



EHESP

Filière d'Elève Directeur d'Hôpital

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **décembre 2009**

**Management des lits
et durée moyenne de séjour :
Exemple de recherche d'optimisation
au Centre Hospitalier d'Avignon**

Magali RIGAL

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Decoucut, Directeur pour m'avoir accueillie au sein du Centre Hospitalier d'Avignon et permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions.

Je remercie également Monsieur Durand, Directeur adjoint chargé des ressources humaines et maître de stage pour sa disponibilité, son soutien et ses encouragements réguliers tout au long de l'écriture de ce mémoire.

Celui-ci n'aurait pas vu le jour sans la collaboration de Monsieur Wilmann-Courteau, Directeur adjoint chargé des finances et de la contractualisation et plus particulièrement du suivi de la mission relative au management des lits et à la réduction de la DMS, qui, par ses conseils éclairés, m'a permis d'orienter et d'approfondir ma réflexion.

Enfin je tiens à remercier également l'ensemble des professionnels qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire, par leur participation aux groupes de travail et par le temps qu'ils ont consacré à répondre à mes nombreuses interrogations ou à discuter certaines hypothèses de travail.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 Management des lits et DMS : deux enjeux majeurs du Centre Hospitalier d'Avignon.....	7
1.1 Le management des lits : un processus en réponse aux besoins de santé ..	7
1.1.1 Influence des flux de patients sur le processus de management des lits	7
A) Le management des lits : un processus quasi industriel à l'hôpital.....	7
B) La gestion des flux d'amont et d'aval : un « défaut de fabrication » dans la chaîne de soins ?.....	9
1.1.2 Le management des lits : un outil stratégique d'adaptation de l'offre aux besoins de santé	9
A) Les enjeux actuels du management des lits.....	9
B) L'optimisation des capacités en lits d'hospitalisation : quels effets ?	10
1.2 La maîtrise de la DMS : un enjeu fort de la politique d'établissement	12
1.2.1 La DMS au cœur de la tarification à l'activité.....	12
A) Rappel des principes généraux de la T2A.....	12
B) La remise en cause des politiques de réduction de la DMS.....	13
1.2.2 La durée de séjour : enjeu de contractualisation ?	14
1.2.3 DMS et qualité de la prise en charge.....	15
1.3 Un contexte socio-démographique pénalisant pour le Centre Hospitalier d'Avignon	16
1.3.1 Données socio-démographiques	16
A) Caractéristiques démographiques.....	16
B) Caractéristiques sociales et économiques du territoire	18
1.3.2 Le positionnement du CHA en terme de DMS.....	19
A) Tendances générales	19
B) La situation du Centre Hospitalier d'Avignon.....	21
2 L'identification des facteurs conduisant à augmenter la durée de séjour...24	
2.1 Les facteurs structurels	24

2.2	Les facteurs organisationnels.....	28
2.2.1	L'organisation médicale.....	28
2.2.2	L'organisation de la sortie.....	29
2.2.3	Le rôle du cadre de santé dans l'organisation de l'agenda patient	30
2.3	L'âge des patients : une variable médicale importante	31
2.4	Une variable socio-économique	32
3	Propositions de mesures d'optimisation des lits.....	34
3.1	Une dynamique de réorganisation à poursuivre	35
3.1.1	L'actuelle dynamique de réorganisation des soins née de la future mise en service d'un nouveau bâtiment.....	35
3.1.2	... doit être poursuivie dans un souci de transversalité et de qualité de la prise en charge	36
3.2	Deux niveaux de préconisations : l'institution et le parcours du patient	36
3.2.1	Au niveau institutionnel.....	37
A)	Renforcer l'engagement de la Direction	37
B)	Création d'un comité de gestion des lits.....	37
C)	Redéfinir la position du cadre de santé	38
D)	Adapter les modes de prise en charge de l'établissement	39
3.2.2	En amont de l'hospitalisation.....	41
3.2.3	Pendant l'hospitalisation.....	41
A)	Evaluer le patient dès son entrée afin d'anticiper sa sortie	41
B)	Recours précoce au service social.....	42
C)	Développer le système d'information.....	43
3.2.4	La sortie du patient	44
A)	Certification	44
B)	La mise en place d'un salon des sortants	44
C)	La poursuite de la coopération avec les structures d'aval	46
	Conclusion	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CHA	Centre Hospitalier d'Avignon
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREF	Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile Gériatrique
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation A Domicile
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PATH	Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSS	Résumé Standardisé de Sortie
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SLD	Soins de Longue Durée
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSI	Soins de Suite Indifférenciés
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« L'hôpital de demain sera un hôpital plus performant.

La recherche de la performance doit être une priorité, car elle permet d'offrir à nos concitoyens des soins plus adaptés et d'utiliser au mieux les ressources ».

Déclaration de Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé et des sports, sur la réforme de l'hôpital, notamment la recherche de la performance et le statut médical de clinicien hospitalier, le 3 juillet 2009.¹

L'actualité hospitalière qui caractérise ces dernières années est en effet fortement marquée par les notions de performance et d'optimisation des ressources et ce, dans un contexte budgétaire difficile, de pénurie de certains personnels ou encore de saturation des capacités d'accueil des établissements de santé.

Il s'agit donc pour l'ensemble des établissements hospitaliers de tirer le meilleur parti possible de leurs ressources (humaines, matérielles, logistiques,...) de façon à répondre à la fois aux besoins croissants de santé et aux objectifs de gestion financière.

Le Centre Hospitalier d'Avignon n'échappe pas à cette situation ; paradoxalement, l'établissement a connu une activité très soutenue en 2008. Cette forte activité, développée en réponse à une demande de soins en augmentation constante, est réalisée dans un contexte local de sur-occupation des lits de médecine auquel s'ajoute la problématique des pathologies médicales hébergées dans les services de chirurgie, et surtout, la difficulté, évoquée depuis déjà plusieurs années, à assurer la sortie des patients de court séjour vers un secteur de soins de suite et de convalescence largement déficitaire sur le territoire vaclusien.

Dans le Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) conclu en 2008 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), formalisant les principales actions de l'établissement en matière de recherche de potentialités d'économies et de recettes, est inscrite une démarche de diminution de la durée moyenne de séjour (DMS). Il a en effet été constaté qu'un nombre important de

¹ Ouverture de la 6^è conférence annuelle « Economie de l'hôpital HPST : ce que la loi révolutionne » à Paris le 3 juillet 2009

séjours présente une durée supérieure à la moyenne nationale constituant une perte financière potentielle pour l'établissement dans le cas où un autre patient n'a pu être hospitalisé faute de places disponibles. On observe ainsi des écarts allant de + 8,9% pour la médecine (6,1 jours de DMS au CHA contre 5,6 jours de DMS théorique) et + 21,3% pour la chirurgie (7,4 jours de DMS au CHA contre 6,1 jours de DMS théorique) entre les données de l'établissement et celles de la Fédération Hospitalière de France à case mix² identique.

Au Centre Hospitalier d'Avignon, les difficultés d'hospitalisation dans les services de médecine et de chirurgie en provenance des urgences, liées à un manque de lits disponibles, ont des répercussions fortes aussi bien sur l'organisation du service des urgences (encombrement du service, durée de passage aux urgences en hausse, glissements de tâches, situations de stress et d'épuisement du service), qu'entre les services (tensions tant en interne qu'en externe avec les structures d'aval) mais également sur les équilibres budgétaires de l'établissement (hospitalisations peu pertinentes, pertes de recettes liées aux transferts dans d'autres établissements, surcoûts liés à la désorganisation).

Le management des lits permet d'optimiser les ressources d'un établissement de santé, à savoir développer les potentialités de prise en charge de la patientèle en attente de soins. Si la DMS en est l'indicateur, la gestion des lits se révèle être un outil au service de la recherche d'optimisation, consistant à « gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation,...), sous contrainte de ressources ».³

De quels leviers d'actions dispose aujourd'hui le Centre Hospitalier d'Avignon afin d'agir sur sa durée moyenne de séjour tout en optimisant ses organisations et plus particulièrement la gestion des lits et en maintenant la qualité de la prise en charge ?

² Le Tableau Coût Case Mix (TCCM) est un outil de comparaison analytique qui permet de comparer les charges d'exploitation MCO d'un établissement de santé avec un établissement virtuel qui a strictement la même activité comptabilisée en GHM mais dont les coûts de production sont calculés à partir des coûts unitaires identifiés dans l' ENC. L'hôpital se compare donc, poste de dépense par poste de dépense, avec son double « vertueux », représentatif de l'organisation moyenne des établissements de l' ENC.

Source : www.meah.sante.gouv.fr – comptabilité analytique

³ La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences, MEAH

L'enjeu que représente un management efficient des lits est un défi ambitieux pour tout directeur d'hôpital qui décide d'en faire un axe de sa politique d'établissement. Il doit en effet se confronter au poids historique des organisations et aux résistances des professionnels souvent soucieux de préserver leur « territoire ».

Dans une démarche d'amélioration de la gestion des lits, le directeur d'hôpital se trouve au carrefour de nombreuses organisations transversales et interdépendantes sur lesquelles il a peu de visibilité et qui rendent l'exercice d'autant plus compliqué.

Optimisation, qualité, performance sont aujourd'hui les défis que le Centre Hospitalier d'Avignon s'efforce de relever. Pour cela, il a choisi d'agir sur le management des lits et la réduction de la DMS considérant qu'ils sont deux enjeux majeurs (1). Au travers des facteurs interférant sur les durées de séjour (2), il est proposé d'inscrire le management des lits comme levier d'actions dans la politique d'établissement (3).

Méthodologie

Ce sujet relatif à la gestion des lits et à la durée moyenne de séjour a été validé par Monsieur Decoucut, directeur de l'établissement, dès la fin de mon premier stage hospitalier. Il s'agit d'un dossier institutionnel faisant l'objet d'une mesure inscrite au CREF du Centre Hospitalier d'Avignon.

A la suite d'un premier audit externe réalisé en 2008 ayant révélé la problématique de gestion des lits et conforté celle des DMS anormalement élevées, le Centre Hospitalier d'Avignon a fait le choix d'être accompagné par une assistance externe dans une démarche d'optimisation afin d'établir un diagnostic, d'élaborer et suivre un plan d'actions sur douze mois.

Après une première phase conduite de décembre 2008 à mars 2009, le processus d'accompagnement du centre hospitalier s'est poursuivi depuis avril 2009 par la mise en œuvre progressive d'un plan d'actions, correspondant ainsi à mon arrivée en stage dans l'établissement.

Pilotée en interne par Laurent Wilmann-Courteau, Directeur Adjoint chargé des affaires financières, cette mission relative au management des lits et à la réduction de la DMS porte sur quatre pôles « test » : médecine, cardio-vasculaire et maladies métaboliques, maladies de l'appareil digestif et de l'abdomen, spécialités chirurgicales.

Mon rôle dans cette phase de travail, qui fait par ailleurs l'objet d'un dossier confié dans le cadre de mon deuxième stage hospitalier, a été d'accompagner les groupes de travail dans leur réflexion et dans l'évaluation de leurs pratiques mais également dans la mise en œuvre de certaines actions d'amélioration.

J'ai également été chargée d'assurer l'information de l'équipe de direction et des cadres de santé sur l'avancement de la mission par des points d'étape réguliers.

Au-delà du diagnostic réalisé par le consultant, j'ai choisi d'approfondir le sujet au-delà de la situation particulière du Centre Hospitalier d'Avignon en effectuant une recherche bibliographique sur ces thèmes mais également en réalisant un benchmarking auprès d'établissements ayant déjà travaillé sur cette problématique.

Enfin, j'ai enrichi mon étude en interrogeant individuellement des professionnels de santé de l'établissement.

Cette méthode de travail m'a permis de dresser un bilan des facteurs d'accroissement de la DMS propres au Centre Hospitalier d'Avignon notamment basé sur l'observation des organisations et des pratiques au cours du premier et deuxième stage hospitalier.

En outre, le statut privilégié de « stagiaire » m'a autorisée à émettre un avis critique sur les obstacles à lever pour permettre l'aboutissement de cet objectif institutionnel mais également à proposer des préconisations visant à poursuivre le travail déjà engagé ou à mettre en œuvre de nouvelles actions au-delà de celles initialement inscrites au plan d'action opérationnel.

1 Management des lits et DMS : deux enjeux majeurs du Centre Hospitalier d'Avignon

Souvent qualifié d'entreprise de santé, l'hôpital, par certains aspects, revêt également un caractère industriel qui fait du management des lits un outil d'optimisation des capacités hospitalières en constante adaptation à la demande de soins.

Cet outil doit être associé à un indicateur, la durée moyenne de séjour, qui apparaît aujourd'hui comme un élément incontournable de mesure de la performance des établissements de santé.

1.1 Le management des lits : un processus en réponse aux besoins de santé

La capacité d'un établissement hospitalier dépend non seulement du nombre de lits en activité mais également de la façon dont ils sont utilisés afin de répondre aux besoins de santé de la population et d'assurer la continuité de la prise en charge des patients. Le management des lits peut se définir comme un outil de gestion des admissions, des séjours, des transferts et des sorties réalisés par un hôpital.

S'il est possible d'appréhender le management des lits comme un processus quasi industriel, il est également indispensable de le considérer comme un outil modulable de façon à répondre aux besoins de santé.

1.1.1 Influence des flux de patients sur le processus de management des lits

A) Le management des lits : un processus quasi industriel à l'hôpital

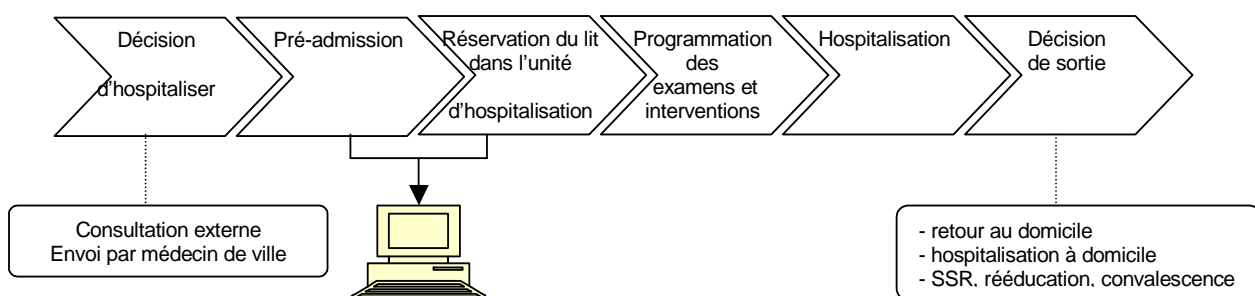
La gestion des lits hospitaliers peut s'apparenter à un processus industriel de fabrication où le circuit du patient représenterait le processus de fabrication pour lequel il conviendrait d'identifier les facteurs les plus contributifs à l'allongement de la durée de séjour (défaut de fabrication), de rechercher les leviers d'amélioration (paramétrage du

processus de fabrication) et de les décliner sur l'ensemble des unités de soins (chaînes de production). Dans ce contexte, l'unité de soins est l'unité de production et le lit devient alors l'unité d'œuvre de l'établissement.

