



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2013 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2014**

---

**L'amélioration du parcours des  
patients aux Hôpitaux du Bassin de  
Thau, facteur de performance et de  
meilleure réponse aux besoins de  
santé de la population**

---

**Jean-François TIREFORT**

---

# Remerciements

---

Arrivé au terme de ce travail, je souhaite remercier en premier lieu, Monsieur Jean-Marie BOLLINET, directeur des Hôpitaux du Bassin de Thau pour m'avoir accueilli au sein de son établissement et au sein de l'équipe de direction.

Je remercie vivement Monsieur Sylvain BATY, directeur des affaires générales, de la qualité et de l'information, pour son implication au quotidien dans son rôle de maître de stage, ses conseils précieux et sa bienveillance.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction.

Rejoindre l'équipe projet « Gestion des lits », déjà constituée à mon arrivée, et participer activement à la conception du plan d'action de l'établissement sur cette thématique n'a été possible que grâce au sens du partage et de l'ouverture des deux pilotes du groupe. Je remercie donc particulièrement Madame Martine CASSAGNE, cadre supérieur de santé et le Docteur Claude PIOCH.

Je tiens enfin à remercier Monsieur Georges SANABRE, directeur de l'offre de soins au CHRU de Montpellier qui dans son rôle d'accompagnant mémoire a su me guider, me conseiller et me soutenir dans ce travail.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 Les hôpitaux du Bassin de Thau doivent adapter leur stratégie d'évolution aux besoins de la population de leur territoire tout en construisant un projet pertinent face aux orientations stratégiques territoriales .....	5
1.1 Connaître les besoins en santé de la population pour apporter une réponse adaptée.....	5
1.1.1 Des spécificités démographiques caractérisent le territoire siège des HBT ....	5
1.1.2 Un environnement économique et social difficile.....	7
1.1.3 Une situation épidémiologique qui connaît une dégradation .....	9
1.2 Des orientations stratégiques territoriales qui doivent permettre aux HBT de construire un projet pertinent.....	10
1.2.1 Le territoire de santé .....	10
1.2.2 Les éléments de planification.....	13
1.2.3 Les éléments de contractualisation entre l'ARS et les HBT.....	14
1.3 Le positionnement des HBT .....	17
1.3.1 Les HBT ont une zone d'influence géographiquement repérée laissant apparaître des taux de fuite importants .....	17
1.3.2 L'activité des HBT a connu une baisse sensible en 2013.....	18
1.3.3 Un positionnement marqué par des points critiques mais porteur d'opportunités .....	19
2 Les Hôpitaux du Bassin de Thau sont confrontés à des difficultés de gestion des flux de patients et pourraient bénéficier des expériences déjà menées dans d'autres établissements .....	23
2.1 La gestion des flux de patients constitue un enjeu stratégique pour les établissements de soins .....	23
2.1.1 Les trois niveaux hiérarchiques de la gestion des lits.....	24
2.1.2 La gestion des lits vue comme outil d'efficience .....	24
2.1.3 Une nécessaire réflexion capacitaire en matière de gestions des lits .....	25
2.1.4 Le chemin clinique au service d'une meilleure gestion des flux .....	27

2.2	La qualité de l'accompagnement des projets est une condition essentielle à l'adhésion des acteurs médicaux et soignants .....	28
2.2.1	Le périmètre d'expérimentation des projets doit être restreint .....	28
2.2.2	L'adhésion et la participation d'un leader médical est nécessaire à la réussite d'un projet.....	29
2.2.3	Les acteurs attendent un retour à leur investissement dans les projets .....	30
2.3	Les HBT connaissent des difficultés de gestion des flux des patients qui ont un impact négatif sur l'activité de l'établissement.....	30
2.3.1	Les entrées en hospitalisation via les urgences entraînent une saturation des lits de médecine et une embolisation des lits d'UHCD.....	31
2.3.2	Les taux d'occupation dans les services de médecine sont élevés avec des DMS généralement plus longues que la moyenne nationale.....	32
2.3.3	Les taux d'occupation des secteurs de chirurgie laissent apparaître une marge d'évolution.....	34
2.3.4	L'activité ambulatoire n'est pas à la hauteur des objectifs fixés au CPOM....	35
3	La mise en action du pilotage des séjours et d'une meilleure gestion des flux est une priorité institutionnelle inscrite au projet d'établissement 2014-2019 aux HBT .....	37
3.1	La gestion des séjours et des flux de patients doit s'appuyer sur un système d'information efficient.....	37
3.1.1	L'utilisation des outils de coordination régionaux doit se développer.....	38
3.1.2	Les informations d'aide à la décision doivent bénéficier d'une accessibilité élargie .....	41
3.1.3	Le DPI .....	42
3.1.4	L'activité non programmée doit bénéficier de mesures rendant possible une meilleure prise en charge passant par une réflexion sur les structures internes des HBT .....	43
3.2	La réduction des DMS constitue une question stratégique pour rendre possible les évolutions prioritaires dans le projet d'établissement .....	44
3.2.1	Les actions à mettre en place pour diminuer la DMS doivent concerner un périmètre pertinent : les secteurs de médecine .....	45
3.2.2	Les séjours longs doivent bénéficier d'un traitement particulier.....	46
3.2.3	Les facteurs de fragilité sociale doivent être repérés précocement.....	47

3.2.4 La gestion prévisionnelle des séjours constitue un objectif à moyen terme pour les HBT .....	47
3.3 L'amélioration de l'activité des secteurs ambulatoires est un levier de performance globale pour l'établissement et pour la gestion des séjours .....	48
3.4 La coordination des séjours réclame la mise en place d'un relai opérationnel au travers d'une nouvelle fonction de « coordonnateur des séjours » .....	49
3.4.1 Un choix de coordination de proximité maintenu .....	49
3.4.2 Une supervision des séjours au travers d'un pilotage transversal .....	50
Conclusion .....	53
Bibliographie .....	55
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Allocation Adulte Handicapé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ATU : Accueil et Traitement des Urgences  
AVC : Accident Vasculaire Cérébral  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire  
COPERMO : COmité interministériel de PERformance et de la MOdernisation de l'offre de soins  
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens  
CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier  
DIM : Département de l'Information Médicale  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
DPS : Date Prévisionnelle de Sortie  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
HBT : Hôpitaux du Bassin de Thau  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHS : Groupe Homogène de Séjour  
ICM : Institut du Cancer de Montpellier  
IP-DMS : Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour  
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique  
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse  
LR : Languedoc-Roussillon  
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques  
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé  
PDSES : Permanence Des Soins en Etablissement de Santé  
PRS : Projet Régional de Santé  
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire  
RH : Ressources Humaines  
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
RSS : Résumé de Sortie Standardisé  
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SROS-PRS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire – Projet Régional de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

Les capacités d'accueil d'un établissement sanitaire constituent, encore de nos jours, un moyen de qualification qui permet d'en mesurer l'importance, le rayonnement et parfois même, de manière induite, la renommée. La notion de lits est donc un critère encore très présent dans le monde hospitalier.

Cependant, le pilotage stratégique du système de santé français voulu par le Ministère et piloté par les Agences Régionales de Santé, conduit à une nécessaire redéfinition des capacités d'accueil en lits des hôpitaux.

La planification de l'activité hospitalière n'a cessé de se faire plus contraignante depuis maintenant quatre décennies. Ainsi, la loi du 31 décembre 1970<sup>1</sup>, dite loi Boulin, instaure la carte sanitaire qui sera renforcée par la loi du 31 juillet 1991<sup>2</sup> (Loi Evin) qui crée également le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>3</sup> institue, elle, les Agences Régionales de l'Hospitalisation et met en place les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Ce mouvement de régionalisation a pour objectif d'aboutir à une meilleure complémentarité de l'offre de soins d'une même zone géographique. Parallèlement, le système des autorisations vient compléter le dispositif en soumettant certaines activités de soins à une autorisation délivrée par les ARH, autorisations qui seront délivrées au regard des orientations du SROS (disparition des cartes sanitaires). La loi du 21 juillet 2009<sup>4</sup>, dite loi HPST fait encore évoluer le système de planification hospitalière en créant les Agences Régionales de Santé (ARS), et en confiant à ses directeurs généraux des missions élargies en matière de pilotage territorial de l'offre hospitalière.

L'hôpital se trouve donc aujourd'hui positionné comme l'un des éléments, parmi d'autres, de la prise en charge de la population sur un territoire de santé. Cette vision globale a conduit à des modifications de taille, de capacité, de mode de prise en charge proposées. En outre, depuis 1980, le nombre de lits MCO n'a cessé de diminuer<sup>5</sup> (- 34% entre 1980 et 2011).

---

<sup>1</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>2</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>3</sup> Ordonnance n°9-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>4</sup> Loi n°-002-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>5</sup> ANNEXE I : Evolution du nombre de lits par discipline, Evolution du nombre de lits et places pour 10 000 habitants par région, entre 2000 et 2009



Révéle par les divers épisodes souvent médiatisés de dysfonctionnements des services d'urgences dans les hôpitaux, l'encombrement des services d'hospitalisation est un facteur de non qualité des prises en charge. Souvent les temps d'attente aux urgences, dans des conditions jugées indignes voire dangereuses, sont la conséquence de l'indisponibilité de lits d'aval.

Face à ce constat, la nécessité d'une réflexion globale pour chaque établissement sur la gestion de ses capacités d'hospitalisation s'est faite jour. En effet, la faculté à faire face à un afflux plus ou moins constant et plus ou moins régulier de patients, dépend de manière logique et évidente de la capacité qu'a l'établissement hospitalier d'avoir une vision prospective et dynamique de la manière dont sont utilisées ses ressources, moyens de production de soins (locaux, matériel, humains).

L'hôpital est un système, un lieu où les flux sont nombreux, complexes et souvent interdépendants. Historiquement, la structuration hospitalière en services, pôles, secteurs, a pour conséquence un cloisonnement peu propice à une vision d'ensemble et donc à une gestion transversale des ressources.

Outre la question sensible de la fluidité des mouvements des patients au sein de l'hôpital, la nécessité d'une optimisation de l'utilisation des ressources est devenue centrale eu égard aux efforts d'efficience que doivent consentir les établissements publics de santé dans un objectif de rationalisation des dépenses de santé. La mise en place de la contractualisation entre l'ARS et les établissements et le pilotage économique et financier des hôpitaux ont rendu nécessaires une mise à plat des organisations hospitalières et une réflexion managériale.

Dans ce contexte, la gestion des lits, ou plus précisément la gestion des séjours hospitaliers des patients pris en charge, revêt une importance évidente si l'on souhaite se placer dans une dynamique d'amélioration de l'efficience des hôpitaux.

Si le terme « efficience » est parfois connoté négativement par certains acteurs hospitaliers, redoutant que le caractère entrepreneurial de l'hôpital ne lui fasse oublier sa mission de service public, il correspond cependant de notre point de vue à un objectif louable. Par « efficience » on entend en effet, l'utilisation optimale des ressources, le caractère optimal incluant la notion de qualité des résultats obtenus se rapprochant ainsi du concept de performance.

Situés au sein d'un territoire (l'Hérault) où l'offre de soins est importante, rendant ce même territoire très concurrentiel entre établissements publics et privés mais aussi entre établissements publics, les Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT) ont pris conscience depuis déjà plusieurs années de la nécessité d'améliorer leur fonctionnement notamment dans le cadre du précédent projet d'établissement.

La situation financière de l'établissement qui a signé en 2013 un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) avec l'ARS a rendu encore plus nécessaire ce travail d'optimisation de l'utilisation des ressources qu'elles soient budgétaires, humaines ou matérielles.

L'établissement s'est par ailleurs porté volontaire pour participer, et ce dès 2013, au projet « Gestion des lits » mené en Languedoc-Roussillon par l'ANAP.

Au-delà d'une gestion centrée sur les lits, l'établissement a qualifié de priorité institutionnelle, dans son nouveau projet d'établissement (2014-2019), la coordination des séjours hospitaliers.

**Ainsi, la question se pose de savoir en quoi la mise en place d'outils de pilotage des séjours hospitaliers des patients et la coordination de ce pilotage est de nature à constituer un levier d'efficience et de performance pour les HBT ? La coordination des séjours peut-elle permettre l'émergence d'une culture de décloisonnement au sein de l'établissement et ainsi favoriser une gestion plus transversale des ressources ?**

L'adaptation de l'offre de soins proposée par les HBT, aux besoins de la population de sa zone d'influence, est une priorité et ce, d'autant plus dans le contexte territorial que nous avons déjà qualifié de très concurrentiel. Mener un travail de réflexion sur le fonctionnement de l'établissement et sur l'optimisation de celui-ci rend donc utile une étude de son positionnement territorial.

Dans un second temps, il sera nécessaire de s'interroger sur la pertinence d'un travail sur la gestion des flux d'un point de vue général puis d'un point de vue propre aux HBT.

Il sera alors nécessaire d'analyser de l'intérieur, les points critiques en termes de gestion des flux de patients pour justifier les orientations choisies et les outils retenus. Dans cette phase, il sera également utile d'aller à la rencontre des acteurs hospitaliers afin d'identifier d'éventuels freins à l'émergence d'une gestion transversale des ressources mais aussi de recueillir les propositions allant dans le sens de l'amélioration de la gestion des séjours.

La complexité et la variété des processus mis en œuvre lorsque l'on s'intéresse à la gestion des flux de patients dans un établissement de santé, nous conduit à envisager qu'un ensemble tout aussi complexe d'actions allant dans plusieurs directions visant à améliorer le fonctionnement général de l'établissement devront se faire jour. La dernière partie de notre travail présentera ainsi les différentes pistes et propositions d'évolutions qui devront être mises en œuvre au fil de la déclinaison du nouveau projet d'établissement des Hôpitaux du Bassin de Thau.

## **Méthodologie**

La contextualisation de notre travail passe, nous l'avons vu, par une phase d'analyse du positionnement de l'établissement dans son environnement. Cette phase descriptive s'appuiera sur les différents outils mis à disposition en matière d'informations statistiques démographiques et hospitalières.

Une revue bibliographique sera également rendue nécessaire dans la phase de recherches des expériences menées dans le domaine par d'autres établissements.

Des entretiens seront également réalisés afin de recueillir l'avis et l'opinion des acteurs hospitaliers sur le sujet. Nous conduirons des entretiens semi-directifs s'appuyant sur des grilles d'entretiens jointes.

# **1 Les hôpitaux du Bassin de Thau doivent adapter leur stratégie d'évolution aux besoins de la population de leur territoire tout en construisant un projet pertinent face aux orientations stratégiques territoriales**

La *conduite du progrès*<sup>6</sup>, constitue un objectif stratégique déterminé comme central par Jean-Marie BOLLIET, directeur des HBT. Préambule du nouveau projet d'établissement, cette manière ambitieuse d'envisager le management des évolutions futures rend nécessaire une connaissance précise de l'environnement local, territorial et national.

## **1.1 Connaître les besoins en santé de la population pour apporter une réponse adaptée**

### **1.1.1 Des spécificités démographiques caractérisent le territoire siège des HBT**

Avec plus de 2,6 millions d'habitants (2011), la région Languedoc-Roussillon se situe au 9<sup>ème</sup> rang des régions métropolitaines (environ 4,3% de la population française). La densité de la population est moins élevée que la densité nationale mais ce phénomène traduit de fortes disparités territoriales entre les différents départements de la région.

Ainsi, l'Hérault, avec sa population dépassant le million d'habitants, a lui, une densité de 169 habitants au km<sup>2</sup> contre une moyenne nationale à 114. La densité de la population n'est pas homogène et l'essentiel de la population du département de l'Hérault se concentre sur les zones littorales, zone siège des HBT.

L'indice de vieillissement de l'Hérault est à 81,4 soit au 55<sup>ème</sup> rang national.

L'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom entraîneraient une augmentation du nombre de personnes de 60 ans et plus de 79 % à l'horizon 2040. Cette augmentation serait plus forte en Languedoc-Roussillon qu'en moyenne nationale (+ 67 %) en raison de la croissance démographique plus soutenue dans la région et de sa forte attractivité chez les jeunes

---

<sup>6</sup> Projet d'établissement des HBT 2014-2019

retraités. Les plus de 60 ans représenteraient au final 35 % de la population totale du Languedoc-Roussillon en 2040 contre 25 % en 2007.

Les personnes âgées de 80 ans et plus connaîtraient la plus forte croissance. En 2040, elles représenteraient 11 % de la population languedocienne contre moins de 6 % en 2007.

42 770 personnes ont leur résidence habituelle à Sète. Le territoire a gagné 3 230 personnes entre 1999 et 2010, soit une augmentation de 8% sur la période. Le solde naturel (différence entre les naissances et les décès) est négatif pour la commune depuis 1975. C'est le solde migratoire qui permet donc à la population d'augmenter.

Les populations les plus jeunes (étudiants et jeunes actifs) tendent à quitter Sète sur la période 2003-2008 alors que les arrivées sont plus nombreuses en ce qui concerne les populations en fin de carrière, proches de l'âge de la retraite ou retraitées.

En 2010, l'âge moyen de la population française se situe autour de 40 ans. Globalement, la population de Sète est nettement plus âgée que celle du département. L'âge moyen est passé de 42,9 ans à 46,1 ans entre les deux derniers recensements. Comparée à l'Hérault, la structure par âge des habitants de Sète est marquée par une forte surreprésentation des populations âgées et une forte sous-représentation des populations de moins de 25 ans. La population des 75 ans et plus a augmenté de 34% entre 1999 et 2010.

Les projections montrent qu'à l'horizon 2025, la population des moins de 20 ans pourrait continuer de stagner, tandis que celle de 60 ans et plus progressera significativement.

### **Personnes âgées :**

D'après les projections de populations, le nombre d'habitants âgés de 60 ans ou plus devrait passer de 14 380 en 2010 à 18 970 en 2020 puis 23 490 en 2030. Cela va se traduire par un vieillissement de la population puisque les plus de 60 ans passeront de 34% en 2010 à 48% en 2030. Cette évolution se concentrera plus particulièrement sur la population âgée de 85 ans et plus. Le nombre de retraités âgés de 60-74 ans devrait aussi augmenter sur l'ensemble de la période 2010-2030 ce qui laisse penser que le vieillissement de la population va se poursuivre au-delà de 2030.

La population sétoise se caractérise donc par un vieillissement important. Cette donnée ne peut qu'avoir un impact fort sur les orientations de l'offre de soins qui devra se développer sur le territoire. Cette tendance forte implique une adaptation cohérente de l'offre de soins proposée par les établissements du bassin de population.

### 1.1.2 Un environnement économique et social difficile

Frappé par la crise économique mondiale début 2008, le Languedoc-Roussillon a connu, comme les autres régions françaises, des difficultés économiques et sociales. Ces difficultés ont été amorties ou aggravées par les spécificités locales de l'appareil productif et du marché du travail. Le Languedoc-Roussillon a structurellement mieux résisté aux destructions d'emplois car il est peu industrialisé et possède une économie principalement résidentielle<sup>7</sup>.

