



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2019 –

**« BED MANAGER : MISSION, PROFIL ET
ACTIVITE ? »**

– Groupe n°6 –

Aurélie BERNARD

Marie-Ange BOICHUT

Anne DESCOUTS

Jean-Gabriel ESQUIROL

Iza Line MAZZINE

Florian TAYSSE

Axel TOPÇU

William YADJEL

Animateurs:

Pascal CREPY, Professeur, EHESP

Mathias WAELLI, Maître de conférences, EHESP

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Pascal CREPY et Mathias WAELLI, Maîtres de conférences à l'EHESP, pour les idées et les conseils qu'ils nous ont apportés dans le cadre de ce module inter professionnel.

Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer sur le terrain malgré des emplois du temps chargés :

- Vera ASVANYI, chef de projet en organisation, siège de l'APHP
- Bruno AVRIL, cadre supérieur de santé au CHU de Poitiers
- Nicolas BILLOT, directeur des opérations hôpitaux universitaires Paris Ouest
- Annie CAREL-MORGAND, directrice des soins à la Clinique la Sagesse
- Nathalie DANIEL-MARTINEZ : chef du service des urgences du CH de Lorient
- Sophie FERNANDES, conseillère en organisation à l'hôpital Tenon – Paris
- Nathalie GALLATO, directrice des soins au CH de Lorient
- Roselyne LEMOINE, cadre supérieure de santé au CHU de Rennes
- Natalie MATHE, cadre supérieure de santé à l'HEGP
- Anne TRICHET, infirmière gestionnaire de lit au CHU de Brest

Au vu des connaissances et expériences de chacun d'entre eux, les entretiens menés furent riches et ont tous éclairé à leur façon notre sujet.

Enfin, nous remercions l'EHESP pour nous avoir donné l'opportunité de travailler en interprofessionnalité et pour nous avoir fourni les moyens logistiques permettant de mener à bien nos travaux.

LISTE DES SIGLES UTILISES

AMES : analyse et management des établissements de santé
APHP : assistance publique des hôpitaux de Paris
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ARS : agence régionale de santé
CH : centre hospitalier
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
CPOM : contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
DMS : durée moyenne de séjour
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP : école des hautes études en santé publique
ETP : équivalent temps-plein
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
IAO : infirmière d'accueil et d'orientation
IDE : infirmier diplômé d'état
IPDMS : indice de performance durée moyenne de séjour
MCO : médecine chirurgie obstétrique
MIP : module interprofessionnel
PMSI : programme médicalisé des systèmes d'information
ROR : répertoire opérationnel des ressources
RPU : résumé de passage aux urgences
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SAU : service d'accueil des urgences
SGMAS : secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SPH : service public hospitalier
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
METHODOLOGIE	5
INTRODUCTION	7
1 Le <i>bed manager</i>, une réponse aux défis stratégiques des établissements de santé	9
1.1 <i>Les différentes propositions des acteurs institutionnels</i>	9
1.2 <i>Les recommandations de l'ANAP</i>	14
1.3 <i>Synthèse de l'étude réalisée par les étudiants en master AMES</i>	17
2 Retour d'expérience et analyse de la mise en œuvre du <i>bed management</i>	20
2.1 <i>Les obstacles à la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits</i>	20
2.2 <i>Le profil, les activités et l'organisation du travail du <i>bed manager</i></i>	21
2.3 <i>Les facteurs de réussite d'un déploiement efficace de la fonction de <i>bed manager</i></i> ..	23
2.4 <i>Des freins humains, opérationnels, organisationnels et capacitaires</i>	24
3 Anticiper les flux programmés et non-programmés pour une gestion des lits plus efficace	26
3.1 <i>Replacer le <i>bed management</i> au cœur des priorités stratégiques de l'établissement</i>	26
3.2 <i>Mettre en place une gestion plus dynamique des flux de patients</i>	28
3.3 <i>Engager une réflexion sur le niveau le plus pertinent de gestion des lits à l'échelle d'un territoire</i>	30
CONCLUSION	32
RECOMMANDATIONS	33
REFERENCES	34
ANNEXES	35

M E T H O D O L O G I E

Tout d'abord, le groupe de travail a été composé sur le principe de l'interfiliarité. Notre groupe était constitué de deux élèves directeurs des soins (DS), une élève attachée d'administration hospitalière (AAH), deux élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), trois élèves directeurs d'hôpital (DH). Cette diversité dans les profils a joué sur l'angle d'attaque choisi pour traiter le sujet.

Cadrage du sujet

Le cadrage du sujet s'est d'abord fait à partir des termes du sujet proposé par les animateurs. Dans un premier temps, nous avons ainsi cherché à préciser les principaux termes du sujet. Il nous a semblé intéressant de questionner le sujet présenté. Ainsi, nous avons réinterrogé la problématique posée au départ, pour la modifier et la faire correspondre à ce qui semblait plus pertinent.

Notre travail a d'abord consisté en l'analyse des données bibliographiques. Celles-ci nous ont aidé à cadrer le sujet, mais ont également servi de support dans le choix des personnes à interroger et dans la réalisation d'une grille d'entretien¹.

L'enquête auprès des acteurs de terrain

L'objectif a été, à chaque fois, d'identifier les acteurs intervenant dans la mise en place de la gestion des lits. Nous avons cherché à mobiliser ce type d'acteurs. Ensuite, nous avons essayé de comprendre les logiques encadrant la mise en place du *bed management*. Nous avons rencontré des acteurs de terrain pour avoir une vision institutionnelle et stratégique de la mise en place de cette fonction.

¹ Annexe 1 : grille d'entretien

Etant donné la diversité des acteurs rencontrés, nous avons déterminé une organisation précise pour le recueil des données de terrain. Nous avons fait le choix du nombre d'entretiens à réaliser. L'objectif étant de ne pas se perdre dans la masse des données accumulées et de pouvoir véritablement exploiter l'ensemble des données recueillies. Malgré ce choix, nous regrettons de ne pas avoir eu la possibilité d'interroger une personne de l'agence régionale de santé (ARS).

Organisation du travail en groupe

Sur les trois semaines qui ont été consacrées au module interprofessionnel (MIP), nous avons mis en place un planning précis. La première semaine a été consacrée au cadrage du sujet, à l'élaboration de la grille d'entretien et à l'organisation du travail pour les deux semaines à venir. Nous avons élaboré une grille d'entretien en lien avec la problématique posée. L'enquête de terrain s'est principalement faite sur la deuxième semaine. Les comptes rendus ont été finalisés en début de troisième semaine. Lors de la troisième semaine du MIP, les parties ont été réparties entre les personnes du groupe. Nous nous sommes répartis par binôme ou trinôme, correspondant à la rédaction des trois grandes parties de notre travail. L'harmonisation globale et la mise en page a été réalisée par l'ensemble du groupe du module interprofessionnel.

Pour finir, l'ensemble des travaux ont été rendus dans les délais fixés et de vrais échanges ont pu permettre une réflexion in fine sur le sujet. Nous espérons que cela se traduise dans le développement qui va suivre.

INTRODUCTION

La fonction de *bed manager* au sein des établissements de santé tend à se généraliser depuis quelques années, car l'organisation du séjour du patient est devenue un enjeu majeur. L'articulation entre les séjours programmés et ceux non programmés issus des urgences est devenue un sujet complexe au regard du nombre croissant de passages aux urgences chaque année. Ainsi, en 2016, on dénombre 21 millions de passages aux urgences soit 3,5 % de plus par rapport à 2015. Cette augmentation occasionne un encombrement important des urgences qui s'accroît en période de grippe saisonnière donnant lieu à des temps d'attente élevés, et au recours à des lits-brancards dans les couloirs. Le désengorgement des urgences est donc un défi quotidien pour les établissements de santé.

Également appelée gestionnaire de lit, la fonction de *bed manager* a été créée en réponse à cette situation. Selon la mission d'information du Sénat de 2017 « *les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », le *bed manager* a pour rôle d'assurer « *le suivi en temps réel et prévisionnel de la disponibilité de l'ensemble des lits d'un établissement hospitalier, d'améliorer le taux de rotation dans les services - et ainsi, par ricochet, de fluidifier l'aval des urgences* ». Il a une triple finalité : fluidifier la gestion des lits afin de l'adapter au mieux à l'activité, réduire le temps d'attente aux urgences en coordonnant mieux l'offre d'aval et enfin participer à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS). En 2017, la France comptabilise 160 établissements de santé dotés d'un gestionnaire de lits. Toutefois, le recours au *bed manager* nécessite une évolution de la culture hospitalière supposant un changement organisationnel important.

Un mémoire réalisé par les étudiants du master d'analyse et management des établissements de santé (AMES) de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) s'est attaché à étudier et comparer les différences existantes entre le terrain et les recommandations édictées par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) les fonctions exercées quotidiennement par le *bed manager*. En effet, la centralisation des lits suppose dans l'idéal, un seul et unique interlocuteur pour le programmé et le non programmé et la mise en place d'une logique d'entraide entre les services.

Au regard des travaux déjà existants à ce sujet, notre étude portera sur la question suivante : *En quoi la stratégie d'un établissement de santé permet d'optimiser la mise en œuvre du bed management et de lever les obstacles/ les freins à son implémentation ?*

Les réflexions engagées sur la gestion des lits ont mené à la rédaction de rapports et de référentiels de bonnes pratiques à destination des établissements de santé (1). A partir de cette littérature, les entretiens de terrain nous ont permis d'analyser les forces et faiblesses de différentes cellules de gestion des lits (2). D'après cette analyse, il semble nécessaire de viser un *bed management* anticipant les flux programmés et non-programmés intégrant une vision territoriale (3).

1 Le *bed manager*, une réponse aux défis stratégiques des établissements de santé

A l'hiver 2012-2013, les services d'accueil des urgences (SAU) ont connu un engorgement très important entraînant des tensions dans les services de nombreux hôpitaux français. Cette saturation a eu un fort retentissement médiatique et des conséquences importantes sur la communauté hospitalière. Des réflexions et des actions ont alors été menées sur la thématique de la gestion des lits à l'hôpital. A la demande du Gouvernement, des acteurs institutionnels ont émis des propositions, l'ANAP a réalisé un guide de bonnes pratiques sur la mise en œuvre de cellule de *bed management* dans les hôpitaux et un programme national de mise en œuvre de ces cellules a été déployé. Ces réalisations concrètes et stratégiques ont fait l'objet d'une étude menée par des étudiants en master d'analyse et de management des établissements de santé (AMES).

1.1 Les différentes propositions des acteurs institutionnels

Pour répondre à ces défis, différents acteurs institutionnels ont émis des propositions sur l'implémentation du *bed management* en France.

Le rapport du professeur Pierre CARLI

En 2013, le Premier ministre a demandé au professeur Pierre CARLI un rapport proposant des « *recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences* ». Le professeur CARLI, alors président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), relève dans un premier temps une « relation directe entre la surcharge des urgences et la saturation des lits d'aval² » : Alors que les causes de la saturation des urgences sont multiples, pour le professeur Carli, la nécessité est d'améliorer l'aval des urgences, c'est-à-dire les services d'hospitalisation conventionnelle.

L'étude insiste d'abord sur la nécessité d'un dispositif soutenu par l'ensemble des professionnels médicaux et mis en œuvre sous la direction conjointe et impliquée du binôme

² Pierre CARLI, *recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Rapport remis au Premier ministre, septembre 2013

directeur général - président de la commission médicale d'établissement. La gestion des lits doit et son organisation doivent être intégrées dans le projet médical d'établissement. Cela permet que cet enjeu soit porté par l'ensemble de la communauté hospitalière.

Pour améliorer l'aval des urgences, le Professeur CARLI recommande les mesures suivantes :

- Installer une « commission de l'admission et des soins non programmées » bénéficiant d'une autorité opérationnelle pour anticiper et gérer les situations de saturation ;
- Formaliser le *plan hôpital en tension* en supplément de ce qui a été créé pour disposer des lits dans l'hôpital. L'objectif est de résoudre les situations complexes, graves ou exceptionnelles. Volet du plan blanc, il doit être inscrit dans la certification de l'hôpital
- Organiser des consultations spécialisées non-programmées pour développer des parcours de soins et de prises en charge spécifiques sans passer par le SAU ;
- Développer des filières hors médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Cela permet d'organiser des filières courtes autour de situations parfois récurrentes aux urgences comme le maintien à domicile difficile des personnes âgées ;
- Intégrer le SAU dans un pôle comprenant aussi les services d'aval en capacité de désengorger les urgences. La fluidité du parcours doit faire partie du contrat de pôle ;
- L'incitation financière pour les services d'aval participant à un meilleur parcours de soins entre le SAU et les services de soins doit être promue (financement au parcours) ;
- Créer une unité de médecine polyvalente ouverte en cas de tensions prévisibles sur la disponibilité des lits. Cette unité doit être intégrée au même pôle que celui du SAU ;
- Revoir le dimensionnement des plateaux techniques pour que par exemple en imagerie les patients du SAU comme hospitalisés puissent en bénéficier dans les meilleurs délais.
- Identifier sur le territoire de santé les hôpitaux et cliniques ayant la capacité de prendre part à l'hospitalisation des patients issus du SAU ;
- Des indicateurs prédéfinis doivent permettre de voir les conséquences directes de ce qui est mis en place dans les services de soins pour fluidifier les parcours.