Deux types de séjour peuvent être globalement modélisés :

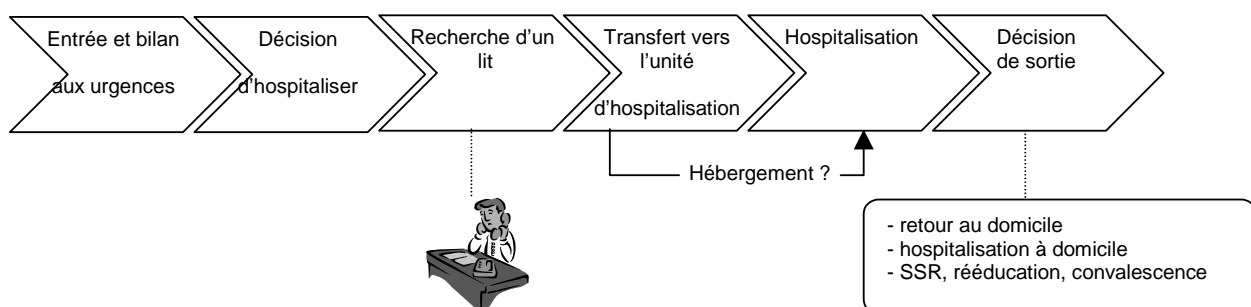
- le séjour en hospitalisation programmée
- le séjour en hospitalisation d'urgence

Modélisation du séjour en hospitalisation programmée



La performance de la gestion des lits en hospitalisation programmée dépend de l'efficacité de chacune des phases de l'hospitalisation (admission, séjour, sortie). Le directeur d'hôpital doit veiller à la bonne coordination de l'ensemble des phases et à l'anticipation des unes sur les autres.

Modélisation du séjour en hospitalisation d'urgence



L'hospitalisation en urgence pose une double problématique. D'une part, l'établissement ne dispose d'aucune maîtrise sur les flux d'arrivée des patients, d'autre part, il doit faire face aux capacités d'accueil limitées des unités de soins.

B) La gestion des flux d'amont et d'aval : un « défaut de fabrication » dans la chaîne de soins ?

➤ Le flux d'amont

La prise en charge du patient en aval du service des urgences est une difficulté récurrente, qui implique au Centre Hospitalier d'Avignon de longues recherches des disponibilités en lit par le personnel des urgences et celui des services de soins, d'importants temps d'attente pour les malades et souvent une inadéquation entre le placement et la pathologie, ce qui est bien évidemment défavorable à la qualité des soins et à la prise en charge du patient, au-delà de l'aspect économique.

A l'issue de son passage aux urgences, le patient peut ainsi soit être transféré directement dans l'unité d'hospitalisation relevant de sa pathologie, soit bénéficier d'un « hébergement » signifiant que, faute de place dans le service adéquat, le patient est hospitalisé dans un lit vacant d'un service d'une autre spécialité. Les inadéquations les plus criantes concernent par exemple les malades de médecine hospitalisés dans les services de chirurgie. Ce système est généralement mal accepté par le service receveur et par les patients eux-mêmes.

➤ Le flux d'aval

Cette problématique étant développée dans les chapitres suivants, il convient de noter dès à présent que le Centre Hospitalier d'Avignon souffre d'un déficit structurel de solutions d'aval pour les patients nécessitant une prise en charge en soins de suite, rééducation, réadaptation ou encore en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Des difficultés sont aussi à relever concernant les patients dont le retour à domicile nécessite la mise en place d'aides sociales, d'aides à la réalisation des soins ou encore de mesures d'amélioration de l'habitat en vue d'un retour à domicile.

1.1.2 Le management des lits : un outil stratégique d'adaptation de l'offre aux besoins de santé

A) Les enjeux actuels du management des lits

La gestion des lits est aujourd'hui un outil stratégique dont les enjeux sont majeurs pour l'hôpital.

Il s'agit tout d'abord d'un enjeu médical, en termes d'activité et de recrutement, puisque la capacité en lits et la discipline pour laquelle ils sont autorisés sont déterminantes pour mener à bien le projet médical de l'établissement.

C'est également un enjeu organisationnel, aussi bien depuis l'aiguillage du malade aux urgences jusqu'à l'anticipation des hospitalisations programmées, l'accessibilité aux services médico-techniques, l'organisation des consultations... Par conséquent, l'ensemble des étapes du circuit du patient doit être protocolisé et connu de tous.

Le management des lits comporte également un enjeu économique, avec notamment la nouvelle importance prise par l'indicateur de la DMS dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) . Le management des lits n'affecte pas que la capacité globale de l'établissement ; elle a également des impacts sur les coûts, la qualité et l'accessibilité des soins.

Enfin, la gestion des lits est également l'objet d'un enjeu de pouvoirs locaux aussi bien internes qu'externes, dans la délimitation de territoires informels. En interne, les chefs de pôle se partagent la capacité en lits et militent chacun en ce qui le concerne pour sauvegarder leurs activités. En externe, les établissements se concurrencent pour obtenir auprès des autorités de tutelles des autorisations de création et/ou renouvellement d'activité et donc des capacités en lits d'hospitalisation.

B) L'optimisation des capacités en lits d'hospitalisation : quels effets ?

Ces multiples enjeux tendent à prouver que l'optimisation de la gestion des lits est primordiale. Elle permet notamment de mettre fin aux séjours dits « en inadéquation » ou inappropriés :

- séjours prolongés du fait d'une recherche de solution de sortie alors même que la décision de sortie a été prise par le praticien ;
- séjours prolongés dans l'attente de réalisation d'examens complémentaires ;
- séjours des patients « hébergés » dont le service d'accueil ne correspond pas à la pathologie diagnostiquée et ce, faute de places disponibles dans le service ad hoc.

L'optimisation de la gestion des lits permet de répondre aux besoins de santé et plus concrètement d'assurer une meilleure rotation des patients dans les lits de court séjour et, par conséquent :

- d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients au service d'accueil des urgences (SAU) et dans les services de médecine et de chirurgie du CHA (diminution des temps d'attente aux urgences, hospitalisation dans l'unité correspondant à la pathologie du patient) ;
- d'offrir de meilleures possibilités d'accueil des patients programmés dans les unités de soins médicales, les programmations étant souvent remises en cause par des patients admis en urgence ;
- de réserver dans chaque service médical un nombre de lits suffisants pour permettre aux services d'urgences adultes de faire face aux pics d'activité journaliers ou saisonniers ;
- de libérer des potentialités de prise en charge supplémentaires afin de développer de nouvelles filières de soins (création de nouvelles activités) ;
- d'améliorer les conditions de travail des personnels car la prise en charge des « hébergés » requiert plus de polyvalence et d'adaptabilité des agents.

Le chantier MEAH relatif à la gestion des lits dans les hôpitaux et les cliniques

Il paraissait difficile d'étudier la thématique relative à la gestion des lits et à la réduction de la DMS sans prendre connaissance des travaux de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) à ce sujet.

Bien que des actions concrètes⁴ aient pu être mises en œuvre dans les établissements ayant participé à l'expérimentation, le bilan⁵ qui a pu en être tiré reste toutefois en demi-teinte :

- dimensions multiples du thème (qualité, stratégie, finances,...)
- nombre et diversité des professionnels intervenant de près ou de loin dans la gestion des lits
- responsabilités fractionnées entre de nombreux professionnels
- absence d'objectifs, de pilotage et d'attention au niveau institutionnel
- absence de mise sous contrôle des processus élémentaires

Ce bilan peut être sans nul doute reproduit sur le Centre Hospitalier d'Avignon.

⁴ MEAH – La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience, avril 2008

⁵ MEAH – Améliorer la gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, avril 2005 / mars 2007
Rapport final

1.2 La maîtrise de la DMS : un enjeu fort de la politique d'établissement

La DMS en soins aigus est le nombre moyen de jours, avec séjour d'au moins une nuit, que les patients passent dans un établissement. Elle est généralement obtenue en divisant le nombre total de journées passées par l'ensemble des patients dans des établissements de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties.⁶

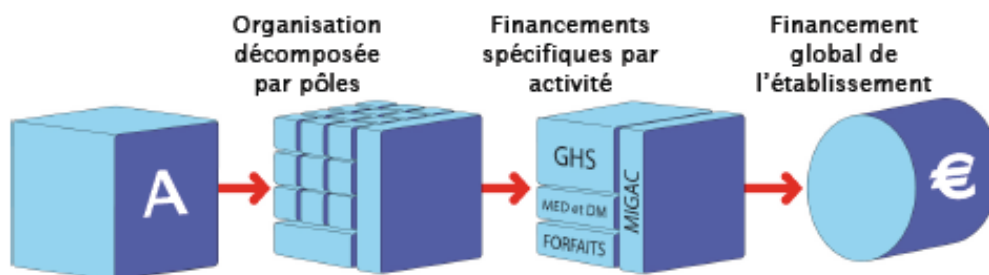
Avec le développement de l'évaluation de l'activité dans les établissements de santé et la diffusion du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la durée de séjour d'un patient est devenue une variable de premier ordre, au cœur des nouveaux modes d'administration dans les établissements de santé.

La durée de séjour représente un indicateur de productivité et de bonne organisation ; elle s'inscrit aujourd'hui pleinement dans la politique d'établissement tant en matière de tarification à l'activité (T2A), de contractualisation que de qualité.

1.2.1 La DMS au cœur de la tarification à l'activité

A) Rappel des principes généraux de la T2A

Modalités de financement en tarification à l'activité⁷



⁶ Définition de l'OCDE

⁷ Source : Le sens des réformes, les réformes en détail : T2A

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/t2a/pedagogie/documents/extrait_vademecum.pdf

Contrairement au système de dotation globale où les budgets alloués aux établissements étaient reconduits d'année en année par rapport au budget de l'année précédente, ce sont désormais les activités de l'hôpital décrites par Groupe Homogène de Séjour (GHS)⁸ qui déterminent directement les ressources hospitalières. Le principe de base est de payer le même prix pour les mêmes prestations notamment au regard d'une durée de séjour moyenne.

La tarification à l'activité a l'avantage de sensibiliser les établissements à la réduction des journées d'hospitalisation inappropriées. Un séjour correctement organisé et le plus court possible diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus. Il convient de souligner qu'un séjour plus court exige toutefois une charge en soins plus élevée sur une durée plus limitée.

La T2A est souvent critiquée car elle fournit des incitations directes à réduire les coûts de séjour : retour plus précoce des patients à leur domicile, admission de patients potentiellement « rentables » dont les coûts générés par le séjour seront intégralement pris en compte par le tarif du Groupe Homogène de Séjours (GHS), codage avantageux des séjours.

La mise en place de la tarification à l'activité, entraînant un effet de raccourcissement volontaire ou non de la durée de séjour en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), a nécessairement un impact sur les entrées en services de soins de suite. Le nombre d'entrées en soins de suite est en effet à la hausse sur le territoire national.

Par le déplacement des patients « stabilisés » du secteur de MCO vers les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), ce dernier se trouve désormais confronté à la prise en charge de patients parfois plus lourds qu'auparavant.

Sans une planification rigoureuse des capacités d'accueil et de prise en charge des patients, la T2A peut affaiblir certains établissements de santé par la non-réalisation d'activité.

B) La remise en cause des politiques de réduction de la DMS

Les stratégies de raccourcissement de la durée de séjour sont désormais limitées par la notion de borne basse dont les modalités de calcul ont récemment changé compte tenu de la version 11 de la classification des séjours.

⁸ GHS : tarif qui vise à couvrir l'ensemble des prestations réalisées au cours du séjour, y compris le recours au plateau technique (laboratoires, imagerie), aux services de logistique médicale

Le nouveau mode de financement des séjours vise à éviter de sous-financer les bornes basses qui pouvaient résulter d'efforts portés sur la DMS, mais aussi de sur-financer les bornes basses qui conduisaient les établissements à découper les séjours (certains établissements peuvent, au prétexte de réduire la DMS, chercher à accroître leur productivité et multiplier leurs recettes, en faisant sortir leurs patients plus tôt puis les convoquer ultérieurement pour une nouvelle hospitalisation).

Auparavant, le financement des séjours décrits par un Groupes Homogènes de Malades (GHM)⁹ possédant une borne basse conduisait à valoriser le séjour à hauteur de 50% du GHS associé. Désormais, même si le calcul des bornes reste inchangé, le financement des séjours dont la durée est inférieure à la borne basse fait soit l'objet d'un déclassement et est payé au tarif du niveau immédiatement inférieur, soit payé à la journée.

Bien que les recettes soient difficilement comparables entre la version 10 et la version 11 de la classification des séjours, il convient de relever que les nouvelles règles induisent sur l'année 2009 une augmentation des séjours dont la durée est inférieure à la borne basse du GHM dans lequel ils sont classés. Ainsi, le Centre Hospitalier d'Avignon subit effectivement une hausse des séjours en extrême bas : alors que l'on comptabilisait 168 Résumés Standardisés de Sortie (RSS) en extrême bas en 2008, 1085 RSS sont comptabilisés en extrême bas depuis le début de l'année 2009.

Les évolutions récentes de la T2A semblent donc remettre aujourd'hui en cause l'utilité de réduire à tout prix la baisse de la durée de séjour.

1.2.2 La durée de séjour : enjeu de contractualisation ?

Tant à l'échelle externe qu'interne, la DMS se trouve être l'un des critères possibles sur lequel serait basée une contractualisation.

En externe, l'établissement peut, dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ou du CREF, être contraint de prendre des mesures visant à réduire la durée de séjour et améliorer ainsi ses recettes d'activité. Au Centre Hospitalier d'Avignon, le plan de retour à l'équilibre financier prévoit une fiche action intitulée « le développement de l'activité » dont l'objectif vise à la mise en place de 33 lits supplémentaires de soins de

(pharmacie, stérilisation) ainsi que les coûts de structure (administration, bâtiments).

⁹ La nomenclature GHM permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes médical et économique.

suite et ses conséquences sur la production de séjours supplémentaires en médecine grâce à une diminution de la DMS.

En outre, dans le cadre d'une politique de réduction de la DMS, un établissement peut également contractualiser avec des structures partenaires de rééducation, convalescence ou soins de suite de manière à ce que les patients sortants de soins aigus puissent être placés prioritairement dans ces structures en échange de quoi la structure sanitaire s'engage à accueillir le patient en cas de ré-hospitalisation, rechute, etc.