En 2012, le taux de chômage du Languedoc-Roussillon est l'un des plus importants de métropole avec 14,3 % de la population active au chômage. Un grand nombre de demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi le sont depuis plus d'un an (38 %). Cette proportion, bien qu'en constante augmentation depuis 2008, est équivalente au niveau national (39%).

Les zones littorales de la région connaissent un taux de chômage de longue durée moindre. Malgré sa situation géographique sur le littoral, la zone d'emploi de Sète fait exception, avec un chômage de longue durée plus fréquent parmi les demandeurs d'emploi.

---

<sup>7</sup> Selon la définition actuelle utilisée par l'Insee, l'« économie résidentielle » désigne **l'ensemble des « activités essentiellement destinées à servir les besoins des populations locales permanentes et des touristes »**. Elle regroupe essentiellement les activités suivantes : commerce et réparation automobile, commerce de détail et réparations, bâtiment, transports ferroviaires, transports routiers de voyageurs, agences de voyage, activités financières, activités immobilières, services aux particuliers, éducation, santé, action sociale et administration. Elle se distingue de :

- **l'économie productive**, qui rassemble les secteurs contribuant à la production de biens qui n'ont pas, a priori, vocation à être consommés sur le territoire (agriculture, industrie, commerce de gros, services aux entreprises) ;
- **l'économie publique**, qui regroupe les trois fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière.

## Taux de chômage par zone d'emploi

	1 <sup>er</sup> trimestre 2013 (%)	Evolution en points sur un an	Evolution en points sur un trimestre
France métropolitaine	10,4	+ 0,9	+ 0,3
Languedoc- Roussillon	14,5	+ 1,2	+ 0,4
Agde-Pézenas	17,3	+ 1,3	+ 0,2
Béziers	16,1	+ 1,2	+ 0,2
Montpellier	14,2	+ 1,2	+ 0,4
<b>Sète</b>	<b>16,6</b>	<b>+ 1,0</b>	<b>+ 0,5</b>

Source INSEE

Pour les chiffres du chômage, la zone d'emploi de Sète se situe au-dessus de la moyenne régionale et à fortiori au-dessus de la moyenne nationale. De plus, la zone Agde-Pézenas qui connaît le taux de chômage le plus important est, elle aussi sur la zone d'influence des Hôpitaux du Bassin de Thau qui regroupent en plus de l'hôpital Saint-Clair, situé à Sète, l'hôpital Saint-Loup, situé lui à Agde.

Avec 7,1% de sa population bénéficiaire du RSA socle et 9,4% du RSA total, l'Hérault se place au 9<sup>ème</sup> rang des départements métropolitains. Ces chiffres sont plus d'une fois et demie plus élevés que les moyennes nationales.

## Part de la population bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

Département	Bénéficiaires de la CMUC (en % de la population totale) (%)	Rang France métropolitaine
Aude	9,4	8
Gard	10,1	6
<b>Hérault</b>	<b>9,1</b>	<b>9</b>
Lozère	4,3	77
Pyrénées-Orientales	10,7	2
<b>France métropolitaine</b>	<b>6,2</b>	

### **Ressources des ménages :**

Le revenu médian des sétois est estimé en 2010 à 1 420 € par mois par unité de consommation (1 660 €/mois en métropole).

La proportion des personnes en dessous du seuil de pauvreté (964 €/mois) passe de 45% à 25% après versements des prestations sociales. Ce taux de 25% reste cependant très élevé (Bassin de Thau hors Sète : 15%, Hérault : 19%, métropole : 15%).

17% des habitants de moins de 65 ans de Sète sont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2012, soit 5 410 habitants de la ville (8% pour l'Hérault).

La population sétoise est ainsi marquée par une précarité et une dépendance aux prestations sociales importante. La présence d'un établissement public de proximité mettant à la disposition de la population une offre de soins large est donc de nature à faciliter l'accès aux soins.

### **1.1.3 Une situation épidémiologique qui connaît une dégradation**

La situation sanitaire globale du Languedoc-Roussillon reste le plus souvent meilleure ou de même niveau que celle observée au plan national. Cependant, les évolutions de ces dernières années montrent que la région perd progressivement ses caractéristiques.

Des traits forts ressortent, en particulier :

- Une dégradation de la situation concernant les maladies cardio-vasculaires et plus particulièrement le niveau élevé de la mortalité par maladie vasculaire cérébrale. Sur la période 2003-2005, les maladies cardio-vasculaires ont été responsables de 7 362 décès en moyenne par an dans la région. Les taux de mortalité sont en diminution régulière sur les vingt dernières années, mais ils diminuent moins vite dans la région qu'au niveau national.
- Une prévalence du diabète élevée en région : 3,9 % de la population de la région présente un diabète traité. Le diabète est responsable de 1 500 décès chaque année, soit 6 % des décès en région.
- Les accidents de la circulation restant à un niveau supérieur à la moyenne nationale : en 2007, la région occupe la 4ème place des régions pour le nombre de tués sur la route. Les accidents ont été à l'origine de 273 décès et de 4 423 blessés dont 46 % ont nécessité une hospitalisation.



- La persistance d'un niveau élevé de recours à l'IVG : en 2006, 10 330 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en Languedoc-Roussillon, soit une augmentation de 11% depuis 2001.
- Un niveau de consommation de substances psychoactives important : selon un diagnostic régional santé jeunes (16-25 ans) réalisé en 2007, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances psychoactives le plus souvent consommées par les garçons et les antidépresseurs plutôt par les filles. La région présente une fréquence d'ivresses chez les jeunes de 17 ans plus élevée qu'au niveau national. Elle est par ailleurs la première région française pour la consommation quotidienne de cannabis chez les 17-18 ans, bien au-delà de la moyenne nationale.
- Une prévalence du surpoids et de l'obésité en hausse : en 2002, 27,8% de la population régionale présente un surpoids et 6,5 % une obésité.
- Les taux de vaccination en Languedoc-Roussillon sont en général inférieurs à ceux de la moyenne nationale et des objectifs de la loi « santé publique ».
- Une situation vis-à-vis du sida toujours préoccupante : le Languedoc-Roussillon reste parmi les régions les plus touchées par l'épidémie d'infection par le VIH.
- Risque psychosocial : on observe depuis la fin des années 90 une surmortalité régionale par suicides par rapport à la moyenne nationale. Sur la période 2003-2005, 484 décès par suicide ont été déclarés en moyenne chaque année en Languedoc-Roussillon.

En 2009, pour les hommes comme pour les femmes, les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire sont les deux premières causes de décès en Languedoc-Roussillon.

## **1.2 Des orientations stratégiques territoriales qui doivent permettre aux HBT de construire un projet pertinent**

### **1.2.1 Le territoire de santé**

Le Docteur Martine AOUSTIN, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon, a arrêté le découpage des territoires de santé le 12 octobre 2010.

Chacun des cinq départements (Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales) constitue désormais un territoire de santé, nouveau périmètre destiné à prendre en

compte les innovations introduites par la loi HPST<sup>8</sup> et s'adaptant au cadre élargi des compétences désormais dévolues aux ARS.

C'est dans ce cadre que peuvent se construire des projets de santé de territoires.

En fonction de la thématique abordée, la taille du territoire d'action peut être modulée pour faciliter l'efficacité de l'action en tenant compte de l'attractivité exercée par certains pôles. L'ARS déclare que « *c'est le projet qui fixe le cadre territorial* ».

Le département de l'Hérault a le plus fort taux d'équipement en établissements de santé MCO en Languedoc Roussillon.

### Taux d'équipement en établissements de santé au 1er janvier 2013

	En lits et places pour 1 000 habitants au 1er janvier 2013					
	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	Languedoc-Roussillon
<b>Court séjour</b>						
Médecine	2,2	1,8	2,4	2,0	1,8	<b>2,1</b>
Chirurgie	1,3	1,4	1,9	1,3	1,5	<b>1,6</b>
Gynécologie-obstétrique (1)	0,7	0,6	0,8	0,5	0,7	<b>0,7</b>
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>						
Équipement global	1,5	1,5	2,0	4,0	3,6	<b>2,1</b>
<b>Psychiatrie</b>						
Infanto-juvénile (2)	0,9	0,8	0,6	3,1	0,9	<b>0,8</b>
Adulte	1,3	1,9	1,7	2,6	1,7	<b>1,8</b>

(1) : en lits et places pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

(2) : en lits et places pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans.

Sources : ARS et Drees, SAE; Insee, estimations de population au 1er janvier 2012.

Le territoire de santé départemental est donc la référence officielle servant de base de rédaction du SROS-PRS. Cependant, la notion de bassin de vie (cf. INSEE) revêt une importance réelle pour l'analyse de l'accès aux soins de santé des populations.

De plus, la notion de bassin de santé, en l'occurrence le bassin Béziers-Sète, est encore évoquée par l'ARS dans le SROS-PRS. La pertinence de ce regroupement est à

<sup>8</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

analyser du point de vue de l'attraction naturelle et forte de la population du Bassin de Thau vers la capitale régionale.

### **L'offre de soins (établissements)**

La carte sanitaire publiée par l'ARS place les Hôpitaux du Bassin de Thau sur le territoire de santé de l'Hérault. Cependant, si l'hôpital Saint-Loup, situé à Agde, est réellement ancré dans le paysage des établissements de la partie Ouest de cette zone, l'hôpital Saint-Clair (Sète), du fait de sa position géographique et des habitudes de la population locale s'oriente naturellement vers sa partie Est comprenant Montpellier. L'offre de soins de cette zone est importante.

L'environnement est donc très concurrentiel.

A Sète, en plus des établissements appartenant aux Hôpitaux du Bassin de Thau, une clinique privée est implantée, la Polyclinique Sainte-Thérèse.

Les HBT proposent des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (maternité niveau 2A) et psychiatrie. L'établissement dispose d'un service d'urgence, d'un service de réanimation et de surveillance continue. Il dispose également d'une filière gériatrique complète.

La polyclinique Sainte-Thérèse est un établissement privé à but lucratif indépendant c'est-à-dire n'appartenant pas un groupe national. Cet établissement développe des activités de chirurgie et d'obstétrique.

Il n'y a pas d'autre établissement concurrent pour les activités MCO sur la zone d'emploi de Sète.

La proximité de Montpellier (moins de 30 km), capitale régionale qui concentre une densité importante d'établissements de santé, fait que les hôpitaux du Bassin de Thau évoluent dans un environnement très concurrentiel.

Outre le CHRU de Montpellier, l'offre de soins privée est très importante sur le bassin de vie de Montpellier. L'acteur principal de l'offre privée est le groupe régional (Oc Santé). Ce groupe est propriétaire de plusieurs établissements dans les domaines MCO, SSR, HAD, EHPAD.

En ce qui concerne l'hôpital Saint-Loup (Agde), l'attractivité naturelle (dans le sens des pratiques habituelles de la population) se fait vers différents établissements du bassin géographique. La population d'Agde, Marseillan, Vias, se tourne donc préférentiellement vers Béziers ou Pézenas plutôt que vers Sète. Les HBT se trouvent concurrencés par le CH de Béziers et par des établissements privés (principalement la polyclinique Pasteur de Pézenas, la polyclinique Champeau à Béziers ou la polyclinique Saint-Privat à Boujan-sur-Libron).

### **1.2.2 Les éléments de planification**

L'ARS propose cinq orientations stratégiques pour le Projet régional de santé.

#### **➔ Priorité 1 - Sécurité et prévention des risques sanitaires**

#### **➔ Priorité 2 - Personnes atteintes de maladies chroniques :**

*(cancer, accident vasculaire cérébral, insuffisance rénale chronique, virus d'immunodépression humaine)*

Au regard de cette priorité, l'accent est mis sur la notion de parcours de santé, qualifiée de « *nouveau paradigme* ». L'objectif est ici de prendre en considération le point de vue de la personne malade, de s'attacher à éviter les ruptures de soins et de favoriser la coordination des professionnels et l'accessibilité effective aux services de santé.

#### **➔ Priorité 3 - Enfants**

*(vaccination, obésité)*

#### **➔ Priorité 4 - Adolescents et addictions**

La région enregistre de mauvais chiffres pour l'alcool, le tabac et l'usage régulier du cannabis.

#### **➔ Priorité 5 - Le soutien à domicile de la personne âgée, la maladie d'Alzheimer, le projet de vie des personnes handicapées sur leur territoire**

Les personnes fragilisées et/ou en perte d'autonomie sont en très grand nombre : la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est supérieure au niveau national ; le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé est supérieur à la moyenne nationale.

Au regard de ces priorités, l'ARS a édicté 25 préconisations<sup>9</sup> dont certaines sont des opportunités pour les HBT de se positionner comme établissement de recours sur son territoire.

Nous mettons ici l'accent sur quelques orientations d'opportunité pour les HBT :

- démographie médicale : l'ARS souhaite mettre en place une politique pro-active sur l'internat ;
- permanence des soins : volonté d'une organisation efficiente et garante des attentes et besoins de la population ;
- accès à l'urgence ;
- accessibilité financière ;
- parcours de santé : volonté de l'ARS de favoriser une dimension transversale visant à optimiser les articulations entre les différents schémas ;
- suiti médico-économique : l'ARS proposera des tableaux de bord permettant un suivi rigoureux des dépenses engagées dans le souci d'une transparence de ses décisions. Elle accompagnera les établissements dans leur démarche de performance dans laquelle elle souhaite qu'ils s'engagent ;
- coopération : l'ARS favorisera le développement des logiques de coopération des acteurs.

### 1.2.3 Les éléments de contractualisation entre l'ARS et les HBT

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé par l'ARS et les HBT en 2013. Il couvre la période 2013-2018.

#### A) Les grandes orientations du CPOM

##### ➤ Accessibilité

- Pour les personnes en situation de précarité (ex. : PASS),
- prise en charge de toute personne relevant de soins d'urgence,
- développement de l'e-santé et de la télémédecine.

##### ➤ Efficience et évitabilité

- Privilégier les alternatives à l'hospitalisation à chaque fois que cela s'avère possible et pertinent,
- s'impliquer dans la construction de filières de prise en charge,

---

<sup>9</sup> Annexe II : Priorités du PRS Languedoc-Roussillon et préconisations de l'ARS

- optimiser les parcours,
- se conformer aux recommandations de bonnes pratiques.

## ➔ Organisation des filières de soins

### B) Les orientations stratégiques du CPOM

#### ➔ Cancer

- Renforcement de la prévention et de la prise en charge des cancers :
  - mise en œuvre d'une consultation de tabacologie,
  - participer au dépistage des cancers du sein,
  - renforcer l'articulation entre diagnostic et prise en charge précoce,
  - développer l'accès aux thérapies ciblées,
- développement des actes de chimiothérapie (y compris en lien avec des primo prescripteurs hors établissement),
- développement des interventions de l'unité mobile de soutien et de soins palliatifs,
- réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaires,
- développement des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques.

#### ➔ Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

- Renforcement la place de l'établissement dans la prise en charge des AVC :
  - transferts des patients arrivant aux urgences vers une structure avec UNV (unité neuro vasculaire).
- renforcement des liens avec le CHU de Montpellier (télétransmission, téléexpertise),
- développement de la permanence IRM,
- création d'un SSR neurologique.

#### ➔ Personnes âgées

- Finalisation de la filière,
- développement des consultations d'évaluation gériatriques,
- développement de la visiogériatrie.

#### ➔ Périnatalité

- Affirmation du niveau 2A de la maternité.

### ➔ Médecine

- Renforcement de la médecine d'Agde :
  - renforcement du temps médical,
  - développement du court séjour gériatrique,
  - développement des activités d'endoscopie (principalement gériatrique),
- Obésité :
  - Intégrer la filière régionale (en cours de constitution),
- Prise en charge de la douleur :
  - Organiser une consultation douleur.

### ➔ Urgences

- Mise en place d'une deuxième ligne de SMUR à Agde.

### ➔ Gériatopsychiatrie

- Création de l'activité (équipe mobile de gériatopsychiatrie),
- Recrutement d'un gériatopsychiatre.

### C) La chirurgie ambulatoire

Que l'on considère les orientations stratégiques nationales, le SROS-PRS ou le CPOM de l'établissement, le développement des activités de chirurgie ambulatoire est positionné comme une priorité.

L'établissement a déjà développé les activités ambulatoires en se dotant de deux unités ambulatoires (médicale et chirurgicale).

Le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire fait par ailleurs l'objet d'un coaching mis en place par l'ARS et dont bénéficie l'établissement.

Des taux cibles d'activité ont contractuellement été fixés à l'établissement :

	Valeur initiale	Valeur cible pour l'année				
	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de réalisation ambulatoire des gestes MSAP (mise sous accord préalable)	71,6%	75%	80%	80%	85%	85%
Taux global de chirurgie ambulatoire	21,3%	25,0%	30,0%	35,0%	35,0%	38,0%
Volume d'activité de chirurgie ambulatoire et volume d'activité de chirurgie en hospitalisation à temps complet	2 792	2 845	2914	2999	3105	3233

### 1.3 Le positionnement des HBT

#### 1.3.1 Les HBT ont une zone d'influence géographiquement repérée laissant apparaître des taux de fuite importants

L'étude de la provenance géographique des patients admis aux HBT montre que 83,2% des séjours en MCO (hors séances) sont originaires de 6 communes : Sète, Frontignan, Agde, Mèze, Balaruc-les-Bains, Poussan. Si l'on affine cette étude, on constate que les mêmes 6 communes sont les principaux sites de recrutement pour les activités médicales et que concernant la chirurgie, les recrutements agathois ont une place moindre. Ce dernier constat illustre le fait que l'attractivité chirurgicale du CH de Béziers est plus importante dans cette zone.

Les hôpitaux du Bassin de Thau se positionnent comme établissement de référence et de proximité de sa zone géographique d'influence (part de marché MCO autour de 30%).

Les parts de marché en chirurgie de la polyclinique Sainte-Thérèse sont relativement importantes et l'attractivité du CHRU de Montpellier semble aller au-delà de ce qu'elle devrait être au regard de son statut d'établissement de recours régional.

Les principaux établissements « concurrents » des HBT sont donc, le CHRU de Montpellier, la polyclinique Sainte-Thérèse (Sète), l'institut du Cancer de Montpellier, le



CH de Béziers, la polyclinique Saint-Privat (Boujan-sur-Libron, à proximité de Béziers), la Polyclinique Saint-Roch (Montpellier), la clinique du Millénaire (Montpellier)<sup>10</sup>.

### **1.3.2 L'activité des HBT a connu une baisse sensible en 2013**

En 2013, 17 222 séjours sont dénombrés dans les services MCO des HBT. Ce chiffre accuse une diminution par rapport à 2012. Le nombre de journée d'hospitalisation est cependant plus important en 2013 (+2%). On constate également une augmentation sensible de la DMS (+4%) ce qui peut constituer une explication à la diminution de la valorisation T2A pour 2013, alors même que le chiffre d'affaire moyen par RSS augmente.