En plus de faire des propositions sur l'aval des urgences, le professeur Pierre CARLI donne des recommandations sur la cellule de gestion des lits :

- Indépendance entre la cellule de gestion des lits et le SAU pour l'implication de tout l'hôpital ;
- Organiser un parcours patient adapté à chaque patient dès son entrée ;
- Faire un bilan de la situation sociale du patient pour anticiper les difficultés financières et sociales ;
- Optimiser les horaires de sortie des patients et anticiper les es formalités ;
- Créer une guide de gestion des lits pour rassembler en un document toutes les informations.

Selon lui, « *L'objectif du bed management est l'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les activités non programmées des structures d'urgences ou des patients adressés par des médecins correspondants pour une hospitalisation rapide. Cette gestion comporte aussi l'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire et de l'ensemble du plateau technique, tout particulièrement l'imagerie³* ».

Ce rapport a servi de base à la création du guide de bonnes pratiques de l'ANAP et de point de départ pour d'autres rapports centrés sur l'évaluation des cellules de gestions des lits.

Le rapport sénatorial de 2017

Dans le cadre du rapport d'information du Sénat de 2017 intitulé « *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* », les rapporteurs ont étudié différentes mises œuvre de la gestion des lits dans les hôpitaux publics français. Forts de leur étude et des résultats observés, ils recommandent de généraliser la fonction de *bed manager* à l'ensemble des hôpitaux français et, si cela est possible, de le faire à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT). Ils retiennent que la fonction de gestionnaire de lits améliore le fonctionnement quotidien des établissements de santé et rend plus cohérent le

³ Pierre CARLI, *recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, Rapport remis au Premier ministre, septembre 2013

parcours de soins des patients. Selon les rapporteurs, trois axes d'évolution des pratiques quotidiennes au sein de l'établissement permettent de parvenir à ces résultats :

- Développer une approche fondée sur le « parcours patient » par la définition et la formalisation de filières et de circuits cliniques ;
- Accentuer dans les services de soins une prise en charge des patients tournée vers la prévision et l'anticipation ;
- Renforcer la communication et la collaboration aussi bien intra-hospitalière qu'extrahospitalière.

Les sénateurs notent deux logiques complémentaires permettant de réaliser ces axes d'évolution :

- Une gestion centralisée et verticale de la disponibilité des lits, où le gestionnaire de lits dispose de l'autorité sur l'affectation des lits ;
- Un décloisonnement horizontal au sein de l'hôpital qui repose sur la solidarité entre les services de soins.

Les rapporteurs du rapport d'information du Sénat synthétisent leur travail en reprenant l'idée du professeur CARLI : l'aval des urgences permet de résoudre la saturation des urgences et doit être l'affaire de l'ensemble de l'établissement de santé.

Le rapport annuel de la Cour des comptes de 2019

Au sein de son rapport annuel de 2019, la Cour des comptes a effectué plusieurs recommandations sur les SAU. Elle note que le recours aux urgences s'élève pour 2016 à 21,2 millions passages. Impactant davantage les établissements publics de santé, ce chiffre a presque doublé depuis les années 1990.

Pour la Cour des comptes, cette demande croissante des usagers est en partie inadaptée car les passages par les SAU ne sont généralement pas suivis d'hospitalisation. Pourtant, les SAU jouent une fonction clé dans la prise en charge des soins non programmés notamment dans les territoires où l'offre de soins est limitée. Cette surcharge des SAU génère d'important temps d'attente pour les patients. Ce temps d'attente varie également en fonction de la

complexité de la prise en charge, elle est notamment plus importante pour les personnes âgées.

Pour faire face à ce constat la Cour des Comptes, préconise cinq recommandations de redéfinition des missions des SAU : la généralisation des nouveaux modes d'organisation interne des urgences, la réforme du forfait annuel des urgences (FAU), la mesure et l'analyse des passages aux urgences, sur le renfort de l'offre en ville notamment sur l'amélioration de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ou le développement de plateau technique léger en ambulatoire.

Pour permettre une analyse de l'activité urgences hospitalières, la Cour souligne qu'il est nécessaire de posséder données fiables et homogènes. Elle reconnaît que les SI renseignant les caractéristiques des patients provenant aux urgences se sont améliorées depuis 2014⁴ grâce à la généralisation des résumés de passages aux urgences (RPU). De plus, dans la majorité des services d'urgences (80%), une fonction d'accueil et de triage des patients à l'entrée est assumée par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Celui-ci a pour mission, dès l'arrivée du patient, de prioriser les prises en charge en fonction leur état de santé et du degré d'urgence de la dispensation des soins.

La Cour émet des préconisations pour assurer de façon optimale la permanence des soins et ainsi réduire le recours aux urgences. Une approche globale et coordonnée des soins non programmés est à privilégier. Dans le cadre du plan Ma Santé 2022, plusieurs mesures ont annoncées pour davantage organiser les services d'urgences. « Il convient de repenser l'organisation territoriale des soins avec un renforcement de l'exercice coordonné, visant notamment les personnes atteintes de maladies chroniques, et une meilleure structuration des prises en charge à domicile. Afin de développer les alternatives aux urgences, il convient de renforcer la continuité des soins en ville dans le cadre du virage ambulatoire du système de santé »⁵.

⁴ Date des dernières recommandations de la Cour des comptes sur le sujet

⁵ Cour des comptes, Rapport public annuel 2019, « les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », février 2019

1.2 Les recommandations de l'ANAP

Pour donner suite aux propositions des acteurs institutionnels, l'ANAP a rédigé un guide de bonnes pratiques à destination des établissements de santé, pour la mise en œuvre de cellule de gestion des lits, dans lequel il est formulé quatre axes. Ayant une visée opérationnelle très forte, les quatre axes suivent une démarche de gestion de projets. Le guide part des raisons et outils nécessaires à la démarche de gestion des lits et s'achève sur l'évaluation des mesures mises en œuvre.

La gestion des flux de patients à l'hôpital comme point de départ de la démarche

La problématique de la gestion des flux à l'hôpital se retrouve dans chacune des étapes du passage d'un patient à l'hôpital : son admission programmée ou non-programmée, son hospitalisation et enfin sa sortie de l'hôpital. La démarche de gestion des lits est née des difficultés rencontrées à chaque niveau de ce parcours-patient. Le manque de visibilité sur la disponibilité des lits et un manque d'organisation dans leur gestion peuvent entraîner des ruptures de parcours de soins, comme par exemple des transferts dans un autre hôpital ou des déprogrammations. Le temps passé à trouver un lit adapté à la pathologie du patient est autant de temps médical et soignant en moins pour le patient ; il entraîne de fait un temps long passé au SAU en attente d'hospitalisation et des entrées tardives dans les unités de soins. L'absence d'anticipation du besoin de lits d'aval est une autre difficulté rencontrée dans la gestion des lits : elle trouve sa source dans des sorties non-anticipées, et des programmations de séjours peu développées. Cela entraîne alors une inadéquation entre l'activité dans les unités de soins et le personnel médical et soignant disponible. Par un état des lieux de l'ensemble de ces difficultés relatives à la gestion des flux de patients à l'hôpital l'ANAP montre la nécessité de la mise en œuvre d'une démarche de gestion des lits.

Selon l'agence, la cellule de gestion des lits doit se concentrer sur l'organisation des séjours afin d'optimiser les flux de patients entre le service des urgences et les services d'hospitalisation. L'organisation des séjours repose sur trois leviers principaux : la pertinence du parcours de soins, la justesse de la durée moyenne de séjours et le dimensionnement des ressources humaines et matérielles de l'hôpital pour une prise en charge adaptée de chaque patient.

Une fois les difficultés repérées et les leviers d'actions identifiés, la démarche projet de l'ANAP consiste dans un deuxième temps à établir les prérequis nécessaires à la mise en œuvre de cette démarche.

La démarche repose sur un diagnostic et un plan d'actions partagés, une équipe de pilotage identifiée et une communication claire sur les actions menées

A l'image de nombreux projets, la mise en place d'une cellule de gestion des lits a pour premier prérequis un diagnostic accompagné d'un plan d'actions partagés. Ainsi, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs fassent remonter leur état des lieux quant à l'enjeu des flux de patients à l'hôpital et les propositions émises pour améliorer l'organisation du parcours de soins à l'hôpital.

Compte tenu de ce qui avait déjà été réalisé dans certains hôpitaux en matière de gestion des lits, le guide de l'ANAP note des thématiques d'actions incontournables dans la mise en place de ce projet. Un travail sur l'organisation des sorties des patients hospitalisés et une meilleure anticipation de ces sorties est une priorité. Ce travail à effectuer dans les services d'aval des urgences avec le personnel médical, le personnel soignant et les équipes du bionettoyage doit avoir deux objectifs : organiser de façon sécurisée et pertinente la sortie d'un patient et disposer des lits d'hospitalisation plus tôt dans la journée. Un deuxième travail doit porter sur les règles d'hébergement des patients dans les services. En lien très étroit avec le personnel médical, afin de garantir une chaîne de responsabilité médicale sécurisée, il s'agit d'établir des règles précises et partagées de tous sur la prise en charge médicale et soignante des patients qui sont hébergés dans un service qui ne correspond pas à sa pathologie d'origine. Ce travail doit se concentrer sur la définition de binômes de services cohérents entre les services hébergés et les services hébergeurs, sur les visites médicales et la chaîne décisionnelle médicale et sur le temps maximal des hébergements. Enfin une troisième réflexion incontournable doit porter sur le moyen le plus adapté de visualiser la disponibilité des lits. Cela peut passer par l'achat d'un logiciel ou l'évolution de celui qui existe, ou par l'implication des services de soins dans la saisie d'informations relatives aux disponibilités de lits dans leurs services.

En plus d'un plan d'actions, il est nécessaire de s'appuyer une équipe de personnes clairement identifiées comme pilote du projet qui s'assure de l'avancée de la démarche et effectue des points d'étapes réguliers. Reprenant l'importance d'un soutien de la direction de l'hôpital et d'une implication forte du corps médical, l'ANAP recommande que cette équipe soit constituée principalement d'un trinôme : un médecin, un soignant, un directeur. Cette équipe peut être étoffée si besoin de personnes ressources précieuses sur un aspect précis du projet de mise en œuvre de la cellule de gestion des lits. Par exemple il peut être nécessaire d'avoir une personne ressource sur les systèmes d'informations.

Enfin il est de la responsabilité de cette cellule de pilotage de communiquer régulièrement sur l'avancement du projet, objectifs réalisés et les objectifs restant à atteindre ainsi que sur les changements que ce projet entraîne dans les pratiques professionnelles du personnel de l'hôpital.

Les recommandations de l'ANAP pour surmonter les difficultés rencontrées lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits

Différentes difficultés peuvent être rencontrées dans la mise en œuvre du projet tels que le manque de temps pour s'impliquer dans le projet, la réticence au changement de certaines personnes, ou encore les problèmes d'ordre technologique en ce qui concerne les systèmes d'informations. Pour pallier ces difficultés l'ANAP liste des facteurs de réussites pour ce projet spécifique de gestion des lits.

Enoncée dans le rapport du professeur CARLI puis confirmée quelques années plus tard dans le rapport du Sénat, la mise en place d'une cellule de gestion des lits au sein d'un hôpital nécessite le soutien et l'implication forte de la direction de l'établissement. La gestion des lits doit faire partie de la stratégie globale de l'hôpital, nécessitant de fait un portage fort de la part de la direction. Cette implication institutionnelle peut se traduire dans un premier temps par l'équipe de pilotage en trinôme, puis une fois la cellule en place par un lien hiérarchique direct entre les *bed managers* et le directeur de site de l'hôpital (exemple de l'hôpital Tenon à Paris).

