'année 2014. Ce dernier permet de mesurer la bonne utilisation de la capacité en lits en fonction de l'activité. Les lits ouverts reflètent ainsi la gestion des fermetures et les lits occupés reflètent l'activité. Dès lors, plus on s'éloigne de 1 vers le haut, mieux on occupe les lits soit en jouant sur l'ajustement des capacités en lits, soit en optimisant la durée de séjour. A l'inverse plus on s'éloigne de 1 vers le bas, moins bien on utilise ses capacités lits. Au CH d'Arras, cet indicateur s'élevait à 1,04 en mars 2014 puis à 1,03 en mai, pour finir au seuil de 1,02 en juillet (l'impact des fermetures estivales expliquant au moins en partie ce résultat).

Par ailleurs, ayant participé à l'étude conduite par l'exécutif du pôle médecine, j'ai pu entrevoir une nouvelle modélisation des lits du pôle, qui comprend aujourd'hui, toutes spécialités confondues 111 lits d'hospitalisation conventionnelle (Annexe 16). L'objectif est de redimensionner certaines activités pour lesquelles l'activité diminue depuis près de trois ans (c'est le cas de la gastroentérologie), de tenir compte de la saisonnalité d'autres spécialités pour que leur cadre de fonctionnement RH soit économique adapté (c'est le cas de la pneumologie par exemple) et soutenir le développement de disciplines médicales porteuses comme la diabétologie ou la neurologie.

En effet une mauvaise gestion des lits est source de coûts, de pertes de recettes et d'une dégradation qualitative des soins : inadéquation entre taux d'occupation des lits et cadre de fonctionnement RH, déprogrammation, transferts vers l'extérieur, sortie anticipée pour libérer un lit nécessaire à l'accueil d'une urgence...

La méthode retenue consiste en l'analyse des taux d'occupation de chaque secteur (le nombre de journées brutes tient compte du volume des hébergements éventuels, auquel est ajouté le volume des journées substituables dans le cadre d'une hospitalisation non conventionnelle). Ces données sont ensuite converties en nombre de lits au regard d'une IPDMS égale à 1, un taux d'occupation fixé à 90 % et un potentiel de journées substituables arrêté à 50 % du total des journées substituables. Les premiers calculs portent ainsi à 87 lits la révision « mathématique » du capacitaire actuel de médecine, soit un delta de 24 lits (environ 20 % du capacitaire actuel). Cela signifie que : avec un taux d'occupation optimisé (porté à 90 % pour chacune des spécialités), une IPDMS optimale (à 1) et un potentiel de journées substituables optimisé, un capacitaire de 87 lits suffirait à assumer l'activité du pôle.

Mais ce calcul ne saurait être suffisant pour opérer un arbitrage : en effet, ce dernier ne tient pas compte des évolutions de file active de certaines spécialités, ni des cadres RH minimums requis. Il permet cependant de réajuster à la baisse les disciplines médicales enregistrant une modification de leur activité : ainsi, le programme capacitaire d'oncologie comprend à la fois des lits conventionnels et des places de jour. Or si l'activité conventionnelle semble justifier une importante réduction du nombre de lits, à l'inverse, l'activité enregistrée en hôpital de jour se développe au delà des capacités actuelles. Il ne s'agit donc pas pour le pôle médecine de réduire son capacitaire global mais bel et bien d'opérer une nouvelle modélisation de ses capacités davantage en adéquation avec les évolutions d'activité constatées. Ceci témoigne du lien étroit devant exister entre capacités et activités. A l'inverse, ce calcul permet aussi de projeter le nombre de lits nécessaires à certaines activités en croissance comme la neurologie générale pour laquelle l'analyse de l'activité au regard des capacités actuelles révèle un besoin de 7,8 lits contre 6 lits installés aujourd'hui.

Notons aussi que la gestion des hébergements des patients âgés polypathologiques est en elle-même une variable d'analyse indispensable à prendre en compte pour l'optimisation de la gestion des activités. En effet leur prise en charge médicale se traduit très souvent par une admission en court séjour gériatrique alors que l'épisode aigu les ayant conduits aux urgences n'est pas uniquement lié à leur âge ; et alors même que ce secteur connaît une saturation de ses capacités d'accueil. Par ailleurs, les modalités de leur sortie imposent une réelle coordination entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et médecine de ville. En effet, les partenaires extérieurs à l'hôpital, qu'il s'agisse de professionnels libéraux, d'entreprises de services à la personne ou d'établissements médico-sociaux ont aussi un rôle clé pour favoriser la fluidité des parcours.

L'hôpital s'inscrit donc dans un parcours de santé global, et à ce titre, il doit susciter l'articulation des différents acteurs autour de la prise en charge hospitalière. Ce rôle de coordination des parcours sera sans doute un des enjeux majeurs auxquels les établissements de santé devront répondre au cours des dix prochaines années. Cette articulation des acteurs du champ sanitaire et médico-social aura, sans nul doute, un impact direct sur les programmes capacitaires hospitaliers.

Conclusion

Comme « il faut savoir terminer une grève », il faut aussi savoir se résoudre à terminer l'ouvrage. Quand bien même celui-ci, de par son périmètre de réflexion, de par le calendrier des réformes à mettre en œuvre, ne fait que commencer.

Analyser les flux des usagers du service public de santé et plus particulièrement ceux d'une structure telle que le CH d'Arras est un chantier en constante construction – reconstruction. Les perspectives capacitaires d'aujourd'hui s'éloignent de celles d'hier, ou au contraire, continuent d'y faire écho... Et au-delà d'un questionnement sur l'adéquation lits-ressources, c'est toute la stratégie de développement et de rayonnement de l'établissement qui est mesurée pour in fine, parvenir à l'optimiser.

L'hôpital a changé. Il doit perpétuellement adapter son cadre de fonctionnement aux besoins de santé et à ses variations en développant une vision prospective des moyens nécessaires pour continuer à assurer une offre de soins de qualité et accessible à tous. En terme de gestion des lits et des flux, ce constat impose un changement complet de paradigme et une souplesse d'organisation faisant nécessairement évoluer la notion de « service de soins ». Ainsi à l'avenir, on peut s'attendre à ce qu'il ne s'agisse plus pour le patient d'aller dans le bon service mais bel et bien, à plusieurs médecins de spécialités différentes de venir à son chevet dans un service désormais « dématérialisé ».

Positionner le patient au cœur de nos organisations, c'est savoir remettre en question nos pratiques. Savoir remettre en question nos pratiques, c'est aussi donner les moyens à l'hôpital public de se restructurer pour dégager les marges de manœuvre dont il a besoin. L'amélioration de la gestion des lits est un processus multifactoriel où de multiples petites victoires (amélioration des sorties avant 12h, anticipation de la date prévisionnelle de sortie...) permettront de développer ces marges de manœuvre. Pour réussir ce projet structurant, l'adhésion et l'implication des professionnels de santé sont déterminantes.

Au cours de ce travail d'analyse, la plus grande satisfaction pour moi a été d'ailleurs de constater la mobilisation des professionnels de santé autour de la rénovation de leur « outil de travail ». Cette adhésion – certes pas unanime, mais du moins majoritaire – est le reflet de l'appropriation par les équipes de soins des défis auquel les établissements de santé sont confrontés. Et il nous revient, en tant que directeur d'hôpital, de promouvoir le concours de chacun et de tous pour relever ces immenses défis.