On note également une augmentation importante de la valorisation des journées réanimation (+18%).

Les données confirment l'existence d'une offre de soins large proposée par les HBT. Les spécialités les plus importantes en termes de part dans le chiffre d'affaire T2A sont le digestif, l'orthopédie, la pneumologie, l'obstétrique, la cardiologie, l'urologie...

Les séjours ambulatoires et de très courtes durée représentent un chiffre d'affaire supérieur à 4,1 millions d'euros, soit approximativement 10% du chiffre d'affaire de l'établissement.

Les dix principaux GHS ambulatoires sont :

- Séances de chimiothérapie (717)
- Endoscopies digestives (439)
- Transfusions (142)
- Affections de la bouche et des dents avec extraction (112)
- Injections de toxine botulique (66)
- IVG (65)
- Endoscopies génito-urinaires (65)
- Libération canal carpien (50)
- Autres interventions sur la main (48)
- Résection osseuse ou ablation de matériel (48)

---

<sup>10</sup> ANNEXE III : Répartition par établissement des séjours des habitants de la zone d'influence des HBT

### 1.3.3 Un positionnement marqué par des points critiques mais porteur d'opportunités

L'ensemble des observations que nous venons de présenter ainsi que l'analyse « SWOT »<sup>1112</sup> du positionnement des HBT montrent un positionnement de l'établissement marqué par des points de fragilité. Nous pouvons ainsi évoquer l'image parfois péjorative que l'établissement renvoie historiquement dans la population du bassin, les relations que l'établissement entretient avec les acteurs médicaux de premiers recours, l'accessibilité et les conditions d'accueil... Cependant des opportunités se font jour et sont de nature à conforter ou à asseoir la place des Hôpitaux du Bassin de Thau dans un environnement que nous avons déjà qualifié de concurrentiel.

#### A) L'image de l'établissement

La perception qu'a la population des Hôpitaux du Bassin de Thau est essentiellement basée sur une antériorité qui est aujourd'hui loin de la réalité. Une politique de communication externe mettant en avant les activités où l'établissement bénéficie d'un bon positionnement doit permettre de faire évoluer positivement cette image. L'établissement doit donc renforcer son rôle d'établissement de proximité, au plus près des besoins de la population mais aussi mettre en avant ses domaines d'expertise. Les relations que les HBT doivent développer avec la médecine de premier recours constituent également un point d'évolution souhaitable.

#### B) Les différentes activités

##### La médecine

L'établissement doit maintenir sa place prédominante sur sa zone d'influence. L'éventail des spécialités doit donc rester étendu et suivre notamment les orientations du SROS PRS (prévention des addictions, de l'obésité...).

Les prises en charge en soins palliatifs ont une place importante dans l'activité des HBT. Il s'agit là d'une opportunité qu'il convient de développer en lien avec les besoins

---

<sup>11</sup> « SWOT : *Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats* » - Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces.

<sup>12</sup> ANNEXE IV : Matrices SWOT – Hôpitaux du Bassin de Thau – Juin 2014 (JF. TIREFORT)

de la population.

L'établissement doit également asseoir son caractère complémentaire du CHRU dans des spécialités pointues par le développement des conventions (cardiologie interventionnelle, pneumologie, neurologie, cancérologie).

L'hôpital Saint-Loup situé à Agde, doit développer son activité de médecine en proposant des prises en charge médicales de spécialités. Il s'agit ici de positionner l'établissement sur un segment différent de l'orientation gériatrique qu'il a aujourd'hui. Pour cela, l'offre de soins doit donc se diversifier. Une première étape pourrait ainsi permettre de développer l'offre de consultations de spécialistes (orientation déjà initiée depuis 4 ans).

L'obtention d'une autorisation pour l'ouverture d'un service d'accueil des urgences à Agde permettrait également d'améliorer le recrutement de l'établissement.

### **La chirurgie**

Les activités de chirurgie sont une des forces des HBT, notamment dans les spécialités d'orthopédie, d'urologie ou de digestif. La présence d'un secteur de réanimation permet à l'établissement de se positionner sur des prises en charge complexes face à un établissement privé concurrent qui favorise un recrutement différent. Les HBT répondent ainsi à leur mission de service public hospitalier.

En revanche, la future implantation de deux établissements privés ayant une offre de chirurgie importante à l'ouest et au sud de Montpellier peut modifier profondément la place des différents acteurs.

Les HBT doivent donc se préparer à cette modification de l'offre de soins en chirurgie dans la zone d'influence. Des améliorations organisationnelles sont de nature à permettre la consolidation du positionnement de l'établissement. Ces améliorations passent notamment par la reconstruction du bloc opératoire qui devra être présentée comme un progrès crucial dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il convient cependant de ne pas attendre cette reconstruction (programmée en 2016) pour améliorer l'accessibilité et les délais de réponse.

Enfin, l'opportunité de la transformation de certains lits d'hospitalisation complète en lits d'hospitalisation de semaine ou de court séjour post-urgences pourrait être étudiée dans une perspective de performance globale de l'établissement et de l'efficacité de l'allocation des ressources.

## L'ambulatoire

Les activités ambulatoires doivent se développer. D'une part, ce mode de prise en charge est attractif car il répond aux attentes des patients. D'autre part, il est favorisé par les politiques nationales de santé et la tarification hospitalière.

La contractualisation, avec l'ARS, de pourcentage de prise en charge ambulatoires en chirurgie doit rendre le développement de ces activités central dans le projet médical. L'efficacité dans ce domaine est, qui plus est, une nécessité pour un positionnement concurrentiel face aux établissements privés.

L'amélioration des conditions de financement des activités ambulatoires (augmentation des tarifs des GHS ambulatoires et réduction de l'écart entre les tarifs ambulatoires et les tarifs en hospitalisation conventionnelle) rend cet objectif d'augmentation de l'activité ambulatoire stratégiquement intéressant.

L'écueil est cependant, comme souvent dans ce domaine, d'ordre organisationnel. L'activité de chirurgie ambulatoire réclame une réflexion organisationnelle spécifique. Les motivations des chirurgiens à développer ce type de prises en charge sont à analyser.

Concernant les prises en charge médicales ambulatoires, l'établissement a également intérêt à réfléchir à de nouveaux segments d'activité à développer.

L'activité de chimiothérapie peut encore se développer. La proximité d'un centre de chimiothérapie pour la population de Sète et des communes proches répond à un besoin en termes de confort notamment. Il faut pour cela développer les contacts avec les centres de référence (ICM, CHRU de Montpellier) afin de positionner les HBT comme centre de proximité. L'oncologie thoracique constitue un exemple d'activité à favoriser par un conventionnement avec le CHRU de Montpellier pour constituer un relai de proximité pour les cures de chimiothérapie intermédiaires et pour la prise en charge des événements intercurrents (aplasies, anémies, altération de l'état général, dénutrition).

Des prises en charge particulières, telles que la prise en charge des syndromes d'apnée du sommeil, peuvent également être développées notamment en développant les hospitalisations de nuit.

Les Hôpitaux du Bassin de Thau doivent consolider leur positionnement d'établissement de proximité en mettant à la disposition des habitants de sa zone d'influence des compétences médicales et chirurgicales de qualité.

Conjointement à la réflexion sur les nouvelles activités à développer ou les activités à renforcer, l'accessibilité doit constituer un objectif prioritaire si l'établissement veut asseoir sa place.

Cette accessibilité passe par une amélioration des délais de réponse aux demandes de la population et de la médecine de proximité. Un projet tendant à améliorer la qualité de réponse des différents services de consultations et d'hospitalisation est de nature à aller dans le sens d'une meilleure accessibilité. Des correspondants médicaux doivent être identifiés et facilement joignables par les médecins de ville s'il on veut que « l'adressage » s'améliore.

Enfin, l'image de l'établissement doit encore évoluer. Cela passe par une volonté d'amélioration des conditions d'accueil (critère important dans le choix de l'établissement dans lequel on souhaite être soigné). Cela passe également par une communication efficace qui doit permettre de mettre en avant les forces de l'établissement.

## **2 Les Hôpitaux du Bassin de Thau sont confrontés à des difficultés de gestion des flux de patients et pourraient bénéficier des expériences déjà menées dans d'autres établissements**

La réflexion sur les flux de patients à l'hôpital est déjà ancienne. Elle s'appuie en premier lieu sur une volonté légitime de répondre au mieux et dans les délais acceptables aux besoins en soins des populations. Dans un contexte où l'augmentation des capacités d'accueil et concomitamment l'augmentation des ressources humaines n'est plus une option envisageable pour la quasi totalité des établissements publics de santé, l'optimisation de l'utilisation des moyens déjà à disposition des acteurs de soins constitue la piste à favoriser. Si l'accent est mis principalement sur la notion de gestion des lits, les problématiques couvertes par la question des flux de patients au sein des établissements vont bien au-delà de la simple question de la ressource en lits.

### **2.1 La gestion des flux de patients constitue un enjeu stratégique pour les établissements de soins**

Lorsque l'on évoque la notion de gestion des lits en établissements de santé on approche de manière opérationnelle les flux de patients. En matière de flux, il est pertinent de prendre en compte non seulement le flux généré par les entrées de patients venant des secteurs d'urgence mais aussi l'activité programmée. Seule cette double approche permet de mettre en place une gestion prévisionnelle des activités et donc, une gestion prévisionnelle de l'utilisation des ressources.

De plus, l'approche organisationnelle doit prendre en compte la globalité du parcours hospitalier de la personne. La fluidification des parcours doit donc s'intéresser à tout le processus d'hospitalisation en facilitant l'entrée (notamment au regard de la problématique d'engorgement des urgences) mais aussi en optimisant la durée de séjour en luttant contre toutes les formes de gaspillage (jours inutiles d'hospitalisation induits par des problèmes d'organisation interne ou par des difficultés en terme d'aval).

L'amélioration organisationnelle des établissements de santé est la composante principale pour parvenir à des économies puis à la performance.

### **2.1.1 Les trois niveaux hiérarchiques de la gestion des lits**

Selon Roth et Dierdonck<sup>13</sup>, la problématique de la gestion des lits hospitaliers porte sur trois niveaux hiérarchiques :

- Niveau stratégique : vision à long terme qui permet à un établissement de déterminer sa capacité en fonction des besoins de la population et des axes de développement de l'établissement.
- Niveau tactique : vision à moyen terme visant à faire correspondre les ressources matérielles et humaines aux prévisions des besoins.
- Niveau opérationnel : vision à court terme traitant de la répartition des ressources et des problèmes d'affectation des patients aux lits des services.

Ces trois niveaux de réflexion illustrent la complexité de la question de la gestion des lits. Les choix organisationnels qui découleront du travail qu'effectueront les établissements sur la gestion des flux de patients devront prendre en compte ces trois dimensions.

### **2.1.2 La gestion des lits vue comme outil d'efficience**

Globalement quand on parle d'efficience, il faut percevoir ce concept comme une adéquation entre les ressources et les activités que ces dernières rendent possibles.

Lorsque l'on considère les DMS (durées moyennes de séjour), l'objectif de la gestion des lits est de dégager des journées de lits disponibles. Libérer des journées de lits disponibles, ouvre deux possibilités :

- La première qui est aussi celle favorisée ou espérée par tous, est l'augmentation de l'activité rendue possible par la libération que nous venons d'évoquer.
- La deuxième que nous pourrions qualifier de la raison, permettrait le maintien du même volume d'activité avec une diminution des ressources nécessaires.

---

<sup>13</sup> VAN DIERDONCK R., ROTH A., 1995, Hospital Resource Planning : concepts, feasibility and framework, Production and Operations Management Journal, 2-29.

L'objectif central du travail sur la gestion des flux est donc d'améliorer le résultat en alignant les recettes et les dépenses.

Dans ce contexte, la difficulté principale dans ces projets d'optimisation de la gestion des séjours, est qu'il faut réussir à massifier les gains. En effet, dégager un volume faible de ressources dans chaque service, n'apporte pas de gain réel. La dispersion des gains ne permet pas, en effet, d'arriver à une traduction significative en termes de dépense, en l'occurrence de charges de personnel.

Nous considérons en effet ici que le seul poste de dépense réellement variable en fonction du volume d'activité, est constitué des ressources humaines. Les murs, les lits seuls ne coutent pas ou peu, donc, l'enjeu porte sur les dépenses de personnel.

L'objectif doit donc être de parvenir à une mutualisation pour transformer une multitude de petits gains en un gain effectif.

Dès lors, les projets visant à améliorer la gestion des flux de patients, lorsqu'ils visent à la diminution des DMS, doivent aboutir à une réflexion capacitaire.

### **2.1.3 Une nécessaire réflexion capacitaire en matière de gestions des lits**

La réflexion capacitaire ne doit pas forcément aller vers des fermetures de lits mais tenter d'amener à des restructurations permettant d'adapter l'utilisation des ressources aux besoins. Il serait par exemple intéressant pour un établissement d'être capable à certaines périodes de désarmer un nombre significatif de lits. Dans ce cadre, le gain en termes de dépenses de personnel devient réel.

Un lit doit être considéré comme une ressource. L'utilisation de cette ressource se traduit par un taux d'occupation que l'on ne peut déconnecter d'une logique de flux et qui se traduit par la DMS. DMS et taux d'occupation sont d'une certaine manière concurrentes car si on fait baisser la DMS sans un ajustement capacitaire, on va dégrader le taux d'occupation. Cette dégradation peut bien entendu être évitée si l'établissement a une véritable opportunité d'augmentation d'activité par gain de part de marché.

Cependant, l'objectif d'augmenter cette marge d'activité tend à devenir illusoire et ce d'autant plus dans un contexte d'offre de soins que nous avons qualifié de concurrentiel



pour les HBT. Les mutations en termes d'activité sont lentes et cet objectif que se fixent tous les établissements s'il est plus « agréable » que celui d'envisager la rigueur, est difficilement atteignable de manière durable. Il faut donc envisager en face d'un taux d'occupation de lits, un taux d'occupation RH (ressources humaines).

Si la finalité des projets visant à améliorer l'utilisation des ressources des établissements, est l'adaptation des ressources humaines, vue comme seul véritable levier d'économie, les établissements n'ont pas tous abordé, du moins à priori ce volet. Il est nécessaire dans un premier temps de réussir à démontrer que l'amélioration qui est possible. La difficulté est ici d'atteindre un objectif sans voir les moyens de l'atteindre ou même la faisabilité. Le dispositif d'amélioration doit d'abord de montrer le potentiel ou de transformer le potentiel en maîtrisant la DMS, la transition ambulatoire et la meilleure maîtrise des taux d'occupation.

Lors de l'entretien<sup>14</sup> que nous avons réalisé avec le consultant coach du groupe « Gestion des lits » mené par l'ANAP, celui-ci nous a confirmé que le groupe d'établissements de la région Languedoc-Roussillon, n'a pas, à ce point de l'avancée de sa réflexion, encore abordé la question capacitaire et son pendant, le volume de la ressource RH. Cette démarche est pour le consultant la suite logique de la mise à plat des maquettes organisationnelles des services.

La base de la réflexion peut être amenée par la question de savoir quelle serait la taille idéale des unités dans un hôpital construit *ex-nihilo* ? Après avoir déterminées ces tailles idéales, il faut s'interroger sur les moyens humains à y dédier.

La question du cloisonnement des activités doit également se faire jour. Faut-il tendre à une réduction de l'hyper spécialisation des unités ? Est-il pertinent d'aller au delà d'un cloisonnement des trois grandes filières médecine/chirurgie/obstétrique ? Les établissements privés ont su s'affranchir du cloisonnement que l'on peut encore observer dans les établissements publics où chaque médecin est « propriétaire » d'un certain nombre de lits rattachés à une spécialité voire à une sur-spécialité.

Les établissements publics de taille moyenne, dans lesquels les HBT peuvent être inclus ont-ils encore la capacité à faire exister un tel cloisonnement ? Des expériences hors de France ont pu éprouver une organisation mettant en avant différents types de prises en

---

<sup>14</sup> ANNEXE V – Liste des entretiens menés

charge plutôt qu'une organisation en unités spécialisées. Les patients sont accueillis dans un lit. Le lit n'est pas identifié dans une spécialité médicale mais bien le médecin qui prend en charge le patient. Si une telle organisation constitue une *révolution culturelle* dans les établissements publics hospitaliers français, elle est difficile à envisager de but en blanc. Elle serait cependant propice à une adaptation facilitée des ressources à mobiliser pour accueillir les patients dans un établissement.

#### **2.1.4 Le chemin clinique au service d'une meilleure gestion des flux**

L'enjeu de pertinence des séjours est central, elle permet en effet la régulation du flux. L'axe fort de travail est constitué par l'amélioration des DMS. Plus qu'un changement de pratiques ou de techniques de soins, il faut promouvoir et mettre en avant la pratique de chasse aux gaspillages. Toute journée d'hospitalisation non pertinente constitue un gaspillage qu'il faut éviter.

Pour parvenir à une telle intégration par les acteurs de la culture de la chasse aux gaspillages, des concepts hérités du monde industriel peuvent aider. Le « *lean management* »<sup>1516</sup>, mis au point par l'industriel Toyota constitue une piste à explorer. Cette méthode qui cherche à répondre au mieux à la demande en l'absence constante de gaspillages met en avant la fixation de standards auxquels il faut se référer dans un processus de production. Si l'hôpital de par la spécificité de son objet social doit se protéger des abus d'une standardisation globale, il a, de notre point de vue, à gagner d'une réflexion sur la description des processus de prise en charge et sur leur maîtrise.

La logique de *chemin clinique*<sup>1718</sup> peut être une réponse pertinente à cette volonté de maîtrise. Le chemin clinique se rapproche de ce que les industriels qualifient de « mode opératoire ». L'objectif du chemin clinique est d'arriver à une schématisation du parcours d'un patient accueilli dans l'établissement pour une prise en charge donnée. Les différentes étapes sont décrites ainsi que leur enchaînement. Ainsi, le chemin clinique va d'une part permettre d'améliorer la qualité de la prise en charge en permettant de ne pas

---

<sup>15</sup> Initialement mis au point par Toyota, le système lean est une méthode de management qui permet à l'entreprise d'être au plus près de la demande client et d'éliminer tous les gaspillages.

<sup>16</sup> WOMACK J., JONES D., 2012, *Système Lean*. Editions Pearson, Orléans, 435p.

<sup>17</sup> Le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou multiprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable.

<sup>18</sup> *Chemin clinique – Une méthode d'amélioration de la qualité*, ANAES, 2004.

omettre des étapes nécessaires et d'autre part lutter contre les gaspillages en évitant aussi la sur-qualité. Un exemple de sur-qualité pourrait être le maintien d'un patient opéré en service de chirurgie orthopédique au delà du temps requis alors qu'il pourrait bénéficier d'un niveau de prise en soins différent et plus indiqué en SSR. La création des salons de sortie dans les secteurs de chirurgie ambulatoire répond à la même volonté de faire coïncider le niveau de surveillance et de soins aux besoins des patients en fonction de leur parcours dans le chemin clinique qui les intéresse.