En interne, l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁰ a précisé qu'un contrat passé entre la direction de l'établissement et chacun de ses pôles « définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité ». Ce contrat peut contraindre les pôles à définir des objectifs d'amélioration de la DMS, soit en contractualisant directement sur cet indicateur réalisé par le pôle, soit en contractualisant entre pôles cliniques et/ou médico-techniques. Dans ce dernier cas, il convient d'envisager par exemple, dans le cadre d'une démarche de réduction de la DMS, de contractualiser entre un pôle clinique et un pôle prestataire sur des délais de réalisation d'examens à visée diagnostique qui ont un fort impact sur la durée de séjours des patients.

1.2.3 DMS et qualité de la prise en charge

Si l'on se place du côté des hospitalisés, la réduction de la DMS peut présenter, l'avantage de chercher à limiter le « traumatisme » du séjour à l'hôpital et de bénéficier d'un retour plus rapide au domicile ou en structure d'accueil.

De plus, travailler sur la réduction de la durée des séjours permet de multiplier ces séjours et de fait, d'accueillir de nouveaux patients en attente de soins répondant ainsi aux besoins de santé publique locaux.

Si une rationalisation des soins s'avère désormais nécessaire, les exigences qui en découlent peuvent néanmoins générer des effets pervers, voire se trouver en contradiction avec les attentes des patients.

En effet, la réduction de la DMS peut engendrer une charge de travail intensifiée sur une plus courte période. Les examens, explorations et diagnostics mobilisent plus

¹⁰ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

intensément les personnels, toute catégorie confondue, de façon à accélérer le rythme des entrées et sorties de patients. Dans le contexte actuel de pénurie de certains personnels, voire d'épuisement professionnel dans certains cas, ces mesures sur la DMS restent discutables.

Il est également nécessaire de souligner que la réduction de la DMS peut parfois produire un effet pervers à savoir l'augmentation du taux de réadmission de certains patients ce qui nuit considérablement à la qualité de la prise en charge des patients et conduit à alourdir la charge de travail des personnels.

1.3 Un contexte socio-démographique pénalisant pour le Centre Hospitalier d'Avignon

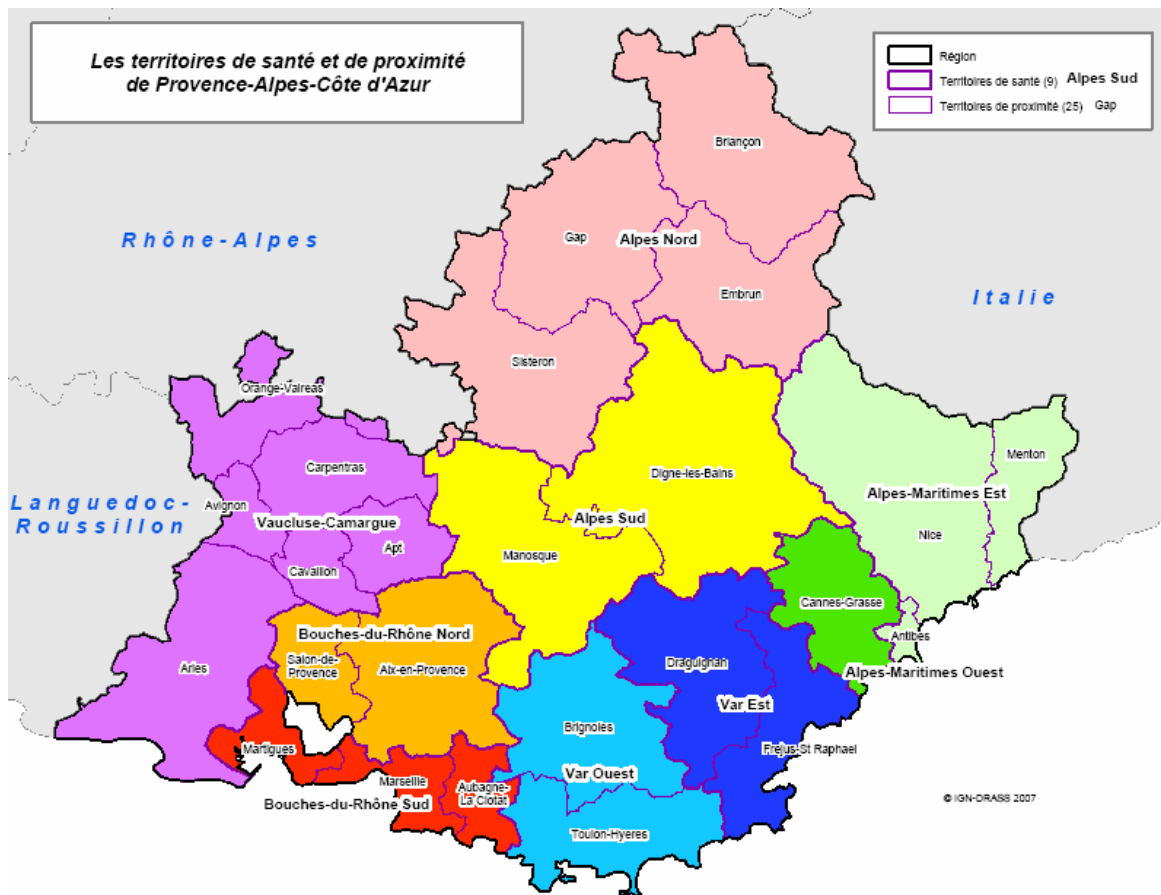
Le Centre Hospitalier d'Avignon se trouve confronté à un contexte socio-démographique défavorable qui pénalise son activité et induit une durée moyenne de séjour supérieure aux statistiques nationales.

1.3.1 Données socio-démographiques

A) Caractéristiques démographiques

Le territoire de santé de Vaucluse – Camargue dans lequel s'inscrit le Centre Hospitalier d'Avignon regroupe 160 communes réparties sur les 5 122 km² qui s'étendent sur le département du Vaucluse, le nord des Bouches-du-Rhône et l'enclave de Valréas. La population du territoire Vaucluse – Camargue est évaluée à 654 906 habitants en 2008 et à 667 919 à l'horizon 2010, soit une progression d'environ 2%.

Les territoires de santé de la région PACA¹¹



Les territoires de santé de la région PACA et de Vaucluse-Camargue enregistrent une densité de population nettement supérieure au niveau national, soit respectivement 126 et 152 habitants au km² contre 112.

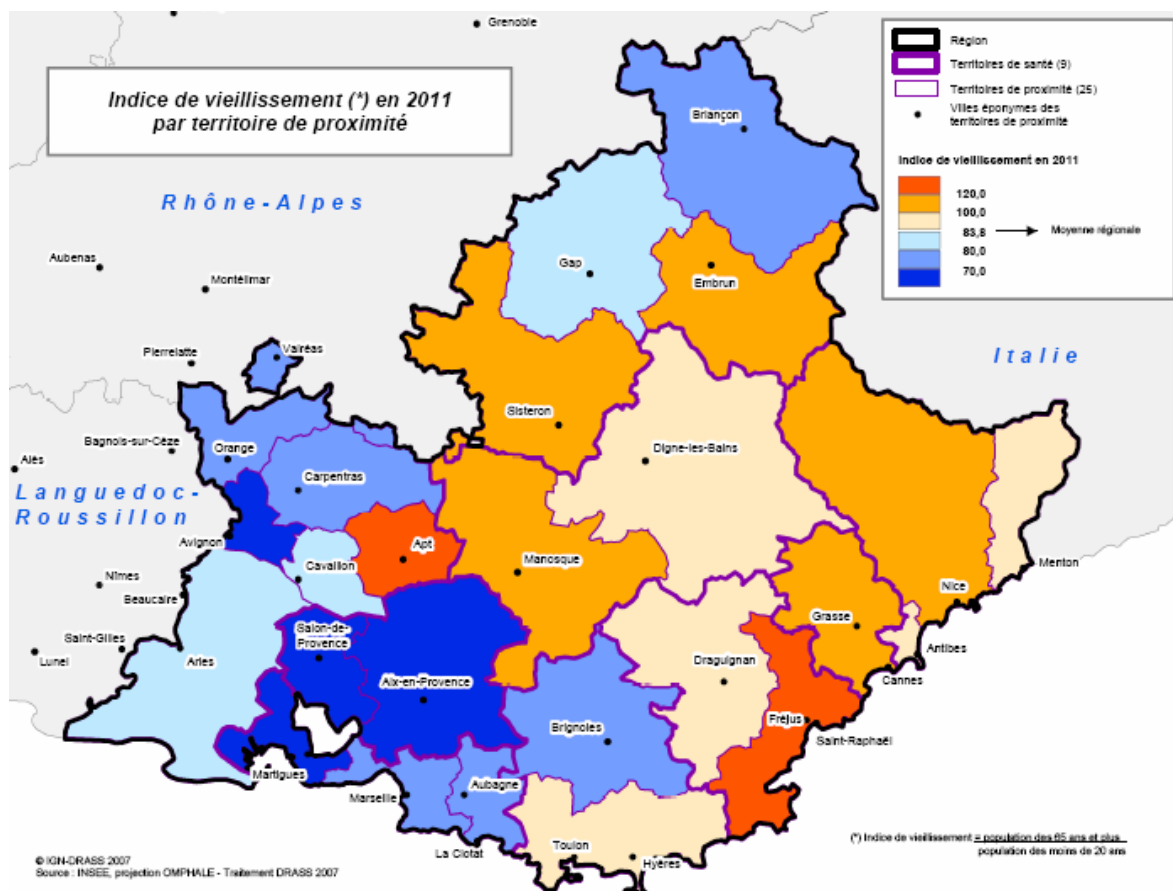
La part des personnes de plus de 60 ans dépasse également le niveau national ; elle représente 24% au niveau régional et 22,5% au niveau territorial contre 21% à l'échelle nationale. A l'horizon 2015, la région PACA compterait, selon les projections, environ 4,9 millions d'habitants ; ceux de 60 ans et plus représenteraient alors 28% de la population et ceux de 75 et plus 11%.¹²

¹¹Source : IGN DRASS 2007

http://paca.sante.gouv.fr/territoires/1_geographie/cartes/geo_c01_tstp.pdf

¹² Source : Insee - recensement population 1990 et 1999 et Insee - projection OMPHALE / Traitement DRASS 2007

Indice de vieillissement en 2011 par territoire de proximité ¹³



La représentation de la région PACA ci-dessus permet de mettre en lumière la situation du territoire de proximité d'Avignon qui se trouvera fortement touché par le phénomène de vieillissement de la population à l'horizon 2011. Celui-ci va jouer un rôle important sur les demandes d'hospitalisation, tant en secteur MCO qu'en SSR, compte tenu de la part prépondérante des plus de 75 ans dans la patientèle des établissements hospitaliers de soins aigus et de soins de suite et réadaptation.

B) Caractéristiques sociales et économiques du territoire

La région PACA se caractérise par une situation économique contrastée génératrice d'inégalités de santé importantes. Le département de Vaucluse est particulièrement touché par un contexte socio-économique difficile. Le CHA accueille aujourd'hui une

¹³ Source : Insee - projection OMPHALE / Traitement DRASS 2007- Diagnostics territoriaux http://paca.sante.gouv.fr/territoires/2_demographie/demo_c10_IV11.htm

population à la fois âgée et/ou en situation précaire, ce qui influe considérablement sur la durée des séjours.

Le nombre d'allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) s'élevait à 13 076 au 31/12/2007, soit 2,33% de la population du territoire. La proportion de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) était de 6,6% par rapport à la population composant le territoire et de 8,9% du total des assurés du régime général ; il s'agit de l'un des taux les plus élevés de la région PACA.¹⁴

Enfin, les personnes relevant d'une affection de longue durée (ALD) représentent 15,4% des assurés du territoire Vaucluse-Camargue.¹⁵

1.3.2 Le positionnement du CHA en terme de DMS

Remarque liminaire

La comparaison des durées moyennes de séjour entre différents établissements de santé à l'échelon national ou régional et différents secteurs d'hospitalisation doit être considérée avec prudence.

Avant toute analyse, il convient de mettre en parallèle l'organisation des établissements et les habitudes de prise en charge de chacun.

Globalement, le secteur privé présente des DMS plus courtes. Toutefois, ces chiffres ne prennent pas en compte la différence public/privé des GHS, l'effet de rationalisation de l'occupation des lits et bien évidemment la gravité de la pathologie qui peut contribuer à expliquer des durées de séjour supérieures dans le secteur public en raison des caractéristiques des patients (âge, pathologies lourdes,...).

A) Tendances générales

Dans de nombreux pays, les pouvoirs publics débattent autour de la durée de séjour. En Europe, une tendance à des séjours plus courts peut être observée sans pour autant atteindre le niveau des Etats Unis d'Amérique.

¹⁴ Source : DRASS, Corinthe (CAF). Données extraites du site internet : <http://paca.sante.gouv.fr/territoires/accueil.swf>

¹⁵ Source : URCAM, régime général stricto sensu en 2008. Données extraites du site internet : <http://paca.sante.gouv.fr/territoires/accueil.swf>

Parce que les hôpitaux sont à l'origine de près de 50% des coûts dans la plupart des pays occidentaux, de nombreuses études ont été réalisées ces dernières années sur les hospitalisations non justifiées. D'une manière générale, ces travaux montrent un taux d'utilisation inappropriée des hôpitaux de l'ordre de 20 à 30% au sein des différentes structures de soins aigus et soins de suite.

La DMS pour les soins aigus a diminué sur la quasi totalité des pays de l'OCDE, tombant de 8,7 jours à 6,3 jours en 2005 pour les vingt-cinq pays pour lesquels on dispose de données cohérentes sur la période : la France est quant à elle passée de 7,0 à 5,4 sur la période considérée.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse de la DMS, en particulier, des interventions chirurgicales moins invasives, une évolution des méthodes de paiement des hôpitaux vers des systèmes de tarification prospectifs et le développement des programmes de sorties précoces qui permettent le suivi des patients à domicile. Par ailleurs, les pressions conjuguées des pouvoirs politiques, économiques et des organes de financement (caisses de sécurité sociale) induisent des mesures constantes de rationalisation et de réorganisation des soins qui s'accompagnent d'une diminution graduelle du nombre de lits et des durées de séjour dans de nombreux services hospitaliers occidentaux.

Mesure de la DMS :

le projet PATH de l'Organisation Mondiale de la Santé ¹⁶

Le projet Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals (PATH) est un projet européen d'évaluation de la performance pour l'amélioration de la qualité à l'hôpital reposant sur six dimensions : efficacité clinique, efficience, responsabilité envers les ressources humaines, responsabilité envers la population locale, sécurité et approche centrée sur le patient.

Ce projet d'expérimentation a vocation à mesurer les performances des établissements de santé dans la perspective de les améliorer à travers la mise en œuvre d'un dispositif de comparaison formative.

La DMS est considérée comme un indicateur d'efficience des établissements de santé. L'efficience englobe l'utilisation des ressources, la productivité et l'utilisation des services pour l'atteinte des objectifs. Cet indicateur est suivi pour les pathologies suivantes :

infarctus aigu du myocarde, accident vasculaire cérébral, pneumonie, pontage coronarien et fracture de la hanche.