Bibliographie

Articles grand public

- F. BEGUIN, 9 avril 2013, « Des gestionnaires de lits pour sauver les urgences », in Le Monde

Internet

- A. DRIVET, Gestion des lits... ou gestion du patient ? (visité le 15 mai 2014) disponible sur internet : <http://santesocialklub.com/2012/02/01/gestion-des-lits-ou-gestion-du-patient/#sthash.hb3AtcE0.dpuf>

Articles de périodiques spécialisés

- A. ALAMI, J. BOUCHARA, J-P. LAJONCHERE, mai 2013, « Gestion prévisionnelle des entrées et sorties : une nouvelle approche de la gestion des lits », numéro 526, Gestion Hospitalière, page 279 à 285
- E. BICHER, M. CREMADEZ, juillet-août 2012, « Du séjour au parcours, les fondamentaux de la gestion des flux, numéro 547, Revue Hospitalière de France, page 46 à 49
- B. BOISGUERIN, H. VALDELIEVRE, juillet 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », numéro 889, Etudes et rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 8 pages
- P. CAMPOMINOSI, février 2013, « Le Bed manager et le concierge au clé d'or », numéro 63, Journal Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi
- D. COMBES-MICHAUD Emmanuelle, avril 2013, « Gestion des lits, retours d'expérience », Publication ANAP, 52 pages

- Collectif, février 2010, « Piloter l'activité, mesurer l'efficacité », Publication ANAP, 82 pages
- Collectif, avril 2008, « La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences » MeaH, 128 pages
- P. FRANCOIS, 2 mai 2013, « Le management des hôpitaux publics en question », in Publication IFRAP (institut français pour la recherche sur les administrations)
- D. GUIKGOT, octobre 2013, « Gestion des lits : les leviers de l'optimisation », DSIH Systèmes d'Information Hospitaliers, page 44 à 46
- J. KEUNEBROEK, B. MASCLET, N. VERGNAUD, septembre-octobre 2013, « Vers une gestion efficace des lits hospitaliers », numéro 554, Revue Hospitalière de France, page 54 à 57
- REPERES, janvier-février 2014, « La gestion des lits en hôpital : un véritable enjeu pour les établissements de santé », numéro 07, Journal d'information SHAM, page 6 à 11
- RESURCA, Réseau des Urgences de Champagne Ardenne, Décembre 2013, « Recommandations Hôpital en tension », 13 pages

Rapport

- Dr P. ABALLEA, P. LEGRAND, A. VANNESTE, D. BANQUY, P. PAINAULT, Rapport IGAS-IGF, « Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, Annexe 4 : Evolution dans le temps des outils de régulation et financement : l'abandon des limitations capacitaires », mars 2013, page 21 à 30

Ressources institutionnelles

- CH Arras, Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012-2017
- CH Arras, Projet d'établissement du Centre Hospitalier d'Arras 2013-2017

Liste des annexes

Annexe 1 : fiche technique Gastro-Entérologie

Annexe 2 : copie d'écran de l'agenda d'un praticien

Annexe 3 : fiche de liaison de planification de bloc

Annexe 4 : indicateurs nombre de passages aux urgences

Annexe 5 : dénombrement graphique des lits – logiciel CLINICOM

Annexe 6 et 7 : taux d'occupation du pôle médecine

Annexe 8 : ordonnancement du parcours patient

Annexe 9 : capacités en lits et places des établissements de santé par secteur

Annexe 10 : recueil des lits « physiquement installés »

Annexe 11 : fiche de programmation de médecine

Annexe 12 : organigrammes décisionnels – Hôpital en Tension

Annexe 13 : graphique de répartition des raisons bloquant la sortie du patient avant 12h

Annexe 14 : check-liste de sortie

Annexe 15 : volume de séjours inférieurs ou égaux à 5 nuits par spécialité

Annexe 16 : indicateurs pour une réflexion sur le capacitaire du pôle Médecine

JUAN

Emmanuelle

<Décembre 2014>

FILIERE DH

Promotion 2013-2015

Gestion des flux d'entrée programmées et non programmées : levier de performance organisationnelle et financière des établissements de santé

L'exemple du centre hospitalier d'Arras

Résumé :

L'optimisation de la gestion des lits constitue un enjeu stratégique majeur pour les établissements de santé.

Un plan d'actions est en cours au sein du CH d'Arras afin de mieux utiliser la ressource lit. Il s'articule autour de deux réflexions complémentaires : l'un axé sur la fluidification du processus de prise en charge, l'autre plus structurel et porte sur le juste dimensionnement des modes et des capacités d'hospitalisation.

Mots clés :

Capacité en lits, programme capacitaire, gestion des flux, flux programmés, flux non-programmés, bed manager, cellule d'ordonnancement

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.

GASTRO-ENTEROLOGIE

SECRETARIAT : **41370 - 41371**

DR JANICKI : **41373**

DR FOUTREIN : **41368**

DR OURAGHI : **41369**

DR GHANNOUM : **61967**

PCI : **43361- 43362**

POUR TOUT RENDEZ-VOUS :

- **AUCUN DOUBLON : SI RDV URGENT OU COMPLEXE TRANSFERER DIRECTEMENT AU SECRETARIAT.**
- **VERIFIER SUIVI ET SI DEJA RDV.**
- **TOUJOURS AVEC LE MEME MEDECIN**
- **SI 1^{er} RDV : MOTIF RDV MEDECIN TRAITANT + NOS INITIALES**
- **SI PATIENT CONNU : CONNU + NOS INITIALES.**
- **POUR ANNULATION DE RDV : **NOTER LE MOTIF****

Pour les demandes de RDV FOGD : proposer au patient un RDV directement au bloc endoscopique sans anesthésie (avec courrier du MT) afin de libérer des places en CS, de même que pour les RDV PROCTO (hémorroïdes)

JOURS ET HORAIRES DES CONSULTATIONS MEDICALES

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Dr JANICKI			14H – 15H45		14H30 – 16H00
Dr FOUTREIN		14H15 – 15H45			14H30 – 16H00
DR OURAGHI	14H30 – 16H00 En priorité CS de suivi	14h30 – 15h15 En priorité 1 ^{ère} fois			
DR GHANNOUM				14H30 – 15H45	

Annexe 3

Date du jour :

Nom du Chirurgien :

 PrivéType d'intervention à prévoir (+ code CCAM) :-
- Diagnostic :

Côté : Gauche Droit
 Intervention septique oui non
 Questionnaire C. J OK oui

Patient allergique oui non
 Type d'allergie : latex Iode autre
 Médicamenteuse

Mode d'entrée : La veille le matin à jeun quelques jours avant déjà hospitalisé
 Durée prévisionnelle d'hospitalisation jours / nuits
 Service d'hospitalisation : HDJ
 Hospitalisation conventionnelle
 Patient sous tutelle Oui Patient sous curatelle Oui
 Présence du père si césarienne Cs d'annonce IDE

Date d'intervention envisagée :Durée d'intervention prévue :

Type d'anesthésie souhaité AL AG ou ALR Aucune

Consignes pré-op : *sondage urinaire* à demeure évacuateur
 dans le service au bloc
 préparation colique : - Fleet - Klean prep - Colopeg - Fortrans - Prépacol
 autres :

Consignes per-op :

Ampli Boîte main Table à bras
 Ligasure Boîte petit os Table orthopédique
 Ultracision Boîte grand os Décubitus ventral
 Colonne vidéo Matériel embrochage Décubitus latéral - Ghe - Dt
 Garrot Décubitus dorsal
 Matériel spécifique : Position ½ assise

Consignes post-op : Matériel d'immobilisation : attelle gilet coussin autre :
 Arthromoteur
 Ceinture abdominale Autres :

Orientation envisagée en fin d'intervention : UF d'origine USC Réanimation

Commentaires :

Projet de sortie du patient envisagé : RAD HAD Soins de suite Autre :

Signature du praticien :

Annexe 4

Indicateurs Nombre de passages aux urgences 2013-2014

oct-13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	134 124 107 138 133 164 113 129 129 112 133 123 99 118 113 115 115																																															
Nbr passages																																																
nov-13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	128 128 129 96 116 112 125 120 135 124 136 117 137 113 125 127 112 89 125 129 113 136 139 134 139 151 130 135 150 140																																															
Nbr passages																																																
déc-13	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	131 126 154 141 124 115 130 133 110 143 147 142 142 137 129 151 164 123 140 125 121 147 123 146 121 122 154 148 169 122 139																																															
Nbr passages																																																
janv-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	132 101 154 137 133 117 147 125 133 147 149 134 108 136 138 119 136 132 155 108 162 135 132 161 146 128 120 173 127 137 157																																															
Nbr passages																																																
févr-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	133 113 115 163 123 127 156 153 125 119 155 135 157 158 149 144 118 164 123 146 150 173 124 118 163 111 121 131																																															
Nbr passages																																																
mars-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	130 119 101 132 122 119 133 134 144 121 150 143 133 168 152 146 148 164 131 131 115 150 129 117 138 146 130 135 138 137 128																																															
Nbr passages																																																
avr-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	161 167 131 165 146 149 140 154 125 148 172 156 162 154 157 137 138 170 164 136 145 127 155 161 147 125 133 125 167 136																																															
Nbr passages																																																
mai-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	128 123 165 146 127 135 111 129 127 150 131 108 155 132 129 148 143 139 140 167 122 136 136 159 134 135 143 125 128 123 145																																															
Nbr passages																																																
juin-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	136 112 158 126 113 140 131 159 174 164 183 158 147 138 123 107 146 150 130 134 145 125 148 176 117 120 137 164 166 144																																															
Nbr passages																																																
juil-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	147 137 154 127 160 162 143 144 150 118 147 139 134 141 143 154 118 134 129 165 149 152 132 143 156 133 117 151 147 137 118																																															
Nbr passages																																																
août-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	140 115 137 127 134 113 107 135 123 129 102 129 128 121 109 120 124 97 117 122 112 133 101 124 106 135 121 133 118 145 117																																															
Nbr passages																																																
sept-14	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																	
	111 124 113 123 116 130 143 150 129 134 97 149 158 124 114																																															
Nbr passages																																																