Les acteurs médicaux ou paramédicaux peuvent avoir une réticence naturelle à l'harmonisation ou à la standardisation des prises en charge. Cependant, les standards ne sont jamais immuables et c'est à l'intérieur de ceux-ci que doivent s'exercer et se révéler les compétences cliniques des professionnels qui vont permettre leur adaptation. Si l'approche entrepreneuriale peut « effrayer » les soignants, la question de la pertinence des soins et de la lutte contre les gaspillages est de nature à recueillir leur intérêt.

Il est crucial de faire en sorte que toutes les actions visant à modifier les pratiques dans un objectif d'amélioration organisationnelle apportent plus qu'elles ne coûtent aux acteurs. Les gains doivent être rapidement supérieurs aux contraintes sous peine d'aboutir à un rejet.

## **2.2 La qualité de l'accompagnement des projets est une condition essentielle à l'adhésion des acteurs médicaux et soignants**

La détermination d'un périmètre pertinent pour l'expérimentation ou le déploiement d'un projet qui touche aux organisations hospitalières, aux pratiques médicales et soignantes est un point central dans la réussite de la conduite du changement.

### **2.2.1 Le périmètre d'expérimentation des projets doit être restreint**

La définition du périmètre d'un projet quel qu'il soit donne aux parties prenantes une compréhension partagée de ce dernier et de ses objectifs. Le périmètre qui va être le cadre des projets de modification des pratiques doit être réfléchi en amont de toutes tentatives de déploiement. Le caractère restreint de ce périmètre, loin d'être un facteur péjoratif, doit être préféré à un cadre de travail trop ambitieux.

L'accompagnement au changement doit se faire au sein d'un périmètre qui peut être une unité dans laquelle la connaissance des acteurs est possible. Il faut que la communication et l'accompagnement au quotidien soient possibles et maîtrisés afin d'éviter tout échappement à la dynamique projet et l'apparition de résistances voire de volontés de faire du projet un échec.

### **2.2.2 L'adhésion et la participation d'un leader médical est nécessaire à la réussite d'un projet**

Travailler sur la gestion des flux a forcément un impact sur les pratiques professionnelles. Les acteurs médicaux doivent donc être impliqués dès l'initiation de tels projets. Il devient alors nécessaire d'impliquer les médecins dans ces projets et de pouvoir s'appuyer sur un *leader* médical. Il est en effet illusoire de croire que l'on peut conduire un projet de réorganisation quel qu'il soit en allant contre les acteurs médicaux.

Afin d'illustrer notre propos, si un établissement souhaite développer les chemins cliniques, il sera nécessaire de rechercher dans un premier temps le médecin prêt à s'engager dans ce travail en présentant les avantages qu'il pourra y trouver. Une fois ce porteur de projet identifié, il sera nécessaire de mettre à la disposition du projet toutes les énergies possibles, quitte à la surinvestir, pour que le succès soit au rendez-vous.

Le phénomène de contagion et de perméabilité d'une nouvelle organisation est aisé et quasi naturel si les bénéfices retirés sont visibles. Les autres acteurs auront alors envie de suivre ; personne n'a spontanément envie de changer pour l'inconnu. L'intérêt de cette logique de pilote autour d'un ou de deux individus est de permettre leur accompagnement de grande proximité et un soutien direct.

Pour tout projet, le succès de l'action a une importance cruciale. Cette réussite est plus facile à obtenir comme nous l'avons déjà dit sur un périmètre restreint même s'il doit être un temps, « surinvesti » dans les premières phases du projet.

Le déploiement se transforme alors en valorisation des actions accomplies, sachant que là encore, le déploiement doit être progressif et non systématiquement affiché dès le début du projet. Ce déploiement, même s'il vise à terme une généralisation, doit se baser préférentiellement sur le volontariat. Il est réaliste d'embarquer dans une nouvelle organisation le dernier tiers des acteurs résistants, il l'est beaucoup moins d'envisager de

généraliser cette nouvelle organisation au trois quarts des acteurs après un déploiement au premier quart. Avant la généralisation il est donc nécessaire de passer de l'artisanat à l'industrie en agrandissant progressivement le périmètre d'action du projet.

### **2.2.3 Les acteurs attendent un retour à leur investissement dans les projets**

Impliquer les acteurs et plus spécifiquement les acteurs médicaux dans la recherche d'efficience rend nécessaire de leur démontrer l'intérêt qu'ils sont susceptibles d'en retirer. La seule notion de bien commun face à un établissement en difficulté n'est pas suffisante. Quel intérêt aura par exemple un médecin à renoncer à des ressources humaines s'il a l'impression que ses efforts ne lui apporteront rien et si les efforts ne sont pas demandés à tous avec la même intensité ?

La contractualisation interne constitue un moyen de valorisation des énergies déployées par les acteurs. La généralisation des tableaux de bords d'activités et des comptes de résultats analytiques peuvent constituer des outils de valorisation intéressants. Si l'on souhaite mettre les acteurs dans une logique de résultats, il faut que le *reporting* soit à la hauteur des objectifs fixés et que l'atteinte des résultats escomptés donne lieu à de la reconnaissance. Cette reconnaissance peut passer de manière concrète par un intéressement collectif ou individuel ou par des moyens non vénaux.

## **2.3 Les HBT connaissent des difficultés de gestion des flux des patients qui ont un impact négatif sur l'activité de l'établissement**

Les HBT sont organisés en 6 pôles cliniques, regroupant 13 services. Le secteur MCO regroupe 242 lits d'hospitalisation conventionnelle, 15 places d'hospitalisation de jour et 9 places en UHCD. En 2012, 7 962 des 17 649 séjours MCO provenaient des urgences, soit 45,11%.

Les HBT disposent par ailleurs de deux structures SSR, une située à Sète, l'autre à Agde. Ces deux unités ont une capacité de 82 lits. Un établissement privé SSR se situe sur la commune de Balaruc-Les-Bains (proche de Sète) et a une capacité de 46 lits.

En 2013, l'établissement s'est porté volontaire pour participer au groupe de travail « Gestion des lits » mis en place par l'ANAP. A ce titre, l'établissement bénéficie d'un accompagnement sous la forme d'un coaching. Les raisons qui ont été mises en avant et

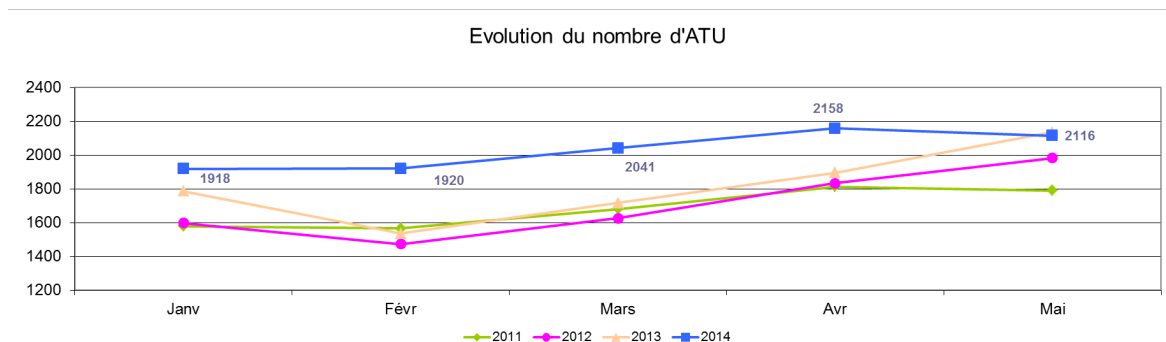
qui ont justifié l'engagement de l'établissement dans ce groupe se basent sur le double constat d'un défaut de régulation partagée dans les admissions des services MCO depuis les urgences et d'une insuffisance d'organisation des processus d'entrée et de sortie des patients. Dès lors, l'objectif de fluidification du parcours patient est mis au centre des préoccupations afin que le patient soit accueilli « *au bon endroit et au bon moment* ». Cet objectif s'appuie sur un diagnostic mettant en avant des points de faiblesse mais aussi des opportunités<sup>19</sup>.

### 2.3.1 Les entrées en hospitalisation via les urgences entraînent une saturation des lits de médecine et une embolisation des lits d'UHCD

De par leur localisation géographique, les HBT sont soumis à une forte saisonnalité des volumes de patients admis. L'héliotropisme estival est en effet propice à une forte augmentation de la population tant à Sète qu'à Agde. L'engorgement des lits de médecine devient récurrent dans les périodes estivales et il induit une fragilisation des organisations y compris au sein du service d'accueil des urgences et à l'UHCD.

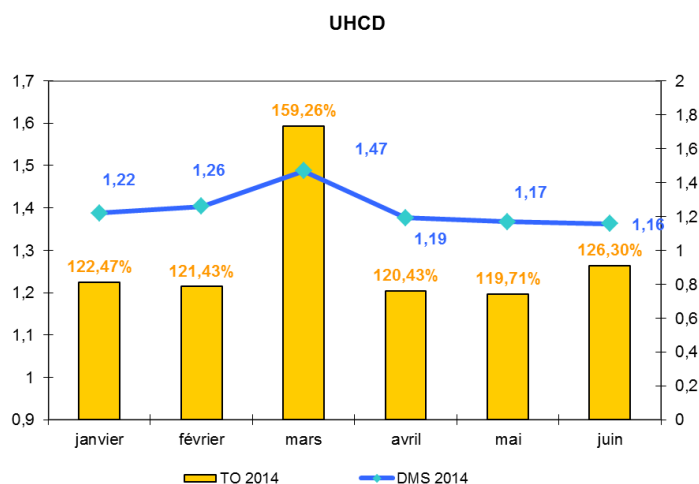
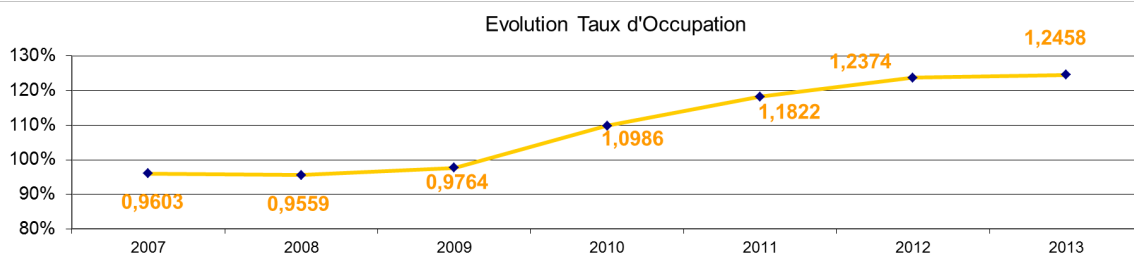
Le manque contextuel de lits d'aval des urgences provoque un blocage en chaîne du flux. L'indisponibilité des lits d'hospitalisation en médecine provoque une augmentation des durées de séjour en UHCD qui perd donc, de facto, son caractère d'hospitalisation de courte durée. L'occupation prolongée des lits de l'UHCD entraîne une augmentation des temps de prise en charge dans les box et la salle de tri des urgences. Les temps d'attente pour l'initiation de la prise en charge à l'accueil des urgences sont rallongés.

Par ailleurs, le nombre de patients accueillis aux urgences montre une augmentation significative depuis deux ans.



Le taux d'occupation en UHCD dépasse les 100% depuis 2010 et les 120% depuis 2012.

<sup>19</sup> ANNEXE VI : Matrice SWOT – Diagnostic « Gestion des lits »



Le mois de mars 2014 a connu un taux d'occupation record de l'UHCD. Les DMS de ce même mois sont les plus élevées de l'année. Elles dépassent systématiquement durant le premier semestre 2014 les 24 heures.

Conjointement, les taux d'occupation des secteurs de médecine sont supérieurs à 90% et ce de manière constante durant les trois dernières années. En 2012, année de référence au démarrage du projet ANAP, les services de médecine (hors cardiologie) ont un taux d'occupation de 94,5%. Ces taux élevés ne laissent aucune marge, en l'état, pour la fluidification du circuit urgences.

### 2.3.2 Les taux d'occupation dans les services de médecine sont élevés avec des DMS généralement plus longues que la moyenne nationale

Les DMS constituent un point critique qui doit être analysé et donner lieu à un travail d'amélioration.

L'indice de performance-durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée de moyenne des séjours, permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leurs durées moyennes de séjours. Il traduit les dysfonctionnements

organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service, etc.). L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjours en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

IPDMS	2012	DMS 2012	2013	DMS 2013	2014	DMS 2014
<b>Médecine A</b>	<b>1,09</b>	10,05	<b>1,07</b>	10,15	<b>1,19</b>	12,84
<b>Médecine B</b>	<b>1,02</b>	7,62	<b>1,14</b>	8,83	<b>0,97</b>	8,49
<b>Médecine AGDE</b>	<b>1,2</b>	11,72	<b>1,24</b>	11,91	<b>1,47</b>	14,06
<b>Cardiologie</b>	<b>0,87</b>	4,39	<b>0,89</b>	4,61	<b>0,84</b>	4,95
<b>Soins Intensifs de cardiologie</b>	<b>0,87</b>	2,73	<b>0,95</b>	2,86	<b>0,89</b>	3,05
<b>TOTAL</b>	<b>1,01</b>	5,41	<b>1,05</b>	5,79		

L'indicateur IP-DMS montre des durées de séjour généralement plus longues que les moyennes nationales dans les services de médecine. La cardiologie connaît un contexte différent avec des DMS qui parviennent à être globalement plus basses que les moyennes nationales. Cet indicateur laisse présager des capacités de travail allant dans le sens de l'amélioration des DMS dans les services de médecine. De même le volume des séjours longs approche les 20% dans les deux services de médecine. La détermination d'un séjour comme séjour long s'appuie sur la méthodologie proposée par l'ANAP (séjour dont la durée est supérieure à 1,3 fois l'IP-DMS de référence). Ce dernier chiffre est de nature à permettre d'envisager des pistes de travail réalistes de diminution des DMS, susceptibles de libérer des jours d'hospitalisation et ainsi améliorer la fluidité des parcours.

### Provenance des patients hospitalisés

0 Mutation interne	26	
1 Admission après consultation établ.	6 074	
2 Médecin extérieur	184	
3 Transfert autre E.J	142	38%
4 Admission urg. accident voie publique	46	
5 Admission urgence accident travail	26	
6 Admission urgente domicile	2 352	
7 Autres admissions urgentes	6 112	51%
8 Autre mode d'entrée	1 900	
9 Mode d'entrée inconnue	9	
TOTAL	16 871	

Avec un taux d'hospitalisation par le circuit des urgences dépassant 50%, les services de médecine des HBT ont du mal à développer l'activité programmée. Les acteurs médicaux



que nous avons pu rencontrer confirment leur difficulté à développer l'activité d'hospitalisation programmée face au flux continu d'entrées en provenance des urgences. Ce type d'activité permettrait cependant une meilleure coordination du parcours des patients par la possibilité qu'il offre de préparer en amont l'hospitalisation et donc d'éviter les temps d'attente d'obtention des rendez-vous d'examen complémentaires nécessaires à la prise en charge.

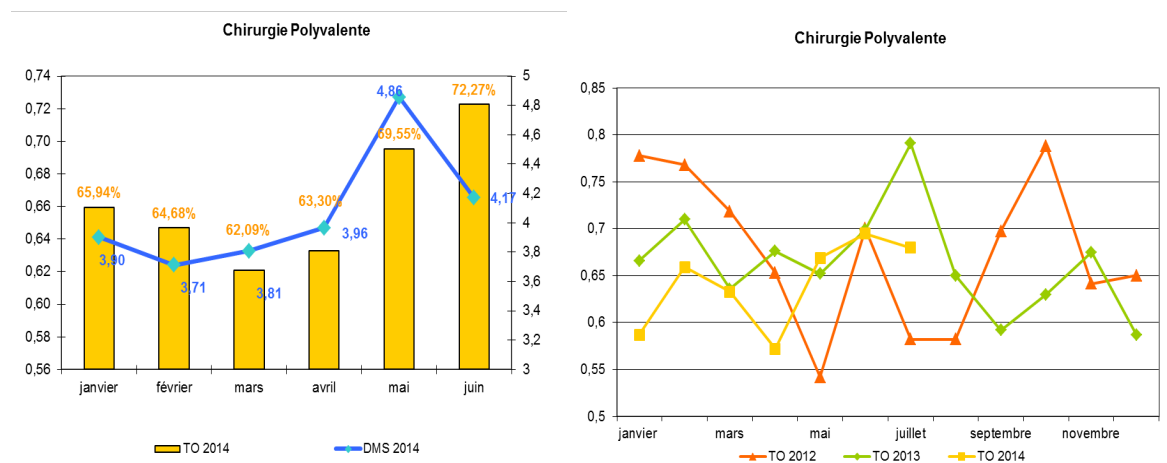
### 2.3.3 Les taux d'occupation des secteurs de chirurgie laissent apparaître une marge d'évolution

L'hôpital Saint-Clair comprend deux unités de chirurgie, un secteur d'orthopédie-traumatologie et un secteur de chirurgie polyvalente regroupant des activités de chirurgie viscérale, urologie, ORL.

Les taux d'occupation de ces deux secteurs laissent apparaître une marge significative de progression.

Pour les années 2012 et 2013, ce taux d'occupation reste stable à 72% avec des IP-DMS supérieurs à la cible par typologie d'établissement.

Le secteur de chirurgie polyvalente connaît, en 2014 (de mai à juin) un taux inférieur à cette moyenne, sauf pour le mois de juin. On peut constater une grande variabilité des taux d'occupation dans ce secteur. Cependant, sur les 6 premiers mois de l'année 2014, on observe une fréquentation des lits de 66,39% et 50% des lits non occupés le sont en semaine.



### Nombre moyen de lits disponibles en chirurgie polyvalente

Mois	Janvier	février	mars	avril	mai
Moyenne du nombre de lits disponibles par jour	3,77	3,71	6,74	2,80	7,13
Moyenne sur la période	4,87				

En moyenne, 4 à 5 lits sont quotidiennement disponibles dans le secteur de chirurgie polyvalente. La constance de ce phénomène laisse présager qu'il sera difficile d'envisager une augmentation de l'activité de ce secteur sans une stratégie de recrutement innovante.

Cependant, cette ressource en lit non optimisée à ce jour constitue une opportunité pour l'établissement qui dispose ainsi d'une réserve de ressources.

#### **2.3.4 L'activité ambulatoire n'est pas à la hauteur des objectifs fixés au CPOM**

Comme nous l'avons vu précédemment, des taux cibles d'activité de chirurgie ambulatoires ont été fixés contractuellement avec l'ARS dans le cadre du CPOM de l'établissement.