Un autre facteur de réussite proposé par l'ANAP porte sur le calendrier de mise en œuvre du projet et les indicateurs d'évaluation. Une fois le diagnostic établi et le plan

d'actions proposé, il est nécessaire pour l'ANAP d'avoir un calendrier bien défini et respecté. Pour cela il faut qu'il soit réaliste et parfois réévalué en fonction des aléas. Ce calendrier doit permettre de dérouler le projet à un rythme régulier et prévu au préalable. Il permet aussi lors des points d'étape, de communiquer sur ce qui a déjà été réalisé et d'adapter la mise en œuvre du projet si besoin. La démarche d'évaluation doit être méthodologique et se fonder sur des indicateurs définis à l'avance.

L'évaluation de la démarche dans les hôpitaux partis au projet de l'ANAP

Les établissements participant au projet ont collecté et analysé des indicateurs pour mesurer les impacts des actions visant à améliorer la gestion des lits. L'encadré ci-dessous présente 3 types d'indicateurs que l'ANAP conseillent d'utiliser pour évaluer les réalisations en matière de gestion des lits⁶.

Indicateurs de l'ANAP sur la gestion des lits

- Indicateurs incontournables : IPDMS, taux d'occupation, taux de rotation en ambulatoire, taux de transfert depuis les urgences vers d'autres établissements ;
- Indicateurs « expérimentaux » : indice capacitaire, nombre de lits-brancards occupés, le temps passé à la recherche de lits
- Indicateurs opérationnels : engagement des services à réaliser 1 à 2 sorties le matin, taux de séjour d'1 nuit en hospitalisation conventionnelle, part des séjours longs, taux de DPS renseignés à 48H

1.3

Synthèse de l'étude réalisée par les étudiants en master AMES

L'étude réalisée entre novembre 2018 et janvier 2019 par les étudiants en master porte sur l'écart entre le guide de l'ANAP et son déploiement concret. Les étudiants ayant effectué ce travail ont observé l'activité des gestionnaires de lits de 6 centres hospitaliers (Rennes, Saint Louis, HEGP, Pitié-Salpêtrière, Etampes, Gustave Roussy). Dans chacun de ces hôpitaux, les étudiants ont mené des entretiens semi-directifs et ont effectué un travail de recensement quantifié du temps passé à chaque activité pour les gestionnaires de lits.

⁶ ANAP, *Gestion des lits : Vers une nouvelle organisation*, « tome 2 : mise en œuvre et bilan », mai 2016

Entre les 6 CH, ils ont pu observer des différences parfois fortes en termes d'activités, mais aussi de temps consacré à la gestion des lits. Certaines similitudes sont à noter :

- Excellente connaissance de la structure hospitalière ;
- Activité soutenue de recherche de lits tout au long de la journée ;
- Faible recours aux nouvelles technologies (mails et logiciel).

Dans chacun des hôpitaux qu'ils ont visité, les étudiants du Master AMES ont recensé trois points sur lesquels les gestionnaires de lits doivent par leur travail avoir une influence. Tout d'abord, la cellule de gestion des lits doit favoriser un meilleur taux d'occupation des lits. Elle doit par ailleurs améliorer la trajectoire du parcours patient afin d'avoir une prise en charge adaptée à chaque patient et de réduire les durées moyennes de séjour. Enfin, la cellule de gestion des lits doit avoir une influence sur le plateau des urgences : temps d'attente en vue d'une hospitalisation moins long, permettre aux médecins et infirmiers des urgences de passer plus de temps au lit du patient et réduire l'engorgement des urgences.

A partir du référentiel de l'ANAP, les étudiants ont recensé différentes activités des gestionnaires de lits :

- Recueillir de l'information : les gestionnaires de lits doivent disposer des informations relatives à la disponibilité des lits dans les services et au profil des patients ;
- Rendre compte de cette information : les gestionnaires de lits envoient des bilans réguliers sur la situation des lits à des destinataires différents selon les hôpitaux ;
- Affecter et orienter les patients : en fonction de la disponibilité des services, les gestionnaires de lits affectent les patients, soit de manière informatisée, ou non ;
- Promouvoir la démarche gestion des lits. Alors que le Professeur CARLI rappelle la nécessité d'un portage de projet au niveau de l'établissement, les gestionnaires de lits doivent s'attacher à renforcer leurs relations avec les services.

Sur le terrain, les problèmes rencontrés sont la communication entre les différents services et les gestionnaires de lits, le manque de traçabilité numérique et le temps très important consacré à demander quel service a la possibilité d'accueillir un patient ou à gérer des cas spécifiques et complexes. Les activités considérées comme rarement réalisées sont tout d'abord la visite dans les services de soins, l'édition de listes de patients sortant afin d'avoir une meilleure visibilité des lits qui vont être disponibles et enfin la relation directe

avec les patients (cela manque au personnel paramédical occupant les fonctions de gestionnaires de lits).

D'autres facteurs de réussites ont été recensés dans l'étude : une connaissance fine des pathologies des patients permettant de l'anticipation et une forte volonté institutionnelle. Aujourd'hui, les enjeux auxquels font face les cellules de gestion des lits, selon les étudiants en master, sont la définition précise des postes de gestionnaire de lit , la formation des gestionnaires de lits, l'isolement de la fonction et les risques liés à l'agressivité souvent rencontrée.

2 Retour d'expérience et analyse de la mise en œuvre du *bed management*

Plusieurs entretiens ont été menés en binôme ou trinôme, sur site ou par téléphone, au sein des établissements suivants : CHU de Rennes, CHU de Brest, CHU de Poitiers, CH Lorient, Clinique La Sagesse de Rennes, hôpital européen Georges Pompidou, CH de Tenon en lien avec le CH de Saint Antoine⁷.

Plusieurs critères conditionnent la mise en place d'une cellule de gestion des lits (1), bien qu'il n'existe pas de cellule type (2). Des plus-values et des facteurs de réussite ont été identifiés (3), néanmoins, quelle que soit son organisation, des freins peuvent impacter tant sa création que son action (4).

2.1 Les obstacles à la mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits

L'ANAP n'a pas défini de taille minimale pour la mise en place du *bed manager*, toutefois, il apparaît qu'une taille critique d'établissement, des problématiques récurrentes de disponibilité des lits et l'existence d'un engorgement du service d'accueil des urgences constituent des critères de mise de place d'une gestion centralisée des lits.

La taille critique d'un établissement de santé est un préalable à la création d'une cellule de gestion centralisée des lits

L'ensemble des personnes interrogées s'accordent à dire que la création d'une cellule centralisée de gestion des lits est conditionnée à l'existence d'une taille critique pour l'établissement de santé. Les établissements rencontrés ne s'accordent pas tous sur ces critères, notamment celui de la taille critique. En effet, le CHU de Rennes indique que la mise en place du *bed manager* se justifie à partir de 500 lits, alors que l'hôpital européen Georges Pompidou l'estime à 250 lits. En effet, la création d'une cellule de *bed manager* est consommatrice d'équivalent temps plein (ETP). Ces ETP ne peuvent être dégagés que s'ils apportent une plus-value. Les établissements qui ne possèdent pas d'ETP dédiés au *bed management*, font malgré tout du *bed management*. Il s'agit le plus souvent de cadres supérieurs de santé qui occupent cette tâche.

⁷ Les retranscriptions des entretiens réalisés sont disponibles en annexes.

Un flux important de patients est un préalable à la création d'une cellule de gestion centralisée des lits

Une cellule centralisée de gestion des lits présente un intérêt si le flux de patients est important. Il peut s'apprécier à travers plusieurs indicateurs comme le nombre de patients entrés au SAU, la durée moyenne de séjour (DMS), le nombre de patients issus des urgences qui nécessitent une hospitalisation. En 2016, le nombre de passages aux urgences est de 54 434 à l'hôpital européen Georges Pompidou (1 483 lits, 211 places) contre 106 642 au CHU de Rennes (1 596 lits et 206 places).

L'ensemble des entretiens menés ont permis de mettre en évidence que la fluidité et le parcours d'un patient sont des préoccupations prégnantes dans tous les établissements. Il s'agit d'hospitaliser le bon patient, dans le bon service, au bon moment.

2.2 Le profil, les activités et l'organisation du travail du *bed manager*

Le profil du bed manager peut être soignant, médical ou administratif

Les profils de *bed manager* peuvent être de trois types :

- Profil médical : exemple au CH de Lorient où la cellule comprend notamment un médecin urgentiste faisant partie d'un pool de dix médecins du service des urgences.
- Profil soignant : trois catégories de professionnels ont été observées : des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignants. Dans certains établissements, il s'agit de professionnels "en reclassement pour raisons de santé". Pour exemple, au CHU de Rennes, le choix des infirmières se fait à partir de critères spécifiques de compétences (connaissances de l'établissement, expérience professionnelle de plusieurs années aux urgences, en chirurgie et/ou médecine). Il n'y a pas eu de formations spécifiques dispensées, toutefois, un profil de poste est formalisé. Il reprend les missions, les activités, les liens hiérarchiques et fonctionnels, les compétences requises et l'organisation. A l'image du CH de Tenon à Paris, le profil d'infirmier recherché est celui d'infirmiers qui ne sont pas en reclassement et qui désirent évoluer dans leur carrière vers des tâches organisationnelles plus importantes ou vers le statut de cadre.

- Profil administratif : différents hôpitaux de l'APHP avaient choisi comme premier profil de *bed manager* des secrétaires administratives. Cependant, deux freins ont entraîné un changement de pratique : le manque de connaissances médicales et le ressenti du manque de légitimité dans la discussion avec les professionnels de santé.

Au vu des différents profils, plusieurs interrogations ont émergé :

- La question du coût d'un cadre de santé ou d'un médecin dédié à cette activité a été soulevée par certains établissements, dans lesquels l'activité de gestion des lits est exercée par des infirmiers ou des aides-soignants. En effet, pour exemple, à l'hôpital européen Georges Pompidou, les aides-soignants gérant les lits donnent entière satisfaction et il n'est pas jugé utile d'avoir recours à des infirmiers ou des cadres de santé. De plus, la ressource médicale n'est pas forcément disponible en tout point du territoire.
- La question de la légitimité se pose essentiellement pour les aides-soignants et les secrétaires médicaux dans leurs relations avec les médecins des services d'aval.
- La question du choix par défaut ou imposé pour le professionnel (reclassement)
- La question des connaissances spécifiques des pathologies et des soins par des professionnels non médicaux.

En définitive, il n'existe pas de profil type, ni de profil idéal pour exercer les missions de *bed manager*. Néanmoins, nous remarquons un turn-over important sur ce poste du fait de la répétitivité des tâches et des difficultés relationnelles rencontrées.

Les activités du bed manager sont diverses

La principale activité du *bed manager* est lorsqu'un service a atteint sa capacité d'accueil de trouver une place dans un autre service. On parle alors d'hébergement dans un autre service. L'ANAP a listé toutes les activités et tâches devant être exercées par un *bed manager*. Notre analyse nous permet de repérer que le périmètre des activités des *bed managers* diffère d'un établissement à un autre :

- gestion des entrées non programmées en provenance des urgences ;
- suivi des hébergements et recherche de lits appropriés au regard de la spécialité dont les patients relèvent ;

- suivi des séjours longs ;
- gestion des lits avec le territoire de santé ;
- gestion des hospitalisations programmées.

L'organisation du travail

Il n'existe pas d'organisation de travail type. L'amplitude horaire varie d'un établissement à un autre, toutefois le *bed manager* exerce majoritairement ses activités en journée, en jours ouvrés ou non. La nuit, la gestion des lits est assurée par le cadre de nuit, avec un appui du directeur de garde, le cas échéant. Le dimensionnement des équipes varie également selon la taille de l'établissement. Cependant, cette activité doit au minimum reposer sur deux personnes physiques. Les liens hiérarchiques et fonctionnels sont fonction du choix fait par l'établissement : cellule rattachée à la direction ou à une direction fonctionnelle ou à un pôle de soins. Le recueil et le suivi de la disponibilité et de la gestion des lits peut s'effectuer de manière informatique (logiciel dédié ou fichier Excel) ou sur support papier, l'ensemble des établissements ne disposant pas d'un logiciel dédié.

La localisation de la cellule des *bed managers* se trouve prioritairement en dehors des services d'urgence. Par contre, dans la majorité des cas le *bed manager* participe à un staff organisé par les urgences. La cellule demeure géographiquement proche du SAU

2.3 Les facteurs de réussite d'un déploiement efficace de la fonction de *bed manager*

Les entretiens menés nous ont permis d'identifier les facteurs de réussite d'une cellule de gestion des lits, tant pour sa mise en œuvre que pour son fonctionnement, ainsi que les plus-values apportées pour le patient et pour les professionnels.