Dénombrement des lits
Impression du 29/09/2014 à 16:14:09

US	Description	Tx de remplissage	Tx occupation US	Lits disp.	Disp. à J+1	Disp. à J+2	Lits occupés	Nb patients dans US	Arriv. J	Arriv. J+1	Arriv. J+2	Lits	Lits indis.	Motifs indis.
2800	HBGT-POLYVALENT-VASCULAIRE	67 71		8	6	4	17 17		0	2	2	25	1	1 TRAVAUX
2801	HBGT-URO-VICERAL	68 68		8	6	3	16 16		1	2	3	25	0	
5101	HBGT-BOLLE	99 96 (100)		1	1	1	66 67 (+3 Dép.)		3	0	0	70	0	
5104	HBGT-BOLLE-UVA	100 100		0	0	0	9 10		1	0	0	12	2	2 NONOU
5150	HBGT-DAINVILLE-RDJ	100 96 (100)		0	0	0	27 26 (+1 Dép.)		0	0	0	27	0	
5151	HBGT-DAINVILLE-1ER	100 98 (100)		0	0	0	52 51 (+1 Dép.)		2	0	0	54	0	
5152	HBGT-DAINVILLE-2EME	98 96 (98)		1	1	1	53 52 (+1 Dép.)		0	0	0	54	0	
5154	HBGT-DAINVILLE-UVA	100 100		0	0	0	15 15		0	0	0	15	0	
5201	HBGT-BRUNET-1ER	100 100		0	0	0	69 69		0	0	0	69	0	
5202	HBGT-BRUNET-2EME	97 97		2	2	2	66 67		1	0	0	69	0	
5203	HBGT-BRUNET-3EME	99 99		1	1	1	68 69		1	0	0	70	0	
5204	HBGT-BRUNET-UVA	93 93		1	1	1	14 14		0	0	0	15	0	
CARDIO	CARDIOLOGIE	75 75		6	3	1	17 17		1	3	2	24	0	
CSG	COURT SEJOUR GERIATRIQUE	100 100		0	0	0	26 26		0	0	0	26	0	
CSPA	CENTRE SOINS PSY POUR ADOLESC	100 100		0	0	0	6 6		1	0	0	8	1	1 ISO
DIABETO	DIABETO ENDOCRINO	83 83		1	1	2	5 5		0	0	0	6	0	
GASTRO	GASTRO-ENTEROLOGIE	88 88		3	4	3	21 21		0	0	1	24	0	
HDJ	HDJ CHIRURGIE	79 79		4	-10	-18	14 14		1	14	8	19	0	
HDJM	HDJ MEDECINE	93 93		1	-18	-41	12 14		2	19	23	15	0	
HDSM	HDS MEDECINE	87 87		2	-2	-4	13 13		0	4	2	15	0	
HEMATO	HEMATOLOGIE	114 114		-2	-16	-28	12 15		4	14	12	14	0	
MAROEUIL	MAROEUIL	175 167		-9	-9	-9	11 18		10	0	0	12	0	

US	Description	Tx de remplissage	Tx occupation US	Lits disp.	Disp. à J+1	Disp. à J+2	Lits occupés	Nb patients dans US	Arriv. J	Arriv. J+1	Arriv. J+2	Lits	Lits indis.	Morts indis.
MEDNN	MED NEONATALE	91 91		3	3	3	25 29		4	0	0	32	0	
MEDPOLY	MEDECINE POLYVALENTE	100 100		0	1	6	16 16		0	0	0	16	0	
NEPHRO	NEPHROLOGIE	100 100		0	1	2	5 5		0	0	0	5	0	
NEURO	NEUROLOGIE	100 100		0	0	0	6 6		0	0	0	6	0	
ONCO	ONCOLOGIE	60 60		4	-3	-10	6 6		0	7	7	10	0	
PEDIA	PEDIATRIE	63 63		11	10	7	18 19		1	1	3	30	0	
PERGAUD	PERGAUD			0	0	0	0 0		0	0	0	0	0	
PLACEFAM	FAMILLE ACCUEIL THERAPEUTIQUE			0	0	0	0 9		9	0	0	0	0	
PNEUMO	PNEUMOLOGIE	82 82		5	0	-5	19 19		4	5	5	28	0	
PSY-CAC	PSY-CORBAZ-CAC-HC	57 57		3	3	3	3 3		1	0	0	8	1	1 TRAVAUX
PSY0APN	PSY-CORBAZ-URPS	96 88 (96)		1	1	1	23 21 (+2 Perm.)		0	0	0	24	0	
PSY3ACC	PSY-CORBAZ-USAP-HC	100 92 (100)		0	0	-1	26 24 (+2 Perm.)		0	0	1	27	1	1 TRAVAUX
PSY3SA	PSY-CORBAZ-SA	100 100		0	0	0	27 27		0	0	0	30	3	2 ISOTHE, 1 TRAVAUX
PSYUPR	PSY-CORBAZ-UPR	100 95 (100)		0	0	0	20 19 (+1 Perm.)		0	0	0	20	0	
REA	REANIMATION	80 80		2	2	2	8 8		0	0	0	10	0	
SAUMON	PSY SUD HJ SAUMON			0	0	0	0 11		11	0	0	0	0	
SDNGHR	MATERNITE	64 64		16	16	15	28 29		1	0	1	45	0	
SSR	SSR	97 97		1	1	1	33 34		1	0	0	35	0	
TRAUMATO	ORTHOPEDE-TRAUMATOLOGIE	65 70		7	3	1	14 14		0	4	2	20	0	
UNV	UNITE NEUROVASCULAIRE	83 83		2	2	2	10 10		0	0	0	12	0	
URGENCES	HOSPITALISATION AUX URGENCES			0	0	0	0 4		6	0	0	0	0	

Dénombrement des lits
 Impression du 29/09/2014 à 16:14:09

US	Description	Tx de remplissage	Tx occupation US	Lits disp.	Disp. à J+1	Disp. à J+2	Lits occupés	Nb patients dans US	Arriv. J	Arriv. J+1	Arriv. J+2	Lits	Lits indis.	Motifs indis.
USC	SURVEILLANCE CONTINUE	73 73		4	4	4	11 11		0	0	0	15	0	
USIC	USIC	67 67		2	2	2	4 4		0	0	0	6	0	
USINV	USINV SI neuro vasculaire	20 20		4	4	4	1 1		0	0	0	5	0	

Annexe 6

Taux d'occupation calculé sur la base des jours PMSI PÔLE MEDECINE de janvier à juin 2014