L'objectif de 25% en 2013 (il est de 30% pour 2014) n'est pas atteint. Le taux d'ambulatoire de l'établissement se situe à 23,7% (y compris l'ambulatoire forain) avec un taux de rotation encore insuffisant (1,2). Le potentiel de substitution en ambulatoire est de 39,4% avec un taux de séjour d'une nuit de 15,7% et un ambulatoire forain avoisinant les 20%.

L'établissement a donc un fort potentiel de progression dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

### **3 La mise en action du pilotage des séjours et d'une meilleure gestion des flux est une priorité institutionnelle inscrite au projet d'établissement 2014-2019 aux HBT<sup>20</sup>**

La réflexion engagée aux HBT sur la fluidification du parcours hospitalier du patient s'est orientée très précocement vers des actions concrètes. Les changements souhaités vont dans plusieurs directions :

- Réduire les durées de séjour des patients aux urgences dans l'attente d'un lit d'hospitalisation,
- réduire les durées de séjour d'hospitalisation, notamment les séjours longs,
- réduire la durée de séjour en UHCD,
- limiter l'hébergement de patients (patients hébergés dans une spécialité dont ils ne relèvent pas faute de place dans le service adéquat),
- diminuer le temps passé à l'allocation des places d'hospitalisation,
- optimiser les ressources en personnel.

Le groupe « Gestion des lits » s'est positionné en tant que porteur de l'essentiel des thématiques que nous venons de citer. En participant aux travaux et réflexions de ce groupe pendant la durée de notre stage, nous avons pu prendre part à la construction de ce projet.

2014 constitue pour les HBT l'année de renouvellement de son projet d'établissement. En promouvant un projet ambitieux qui doit voir la position de l'établissement se conforter dans son positionnement d'acteur prépondérant dans son territoire, le projet d'établissement 2014-2019 a placé la réflexion sur la gestion des flux au centre de ses préoccupations. Les pistes de travail en lien avec cette problématique centrale sont multiples et nous nous proposons de les détailler maintenant.

#### **3.1 La gestion des séjours et des flux de patients doit s'appuyer sur un système d'information efficient**

Envisager une gestion des flux et des séjours ne peut s'entendre qu'avec le support d'un système d'information efficient qui permette à l'établissement et aux différents acteurs d'avoir accès, en temps réels, aux informations dont ils ont besoin.

---

<sup>20</sup> ANNEXE VII : Plan d'action projet « gestion des lits »

Les HBT sont membre fondateur du GCS « e-santé LR » et participent activement à la dynamique régionale née en 2012 autour de l'information médicale. Cette coopération vise d'une part à faciliter l'orientation du patient dans le système de santé par le déploiement d'outils d'aide à la décision et d'autre part à favoriser la coordination et l'efficacité de la prise en charge du patient en renforçant la continuité de l'information.

*Une étude publiée par le Commonwealth Fund en juin 2011 basée sur le recueil de l'appréciation des patients lourds ayant eu recours au système de santé dans les deux dernières années dans différents pays de l'OCDE a mis en évidence, pour la France, que 53 % des patients interrogés ont fait l'expérience d'un défaut de coordination : résultats d'exams ou dossier non disponibles lors de la consultation, prescription d'exams déjà réalisés, professionnels ne s'étant pas communiqué des informations importantes, spécialiste n'ayant pas une information sur les antécédents et/ou médecin traitant non informé de la prise en charge par un spécialiste.<sup>21</sup>*

La Hôpitaux du Bassin de Thau ont développé un projet multifocal s'inscrivant dans une démarche stratégique de renforcement du levier d'action et de performance que constituent les systèmes d'information. Le cœur de ce projet consiste dans la mise en place d'un dossier patient informatisé (DPI). La démarche projet Med-e-Thau a débuté sa concrétisation en juin 2014 avec la première phase de déploiement de l'application Dx'Care.

### **3.1.1 L'utilisation des outils de coordination régionaux doit se développer**

#### **A) Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)**

L'un des objectifs du ROR est de procéder à un affichage de l'offre de soins des établissements dans une logique opérationnelle, il doit faciliter l'orientation des patients. Il doit mettre à la disposition des établissements un ensemble d'informations allant dans ce sens :

- Support en urgence, en dehors de l'urgence, en situation de crise.
- Permettre la recherche d'une ressource médico-technique spécifique.
- Avoir accès à un annuaire opérationnel de l'offre de soins.
- Affichage et suivi de la PDSES.

---

<sup>21</sup> Extrait du Schéma directeur des systèmes d'information de santé du Languedoc-Roussillon 2012-2016 publié par l'ARS Languedoc-Roussillon

- Affichage des disponibilités des lits.
- Prendre en charge les patients dans une logique de réseau et de filière.

Dans un premier temps les établissements de santé ont dû décrire de manière précise leur organisation, leurs structures et les types de prise en charge proposées. Cette description est désormais accessible sur le portail WEB du ROR. Cette fonction permet à chaque acteur de santé de pouvoir aisément repérer la ressource dont il a besoin pour la prise en charge de son patient. Il s'agit là d'une avancée appréciée des professionnels de santé à même de faciliter la bonne orientation des patients.

Le volet « disponibilité des lits » aborde un versant beaucoup plus dynamique. Les établissements doivent renseigner de la manière la plus régulière possible leur possibilité d'accueil. Avant une généralisation de cet inventaire des ressources disponibles, les secteurs de réanimation et de soins intensifs sont prioritairement concernés.

Si les professionnels utilisateurs ou utilisateurs potentiels perçoivent l'intérêt immédiat de l'outil ROR en matière de cartographie de l'offre de soins, la question de la disponibilité des ressources en lits n'est pas aussi bien accueillie. Pour ce qui concerne les HBT, force est de constater que des difficultés sont encore présentes pour mettre en place une organisation qui permette une mise à jour régulière. Ces réticences reposent en premier lieu sur une question de disponibilité des acteurs pour effectuer cette mise à jour pluri quotidienne. L'argument recevable il est vrai, s'oppose cependant à une simplicité de la procédure qui demande tout au plus une minute de temps. L'automatisation de la transmission en temps réel de ce type d'information est, de notre point de vue, le seul moyen de parvenir à une exhaustivité du renseignement de ces rubriques. Derrière cette première explication au manque d'engouement se cache également une réticence que peuvent avoir les médecins à renseigner spontanément ces données qui peuvent les faire renoncer à une part d'autonomie et d'indépendance dans l'accueil de patients dans leurs lits. Cette crainte fantasmée plus que reposant sur un risque réel démontre cependant l'importance des positionnements d'acteurs face aux projets visant à mutualiser l'information.

## B) L'outil VIA-TRAJECTOIRE

Via-Trajectoire est un outil d'aide à l'orientation des patients issus du court séjour vers les établissements de SSR. Cet outil devrait également s'étendre aux demandes d'accueil des patients vers les établissements d'hébergement (EHPAD, USLD).

Via-Trajectoire comprend :

- un annuaire des structures de SSR et HAD :
  - ressources matérielles et humaines,
  - pathologies prises en charge.
- un outil sécurisé de gestion des demandes d'admission.

L'utilisation de Via-Trajectoire pour les demandes d'orientation vers les différents établissements SSR s'est généralisée au sein des services de courts séjours des HBT. Les demandes sont instruites de manière conjointe par les médecins demandeurs et les cadres de santé. L'importance de programmer au plus tôt le départ des patients vers le type de structures de soins dont ils relèvent est centrale si l'établissement souhaite optimiser les DMS. Lors des entretiens que nous avons menés avec les acteurs médicaux et paramédicaux, il a été souligné la nécessité d'instruire les demandes de la manière la plus anticipée possible. Dans les secteurs de chirurgie, notamment pour l'activité programmée, les demandes sont instruites et saisies dans Via-Trajectoire dès l'entrée du patient.

#### C) Les messageries sécurisées

L'efficacité de la communication avec les professionnels de premier recours est un facteur de fluidité des parcours de soins. La continuité de la prise en charge et la complémentarité entre soins de ville et soins hospitaliers constituent un objectif national fort, régulièrement mis en avant dans les supports d'orientations du système de soins français. La « loi de santé » attendue dans les mois qui viennent devrait à nouveau insister sur ce point central.

La communication des documents nécessaires à la prise en charge et à la continuité des soins doit s'améliorer dans la plupart des établissements. Les HBT ne font pas exception avec des délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation supérieurs aux attentes nationales. Une communication efficace est un gage de réduction du taux de retour en hospitalisation des patients après leur sortie.

La dématérialisation des comptes rendus est de nature à faciliter cette transmission. Le développement des messageries sécurisées (de type APYCRIP) doit donc être un objectif partagé entre l'établissement et les professionnels de santé libéraux.

### **3.1.2 Les informations d'aide à la décision doivent bénéficier d'une accessibilité élargie**

Que l'on considère les processus de gestion comptable et financière, la sécurité des prises en charge ou encore l'aspect organisationnel du fonctionnement hospitalier, la disponibilité d'une information complète, fiable, dynamique, réactive et partagée est devenu une nécessité.

Des outils de recueil de l'information pouvant s'alimenter à partir de sources nombreuses et souvent non compatibles, sont récemment apparus dans la gestion hospitalière. Les « perforateurs de données » ou « requêteurs » sont des puissants systèmes de requêtes permettant, de manière automatisée, de formater la production d'information quantitative et désormais qualitative. Les HBT ont fait le choix d'utiliser l'application Qlickview®.

Cette information couvre tous les champs saisis par informatique à un moment ou un autre dans la chaîne de production administrative ou de soins. Leur puissance de calcul et leur périmètre de recueil sont propices à pouvoir détenir l'information complète et adaptée au soutien des réflexions.

Sur le champ de la production d'informations pouvant concourir à l'amélioration de la gestion des flux de patients, plusieurs pistes sont envisagées.

Dans un premier temps il s'agit de produire de manière automatisée des indicateurs de suivi de l'activité en termes de séjours. La liste des indicateurs pertinents a été fournie par l'ANAP dans le cadre du projet « Gestion des Lits ». Il est d'ailleurs à souligner que la participation à des projets d'accompagnement du progrès réclame aujourd'hui des prérequis en matière d'efficience du système d'information.

#### **Liste des indicateurs ANAP<sup>22</sup>**

- IP DMS (médecine/chirurgie/obstétrique).
- Taux d'occupation brut (médecine/chirurgie/obstétrique).
- Taux d'occupation corrigé (médecine/chirurgie/obstétrique).
- Taux de rotation des unités ambulatoires (médecin/chirurgie).
- Taux de transfert depuis les urgences vers un établissement de santé extérieur.
- Adéquation ressources en lits à l'activité (performance capacitaire).
- Evaluation des ETP du temps passé à la recherche des lits.

---

<sup>22</sup> ANNEXE VIII - Tableau de suivi des indicateurs

- Nombre de lits brancards la nuit.
- Nombre de séjours de plus de 24 heures en UHCD.
- Taux de sortie le matin avant 13h (en médecine).
- Part des séjours longs (dont l'IP MDS est supérieur à 1,3).
- Taux des séjours d'une nuit en hospitalisation complète.

Dans un second temps, la visualisation des disponibilités en ressources lits sera possible en temps réel. L'ensemble des professionnels médicaux ou d'encadrement de proximité aura accès à ces informations par la consultation d'un tableau automatiquement rafraîchi. Dans les secteurs d'urgence et UHCD, la disponibilité des lits sera visible de manière continue sur des écrans prévus exclusivement à cet effet. L'efficacité de cette mesure est conditionnée à une rigueur de tous dans l'enregistrement informatique en temps réel de tous les mouvements de patient.

### **3.1.3 Le DPI**

Les HBT bénéficient d'une expérience éprouvée dans le domaine de l'informatisation d'une partie des processus concourant à la prise en charge des patients. En 2012, l'informatisation de la globalité du circuit du médicament a constitué une avancée importante en termes de sécurité de la prise en charge. Elle a notamment permis la mise en place de l'analyse pharmaceutique (niveau 2) et de la dispensation nominative des traitements dans l'ensemble des structures de l'établissement. Dès 2013 il a cependant été envisagé d'informatiser l'ensemble du dossier patient. Le choix d'une solution informatique différente de celle qui était jusqu'alors utilisée a été fait (Dx'Care). Le déploiement progressif de cette application constitue un projet complexe tant en termes techniques qu'en termes d'investissement des acteurs concernés. Des écueils techniques d'inter-opérabilité entre les différentes applications mais aussi des réticences humaines font que ce déploiement est rendu difficile. La première phase qui incluait le volet admission et le volet prescription était initialement prévue au dernier trimestre 2013. Dans les faits il a fallu repousser à plusieurs reprises ce déploiement qui n'a pu débuter que partiellement en juin 2014. Le caractère stratégique de l'utilisation d'un DPI n'échappe cependant à personne et les efforts conjoints des acteurs devraient permettre de reprendre un rythme de déploiement régulier.

Les apports d'un DPI en matière de régulation et de gestion des flux de patient sont nombreux. Les marges de gains de temps sont par exemple importantes. Elles peuvent concerner :

- le circuit médicamenteux (prescription, dispensation, administration),



- la prescription des examens complémentaires :
  - unicité des supports de demandes,
  - disponibilités des renseignements cliniques qui peuvent ainsi être à la disposition des secteurs effectuant ces examens,
  - programmation informatisée,
  - évitement des examens réalisés plusieurs fois du fait de la multiplicité des demandeurs potentiels et de la non disponibilité des résultats, ...
- la diminution de la iatrogénie qui est de nature à éviter des jours supplémentaires d'hospitalisation, par une sécurisation des prises en charge,
- l'amélioration de la communication entre les différents services pouvant accueillir le même patient
- l'utilisation d'un module de programmation informatisé partagé.

### **3.1.4 L'activité non programmée doit bénéficier de mesures rendant possible une meilleure prise en charge passant par une réflexion sur les structures internes des HBT**

Comme nous l'avons décrit précédemment, l'activité non programmée a des impacts négatifs sur le fonctionnement général de l'établissement d'une part par des temps de présence trop longs en salle de tri aux urgences et à l'UHCD et d'autre part en rendant difficile le développement de l'activité programmée dans les services de médecine. Les urgences sont cependant le premier vecteur de recrutement de la *patientèle*. L'objectif des HBT est donc bien de mieux organiser l'accueil des patients et ce, quelle que soit leur provenance.

Face à ce constat, les HBT souhaitent mettre en place un mode d'accueil et d'hébergement spécifique aux patients arrivant dans l'établissement par les urgences.

Le dispositif visé a pour but de permettre la création de lits de surveillance prolongée et de stabilisation de l'état de santé des patients qui y seront accueillis. Ce type de prise en charge est de nature à améliorer les parcours de soins en stabilisant l'état clinique des patients avant un éventuel retour à domicile. La sortie du patient sera plus indiquée qu'actuellement notamment pour des patients ayant des facteurs de fragilité. Le taux de ré-hospitalisation devrait par là-même diminuer en garantissant une meilleure performance du système de soins. Au-delà de la surveillance de courte durée permise par son d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, le service d'urgence devrait ainsi pouvoir continuer à traiter et surveiller des patients dont l'état de santé ne justifie pas une

hospitalisation longue, mais qui pourtant nécessitent une surveillance supérieure à 24 heures. La majeure partie des besoins à couvrir concerne le caractère instable de l'état de santé des personnes âgées dont l'environnement sanitaire et social, dans de rares cas économique, n'autorisent pas les médecins urgentistes à envisager leur retour à domicile dans la journée.

Après concertation avec les différents acteurs, le service de chirurgie polyvalente qui connaît des taux d'occupations plus bas que la moyenne des services semble être le plus indiqué pour accueillir cette unité.

D'autres organisations de polyvalence de lits inter-spécialités (en l'occurrence, chirurgie gynécologique) ont d'ailleurs été actées par le passé dans ce service, ce qui en fait un service à la culture fortement perméable à la dynamique institutionnelle.

Quatre lits du service de chirurgie polyvalente seraient reconvertis et assimilés à des lits de médecine à orientation polyvalente, intégrés dans une unité fonctionnelle (UF) « Post-Urgences ».

La supervision médicale de cette unité sera assurée, à moyens constants par les médecins urgentistes. La création de cette unité devra donner lieu à la conclusion d'une convention de fonctionnement interservices (urgences - chirurgie polyvalente).

Au cœur des potentialités de fluidification des parcours de soins internes, ce nouveau mode de prise en charge se fixe l'objectif d'amplifier la qualité de coordination des séjours. La création de cette unité va également dans le sens d'une meilleure utilisation des ressources de l'établissement. L'impact financier est lui aussi envisagé de manière positive par une cotation des séjours plus conforme à la réalité des prises en charge effectuées, ce qui n'est actuellement pas le cas dans le cadre des hospitalisations en UHCD lorsqu'elles dépassent le délai de 24 heures.

### **3.2 La réduction des DMS constitue une question stratégique pour rendre possible les évolutions prioritaires dans le projet d'établissement**

Comme nous l'avons déjà exposé précédemment, la diminution des DMS rend possibles des gains d'efficacité de part les journées d'hospitalisation libérées pour, soit, augmenter

le volume d'activité, soit adapter les ressources aux besoins (notamment en termes de masse salariale).

Nous avons choisi de faire de l'objectif de diminution des DMS l'action numéro un du projet « gestion des lits ». Cet objectif se décline au travers de plusieurs pistes.

### **3.2.1 Les actions à mettre en place pour diminuer la DMS doivent concerner un périmètre pertinent : les secteurs de médecine**

Les IP DMS des secteurs de médecine montrent une marge de progression significative. La priorisation de ces secteurs est donc naturelle et pertinente. Il sera en revanche utile de généraliser ces actions après avoir évalué leur efficacité.

Cette diminution des DMS passe tout d'abord par l'organisation, dès le début du séjour, de la programmation des examens complémentaires. Là encore, il nous a semblé important de cibler le périmètre spécifique que constitue l'imagerie médicale. Les HBT disposent d'un plateau technique important et moderne dont doivent bénéficier les patients dans les phases diagnostiques de leurs prises en charge. Aujourd'hui encore, on peut dénombrer des journées d'hospitalisation dans l'attente d'un rendez-vous d'examen dont seuls les résultats peuvent permettre la mise en place d'une stratégie thérapeutique ou une sortie du patient. Cette action est très liée au déploiement du DPI pour les raisons que nous avons exposé plus haut de partage de l'information clinique et de coordination des différents examens. L'objectif est donc ici d'entamer une réflexion sur les moyens d'anticiper au maximum les demandes d'examen complémentaires d'imagerie. Plusieurs pistes sont à travailler notamment concernant les hospitalisations programmées qui ne devraient intervenir qu'une fois le programme d'examen finalisé (lorsque cela est possible eu égard au degré d'urgence). Pour l'activité non programmée, il est plus délicat d'envisager à l'avance, les examens nécessaires. Là encore le travail sur les chemins cliniques pourrait permettre une anticipation.