Les facteurs de réussite :

- adhésion de l'ensemble des professionnels de l'établissement ;
- soutien de la direction- inscription dans la stratégie de l'établissement ;
- mesure de la problématique spécifique des lits d'aval ;
- adaptation du profil du *bed manager* à l'établissement ;

- communication entre les professionnels des services et le *bed manager* ;
- existence d'un climat de confiance entre les professionnels médicaux ;
- implication du corps médical dont celle de la présidence de la CME au projet.

Les plus-values :

- gain de temps médical auprès du patient pour les médecins et les soignants ;
- gain de temps pour les professionnels dans la recherche de lits ;
- optimisation de l'utilisation des lits ;
- suivi et fluidité du parcours patient ;
- vision globale et en temps réel de la disponibilité des lits ;
- entrées non tardives dans les unités de soins ;
- hébergements organisés et suivis.

2.4 Des freins humains, opérationnels, organisationnels et capacitaires

Les freins humains

- L'absence d'effectifs dédiés ou leur insuffisance :

La mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits suppose que des effectifs lui soient affectés sur des périodes suffisamment étendues, pour que cette gestion soit la plus efficiente possible. Cette activité doit reposer sur plusieurs personnes dans la mesure où elle s'avère parfois conflictuelle en cas de désaccord sur le service de prise en charge d'un patient.

- L'absence de reconnaissance de la fonction ou de l'agent :

Afin que la cellule fonctionne de manière fluide, l'ensemble des acteurs doit y adhérer et reconnaître sa plus-value. Aussi, les médecins peuvent être amenés à échanger avec des professionnels non soignants, ce qui peut entraîner des difficultés relationnelles et des incompréhensions entre professionnels.

- L'absence de reconnaissance de la direction de l'établissement :

Le degré d'implication et de soutien de la direction de l'établissement est la garantie de son efficience.

Les freins opérationnels

- Les conditions et les moyens matériels mis à la disposition :

Ils revêtent une importance particulière. En effet, tous ne disposent pas de logiciel dédié, qui a un coût pour l'établissement, ni même d'outil de suivi informatique et sont contraints de travailler sur des supports papiers.

- L'absence d'identification d'un bureau dédié

Cela permet l'exercice de cette activité et sa reconnaissance par les autres professionnels, une activité nomade pouvant avoir un impact négatif.

- Le périmètre des services inclus dans la gestion de lits

Bien que tous les services ne s'y prêtent pas, dont la réanimation ou l'unité de soins intensifs, dès lors que certains services ne sont pas intégrés dans la démarche, du fait notamment de la réticence des professionnels, cela peut impacter la gestion des lits.

Les freins organisationnels

- L'absence de formation spécifique ;
- L'absence de connaissance approfondie de l'établissement et des professionnels ;
- L'absence de formalisation d'une procédure de gestion des lits ;
- Le manque de visibilité sur la disponibilité des lits en temps réel, soit du fait de l'absence d'outil informatique, soit du fait de la restriction de son accès ;
- Le manque d'anticipation des sorties des patients des lits d'aval.

Les freins capacitaires liés au manque de lits dans l'établissement

Le développement de la médecine et de la chirurgie ambulatoires conduit les établissements à réduire leur nombre de lits en hospitalisation complète, ce qui impacte la gestion des lits. En effet, les "Panoramas de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES 2017" indiquent qu'entre 2003 et 2015, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus est passé de 468 000 à 408 000.

3 Anticiper les flux programmés et non-programmés pour une gestion des lits plus efficace

3.1 Replacer le *bed management* au cœur des priorités stratégiques de l'établissement

Une triple implication administrative, médicale et soignante

Le succès de la mise en œuvre d'un projet de gestion des lits à l'hôpital repose sur l'implication initiale de directeurs et de médecins. L'exemple du CHU de Poitiers, où un des projets les plus ambitieux en termes de gestion des lits a été porté par le directeur général et le président de CME, montre qu'une telle implication au plus haut niveau de l'établissement est un facteur de réussite important. Cet engagement traduit une prise de conscience quant à l'aspect stratégique de la gestion des lits en termes de maîtrise des moyens humains (augmentation des taux d'occupation, adaptation du capacitaire aux besoins) et d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital (baisse du temps d'attente aux urgences, libération de temps médical et soignant).

L'implication initiale d'un directeur des soins est complémentaire dans la mesure où tous les établissements étudiés⁸ ont fait le choix d'établir des cellules de gestion des lits composées de soignants, généralement des infirmiers et/ou des cadres infirmiers. De la plupart des entretiens qui ont été conduits, il ressort que la légitimité soignante permet d'orienter avec compétence et autorité les patients sur l'ensemble des lits de l'établissement. Ce constat n'est cependant pas exclusif d'une cellule de gestion des lits hétérogène, où certains membres, comme pour le CHU de Poitiers, sont des infirmiers, mais où d'autres ont des compétences de logistiques originellement sans lien avec la santé.

Au quotidien, l'implication administrative et médicale ne doit pas rester marginale. Le *bed management* doit continuer d'intéresser directeurs, médecins et soignants. Certains établissements (CH de Lorient) ont fait le choix d'associer un médecin urgentiste *bed manager* à un cadre soignant, afin de renforcer la légitimité des décisions prises par la cellule

⁸ CHU de Rennes, CHU de Brest, CH de Lorient, Clinique La Sagesse, GH Est Parisien et GH Ouest Parisien

de gestion des lits. Le CHU de Poitiers, après une phase portée directement par le directeur général, a par ailleurs fait le choix de déléguer à une direction fonctionnelle, celle des territoires et coopérations, la mission d'organiser la cellule de gestion des lits. Souvent, les cellules de gestion des lits échappent à l'organisation traditionnelle des hôpitaux et demeurent rattachées fonctionnellement à un directeur fonctionnel ou à un directeur général. Une telle organisation permet d'éviter de placer un service des urgences (auquel pourrait être rattachée la cellule de gestion des lits) au-dessus des autres services de soins.

De manière générale, la composition professionnelle et le rattachement fonctionnel des cellules de gestion des lits doit être ambitieux afin d'asseoir sa légitimité et de conforter son autorité au sein des établissements.

Recommandation n°1 : *Intégrer, éventuellement sous forme de référent (CHU de Rennes), un médecin aux cellules de gestion des lits qui doivent idéalement être rattachées à un directeur fonctionnel, voire au directeur général d'un établissement.*

La montée en compétence du bed manager

Assurer un positionnement stratégique de la gestion des lits à l'échelle d'un établissement suppose de s'interroger sur les compétences nécessaires pour ceux qui sont investis dans cette fonction. Les entretiens conduits ont montré que la plupart du temps, il s'agit d'infirmiers reclassés, parfois pour raison médicale, qui ne sont pas nécessairement dédiés à temps plein à cette fonction. A la Clinique de La Sagesse, les deux ETP qui assurent la gestion des lits s'occupent également des rappels téléphoniques préopératoires.

Cette situation ne constitue pas un obstacle en soi à une bonne gestion des lits. Le reclassement d'infirmiers au sein d'un même établissement assure aux cellules de gestion des lits une bonne connaissance du terrain et des flux de patients généralement appréciée, par les chefs de service et cadres soignants. Cependant, c'est aussi un frein au développement de compétences spécifiques liées au *bed management*. Il est nécessaire de diversifier et de valoriser les profils qui contribuent à gérer des flux de patients programmés et non-programmés au sein des hôpitaux. Le CHU de Poitiers a ainsi fait le choix d'intégrer à sa cellule de gestion des lits deux personnes disposant d'un BTS en logistique. Son cadre supérieur de santé, Bruno AVRIL, considère en ce sens que la diversité des profils permet une meilleure compréhension des outils de gestion. Dans la perspective d'un agrandissement de la

cellule, pour prendre en charge la gestion d'autres établissements prochainement fusionnés au CHU, il n'écarte pas l'intégration d'autres profils, qui restent à définir.

Recommandation n°2 : *Diversifier et valoriser les profils susceptibles de contribuer à la gestion des lits au sein des hôpitaux, afin de contribuer à une montée en compétence du bed manager.*

3.2 Mettre en place une gestion plus dynamique des flux de patients

Une meilleure anticipation des flux programmés et non-programmés à long terme

L'anticipation des flux de patients programmés et non-programmés est au cœur des fonctions d'un *bed manager*. Cette anticipation doit s'articuler avec la gestion à court terme des séjours des patients qui vise par exemple à réserver certains lits dans les services d'aval, pour des flux essentiellement non-programmés (CHU de Rennes, CHU de Poitiers) ou à fermer certains lits, voire certains services pour le weekend dans le cadre de flux essentiellement programmés (Clinique de La Sagesse). Les flux programmés doivent aussi être anticipés, notamment vis-à-vis de la présence de ceux qui vont assurer la production de l'activité médicale (participation à des congrès des médecins, vacances scolaires).

Cette anticipation repose sur le calcul et l'actualisation régulière d'un certain nombre de données comme les DMS, les taux d'occupation, les plannings et les ratios de personnel. Elle doit aussi s'appuyer sur la connaissance précise de la patientèle et de ses caractéristiques (propension à être hébergé, présence de handicap). Dans tous les cas, cette anticipation ne peut se traduire par une gestion des lits stricte qui ne laisserait aucune place à l'imprévu. Les flux non-programmés sont évidemment concernés, mais également les flux programmés lorsqu'ils se traduisent par des séjours anormalement prolongés. La gestion des lits doit s'assurer de la présence d'une marge de sécurité, qui paraît aujourd'hui définie de manière assez arbitraire. Le déploiement de systèmes d'information potentiellement prédictifs pourrait à terme conduire à définir et à actualiser avec précision cette marge de sécurité.

Recommandation n°3 : *Actualiser régulièrement, voire instantanément, la marge de sécurité nécessaire en matière de lits disponibles dans les services d'aval pour faire face*

aux flux non-programmés et programmés, à l'aide de systèmes d'information appropriés.

Le recours à des systèmes d'information qui appuient l'orientation des patients

Les systèmes d'information dans le cadre de la gestion des lits sont divers et peuvent être de fabrication interne (CHU de Rennes) ou édités par la société Maincare® (CHU de Brest, CHU de Poitiers, CH de Lorient). Ils permettent généralement de visualiser en temps réel les lits disponibles dans les services d'aval mais aussi d'accéder à certaines données sur les patients. A l'inverse, certains établissements continuent de maintenir des tableaux de bord physiques pour la gestion des lits (Clinique de La Sagesse). Plusieurs obstacles liés à la nécessité de coordonner les systèmes d'information à l'échelle de groupements d'établissements qui ne font pas face aux mêmes contraintes en matière de gestion des lits ont été signalés.

Les systèmes d'information déployés semblent relativement fragiles. Ils reposent encore en grande partie sur la sincérité et la régularité des déclarations de chaque service (une à deux fois par jour) de telle sorte que la pratique du "lit-cache", consistant à retarder les admissions en raison d'un manque prétendu de lits, demeure. Certains établissements (CH de Lorient) suggèrent de mettre en place des contrôles dans les services par la cellule de gestion des lits, sur le modèle des contrôles des dotations qui peuvent exister en matière de flux logistiques, pour le linge par exemple.

Pour autant, les systèmes d'information en temps réel paraissent pouvoir pallier cette difficulté. Le CHU de Poitiers ne signale, par exemple, aucun cas de "lit-cache", dans la mesure où son logiciel – M-Visibilité (MPV) - permet de suivre en temps réel chaque lit de l'établissement et d'identifier le patient qui l'occupe.

En outre, automatiser autant que possible la gestion des lits au sein de l'hôpital permettrait aussi d'éviter de recourir au cadre de nuit ou à l'administrateur de garde lorsque la cellule de gestion des lits n'est pas active, notamment la nuit et les week-ends où les admissions peuvent pourtant être nombreuses. Il s'agit aussi d'appuyer sur des critères objectifs les décisions prises par le *bed manager* en matière d'orientation des patients.