US	Lits et places installés		Nb de jours réalisables		Nb de jours réalisés		TO (Dir fi)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
DIABETO ENDOCRINO	6	6	1086	1086	946	950	87,1	87,5
GASTRO-ENTEROLOGIE	24	24	4344	4344	4098	4019	94,3	92,5
HEMATOLOGIE HC	7	7	1267	1267	715	872	56,4	68,8
HEMATO HJ	7	7	861	861	1259	1293	146,2	150,2
HOPITAL DE JOUR1	12	12	1476	1476	1900	2006	128,7	135,9
HOPITAL DE JOUR2		15		1845				0,0
HOSPITALISATION PROGRAMMEE MED	15	15	1845	1845	958	996	51,9	54,0
ONCOLOGIE HC	7	7	1267	1267	103	159	8,1	12,5
ONCOLOGIE HJ	3	3	369	369	662	1037	179,4	281,0
PNEUMOLOGIE HC	23	23	4163	4163	3590	3734	86,2	89,7
PNEUMOLOGIE HN	5	5	515	515	290	355	56,3	68,9
UNITE NEURO VASCULAIRE 1	7	12	406	2172	1666	2001	88,5	92,1
UNITE NEURO VASCULAIRE 2	12		1476					
USINV 1	3	5	174	905	635	635	80,5	70,2
USINV 2	5		615					
NEUROLOGIE1	17	6	986	1086	1189	1216	64,4	112,0
NEUROLOGIE2	7		861					
MEDECINE POLYVALENTE	17	16	3077	2896	2728	2671	88,7	92,2
NEPHROLOGIE	5	5	905	905	697	797	77,0	88,1
total	182	168	25693	27002	21436	22741	83,4	84,2

nb lits HC

126

	janv juin 2013	janv juin 2014	du 01/01/13 au 27/02/13	du 28/02/2013 au 31/06/2013
nb de jours	181	181	58	123
nb de jours ouvrés	123	123	41	82
nb de nuits du lu / ma / mer / je hors jours fériés	103	103		

DIALYSE
UDM

5473
782

5895
937

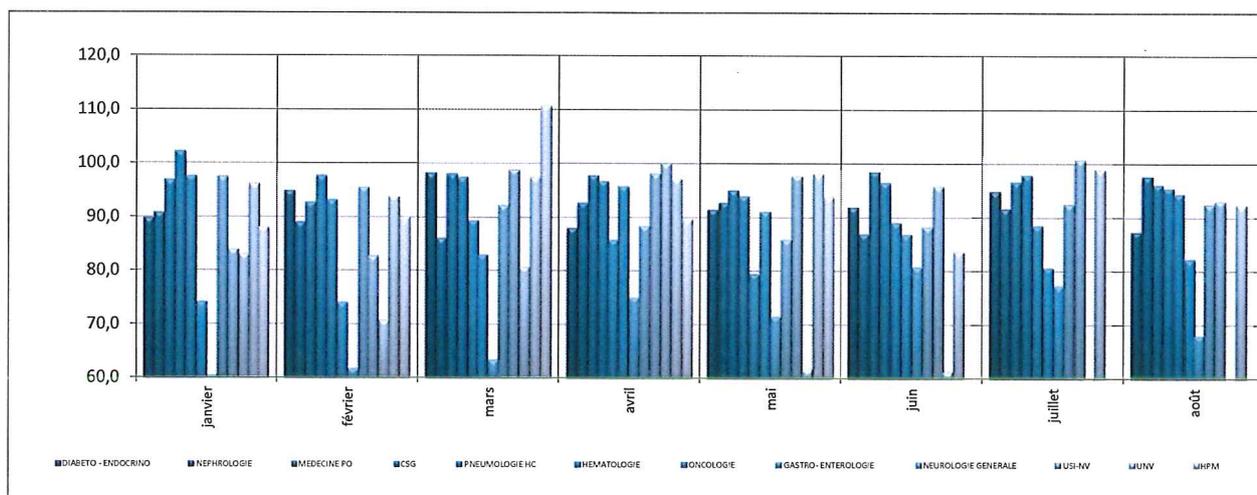
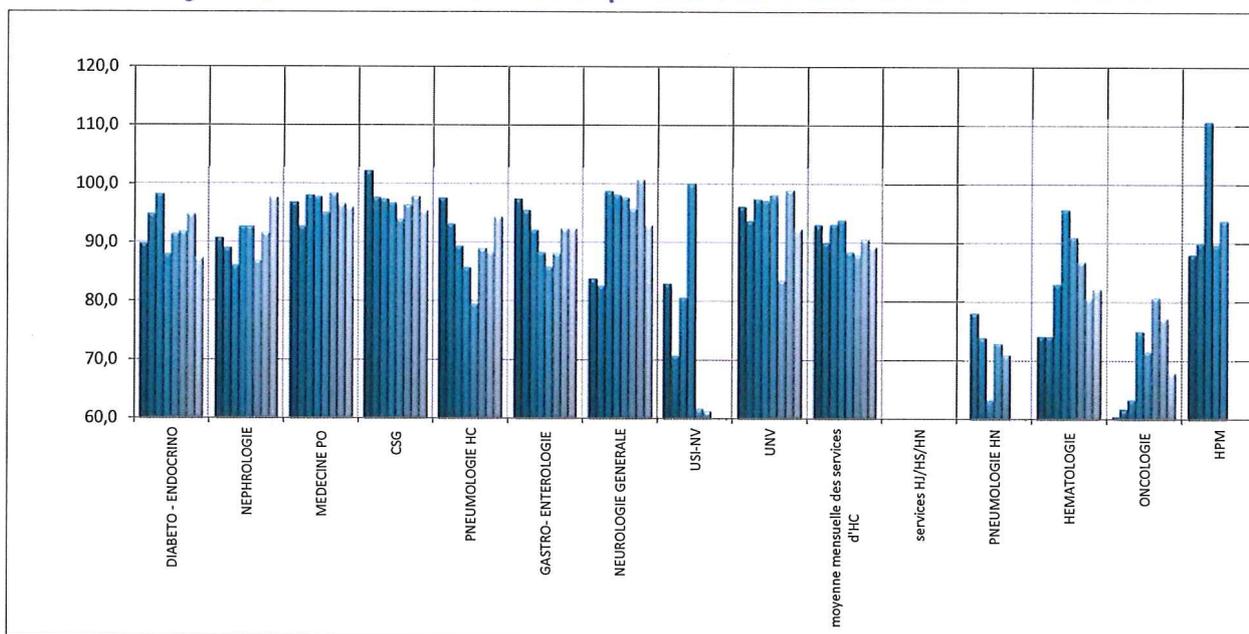
Annexe 7