Dans tous les cas, il sera utile de mettre en place une communication facilitée entre le service d'imagerie et les secteurs de médecine. Des staffs pluridisciplinaires, sur le modèle des RCP (Réunions de Concertation Pluridisciplinaires) mises en place dans la prise en charge des cancers, pourraient aider à cette amélioration. Envisager une contractualisation entre le service d'imagerie et les services de médecine serait également possible afin que des délais soient garantis pour autant que les indications soient réfléchies et qu'elles recueillent l'assentiment des différents intervenants.

Le travail sur cette première thématique est actuellement mené par un groupe piloté par le médecin responsable de l'unité de médecine gériatrique court-séjour.

### **3.2.2 Les séjours longs doivent bénéficier d'un traitement particulier**

Plusieurs facteurs peuvent participer à un allongement des séjours au delà des moyennes observées généralement. En premier lieu, la durée de séjour peut se trouver rallongée du fait de l'état médical du patient. Dans ce cas, la réflexion doit se centrer sur la pertinence du niveau de surveillance offert par l'unité qui accueille le patient et éventuellement sur la mise en place d'une collégialité des décisions médicales prises.

Lorsque le niveau de technicité et de surveillance n'est plus en adéquation avec le niveau requis par l'état du patient, c'est la question de la disponibilité des lits d'aval qui rentre en jeu.

Enfin, la sortie du patient peut ne pas être possible à organiser du fait de facteurs familiaux ou sociaux.

Dans les faits, quel que soit le motif de rallongement anormal de la durée du séjour, nous avons fait le choix d'analyser l'ensemble des séjours ayant atteint la durée de 10 jours. Cette analyse sera menée par la commission des séjours longs. Cette commission doit se réunir à compter du moins d'octobre 2014 de manière hebdomadaire. Elle est animée par le coordonnateur des séjours (qui prend ses fonctions à la même date). Elle réunit en plus du coordonnateur, des médecins participants à la prise en charge des patients, des cadres de santé, un représentant de la direction, les services sociaux et au besoin, d'autres invités. Un travail préparatoire aux tenues de ces réunions sera nécessaire. Les séjours longs seront repérés en début de semaine (information transmise par le DIM), les informations relatives aux dossiers à analyser seront centralisées par le coordonnateur des séjours. La réunion des différents acteurs permettra d'envisager des pistes de solution et d'actionner certains leviers. La présence d'un représentant de la direction est vue comme nécessaire de part la capacité qu'il a d'actionner certains leviers institutionnels. Ce lieu de rencontre des acteurs aura également comme objectif de permettre une vision globale des problématiques rencontrées et de cibler celles qui sont récurrentes et sur lesquelles une action transversale est envisageable.

### **3.2.3 Les facteurs de fragilité sociale doivent être repérés précocement**

L'anticipation des problématiques sociales doit être favorisée si l'on souhaite éviter des allongements non médicalement indiqués. Avant même la sollicitation des travailleurs sociaux au chevet du malade, un outil de repérage, instruit dès l'entrée du patient, sur le modèle du recueil de données infirmiers, peut être envisagé. Le partage des expériences menées dans les autres établissements participant au groupe ANAP « gestion des lits » a permis d'envisager cette action. Le CHU de Nîmes a ainsi créé une fiche « Fragilité Sociale » que nous avons choisi d'adapter aux HBT et de tester dans les secteurs de médecine. Cette fiche est actuellement en cours de rédaction.

### **3.2.4 La gestion prévisionnelle des séjours constitue un objectif à moyen terme pour les HBT**

L'augmentation de la part de l'activité programmée dans les services de médecine participe à la capacité à mettre en place une logique de gestion prévisionnelle des séjours. Un séjour, programmé à l'avance par le médecin par exemple à la suite d'une consultation, pour lequel le motif d'hospitalisation est connu, les examens complémentaires nécessaires programmés en amont, a toutes les chances de durer un temps défini, sans le dépasser. Ainsi l'établissement peut envisager de prévoir à l'avance son activité en termes de flux.

Pour ce qui concerne l'ensemble des séjours (programmés ou non), la détermination d'une date prévisionnelle de sortie (DPS), au plus tôt après l'entrée, nous semble une piste intéressante. Cette pratique est déjà souvent utilisée dans les secteurs de chirurgie, dans les secteurs de médecine organisés en hospitalisation de semaine et à fortiori dans les secteurs ambulatoires. La fixation de cette date est effectuée par le médecin qui prend en charge le patient. Cette date n'est bien entendu pas immuable et peut être révisée en fonction des impératifs qui vont se présenter. Cependant, cette démarche permet de mettre en place une logique différente, plus proactive de gestion prévisionnelle. Elle revêt en plus l'avantage de pouvoir mettre en place une analyse à posteriori des écarts entre DPS et date de sortie réelle.

Anticiper l'accueil des patients dans les unités de soins et faciliter la fluidité des parcours, notamment pour éviter les temps d'attente aux urgences, réclame également d'améliorer le processus de sortie des patients. L'organisation interne des services doit favoriser la possibilité d'effectuer des sorties dès le matin ou au plus tard à 13 heures afin que les

chambres soient « armées » au plus tôt dans la journée pour accueillir de nouveaux patients. Cette pratique est déjà présente pour ce qui concerne les patients transférés vers des établissements SSR qui demandent une arrivée en fin de matinée. Favoriser les sorties le matin en mettant notamment en place une check-list de sortie est un objectif que nous avons choisi de développer. Les habitudes hospitalières vont préférentiellement vers des sorties dans l'après-midi. Ces habitudes tiennent essentiellement à des organisations anciennes qui perdurent, de décisions de sortie prises à la suite de la visite du médecin qui a généralement lieu le matin dans les services de médecine. Le mouvement de généralisation progressive des organisations soignantes reposant sur des vacations de travail de 12 heures, favorise la possibilité de sortie matinale du fait de l'étalement de l'organisation des soins sur une durée plus longue rendant possible une adaptation et une régulation plus grandes. Certains services ont fait le choix de cette organisation en 12 heures aux HBT. La généralisation n'est pour le moment pas souhaitée par le personnel de certaines unités.

La pratique de la pré-admission est également une priorité retenue. Ces pré-admissions permettent de fluidifier les flux de patients au niveau du service des admissions mais elles sont surtout un facteur favorisant de la gestion prévisionnelle des séjours.

### **3.3 L'amélioration de l'activité des secteurs ambulatoires est un levier de performance globale pour l'établissement et pour la gestion des séjours**

Les objectifs de part d'activité ambulatoire en chirurgie ne sont, à ce jour, pas atteints. L'activité ambulatoire doit permettre aux HBT d'adapter au mieux l'utilisation de leurs ressources aux besoins. Eviter l'ambulatoire forain et faire de cette prise en charge une véritable alternative à l'hospitalisation doit devenir un paradigme pour les médecins des HBT. Il existe cependant une réticence médicale et plus particulièrement chirurgicale à l'activité ambulatoire. Des raisons telles que le manque « d'intérêt » médical de ce type de prise en charge, le fait que l'ambulatoire nécessite une organisation stricte à laquelle tous les acteurs doivent se conformer, la crainte de laisser partir si rapidement un patient après une intervention (argument de la sécurité) constituent probablement la source de ce manque d'adhésion des acteurs médicaux. Nous l'avons vu également, la clinique privée, concurrent direct des HBT bénéficie d'une part de marché sur l'activité de chirurgie ambulatoire significativement plus importante.

Il est donc nécessaire d'améliorer les performances des secteurs ambulatoires des HBT. La révision des maquettes organisationnelles des secteurs ambulatoires, la mise en place d'un salon de sortie rendant possible l'augmentation des taux de rotation font partie des pistes d'amélioration retenues par les HBT.

### **3.4 La coordination des séjours réclame la mise en place d'un relai opérationnel au travers d'une nouvelle fonction de « coordonnateur des séjours »**

#### **3.4.1 Un choix de coordination de proximité maintenu**

Concomitamment à la réflexion qu'ont menée de nombreux établissements sur la gestion des séjours, est apparue la notion de *bed-manager*. La centralisation des fonctions d'ordonnement est ainsi apparue nécessaire pour une meilleure traduction opérationnelle des options retenues par les établissements en matière de gestion des flux.

Dans les faits, la notion de *bed-manager* peut recouper des réalités très différentes d'un établissement à l'autre. Outre la recherche de ressource en lits disponibles, le *bed-manager* peut également parfois prendre en charge la programmation des hospitalisations. Il est d'ailleurs assez pertinent de ne pas séparer les fonctions d'ordonnement des patients en provenance des urgences de celles concernant l'activité programmée. En effet le risque à séparer ces deux fonctions est qu'il se crée une concurrence naturelle entre ces deux fonctions ou acteurs.

Le choix opéré par les HBT dans le projet plus global de régulation des séjours a été de ne pas mettre en place une centralisation de la gestion des ressources-lits.

Cette mission est, sans qu'il soit pour l'instant, envisagé de revenir sur ce fonctionnement, dévolue aux binômes médecins responsables d'unité/cadres de santé. Deux raisons principales ont présidé au maintien de cette option. D'une part, il semblait pertinent de ne pas déposséder, dans une première phase, les acteurs de chaque unité de leurs prérogatives d'ordonnement des entrées. De plus, probablement du fait de la proximité des acteurs des différents services et de l'implication de chacun, il existe une réelle transparence dans la transmission des disponibilités des ressources et une volonté

de chaque acteur de faire en sorte que les transferts de patients depuis les urgences soient facilités.

D'autre part, la fonction de *bed-manager* ou gestionnaire de lits, réclame une continuité de fonctionnement qui nécessite des moyens humains dont l'établissement ne dispose pas actuellement. Une réaffectation des moyens devrait alors être programmée.

Si cette option n'est actuellement pas envisagée, il nous semble cependant pertinent de la prévoir à moyen terme. En effet si une supervision des séjours est apparue nécessaire dans le projet conduit par les HBT, une centralisation opérationnelle des besoins en lit revêt également un intérêt dans le sens où elle participe d'un mouvement de mutualisation et de transversalité.

### **3.4.2 Une supervision des séjours au travers d'un pilotage transversal<sup>23</sup>**

Un projet multidimensionnel et impliquant un grand nombre d'acteurs dans l'établissement tel que celui développé aux HBT réclame une coordination. Les pilotes du groupe doivent, en même temps que la mise en place des actions, s'éloigner du versant opérationnel. La coordination ou supervision revêt un caractère essentiel dans la réussite d'un tel projet, ne serait-ce que pour prévenir l'essoufflement des acteurs face à un ensemble de mesures qui, si elles constituent une opportunité pour un meilleur confort de travail, n'en revêtent pas moins des contraintes.

Il faut donc qu'il y ait de la supervision, de la responsabilité et que la personne positionnée sur cette fonction voit toutes les dimensions de la gestion des lits y compris la qualité de la programmation. Il est nécessaire que cette supervision permette une animation globale autour de la question de la gestion des lits.

Les fonctions du coordonnateur des séjours devront se répartir sur deux versants.

A) Etre positionné comme interface des équipes des différents services de soins

Dans ce rôle, le coordonnateur doit pouvoir être un recours pour les équipes de soins lors de difficultés ayant trait aux parcours des patients. De par sa légitimité affirmée au niveau institutionnel et de par sa vision globale de la situation des ressources de l'établissement,

---

<sup>23</sup> ANNEXE IX - Profil de poste du coordonnateur de la gestion des lits



le coordonnateur doit développer une capacité à aider les professionnels dans la recherche de solution d'hébergement et ce dans une posture de subsidiarité. Le suivi constant des indicateurs de durée de séjour aidera le coordonnateur dans cette fonction. Un accompagnement personnalisé aux équipes sera également possible dans la création et/ou la mise en place d'outils innovants de programmation et de suivi des séjours en promouvant, par exemple, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des séjours.

B) Etre identifié comme le responsable institutionnel de la gestion des séjours

Dans ce versant institutionnel de sa fonction, le coordonnateur des séjours doit être un animateur des instances que l'établissement souhaite mettre en place. Il s'agit d'une part de la commission des séjours longs et d'autre part de la commission des admissions programmées et non programmées. Outre l'animation il sera nécessaire pour le coordonnateur des séjours d'évaluer la pertinence des actions et d'envisager les adaptations à apporter.

## Conclusion

Les années 2013 et 2014 ont été marquées pour les Hôpitaux du Bassin de Thau par des événements marquants. L'inauguration du nouveau plateau technique en mars 2013 a constitué une opportunité réelle en termes d'amélioration de l'outil de travail. Ce nouveau bâtiment bénéficiant d'équipements modernes et la communication organisée à l'occasion de son ouverture a permis de donner une impulsion positive. Cette même année a été marquée par un contexte financier très dégradé qui a conduit à la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier avec l'ARS. Si 2014 voit une amélioration de l'activité et des recettes, l'établissement continue d'être jugé dans une situation particulièrement fragile. Ainsi, les HBT ont été inclus en 2014 dans le dispositif COPERMO. Ces deux dispositifs sont de nature à réduire ou du moins à encadrer l'autonomie de l'établissement dans ses choix stratégiques. Les possibilités d'investissements se voient réduites à leur niveau le plus bas envisageable.

La force des HBT est dans ce contexte de contraintes fortes, d'avoir pu mener une réflexion lucide et pour le moins ambitieuse sur son avenir. C'est cette dynamique qui a constitué la philosophie dans laquelle l'ensemble des acteurs s'est placé pour participer à la rédaction du projet d'établissement 2014-2019, continuer d'agir et avoir la volonté de faire preuve de résilience face aux contraintes. Les Hôpitaux du Bassin de Thau sont positionnés dans un environnement particulier, amené comme nous l'avons vu à devenir de plus en plus concurrentiel avec le renforcement du positionnement territorial d'établissements privés.

Le travail que nous avons mené nous a permis de percevoir la complexité et le caractère central de la réflexion sur la gestion des lits et plus globalement sur la problématique des flux de patients. La gestion de lits est un des sujets centraux pour un établissement parce qu'il touche aux ressources humaines et au flux des patients ce qui en fait un sujet particulièrement complexe du fait de la multiplicité des acteurs impliqués. Ainsi, faire d'un projet sur la gestion des lits une réussite est un gage de réussites ultérieures.

Optimiser la gestion de ses ressources constitue une condition essentielle à la réussite d'un projet et au delà une condition au maintien des activités. La réussite du projet que nous avons décrit est conditionnée à l'investissement de chacun des acteurs et à l'accompagnement que sauront mettre en place les porteurs des différentes actions. Participer à la mise en action de ce projet a constitué pour le futur décideur hospitalier que nous sommes, un terrain d'apprentissage privilégié. Dans le management de ce type

de projet qui a un impact fort sur les pratiques professionnelles, le directeur va devoir adopter un positionnement de promoteur de la conduite du progrès sans venir heurter trop directement des fonctionnements fortement ancrés. A ce titre, le type d'accompagnement dont bénéficie ce projet mais dont a aussi précédemment bénéficié le bloc chirurgical et dont va bénéficier la chirurgie ambulatoire nous semble tout à fait pertinent car sachant impliquer les professionnels médicaux et paramédicaux dans une réflexion organisationnelle (et donc qualitative) qui rejoint de manière naturelle les préoccupations financières.

De notre point de vue, les actions déclinées au travers de ce projet aux HBT sont un véritable vecteur de progrès. Elles ne constituent cependant pas un aboutissement. Un travail sur la question du rattachement des activités médicales à des lits identifiés devra émerger. Il serait en effet vertueux de parvenir à considérer la gestion des ressources lits comme un support au processus de production de soins. Dans une vision idéale et probablement teintée d'utopie, l'établissement mettrait à la disposition du praticien tous un ensemble de supports pour lui permettre de prendre en charge ses patients dans les meilleures conditions qui soient et ainsi de produire de l'activité. Cette mise à disposition serait en revanche déconnectée de toute notion de territoire ou de propriété. Parvenir à un tel résultat ne doit cependant pas engendrer un désinvestissement des acteurs par une dépossession qui aboutirait à un étiolement des sentiments d'appartenance et d'attachement au service public, sentiments très présents dans les établissements publics de santé.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- WOMACK J., JONES D., 2012, Système Lean. Editions Pearson, Orléans, 435p.

### Articles :

- « La gestion des lits en hôpital », janvier – février 2014, Sham – Repères ; n°7, pp. 6-11.
- BOISGUERIN B., VALDELIEVRE H., juillet 2014, Urgences :la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation, Etudes et Résultats - DREES, n° 889.
- GOSSART D., MESKENS N., GUNIET A., septembre 2010, Problématique des lits d'hospitalisation : état des lieux en Belgique et comparaison avec la France, Conférence francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers.
- VAN DIERDONCK R., ROTH A., 1995, Hospital Resource Planning : concepts, feasibility and framework, Production and Operations Management Journal, 2-29.
- 

### Rapports et recommandations :

- CARLI P. (Pr.), septembre 2013, Proposition de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, Conseil National des Urgences Hospitalières.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, avril 2008, La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques – Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences

### Sites internet :

- [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr) : La régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I : Evolution du nombre de lits par discipline et Evolution du nombre de lits et places pour 10 000 habitants par région, entre 2000 et 2009

ANNEXE II : Priorités du PRS Languedoc-Roussillon et préconisations de l'ARS

ANNEXE III : Répartition par établissement des séjours des habitants de la zone d'influence des HBT

ANNEXE IV : Matrices SWOT – Hôpitaux du Bassin de Thau – Juin 2014

ANNEXE V : Liste des entretiens menés

ANNEXE VI : Matrice SWOT – Diagnostic « Gestion des lits »

ANNEXE VII – Plan d'action projet « gestion des lits »

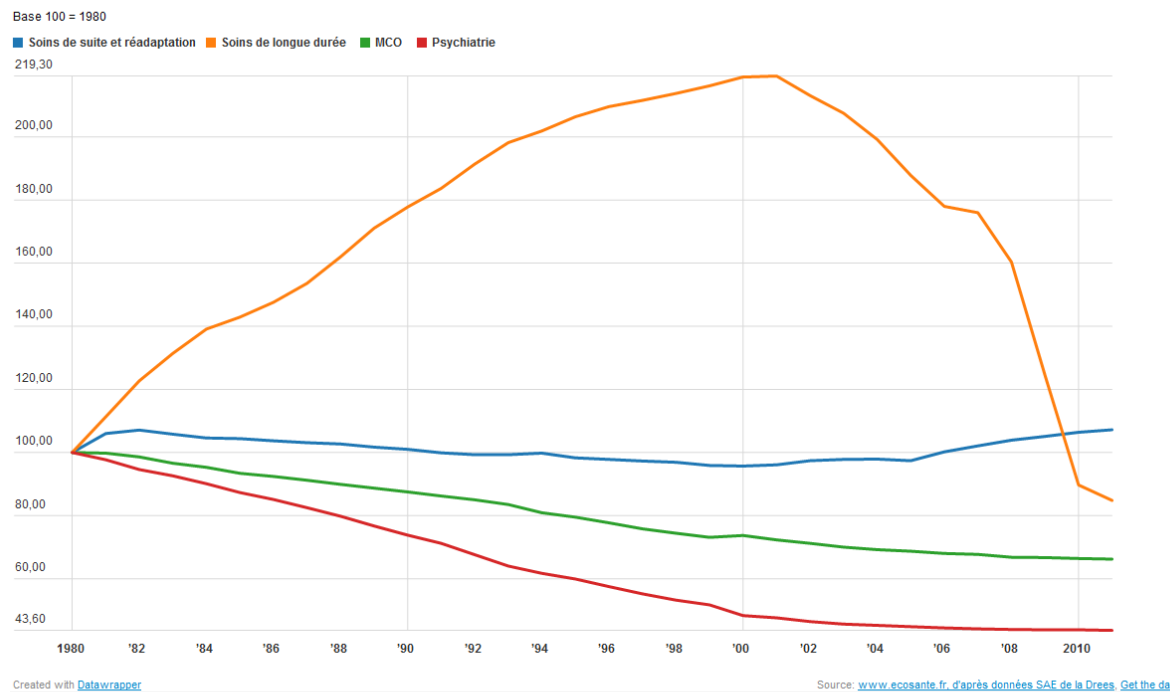
ANNEXE VIII – Tableau de suivi des indicateurs gestion des lits

ANNEXE IX - Profil de poste du coordonnateur de la gestion des lits

## ANNEXE I

### Evolution du nombre de lits par discipline

(IRDES, sources SAE de la DREES)



## Evolution du nombre de lits et places pour 10 000 habitants par région, entre 2000 et 2009

Evolution du nombre de lits et places pour 10 000 habitants par région, entre 2000 et 2009

Région	Soins de courte durée (MCO)			Psychiatrie			Soins de suite et de réadaptation			Soins de longue durée			Total		
	2000	2009	Evol. 2000/2009	2000	2009	Evol. 2000/2009	2000	2009	Evol. 2000/2009	2000	2009	Evol. 2000/2009	2000	2009	Evol. 2000/2009
Alsace	48,0	41,9	-13%	13,3	12,4	-7%	15,7	16,6	6%	22,6	11,9	-47%	99,6	82,8	-17%
Aquitaine	45,8	40,0	-13%	18,7	15,7	-16%	18,0	17,5	-3%	9,9	5,0	-49%	92,5	78,3	-15%
Auvergne	47,3	43,0	-9%	20,4	18,6	-9%	17,7	17,6	-1%	21,9	18,2	-17%	107,4	97,4	-9%
Basse-Normandie	46,4	43,1	-7%	15,9	13,5	-15%	14,6	16,3	12%	14,4	5,3	-63%	91,2	78,2	-14%
Bourgogne	46,6	44,6	-4%	16,0	14,1	-12%	14,0	16,8	20%	19,3	7,0	-64%	95,9	82,5	-14%
Bretagne	41,5	38,6	-7%	24,1	18,3	-24%	18,2	16,7	-8%	21,3	9,1	-57%	105,2	82,8	-21%
Centre	38,8	36,5	-6%	14,3	13,3	-7%	14,0	15,6	11%	20,0	10,1	-50%	87,0	75,5	-13%
Champagne-Ardenne	45,9	44,2	-4%	11,8	11,2	-5%	8,9	10,9	22%	15,9	6,5	-59%	82,5	72,6	-12%
Corse	50,4	38,3	-24%	16,5	15,1	-9%	23,2	19,4	-17%	13,8	8,1	-42%	104,0	80,8	-22%
Franche-Comté	42,9	39,0	-9%	15,5	13,8	-11%	13,5	15,0	12%	17,0	5,5	-68%	88,9	73,3	-18%
Haute-Normandie	38,1	36,4	-4%	11,6	11,0	-5%	12,0	14,7	22%	13,5	4,9	-64%	75,2	66,9	-11%
Ile-de-France	44,7	37,2	-17%	12,0	11,2	-6%	12,8	16,3	27%	9,0	6,1	-32%	78,4	70,7	-10%
Languedoc-Roussillon	45,0	37,8	-16%	18,1	15,0	-17%	24,2	21,5	-11%	12,1	10,2	-16%	99,4	84,6	-15%
Limousin	52,2	47,8	-8%	23,5	20,7	-12%	15,6	16,5	6%	35,5	15,3	-57%	126,8	100,3	-21%
Lorraine	49,3	43,7	-12%	14,2	12,8	-10%	15,4	15,9	3%	13,1	8,9	-32%	92,0	81,2	-12%
Midi-Pyrénées	42,8	36,4	-15%	18,3	15,9	-13%	18,2	18,1	0%	12,3	7,3	-40%	91,6	77,8	-15%
Nord-Pas-de-Calais	40,9	40,5	-1%	11,7	11,1	-5%	10,4	14,6	41%	10,9	8,6	-21%	73,8	74,8	1%
Pays de la Loire	38,8	34,3	-12%	14,5	12,3	-15%	16,1	15,0	-7%	16,8	8,9	-47%	86,3	70,5	-18%
Picardie	38,0	36,9	-3%	15,7	14,4	-8%	14,2	15,7	10%	14,7	10,8	-26%	82,6	77,9	-6%
Poitou-Charentes	37,4	35,9	-4%	14,3	12,8	-10%	13,6	14,2	4%	13,8	6,8	-51%	79,1	69,7	-12%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	47,1	40,2	-15%	14,6	14,3	-2%	24,2	22,6	-7%	8,5	4,5	-47%	94,4	81,7	-13%
Rhône-Alpes	42,0	37,4	-11%	13,4	12,0	-11%	18,2	16,7	-8%	19,0	6,1	-68%	92,7	72,2	-22%
Guadeloupe	46,2	39,2	-15%	12,5	12,0	-4%	8,9	15,8	77%	11,4	9,1	-20%	79,1	76,2	-4%
Guyane	38,5	29,4	-24%	0,0	4,3	-	2,1	5,1	141%	0,0	0,0	-	40,6	38,8	-4%
La Réunion	46,9	36,1	-23%	6,9	9,1	31%	11,0	14,8	35%	4,7	8,0	71%	69,5	68,0	-2%
Martinique	30,8	26,3	-15%	9,0	7,4	-18%	3,9	8,0	105%	1,1	1,0	-12%	44,8	42,7	-5%
France entière	43,4	38,6	-11%	14,7	13,2	-10%	15,7	16,6	6%	14,0	7,5	-47%	87,8	75,8	-14%

Sources : DREES, Recueil d'indicateurs régionaux : Offre de soins et état de santé des populations, SAE 2000 et 2009, traitements DREES et INSEE - recensement de la population, estimations de la population aux 1<sup>er</sup> janvier 2000 et 2009.

## ANNEXE II

### Priorités du PRS Languedoc-Roussillon et préconisations de l'ARS

#### Récapitulatif des focus

Domaine prioritaire	Focus
<b>Maladies chroniques</b>	<b>Personnes atteintes de :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer</li> <li>• AVC</li> <li>• IRC</li> <li>• VIH</li> </ul>
<b>Comportements favorables à la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfants : obésité, vaccinations</li> <li>• Adolescents : addictions</li> </ul>
<b>Santé mentale</b>	<b>Adolescents et jeunes adultes</b> Eviter les ruptures de parcours en santé mentale
<b>Dépendance et handicap</b>	<b>Personnes âgées :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien à domicile</li> <li>• Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</li> </ul> <b>Personnes handicapées :</b> parcours de vie dans les territoires.
<b>Sécurité et prévention des risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logement insalubre</li> <li>• Qualité de l'eau d'alimentation</li> <li>• Infections associées aux soins</li> <li>• Politique du médicament</li> </ul>
<b>Recommandations transversales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcours de santé</li> <li>• Retours à l'équilibre financier</li> <li>• Prises en charge et recours aux soins évitables</li> </ul>	

Au regard de ces focus, l'ARS édicte 25 préconisations opérationnelles :

Domaine	Préconisation <b>Opportunité/Menace</b> pour les HBT
<b>Accessibilité</b>	
Démographie des professionnels de santé	<i>Préconisation N°1 : L'ARS favorisera sur la région l'installation en nombre suffisant des nouveaux médecins dans les spécialités nécessaires, par notamment une politique pro-active sur l'internat, et en favorisant l'articulation subsidiaire des métiers autour du patient.</i>
Répartition	<i>Préconisation N°2 : L'ARS, aura le souci de veiller à la couverture harmonieuse de son territoire en professionnels de santé. Elle procédera notamment régulièrement à l'actualisation des zonages déficitaires et s'appuiera sur les professionnels libéraux pour construire les meilleures solutions</i>
Permanence des soins	<i>Préconisation N°3 : L'ARS, en s'appuyant sur les CODAMUPS, s'attachera à une organisation territoriale efficiente et garante de cette attente forte et légitime des populations.</i>



<b>Domaine</b>	<b>Préconisation</b>
	<b>Opportunité/Menace pour les HBT</b>
Accès à l'urgence	<i>Préconisation N°4 : L'ARS, notamment dans la définition de ses schémas, veillera à améliorer l'organisation du système afin que les patients puissent disposer des conditions optimales de prise en charge dans les territoires, dans le cadre des urgences vitales</i>
Accessibilité financière	<i>Préconisation N°5 : L'ARS s'attachera à ce que sur son territoire existe une offre disponible à des tarifs accessibles</i>
Refus de soin	<i>Préconisation N°6 : Dans le souci constant de réduction des inégalités de santé, l'ARS s'attachera à ce que les politiques de prévention atteignent aussi les plus démunis et que les soins primaires les prennent correctement en charge.</i>
Handicap	<i>Préconisation N°7 : L'ARS s'assurera, en partenariat avec les partenaires compétents, de l'accessibilité aux soins et aux prises en charge médico-sociales des personnes handicapées et en particulier handicapées vieillissantes sur tout leur parcours de vie</i>
<b>Qualité</b>	
Application des référentiels	<i>Préconisation N°8 : L'ARS se rapprochera de la HAS et de l'ANESM pour étayer les pratiques et les évaluer. Elle s'appuiera sur la gestion des plaintes et des signalements et mettra en place un programme d'inspection contrôle et d'évaluation de la qualité</i>
Les régimes d'autorisation et les appels à projet	<i>Préconisation N°9 : L'ARS s'assurera que s'opère une véritable transversalité entre les différentes logiques d'offres et qu'elles aboutissent à une réelle amélioration des réponses apportées aux populations concernées</i>
<b>Pertinence</b>	
Gestion du risque	<i>Préconisation N°10 : L'ARS, dans le cadre du programme régional de gestion du risque sur lequel elle s'engage avec l'Assurance Maladie, veillera à mettre en œuvre une politique de gestion du risque opérationnelle et à en diffuser la culture tant en interne qu'auprès de ses partenaires extérieurs</i>
Subsidiarité	<i>Préconisation N°11 : L'ARS veillera à la meilleure subsidiarité des modes de prise en charge</i>
Coordination	<i>Préconisation N°12 : L'ARS, dans un souci d'efficacité, veillera à la meilleure coordination des acteurs, autorisant une meilleure fluidité des filières, en favorisant notamment des financements incitatifs ou forfaitisés</i>
Plateformes	<i>Préconisation N°13 : L'ARS, avec les partenaires concernés, favorisera le développement de plateformes offrant en proximité des services coordonnés pour une meilleure prise en charge de la population.</i>
<b>Évitabilité</b>	
Promotion de la santé	<i>Préconisation N°14 : L'ARS s'engagera dans une politique ambitieuse et volontariste de promotion de la santé</i>
Parcours de santé	<i>Préconisation N°15 : L'ARS veillera à ce que les différents schémas et programmes qui vont être construits intègrent bien une dimension transversale visant à optimiser les articulations entre eux.</i>
Système d'information	<i>Préconisation N°16 : L'ARS, avec l'aide des niveaux nationaux, favorisera la mise à disposition d'un système d'information permettant de mieux connaître les trajectoires de soins et d'en évaluer l'efficacité. Elle favorisera la mise en synergie des différents systèmes régionaux (ORS, CREA POS, CIRE...)</i>

Domaine	Préconisation <b>Opportunité/Menace</b> pour les HBT
<b>Sécurité sanitaire</b>	
Education	<i>Préconisation N°17 : L'ARS favorisera les actions de formation visant à diffuser et développer la culture du signalement sur les chaînes de prises en charge</i>
Détection vigilance	<i>Préconisation N°18 : L'ARS renforcera la plateforme de sécurité sanitaire permettant de gérer les alertes</i>
Prévention des risques	<i>Préconisation N°19 : L'ARS développera une politique de prévention des risques couvrant le champ élargi de ses compétences et prenant en compte les spécificités des thématiques concernées (nosocomial, médicament, risques professionnels ...)</i>
<b>Territorialisation</b>	
Littoral/arrière pays	<i>Préconisation N°20 : L'ARS favorisera une gestion solidaire des territoires</i>
Mise en dynamique	<i>Préconisation N°21 : L'ARS favorisera le désenclavement de certains territoires en développant des politiques ambitieuses et innovantes, notamment en matière de transports et de télésanté</i>
<b>Formation, information, animation</b>	
Faire vivre la démocratie sanitaire	<i>Préconisation N°22 : L'ARS, avec l'appui des DT et en liaison avec ses partenaires, conduira une politique active d'animation des territoires sur les projets de santé et pouvant notamment aboutir à des contrats locaux de santé</i>
Formation, information	<i>Préconisation N°23 : L'ARS s'attachera à proposer des actions de formation et d'information sur ses projets à destination des acteurs concernés (usagers, patients, élus, professionnels de santé). Elle mettra à disposition sur son site internet les documents s'y rapportant.</i>
<b>Performance</b>	
Suivi médico-économique	<i>Préconisation N°24 : L'ARS proposera des tableaux de bord permettant un suivi rigoureux des dépenses engagées dans le souci d'une transparence de ses décisions. Elle accompagnera les établissements dans leur démarche de performance dans laquelle elle souhaite qu'ils s'engagent</i>
Coopérations	<i>Préconisation N°25 : L'ARS favorisera le développement des logiques de coopérations des acteurs en s'appuyant notamment sur les outils juridiques et financiers nouveaux instaurés par la loi HPST</i>

### ANNEXE III

Répartition par établissement des séjours des habitants de la zone d'influence des HBT

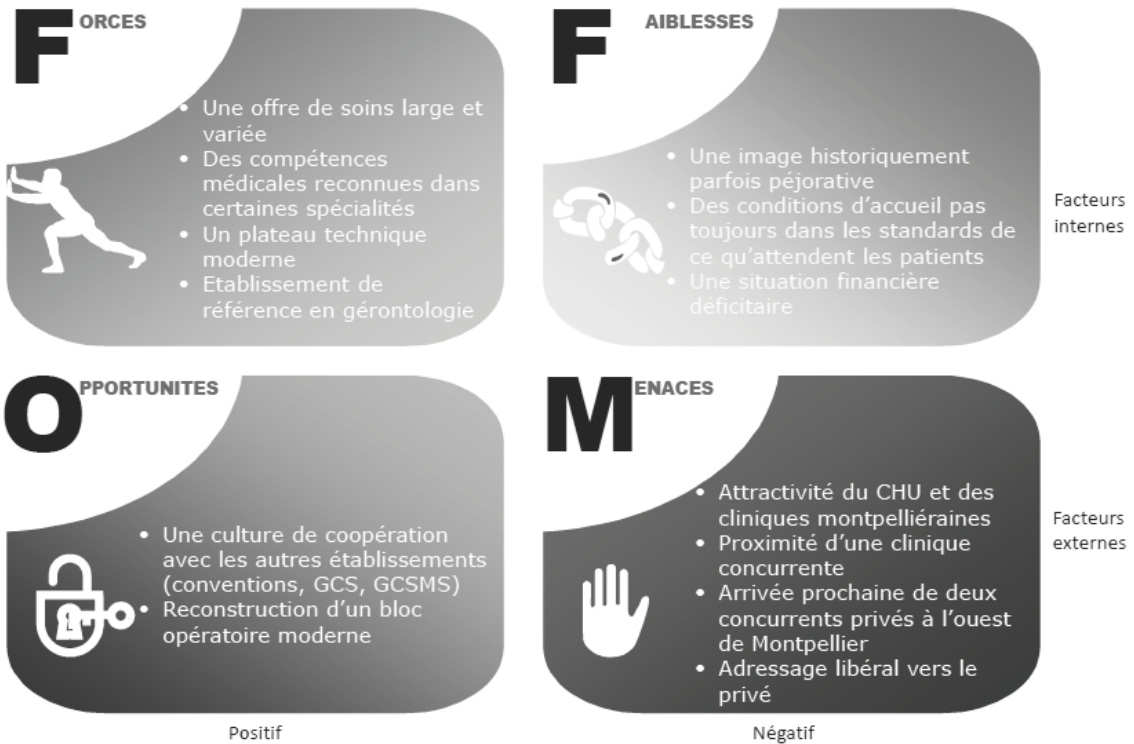
Répartition par établissement des séjours des habitants de la zone d'influence des HBT		
LES HOPITAUX DU BASSIN DE THAU	15 607	25,20%
CHU MONTPELLIER	9 563	15,50%
POLYCLINIQUE SAINTE THERESE	9 157	14,80%
ICM INSTITUT DU CANCER DE MONTPELLIER	8 458	13,70%
CH BEZIERS	3 007	4,90%
SAS POLYCLINIQUE SAINT PRIVAT	2 310	3,70%
POLYCLINIQUE SAINT ROCH	2 261	3,70%
CLINIQUE LE MILLENAIRE	1 871	3,00%
CLINIQUE CLEMENTVILLE	1 728	2,80%
POLYCLINIQUE CHAMPEAU	1 422	2,30%
CLINIQUE DU PARC	1 332	2,20%
POLYCLINIQUE SAINT-JEAN	1 099	1,80%
POLYCLINIQUE PASTEUR	1 046	1,70%
CENTRE D'HEMODIALYSE AMBULATOIRE SAINT GUILHEM	742	1,20%
CLINIQUE BEAU SOLEIL	736	1,20%
CLINIQUE DU DR. CAUSSE	533	0,90%
CENTRE DE NEPHROLOGIE DU BITERROIS	241	0,40%
DIALYSE ST GUILHEM AGDE	191	0,30%
CHLM CENTRE HEMODIALYSE DU LEZ	176	0,30%
AIDER UDSA CLINIQUE JACQUES MIROUZE	104	0,20%
MSM MAS DE ROCHET	87	0,10%
INSTITUT SAINT PIERRE	80	0,10%
CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALONIE	51	0,10%
HL PEZENAS	32	0,10%
POLYCLINIQUE DES 3 VALLEES	21	0,00%
CLINIQUE SAINT- LOUIS	16	0,00%
HL LODEVE	10	0,00%
CLINIQUE VIA DOMITIA POLE DE SANTE	10	0,00%
CHLM CENTRE NEPHROLOGIQUE MEDITERRANEE	2	0,00%
HL CLERMONT- L' HERAULT	2	0,00%
GCS HEMODIALYSE LAPEYRONIE	1	0,00%