Recommandation n°4 : *Encourager le développement et le déploiement au sein des établissements de santé de systèmes d'information plus performants, afin d'améliorer l'efficacité et d'appuyer l'autorité des décisions prises en matière de gestion des lits.*

3.3 Engager une réflexion sur le niveau le plus pertinent de gestion des lits à l'échelle d'un territoire

La consolidation des travaux effectués dans le cadre du répertoire opérationnel des ressources (ROR)

La gestion des lits à l'échelle d'un établissement peut s'avérer insuffisante. La nécessité de préserver une marge de sécurité en matière de lits disponibles à l'échelle de chaque établissement d'un territoire peut conduire à la surévaluer ou à la sous-évaluer dans le cadre d'un équilibre non-coopératif. Elle pourrait être ajustée aux besoins d'un territoire si son calcul tenait compte de l'état en temps réel de l'offre de soins en ville comme à l'hôpital. Certains établissements peuvent aussi être tentés de sous-évaluer volontairement leur marge de sécurité (source mécanique d'inefficience), afin d'amener d'autres établissements "référents" sur le territoire à l'augmenter.

La mise en place d'une gestion territoriale des lits pose la question de la connaissance de l'état en temps réel de l'offre de soins sur un territoire. Déployé progressivement depuis 2006, le ROR décrit ainsi l'état opérationnel de chaque établissement à l'échelle d'une région. Il est piloté de manière déconcentrée par chaque ARS. Il est utilisé notamment par la régulation des services d'aide médicale urgente (SAMU), afin d'orienter les patients vers l'établissement le plus adapté, mais aussi par les services de soins, afin d'éviter une rupture de parcours de soin en aval de l'hospitalisation (Art. D. 6124-25 du Code de la santé publique). La fonctionnalité "disponibilité des lits" du ROR Bretagne est actuellement en cours de déploiement, mais elle demande tout d'abord un référencement exhaustif des établissements (MCO, SSR et PSY) et de leur capacité en lits. Il convient de noter qu'il existe également un biais déclaratif, similaire à celui susceptible d'être retrouvé à l'échelle d'un établissement.

Recommandation n°5 : *Disposer d'une vision en temps réel de la disponibilité interne des lits de chaque établissement à l'échelle d'une région dans le cadre d'un développement technique rapide des fonctionnalités du ROR.*

Vers un bed manager territorial ?

Dès lors que la vision en temps réel de la disponibilité interne des lits de chaque établissement est assurée, la gestion des lits à l'échelle d'un territoire devient théoriquement possible. Cependant, les marges de sécurité prévues par chaque établissement participant au service public hospitalier (SPH) sur un territoire doivent être analysées et réajustées équitablement, éventuellement sous le contrôle de l'ARS, afin de permettre une véritable gestion territoriale des lits.

Recommandation n°6 : *Prévoir des engagements équitablement répartis entre les établissements d'un territoire en matière de marges de sécurité relatives à la disponibilité des lits au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).*

Une fois ces obstacles spécifiques levés, il est possible d'envisager de manière ambitieuse la mise en place de cellules territoriales de gestion des lits qui pourraient être chargées au niveau du GHT par exemple, de l'orientation des patients en aval des services d'urgences, mais aussi de leur orientation en aval du court séjour (SSR, USLD, EHPAD).

CONCLUSION

Les difficultés constatées dans le déploiement de la fonction de *bed manager* au sein des établissements de santé montrent qu'il est nécessaire d'engager une réflexion plus globale sur le parcours du patient dans le système de soins, notamment à l'échelle territoriale. Une gestion des lits organisée est fondamentale afin d'assurer une prise en charge adaptée pour chaque patient sans rupture de parcours.

C'est aussi un enjeu d'efficience pour les établissements de santé confrontés à des contraintes budgétaires toujours plus fortes, mais aussi à virage ambulatoire qui se traduit par une réduction depuis plusieurs années de leurs capacités en lits d'hospitalisation conventionnelle. La réflexion en termes de lits apparaît d'ailleurs de moins en moins pertinente, tant il semble nécessaire de considérer les lits et places d'un établissement de santé dans leur globalité.

Les objectifs affichés dans le cadre de la stratégie Ma Santé 2022, qui vont dans le sens d'un « décloisonnement » des domaines d'activité (MCO, SSR et PSY), des secteurs sanitaire, social et médico-social, mais aussi de la ville et de l'hôpital doivent permettre de déployer à terme des projets ambitieux en matière de gestion des lits et places sur un territoire. Le développement technique du répertoire opérationnel des ressources doit aussi accompagner la mise en œuvre de projets ambitieux en la matière.

Un *bed manager* territorial permettrait de définir des modalités communes d'orientation pour chaque type de patient en tenant compte de l'état précis de l'offre de soins à un moment donnée. Malgré la logique territoriale parfois faible des groupements hospitaliers de territoires, ces derniers semblent être le support fonctionnel adapté pour conduire de tels projets.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : *Intégrer, éventuellement sous forme de référent (CHU de Rennes), un médecin aux cellules de gestion des lits qui doivent idéalement être rattachées à un directeur fonctionnel, voire au directeur général d'un établissement.*

Recommandation n°2 : *Diversifier et valoriser les profils susceptibles de contribuer à la gestion des lits au sein des hôpitaux, afin de contribuer à une montée en compétence du bed manager.*

Recommandation n°3 : *Actualiser régulièrement, voire instantanément, la marge de sécurité nécessaire en matière de lits disponibles dans les services d'aval pour faire face aux flux non-programmés et programmés, à l'aide de systèmes d'information appropriés.*

Recommandation n°4 : *Encourager le développement et le déploiement au sein des établissements de santé de systèmes d'information plus performants, afin d'améliorer l'efficacité et d'appuyer l'autorité des décisions prises en matière de gestion des lits.*

Recommandation n°5 : *Disposer d'une vision en temps réel de la disponibilité interne des lits de chaque établissement à l'échelle d'une région dans le cadre d'un développement technique rapide des fonctionnalités du ROR.*

Recommandation n°6 : *Prévoir des engagements équitablement répartis entre les établissements d'un territoire en matière de marges de sécurité relatives à la disponibilité des lits au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).*

REFERENCES

- Agence nationale d'appui à la performance, *Gestion des lits – Retours d'expériences*, avril 2013
- Agence nationale d'appui à la performance, *Gestion des lits : vers une nouvelle organisation – Tome 2 : mise en œuvre et bilan*, mai 2016
- Pascal CAMPOMINOSI, « *Le bed manager et le concierge au clefs d'or* », Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi (SNPHARE), juillet 2013
- Pierre CARLI, « *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences* », CNUH, septembre 2013
- Cour des comptes, Rapport public annuel, « *Les urgences hospitalières, des services toujours trop sollicités* », février 2019
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
- Dominique DEJEAN, « *De la gestion des lits à l'ordonnancement* », Hôpital Mère-enfants - CHU de Nantes, 24 janvier 2012
- Sénat, Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et René-Paul SAVARY, *Rapport d'information au nom de la Commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières*, 26 juillet 2017
<https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

A N N E X E S

- Annexe 1 : grille d'entretien
- Annexe 2 : entretien 1 : CHU de Brest
- Annexe 3 : entretien 2 : Hôpital européen George Pompidou (HEGP - AP-HP)
- Annexe 4 : entretien 3 : CH de Lorient
- Annexe 5 : entretien 4 : CHU de Poitiers
- Annexe 6 : entretien 5 : CHU de Rennes
- Annexe 7 : entretien 6 : Hôpital de Tenon (AP-HP)
- Annexe 8 : entretien 7 : CH de Tenon, Paris

Grille d'entretien

Date de l'entretien : XXX

Personnes rencontrées :

- XXX, XXX

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

XXX

Question 2 : Profil compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

XXX

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

XXX

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

XXX

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

XXX

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

XXX

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

XXX

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

XXX

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés les de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

XXX

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed-manager ?

XXX

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

XXX

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

XXX

Entretien n° 1

CHU de Brest

Date de l'entretien : 8 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Anne TRICHET, infirmière gestionnaire de lit au CHU de Brest

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

La cellule *de bed management* a été mise en place en 2016 au CHU.

Question 2 : Profil compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

La cellule est composée de trois infirmières toutes en reclassement professionnel pour des raisons médicales dont une infirmière de bloc.

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

La cellule utilise le logiciel M-EVA qui permet d'avoir une vision globale sur les unités de soins avec les demandes de lits et les hébergements disponibles. Toutefois, elle utilise encore des tableaux de bord en version papier et des tableaux de bord Excel, mais aussi la plateforme opérationnelle de parcours (la POP), une grille d'entretien qui permet d'évaluer les besoins des patients pour un retour à domicile.

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

La cellule est composée de trois infirmières travaillant à 80% de 10h à 20h du lundi au vendredi. La journée se décompose de la manière suivante :

- Le matin : bilan des demandes d'hospitalisation, des disponibilités, appel des services pour la recherche de lits / sorties envisagées ;
- A 13h : diffusion du tableau récapitulant les disponibilités de lits (CSS - DS - DH - CS - Centre 15) ;
- A 17h, il y a un nouveau point avec les services, qui est envoyé à 19h ;
- A 19h un point un état des lieux des lits disponibles dans les CH du territoire de santé.

Concernant la nuit, le cadre des urgences s'occupe de la gestion des lits de 20h45 à 7h45 (point sur la disponibilité des lits avec le directeur d'astreinte à 23h et 6h). Une réunion de crise se tient le jeudi avec les cadres supérieurs de santé des pôles, la cellule

de gestion des lits, la plateforme opérationnelle de parcours, un directeur d'hôpital et le directeur des soins.

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

La gestion des lits est organisée au sein du territoire de santé. En effet les patients peuvent être transférés la nuit à l'hôpital d'instruction des armées de Brest. En outre, une plateforme opérationnelle de parcours (la POP) a été créée et travaille en étroite collaboration avec l'HAD. Celle-ci a pour mission de repérer quotidiennement les situations relevant de l'HAD. Elle se déclenche systématiquement pour les séjours supérieurs à 14 jours et pour les patients des EHPAD. Une évaluation à J+2 est réalisée pour le patient qui est stable cliniquement sur la base d'une grille commune de repérage. Pour les transferts particuliers d'un CH à un autre par exemple, le médecin doit appeler le médecin chef du service accueillant (la cellule de *bed manager* ne s'en occupe pas).

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

- Tableau récapitulatif du nombre de lits disponibles par service ;
- Tableau récapitulant les patients hébergés (services hébergeurs / hébergés) ;
- Procédure d'hébergement des patients - courrier faxé ;
- Nombre de lits dispo dans les autres établissements (territoire de santé) ;
- Suivi individuel du processus réservation des lits (patients par patients).

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Ils ne s'en sont pas servis.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

La cellule de gestion des lits dispose d'une excellente connaissance des pathologies des patients. Les liens faits avec la POP fluidifient le partage d'informations (connaissance de patients en commun).

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés les de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

Plusieurs freins ont été identifiés :

- La réduction des lits au CHRU: procédure hôpital en tension en permanence ;
- Les horaires : vide de 7h45 à 10h et de 20h à 20h45 ;
- Les transmissions se font uniquement par écrit entre la cellule et le cadre de santé de nuit ;
- Depuis la nouvelle organisation mise en place le 7 janvier 2019, la cellule de gestion des lits affecte les patients dans les services. Cependant les médecins ne mettent pas forcément les bonnes recommandations et les patients ne sont pas affectés toujours au bon service ;
- Il y a un manque de visibilité globale (services qui n'est pas gérer par la cellule de gestion des lits : AMPU – Réa) ;
- Informations fausses sur les lits (certains services donnent de mauvaises infos sur les lits disponibles pour garder des lits vides) ;
- Manque de soutien de la direction - cadre sup de pôle absente
- Agressivité des soignants ;
- Le fait que les gestionnaires de lits soient des infirmières et non des cadres / médecins posent un souci de légitimité.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed-manager ?

Les difficultés rencontrées par les *bed managers* sont : l'agressivité des soignants, le problème lié à la légitimité de leur métier d'infirmier, un manque de soutien de la part de la direction et du cadre supérieur en charge de la gestion des lits et les fausses informations délivrés par les services (lits cachés).

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

- Affectation des patients dans les services ;
- Fluidification du parcours patient ;
- Centralisation des infos au sein du CHRU et du territoire de santé
procédure de gestion de crise formalisée.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

La présence d'un cadre au sein de la cellule de gestion des lits est nécessaire afin de soutenir l'équipe dans son travail. En outre, chaque service devrait envoyer un mail 2 fois par jour sur l'état des lits disponibles.

La cellule de gestion des lits devrait gérer l'ensemble des services de l'établissement y compris services de réanimation et l'unité médicale post-urgence. Enfin, il serait nécessaire d'augmenter la plage horaire de travail pour assurer la permanence des soins.

Entretien n° 2

Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP)

Date de l'entretien : 10 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Nathalie MATHE, cadre supérieure de santé à l'hôpital européen Georges Pompidou
- Nicolas BILLOT, directeur des opérations des hôpitaux universitaires Paris Ouest

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

L'HEGP compte 1483 lits et 211 places et 54 434 passages aux urgences ont été réalisés en 2016.