synthèse des taux d'occupation du pôle Médecine - 2014

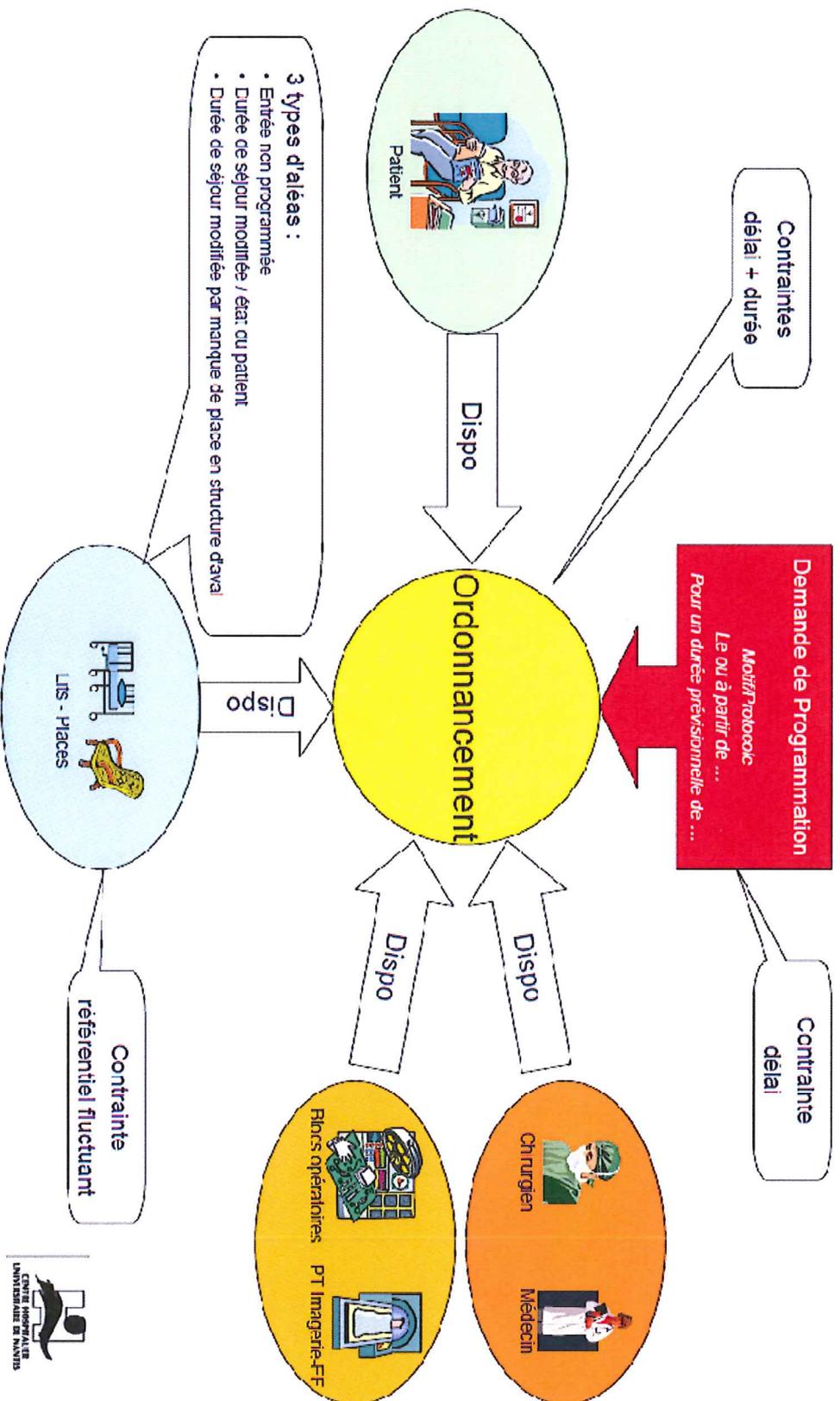
Saisie des Cadres de santé

services HC		Nb lits	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	moyenne / service
DIABETO - ENDOCRINO	6	89,8	94,8	98,2	88,0	91,4	91,9	94,8	87,3	92,0	
NEPHROLOGIE	5	90,8	89,0	86,0	92,7	92,7	86,9	91,6	97,6	90,9	
MEDECINE PO	16	96,8	92,7	98,1	97,8	95,0	98,4	96,6	96,0	96,4	
CSG	26	102,2	97,7	97,4	96,7	93,9	96,4	97,8	95,4	97,2	
PNEUMOLOGIE HC	23	97,5	93,2	89,3	85,7	79,5	89,0	88,5	94,3	89,6	
GASTRO- ENTEROLOGIE	24	97,4	95,5	92,2	88,3	85,8	88,1	92,4	92,4	91,5	
NEUROLOGIE GENERALE	6	83,9	82,7	98,7	98,1	97,7	95,7	100,7	93,0	93,8	
USI-NV	5	83,0	70,7	80,6	100,0	61,7	61,3	54,0	55,5	70,9	
UNV	12	96,1	93,8	97,4	97,1	98,1	83,6	98,9	92,3	94,7	
moyenne mensuelle des services d'HC			93,1	90,0	93,1	93,8	88,4	87,9	90,6	89,3	90,8
services HJ/HS/HN											
PNEUMOLOGIE HN	5		78,1	73,9	63,2	72,9	71,0	50,9	35,2	63,6	
HEMATOLOGIE	7	74,1	74,1	83,0	95,7	91,0	86,8	80,6	82,2	83,4	
ONCOLOGIE	3	60,5	61,8	63,3	75,0	71,5	80,8	77,3	68,0	69,8	
HPM	15+12	88,0	89,9	110,7	89,7	93,9				94,4	
HPSM	15						75,1	66,9	76,0	72,7	
HPJM	15						99,4	67,1	71,3	79,3	
moyenne mensuelle des services d'HJ/HS/HN			74,2	76,0	82,7	80,9	82,3	82,6	68,6	66,5	77,2

Objectif ANAP : taux d'occupation de Médecine HC --> 90 %

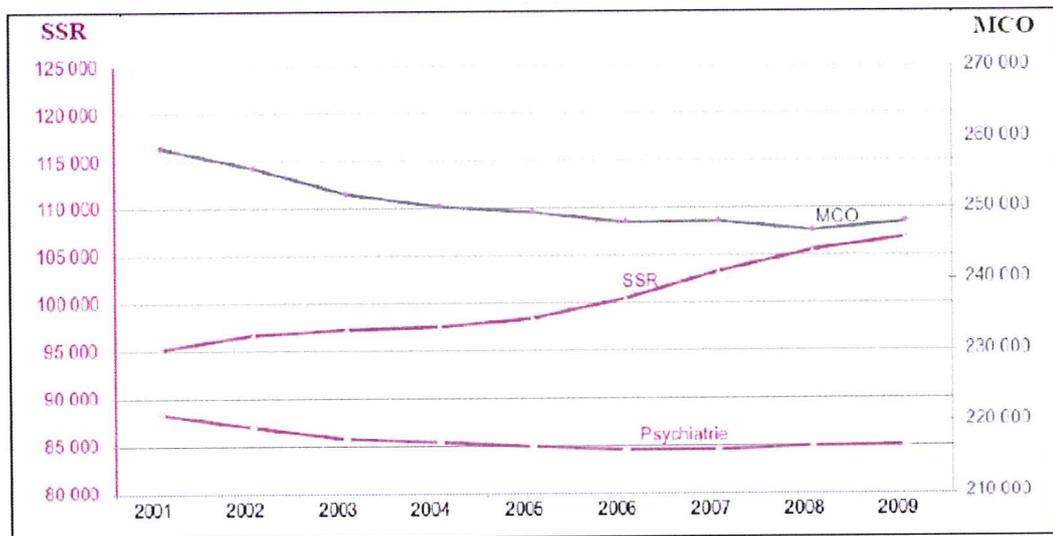


Ordonnancement du parcours du patient



Annexe 9

Tableau 1 : Capacités en lits en places des établissements de santé par secteur



Source : DREES

Pôle clinique	Service	Lits et places autorisés ARS	Lits et places validés DG	Lits et places installés (Lits et places validés + lits tampons)	Lits et places dans Clinicom	Capacités d'accueil supplémentaires possibles
Chirurgie	Vasculaire Gynéco		25 (10HC+15 HS)	25	25	1 chambre mixte au 2301 (1 seule prise de fluide)
	Uro Viscéral		25 (10HC+15 HS)	25	25	1 chambre mixte au 2411 (1 seule prise de fluide)
	Chirurgie ambulatoire		19 (17+2 orthogénie)	19	19	2 chambres mixtes au 2503 et 2505 (1 seule prise de fluide)
	Ortho Traumato		20	20	20	0
Médecine	SSR		34 (24 SSR et 10 UCC)	34 + 1 tampon en doublant la ch 4205	35	4 chambres mixtes au 4207,4201,4113,4115 (En UCC, CH 4208 utilisée en bureau)
	CSG		26	26	26	0
	Diabète endocriné		6	6	6	2 chambres mixtes au 3403 et 3405
	Gastro-entérologie		24	24	24	1 chambre mixte au 3213
	HDJ Médecine		15	15 + 4 à 6 places supp en installant des fauteuils Ch 0101, 0103, 0118	15 + 1 (ch 0105)	
	HDS Médecine		15	15 + 1 tampon au 2110	15 + 1	1 salle d'attente au 2107, Staff médical au 2109, Bureau éducation thérapeutique au 2113
	Hématologie		14 (7HC+7HJ)	14 + 2 fauteuils au 3122 et 3124	14	2 chambres mixtes au 3101 et 3103
	Médecine polyvalente		16	16	16	0
	Néphrologie		5 (4 + 1DP)	5	5	0
	Neurologie		6	6	6	0
	Oncologie		10 (7+3)	10 + 4 places en doublant les chambres 3201, 3203, 3205, 3207	10	2 chambres mixtes au 3105 et 3107
	Pneumologie		28 (23HC+5polysomno)	28	28	3 chambres doubles utilisées en chambre simple (3511,3513, 3509) 3502 utilisée en bureau, 3504 et 3508 non ouvertes, 3510 bureau équipe mobile de soins palliatifs
	Dialyse	18 + 2				
UNV		12	12	12 Voir 2928 et 2930	1 salle stockage matériel avec prises de fluide pour test des respirateurs	
USI/ USINV		5	5	5	0	
Mère/Enfant	Néonate	32 (8 réa, 11 SI, 13 méd)	32	32 + 3 tampons	32 + 3 (8 réa, 10SI, 14 méd, 3 tampons)	Possibilité de doubler 5 chambres de soins continus
	Pédiatrie	4 USC	30 (18HC+4USC+2UHCD+6HJ)	30 + 6 en doublant les chambres	30	
	Maternité		45	45 + 3 tampons (Ch1299x2, Ch 1297)	45 + 3 tampons + 4 kangourou + 8 bloc obs	
Soins critiques	Cardiologie		24	24	24	1 chambre mixte utilisée en salle d'attente Ch 2601
	Réanimation	15	10	10	10	5 lits
	USC	10	10	10	10	0
	UHCD		3	3	3	0
	Détenus		2	2	2	0
	USIC		6	6	6	0

Lits et places installés = Lits validés par la DG + lits tampons inclus dans l'organisation du service

Annexe 11

Date du jour :

Nom du Praticien :

 Privé

Service ou spécialité prévus :

Allergies :

 oui non

Type :

Téléphone patient :Diagnostic :Motif d'hospitalisation :Installation patient : Lit / FauteuilMode d'entrée : La veille Le matin à jeun Déjà hospitaliséService d'hospitalisation : HDJM HDSM HN HC

Durée prévisionnelle d'hospitalisation :

Jours / nuits

Patient sous tutelle

 Oui NonDate d'hospitalisation envisagée :Cure : Oui Non

Durée prévisionnelle :

PARTIE PARAMEDICALE : Initiales :

Date et heure programmée :Consignes avant hospitalisation :

Partie médicale	Partie paramédicale		
	DATE	HEURE	Bon Fait Initiales
PRESCRIPTIONS MEDICALES			

Orientation envisagée en fin d'hospitalisation programmée : UF d'origine AutresProjet de sortie du patient envisagé : RAD HAD Soins de suite Autre :**Signature du praticien :**

Etiquette Patient

Préadmission faite : oui non

Par : _____

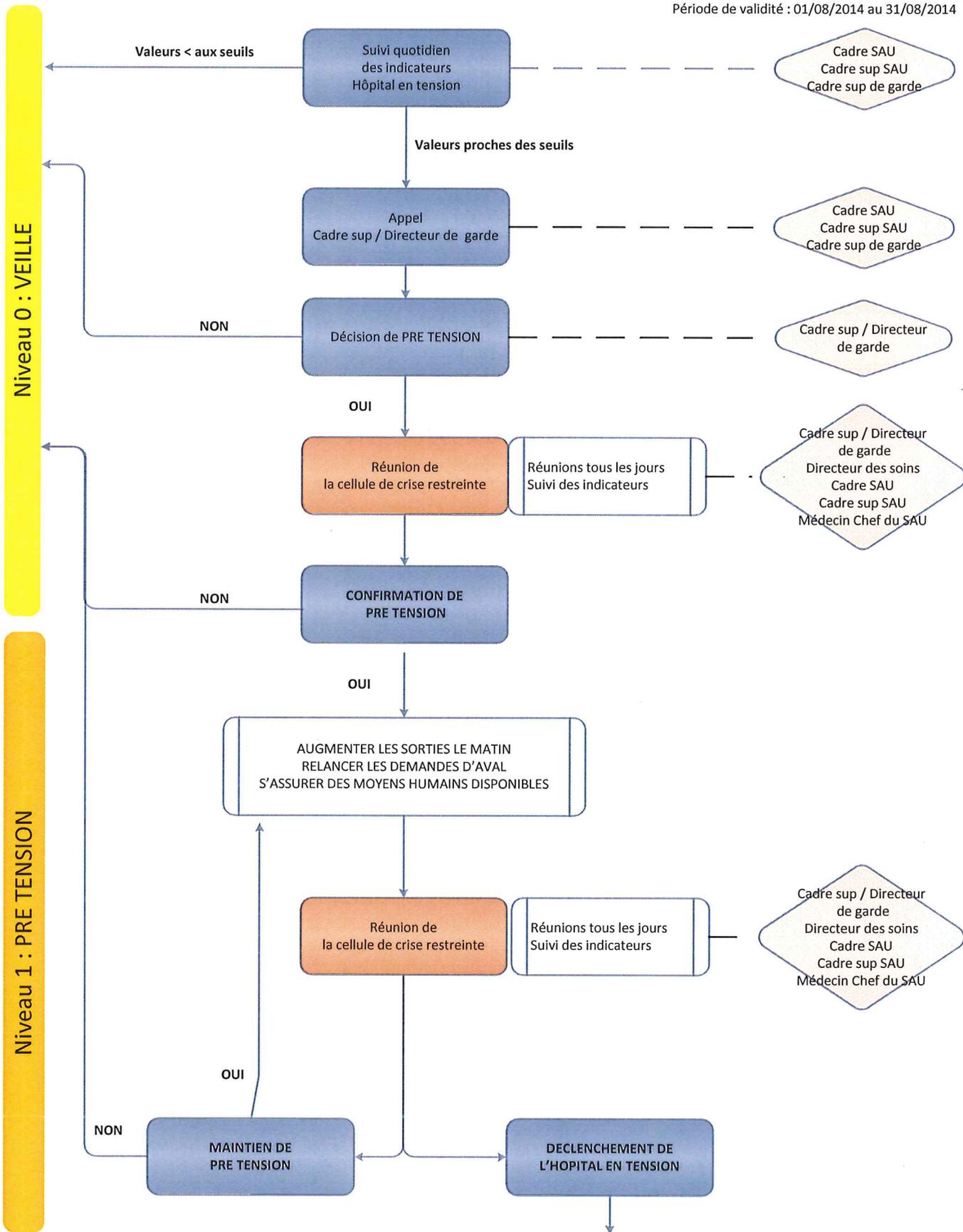
Partie médicale	Partie paramédicale		Partie médicale	Partie paramédicale	
PRESCRIPTIONS MEDICALES BIOLOGIE	Date et Heure	Bon Fait + Initiales	PRESCRIPTIONS MEDICALES PARACLINIQUES	Date et Heure	Bon Fait + Initiales
<input type="checkbox"/> Ionogramme Sanguin			<input type="checkbox"/> ECG		
<input type="checkbox"/> Trans – Gamma GT – CPK			<input type="checkbox"/> Thorax F/P		
<input type="checkbox"/> Bilan hépatique			<input type="checkbox"/> Rx :.....		
<input type="checkbox"/> Chol – Trigly – HDL			<input type="checkbox"/> Echo Abdominale		
<input type="checkbox"/> Hba1c			<input type="checkbox"/> Echo Rénale		
<input type="checkbox"/> Fer sérique			<input type="checkbox"/> Echodoppler Artères Rénales		
<input type="checkbox"/> PSA			<input type="checkbox"/> Echo Thyroïde		
<input type="checkbox"/> CRP			<input type="checkbox"/> Echo Cardiaque		
<input type="checkbox"/> NF – Plaquettes			<input type="checkbox"/> Scanner sans injection		
<input type="checkbox"/> TP – TCA			<input type="checkbox"/> Scanner avec injection		
<input type="checkbox"/> INR			<input type="checkbox"/> IRM sans injection		
<input type="checkbox"/> Fibrinogène			<input type="checkbox"/> IRM avec injection		
<input type="checkbox"/> Acide urique			<input type="checkbox"/> Cons Cardio		
<input type="checkbox"/> Amylase			<input type="checkbox"/> Echo doppler MI		
<input type="checkbox"/> Lipase			<input type="checkbox"/> Echo doppler TSA		
<input type="checkbox"/> TSH			<input type="checkbox"/> Holter ECG		
<input type="checkbox"/> Gazométrie			<input type="checkbox"/> Holter TA		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Epreuve d'Effort		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Fibroscopie Bronchique		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Fibroscopie Gastrique		
Biologie Urinaire			<input type="checkbox"/> Coloscopie		
<input type="checkbox"/> Micro albuminurie			<input type="checkbox"/> Scintigraphie		
<input type="checkbox"/> Protéinurie			<input type="checkbox"/> EEG		
<input type="checkbox"/> Iono Urinaire			<input type="checkbox"/> Test de marche		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Autre :		

Signature du praticien :