Les premiers résultats de cet indicateur tendent à démontrer que la DMS peut varier d'un pays, d'une région et d'un hôpital à l'autre mais confirment la tendance à la diminution dans l'ensemble des régions étudiées.

L'interprétation qui est faite de ces premiers résultats est qu'un séjour plus court est bénéfique mais de très courtes durées d'hospitalisation peuvent également exposer les patients à certains risques (réadmission, rechute).

B) La situation du Centre Hospitalier d'Avignon

Au regard du tableau ci-dessous, il convient de noter que les cliniques privées disposent d'un avantage concurrentiel non négligeable en terme de durée de séjour (+1,5 pour le secteur public de Vaucluse). Cette observation doit cependant être faite avec beaucoup de prudence car l'activité des cliniques privées est la plupart du temps programmée à l'avance pour des patients parfois moins lourds à traiter dont les conditions socio-économiques sont différentes de celles de la patientèle des établissements publics. Ces caractéristiques propres au secteur privé facilitent alors les conditions de sorties des patients et par conséquent diminuent la durée d'hospitalisation.

Durée Moyenne de Séjour en hospitalisation complète en MCO (en jours, données 2006)¹⁷

	Département Vaucluse	Région Provence, Alpes, Côte d'Azur	France métropolitaine
Hôpitaux publics	5,7	6,1	5,7
Etablissements privés à but non lucratif	8,3	6,2	5,4
Cliniques privées	4,2	5,2	4,4

¹⁶ www.pathqualityproject.eu

¹⁷ Source : IRDES - Eco-Santé régions et départements 2009, www.ecosante.org

Capacités d'accueil du Centre Hospitalier d'Avignon¹⁸

	Nombre de lits	Nombre de places
Médecine adulte	389	29
Médecine enfant	63	
Réanimation	16	
Chirurgie	177	14
Chirurgie enfant	14	
Obstétrique	45	
Total MCO	704	43
SSR	65	
USLD	66	

Les lits de MCO représentent 81% de la capacité totale. Les 65 lits de SSR seront progressivement atteints ; 32 lits sont actuellement installés et 33 lits seront progressivement ouverts suite à la nouvelle partition des lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) sur le territoire de Vaucluse-Camargue. L'analyse des sorties sur 2008 permet de mettre en lumière que la quasi-totalité des séjours donne lieu à un retour à domicile (92% du total des sorties) et que seuls 2,7% des séjours s'achèvent par un transfert vers une structure interne ou externe de SSR¹⁹.

La baisse de la DMS qui constituait pourtant un des axes majeurs de la stratégie budgétaire du Centre Hospitalier d'Avignon, n'a pas été constatée en fin d'exercice 2008 dans la majeure partie des unités de soins. Cette situation est pénalisante pour le CHA, pour lequel un nombre important de séjours présente une durée supérieure à la moyenne nationale.

¹⁸ Rapport d'activité 2008 du Centre Hospitalier d'Avignon

¹⁹ Source : PMSI Pilot MCO

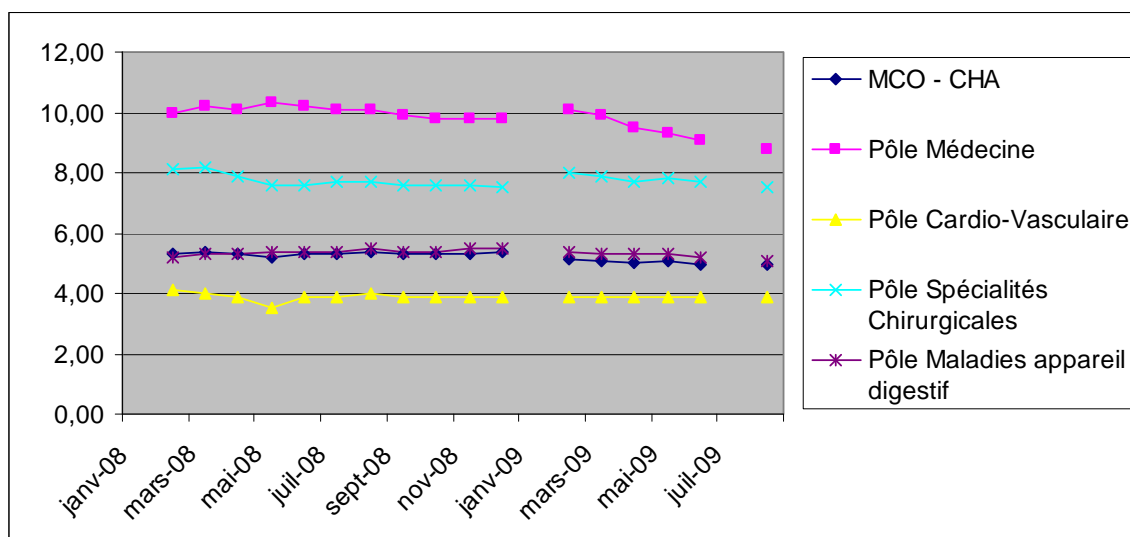
Ensemble du case-mix en MCO 2007²⁰

	Nombre de séjours	Nombre de jours	DMS
Centre Hospitalier d'Avignon	55 088	215 902	3.92
Région PACA	1 174 305	3 504 639	2.98
France	5 827 585	18 670 168	3.20

La durée moyenne de séjour dans les services MCO est supérieure aux données nationales observées dans des établissements comparables en termes de case mix ; notamment les séjours anormalement longs sont nombreux et s'expliquent largement par la difficulté de transférer des patients vers l'aval. On constate un écart de +0.72 par rapport à la moyenne nationale et +0.94 en comparaison avec la moyenne régionale.

La rémunération des séjours étant forfaitaire, sauf durée extrême basse ou haute, il y a une perte potentielle pour l'établissement si un autre patient n'a pu être hospitalisé faute de places disponibles.

Evolution de la DMS de février 2008 à août 2009 au Centre Hospitalier d'Avignon²¹ (en jours)



²⁰ Source : statistiques ATIH (bases établissement, régionale publique et nationale publique pour les CH4 de plus de 16 000 séjours)

Ce graphique révèle qu'après une période de relative stagnation durant l'année 2008, la DMS tend à diminuer sur l'ensemble des pôles choisis comme pilotes pour cette mission relative au management des lits et à la réduction de la DMS.

2 L'identification des facteurs conduisant à augmenter la durée de séjour

Outre des raisons structurelles ou organisationnelles susceptibles d'entraîner un allongement de la DMS, plusieurs variables médicales ou socio-économiques peuvent avoir un impact sur les durées d'hospitalisation.

2.1 Les facteurs structurels

Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des DMS dans le champ MCO au profit de prises en charge de plus en plus techniques.

« Soins de suite, poumon des filières de soins »²²

Selon trois études menées en région (Ile-de-France, Lorraine et Nord-Pas de Calais), entre 20 et 25% des patients hospitalisés en services de médecine – chirurgie – obstétrique ne devraient plus l'être. Ce constat est la preuve du dysfonctionnement actuel du système et de l'absence de fluidité du parcours de soins de certains patients.

Une forte proportion de ces patients est en attente de placement en SSR ; dans le même temps, d'autres patients bloqués en SSR attendent qu'une place en établissement

²¹ Les données des mois de janvier et juillet ne sont pas prises en compte.

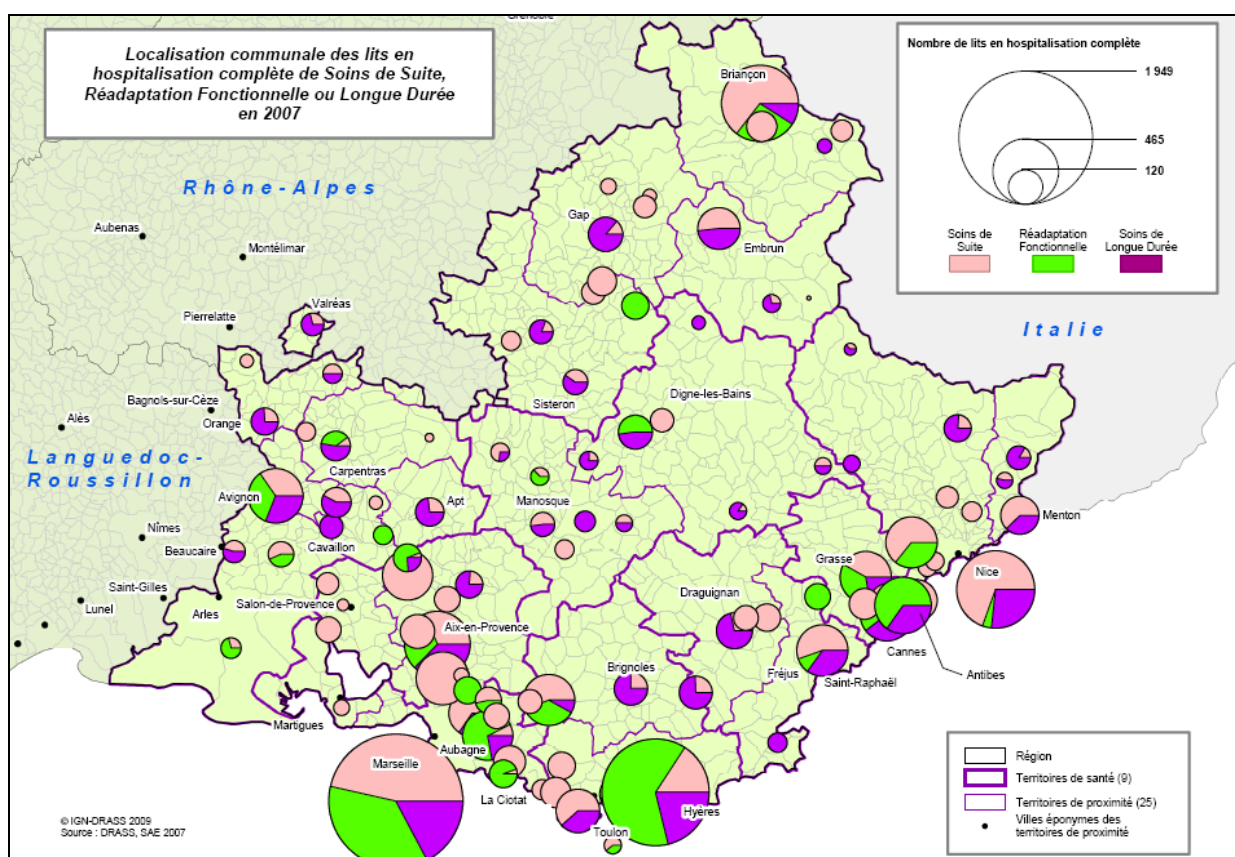
²² Journée d'étude organisée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) le 9 juin 2009 à Paris.

hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) se libère ou qu'un retour à domicile soit organisé.

Sur la région PACA, l'analyse de la capacité d'accueil en SSR permet de constater :

- Une inégalité persistante de la répartition géographique des établissements de SSR ;
- L'extrême disparité des niveaux médico-techniques des établissements de SSR ;
- La part prépondérante des personnes âgées dans la patientèle des établissements de soins de suite ;
- L'absence de pratique en filières et réseaux, ce qui constitue un frein aux coopérations public-privé et ville-hôpital.

Localisation des lits de SSR, RF et SLD – région PACA²³



²³ Source : DRASS-SAE 2007, http://paca.sante.gouv.fr/territoires/7_etab_sanitaires/esanit_c04_local_ssrlfd.htm

Le territoire de Vaucluse-Camargue accuse le plus fort déficit en capacités d'accueil en soins de suite et en rééducation fonctionnelle de la région PACA. 17 sites de soins de suite indifférenciés (SSI) et 9 sites de rééducation fonctionnelle se partagent actuellement ce territoire de santé soit 694 lits.

Il est à noter que la capacité en lits de médecine et de chirurgie est également inférieure à la moyenne régionale de même que les lits de maisons de retraite et l'offre de soins libérale.

**Nombre de lits autorisés en soins de suite et
rééducation fonctionnelle (2005)²⁴**

	Région PACA	Territoire Vaucluse-Camargue
Taux d'équipement moyen (en nombre de lits autorisés pour 1 000 habitants en soins de suite)	1,47	0,67
Lits autorisés pour 1 000 habitants en rééducation fonctionnelle	0,82	0,48

Au regard des évolutions démographiques, les capacités actuelles paraissent manifestement insuffisantes pour le bassin de santé d'Avignon. Les lits de médecine et de chirurgie sont parfois occupés par des patients aptes à la sortie et qui ne relèvent plus de court séjour.

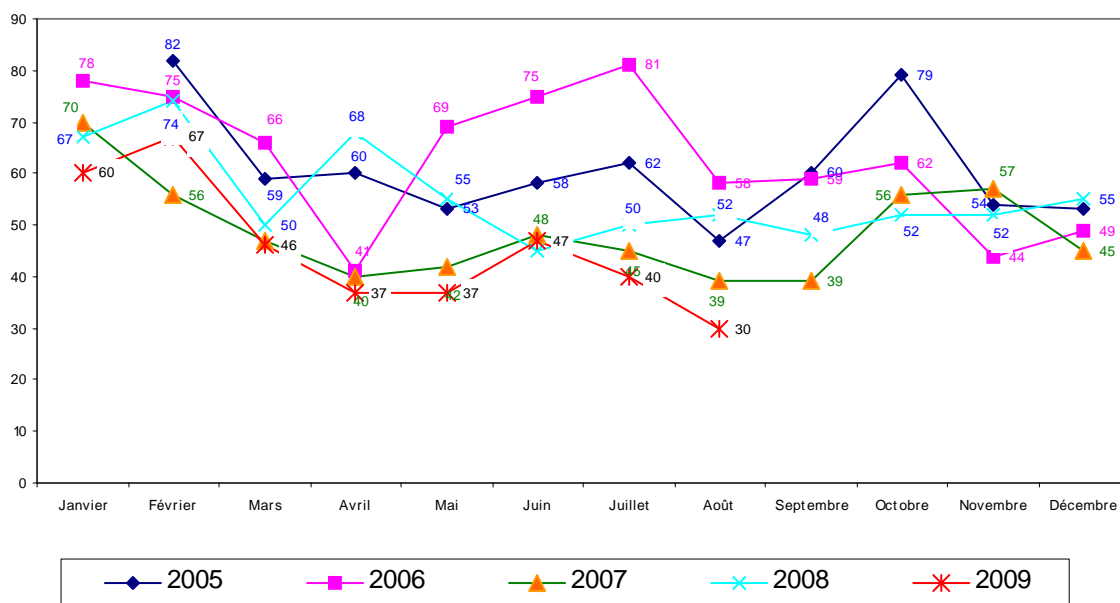
Le Centre Hospitalier d'Avignon n'échappe pas à ce contexte et souffre aujourd'hui du manque de structures d'aval bien qu'il dispose d'une unité de SSR qui devrait atteindre les 65 lits courant 2010.

L'établissement entretient également des relations étroites avec certaines structures d'aval du territoire de santé ou à proximité de celui-ci (Bouches du Rhône, Drôme). Cependant, les relations avec celles-ci sont parfois difficiles du fait notamment des annulations de dernière minute, de l'état de santé des patients parfois trop lourds pour ces structures et qui nécessitent alors une réhospitalisation. En outre, ces établissements de convalescence et de rééducation, relevant pour une grande majorité d'entre eux du secteur privé, sont parfois peu adaptés aux pathologies lourdes des patients hospitalisés et trop chers pour des revenus modestes.

Ces capacités en SSR à proximité du CHA ne permettent toutefois pas de résoudre les difficultés inhérentes aux séjours anormalement longs en service de médecine ou de chirurgie pour des patients généralement âgés, dépendants et dont l'état médical stabilisé requiert une prise en charge soit en service de soins de suite, soit en institution (USLD ou EHPAD).

Une enquête mensuelle réalisée par le service social du CHA comptabilise le nombre de patients en attente de sortie. En moyenne, quarante patients par mois, dont le diagnostic a été établi et l'état de santé est stabilisé, se trouvent dans une situation d'attente ; ces patients sont alors considérés comme difficiles « à placer » auprès des structures extérieures.

Nombre de patients en attente d'orientations



Une étude plus complète a été réalisée en 2007 sur 398 dossiers de patients. Il a été constaté 38 patients en attente d'orientation. Au total, ces 38 patients ont comptabilisé 1 690 jours d'hospitalisation, soit en moyenne 44 jours par patient (à rapprocher de la DMS en médecine et chirurgie adulte de l'ordre de 5,5 jours). Ainsi, 38,5 journées²⁵ ont été perdues pour chaque patient, soit en année pleine une perte de 2 786 séjours potentiels sur la base d'une DMS de 5,5 jours.

²⁴ Source : SROS PACA 2006-2011

²⁵ 44 jours – 5,5 jours = 38,5 journées

Si l'on rapporte cette perte au chiffre d'affaires moyen par séjour évalué pour 2007 (2 106,39€), l'établissement se trouve privé d'une valorisation T2A significative.

2.2 Les facteurs organisationnels

Alors même que la responsabilité du chef de pôle sur l'organisation de son pôle a été réaffirmée par la loi réformant l'hôpital du 21 juillet 2009²⁶, le fait que les organisations internes soient hétérogènes rend difficile la réflexion sur le management des lits et le raccourcissement de la durée de séjour à l'échelle de l'établissement.

2.2.1 L'organisation médicale

Les différentes rencontres avec les trinômes des pôles pilotes du chantier DMS menées au Centre Hospitalier d'Avignon ont permis de mettre en exergue des difficultés dans l'organisation des examens complémentaires (échographies cardiaques, endoscopies) pour les patients hospitalisés et plus particulièrement ceux du pôle médecine.

Les délais de réalisation des examens sont beaucoup trop longs alors même que ceux-ci conditionnent l'adaptation du traitement et par conséquent la sortie des patients.

La programmation des examens s'avère difficile compte tenu de l'exiguïté de certains locaux et donc du nombre limité d'examens par journée. De même, les effectifs médicaux et non médicaux nécessaires à la réalisation d'un examen ne permettent pas toujours de démultiplier le nombre d'actes selon les souhaits des services demandeurs. Enfin, les obligations qui s'imposent aux praticiens, telle que désormais une consultation pré-endoscopique, ne facilite pas l'amélioration des délais de rendez-vous.

La reconvoquection du patient pour un examen complémentaire quelques jours après son hospitalisation est parfois organisée de manière à limiter la durée d'hospitalisation mais cela induit par ailleurs une moindre qualité dans la prise en charge du patient avec une rupture de la continuité des soins.

²⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patient, à la santé et aux territoires.

Une fois ce phénomène constaté, il apparaît difficile de remettre en cause la pertinence des examens demandés par un pôle. Les praticiens spécialistes jugeant certaines demandes non justifiées et d'autres considérant les délais de rendez-vous exagérément longs. Dans ce type de confrontation, la place du directeur d'hôpital n'est pas aisée car il doit parvenir à un consensus entre les deux parties, service demandeur et prestataire, tout en fondant son appréciation sur les justifications médicales des uns et des autres.

De plus, les pôles disposant de leur propre organisation, il s'avère que les horaires des visites médicales diffèrent d'un pôle à l'autre, d'un service à l'autre ou encore d'un praticien à l'autre. Cet horaire conditionne la sortie du patient ; plus la visite est tardive, plus l'heure de sortie l'est aussi et c'est ainsi l'ensemble du processus de sortie puis d'accueil d'un nouveau patient qui est bouleversé.

2.2.2 L'organisation de la sortie

Au sein du Centre Hospitalier d'Avignon, la politique d'organisation de la sortie est définie par chaque pôle. Ainsi, certains favorisent-ils les heures de sortie des patients le matin alors que d'autres privilégient les sorties dans le courant voire en fin d'après-midi et ce en fonction de l'organisation médicale et des souhaits des patients.

L'heure de sortie des patients et l'organisation qui en découle sont fondamentales en termes de gestion des lits.

Au cours de la réflexion menée sur la réduction de la DMS, un long débat a été mené sur l'opportunité de favoriser les sorties en fin de matinée de façon à accueillir plus rapidement un nouvel hospitalisé et lisser la charge de travail des soignants.

Dans le pôle médecine, l'effet des sorties le matin est indéniable puisque cela permettrait de désengorger plus rapidement le service des urgences. Il convient cependant de modérer cet impact puisque même si les chambres sont libérées en fin de matinée, le pic d'activité des urgences débute généralement en milieu d'après-midi jusqu'en soirée.

Dans le pôle de spécialités chirurgicales, même si les sorties s'effectuaient le matin, les nouveaux patients ne pourraient être pris en charge au bloc opératoire que le lendemain compte tenu des plages horaires d'ouverture des salles opératoires. « S'attaquer » aux sorties le matin en service de chirurgie s'avère vain à moins d'une réorganisation complète des blocs opératoires et de leur programmation.

2.2.3 Le rôle du cadre de santé dans l'organisation de l'agenda patient

Le cadre de santé d'une unité de soins doit assurer la régulation des flux de patients et, de fait, gérer les lits du service. Or, le cadre de santé se trouve aujourd'hui à distance du patient et se voit conférer un profil de gestionnaire (ressources humaines, logistique) qui l'éloigne de la dimension soignante et du management des lits.

En effet, les divers entretiens menés avec les cadres des unités de soins du CHA réalisés au cours du premier stage dit de découverte de l'établissement ont permis de relever que les fonctions des cadres étaient désormais ressenties comme diluées dans une masse de missions à la fois administrative et logistique mais que peu de temps était finalement accordé aux patients.

Les cadres pallient les dysfonctionnements et défaillances des organisations transversales, perdant ainsi du temps précieux à la résolution des problèmes de logistique et d'intendance.

La gestion des lits qui incombe au cadre de santé est écrite dans la procédure de gestion des lits du CHA ; cependant, l'observation des différents services montre que ce protocole n'est pas suffisamment connu ni appliqué dans les services.

Aujourd'hui encore, le relevé des disponibilités en lits est effectué plusieurs fois par jour par le cadre de santé des urgences qui contacte téléphoniquement chaque cadre d'unité afin de recenser sur une feuille volante le nombre de lits vacants. Cette pratique constitue une véritable perte de temps pour les équipes soignantes qui ont à chercher un lit pour hospitaliser un patient et celles qui doivent sans cesse assurer le comptage des lits disponibles dans les unités de soins.

Plus globalement, l'organisation des soins aux patients, dit « agenda patient », n'est pas clairement définie et beaucoup d'acteurs interviennent dans ce processus : infirmières, cadres, médecins. Chacun gère son territoire de soins (unité d'hospitalisation, service, pôle) sans pour autant prendre en considération le parcours hospitalier du patient dans son intégralité.

Le cadre de santé devrait assurer la coordination de l'agenda patient et veiller notamment à la programmation des rendez-vous d'examen, au lien avec le service social et à la gestion du transport sanitaire interne.

2.3 L'âge des patients : une variable médicale importante

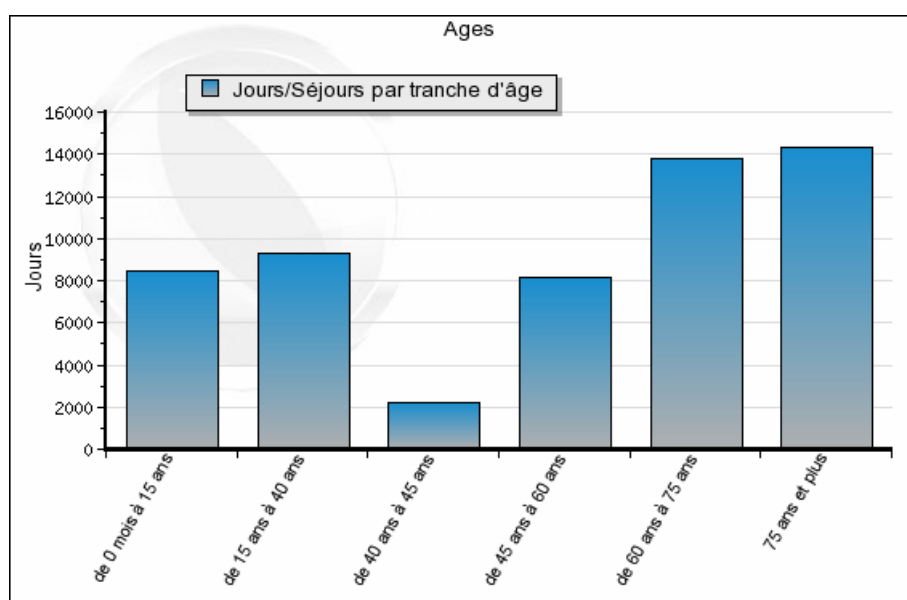
Parmi les facteurs associés à la durée des séjours, l'âge des patients est considéré comme le principal, compte tenu notamment de la complexité du montage des dossiers sociaux et des recherches de placement que cela induit. Les patients âgés hospitalisés sont exposés à un risque de dégradation fonctionnelle, physique et/ou psychique durant leur séjour qui est d'autant plus important que le séjour se prolonge.

L'allongement de l'espérance de vie couplée à l'exigence de réduction de la DMS conduisent le Centre Hospitalier d'Avignon à développer ses relations avec les structures d'aval à travers des contacts directs entre les assistantes sociales, les cadres de soins et le corps médical. Des actions ont été menées afin de renforcer les liens parfois sensibles avec les structures d'accueil environnantes.

Dans le département de Vaucluse, le nombre de personnes dépendantes de 60 ans et plus devrait progresser de 13% à 18% entre 2005 et 2015.

L'âge moyen par pôle au CHA est élevé ; en 2008, sur les quatre pôles pilotes²⁷ du chantier DMS, il se situait entre 58,2 ans pour les spécialités chirurgicales et 69,4 ans pour la médecine.

**Répartition des patients du Centre Hospitalier d'Avignon
par âge²⁸**



²⁷ Pour mémoire : médecine, cardio-vasculaire et maladies métaboliques, maladies de l'appareil digestif et de l'abdomen et spécialités chirurgicales

²⁸ Source : PMSI Pilot MCO

Le nombre élevé de diagnostics associés, du fait de l'âge des patients, alourdit considérablement la prise en charge au sein des pôles de médecine (5,55) et cardiovasculaire (3,99) notamment. Le nombre moyen de diagnostics associés sur les quatre pôles étudiés s'élève à 3,42.

Le CHA dispose, en réponse à cette situation, d'une équipe mobile gériatrique (EMG) qui permet, dès l'admission aux urgences, d'identifier une population à risque de durée de séjour prolongée par l'évaluation précoce du risque de malnutrition, de troubles de l'humeur, de troubles de la marche et/ou détérioration cognitive. De plus, cette équipe, composée d'un médecin et d'une infirmière, est également dotée d'un temps d'assistante sociale qui réalise en amont une première enquête sociale du patient facilitant ainsi le travail des assistantes sociales placées auprès des services de soins et de fait contribuent à la préparation anticipée de la sortie du patient.

2.4 Une variable socio-économique

A l'âge des patients, peut également s'ajouter une variable socio-économique qui touche l'ensemble des catégories d'âge des hospitalisés.

Des études montrent ainsi que les durées de séjour ont tendance à être plus longues lorsque les patients connaissent des conditions de précarité et d'isolement qui rendent difficile leur prise en charge à la sortie de l'hôpital²⁹. La précarité peut être d'origine financière, liée à l'isolement ou environnementale. Celle-ci fait désormais l'objet d'un financement spécifique dans le cadre des missions d'intérêt général dévolues aux établissements de santé.

Les patients précaires se distinguent des autres patients à la fois par les pathologies qu'ils présentent, mais également par le niveau de gravité de ces pathologies et le degré de comorbidité au moment de la prise en charge hospitalière.

Le renforcement de la précarisation des populations accueillies à l'hôpital ainsi que l'accroissement du vieillissement et des situations de dépendance amplifient la charge de travail des assistantes sociales de l'établissement.

²⁹ Holstein J., et al., Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, (2009), doi : 10.1016/j.respe.2009.02.2008

Les professionnels du service social interviennent auprès des personnes hospitalisées âgées ou non en situation de précarité (absence de couverture sociale, difficultés financières) afin d'améliorer leurs conditions de vie et de prévenir leurs difficultés sociales et médico-sociales, économiques et culturelles et ce en vue de faciliter leur retour à domicile, leur transfert dans une structure adaptée ou leur réintégration au sein de la société.

Au Centre Hospitalier d'Avignon, le fonctionnement du service social est encore assez méconnu des professionnels et l'on peut constater jusqu'à présent un cloisonnement certain entre les unités de soins et les assistantes sociales.

Les services de soins sollicitent l'intervention du service social généralement au moment de l'entrée en hospitalisation, voire plusieurs jours après le début du séjour, et non en amont lors de la pré-admission par exemple. Ceci a pour répercussion d'allonger le délai de mise en place des demandes d'aides qui peuvent être sollicitées pour la sortie du patient (aide-ménagère, allocation personnalisée d'autonomie, soins à domicile,...).

Le service social est sollicité par les cadres de santé ou les personnels soignants des services de soins ; une fiche de renseignements médicaux ou « certificat médical » doit être remplie pour chaque patient nécessitant une prise en charge sociale et une orientation vers une structure d'aval (cf. annexe n°4). Cette fiche qui comporte des renseignements d'ordre médical permettant une appréciation rapide de l'état de santé et de l'autonomie des patients est souvent pas ou peu remplie.

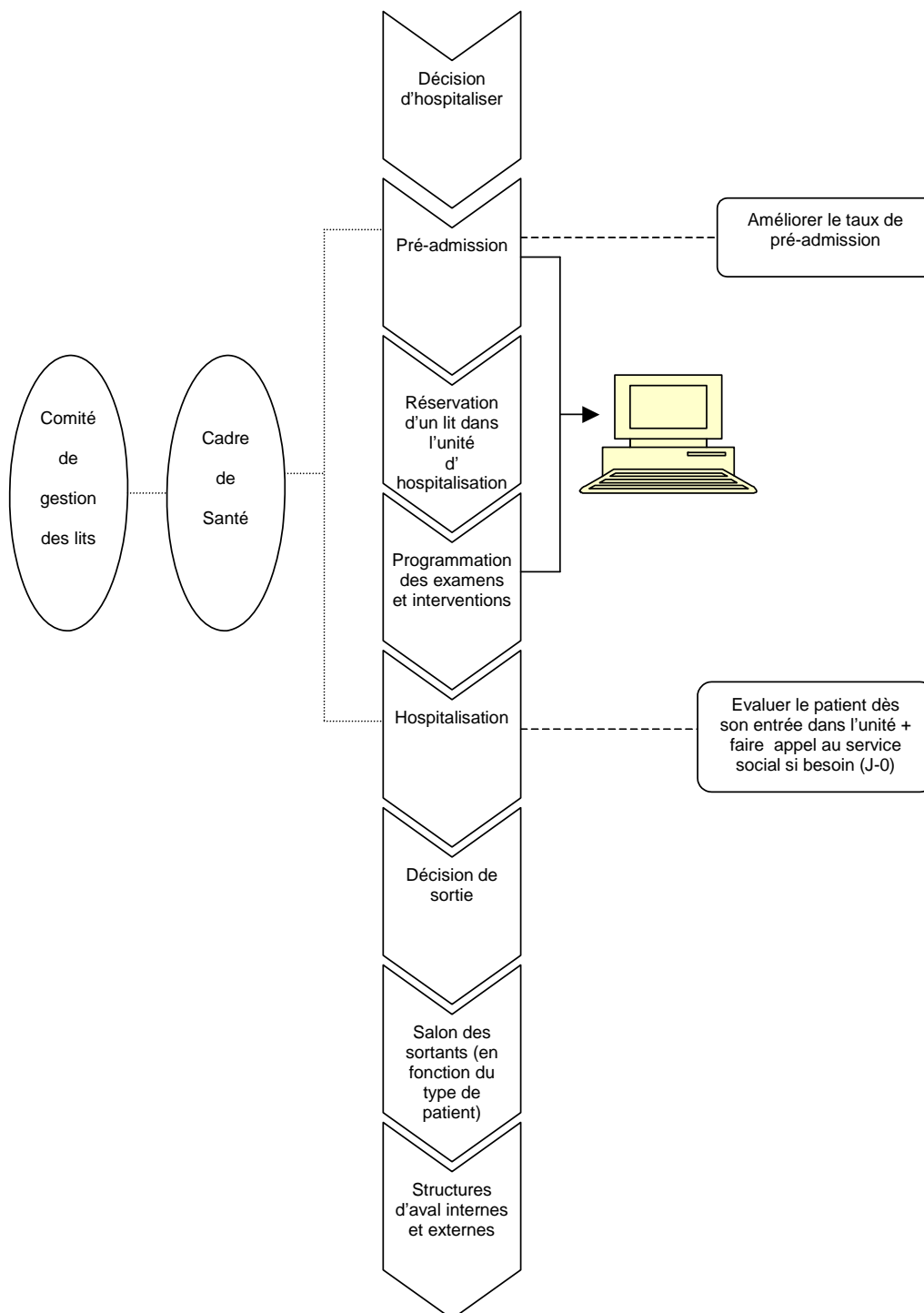
Cette situation génère des retards dans le traitement des demandes d'aides sociales ou d'orientation vers des structures d'accueil.

En effet, le service social a estimé pour le service de traumatologie à 6,11 jours (week-end compris) le délai entre l'entrée du patient et la transmission du certificat médical à l'assistante sociale ; ce qui laisse à penser que ce délai pourrait être largement amélioré si la sortie du patient était envisagée dès son entrée en hospitalisation. De même, entre la date de remise de la fiche de renseignements médicaux et la date à laquelle le patient est déclaré sortant, il s'écoule 5,04 jours ; ce qui témoigne ici du délai court imparti au service social pour envisager une orientation ou la constitution d'un dossier d'aide sociale. Enfin, entre la date où le patient est déclaré sortant et la date de sortie, il se passe 3,99 jours en moyenne en 2009 (contre 8,78 en 2008).³⁰

³⁰ Statistiques élaborées par le service social du Centre Hospitalier d'Avignon de janvier à juin 2009 dans le cadre d'une étude sur le service de traumatologie.

3 Propositions de mesures d'optimisation des lits

La dynamique de sensibilisation et de réflexion sur le management des lits doit être pérennisée. Pour cela, le Centre Hospitalier d'Avignon doit développer des actions à l'échelle de l'institution mais également tout au long du parcours du patient.



3.1 Une dynamique de réorganisation à poursuivre

Le Centre Hospitalier d'Avignon dispose d'un projet ambitieux issu du Plan Hôpital 2007 qui doit permettre de pérenniser la réflexion sur la gestion des lits tout en veillant à assurer la qualité de la prise en charge.

3.1.1 L'actuelle dynamique de réorganisation des soins née de la future mise en service d'un nouveau bâtiment...

L'ouverture d'une extension immobilière, constituant la pierre angulaire du projet médical 2003-2007, va considérablement impacter les organisations existantes du Centre Hospitalier d'Avignon.

La mise en service prochaine du nouveau bâtiment où seront transférées plusieurs activités (maternité, cardiologie, hématologie et consultations externes de chirurgie), est une réelle opportunité pour optimiser le fonctionnement des services et pour déployer le plan d'actions relatif au management de lits et à la réduction de la DMS.

En effet, la préparation de l'ouverture de ce bâtiment est l'occasion pour l'établissement de mettre à plat certaines organisations (régulation des transports internes, programmation des examens à visée diagnostique, fonctions d'intendance, équipe de bionettoyage) et de tester de nouvelles pratiques qui auront des effets directs ou indirects sur le sujet de cette étude.

La réflexion sur les organisations à mettre en place à l'ouverture du nouveau bâtiment, puis généralisables à l'ensemble de l'établissement, permet également d'associer l'ensemble des catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux, techniques, partenaires sociaux) et de les fédérer autour d'un projet commun dont l'objectif principal est de rendre du temps au soignant tout en les recentrant sur leur cœur de métier.

3.1.2 ... doit être poursuivie dans un souci de transversalité et de qualité de la prise en charge

La poursuite de la mission relative au management des lits et à la réduction de la DMS tout au long des prochains mois se doit d'éviter deux principaux écueils.

Il convient tout d'abord d'éviter les démarches dites « millefeuilles » consistant à superposer les groupes de travail et les divers plans d'action. Le management des lits doit être envisagé de façon transversale, prenant en considération l'ensemble des interactions potentielles entre les divers acteurs intervenants dans la prise en charge du patient.

Les unités de soins du Centre Hospitalier d'Avignon, parfois réfractaires aux changements d'organisations acquises au fil des années, n'échappent pas à un fonctionnement en vase clos, refusant de s'associer et de mutualiser les moyens.

S'il est nécessaire d'optimiser le fonctionnement des pôles, en termes de gestion des lits et de l'agenda patient, cela ne doit pas se faire au détriment du fonctionnement général de l'établissement.

En outre, le deuxième écueil à éviter consiste à ne pas perdre de vue les exigences de qualité et de continuité de la prise en charge du patient et ce même si des gains potentiels financiers peuvent être dégagés par une diminution des durées de séjour et, par conséquent, générés de nouvelles recettes d'activité. La priorité pour l'établissement doit rester la réponse aux besoins de santé.

3.2 Deux niveaux de préconisations : l'institution et le parcours du patient

Compte tenu du contexte et de l'environnement du Centre Hospitalier d'Avignon, des préconisations peuvent être envisagées à la fois au niveau institutionnel mais également tout au long du parcours du patient.

3.2.1 Au niveau institutionnel

A) Renforcer l'engagement de la Direction

Bien que la mission relative au management des lits et à la réduction de la DMS ait fait l'objet de communication régulière (bilans d'étape) au cours de l'année 2009 auprès du Conseil Exécutif, de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), des cadres de santé et de l'équipe de direction, l'engagement de la Direction se doit aujourd'hui d'être réaffirmée par une information régulière des professionnels de santé.

On peut regretter qu'un plan de communication n'ait pas été mis en place dès le début de la démarche, en décembre 2008, de façon à maintenir à l'esprit de l'encadrement l'objectif de ce dossier et conserver une dynamique de travail tout au long des douze mois d'accompagnement.

Il est tout à fait envisageable de définir dès à présent une politique de communication qui pourrait comprendre à minima une information mensuelle auprès de l'ensemble des personnels médicaux et d'encadrement soignants, une sensibilisation au travers du journal interne ainsi qu'une restitution complète en fin d'année retraçant les grandes étapes du projet ainsi que l'évolution chiffrée de la DMS sur les douze derniers mois.

La communication sur ce sujet doit avoir pour effet de rappeler à tous les enjeux du management des lits et des durées de séjour.

B) Création d'un comité de gestion des lits

Aujourd'hui, une commission des « hébergés » est en place au sein du Centre Hospitalier d'Avignon et se réunit uniquement en cas de crise (saturation des capacités d'accueil). Au regard des préconisations ci-après énoncées, il conviendrait d'envisager la création d'un comité de gestion des lits, au sens large.

Cette nouvelle instance serait un véritable organe de pilotage de l'ensemble des actions visant à l'amélioration de la gestion des lits. Elle permettra de légitimer la politique de management des lits, de prioriser les axes de travail retenus et de favoriser le dialogue entre les différents acteurs intervenants tout au long du parcours du patient.

Le risque d'une telle action étant de nourrir la propension des établissements à multiplier les instances, ce comité devrait avoir une durée de vie limitée.

Le comité de gestion des lits pourrait alors se réunir, dans un premier temps, de façon régulière afin de fixer le calendrier de mise en œuvre des mesures sur le management

des lits, d'en assurer l'évaluation et d'adapter les actions en fonction des résultats obtenus.

Il s'agira pour ce comité de pilotage, dans un deuxième temps, une fois l'ensemble des actions mises en oeuvre et le fonctionnement en routine acquis, de se réunir ponctuellement lorsque des dysfonctionnements seront relevés, à la demande des professionnels de santé ou encore en fin d'année afin d'étudier le rapport d'activité et les indicateurs qu'il conviendra bien évidemment de définir au préalable. Peuvent être cités, à titre d'exemples, les indicateurs suivants : taux de rotation des lits, durée de séjour, temps de préparation du lit vacant, taux de sorties réalisées le matin, temps des lits non occupés, retard dans les soins programmés,...

C) Redéfinir la position du cadre de santé

La redéfinition des missions du cadre de santé doit intervenir à plusieurs niveaux ; d'une part, il s'agit de son positionnement dans l'institution et d'autre part, de son rôle dans la mission de gestion des lits.

S'agissant de son positionnement dans l'institution, le rôle du cadre de santé doit être réaffirmé dans le sens où il est chargé « d'organiser l'activité paramédicale, d'animer l'équipe et de coordonner les moyens d'un service de soins, [...] en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations ». ³¹

Les cadres de santé devraient également être soulagés des tâches de logistique et d'intendance qui alourdissent la gestion quotidienne des unités de soins. Une réflexion concernant la création de poste d'intendante dans les unités de soins est actuellement en cours d'étude ; celle-ci aurait la charge de l'ensemble des tâches d'approvisionnement des services en matériel et des prestations logistiques. Cette nouvelle fonction d'intendance permettrait à l'équipe soignante, cadre de santé inclus, de se recentrer sur son cœur de métier une fois allégée de la charge de travail en soins indirects.

S'agissant de son rôle dans la gestion des lits, le Centre Hospitalier d'Avignon devra se prononcer sur le choix d'une gestion centralisée ou décentralisée des lits et donc sur l'affectation de cette mission à un seul cadre de santé ou à chaque cadre des unités de soins.

³¹ Fiche métier 1A403 du Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière.

Le tableau ci-dessous peut apporter une aide à la prise de décision quant au choix d'une gestion des lits centralisée ou par les unités des soins.

Gestion centralisée des lits par un cadre (supérieur) de santé en mission transversale	Gestion des lits par le cadre de santé au niveau de l'unité de soins
<ul style="list-style-type: none"> - vision d'ensemble des capacités en lits disponibles sur l'établissement - fonction de régulation sur l'ensemble des flux de patients (urgences, séjours programmés, entrées/sorties) - indépendance par rapport aux unités de soins - gestion globale du processus de sortie des patients (régulation des besoins en matière de bionettoyage, gestion du salon des sortants, gestion des lits) 	<ul style="list-style-type: none"> - connaissances des patients, de leurs pathologies et particularités - planification globale des lits et des examens / interventions pratiqués au cours du séjour - responsabilisation des unités de soins en matière de programmation - réponse aux objectifs de la Nouvelle Gouvernance et de la loi HPST : le chef de pôle organise le fonctionnement du pôle

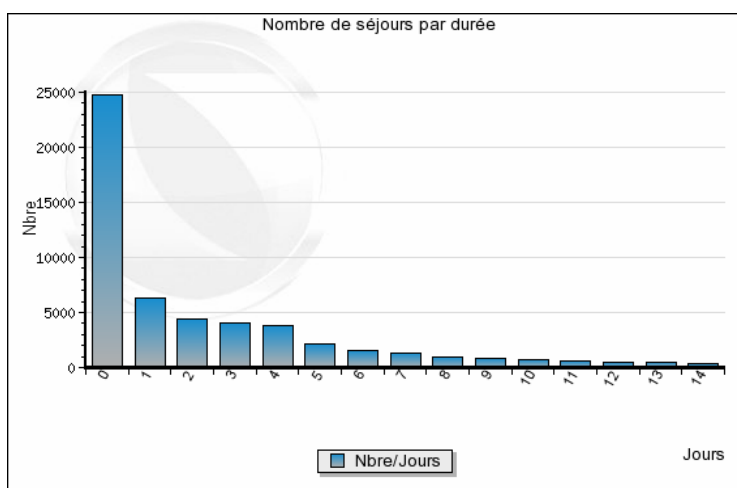
De plus, le Centre Hospitalier d'Avignon devra répondre aux interrogations soulevées par cette problématique :

- un médecin n'est-il pas plus apte à décider de l'orientation des patients en fonction de critères médicaux ?
- un cadre de santé en mission transversale sur la gestion des lits sera-t-il occupé à temps plein sur cette fonction ? Pourrait-on également lui confier d'autres missions telles que la régulation des transports internes, l'organisation des activités de bionettoyage à la sortie des patients infectés ?

D) Adapter les modes de prise en charge de l'établissement

Les statistiques du Centre Hospitalier d'Avignon tendent à prouver que le nombre de séjours de courte durée représentent une part importante du total des séjours.

Nombre de séjours par durée -Centre Hospitalier d'Avignon - données 2008³²



Les séjours de 0 à 2 jours représentent 63% du nombre de séjours total et 24% du chiffre d'affaires T2A total alors que les séjours de 0 à 5 jours représentent 81% du nombre de séjours total et 46% du chiffre d'affaires total.

Le rapport 2009 de la Cour des Comptes³³ préconise d'ailleurs de rationaliser le parcours du patient en diversifiant les modes de prise en charge et recommande aux établissements « d'opter aussi souvent que possible pour d'autres modes que l'hospitalisation complète », telles que les hôpitaux de jour ou de semaine.

Les hôpitaux de jour et/ou de semaine sont principalement indiqués pour les bilans médicaux, la chimiothérapie, la transfusion sanguine, les actes d'investigation à visée diagnostique, telles que les endoscopies et certaines interventions chirurgicales sous anesthésie loco-régionale ou générale de courte durée (chirurgie du sein, pose de cathéter pour chimiothérapie, ..)

La mise en place d'hôpitaux de jour/de semaine centralisés, regroupant les patients de plusieurs disciplines, permet de limiter les besoins en personnel. En effet, le fonctionnement de l'hôpital de jour repose sur un personnel travaillant uniquement en journée et en semaine ce qui peut d'une part répondre aux contraintes budgétaires de l'établissement et, d'autre part, faciliter les recrutements par l'attractivité des postes et fidéliser les personnels en place.

³² Source : PMSI Pilot - MCO

³³ Cour des Comptes, septembre 2009, *La sécurité sociale, Chapitre V – L'organisation de l'hôpital*

Il convient également d'ajouter que l'hôpital de jour/de semaine présente également certains avantages pour les patients puisqu'il représente une moindre rupture avec les habitudes de vie et permet dans certains cas une prolongation du maintien à domicile de patients âgés par exemple.

3.2.2 En amont de l'hospitalisation

La procédure de pré-admission trouve toute son utilité dans le management quotidien des lits. Celle-ci permet en amont de l'hospitalisation d'anticiper le séjour en procédant, d'une part, à la réservation d'un lit et, d'autre part, à la programmation des examens nécessaires pour la prise en charge du patient.

La pré-admission fait l'objet d'une procédure en vigueur au sein du Centre Hospitalier d'Avignon mais reste encore peu connue des professionnels et donc peu utilisée : le taux global de pré-admission reste très faible, à savoir 23,04%³⁴.

La pré-admission devrait être idéalement faite, a minima pour tout séjour programmé, à l'issue de la consultation par les agents du Bureau des Entrées ou les personnels du service de soins concerné une fois la date du séjour connue.

Une sensibilisation sur cette démarche permettrait donc d'améliorer considérablement la gestion des lits, d'anticiper le parcours d'un hospitalisé, de raccourcir les délais d'attente des examens réalisés pendant l'hospitalisation et de fluidifier et améliorer par conséquent le séjour du patient.

3.2.3 Pendant l'hospitalisation

A) Evaluer le patient dès son entrée afin d'anticiper sa sortie

A l'entrée en hospitalisation, le patient doit bénéficier au plus tôt d'un premier bilan réalisé par l'infirmière, visant à cerner le degré d'autonomie de la personne, ses centres d'intérêt, ses habitudes, les éléments antérieurs de sa vie (cf. annexe n°3). L'intérêt de réaliser ce bilan est d'identifier rapidement la problématique de retour à domicile et de faire appel si nécessaire au service social de l'établissement.

Une étude réalisée par le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg³⁵ a en effet mis en évidence qu'un diagnostic, dès l'admission, de risque de malnutrition, de troubles de l'humeur, de troubles de la marche et/ou de détérioration cognitive permet d'identifier une population à risque de durée de séjour prolongée.

L'évaluation rapide du patient apparaît donc comme incontournable dans la prise en charge et permet de définir des modalités de sortie adaptées à chaque cas mais également, à plus grande échelle, d'identifier des besoins en termes de prévention des risques de dégradation fonctionnelle, physique et/ou psychique (consultation « mémoire », hôpital de jour de gériatrie pour bilancer les patients âgés).

B) Recours précoce au service social

Dans le contexte de vieillissement de la population et de précarité qui caractérise le bassin de population avignonnais, les cadres de santé et les assistantes sociales consacrent un temps important à faire des demandes de placement, à négocier avec les structures de SSR, à réajuster les demandes en fonction de l'évolution du patient, à rencontrer les familles pour exposer des solutions de placement, à recueillir des informations,...

Afin de gagner du temps dans cette phase du séjour hospitalier, plusieurs mesures peuvent être envisagées.

Au niveau des services de soins, le recours au service social doit être sollicité au plus tôt dans le cadre des séjours programmés. Une expérimentation a été mise en place courant juin 2009 au niveau des consultations de chirurgie vasculaire où les praticiens remettent aux patients une plaquette d'information sur le service social de l'établissement. Le patient est alors libre de se rapprocher de ce service en amont de son hospitalisation. Compte tenu de la période estivale, il est trop tôt pour se prononcer sur l'efficacité de cette mesure qui reste simple à appliquer et à généraliser sur l'ensemble des secteurs d'hospitalisation soumis à consultations préalables.

Le service social se trouve confronté à des difficultés liées au nombre de tâches administratives effectuées dans le cadre des orientations sanitaires en dehors de toute

³⁴ Etude sur la proportion de pré-admissions par rapport aux entrées directes 2009 du Centre Hospitalier d'Avignon (cellule d'analyse de gestion).

³⁵ Lang P.O., et al. Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés, *La Presse Médicale*, tome 36, n°3 mars 2007, p. 389-397

démarche sociale. Ces activités administratives (recherche de structures d'orientation, relance des établissements, transmission d'informations sur le patient) embolissent considérablement le travail des assistantes sociales qui se trouvent éloignées de leur mission première.

Une étude, réalisée par le service social sur les six premiers mois de l'année 2009, sur le service de chirurgie traumatologique, a permis de révéler que sur les 336 dossiers de patients traités par le service social, seuls 102 dossiers relevaient d'une problématique sociale. Les 234 autres dossiers ont consisté en la recherche de solutions d'aval par les assistantes sociales ; mission qui pourrait alors incomber soit à un cadre de santé, soit à une secrétaire de l'unité de soins ou du service social. Cette nouvelle tâche doit faire l'objet d'une réflexion plus approfondie portant notamment sur la charge de travail supplémentaire que cela pourrait représenter pour les cadres ou les secrétaires.

C) Développer le système d'information

Développer le système d'information par la gestion informatisée des lits permet d'anticiper, de suivre et de réévaluer le séjour du patient en même temps que la saisie en temps réel des informations relatives aux pré-admissions, entrées et sorties des patients. Le Centre Hospitalier d'Avignon s'est engagé dans une telle démarche et un marché public a été lancé en ce sens.

L'atout indéniable d'un système d'information est de pouvoir anticiper les séjours des patients par une programmation à l'avance des plages d'occupation des lits. Il paraît important de pouvoir planifier également une date prévisionnelle de sortie, réévaluable en cours de séjour, afin d'obtenir une vision claire, service par service, des disponibilités actuelles et futures en lits.

Les gains d'un tel outil informatique peuvent être envisagés à plusieurs niveaux. A l'échelle des unités de soins, les ressources sont optimisées et du temps agent aujourd'hui utilisé à la gestion des lits (recherche de lits vacants) peut être gagné. A l'échelle de l'institution, les gains financiers par un meilleur taux d'occupation et une augmentation du recrutement des patients peuvent également être envisagés.

En termes de prise en charge, le système informatisé de gestion des lits apportera sans aucun doute une meilleure lisibilité des parcours de soins en temps réel ainsi qu'une optimisation maximale du planning patient. Enfin, l'organisation pourra s'en trouver nettement améliorée par un recentrage des tâches des professionnels sur les soins.

L'acquisition d'un logiciel ne doit pour autant pas suppléer à la nécessaire réorganisation des pôles et services en termes de fonctionnement, de détermination des outils de gestion et de définition claire des responsabilités.

3.2.4 La sortie du patient

A) Certification

La décision de sortie du patient revient au médecin alors que l'organisation logistique de cette sortie revient aux personnels soignants et administratifs. Le binôme médecin – soignant doit reprendre toute son importance de manière à ce que la sortie du patient soit anticipée et organisée conformément aux exigences de la procédure de certification.

Critère 24a « sortie du patient » du manuel de certification V2010

Le manuel de certification consacre un critère à la planification de la sortie du patient :

« La sortie ou le transfert du patient est organisé(e) en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.

Les professionnels de l'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert. »

L'établissement s'est engagé, au moment de son auto-évaluation et en vue de la visite de certification version 3 prévue début 2010, à planifier la programmation des sorties au minimum la veille afin d'en optimiser l'organisation. Cette démarche, qui devrait être supervisée par le cadre de santé, consisterait à préparer en amont les courriers de sortie, réserver le transport sanitaire si nécessaire et programmer la charge de travail des personnels en vue du nettoyage et de la préparation de la chambre pour l'accueil d'un nouveau patient.

B) La mise en place d'un salon des sortants

Le salon des sortants ou de « remise à la rue » aurait pour objectif de faciliter la prise en charge d'un patient sortant valide ou en fauteuil, par sa famille ou un prestataire de transport sanitaire. Cette nouvelle modalité de prise en charge en fin de séjour doit permettre de libérer des chambres plus précocement au cours de la matinée, fluidifiant l'accès pour les personnes intégrant le Centre Hospitalier d'Avignon notamment après un passage aux urgences.

Cette prestation est proposée au Centre Hospitalier de la Rochelle depuis octobre 2007 selon une amplitude horaire de 10h à 18h du lundi au vendredi. Ainsi, les patients dont la sortie est confirmée peuvent être pris en charge par une aide-soignante dont les missions principales sont l'accompagnement des patients en attente de leur famille ou d'un transporteur sanitaire, la réalisation des formalités administratives de sortie, la surveillance des patients et la distribution d'une collation. Sur 252 jours de fonctionnement en 2008, le salon a accueilli 1613 patients.

Si la satisfaction des patients accueillis dans ce salon est indéniable, il convient toutefois de souligner que le recours à ce service est limité par des questions organisationnelles tels les horaires de visite des médecins qui retardent la décision de sortie et donc son organisation.

La mise en place de ce salon d'attente nécessiterait auparavant de définir, en collaboration avec le corps médical, la typologie des patients qui pourraient en bénéficier, à savoir des patients dont l'état de santé ne requiert pas une surveillance importante.

La création d'un salon de mise à la rue nécessiterait de dépasser les résistances et les appréhensions des professionnels de santé qui ont pu être exprimées au cours des diverses réunions de travail sur le thème de la DMS. En effet, cette nouvelle prestation semble être ressentie comme si l'hôpital se déchargeait de ses patients dans un objectif de gains d'activité.

La réduction de la DMS : une problématique qui intéresse les prestataires du secteur privé

Des prestataires du secteur privé s'intéressent aujourd'hui aux besoins des établissements de santé en matière de réduction de la DMS. Ainsi, l'un d'entre eux propose une plateforme médicalisée offrant des solutions entièrement sécurisées permettant le suivi à distance, le maintien et le retour à domicile des personnes fragiles (maladies chroniques, vieillesse) ou temporairement vulnérables (à la suite d'une intervention). Cette plateforme permet de suivre l'évolution de l'état de santé d'un patient

grâce à un système d'information spécialisé et d'une équipe médicale 24h/24h et de gérer l'amont et l'aval d'une hospitalisation. Implanté dans les locaux d'un établissement hospitalier, le prestataire se rémunère à partir des gains réalisés sur la réduction de la DMS.

Cette dernière solution qui a fait l'objet d'une présentation auprès de l'établissement en 2008 n'a toutefois pas été retenue par la direction du Centre Hospitalier d'Avignon.

C) La poursuite de la coopération avec les structures d'aval

Le Centre Hospitalier d'Avignon dispose de liens privilégiés avec deux types de structures d'aval : l'unité de SSR de l'établissement et les structures d'aval de proximité.

➤ Un atout majeur : l'unité de SSR intra-hospitalier

S'agissant de la coopération en interne, le Centre Hospitalier d'Avignon se dote progressivement de 33 lits supplémentaires de soins de suite positionnés au sein du pôle regroupant la filière personnes âgées (court séjour gériatrique, SSR et USLD). Le renouvellement de la chefferie de pôle et l'élaboration d'un nouveau projet de pôle semblent avoir permis de dynamiser le secteur de soins de suite et de rénover la politique d'admission des patients dans l'unité de réadaptation. L'un des objectifs du pôle est de prioriser les patients sortants des services de soins aigus du centre hospitalier.

La structure de SSR de l'hôpital d'Avignon dispose d'atouts majeurs en la présence d'un plateau technique important tant en matière d'exploration et de soins que de rééducation ainsi que d'un dossier patient unique permettant une continuité de prise en charge des patients tout au long de leur parcours hospitalier. De plus, la place du SSR dans le pôle filière gériatrique permet la prise en compte de la problématique particulière des patients âgés et une prise en charge plus adaptée.

Cette création de lits de SSR devrait permettre à terme de préserver le rôle des services spécialisés, d'assurer à ces mêmes services la maîtrise de leur programmation, de mettre en place un dispositif qui permettra l'accueil normal des patients en sortie du SAU et enfin, de rationaliser la charge de travail des équipes médicales soignantes en gérant de façon plus optimale le flux des patients.

La montée en charge progressive de la capacité en lits au sein du CHA (18 lits³⁶ sont désormais requalifiés en soins de suite) a d'ores et déjà permis d'accélérer les sorties des patients du pôle médecine vers le secteur de soins de suite de l'établissement.

Ainsi, 27% des entrées en unité de SSR proviennent du Pôle Médecine et principalement des unités du Service Médical d'Accueil³⁷, de neuro-rhumatologie et de pneumologie.

➤ Les coopérations avec les structures d'aval externes

S'agissant des structures partenaires externes, il conviendrait de poursuivre les coopérations avec les établissements d'aval de proximité. Cette coopération doit passer par une rencontre trimestrielle avec les responsables des structures de SSR afin d'évaluer la qualité des orientations réalisées : qualité des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge, respect des dates et horaires de transfert, pertinence des orientations,...

Ces rencontres doivent permettre de souder les liens, au-delà de la convention écrite, entre les partenaires hospitaliers et extra-hospitaliers. L'orientation des patients vers des structures d'accueil étant parfois difficile (refus des familles pour des structures trop éloignées du domicile, annulation du transfert de dernière minute, pathologies lourdes et complexes), il paraît nécessaire d'instaurer un dialogue entre l'hôpital et les structures publiques et privées externes.

Conformément aux orientations du Schéma Régionale de l'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III), l'établissement n'hésite pas à favoriser la complémentarité inter-territoriale et à mettre en place des coopérations avec des structures d'aval situées hors du territoire de santé Vaucluse-Camargue. Cette approche en filière doit être développée car celle-ci permet d'anticiper, d'évaluer, d'orienter au mieux les patients ; le Centre Hospitalier d'Avignon aurait peut-être alors un nouveau rôle de coordination à jouer au sein de cette filière. L'action des nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS)³⁸ sera décisive en matière d'offre sanitaire, médico-sociale et sociale.

L'établissement doit également poursuivre son partenariat avec le service d'hospitalisation à domicile et développer la sensibilisation des professionnels médicaux du CHA aux indications pour lesquelles l'HAD est adaptée.

³⁶ Situation au 15 septembre 2009.

³⁷ Cette unité fonctionne avec une activité non programmée, dotée de 28 lits (hors lits des patients hébergés, dispersés dans différents services), composé à l'origine pour accueillir les pathologies médicales en aval des urgences.

³⁸ Titre III de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Conclusion

« Si les managers se concentrent sur leurs processus, les indicateurs de performance seront au vert. Mais si les managers se concentrent sur leurs indicateurs, le processus ne s'améliorera probablement pas ».

Lean Enterprise Institute.³⁹

Voilà qui illustre ce qu'il paraît essentiel de retenir de ce travail de réflexion sur le management des lits et la réduction de la DMS. Rien ne sert d'observer l'indicateur « durée de séjour » si une réflexion de fond n'est pas menée sur l'ensemble du processus de gestion des lits.

L'occupation optimale des lits est aujourd'hui conjuguée à un nouveau mode de gestion financière fondée sur l'activité de l'établissement. Aussi, chercher à diminuer la durée de séjour n'a d'intérêt que si une file d'attente de patients permet d'occuper les lits vacants.

Les travaux menés par les trinômes des quatre pôles pilotes n'ont pas encore abouti au moment du rendu de ce mémoire. Toutefois, il a été constaté une baisse relative de la DMS, conjuguée à une diminution de l'activité, sur les derniers mois et, notamment, dans les services de médecine où la problématique de gestion des lits est la plus criante.

Les raisons de ce renversement de situation peuvent être expliquées par deux phénomènes principaux. La création progressive de lits de SSR au sein même de l'établissement semble avoir nettement amélioré les flux de patients au sortir des services de médecine. Il faut également prendre en compte l'effet « sensibilisation » que peut avoir eu cette mission sur les professionnels de santé et en particulier sur le chef du pôle médecine qui s'est fortement impliqué dans la gestion des sorties des patients.

Réduire la DMS ne peut pour autant pas devenir une fin en soi et risquer d'augmenter dans le même temps le taux de réhospitalisation des patients déjà pris en charge dans

³⁹ Source : www.lean.org. Le mode de gestion *lean* s'intéresse à la recherche de la performance par l'amélioration continue et l'élimination des gaspillages. Adaptable à tous les secteurs économiques, le *lean* est actuellement principalement implanté dans l'industrie (et principalement l'industrie automobile)

l'établissement. Le Centre Hospitalier d'Avignon doit trouver un équilibre optimal compte tenu du contexte propre au territoire de santé de Vaucluse-Camargue.

La seule durée de séjour ne doit pas être considérée comme l'unique mesure de performance de l'établissement, ni a fortiori de la qualité des soins.

En conclusion, le management des lits doit être réaffirmé comme étant un axe de la politique d'établissement et progressivement s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité : qualité de la prise en charge, qualité des conditions de travail et optimisation des ressources.

Bibliographie

Articles de périodiques

- Luthy C., Rentsch D., Cedraschi C., Sigaud P., Perneger T.V., Allaz A.F., décembre 2005, « Durée d'hospitalisation, programmation de la sortie et politique de raccourcissement des séjours : avis des patients et des soignants », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, volume 53 n°6, p. 629-634
- Bahrami S., Holstein J., Chatellier G., Le Roux Y.E., Dormont B, avril 2008, « Lien entre durée de séjour et réadmissions en chirurgie et en obstétrique : étude des deux procédures à partir des données du PMSI », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, volume 56 n°2, p. 79-85
- Duclos A., Trinquart L., Woszto V., Karanfilovic C., Chatellier G., mars 2006, « Du PMSI à la gestion des pôles : une analyse critique sur l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP-DMS) » *Journal d'Economie Médicale*, Vol 24, n°2, p. 71-82
- Badonnel A., Théolier S., Valette P.J., novembre 2005, « Des actions concrètes pour réduire la durée moyenne de séjour », *Gestions Hospitalières*, p.717 et suiv.
- Pelletier G, Pérenno G., mai 2002, « La préparation de la « sortie du patient » en Ecosse », *Soins Cadres*, p. 48-50
- Cugniet R., Pascal C., Pioch S., 2007, « Demande de transfert des patients de court séjour vers des structures de soins de suite et de réadaptation. Résultats d'une étude au centre hospitalier universitaire de Grenoble », *Risques et Qualité*, volume IV n°1, p. 33-40
- Griveau F., décembre 2007, « Cadre de l'unité de coordination des hospitalisations », *Objectifs soins*, p. 21-24
- Holstein J., et al., 2009, « Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, doi : 10.1016/j.respe.2009.02.2008
- Kossovsky M., Chopard P., Bolla F., Sarasin F., Louis-Simonet M., Allaz A.F., Perneger T., Gaspoz J.M., 2002, "Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use", *International Journal for Quality in Health Care*, , volume 14, n°3, p. 227-232
- Mc Claran J., Tover-Berglas R., Cranley Glass K., novembre 1991, "Chronic status patients in a university hospital : bed-day utilization and length of stay", *Canada Medical Association*, p. 1259-1265

- Monette P., Pasin F., Landry S., Beaulieu M., avril 2003, « La gestion des lits d'hôpitaux : portrait de 4 établissements canadiens », *Cahier de recherche HEC* Montréal, n°03-05
- Lang P.O., et al., mars 2007, « Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés », *La Presse Médicale*, tome 36, n°3, p. 389-397

Rapports, ouvrages

- Cour des Comptes, septembre 2009, *La sécurité sociale*
- MEAH, avril 2008, *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience*, Paris, 128 p.
- MEAH, avril 2005 / mars 2007, *Améliorer la gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques - Rapport final*, 32 p.
- OCDE, 2007, *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*, p. 72-73
- HAS, novembre 2001, *Préparation de la sortie du patient hospitalisé*, Paris, 72 p.
- DREES, décembre 1999, *Les éléments de la « performance » hospitalière, les conditions d'une comparaison*, n°42, 8 p.
- ATIH, 2009, *Evolution de la notion de séjours bas en V10 et V11*, réf : DL-VS-999-2009
- Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1997-1998, *Managing beds better, balancing supply and demand, The NDHP-2 experience*, Australie, 113 p.

Textes réglementaires

- Ministère de la Santé et des Sports. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009,
- Ministère de la Santé et des Sports. Circulaire n°DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n°2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Ministère de la Santé et des Sports. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

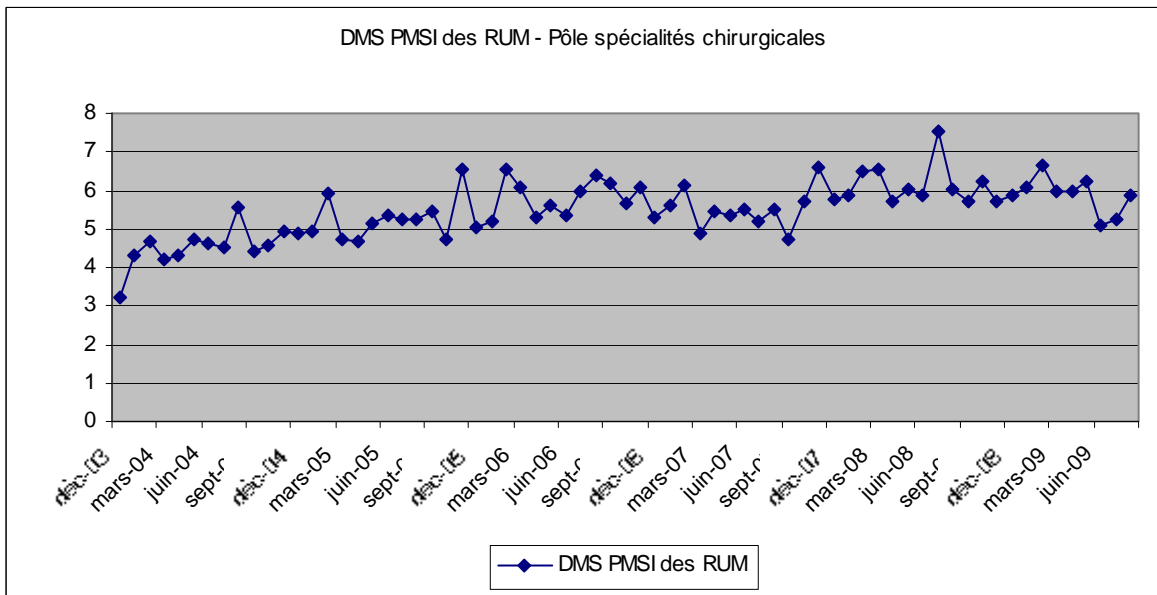
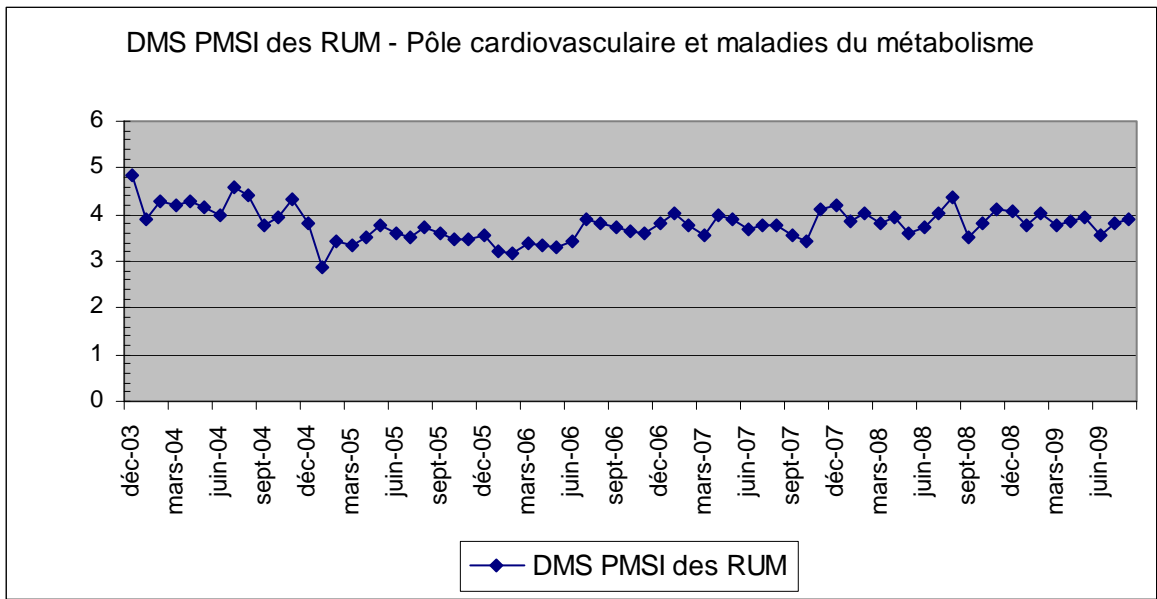
Sites internet

- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales PACA. Diagnostics territoriaux, disponible sur internet : www.paca.sante.gouv.fr/territoires/accueil.swf

- Conseil national de l'Information statistique. Le portail de la statistique publique française, disponible sur internet : www.statistique-publique.fr
- Observatoire Régional de la Santé PACA. Publications et tableaux de bord, disponible sur internet : www.orspaca.org
- Agence Régionale de l'Hospitalisation PACA. Cartographie de l'offre de soins, disponible sur internet : www.parhtage.sante.fr/re7/pac/site.nsf


Liste des annexes

- Annexe 1 - Evolution de la DMS sur les quatre pôles « test » - 2003/2009
- Annexe 2 – Fiche de recueil des données
- Annexe 3 – Fiche de renseignements médicaux en vue d'une admission




Annexe 2

Fiche de recueil des données

		Etiquette patient		Allergies :	
RECUEIL DE DONNEES / OBSERVATIONS				Pace Maker :	
				Autres :	
Nom de l'IDE :		Nom de l'AS :			
(qui prend en charge le patient)					
Date :	Observation ce jour		si besoin préciser l'état avant hospitalisation		Cible repérée ou commentaires
Respirer	Respire bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Boire et manger	Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Régime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	haut <input type="checkbox"/>	bas <input type="checkbox"/>			
Eliminer	Continence urinaire				
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
	sonde à demeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	selles				
	stomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	changes complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Date :	Observation ce jour		si besoin préciser l'état avant hospitalisation		Cible repérée ou commentaires
Se mouvoir	autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	marche avec aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lever au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	grabataire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dormir	Somnifère				
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Hygiène corporelle	autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Aide partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	aide totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	état cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	escarre				
	sacrum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	talon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Communiquer	ouïe				
	entend bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	vue				
	voit bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	cecit�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	parole				
	facile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
comprend le franais					
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Psychisme	normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	agit�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	désorienté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nom du professionnel qui a fait le recueil de données :					

Annexe 3

Fiche de renseignements médicaux en vue d'une admission

 CENTRE HOSPITALIER AVIGNON	CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX EN VUE D'UNE ADMISSION	
NOM	Service	Assistante Sociale
DIAGNOSTIC	ANTECEDENTS	TRAITEMENTS
<input type="checkbox"/> Perfusiones <input type="checkbox"/> Pansements <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Escarres <input type="checkbox"/> Risques infectieux		
EVALUATION DE L'AUTONOMIE EN DATE DU :		
Marche <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Avec cannes ou cadre <input type="checkbox"/> Reste au lit <input type="checkbox"/> Reste assis	Alimentation <input type="checkbox"/> Mange seul <input type="checkbox"/> A surveiller <input type="checkbox"/> A installer <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Alimentation par sonde	Parole <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Expression difficile <input type="checkbox"/> Aphasie
Toilette <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Se lave seul <input type="checkbox"/> S'habille seul	Audition <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Appareillé <input type="checkbox"/> Déficiante	Psychisme <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Terrain dépressif <input type="checkbox"/> Désorientation <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Agitation
		Vision <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Déficiante
		Rectum <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déficient
		Vessie <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Déficient <input type="checkbox"/> Sonde
Admission souhaitée à compter du :		
Objectif à court terme :	<input type="checkbox"/> Convalescence <input type="checkbox"/> Rééducation <input type="checkbox"/> Orthophonie	
Objectif à long terme :	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Institution Soins palliatifs <input type="checkbox"/>	
OBSERVATIONS :		
REPRODUCTION RENSEIGNEMENTS MEDICAUX		