La mise en place de la cellule a été demandée par les médecins cardiologues qui estimaient perdre trop de temps, pour trouver un lit pour un patient. L'objectif a été de simplifier le processus d'affectation des lits pour chaque patient. La direction de l'hôpital a soutenu la création de cette cellule.

Question 2 : Profil/ compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

Les gestionnaires de lits recrutés sont des soignants : infirmiers et aides-soignants. Le choix du profil soignant a été fait, dans la mesure où ces professionnels connaissent le vocabulaire médical et l'univers hospitalier.

Ils sont rattachés à la direction des opérations et encadrés par un cadre de proximité.

Lors du recrutement des professionnels, il est recherché des capacités relationnelles et de communication, ainsi qu'une rapidité dans le travail.

Question 3 : Outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits

Le système d'information Dx CARE est utilisé par les unités de soins et il comporte un module de gestion des lits. Ce logiciel permet notamment aux gestionnaires de lits d'avoir une vision des lits vacants et occupés en temps réel, ce qui leur évite des déplacements dans les services de soins.

Question 4 : Organisation interne de la cellule – activités réalisées

La cellule de gestion des lits ne fonctionne que dans la journée.

Les services de soins appellent la cellule entre 10h30 et 11h30, pour l'informer du nombre de sorties à prévoir et du nombre d'entrées qui vont avoir lieu.

Si à 11h30 il n'a pas été reçu d'appel de la part d'un service de soins, la cellule de gestion des lits le contacte.

Il y a quatre ETP pour gérer les 600 lits inclus dans le périmètre de la gestion des lits. En sont exclus les unités de soins critiques, telles la réanimation et l'unité de soins intensifs, ainsi que les services de gériatrie et de médecine interne.

L'objectif de la cellule est que tous les patients disposent d'un lit au sein de l'hôpital.

Question 5 : Organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

La cellule de gestion des lits de l'hôpital a travaillé en lien avec l'hôpital de Vaugirard, mais cela ne fonctionne plus.

Il existe un partage d'informations sur les lits vacants au niveau supra-GH, mais pas de transferts en temps réel.

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

Pour l'hébergement de patients dans un service dont ils ne relèvent pas, une procédure a été formalisée par les médecins et les cadres.

En cas de difficulté pour réaliser un hébergement, le gestionnaire de lit s'appuie sur le cadre de santé et la déprogrammation n'est pas admise au niveau de la cellule de gestion des lits.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Nicolas BILLOT, directeur des opérations a participé à la création de la cellule de gestion des lits à l'HEGP et avait participé à l'écriture des référentiels nationaux.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

Les facteurs de réussite évoqués sont : un positionnement et des règles claires, une fiche de tâche simple à mettre en œuvre, un soutien de la direction de l'établissement, un dimensionnement adapté de la cellule.

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés les de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

Deux services : la gériatrie et la médecine interne, refusent toujours d'entrer dans le périmètre de la gestion des lits.

L'accueil de la mise en place de la cellule a été variable de la part des cadres, du fait du retrait d'une de leurs missions.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed-manager ?

Les gestionnaires de lits sont en difficulté en l'absence d'un nombre de lits disponibles suffisant et lorsque qu'ils se heurtent à des refus d'hospitalisation dans un service. Pour exemple, en médecine, la durée moyenne de séjour est plus longue que dans les autres services, ce qui influe donc sur la disponibilité des lits.

Question 11 : Quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

La plus-value principale est de permettre à chaque patient de disposer d'un lit, même si ce lit ne se trouve pas dans l'unité dont relève le patient.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

L'un des projets est celui de la gestion de la filière de soins de suite avec l'hôpital de Vaugirard. L'autre axe d'amélioration serait d'intégrer la gériatrie et la médecine interne dans la gestion des lits.

Thématiques diverses relatives à la gestion des lits abordées :

L'établissement estime que la mise en place d'une cellule se justifie à partir de 200/250 lits et est fonction également du nombre d'entrées.

Entretien n° 3

CH de Lorient

Date de l'entretien : 13 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Nathalie GALLATO, directrice des soins au CH de Lorient

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

La cellule de gestion des lits avec la présence d'un médecin *bed manager* a été mise en place en janvier 2018 à l'initiative du service des urgences. Au début de la mise en place de la cellule, cette dernière était ouverte de façon ponctuelle en cas de crise, puis celle-ci s'est pérennisée avec une ouverture les lundis et vendredis de 8h30 à 19h. La cellule est fermée les week-ends, les jours fériés et durant les vacances. Avant la mise en place de cette cellule, le premier médecin urgentiste qui appelait un service d'hospitalisation avait automatiquement une place pour son patient. Une inégalité de prise en charge pouvait s'instaurer. En effet, certains patients étaient en attente d'un lit depuis plusieurs jours contrairement à d'autres personnes qui étaient directement prises en charge dans le bon service. Il en résultait des tensions importantes palpables dans les services d'hospitalisation liées à ce manque d'organisation. De fait, les professionnels de santé passaient beaucoup de temps au téléphone à la recherche d'une solution pour les patients se faisant au détriment de la prise en charge médicale. La cellule a été ouverte en raison d'une nécessité commune et d'un sentiment partagé par les médecins urgentistes de perte de temps clinique : ils étaient selon eux en permanence au téléphone à chercher des places pour leurs patients. La mise en place de la cellule coïncide aussi avec la baisse du nombre de lits dans les services d'hospitalisation conventionnelle.

Question 2 : Profil compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

La cellule est composée :

- D'un médecin *bed manager* : il fait partie d'un pool de 10 médecins urgentistes du SAU de Lorient
- D'un des 3 cadres des urgences uniquement dédié à cette tâche.

Le fait d'être parvenu à faire adhérer au projet et d'avoir recruté des médecins urgentistes a permis de créer ce poste spécifique. Cela libère du temps médical auprès des patients et une seule personne centralise les demandes et les affectations, assistée du cadre.

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

Un tableau de tension des lits rempli 4 fois par jour et est envoyé au directeur de garde et aux chefs de service de l'hôpital. Le logiciel URQAL permet de recenser les lits disponibles : c'est sur URQAL que les infirmiers doivent déclarer 2 fois par jour (11h - 17h) les lits disponibles, mais c'est sur la base du "volontariat" ... tous les services ne le font pas. La cellule de gestion des lits est obligée de téléphoner aux différents services de l'établissement afin de connaître la disponibilité des lits. Cela ne se fait pas par mail. Il n'y a pas de déplacement dans les services mais le médecin *bed manager* estime que cela pourrait être bien pour contrôler ce que rapportent les services (parfois le soir à 17h, les services ne déclarent pas tous les lits disponibles pour ne pas avoir de nouveaux patients dans la nuit ou dans la soirée).

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

La cellule est ouverte tous les jours du lundi au vendredi de 8h30 à 19h. Le week-end et jours fériés, la nuit et durant les vacances, les cadres de proximité gèrent. Il y a donc une absence du *bed manager* entre 19h et 22h et entre 6h30 à 8h30.

La journée s'organise de la façon suivante :

Le matin à 8h30, staff en présence des médecins de nuits, des médecins de nuit, du cadre des urgences à la gestion des flux et du médecin *bed manager* : objectif passer en revue tous les patients présents sur le plateau pour savoir ce qui leur est proposé : retour à domicile ou hospitalisation.

Après le staff du matin : le cadre gestionnaire des lits appelle les services pour avoir la disponibilité des lits à l'heure de l'appel et en prévision avec les sorties. Une fois le bilan de la disponibilité des lits fait, il la donne au médecin *bed manager* pour qu'il puisse disposer des lits disponibles. Pour cela c'est donc le médecin *bed manager* qui appelle le médecin du service pour l'informer du patient qu'il va recevoir en lui donnant le bilan médical => meilleure compréhension entre médecins. En cas de tension sur les lits, le cadre alerte le directeur de garde pour lui demander l'ouverture d'une cellule de crise. Il fait cela en plus des 4 mails bilans par 24h sur les disponibilités des lits. Seul le déchoquage peut préempter un lit de réanimation ou de soins intensifs en cas de besoin sans passer par la cellule de BM.

Le fonctionnement est particulier pour la réanimation : le réanimateur de garde vient toujours voir le patient aux urgences avant de l'accueillir en Réa (idem pour les services de soins intensifs - de cardiologie - de neurologie).

Concernant la procédure d'hébergement, celle-ci est lourde et peu adaptée. Le médecin *bed manager* peut cependant en discutant avec le médecin du service mettre un patient en chirurgie, même si une sortie est envisagée en médecine en prévision de l'arrivée de 2 patients relevant de la médecine et donc plus de place en médecine si on n'héberge pas en chirurgie.

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

La coopération sur le territoire se fait par l'administrateur de garde uniquement. La cellule gériatrique et la cellule psychiatrique évaluent les patients au préalable pour voir les besoins avant d'hospitaliser les patients. à l'extérieur du SAU, il y a 2 unités en plus:

- l'UHCD: 9 lits qui ont pour objectif de surveiller les patients. Ils ne restent pas plus de 24h. Les patients qui sont à l'UHCD le sont en raison de leur "profil patient" comme par exemple la tentative de suicide médicamenteuse ou la chute au domicile.
- la MPU composée de 18 lits avec des patients qui devraient rester entre 3 et 5 jours mais en réalité 1 semaine. Il manque un projet médical de service dans la MPU et pas de « profil patient » type créé. Ils sont dans ce service parce qu'il n'y a pas de place dans les services de soins. Tant qu'il n'y a pas de décision d'hospitalisation, il n'y a pas de place dans un service d'hospitalisation défini, pas de place au MPU, les patients sont « stockés » (mot employé par le médecin *bed manager* pour montrer l'indignité de cette « solution » dans les couloirs du SAU, il n'y a que 13 boxes d'examens médicaux).

-

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

Cf. la question relatives aux outils utilisés.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

La cellule de gestion et de suivi des lits a été mise en place selon les recommandations de l'ANAP et du SSU Bretagne. La mise en place du médecin *bed manager* s'est faite en dehors des travaux et des préconisations de l'ANAP.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

Pas assez de recul pour identifier les facteurs de réussite.

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés les de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

Plusieurs freins ont été identifiés :

- Il y a un sentiment d'un certain désintéressement de la direction vis-à-vis de la cellule de gestion des lits ;
- Il existe également un frein médical : certain médecins urgentistes ont refusé de participer au projet ;
- Il y a une réduction des lits d'hospitalisation conventionnelle au sein du GH Bretagne Sud (certains patients sont hospitalisés en unité d'hospitalisation de semaine à défaut de place avec un sentiment de « déplacer le problème » et de ne pas trouver de véritable solution pour les patients.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed manager ?

Les hospitalisations dans le service d'hospitalisation de semaine posent un problème. En effet, elles ne règlent pas forcément les choses, puisque le problème de place est reporté en fin de semaine lorsque le service d'hospitalisation de semaine ferme. L'hébergement d'un patient de chirurgie en médecine pose toujours un problème parce qu'il peut y avoir un vrai souci de compétences paramédicales et que le chirurgien ne pense plus à aller voir le patient puisqu'il est dans un autre service.

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

Les services de soins passent moins de temps au téléphone : ils sont appelés à heure fixe par une seule personne et seul le médecin du service prend l'appel pour les transmissions médicales => communication de médecin à médecin Le patient est mis dans le bon lit au bon moment Les médecins sont plus sereins au travail et consacrent plus de temps au lit du patient.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

Les piste d'amélioration et préconisation identifiée par la cellule de gestion des lits :

- Créer une zone de tampon afin d'éviter l'attente de patients dans le couloir ;
- Trouver des filières d'hospitalisation bien définies en médecine post-urgence, comme cela a été fait pour l'UHCD afin d'avoir des profils patients comparables et donc de meilleures prises en charge mises en œuvre plus facilement ;
- Ouvrir une cellule de coordination de sortie (cf. ce qui a été fait à Brest avec la plateforme opérationnelle de parcours) pour s'assurer qu'à la sortie du patient, il y ait une famille qui l'accueille et s'occupe de lui, voir les besoins de ces patients, en matière sociale et besoins de la vie quotidienne. La Cellule serait composée, selon le médecin *bed manager*, d'une IDE et d'une assistante sociale.

Entretien n° 4

CHU Poitiers

Date de l'entretien : 10 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Bruno AVRIL, responsable de la cellule de gestion des lits

Question 1 : Contexte de la mise en place de la cellule de gestion des lits.