## ANNEXE IV

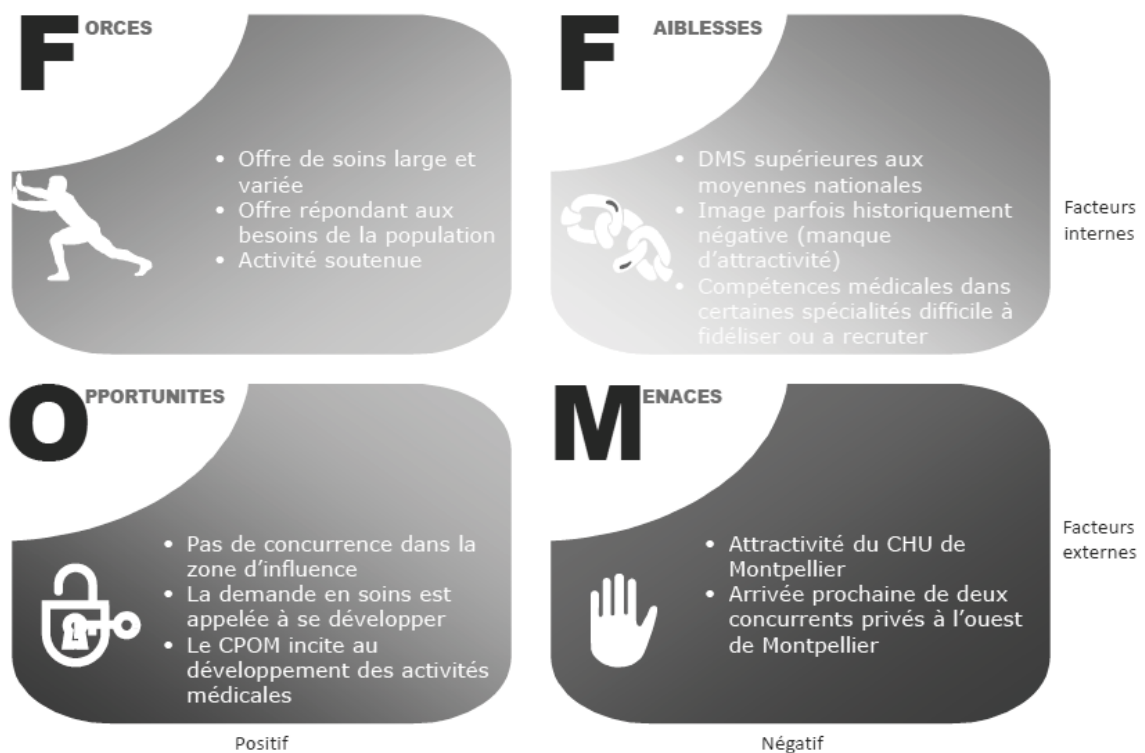
Matrices SWOT – Hôpitaux du Bassin de Thau – Juin 2014

(Etude du positionnement territorial des Hôpitaux du Bassin de Thau, juin 2014, JF. Tirefort)

### LES HBT



### MEDECINE (HC)



## CHIRURGIE CONVENTIONNELLE

### FORCES



- Compétences médicales reconnues
- Activité soutenue (notamment en orthopédie)

### FAIBLESSES



- Délais de prise en charge trop élevé
- Bloc opératoire vétuste, en limite de capacité d'amélioration
- Chirurgie ambulatoire peu développée

Facteurs internes

### OPPORTUNITES



- Reconstruction du bloc opératoire soutenue par l'ARS
- Développement d'activité possible
- Création d'une UACA

Positif

### MENACES



- Attractivité du CHU de Montpellier et des cliniques montpelliéraines
- Proximité d'une clinique concurrente
- Arrivée prochaine de deux concurrents privés à l'ouest de Montpellier

Facteurs externes

Négatif

## OBSTETRIQUE

### FORCES



- Premier établissement de la zone d'influence
- Maternité 2A

### FAIBLESSES



- Déficit d'image
- Offre insuffisante en consultations (notamment consultations prénatales)

Facteurs internes

### OPPORTUNITES



- Développement d'activité possible
- Les orientations du SROS semblent favoriser le regroupement des plateaux techniques

Positif

### MENACES



- Attractivité du CHU de Montpellier et des cliniques montpelliéraines
- Proximité d'une clinique concurrente
- Arrivée prochaine d'un concurrent privé à l'ouest de Montpellier

Facteurs externes

Négatif

## ACTIVITE AMBULATOIRE

### **F**ORCES



- Les locaux et les installations permettent un développement de l'activité

### **F**AIBLESSES



- Activité qui a du mal à se développer
- Des spécialités en manque de compétences médicales
- Une organisation médicale non optimale pour ce mode de prise en charge

Facteurs internes

### **O**PPORTUNITES



- Développement d'activité possible et souhaitée par l'ARS
- Engagements pris dans le cadre du SROS et du CREF

Positif

### **M**ENACES



- Attractivité du CHU de Montpellier et des cliniques montpelliéraines
- Proximité d'une clinique concurrente en meilleure position
- Arrivée prochaine de deux concurrents privés à l'ouest de Montpellier

Facteurs externes

Négatif

## ANNEXE V

### Listes des entretiens menés

- Médecin chef du pôle Médecine
- Médecin responsable d'unité de médecine
- Médecin urgentiste – Pilote du projet « Gestion des lits »
- Directeur des Hôpitaux du Bassin de Thau
- Directeur des affaires générales, de la qualité et de l'information
- Cadre supérieur de santé du pôle médecine – Pilote du projet « Gestion des lits »
- Cadres de santé du pôle Médecine
- Consultant « coach » du projet ANAP « Gestion des lits »

De nombreux entretiens informels avec les professionnels impliqués.

## ANNEXE VI

### Matrice SWOT – Diagnostic « Gestion des lits »





## ANNEXE VII

### Plan d'action projet « Gestion des lits »

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 1 : Diminution de la DMS</b>							
<b>1.1 Diminution de l'IPDMS en médecine</b>							
1.1.1	Organiser dès le début du séjour la programmation des examens complémentaires (périmètre radiologie)	1-oct.-14	1-mars-15	Dr SORITEAU (PH gériatre responsable d'unités)	Dr PASCARD (PH Radiologue) Mme. GASQUET (CDS Imagerie) M. TAINE (RSIO)		Démarche à débiter dès que le nouveau DPI est en place ( DXCARE)
1.1.2	Suivi les séjours longs : •DMS est 1,3 fois supérieurs à la DMS moyenne de l'unité • Cellule de suivi des séjours •Mise en place des seuils d'alerte)	1-avr.-14	1-oct.-14	Dr ETTORI (chef de pôle médecine)	Mme. BARREAU- MICHELOT (Coordonnateur des soins) Dr TRUONG (médecin DIM) Dr QUINQUENET (PH hématologue) Mr MONTEL (CDS CSP)		
1.1.3	Mettre en œuvre des indicateurs « sociaux » dès l'entrée	1-févr.-14	1-juin-14	Mme CHAVE (CSS pôle urgences)	Mr. ESCOT (CDS Urgences) Mme. NOUGARET (CDS MA) Mme. BADIA (assistante sociale)		Réflexion débutée par les CDS et CSS des urgences avec le cadre assistant social en février 2014 se rapprocher du groupe projet initial « indicateurs de démarche sociale ».

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 1 : Diminution de la DMS</b>							
<b>1.2 Mettre en place une gestion prévisionnelle des séjours</b>							
1.2.1	Définir systématiquement une date prévisionnelle de sortie et la réévaluer en cours de séjour	1-oct.-14	1-mars-15	Dr GUILLAUMOU (PH responsable d'unité MB)	Dr TRUONG (médecin DIM) Dr CONSTANT (PH Chirurgien viscéral)		Démarche à débiter dès que le nouveau DPI est en place (DXCARE)
<b>1.3 Lisser et sécuriser les sorties des patients</b>							
1.3.1	Formaliser les sorties le matin : pôle médecine	1-avr.-14	1-oct.-14	Dr ETTORI (chef de pôle médecine)	Dr ABDOUSH (PH pneumologue MB) Mme. NOUGARET (CDS MA)		Le pôle médecine a initié la démarche depuis janvier 2014
1.3.2	Mettre en place une check- list de sortie	1-janv.-14	1-juin-14	Mme. BONFIGLIO (CSS DDS)	Groupe projet déjà en place		Démarche en cours, CRUQPC associée

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 2 : Fluidifier les séjours des patients</b>							
2.1	Mettre en place la visualisation de la disponibilité des lits en temps réel par la mise à disposition de l'outil QlickView	1-avr.-14	1-déc.-14	Dr TRUONG (médecin DIM)	Mr. TAINE (RSIO) Mr. BATY (DSIO)		
2.2	Formaliser les pré- admissions						
2.2.1	A partir des consultations de médecine et de chirurgie	1-oct.-14	1-avr.-15	Dr QUINQUENET (PH Hématologue MA)	Dr CONSTANT (PH Chirurgien viscéral) Dr FILLE (PH diabétologue MA) Mme. VAN-MINGON (cadre des secrétaires) Mme. LEPICIER (responsable des admissions) Mme. BAUDE (CDS Chirurgie orthopédique) Mme. VIE (CDS MB)		
2.2.2	A partir des appels de ville	1-oct.-14	1-avr.-15	Dr QUINQUENET (PH Hématologue MA)	Dr CONSTANT (PH Chirurgien viscéral) Dr FILLE (PH diabétologue MA) Mme. VAN-MINGON (cadre des secrétaires) Mme. LEPICIER (responsable des admissions) Mme. BAUDE (CDS Chirurgie orthopédique) Mme. VIE (CDS MB)		
2.3	Mettre en place la fonction de pilotage des séjours aux HBT	01-sep.-14	-	Dr. BAGNOLS (Président CME)	Mme BARREAU- MICHELOT (coordonnateur des soins) M. TIREFORT (Directeur stagiaire)		

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 3 : Fluidifier l'admission des patients en MCO à partir des urgences</b>							
3.1	Diminuer le nombre de séjours débutant par un passage à l'UHCD	1-avr.-14	1-déc.-14	Dr GODART (médecin UHCD)	Dr FILLE (PH diabétologue MA) Dr TRUONG (médecin DIM) Dr ROQUES (PH Gastro-entérologue MB)		
3.2	Diminuer la durée des séjours des patients à l' UHCD en attente d'une place en MCO (limiter à 24H)	1-avr.-14	1-déc.-14	Dr GODART (médecin UHCD)	Dr FILLE (PH diabétologue MA) Dr TRUONG(médecin DIM) Dr ROQUES (PH Gastro- entérologue MB)		
3.3	Revoir les protocoles d' admission (programmation et lits réservés): *réactiver la commission des admissions programmées et non programmées	1-avr.-14	1-déc.-14	Dr BAGNOLS (Président CME)	chefs de pôles et cadres de pôles		

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 4 : Permettre un meilleur lissage des séjours des patients</b>							
4	Permettre un meilleur redéploiement des personnels en fonction de l'activité prévisionnelle	1-oct.-14	1-avril-15	Mme BARREAU- MICHELOT (coordonnateur des soins)	chefs de pôles et cadres de pôles		

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 5 : Accroître la performance de l'ambulatoire</b>							
5.1	Travailler sur l'optimisation des maquettes organisationnelles des plages de programmation des patients	1-fév.-14	1-juin-14	Dr TRUONG (médecin DIM)	Mme FRAISSE (contrôleur de gestion) Mme ROUQUIER(CDS HDJM) Mme CHAVE (CSS pôle CAR) Mme CASSAGNE (CSS pôle médecine) Mme ROUQUIER (CDS HDJM)		
5.2	Mise en place de salons de sortie en ambulatoire	1-fév.-14	1-oct.-14	Mme CHAVE (CSS pôle CAR)	Mme BONY (CDS HDJC) Mr VOLLE (Directeur DESL) Mr COLIN (Directeur des travaux) Mme CASSAGNE (CSS pôle médecine)		
5.3	Augmentation des places d'ambulatoire	1-fév.-14	1-oct.-14	Dr D'ELIA	Groupe projet institutionnel déjà en place		Démarche débutée en 2013

N°	ACTIONS / Sous actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Propositions de contributeur(s) Validation en Directoire	Statut	Remarques
<b>ACTION 6 : Améliorer l'adéquation entre l'offre de soins proposées par les HBT et les besoins en lits</b>							
6.1	Etudier l'opportunité de la création d'une unité mixte (médico-chirurgicale) ou d'une unité post-urgence par redéploiement des moyens	1-jan.-15	1-déc.-15	CME Chefs de pôles Direction			

## ANNEXE VIII

**Tableau de suivi des indicateurs**

Indicateurs		Unités	DIAG	mars-14	avr-14	mai-14	juin-14
				11/03/2014		13/05/2014	
Socle commun	IP DMS en Médecine	sans unité	1,04	0,99	1,03	1,11	0,94
	IP DMS en Chirurgie	sans unité	0,94	0,93	0,88	1,02	0,92
	IP DMS en Obstétrique	sans unité	0,98	1,04	1,08	1,02	1,06
	Taux d'occupation brut en Médecine	%	92,5%	95,0%	93,3%	92,7%	
	Taux d'occupation corrigé en Médecine	%	92,5%	95,0%	93,3%	92,7%	
	Taux d'occupation brut en Chirurgie	%	70,0%	66,4%	80,4%	75,7%	
	Taux d'occupation corrigé en Chirurgie	%	70,0%	66,4%	80,4%	75,7%	
	Taux d'occupation brut en Obstétrique	%	65,0%	67,9%	68,5%	68,1%	68%
	Taux d'occupation corrigé en Obstétrique	%	65,0%	67,9%	68,7%	68,5%	68%
	Taux de rotation des unités ambulatoire de médecine	%	80%	109,5%	104,2%	113,5%	
	Taux de rotation des unités d'ambulatoire de chirurgie et obstétrique	%	120%	131,0%	152,4%	106,6%	
	Taux de transfert depuis les urgences vers un ES extérieur	%	1%	1%	1%	1%	
	Expérimentaux	Adéquation ressources en lits à l'activité : indice de performance capacitaire	sans unité	0,95			
Evaluation en ETP du temps passé à la recherche des lits		ETP	0,8				
Nombre de lits brancards la nuit		Nb de lits brancards	37,0	27,0	32,0	25,0	47,0
Optionnels	Nombre de séjours de plus de 24H en UHCD		18,2%	17,8%	14,9%	13,2%	21,6%
	Taux de sorties le matin avant 13H ( en médecine)		16,4%				
	Part des séjours longs: dont l'IPDMS est supérieur à 1, 3		6,0%				
	Taux des séjours d'1 nuit en hospitalisation complète		17,8%	12,6%	15,8%	12,3%	
	Taux de réhospitalisations à 48H		0,8%	0,7%	0,5%	0,6%	0,7%

## ANNEXE IX

### Profil de poste du coordonnateur de la gestion des lits



---

### Profil de poste : Coordonnateur gestion des lits

---

#### Définition

Placé sous la responsabilité hiérarchique de la direction des soins, le Coordonnateur de la gestion des lits- Pilote des séjours, assure la coordination de l'ensemble des actions prioritaires aux Hôpitaux du Bassin de Thau, dans le cadre du projet « Gestion des lits ».

#### Mission générale

En lien direct avec les binômes cadre de santé/médecin, il est chargé d'améliorer la gestion des flux de patients au sein des HBT.

#### Organisation, particularités du poste

0,5 ETP

Poste dont les missions seront amenées à évoluer en fonction des actions qui seront prioritaires par l'établissement.

#### Relations professionnelles les plus fréquentes

- Médecins responsables d'unités et ensemble des praticiens hospitaliers
  - Cadres de santé
  - Médecin DIM
  - Direction
  - Etablissements d'aval (USLD, SSR, ...)
  - Ensemble des EHPAD de la filière gériatrique
-

---

## Profil / Qualités requises

- **Cadre de santé avec une expérience professionnelle d'au moins 5 ans, ayant une parfaite connaissance de l'établissement,**
- **Capacités d'autonomie,**
- **Sens de la négociation,**
- **Capacité de positionnement,**
- **Aisance relationnelle et capacité d'animation de groupe,**
- **Maîtrise de l'outil informatique et connaissance approfondie des applications utilisées aux HBT (DX'Care, QlickView, Hexagone, ...)**

## Activités

### 1) Interface auprès des équipes des services de soins

- Suivi des indicateurs des durées de séjour (DIM),
- Participe à apporter des réponses dans les situations de tension connues par l'établissement du point de vue de la disponibilité des lits,
- Intervient dans les situations particulières de séjours complexes, en soutien du binôme cadre de santé/médecin responsable d'unité,
- Participe et accompagne les équipes à la création d'outils de programmation et suivi des séjours,
- Accompagne les équipes des services de soins dans la mise en place d'une gestion prévisionnelle des séjours.

### 2) Interface institutionnelle

- Conception et animation de la Commission des séjours longs
    - participe à la mise en œuvre de cette commission (règles de fonctionnement, champs d'action)
      - Animation des commissions
      - Suivi des actions décidées par la Commission
  - Évalue la pertinence de l'outil de visualisation et envisager les améliorations en lien avec le DIM.
  - Participe à la Commission des admissions programmées et non programmées
  - Accompagne les équipes pour renseigner les outils régionaux de disponibilité en lits (ROR) et le devenir des patients (Trajectoire)
-

TIREFORT

Jean-François

Décembre 2014

## Directeur d'Hôpital

Promotion 2013 - 2015

### **L'amélioration du parcours des patients aux Hôpitaux du Bassin de Thau, facteur de performance et de meilleure réponse aux besoins de santé de la population**

#### **Résumé :**

Les Hôpitaux du Bassin de Thau rédige leur projet d'établissement en 2014 pour les 5 cinq années à venir.

Le contexte concurrentiel du territoire siège de l'établissement et les spécificités sociales, économiques et épidémiologiques doivent présider à la rédaction de ce document stratégique.

Dans un contexte de dégradation de sa situation financière l'établissement fait également face à des contraintes d'économie passant notamment par une optimisation de ses règles de fonctionnement.

La problématique de la gestion des flux de patients fait partie des axes de progrès.

L'établissement l'a inscrit comme priorité institutionnelle dans son projet. Les HBT participent au projet « Gestion des lits » coordonné par l'ANAP au niveau national et l'ARS au niveau régional.

Un plan d'action est en cours de déploiement dans l'établissement. Il s'intéresse à différents leviers d'amélioration du parcours hospitalier du patient.

Les objectifs principaux s'articulent autour de la diminution des DMS, de la fluidification des parcours et de la coordination des séjours.

L'accompagnement institutionnel et le pilotage du projet sont des conditions de succès tout comme l'implication des acteurs.

#### **Mots clés :**

Gestion des lits – Flux de patients – Territoire – Pilotage des séjours – Projet – Projet d'établissement – Séjours longs – Conduite du progrès – Processus complexe – Périmètres d'autorité

*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.*