Annexe 12

Procédure relative à la période de veille et de pré-tension

CH ARRAS
 MAJ : 10/07/2014
 Période de validité : 01/08/2014 au 31/08/2014



Cf. Procédure Hôpital en tension

Procédure relative à l'Hôpital en tension

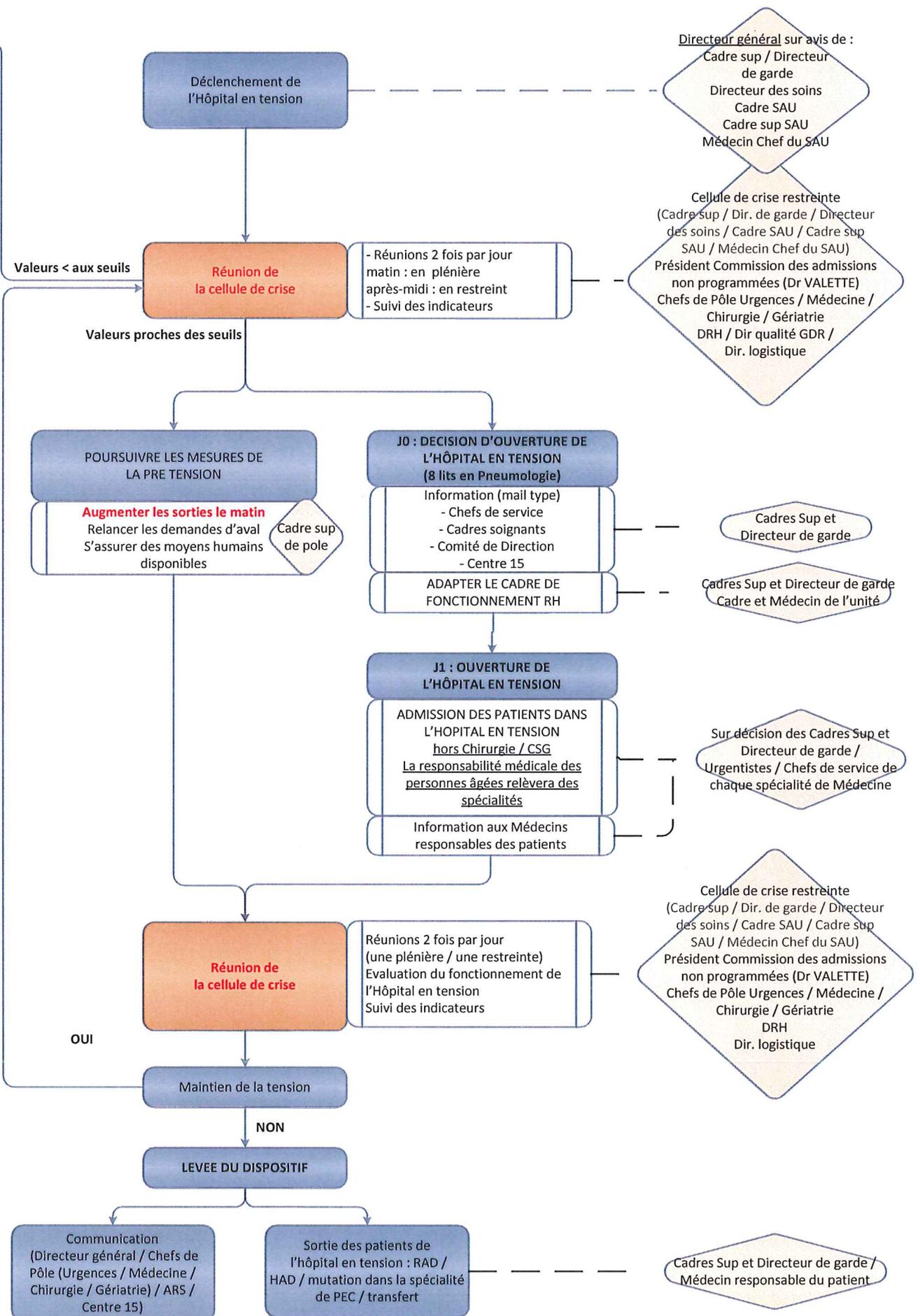
CH ARRAS

V2 - MAJ : 17/07/2014

Période de validité : 01/08/2014 au 31/08/2014

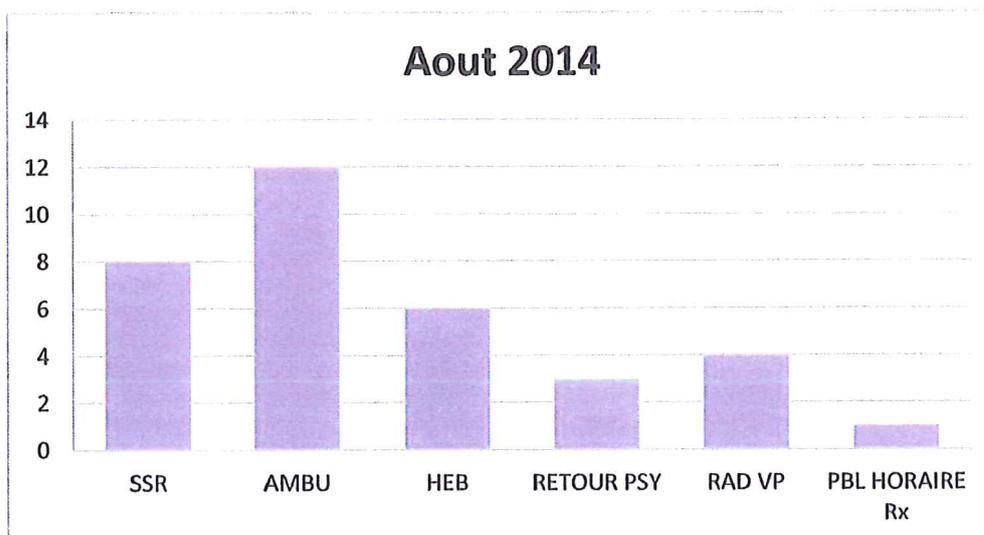
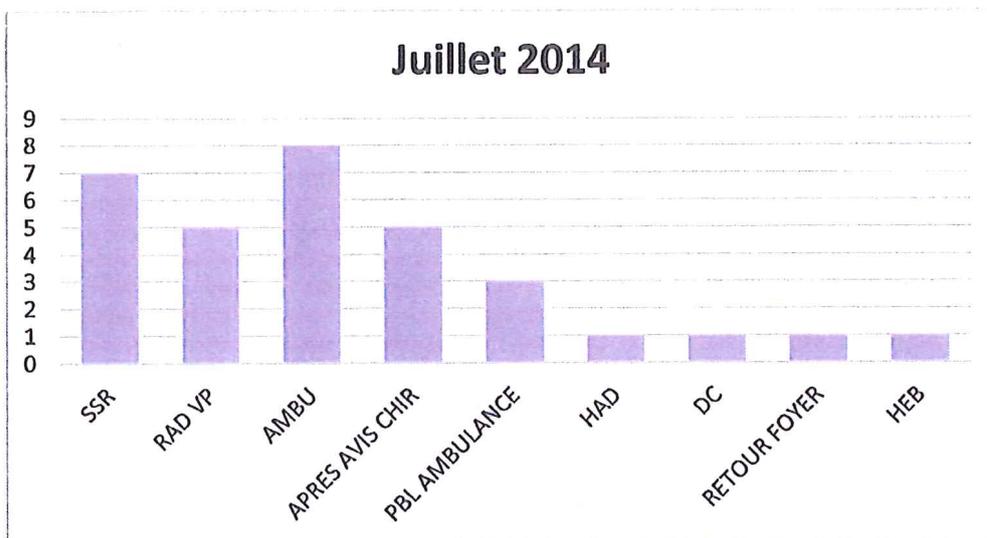
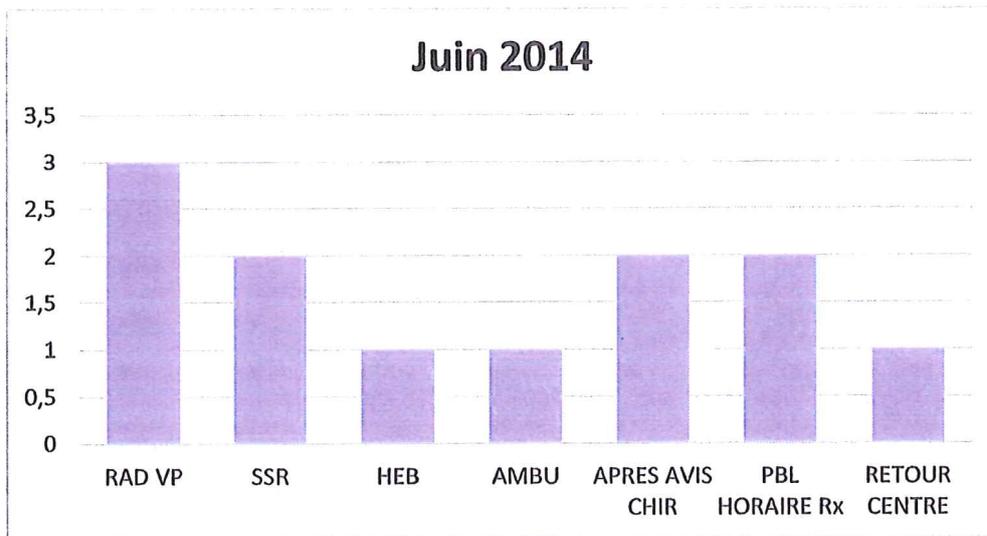
Niveau 1 : PRE TENSION

Niveau 2 : HOPITAL EN TENSION



* Les professionnels cités pourront être représentés en cas d'indisponibilité

Annexe 13



RAD VP = retour à domicile, voiture personnelle
 HEB = hébergement dans un autre service
 Rx = problématique réseau horaire radio pas respecté
 Retour centre = prise en charge médico-sociale
 SSR = soins de suite et de réadaptation
 Ambu = retour par ambulance
 Après avis chir = sortie après avis chirurgien

Annexe 14



Etiquette patient

Check-liste de sortie

Veille de la sortie	Nom du soignant : Date / heure :
<input type="checkbox"/> Famille prévenue	
<input type="checkbox"/> Ordonnances faites	
<input type="checkbox"/> <u>Secrétariat prévenu des sorties du lendemain :</u>	
<input type="checkbox"/> Courrier de sortie	
<input type="checkbox"/> Ambulance prévenue la veille	
<input type="checkbox"/> Bon d'ambulance	
<input type="checkbox"/> <u>Si transfert dans une autre structure :</u>	
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison	
<input type="checkbox"/> Sortie négocié avant 11h30	
<input type="checkbox"/> Mail envoyé au service transport/brancardier	
<input type="checkbox"/> Préparation de sortie enregistrée sur la gestion graphique	
Jour de la sortie	
<input type="checkbox"/> Bulletin de situation	
<input type="checkbox"/> Courrier médical et ordonnances remis au patient	
<input type="checkbox"/> Classement du dossier	

<input type="checkbox"/> Sortie faite sur la gestion graphique	
Exceptions	
<input type="checkbox"/> En cas de rapatriement idem mais lui remettre les radiographies	
<input type="checkbox"/>	

SEJOURS SERVICE MEDICINE SUBSTITUABLES EN HDJ HDS

Nombre de NUM SEJOUR	DUREE MVT					Total général
	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	
LIBELLE UNITE MVT						
DIABETO HC	4	15	15	23	23	80
GASTRO HC	87	128	90	81	71	457
HEMATO HC	27	61	60	41	58	247
MED POLY HC	12	32	25	51	41	161
NEPHRO HC	5	29	40	11	19	104
NEURO HC	26	95	89	72	44	326
ONCOLOGIE HC	92	18	20	3	1	134
PNEUMO 1ER ETAD	80	66	48	71	67	332
ETAGE HC						
RHUMATOLOGIE HC			2	2		4
Total général	333	444	389	355	324	1845

1^{er} mars 2013 - 31 mars 2014
entées directes

	1 JOUR	2 JOURS	3 JOURS	4 JOURS	5 JOURS	Total général
DIABETO HC	4	15	15	23	23	80
GASTRO HC	87	128	90	81	71	457
HEMATO HC	27	61	60	41	58	247
MED POLY HC	12	32	25	51	41	161
NEPHRO HC	5	29	40	11	19	104
NEURO HC	26	95	89	72	44	326
ONCOLOGIE HC	92	18	20	3	1	134
PNEUMO 1ER ETAD	80	66	48	71	67	332
RHUMATOLOGIE HC			2	2		4
Total général	333	444	389	355	324	1845

Nb jours potentiellement réalisables en HJ (séjours 1j)	séjours de 2 j : HJ ou HS ?	Nb jours potentiellement réalisables en HS (séjours 3 à 5j)
4	30	252
87	256	949
27	122	634
12	64	484
5	58	259
26	190	775
92	36	77
80	132	763
0	0	14
333	888	4207
1,3	3,5	16,8

HS
1,0
3,8
2,5
1,9
1,0
3,1
0,3
3,0
0,1
16,8

Annexe 16

Indicateurs permettant une réflexion sur la capacité des services du Pôle Médecine et spécialités médicales

AC MOREL - 3.10.14

NB : le nombre de jours bruts fait déjà mention des hébergements...
Pas de prise en compte des potentiels développement de file active

Services HC	Nb de lits	janv / juil 14	projection	1er semestre 2014		janv / juil 2014		séjours potentiellement substituables (ANAP)		Nb de jours hébergements	Développement activité
		Nb jours bruts	Nb jours bruts année pleine	TO	IPDMS	DMS	nb de lits HS	nb de lits HJ			
GASTRO HOSPIT	24	4 625	7 758	92,5	1,08	6,75	3,8	0,3			
DIABETO HOSPIT	6	1 079	1 810	87,5	0,97	6,62	1	0			
NEPHRO HOSPIT	5	924	1 550	88,1	1,07	6,74	1	0			
HEMATO HOSPIT	7	996	1 671	68,8	0,9	4,27	2,5	0,1			
MEDECINE POLY HOSPIT	16	3 086	5 177	92,2	1,02	8,25	1,9	0,0			
RHUMATOLOGIE HOSPIT	0	6	10	-	-	-	0	0			
NEURO HOSPIT	6	1 394	2 338	112	0,76	4,32	3,1	0,1			
PNEUMO HOSPIT	23	4 241	7 114	89,7	1,2	8,56	3	0,3			
ONCOLOGIE HOSPIT	7	199	334	12,5	1,16	1,79	0	0			
UNV-HC	12	2 288	3 838	92,1	0,82	4,25	0	0			
USINV-HC	5	742	1 245	70,2	0,76	2,38	0	0			
Total HC	111	19580	32843,9	805,6	9,74		16,3	0,9		0	0

différentes projections effectuées selon les objectifs fixés (à analyser)

Jours bruts si ipdms = 1	Nb de lits avec TO = 90%	Nb lits avec ipdms = 1 et TO = 90%	Nb de jours "non performants" (si IPDMS = 1)	Nb de lits avec TO = 90% et 50% des lits substituables	Nb lits avec ipdms = 1 et TO = 90% et 50% des lits substituables
7183,4	23,6	21,9	574,7	21,5	19,8
1865,91287	5,5	5,7	-56,0	5,0	5,2
1448,53785	4,7	4,4	101,4	4,2	3,9
1856,344086	5,1	5,7	-185,6	3,8	4,3
5075,015813	15,8	15,4	101,5	14,8	14,5
			10,1	0,0	0,0
3076,740238	7,1	9,4	-738,4	5,5	7,8
5928,27957	21,7	18,0	1185,7	20,0	16,4
287,7641824	1,0	0,9	46,0	1,0	0,9
4680,409127	11,7	14,2	-842,5	11,7	14,2
	3,8	0,2	1244,6	3,8	0,2
	100	96	1441	91	87

Objectifs

TO 90%
IPDMS = 1
50% des lits
potentiellement
substituables

(3,9 lits)

Nb de lits selon objectifs
10,7
16,5
6,9
3,6
5,4
43,1

Objectifs

TO = 150%
+ 50% des lits substituables
TO 90%
+ 50% des lits potentiellement substituables
TO = 150%
TO = 90%
TO = 150%

Services HS / HJ	Nb de lits	Nb jours bruts	Nb jours bruts	TO	IPDMS	DMS	nb de lits HS	nb de lits HJ	Nb de jours hébergements	Développement activité
HDJ MEDECINE	15	2 299	3 856	135,9	-					
Hôpital de semaine	15	1 121	1 880	54	0,71	2,35	-	-		
HEMATO HJ	7	1 558	2 613	150,2	-		-	-		
PNEUMO HN	5	399	669	68,9	-		-	-		
ONCO HJ	3	1 222	2 050	281	-		-	-		
TOTAL		19 580	32 844							