En 2013, le DG et le PCME décident de mettre à l'ordre du jour la création d'une cellule de gestion des lits pour 2014 afin d'améliorer l'accueil des urgences car il y a des plaintes régulières sur le temps de prise en charge. En 2014 c'est le seul projet intitulé PAAU. Le DG a considéré que les urgences étaient le sujet de tous les services de l'hôpital. Ce sont les deux qui ont porté le projet.

Question 2 : Profil et compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits : L'équipe : 2 infirmières en reclassement professionnel pour des raisons de santé. Et deux ETP extérieurs, BTS logistique qui n'ont rien à voir avec la fonction soignante.

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

Le logiciel utilisé est M-Visibilité (MPV) édité par la société Maincare®.

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

Désormais la cellule est sous la responsabilité de la directrice chargée des territoires et de la coopération. Elle est dirigée au quotidien par un cadre de santé. Elle est opérationnelle tous les jours avec des horaires réduits le week-end. La semaine elle est ouverte de 8h à 20h. Le projet, mais surtout les souhaits, est de passer à une cellule opérationnelle 24h/24.

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

Le CHU de Poitiers est précurseur sur la gestion des lits ; il a donc des liens avec le ministère pour faire partager son expérience. Par ailleurs, il intègre prochainement deux autres établissements de son territoire. Ces derniers pourraient être intégrés à une cellule unique de gestion des lits.

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits.

Les procédures intègrent plusieurs cas de figure, comme hôpital en tension. Elles sont toutes intégrées au logiciel.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Le DG s'est surtout inspiré de pratiques anglo-saxonnes. Le logiciel a notamment été découvert lors d'un salon à Chicago.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

- Portage au plus haut niveau
- Volonté commune du DG et du PCME.
- Logiciel performant

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

M. Avril met surtout en exergue le fait que la gestion des lits s'intègre à un ensemble de facteurs. Par exemple, si le temps d'attente aux urgences a baissé de 1h depuis la création de la cellule, cela est dû à un ensemble de mesures prises et non uniquement à la cellule.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed-manager ?

Rien n'a été signalé.

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

Un exemple donné par M. Avril concerne le temps passé à chercher une chambre pour un patient. Avant la création de la cellule, une moyenne de 30 appels pouvait être constatée. Désormais il n'y a qu'un seul appel, qui concerne les urgences vers le service accueillant pour préciser l'état clinique du patient. En pratique, la recherche dure désormais 10min.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

- Développement d'un salon de départs « patients debout »
- Création d'un salon de départs « patients allongés »
- Création d'une cellule unique pour l'ensemble du GHT.

Entretien n° 5

CHU Rennes

Date de l'entretien : 2 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Roselyne LEMOINE, cadre supérieure de santé au CHU de Rennes

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

Le CHU compte 1 586 lits et 216 places.

En 2014, plusieurs évènements concomitants ont eu lieu : prise de fonction d'un nouveau directeur général, afflux important de patients et augmentation de l'activité lors de la période hivernale et reconfiguration des pôles.

Un état des lieux a été réalisé en 2015 par un directeur des soins et le vice-président de la CME. Il a ensuite été décidé de l'affectation d'un cadre supérieur sur la mission de gestion des flux, ainsi que la mise en place d'une cellule de gestion centralisée des flux.

Néanmoins, il existait déjà une gestion des lits, mais au niveau des pôles. Quatre pôles-cellules font du positionnement de patients et un peu de programmation ou de suivi du post séjour et des demandes de SSR.

Question 2 : Profil et compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

Il s'agit d'infirmiers formés en interne par leurs pairs.

Les critères de compétences ont été définis sur la fiche de poste. Il s'agit notamment de connaître l'établissement, d'avoir une expérience de soignant de plusieurs années aux urgences et/ou en médecine et/ou en chirurgie, d'accepter de ne plus être en contact des patients, d'être capable de travailler en transversalité.

Le responsable de la cellule est un cadre supérieur, ancien cadre supérieur des urgences et de médecine, ayant une connaissance du terrain et des problématiques spécifiques de flux patients et de parcours.

Le vice-président de la commission médicale d'établissement est le médecin référent de la cellule qui ne comprend aucun médecin.

Le cadre supérieur est rattaché fonctionnellement à la direction des soins, mais est rattaché hiérarchiquement au directeur général et au président de la commission médicale d'établissement.

Question 3 : Outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits

Le logiciel utilisé a été créé par un ingénieur hospitalier du CHU. Il est mis à jour en temps réel à partir du dossier patient informatisé, donc les soignants n'ont pas à remplir le formulaire, c'est le logiciel qui importe les informations depuis le dossier patient.

Le logiciel permet d'obtenir un tableau de bord et des statistiques de performance. Son déploiement a été fait de manière logistique et technique, mais les soignants ne se sont pas approprié l'outil.

Question 4 : Organisation interne de la cellule – activités réalisées

La cellule mise en place en 2015 comprend un infirmier la matin et un infirmier l'après-midi, 7 jours sur 7 (de 7h30 à 21h la semaine et le week-end en 12h). Elle gère le non-programmé et le non programmé des pôles en dehors des cellules. La cellule ne travaille pas la nuit, c'est donc le cadre de nuit qui prend le relais. Elle n'est pas située aux urgences et ne dépend pas du pôle urgences, néanmoins, les infirmiers participent aux transmissions des urgences tous les matins.

En 2018, une infirmière responsable des parcours patients en EHPAD, positionnée dans le même local que le bed manager a été mise en place.

Question 5 : Organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé

L'ARS accompagne le CHU sur l'organisation des urgences.

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

Des procédures sont formalisées.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Le cadre supérieur s'est appuyé sur les documents élaborés par l'ANAP et s'est inspiré des expériences du CHU de Poitiers et de Saint Louis.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

Les facteurs de réussite sont :

- la prise en compte des problématiques d'aval spécifiques à l'établissement ;
- la communication entre les professionnels de la cellule et des services ;
- l'existence d'un climat de confiance entre les bed managers et les médecins ;
- la formalisation par la direction générale d'une procédure institutionnelle spécifiant la légitimité de la cellule ;
- la mise en place d'un médecin référent de la cellule.

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

Jusqu'en juillet 2016, les propositions de lits étaient faites par la cellule, mais tous les professionnels ne « jouaient pas le jeu » et il y avait une certaine réticence des équipes. La cellule devait alors recourir à des arbitrages avec la direction.

En juillet 2016, la présidence de la commission médicale d'établissement et le directeur général ont rappelé, par écrit, la légitimité de la cellule

Des résistances au changement de la part du service d'urgences ont été constatées, du fait de la non maîtrise des lits disponibles par les médecins.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed manager ?

Les difficultés sont liées à la réticence de certains professionnels et aux modes de fonctionnement des urgentistes.

Question 11 : Quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

Il est noté un gain de temps pour les médecins et les cadres qui cherchaient des lits pour leurs patients et une plus-value au niveau de l'établissement, en termes de parcours et de flux et au niveau des urgences.

La cellule a une vision d'ensemble des disponibilités de lits sur l'établissement et recherche les lits disponibles dans la spécialité dont relève le patient.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

Il est souhaité réunir les cellules de pôles avec la cellule centralisée et que la cellule fasse la préadmission dans les unités, des patients des urgences, ce qui dégagerait du temps aux infirmiers des urgences et permettrait une visualisation plus rapide pour les services.

Entretien n° 6

Hôpital de Tenon (AP-HP)

Date de l'entretien : 14 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Sophie FERNANDEZ, conseillère en organisation à l'hôpital de Tenon, AP-HP

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte :

La mise en place de la cellule à l'hôpital Tenon en partenariat avec celle du CH de St Antoine a eu lieu en 2015 avec l'objectif de gérer l'aval des urgences.

Avant 2015, le CH de Tenon détenait temps d'attente le plus mauvais de l'APHP (7h). Cela a entraîné une grogne des médecins urgentistes, en raison d'une perte du temps clinique pour la gestion des lits critiquée par les médecins.

Dans un 1^{er} temps, la cadre était entièrement dédiée à la gestion des lits puis il y a eu la création de la direction « organisation parcours » en lien avec la direction du site, plutôt que la direction des soins. La direction du site a plus de poids au niveau des médecins, donc il est plus légitime que ce soit la direction de site totalement impliquée et présente lors des réunions qui souligne la volonté de l'hôpital. Lors de la démarche de mise en œuvre de la gestion des lits, il y avait en plus quelqu'un du siège de l'APHP qui a aidé à créer les fiches de postes et aidé sur les indicateurs. Enfin une équipe de consultants est intervenu pour mettre en place la cellule.

Les recommandations de l'ANAP ont été utilisées mais il y a aussi eu une adaptation de ces recommandations à l'organisation du site et à sa culture.

Question 2 : Profil/ compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

Dans la cellule de gestion des lits de Tenon, il y a toujours 2 personnes :

- Une cadre encadrant la cellule et participant à l'anticipation et à la stratégie
- Une gestionnaire de lit présente sur le quotidien et pas sur de l'anticipation.

Au niveau du profil plusieurs tests ont été faits pour la gestionnaire de lits :

- Filière administrative (pertinent mais départ à l'école des DH et parfois manque de connaissances médicales)
- Au CH de Tenon : 1 secrétaire hospitalière
- Au CH de St Antoine : 2 infirmières qui ont travaillé aux urgences

La cellule de Tenon, comme de St Antoine ne prennent pas de personnes en reclassement : logique groupement hospitalier où les agents sont mobiles et passent d'un site à l'autre. Ce sont des infirmières qui veulent évoluer et veulent passer l'école des cadres. C'est un poste assez facile à vendre sur des projets d'encadrement car il est pertinent pour des parcours infirmières et des personnes qui veulent passer des concours et évoluer.

La cadre demande aussi aux gestionnaires de lits de faire des audits, des états des lieux, des rapports d'étonnements avec des préconisations : au plus près des services elles ont un dans leurs missions attribuées un degré d'autonomie et de réflexion qui permet de faire autre chose que de « compter des lits. »

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

Le logiciel ORBIS est utilisé. La cellule de Tenon se développe pour prendre aussi en compte la chirurgie de Tenon. Par la même occasion, il y a un changement de logiciel (qui évolue vers AGATHE). Ce logiciel permet d'avoir la visibilité de l'ensemble de l'établissement avec un système de programmation. Les *bed managers* ont accès aux dossiers médicaux ce qui permet d'avoir la pathologie des patients, l'évolution de la DMS et de voir les demandes d'assistance sociale.

Les *bed managers* sont présents à certains staffs pour voir comment organiser l'aval des urgences. Ils utilisent aussi le téléphone et se rendent aussi dans les services. L'objectif est de légitimer la cellule et ne pas renvoyer qu'elle n'est que rattachée aux urgences.

Le terme « gestion des lits » est assez réducteur, il vaudrait mieux parler de « gestion de parcours de patient » : C'est pour cela qu'il y a des réflexions et des choses mises en œuvre sur l'aval de l'aval. Par exemple, le CH de Tenon a mis en place des conventions avec les SSR, pour renforcer la logique de parcours.

La gestion des lits gère le court terme pour désengorger les urgences, mais si c'est pour que les patients restent en médecine interne, cela n'a pas vraiment d'intérêt, d'où la nécessité de créer des logiques de parcours.

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

Les *bed managers* sont présents au staff des urgences le matin à 8h30 => Ils téléphonent pendant le staff pour avoir la vision des lits en temps réel et que les médecins puissent hospitaliser les patients en temps réel et efficacement.

L'objectif à midi est que l'ensemble des patients soient orienté. Soit ils rentrent à domicile soit ils sont orientés et placés dans un service. Si cela n'est pas le cas, la cellule alerte de la direction à midi parce que cela signifie qu'il y a une tension sur le nombre de lits disponibles. Au CH de Tenon le chef de service a mis en place un cross checking à 15h30 jusqu'à 16h en présence du gestionnaire de lit sachant que l'objectif est de reposer des autres lits dans la journée pour ne pas engorger les urgences le soir à Tenon (pic d'activité entre 21h et 2h du matin). Le médecin donne le motif d'arrivée et le diagnostic très vite et le gestionnaire de lit donne une disponibilité de lit.

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

Il existe une procédure *hôpital en tension* commune entre le CH de Tenon et celui de Saint Antoine sur la base des recommandations de l'ANAP. C'est aussi une forme de coopération entre les deux CH pour s'adapter aux spécialités en présence dans chaque CH (il manque beaucoup de spécialités au CH de Tenon puisqu'il se concentre surtout sur la filière oncologique, pneumologique et gériatrique. La fuite de patients hors APHP est assez importante avec très peu de collaboration entre les hôpitaux. Il a donc été mis en place un point à 9h30 entre les cellules de Saint Antoine et de Tenon pour évaluer et faire le point des besoins. Si l'un des 2 SAU est en difficulté, les patients peuvent être transférés sur des lits de médecine soit à Tenon soit à St Antoine => hausse de 40% des transferts intra-GH. Difficulté de DMS en cardio de Saint Antoine et qu'une journée pour faire des coronarographies donc collaboration avec la Pitié sur la cardio pour pouvoir faire ces coronarographies.

L'hôpital d'instruction des Armées Bégin coopère aussi en procédure dégradée. A Bégin il y a 80 passages/jours aux urgences et un taux d'occupation faible dans certains services, mais par contre, ils n'ont pas de pneumologie. Pour toutes ces raisons une collaboration a été créé entre le CH de Tenon et l'HIA de Bégin.

Maison de santé dans le 19ème : de façon générale, les patients sont des personnes assez précaires à Tenon, au contraire de St Antoine. Souvent des patients sans papier et SDF. Il est difficile d'avoir un suivi et des hospitalisations de courtes durées. Une Maison de santé a été créée (personnel médical et paramédical). Elle a pris contact avec le CH de Tenon pour prendre en charge par des médecins généralistes de la maison de santé des patients issus des

urgences de Tenon. Les médecins généralistes se déplacent à domicile et font et des consultations d'urgence de 8h à 20h dans la maison de santé. Rencontre entre le médecin responsable de cette maison et le chef de service des urgences de Tenon pour un suivi régulier pour les patients qui en ont besoin. Pour le moment rien n'est formalisé, mais l'idée c'est que les médecins urgentistes de Tenon aillent dans la maison de santé pour rencontrer l'ensemble des soignants et le secrétariat. Le projet est tout récent.

Saint Antoine a aussi une très bonne collaboration avec la clinique Rothschild puisqu'ils prennent très régulièrement des patients, comme le fait aussi le CH Charles Foix. Il n'y a pas de lien avec l'ARS

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

- Procédure *hôpital en tension* sur les CH de Tenon et de St Antoine
- La fiche sociale : pour les patients ayant un profil "bed bloqueur" ou en isolement social, une 1ère évaluation est faite par les urgences au travers de cette fiche sociale qui permet de donner les informations les plus importantes aux assistantes sociales
- Tableau de transfert APHP hors APHP et GH envoyé quotidiennement avec l'horaire de transfert, le motif et le nom de l'hôpital : cela permet de sensibiliser les chefs de services sur l'activité et la fuite des patients.

C'est grâce à ce tableau que s'est créé un circuit avec le service d'ortho entre les CH de Tenon et de St Antoine afin de créer une filière avec une visibilité sur les lits disponibles. On a pu observer une hausse du taux d'occupation. Il y a aussi une collaboration entre la chirurgie digestive et la chirurgie orthopédique à St Antoine : quotidiennement il y avait 4-5 lits en chirurgie orthopédique et 4-5 déprogrammations en chirurgie digestive (4ème étage ortho - 5ème étage digestive). Ils ont établi une vraie collaboration entre chefs de service afin d'aboutir à une baisse des déprogrammation et à une hausse du taux d'occupation.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Les cellules de Tenon et de Saint Antoine se sont aidées des référentiels de l'ANAP en les adaptant aux spécificités et cultures de chaque établissement.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

Il doit y avoir une discussion et une présence sur le terrain. Cette présence doit être quotidienne sur les 6 premiers mois de la mise en œuvre du projet.

Les gestionnaires de lits prennent aussi en compte l'évaluation de la charge de travail en fonction des unités de soins et du degré d'autonomie des patients afin de donner l'image qu'on s'intéresse à eux, qu'on ne leur envoie pas non plus n'importe quoi et qu'il y a une répartition entre les services de la charge de travail. En échange, les chefs de services n'hésitent pas à appeler s'ils font face à une situation complexe : en cas de crise, les médecins arrivent à négocier des lits et à anticiper plus de sorties.

Un autre facteur de réussite est la légitimité auprès des directions et un portage de projet par la direction du site de l'hôpital : direction très impliquée ce qui rend la cellule plus légitime dans les services.

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

L'hématologie ne peut pas être intégrée pour des raisons médicales, tout comme pour les services de rhumatologie et d'endocrinologie. C'est d'autant plus normal que les CH de Saint Antoine et de Tenon sont des centres de référence à Paris sur ces pathologies.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du *bed manager* ?

Il y a des difficultés en radiologie parce que l'hôpital fait face à une pénurie de manipulateurs radio. Il est donc nécessaire d'attendre le matin pour faire les radios demandées par les médecins urgentistes. La solution qui a été trouvée est la possibilité de préempter un lit l'après-midi pour le lendemain matin.

Il y a par ailleurs un souci avec le logiciel, puisqu'il n'est pas possible d'avoir accès à toutes les requêtes contrairement à ce qui était possible avec URQAL.

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

Objectivation du temps de retour à la clinique : gain de 3h auprès du patient (ressenti et statistique).

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

Une cellule de gestion des lits a été développée et est opérationnelle au niveau de Tenon et de Saint Antoine. Des filières avec des profils patients bien définis ont permis de renforcer la collaboration sur ce sujet entre Tenon, Saint Antoine. Il y a donc une gestion des lits qui se développe bien au niveau du groupement hospitalier « hôpitaux universitaire Est Parisien. » Les coopérations créées avec la Salpêtrière font qu'il est possible d'avoir comme 1^{er} objectif une gestion des lits supra-GH APHP 6 donc avec le GH S « Salpêtrière et Charles Foix. » A terme, l'objectif est qu'il y ait une gestion des lits au niveau de l'APHP elle-même. Le projet va prendre du temps ce n'est pas pour tout de suite.

Entretien n° 7

Clinique la Sagesse (Rennes)

Date de l'entretien : 14 mai 2019

Personnes rencontrées :

- Annie CAREL-MORGAND, directrice des soins

Question 1 : Mise en place de la cellule / contexte

Jusqu'en 2015, des secrétaires administratives s'occupaient de la gestion des lits.

Plusieurs raisons ont conduit à instaurer une cellule de gestion des lits : faibles taux d'occupation, volonté d'adapter parfaitement le capacitaire aux besoins, désir de répondre aux attentes en termes de moyens lorsque c'est nécessaire.

Question 2 : Profil compétences des personnes travaillant à la cellule de gestion des lits

Deux infirmières à temps partiel qui font également les rappels à J-1 pour la chirurgie. Le profil soignant a été privilégié en raison de leur légitimité et leur connaissance générale vis-à-vis des profils patient.

Question 3 : outils utilisés au sein de la cellule pour effectuer la gestion des lits :

Pas d'outil informatique dédié car le coût financier est trop important et qu'il est aussi nécessaire de se coordonner dans le cadre du groupement de cliniques pour adopter un SI (en l'espèce, Hospi Grand Ouest - HGO).

Question 4 : organisation interne de la cellule – activités réalisées :

Il existe des tableaux physiques retraçant le nombre de services, les lits disponibles et des post-its avec inscrit le nom du patient. Ces post-it sont déplacés au besoin. L'objectif est surtout de fermer des lits voire des services entiers le weekend en transférant si besoin le patient dans un autre service.

C'est possible car la clinique est une petite structure avec des spécialités qui s'entendent bien entre elles. Les fermetures de lits doit tenir compte d'une marge de sécurité pour les urgences et les ambulatoires non-sortants. Cette marge de sécurité est calculée à partir des DMS moyennes, d'une bonne connaissance des patients (ex. ajouter un jour pour un patient handicapé avec des besoins particuliers). Ce calcul n'est jamais parfait, mais le fait que l'essentiel des flux soit programmé rend la chose plus aisée.

Question 5 : organisation externe de la gestion des lits : services spécialisés de l'hôpital en lien avec la cellule de gestion des lits – coopérations territoriales – liens avec l'agence régionale de santé :

Une gestion des lits territoriales est possible avec les ROR (utilisés notamment par la régulation SAMU) mais des difficultés pour déclarer les lits du côté des médecins sont évidemment à prévoir.

La clinique aussi déclare pas tous ses mouvements de fermeture et d'ouverture sur l'outil ARDA de l'ARS.

Il existe aussi un risque que chacun s'occupe de son établissement, ferme les lits « en optimisation maximale » et qu'il n'y ait plus de marge de manœuvre pour répondre aux besoins spontanés de la population.

Question 6 : Documents annexes et procédures utilisées pour la gestion des lits

Utilisation partielle et adaptée du référentiel ANAP.

Question 7 : Lors de la mise en place de la cellule de gestion des lits, l'établissement de santé s'est-il appuyé sur des documents de références, des guides de bonnes pratiques ou des rapports d'informations ?

Utilisation partielle et adaptée du référentiel ANAP.

Question 8 : Quelles sont les facteurs de réussites à la mise en place d'une cellule de gestion des lits ?

Une bonne connaissance des patients, des médecins impliqués, une anticipation des flux programmés la plus parfaite possible et pas seulement des flux non-programmés (ex. les chirurgiens qui partent en congrès). Les flux programmés doivent aussi être anticipés à moyen terme, au-delà d'être régulés à court terme. En définitive, il faut anticiper les présences de ceux qui vont produire l'activité médicale.

Question 9 : Quels sont les freins rencontrés les de la mise en place de la cellule de gestion des lits ?

Des freins humains avec des réticences du personnel soignant qui a l'impression qu'on fait du chiffre. La gestion des lits doit aussi s'accorder avec la question des horaires du personnel soignant.

Question 10 : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'activité quotidienne du bed-manager ?

Lorsque les horaires sont en 12heures il est impossible de tirer les horaires des effectifs soignants, aux horaires en 7heures où l'on peut demander des heures supplémentaires. Des effets de seuil aussi importants qui conduisent à laisser un personnel supplémentaire. La clinique remédie à ce problème par le biais de pools internes de remplacement qui disposent d'IDE volantes par exemple.

Question 11 : quelle est la plus-value d'une cellule de gestion des lits ?

Les taux d'occupation ont augmenté jusqu'en 2018, mais ils tendent à diminuer à nouveau depuis 2019.

Questions 12 : Quelles sont les axes, pistes d'amélioration de la gestion des lits dans l'hôpital ?

Il s'agirait de renforcer l'aspect territorial et coopératif de la gestion des lits à l'échelle régionale mais aussi d'articuler la gestion des lits avec un meilleur parcours de soins pour le patient dans sa globalité (MCO, SSR, USLD et EHPAD mais aussi ville-hôpital).

Bed manager : mission, profil et activité ?

Aurélie BERNARD (EDS) - Marie-Ange BOICHUT (EDS) - Anne DESCOUTS (ED3S) - Jean Gabriel ESQUIROL (EDH) - Iza-Line MAZZINE (EAAH)- Florian TAYSSE (EDH) - Axel TOPÇU (EDH) - William YADJEL (ED3S)

Résumé :

La fluidité du parcours du patient et l'absence de ruptures dans les prises en charge constituent un enjeu majeur pour les établissements de santé. Inspirée d'un modèle anglo-saxon, la fonction de *bed manager* ou gestionnaire de lits est mise en œuvre dans de nombreux établissements de santé depuis moins de dix ans. Le *bed manager* est chargé de la gestion des lits, et notamment de trouver un lit d'hospitalisation disponible dans un service d'aval de l'établissement pour tout patient au sortir des services d'urgences. Le profil du *bed manager* peut être médical, soignant ou administratif. Il n'existe pas de modèle type d'organisation du *bed management*, qui reste néanmoins majoritairement actif surtout en journée.

Plusieurs publications relatives au *bed manager*, qu'il s'agisse de rapports ou de référentiels, ont eu pour objectif d'encourager à déployer cette fonction au sein des établissements. Ainsi, l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a notamment élaboré deux guides relatifs à la gestion des lits, afin d'aider les établissements à mettre en œuvre cette fonction.

Bien qu'une gestion des lits organisée semble constituer une véritable plus-value pour les établissements de santé, la mise en œuvre de cette fonction se trouve confrontée à des freins de différentes natures. Dans le cadre de ce rapport, six recommandations sont formulées, afin de mettre en place une gestion des lits plus performante. A l'heure des groupements hospitaliers de territoire (GHT), l'organisation différenciée de la fonction de *bed manager* au sein de chaque établissement mérite toutefois d'être questionnée.

Mots clés : bed-manager ; bed management ; gestion des lits ; établissements de santé ; urgences ; organisation

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs