



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **octobre 2023**

**Le bed management : un outil d'amélioration du
parcours patient dans un contexte de tensions
sur les lits d'hospitalisation ?**

**Etude à partir de la Cellule de Coordination Parcours Patient du
Groupement Hospitalier Nord des Hospices Civils de Lyon**

Maëlle AUFFRAY

Remerciements

Pour la réalisation de ce mémoire qui a occupé une grande partie de mes réflexions ces derniers mois autour d'un sujet passionnant et d'une actualité manifeste, je tiens avant toute chose à remercier ma tutrice de stage, Madame Muriel LAHAYE, directrice générale adjointe du Groupement hospitalier Nord des HCL et directrice référente de la cellule de coordination des parcours patients. Non seulement, pour son accompagnement dans le choix et le cadrage du sujet, mais également pour la transmission de ses connaissances et son ouverture concernant les discussion et l'accès à la cellule pour les besoins de ce travail.

Egalement, je remercie Madame Dominique SOUPART, directrice générale du Groupement hospitalier Nord des HCL, pour sa vision subtile et affutée du système de santé dont j'ai pu bénéficier lors de mon stage et dans le cadre de mon mémoire.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers l'ensemble de l'équipe de direction du Groupement hospitalier Nord des HCL pour leur appui durant le stage qui a facilité la réalisation de ce travail et, notamment, Monsieur Augustin SOREL, pour ses précieux conseils et retours d'expérience.

Pareillement, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de me répondre pour les besoins de mon mémoire et ont largement contribué à l'alimentation de mes analyses.

Tout d'abord, Monsieur Fabrice DANJOU, médecin au sein de la Direction de l'Organisation des soins de l'ARS PACA, pour son approche institutionnelle de la question du *bed management*. Mais également, de m'avoir permis d'obtenir un entretien avec Madame Alicia MALACRIDA, directrice de l'ORU Occitanie, que je remercie également pour le temps accordé et les échanges passionnants que nous avons eu l'occasion d'avoir.

Ensuite, un merci tout particulier aux responsables de cellules de *bed management* qui m'ont accordé de précieux entretiens et, tout particulièrement, Madame Nathalie LOPEZ, cadre de la cellule du Groupement hospitalier Nord des HCL.

Enfin, je remercie mes compagnons de travail au sein de la promotion Marie Marvingt pour les échanges rassurants que nous avons eu tout au long de cette rédaction réalisée en parallèle. Cela, avec une attention particulière à Vincent, mon relecteur, pour son soutien sans faille.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie employée et ses limites	5
1 Le <i>bed management</i> est un outil au succès croissant auquel les établissements de santé sont incités à avoir recours dans un contexte de crise	9
1.1 Les enjeux actuels et à venir du système hospitalier tendent à favoriser le développement du <i>bed management</i> au sein des établissements publics de santé	9
1.1.1 L'hôpital fait face à des crises successives de différente nature impactant directement ou indirectement la prise en charge des patients	9
1.1.2 Les déterminants de la santé de la population actuels et à venir se répercutent sur le capacitaire et les prises en charges à l'hôpital public	13
1.2 Un tel contexte conduit les pouvoirs publics et ses démembrements à inciter les établissements de santé à se doter de cellules de <i>bed management</i>	16
1.2.1 L'instauration de cellules de <i>bed management</i> s'avère de plus en plus sollicitée par les pouvoirs publics au travers de textes à valeur juridique qui s'appliquent aux acteurs de la santé	16
1.2.2 Des recommandations et outils de mise en œuvre ont également été produits afin de guider les établissements de santé dans l'instauration de ces dispositifs	17
2 La cellule de <i>bed management</i> en pratique, un outil dont les établissements s'emparent, à l'instar du Groupement Nord des HCL, tout en demeurant protéiforme	20
2.1 Etude de cas : la Cellule de Coordination des Parcours Patients (CCPP) du Groupement hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL)	20
2.1.1 Le modèle de la cellule du Groupement hospitalier Nord des HCL trouve ses origines dans un contexte hospitalier à la fois spécifique et général.....	20
2.1.2 La CCPP est aujourd'hui un outil dynamique et pragmatique aux effets bénéfiques, malgré les difficultés parfois rencontrées dans la communication avec les services, qui évolue en fonction des besoins perçus pour le groupement et le territoire	23
2.2 Au sein des établissements de santé l'ayant instauré, le <i>bed management</i> prend des formes différentes tout en présentant un impondérable principal, la fonction de <i>bed manager</i>	26

2.2.1	Les organisations se montrent diverses en fonction des réalités de terrain et des volontés internes aux établissements	26
2.2.2	L'incontournable principal, le (ou les) bed manager(s).....	30
3	Face à la diversité des réalités que peut recouper le <i>bed management</i> , il convient d'en proposer une lecture critique afin d'identifier dans quelle mesure il peut constituer réellement un outil d'amélioration du parcours patient	35
3.1	Malgré les multiples formes que peut prendre le <i>bed management</i> , des facteurs de réussite et des modalités d'évaluation peuvent être construits	35
3.1.1	Les cas analysés au cours de l'enquête permettent de mettre en avant tant des éléments de blocage que des facteurs de réussite	35
3.1.2	Certaines structures développent des techniques d'évaluation du fonctionnement et des bénéfices des dispositifs de <i>bed management</i>	39
3.2	Afin de faire du <i>bed management</i> un outil d'amélioration du parcours patient, il apparaît essentiel de lui apporter le soutien institutionnel nécessaire et de l'insérer, à terme, au sein d'une stratégie plus large	42
3.2.1	La conduite de projet apparaît comme un élément clé auquel les directeurs d'hôpital doivent apporter une attention particulière pour réussir le déploiement d'une cellule de <i>bed management</i>	42
3.2.2	Aussi, le parcours patient mérite l'intégration d'actions qui dépassent le cadre des seules cellules voire des seuls établissements publics de santé.....	45
	Conclusion	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes.....	I
	Annexe I : Questionnaire transmis aux établissements publics de santé disposant de cellules afin de connaître le dimensionnement et le fonctionnement de leurs cellules de <i>bed management</i>	II
	Annexe II : tableau de comparaison des cellules de <i>bed management</i> des dix-neuf établissements de santé ayant renseigné le questionnaire	IV
	Annexe III : Grille d'entretiens utilisée pour les rencontres avec les <i>bed managers</i> et liste des entretiens.....	VIII
	Annexe IV : détail des questions de l'enquête de l'ORU Occitanie par composante et niveau de pondération associé	IX
	Annexe V : tableau présentant les intérêts à agir dans la mise en œuvre de la gestion des lits au sein d'un établissement de santé.....	X

Annexe VI : L'arbre des causes d'Ishikawa concernant les retards à la sortie des patients
en hospitalisation XI

Liste des sigles utilisés

ANAP = Agence Nationale d'Appui à la Performance sanitaire et médico-sociale
ARS = Agence régionale de santé
BJML = Besoin Journalier Minimal en Lit
CCPP = Cellule de coordination des parcours patients
CH = Centre hospitalier
CHI = Centre hospitalier intercommunal
CHU = Centre hospitalier universitaire
CME = Commission médicale d'établissement
CNUH = Conseil National de l'Urgence Hospitalière
CSE = Comité social d'établissement
CSIRMT = Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques
DGOS = Direction générale de l'offre de soins
DMS = Durée moyenne de séjour
DPI = Dossier patient informatisé
DREES = Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Ehpad = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPIC = Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ESR = Etablissement de santé de référence
GHN = Groupement hospitalier Nord
GHT = Groupement hospitalier de territoire
GIP = Groupement d'intérêt public
HAD = Hospitalisation à domicile
HCAAM = Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie
HCL = Hospices Civils de Lyon
IDE = Infirmier diplômé d'Etat
IPDMS = Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour
MCO = Médecine Chirurgie Obstétrique
MIT = Maladies infectieuses et tropicales
NA = Non –applicable
ORU = Observatoire régional des urgences
PM = Personnels médicaux
PNM = Personnels non-médicaux
RH = Ressources humaines
SAU = Service d'accueil des urgences

SI = Systèmes d'information

SPASAD = Services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD = Services de soins infirmiers à domicile

SSR = Service de suite et de réadaptation

T2A = Tarification à l'acte

UHCD = Unité d'hospitalisation de courte durée

USLD = Unité de soin de longue durée

Introduction

« *Nous avons l'impression d'une descente aux enfers, dans l'indifférence. Les patients s'empilent dans nos services dans tous les hôpitaux désormais, les fermetures continuent, la situation se dégrade à vitesse grand V, les urgentistes partent, les infirmières aussi...* », relate Marc Noizet, médecin urgentiste président de SAMU-Urgences de France dans un article du quotidien *Le Monde* daté d'avril 2023. Les difficultés vécues par l'hôpital public depuis quelques années sont largement relayées par les médias qui diffusent les inquiétudes ressenties par les professionnels hospitaliers concernant la prise en charge des patients. Bien que remise à l'ordre du jour après l'épidémie de COVID-19 et à l'aune des difficultés de recrutement des professionnels tant paramédicaux que médicaux, la « crise » de l'hôpital public n'est plus un phénomène tout à fait récent auquel les pouvoirs publics et établissements de santé sont confrontés.

Face à ces difficultés qui résultent notamment d'une saturation et d'une désorganisation de l'ensemble de l'hôpital face aux évolutions de la demande de soins, les établissements se dotent de nouveaux outils. Ainsi ont germé, notamment au travers du soutien de l'Agence nationale d'appui à la performance sanitaire et médico-sociale (Anap), des « cellules » de *bed management* selon le terme importé, tout comme la pratique, du monde anglo-saxon. A l'occasion de la présentation du Pacte de confiance pour l'hôpital (2013), la ministre en charge de la santé en poste, Madame Marisol Touraine, avait mis en valeur l'initiative des établissements de santé qui ont « *mis en place une nouvelle fonction, celle de gestionnaire de lit pour fluidifier le passage des patients aux urgences* ». Le but affirmé de ce pacte était, à ce propos, de « *structurer une médecine de parcours* » face à la difficile conciliation entre « *contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises charge d'autre part* ». Ce que madame la Ministre présente alors comme « *gestionnaires de lits* » désigne les professionnels affectés à la gestion ou ordonnancement des lits au sein des établissements de santé. Cette nouvelle fonction, qui s'est principalement généralisée à partir des années 2010, a pour objectif d'assurer « *l'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les activités non programmées* », pour reprendre la formule utilisée par Pierre Carli au sein d'un rapport rédigé en tant que président du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) (Carli, 2013, :10). En d'autres termes, il s'agit de garantir un haut niveau de connaissance de la disponibilité des lits au sein des services de soin afin d'être en capacité de placer le maximum de patients qui en ont besoin, que ce soit pour le

flux d'activité programmée (notamment en provenance des consultations) ou d'activité non programmée (notamment en provenance des urgences).

Pour ce faire, le *bed management* prend principalement la forme de « cellules ». Les « cellules », aux appellations diverses selon les choix des établissements de santé (cellule d'ordonnancement, cellule de coordination, cellules de parcours patients...), sont des entités bien souvent construites *ad hoc* afin de regrouper les professionnels chargés d'assurer une gestion des lits harmonisée au sein du périmètre qui leur est confié, lui aussi variable : site, établissement, territoire. Ces professionnels qui constituent les cellules sont alors couramment appelés « *bed managers* » et acquièrent ainsi une connaissance de l'ensemble des services et des lits qui composent leur périmètre, afin de disposer d'une vision globale, pouvant s'étendre au-delà des services d'hospitalisation et concerner par exemple le bloc opératoire, les plateaux techniques ou encore le bionettoyage. Ces professionnels, dont les missions ont été créées en-dehors des tâches habituellement dévolues aux agents hospitaliers, peuvent provenir de différents univers professionnels : gestionnaires de flux, administratifs, cadres de santé, infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et secrétaires médicales pour en citer les principaux. Afin de réaliser cette mission stratégique, les « *bed managers* » peuvent détenir des champs d'action et outils variés. A ce sujet, le Programme national de déploiement de la gestion des lits de l'Anap, qui a concerné 151 établissements de santé des trois statuts juridiques (publics, ESPIC et privés), a permis d'en définir et recenser plusieurs, par exemple : les dispositifs d'optimisation de la programmation et des préadmissions, l'anticipation des sorties, la visualisation de l'état et du prévisionnel de l'occupation des lits au travers d'un outil de visualisation, ou encore la prise en compte des prévisionnels d'activité comme la saisonnalité (Anap, 2013). Dans l'ensemble des cas, l'une des particularités spécifiques à la gestion des lits telle qu'elle est souhaitée à l'heure actuelle, concerne le lien avec les outils informatiques. En effet, afin de réaliser leurs missions avec plus de simplicité, les gestionnaires de lits s'appuient sur des logiciels plus ou moins développés qui permettent bien souvent d'obtenir un aperçu de l'état des lits à un instant « t », pouvant aller jusqu'à une visualisation des mouvements en temps réel et à venir, au travers de dispositifs prévisionnels. Egalement, dans certains établissements, les gestionnaires de lits peuvent détenir jusqu'à un pouvoir décisionnel sur les mouvements et le placement des patients. Quelles que soient les modalités retenues, ces fonctions leur octroient une place spécifique au sein de l'établissement, ce qui nécessite notamment un appui institutionnel bien souvent concrétisé par des protocoles établissant des procédures pour justifier la décision prise dans une situation définie.

Les cellules sont ainsi une nouvelle entité qui s'insère dans le paysage hospitalier avec la fonction centrale, stratégique et complexe d'harmoniser les pratiques et de créer des processus-clés afin d'améliorer des pratiques parfois perçues comme « *encore insuffisamment formalisées et hétérogènes* » (Anap, 2015). De fait, le chamboulement que

cela peut représenter dans les pratiques et l'organisation des soins, historiquement principalement à la main du médecin et du cadre de santé dans chaque service et unité de soins, constitue une difficulté. En effet, ce bouleversement des pratiques hospitalières vécu par un certain nombre d'établissements de santé nécessite une conduite du changement importante et une adaptation des pratiques relativement exceptionnelle. Pourtant, si les établissements de santé, et notamment leur direction, prennent le risque d'être confrontés aux difficultés inhérentes, cela s'explique par les bénéfices qu'offre le *bed management*. Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), trois de ses principaux apports sont : le juste dimensionnement des prises en charge et du capacitaire d'hospitalisation, la maîtrise des durées de séjour et, enfin, la fluidification du parcours patient (DGOS, 2016).

Le dernier avantage, la fluidification du parcours patient, est celui qui nous intéresse principalement dans cette étude. Bien qu'étroitement lié aux deux autres, celui-ci relève d'une certaine spécificité en ce qu'il est le plus complexe à apprécier, mais également en ce qu'il se place au cœur des missions du service public hospitalier, au sens de l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique. Il mentionne notamment, pour les obligations qui incombent aux établissements assurant le service public hospitalier, celle de garantir « *un accueil adapté* » et « *un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé* ». Or, ce sont des éléments, bien qu'encore une fois complexes à évaluer, dont la réalisation peut être lésée par les crises que traverse l'hôpital public. L'accomplissement de cette mission peut donc être améliorée par le *bed management*, en ce que ses activités s'intègrent totalement à la fluidification du parcours patient : programmation, aval, transports, par exemple. La notion potentiellement équivoque de parcours patient peut être définie comme la prise en charge globale et structurée d'un patient. Au sein de l'hôpital public et pour le domaine qui intéresse plus particulièrement le *bed management*, il s'agit de la prise en charge du patient sur la durée du parcours de soins réalisée au sein de l'établissement de santé et les liens réalisés avec les éléments de son parcours de santé en-dehors de l'hôpital. Ainsi, le parcours patient au sein d'un établissement de santé comprend l'ensemble du séjour, depuis l'arrivée du patient, quelle que soit sa porte d'entrée (consultation, urgences, admission directe, etc.) jusqu'à sa sortie (retour à domicile, transfert vers un autre établissement du domaine sanitaire, transfert vers une structure médico-sociale) tout en comprenant l'ensemble des transferts potentiels en interne, passages au bloc opératoire ou autres plateaux techniques. A noter que la complexité du parcours patient dépend non seulement de la pathologie, de l'état de disponibilité des plateaux techniques ou des éléments nécessaires à sa prise en charge à l'hôpital, mais également de son parcours de vie et de la situation sociale, économique et familiale dans laquelle la personne se trouve au moment de son séjour en établissement de santé. Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) dans un avis rendu en 2012,

le parcours patient « *suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de "parcours". C'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante* » (:20). En ce sens, le Haut Conseil ajoute que l'application concrète de la notion de parcours au sein du système de santé suppose d'inciter à une prise en charge pluriprofessionnelle et « *de considérer que les fonctions de coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin* » (:20). Cette dernière phrase est éloquent en ce qu'elle souligne particulièrement l'importance des missions réalisées par les professionnels des cellules de gestion des lits dans l'assurance d'un meilleur parcours pour les patients. La gestion des lits serait, alors, une nouvelle modalité de pratique du soin ? Un moyen d'assurer au patient la prise en charge la plus adaptée ? Cela, pour rappel, dans un contexte où l'allongement des durées de séjour, en service d'accueil des urgences notamment, constitue une perte de chance pour les patients et, plus particulièrement, pour le patient âgé pour qui cela peut entraîner des effets iatrogènes renseignés et repris par la DGOS dans ses diverses instructions favorisant le déploiement de cellules de gestion des lits. Contexte en outre renforcé par les difficultés à trouver des lits et structures d'aval adaptés face à des besoins accrus.

Aux termes de cette introduction, plusieurs éléments saillants apparaissent : l'importance d'améliorer le parcours patient à l'aune des défis auxquels sont confrontés les hôpitaux publics, l'utilité apparente des cellules de *bed management* pour assurer cette tâche, mais également le tâtonnement que représente la mise en place de ces dispositifs au regard de leur caractère à la fois nouveau, innovant et structurant au sein d'un établissement de santé. Ainsi, bien que l'outil du *bed management* sous la forme de cellule semble s'être imposé et se trouve notamment encouragé par l'Anap, une multitude de façons de faire, tant dans l'instauration que dans la forme prise, persiste. Dès lors, s'il est de l'objectif des cellules, quel que soit le périmètre de leurs missions, de fluidifier le parcours patient à l'hôpital, contribuent-elles à l'améliorer ? Egalement, existe-t-il une ou des formules idoines à l'accomplissement de cette ambition ? Dans quelle mesure est-il possible d'identifier des pistes d'évaluation des cellules de *bed management* dans leur action au service des parcours patients et leur capacité à s'insérer opportunément au sein de l'activité hospitalière ?

Pour répondre à ces questions, il s'agira, après exposition d'un contexte de crise qui conduit les pouvoirs publics à inciter les établissements de santé à se doter de cellules de *bed management* (1), de s'appuyer sur le modèle de la cellule de coordination des

parcours patients (CCPP) du Groupement hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL) pour démontrer, en comparaison avec différents autres modèles, que les cellules sont un outil protéiforme tout en disposant d'un impondérable majeur, le *bed manager* (2). Cette analyse permettra de proposer une lecture évaluative du fonctionnement des cellules pour, finalement, déboucher sur des propositions à destination des établissements publics de santé dans l'objectif d'assurer la capacité des cellules de *bed management* à s'affirmer comme actrices de l'amélioration des parcours patients au sein du paysage hospitalier (3).

Méthodologie employée et ses limites

Le choix d'un sujet centré sur les cellules de *bed management* et leur impact potentiel dans l'amélioration des parcours patients s'explique par plusieurs aspects. Tout d'abord, les caractéristiques du terrain de stage, le Groupement hospitalier Nord des Hospices Civils de Lyon, qui dispose d'une cellule de gestion des lits relativement neuve et novatrice, dont l'action prend une ampleur croissante et se trouve identifiée par les professionnels. Ensuite, le stage extérieur réalisé à l'Agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dont la thématique s'est ciblée sur le Pacte de refondation des urgences (2019) et qui revêt plusieurs problématiques en lien avec la gestion des lits a poursuivi mon orientation. En raison de ces deux terrains de stage et des échanges avec leurs professionnels, il m'est apparu que cette thématique était encore nouvelle et n'avait pas encore, à l'heure actuelle, fait l'objet de nombreuses études critiques surplombantes. Cette intuition s'est poursuivie au travers de recherches réalisées sur le sujet dans différentes bases de données qui, principalement, s'intéressaient au *bed management* sous l'angle de cas précis. Ainsi, l'intérêt perçu du sujet s'est accru de manière à fixer ce choix.

La question subsidiaire qui s'est posée dès lors concernait le prisme d'étude du sujet. En effet, plusieurs questions se soulèvent lorsqu'on s'intéresse au *bed management* : l'échelle de positionnement des cellules, les dimensions relatives aux systèmes d'information ou encore les profils de recrutement au sein des cellules, pour n'en citer que quelques-unes. Finalement, en explorant plusieurs pistes, le choix s'est porté sur l'impact des cellules sur l'amélioration des parcours patients. Pourquoi ? Car il s'agit, en définitive, de l'objectif central des cellules, complexe à formaliser et englober. Aussi, cette problématique est porteuse de sens et de valeurs pour le service public hospitalier qui a à sa charge la santé de la population. En ce qui concerne le directeur d'hôpital plus précisément, le point de vue du parcours patient est source de sens donné aux fonctions

et se trouve en lien avec l'attention croissante portée à l'usager au sein du système de santé et de ses établissements.

Dès lors, la réalisation de cette étude a demandé plusieurs axes de travail en amont de la rédaction afin d'obtenir les éléments nécessaires à l'analyse.

Premièrement, la réalisation de recherches concernant la genèse et les justifications théoriques et pratiques du *bed management*. Cela s'est effectué au travers de recherches à la fois juridiques et officielles concernant les moteurs des établissements de santé dans la réalisation concrète de cellules de gestion des lits. Aussi, il s'est agi d'éplucher des bases statistiques afin de comprendre l'évolution des déterminants de santé et des relations de la population au système de santé. Egalement, un accent spécifique a été porté sur les conséquences des crises auxquelles le système hospitalier fait face et qui a, à la fois, accéléré et mis en lumière le déploiement des cellules. Pour cela, il s'est agi de consulter les rapports récents concernant les crises et leurs effets sur le système de soins.

Deuxièmement, l'un des axes du mémoire concernant un travail d'étude de cas à propos de la cellule de *bed management* du Groupement hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL) dans un objectif d'analyse d'un panel permettant de réaliser des comparaisons, il s'est agi d'effectuer des entretiens. En premier lieu, l'affinement de la connaissance de la cellule du GHN des HCL a demandé à la fois un entretien avec la responsable de la cellule et des immersions lors de demi-journées au sein de la cellule, qui ont également été l'occasion d'échanger avec les professionnels qui la composent. A partir de là et de recherches au sein des documents de l'Anap, j'ai été en capacité d'identifier des caractéristiques qui se retrouvent théoriquement au sein de chaque cellule avec différents dimensionnements. Ces éléments ont constitué un questionnaire pouvant être consulté en annexe (Annexe I) que j'ai réalisé au travers de l'outil Google Form et envoyé par mail aux établissements publics de santé. 18 établissements ont répondu, ce qui m'a permis d'obtenir un panel de 19 établissements, constituant un support de comparaison disponible également dans les annexes (Annexe II). Le questionnaire est intentionnellement relativement court, afin d'obtenir le maximum de réponses et d'éviter les envois incomplets. Cela a semblé porté ses fruits car presque l'entièreté des items ont été renseignés. En revanche, le panel est nécessairement aléatoire en ce qu'il ne correspond pas à un échantillonnage et ne reflète que des réalités précises. Néanmoins, tous les types d'établissements sont représentés : Centres hospitaliers (CH), centres hospitaliers intercommunaux (CHI) et centres hospitaliers universitaires (CHU), certains étant de surcroît multi-sites. Egalement, le *bed management* est à un stade de déploiement selon lequel une diversité de modèles existe, ce qui rendait difficile d'effectuer des choix dans les

types de cellules à interroger. Enfin, j'ai pu approfondir ma connaissance du fonctionnement des cellules de certains établissements dont les responsables ont accepté de réaliser un entretien. Pour ceux-ci, la trame d'entretien utilisée est la même que pour l'entretien effectué avec le responsable de la cellule du GHN des HCL, disponible en annexe (annexe III).

Enfin, j'ai été en capacité d'élargir la réflexion et d'aller plus loin dans le traitement du sujet au travers d'une approche politique publique plus large. Cela s'est réalisé au travers de l'étude de documents institutionnels tels que des rapports officiels et des entretiens supplémentaires avec des acteurs spécialistes du sujet. Deux entretiens ont été réalisés en ce sens, d'une part, avec la directrice de l'ORU Occitanie et, d'autre part, le référent « urgences » travaillant au sein de la Direction de l'Organisation des Soins de l'ARS PACA.

Ainsi, l'objectif porté par le cadre méthodologique choisi était d'alimenter une approche « terrain » relative à l'étude de cas réalisée d'une réflexion thématique plus large concernant le sujet des cellules de *bed management* et leur impact sur les parcours patients, dans un contexte de crise et de tensions sur les lits d'hospitalisation.

1 Le *bed management* est un outil au succès croissant auquel les établissements de santé sont incités à avoir recours dans un contexte de crise

Le *bed management* s'insère dans le paysage hospitalier en raison d'un contexte spécifique. Les établissements de santé font face à des crises successives qui modifient les besoins de santé de la population et constituent des enjeux pour le présent et l'avenir (1.1). Un tel contexte justifie que les pouvoirs publics conduisent une politique croissante d'incitation à l'instauration de dispositifs de *bed management* au sein des établissements de santé (1.2).

1.1 Les enjeux actuels et à venir du système hospitalier tendent à favoriser le développement du *bed management* au sein des établissements publics de santé

Si les cellules de *bed management* sont en expansion à l'heure actuelle au sein des établissements publics de santé c'est en raison, d'une part, des crises successives et de nature diverses auxquelles l'hôpital public doit faire face (1.1.1) et, d'autre part, des déterminants de santé de la population, qui auront des conséquences sur la prise en charge des patients et le capacitaire hospitalier (1.1.2).

1.1.1 L'hôpital fait face à des crises successives de différente nature impactant directement ou indirectement la prise en charge des patients

La crise liée à la hausse d'activité des services d'urgences

« *La problématique des urgences se trouve à l'interface de nombreux enjeux de notre politique de santé publique. [...] Si les services d'urgences sont donc un maillon-clé du système de soins, plusieurs cris d'alarme ont été poussés au cours des dernières années quant à leur avenir. La difficulté la plus visible, en ce qu'elle est à la fois ressentie par les Français et relayée par les médias, est celle de l'engorgement des services* » (Sénat, 2017, :9). Les urgences, en effet, sont la principale porte d'entrée perçue par la

population vers le système de santé, porte qui apparaît comme saturée en raison de l'accroissement de la demande sans augmentation concomitante du capacitaire d'accueil. En effet, l'activité des urgences a connu, ces dernières années, une augmentation particulièrement importante. Comme le mentionne un rapport sénatorial de 2022 (Sénat, 2022), le nombre de passages aux urgences a bondi de 10,1 millions de passage en 1992 à 21,2 millions en 2019 (Sénat, 2022). Cela constitue une augmentation de 100% du nombre de passages aux urgences, pour une population qui n'a augmenté que de 14% sur la période (57,2 millions d'habitants en France en 1992 pour 65,1 millions en 2019). En 2011 déjà, le nombre de passage aux urgences s'était élevé à 18 millions, soit une augmentation de 78% depuis 1992, contre une population ayant augmenté de seulement de 9%. Ces entrées contraintes ont, nécessairement, un impact sur l'ensemble de l'activité hospitalière en ce qu'elles apportent un flux non-programmé dont une partie débouche sur des hospitalisations. Selon l'enquête nationale de la DREES auprès des structures des urgences hospitalières en date de 2013, 17% des passages aux urgences des 15-74 ans et 56% de ceux des 75 ans ou plus ont pour conséquence une hospitalisation (DREES, 2014). De surcroît, les hospitalisations complètes sont certes en diminution (-0,8% en 2017 et -1,3% en 2018) et en partie compensées par la prise en charge ambulatoire, mais les déterminants de l'offre de soins complexifient les hospitalisations incompressibles (DREES, 2022).

Ces éléments ont diverses conséquences : allongement de la durée moyenne de séjours en services d'accueil des urgences et unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), hausse du nombre de passages évitables aux urgences, difficultés à placer les patients à la sortie du service dans des lits d'hospitalisation. A ce propos, il convient de tenir compte du fait que le taux d'hospitalisation à partir des services d'urgences est plus élevé dans les établissements publics de santé que dans les établissements à but lucratif (DREES, 2017). De fait, en raison de la disparité dans l'offre de soins, l'hôpital public se retrouve souvent en première ligne pour prendre en charge toute une population qui ne peut pas l'être ailleurs. Certains territoires connaissent de surcroît des problématiques spécifiques : offre de soins non programmés insuffisante, offre de soins de spécialité en médecine de ville insuffisante. Ou encore, prise en charge de certaines maladies chroniques et pathologies complexes qui ne sont pas traitées dans les établissements de santé privés ou en médecine libérale, pour ne citer que quelques cas. Par conséquent, les difficultés d'accès aux soins dans certains lieux renforcent le sentiment vécu par la population que les services d'urgences et, principalement, ceux des établissements publics, sont le lieu d'accueil pour les patients ayant des problématiques de santé. Cela, notamment, lorsqu'il s'agit de problématiques intervenant en dehors des heures d'ouverture de cabinets médicaux qui ne participent pas toujours à la permanence des soins à la

hauteur des besoins de la population. Ces éléments ont donc pour conséquence un engorgement des services d'accueil des urgences, et, notamment, en raison de visites qui seraient plus adaptées à la médecine de ville qu'aux prises en charge normalement dévolues aux urgentistes hospitaliers. Par conséquent, « *dans ces services, il ne serait pas rare que l'affluence entraîne un tel débordement des équipes que les prises en charge ne puissent plus être hiérarchisées avec toute l'efficacité nécessaire* » (Sénat, 2017, :23).

La crise liée à l'épidémie de COVID-19

Dans la suite de la crise des urgences qui a démarré dès les années 2010 et dont l'apogée s'est faite ressentir en 2019 avec 249 services d'urgences en grève au 6 août, l'épidémie de COVID-19 a renforcé les tensions déjà subies par les établissements de santé au premier trimestre 2020. Face à l'afflux de patients admis pour cette pathologie particulièrement contagieuse et encore inconnue par les spécialistes médicaux, les hôpitaux ont été contraints de s'adapter dès mars 2020 et réorganiser leurs services et créer des parcours de prise en charge. L'épidémie de COVID-19 a en effet eu de nombreuses conséquences sur l'activité hospitalière, dont certaines se répercutent encore aujourd'hui. De plus, les hôpitaux ont été mis sur le devant de la scène d'une manière inédite. Le traitement médiatique de la gestion des patients atteints de COVID-19 a mêlé la presse et l'espace public, en tant qu'espace immatériel de débat au sein duquel les membres d'une société discutent d'un sujet d'intérêt collectif (Söderström, Zepf, 1998), au fonctionnement des établissements publics de santé. A la une notamment : la surcharge de travail des personnels médico-soignants et la question de la disponibilité des lits et matériels de réanimation.

Le premier de ces deux sujets, la surcharge de travail des professionnels hospitaliers durant la période de pandémie, est une réalité ressentie et ayant des répercussions *a posteriori*. La DREES (2022) elle-même s'est emparée du sujet, s'intéressant spécifiquement aux conséquences de la surcharge de travail des professionnels de l'hôpital durant la crise sanitaire. Premier élément saillant, le fait que plus de la moitié des professionnels aient été directement sollicités en exerçant au sein de services alors uniquement consacrés aux patients atteints de COVID-19 entre mars 2020 et l'été 2021, et cela de façon continue pour 17% d'entre eux. Egalement, ce chiffre augmente lorsqu'on ne prend en compte que les établissements publics. De surcroît, facteur de déstabilisation et d'inconfort, une personne sur cinq a été en situation de changement de service d'affectation sur la période, dont 33% pour les IDE et 24% pour les médecins. Enfin, si la surcharge de travail était déjà ressentie par 57% du personnel

hospitalier avant la crise sanitaire, celle-ci est estimée à 70% sur la période. Ce surplus est également perçu par les professionnels ayant exercé en-dehors des services spécifiquement dédiés à la crise sanitaire. En effet, celle-ci a eu pour effet d'irriguer les autres services de spécialité, d'une part, en réduisant les effectifs dans ces services et, d'autre part, en réduisant le capacitaire d'accueil pour les pathologies hors COVID-19.

Concernant le second sujet, la crise sanitaire a mis en exergue des besoins d'efficience et de rationalisation dans la gestion de la disponibilité des lits et des matériels, notamment ceux spécifiques à la réanimation. Les établissements de santé ont été confrontés à des difficultés spécifiques et concomitantes : accueil massif de patients sur des périodes relativement longues présentant la même pathologie, besoins accrus en lits et matériels de réanimation, réduction de l'offre de soins sur les pathologies autres du fait de la mise à disposition des lits pour les services dits « COVID ». Cela a conduit les établissements de santé à revoir leur organisation et créer des procédures *ad hoc* voire des urgences de cellules de gestion des lits afin de suivre les besoins. Sur ce point, les cellules de gestion des lits, que leur mise en œuvre ait été accélérée par les besoins de la crise sanitaire ou non, ont vu leur activité se centrer sur les problématiques afférentes. C'est notamment le cas de la cellule de coordination des parcours patients (CCPP) du Groupement hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL), qui fera l'objet d'une étude particulière en deuxième partie (2). En effet, celle-ci a été créée dans l'urgence le 20 mars 2020 afin de répartir les hospitalisations des patients COVID ainsi que des autres patients sur le territoire, l'hôpital de la Croix-Rousse ayant été désigné comme hôpital de référence pour coordonner la coopération sur le territoire du nord de Lyon.

La crise liée à la pénurie de ressources humaines hospitalières

A l'heure actuelle, la fonction publique hospitalière subit une crise d'attractivité qui se répercute sur les services de soins. Les crises évoquées aux deux points précédents se trouvent sans nul doute parmi les causes de ce phénomène, la crise des urgences et la crise sanitaire ayant pour point commun d'avoir créé un ressenti de surcharge de travail sur les professionnels de l'hôpital.

La crise sanitaire, plus précisément a eu pour effet un épuisement des professionnels des suites de l'importance, notamment, des heures supplémentaires réalisées et du changement dans les pratiques dues à l'adaptation aux spécificités de la pandémie. A ce sujet, la Dares et France Stratégie (2022) estiment que les besoins en recrutement, que ce soit pour les IDE ou les aides-soignants diplômés (ASD), devraient

rester importants dans les prochaines années. A titre d'illustration, il apparaît que seulement un professionnel hospitalier sur deux s'estime en capacité d'exercer le même métier jusqu'à sa retraite. Ce taux diminue encore pour les professionnels qui ont travaillé dans les services spécifiques « COVID » durant la période, atteignant seulement 45%.

De ce fait, une fuite des professionnels est en train de se réaliser, malgré les importants moyens financiers débloqués par le Gouvernement au sein du Ségur de la santé pour revaloriser les salaires. Si 7,6 milliards d'euros sont, depuis lors, dépensés pour augmenter les salaires des personnels non médicaux (PNM) au sein des établissements publics de santé, les questions monétaires ne sont pas les seules causes de départ des professionnels. En effet, le manque de reconnaissance et les difficultés éprouvées dans les conditions de travail sont parmi les causes majeures de départ des professionnels hospitaliers.

Ainsi, les établissements publics de santé sont confrontés à une problématique supplémentaire qui conduit parfois jusqu'à fermer des unités et des services, par manque de PNM pour assurer la prise en charge des patients. Cela crée donc une tension supplémentaire sur le capacitaire.

1.1.2 Les déterminants de la santé de la population actuels et à venir se répercutent sur le capacitaire et les prises en charges à l'hôpital public

Les conséquences de la crise sanitaire sur la santé de la population

La crise sanitaire, en plus des contraintes et tensions qu'elle a causées, pourrait avoir des conséquences sur la santé de la population, présentant d'inévitables répercussions sur l'activité hospitalière.

Tous les scénarios étudiés par le Haut Conseil de la santé publique dans un rapport concernant les impacts de la crise sanitaire sur la qualité de vie et la santé des populations (HCSP, 2022) conduisent à penser que les effets directs et indirects de la pandémie accentuent et continueront d'accroître, sur une échéance de 3 à 5 ans, les inégalités de toutes formes, y compris de santé, en raison des difficultés croissantes d'accès. Cela, en intégrant de surcroît des effets à long terme qui pourront perdurer au-delà. Ces effets peuvent avoir de nombreux facteurs de cause, dont tous ne peuvent être connus. Cependant, l'un des éléments à avoir à l'esprit est la diminution de 13% des séjours

hospitaliers en MCO sur l'année 2020 comparativement à l'année 2019 (DREES, 2022). Cette baisse moyenne est par ailleurs prépondérante pour certains motifs tels que l'oto-rhino-laryngologie (32%), les maladies infectieuses (28%) et les maladies de l'appareil respiratoire hors Covid-19 (27%) (DREES, 2022).

Aussi, les hospitalisations ont d'autant plus diminué pendant les pics de crise COVID, périodes durant lesquelles les raisons traditionnelles d'hospitalisation ont été réduites. Egalement la hausse du capacitaire en ambulatoire a connu une croissance un peu moins forte durant la période. Entre fin 2019 et fin 2020, ce ne sont que 1,7% de places supplémentaires créées, contre une moyenne de +2,5% par an entre 2013 et 2019. Cela s'explique par le fait qu'il ait fallu adapter l'activité aux besoins de santé existants dans un contexte de crise. En effet, l'importance des besoins de prise en charge d'une pathologie peu connue, notamment dans les soins nécessaires et avec une prévisibilité difficile dans les séjours, a demandé une réorganisation des services et des dimensionnements de l'offre de soins. Par conséquent, toute une partie de la population, y compris souffrant de maladies chroniques, ce qui représente 35% des Français selon l'Assurance maladie en 2019, n'ont pas été en capacité de se faire soigner à la hauteur habituelle.

Cela aura donc des effets sur les besoins de santé, engorgeant d'autant plus les services d'hospitalisation qu'une partie des patients auront été et seront soignés « à retardement » avec une aggravation potentielle de leurs symptômes et pathologies durant la période pendant laquelle ils n'auront pas pu être traités.

Le vieillissement de la population

En 2052, 16% de la population sera âgée de 75 ans ou plus (DREES, 2022). Bien que l'horizon semble encore lointain, cette augmentation sera progressive et devra être absorbée par un système qui souffre déjà d'une offre de soins et de structures d'aval sous-dimensionnée ou insuffisamment adaptée aux besoins actuels.

A ce vieillissement structurel s'ajoute le poids des polyopathologies, « *dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du 21^e siècle* » (DREES, 2022). Pour cela, la DREES affirme le besoin renforcé de coordination pour un parcours patient plus adapté et à proximité du lieu de vie. Les effets iatrogènes de l'allongement de la DMS aux services d'urgences pour les personnes de 75 ans et plus n'ont, en outre, cessé d'avoir été un argument pour des mesures prises par le Gouvernement et les plans concernant les urgences sur les dernières années. De

surcroît, il a été estimé qu'en 2017, ce sont 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation qui concernaient des patients âgés de 65 ans et plus. Plus de 25% de ces hospitalisations portaient de surcroît sur des patients âgés de 80 ans et plus (Carli et Mesnier, 2019).

Par conséquent, le vieillissement de la population aura une incidence sur les activités hospitalières. En effet, il s'agit d'une population vulnérable souffrant de pathologies parfois spécifiques et multiples, dont la prise en charge concerne non seulement les services de gériatrie mais l'ensemble des services de spécialité. Une hausse des besoins de soins est donc à prévoir à mesure que le taux de la population âgée de 75 ans et plus augmente.

Les parcours sociaux complexes

Les parcours sociaux complexes, qui comprennent tant les questions de santé que des problématiques annexes (contexte familial, problématique socio-économiques, migration pour n'en citer que quelques-unes) expliquent la part croissante de patients connus dans le jargon hospitalier comme des « *bed blockers* ». Le terme de *bed blockers*, provenant de l'anglais, signifie littéralement « bloqueur de lits ». Ces patients « bloquent » des lits, selon la formule consacrée, principalement parce qu'ils se trouvent dans un hôpital au lieu d'être pris en charge par la structure adéquate (SSR, EHPAD, HAD par exemple) ou bien parce qu'ils restent entre les murs de l'hôpital sans indication médicale persistante (Haas, 2021). Présents dans un service alors qu'ils n'ont pas besoin de la prise en charge qu'ils proposent, ces patients augmentent réduisent la capacité d'accueil des patients qui auraient besoin, *a contrario*, de ces prises en charge.

Les *bed blockers* relèvent principalement, donc, de parcours sociaux complexes, puisque les séjours inadéquats peuvent être définis comme des « *journées d'hospitalisation non pertinentes mais justifiées dans la mesure où le patient ne reçoit pas de soins techniques mais reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative ou tout simplement un hébergement, mais pour lequel des structures plus efficaces n'existent pas ou ne sont pas disponibles* » (SANESCO, 2011). Or, les besoins de prise en charge hors raisons médicales semblent en expansion. Cette hausse de la précarité ressentie depuis les années 1970 apparaît comme une pression supplémentaire sur l'hôpital public : création de surcoûts, temps social croissant, augmentation des durées de séjour (DREES, 2008).

1.2 Un tel contexte conduit les pouvoirs publics et ses démembrements à inciter les établissements de santé à se doter de cellules de *bed management*

Les cellules de *bed management* sont incitées à se développer, d'une part, au travers de textes juridiques publiés par les pouvoirs publics (1.2.1) et, d'autre part, au moyen des recommandations et conseils prodigués principalement par l'Anap (1.2.2).

1.2.1 L'instauration de cellules de *bed management* s'avère de plus en plus sollicitée par les pouvoirs publics au travers de textes à valeur juridique qui s'appliquent aux acteurs de la santé

Ces dernières années, les Agences régionales de santé (ARS) – établissements publics à caractère administratif sous tutelle ministérielle et créés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST » –, ont été destinataires de plusieurs instructions ministérielles leur demandant d'appeler les établissements publics de santé à instaurer des dispositifs de gestion des lits. En effet, les ARS ont pour mission d'assurer le pilotage de la santé publique et la régulation de l'offre de soins sur leur territoire d'exercice en application de l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique. La nature de leurs missions dépend, ensuite, des circulaires ministérielles, dont elles ont le devoir d'assurer l'application, en tant qu'actes administratifs.

Il existe notamment deux types de circulaires publiées par la DGOS pour inciter au déploiement des cellules de gestion des lits. D'une part, les circulaires de délégation de crédits, reconductibles ou non, directement dédiés à ce type d'actions. C'est notamment le cas de la circulaire n° DGOS/R1/2013/415 du 13 décembre 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé. Fixant les ressources de l'Assurance maladie dévolue aux ARS, celle-ci intègre directement l'objectif de financer des dispositifs d'optimisation de gestion des lits au sein des 14,84 millions d'euros de crédits devant être fléchés à l'appui aux services d'urgences en tensions. D'autre part, la DGOS a publié, de façon de plus en plus récurrente depuis 2019, des circulaires et instructions d'application immédiate énumérant des consignes à l'attention des ARS. De façon éloquent, la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire s'inscrit dans les suites de l'application de la mesure 12 du pacte de refondation des urgences. Cette

dernière détient pour objet de fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous pour faire face aux hospitalisations non programmées. Ainsi, parmi les actions de mise en œuvre décrites, apparaît « *l'objectif d'amélioration globale du parcours du patient dans les établissements* », devant dès lors impliquer les directions, Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et présidents des Commissions médicales d'établissement (CME) au travers de la mise en œuvre de dispositifs de gestion des lits, que ce soit à l'échelle de l'établissement ou du GHT. Plus précisément, la DGOS impose comme obligation aux ARS que l'engagement de développer la gestion des lits soit institutionnalisé au sein des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) conclus avec les établissements de santé dotés d'un service d'urgence. Ainsi, il est clairement établi que l'instauration de dispositifs de gestion des lits, sans que leur forme soit précisée, s'observe comme une obligation de la part du ministère envers les établissements de santé, par le biais des ARS. Cela, dans l'objectif de résoudre les conséquences de l'engorgement des services d'urgences et d'améliorer le parcours patient, comme cela est clairement indiqué au sein de la circulaire précitée.

En sus, le déploiement d'une gestion des lits généralisé au sein des établissements de santé est d'autant plus poussé par le ministère de la santé que cette volonté prend forme au sein-même de la réforme des autorisations de soins. En effet, il s'agit d'un élément intégré au sein des obligations qui incombent aux titulaires des autorisations pour les activités telles que celles de médecine et de soins critiques. Pour citer le Code de la Santé publique, il est inscrit en ce qui concerne les activités de médecine que : « *Le titulaire met en place un dispositif de gestion des lits de médecine ou participe à un dispositif mis en place soit, lorsqu'il appartient à un groupement hospitalier de territoire, par ce groupement, soit conjointement avec d'autres établissements.* » (Article R. 6123-159 du Code de la santé publique). Pour les activités de soins critique également : « *Le titulaire d'une autorisation de soins critiques dispose sur site : 1° D'un outil informatisé de gestion des lits mis à jour quotidiennement et interconnecté avec les outils de régulation territoriale et de recueil de données sur l'offre de soins critiques* » (Article D. 6124-27-2 du Code de la santé publique). Cela fait donc partie des conditions d'implantation pour la première et des conditions techniques de fonctionnement pour la seconde, selon les décrets de 2022 modifiant la partie réglementaire du Code de la santé publique.

1.2.2 Des recommandations et outils de mise en œuvre ont également été produits afin de guider les établissements de santé dans l'instauration de ces dispositifs

Le *bed management* a fait l'objet de divers outils d'accompagnement développés par l'Anap

L'Anap, agence de l'Etat créée sous la forme de Groupement d'intérêt public (GIP) par l'article 18 de la loi HPST du 23 juillet 2009, s'est emparée du sujet depuis la coordination du programme des Projets performance dont le déploiement a été initié par la thématique de la gestion des lits. Depuis lors, l'Anap a produit différents documents tendant à partager des conseils aux établissements de santé dans la mise en œuvre de ces dispositifs.

- Le retour d'expérience concernant la mise en œuvre du programme des Projets performants sur la thématique de la gestion des lits (Anap, 2013)

Ce premier document réalise un retour d'expérience en se basant principalement sur les réalisations de six établissements. Il a pour particularité de présenter une approche projet, soulignant le caractère transversal de sa mise en œuvre et les bénéfices obtenus, ce qui donne un caractère incitatif à un tel dossier. Par exemple, il est précisé que *bed management* aurait un impact positif tant sur la qualité des soins que les conditions de travail et l'efficacité économique des établissements. Autre point incitatif dans la mise en œuvre du *bed management* par les établissements de santé, la présentation des problématiques rencontrées qui peuvent justifier son instauration et qui correspondent en partie, par ailleurs, aux crises présentées au sein de la sous-partie précédente (1.1). Il convient de les lister :

- Difficultés dans la recherche des lits par les services d'urgences ;
- Programmation peu performante inadaptée à une gestion optimisée des lits ;
- Manque de lisibilité sur les lits disponibles, créant une mobilisation excessive des personnels soignants pour ce faire ;
- Manque d'anticipation des besoins en plateaux techniques et en aval ;
- DMS supérieures aux moyennes nationales ;
- Formalisation des processus de préadmission et de sortie insuffisante ;
- Inadéquation des ressources soignantes aux activités.

Ainsi, cela indique les situations que le *bed management* vise à régler, et les contextes sur lesquels il agit.

- Le guide « Gestion des lits, vers une nouvelle organisation » (Anap, 2015 et 2016)

En outre, les documents de l'Anap ont pour vocation de donner des conseils et indications aux établissements de santé. C'est l'objet du guide intitulé « Gestion des lits : vers une nouvelle organisation » qui comprend deux tomes : le premier centré sur le cadrage, le diagnostic et le plan d'action ; le second sur la mise en œuvre et le bilan des dispositifs. Celui-ci vise à apporter aux établissements de santé des éléments « clé en main » pour améliorer la gestion des lits en leur sein. L'Anap propose ainsi une méthodologie opérationnelle pour suivre une démarche de gestion de projet dans la mise en place d'une dynamique de gestion des lits. Il offre un regard concret au travers de retours d'expériences vécues par les hôpitaux qui permettent de vérifier le caractère exploitable des outils proposés. Afin de résumer les éléments présentés et de s'en servir pour la suite de la réflexion, il s'agit d'en faire ressortir les points principaux parmi les recommandations proposées aux établissements. Le premier tome de l'Anap est consacré à la conduite d'un tel projet, demandant une « dimension institutionnelle forte », ce qui suppose un pilotage impliquant la direction ainsi que des équipes médico-soignantes. En effet, la gestion des lits est une thématique qui implique et concerne nécessairement l'ensemble de l'hôpital à l'issue de son déploiement. Dans ce cadre, l'Anap fait de la communication et de la conduite du changement des étapes essentielles. Le second, ensuite, entre dans le cœur du sujet en proposant des « fiches actions » dans la mise en place des différents outils du *bed management* (préadmissions, aval des urgences, règles d'hébergement, long séjours, etc.). Par ces outils, l'Anap tend donc à favoriser le développement de la gestion de lits dans les hôpitaux, au travers de propositions d'actions concrètes et en partie éprouvées.

- Le panorama des solutions en systèmes d'information (SI) du marché à mi-2022 pour la gestion territoriale des lits (Anap, 2022)

Enfin, dernière réalisation de l'Anap concernant le *bed management*, un *benchmark* ou étude comparative des solutions SI proposées sur le marché pour faciliter le suivi de la gestion des lits par les cellules au niveau du territoire. Comme noté dans l'introduction du document, il s'inscrit dans le cadre de l'instruction n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 portant sur l'obligation de mise en place d'un dispositif de gestion des lits à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT). De surcroît, la réalisation d'un tel guide prouve la place prise par les dispositifs informatiques dans la gestion des lits. De manière technique, l'Anap s'est intéressée à comparer les dispositifs en mettant en avant les critères essentiels comme les facilités de déploiement ou l'interopérabilité.

2 La cellule de *bed management* en pratique, un outil dont les établissements s'emparent, à l'instar du Groupement Nord des HCL, tout en demeurant protéiforme

Afin de s'intéresser concrètement à la mise en œuvre des cellules de *bed management* par les établissements de santé, il s'agit d'analyser le cas spécifique de la cellule de coordination des parcours patients du Groupement hospitalier Nord des Hospices Civils de Lyon (2.1) pour ensuite observer la multiplicité des organisations mises en places par les hôpitaux au travers d'un panel d'étude (2.2).

2.1 Etude de cas : la Cellule de Coordination des Parcours Patients (CCPP) du Groupement hospitalier Nord (GHN) des Hospices Civils de Lyon (HCL)

L'organisation de la CCPP du GHN des HCL est un sujet d'analyse intéressant que ce soit en raison des circonstances ayant conduit à sa création (2.1.1) ou de son caractère pragmatique l'autorisant à s'adapter tout en produisant ses effets (2.2.2).

2.1.1 Le modèle de la cellule du Groupement hospitalier Nord des HCL trouve ses origines dans un contexte hospitalier à la fois spécifique et général

A la genèse de la cellule, de doubles circonstances d'ouverture des urgences en 24/24h et de crise COVID

Deux éléments circonstanciés ont été à l'origine de la création et de l'accélération du projet de cellule de *bed management* au sein du Groupement Nord des Hospices Civils de Lyon.

Dans un premier temps, le changement de prise en charge majeur qui s'est joué au sein de l'Hôpital de la Croix-Rousse, établissement « support » du Groupement hospitalier Nord des HCL, est le passage du service d'accueil des urgences (SAU) en ouverture 24/24h. Cette évolution transforme l'Hôpital de la Croix-Rousse en ayant des conséquences

sur l'ensemble des services et en faisant évoluer son rôle au sein du territoire, devenant une porte d'entrée permanente en provenance de la ville et des alentours (Lyon, Caluire-et-Cuire, Villefranche sur Saône, Rillieux-la-Pape). En raison de cette ouverture, le nombre de passages quotidiens aux urgences ainsi que la DMS du service ont augmenté. Quelques semaines après l'ouverture en continu (novembre 2019), le nombre de passages avait déjà augmenté de 37,5 % (de 64 à 88) et la durée moyenne de passage de 41,6% (de 3h34 à 5h03). Egalement, le nombre d'hospitalisations en provenance du SAU est passé de 14,2 par jour à 19,6 à capacité constante, représentant une hausse de 38%. Cette situation a, de fait, constitué un moteur pour monter le projet de cellule, en raison du besoin ressenti de réaliser une régulation et un ordonnancement plus importants des parcours patients en provenance des urgences, afin d'éviter l'allongement constant des DMS et les difficultés à hospitaliser les patients le nécessitant.

Dans un second temps, l'idée d'instaurer une cellule de gestion des parcours s'est trouvée accélérée par des besoins circonstanciés majeurs, ceux liés à la crise COVID. Le besoin de coordonner la gestion des patients atteints de COVID-19 et de leurs parcours s'est d'autant fait ressentir au sein de l'Hôpital de la Croix-Rousse qu'il s'est trouvé en première ligne en raison de sa qualification d'établissement sanitaire de référence (ESR) pour les risques infectieux, sur le territoire régional. Pour cette raison, une cellule de transfert des patients COVID est créée dans l'urgence le 20 mars 2020 afin de prendre le relais des médecins du service des maladies infectieuses et tropicales (MIT) pour gérer les flux de patients atteints de COVID sur l'établissement. Ce fut également le moment de l'élaboration du « Hub Nord », qui constitue un réseau de coopération entre établissements de santé publics et privés de la zone du Nord de Lyon, piloté par le GHN. Ainsi, les premières missions de la cellule ont été de répartir les patients selon leurs besoins d'hospitalisation au sein du GHN et du Hub Nord. Aux confins mêmes de la crise, la nouvelle cellule a aussi entrepris une mission de reprise des autres activités médicales. Dès mai 2020, celle-ci a pris en main le suivi de l'état des lits sur le secteur de la chirurgie afin de trouver des solutions d'hospitalisation sécurisées pour des patients nécessitant des interventions programmées par les chirurgiens exerçant dans des services dont la capacité d'accueil s'était vue réduire en raison de la crise.

La CCPP a été conçue comme un support facilitateur pour réguler l'offre de soins au GHN sans pour autant centraliser l'ordonnancement de l'ensemble des parcours

Le modèle pris par la cellule de *bed management* du GHN résulte alors en partie des circonstances accélérées de sa création. En effet, la pérennisation de la cellule s'est

appuyées sur les réalisations de la période de crise, permettant de sortir de la situation de tensions en s'adaptant aux modifications du capacitaire. L'objectif principal a été, dès le départ, clairement exprimé : se doter d'une organisation innovante de coordination collaborative des parcours patients entre les services de l'établissement et en tenant compte de l'environnement extérieur.

- *Le portage de projet*

En terme de gestion de projet, son portage a été assuré par une équipe composée de la directrice générale adjointe du GHN, du chef de service des urgences et de la cadre de santé encadrant l'activité de la cellule. Cette équipe a assuré la communication et le soutien institutionnel, renforcé par la Directrice générale du GHN, afin que l'ensemble des services se saisissent de ce nouvel outil et puissent être touchés par la conduite du changement menée. La communication s'est notamment appuyée sur l'aide apportée par la cellule durant la crise sanitaire. Egalement, le nom donné à la cellule a joué un rôle. Se dénommant « Cellule de coordination des parcours patient », celle-ci affirme dans son titre-même l'importance de ses missions en termes de prise en charge et son rôle central au sein de l'établissement. En dernier lieu, la cellule bénéficie d'un positionnement particulier en ce qu'elle est directement placée sous la responsabilité de la direction, pour des liens renforcés avec l'administration et assurer le soutien de son action.

- *La professionnalisation des missions d'ordonnancement*

La professionnalisation des missions est un processus mené au travers de deux axes principaux : la constitution d'une équipe dédiée et formée, ainsi que l'acquisition d'outils SI adaptés. En ce qui concerne l'équipe, la partie ressources humaines (RH) a été essentielle. Le recrutement du cadre de santé de la cellule a constitué une étape cruciale. L'objectif de la directrice générale adjointe qui s'est chargée du recrutement a été de trouver une personne à la fois intéressée par la dimension projet et en capacité de discuter et potentiellement négocier auprès des services pour assurer le bon déroulement de ses missions. L'aspect managérial n'était pas non plus à négliger en ce que le cadre de santé serait amené à recruter du personnel supplémentaire et à assurer le bon fonctionnement de la cellule au quotidien. En ce qui concerne les outils SI, il a été démontré, notamment par les documents de l'Anap, que l'obtention d'un état des lits en temps réels s'imposait comme l'instrument indispensable aux cellules de *bed management*. La particularité du GHN est de faire partie d'un centre hospitalier universitaire, les HCL, qui a déployé son propre dossier patient informatisé (DPI). Ainsi, le développement du logiciel de visualisation

des lits au sein du DPI *Easily* s'est réalisé en interne conjointement avec la direction en charge de l'informatique et du numérique.

- *Le périmètre d'action et les liens avec les services et le territoire*

Le périmètre d'action choisi pour le démarrage des activités de la cellule est le suivant :

- Placement des patients vers les services et les structures d'aval depuis le SAU ;
- Placement des patients en attente de chirurgie ;
- Sortie des patients hospitalisés en médecine vers les structures d'aval ;
- Facilitation de placement de patients de médecine programmés en cas de difficultés rencontrées par les services.

Ainsi, une des particularités de la cellule du GHN est la relation de confiance à construire entre la cellule et les services. En effet, ne disposant pas de pouvoir d'imposition vers les services, il s'agit d'un travail de négociation et de compréhension mutuelle à réaliser avec les services afin d'assurer la fluidité des parcours patients au sein de l'établissement. Cela, en tenant compte également des spécificités du bloc opératoire. Une autre de ses particularités concerne son lien avec le territoire, soutenu par l'existence du « Hub Nord ». En effet, les relations étant nouées au sein du « Hub Nord » avec les structures sanitaires alentours, à la genèse de la cellule, s'entendait la volonté d'actionner ce levier pour fluidifier encore les parcours au sein du territoire. Aussi, les liens avec la ville étaient mentionnés comme cruciaux afin de faciliter une offre de soins non programmée semi urgente au travers de réorientations.

2.1.2 La CCPP est aujourd'hui un outil dynamique et pragmatique aux effets bénéfiques, malgré les difficultés parfois rencontrées dans la communication avec les services, qui évolue en fonction des besoins perçus pour le groupement et le territoire

Les évolutions de la CCPP depuis sa création

Depuis sa création en mars 2020, le dimensionnement et les missions de la CCPP ont évolué. Si, au départ, la cellule se préoccupait exclusivement des lits COVID dans le cadre du « Hub Nord » et de la coordination des lits de chirurgie, l'accalmie connue par l'épidémie et la reprise progressive de l'activité ordinaire de l'établissement ont permis l'extension du champ d'action dès le second semestre 2021. A cette période, la cellule a intégré le placement des patients en attente d'hospitalisation dans l'ensemble des services et du « Hub Nord » depuis le SAU. La dimension territoriale s'est également enrichie de

l'utilisation de l'outil Via Trajectoire qui aide à l'orientation des patients et notamment des patients âgés sur le territoire ainsi que d'une hotline afin de renforcer la coopération réciproque et de prévoir des admissions directes évitant le passage par les urgences. Egalement, la CCPP est en charge d'assurer les transports depuis les urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) lorsque les effectifs présents le permettent. En sus de ces évolutions de dimensionnement, la CCPP s'est dotée de procédures formalisées dont le but principal est de donner une justification institutionnelle aux propositions faites aux services dans le placement des patients. Il s'agit de surcroît d'un outil de communication et de pérennisation des éléments de fonctionnement de la cellule, ainsi que de leur acceptation par les services de soins.

Outre les évolutions de dimensionnement, la formation de la cellule a évolué avec, plus spécifiquement, une augmentation des effectifs. Si, durant la crise COVID, elle n'était composée que d'une IDE en reclassement pour inaptitude physique, celle-ci s'est agrandie par le recrutement de quatre IDE supplémentaires entre 2020 et 2023, afin d'absorber la hausse d'activité. Il est à noter que le choix a été fait de privilégier les profils soignants afin de bénéficier d'une expertise paramédicale jugée comme utile à la compréhension des choix faits par les services et de leur octroyer la possibilité de négocier. En plus de cela, les liens ont été renforcés avec le personnel médical. En effet, la présence, notamment, du chef de service adjoint du SAU, accorde une légitimité supplémentaire à la CCPP dans les dialogues, parfois nécessaires, avec les autres équipes médicales. Il permet aussi de prendre des décisions conjointes notamment concernant l'adaptation du capacitaire de l'UHCD à l'affluence aux urgences. Ce rapprochement a été d'autant plus facilité par le déménagement de la cellule, dorénavant positionnée à proximité des urgences et, plus particulièrement, des bureaux médicaux du chef de service et de son adjoint. Enfin, une des volontés affirmées consiste à renforcer les liens avec l'hospitalisation à domicile (HAD), afin de faciliter sa mise en place pour les patients qui y sont éligibles. Pour cela, un professionnel employé à moitié par le GHN et à moitié par l'HAD partenaire se trouve intégré à la CCPP à partir de l'automne 2023.

Enfin, la CCPP est en cours de déploiement d'un module SI supplémentaire, intégré au DPI, avec pour objectif d'avoir une visibilité sur l'occupation prévisionnelle des lits. Depuis le début d'année 2023, le GHN se trouve en position de pilote au sein des HCL pour le déploiement d'une nouvelle version du module de Gestion prévisionnelle des lits d'hospitalisation, GPLH. Sa visée est d'enrichir *Easily* et son module de visualisation des disponibilités en lits, *Eagle*, d'un système intégrant la planification des séjours, leur programmation, ainsi que le suivi quotidien des entrées et des sorties des patients. A ce jour, après le test réalisé par les deux premières unités pilotes le déploiement a été

suspendu afin de réaliser des réglages techniques, mais celui-ci devrait reprendre dès septembre-octobre, en intégrant de nouvelles unités afin de finaliser l'intégration de l'ensemble des unités du pôle médico-chirurgical.

Les bénéfices de l'action de la CCPP en dépit des difficultés

Depuis mars 2020, divers bilans et présentations des activités de la cellule de *bed management* ont été réalisés. Dès la structuration du projet, plusieurs impacts positifs étaient pressentis voire en cours d'accomplissement ; au premier rang desquels, les gains en termes de parcours patient. Comme appréhendés en introduction, le *bed management* doit offrir aux patients un parcours de soins personnalisé, de qualité et sécurisé, une réduction de l'attente aux urgences, la possibilité d'éviter le passage par les urgences par des admissions directes ainsi que, pour le cas particulier de la chirurgie qui est particulièrement importante dans l'activité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, prévenir les déprogrammations faute de lits disponibles.

Déjà en août 2020, l'action de la cellule a permis de limiter les annulations ou reports de chirurgie, malgré la diminution du capacitaire dû aux fermetures estivales de deux unités supplémentaires, sachant que deux autres étaient déjà fermées à cause de la crise sanitaire depuis le mois de mars. Notamment, la possibilité de rediscuter à 48h le potentiel de lits disponibles suite à des annulations réalisées par les services avec les coordinateurs ont permis de rétablir certains parcours et de limiter les impacts sur les patients. En 2021 et 2022 également, l'action de la CCPP a permis de limiter les déprogrammations chirurgicales en assurant des « hébergements » de patients, c'est-à-dire leur accueil dans un lit pour une nuit avant son orientation définitive. A titre d'illustration, 26 hébergements ont été réalisés en août 2022 et 35 en novembre de la même année. De plus, son activité a connu une augmentation importante. En 2022, la CCPP a orienté 5 070 patients en provenance des urgences et nécessitant une hospitalisation ou une coordination des soins pour un retour à domicile, avec une hausse de 36% des orientations mensuelles entre février et décembre 2022. Près de 2 000 d'entre eux ont été réorientés vers des établissements extérieurs, dont plus de la moitié auprès des principaux partenaires (Clinique du Val d'ouest, Infirmerie protestante, Hôpital de Sainte Foy les Lyon, Centre hospitalier du Mont d'or...), ce qui met en avant la force de la coopération assurée.

En dépit des difficultés parfois ressenties par les professionnels de la CCPP en termes de compréhension par les équipes médicales et paramédicales de l'action de la cellule, ces réalisations concrètes lui apportent une légitimité croissante. L'expertise et

l'expérience acquises, accompagnées des valeurs professionnelles portées par la cellule, lui ont permis d'améliorer la qualité des échanges avec ses différents interlocuteurs. A l'heure actuelle, la CCPP peut être décrite comme un outil d'optimisation et d'efficience pour le GHN. Elle contribue de fait à l'amélioration des parcours souhaitée en limitant les difficultés d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent et, notamment, en limitant les déprogrammations chirurgicales, ce qui correspond à une activité importante de l'Hôpital de la Croix-Rousse. Il s'agit donc d'un outil, bien qu'encore imparfait et en construction, qui parvient à se structurer en s'adaptant aux principaux besoins liés à la particularité de sa culture propre en ne retirant pas totalement les pouvoirs de programmation et de placement des patients aux unités, et en accordant une place spécifique à la chirurgie.

2.2 Au sein des établissements de santé l'ayant instauré, le *bed management* prend des formes différentes tout en présentant un impondérable principal, la fonction de *bed manager*

Sur un panel de dix-neuf établissements publics de santé, le *bed management*, bien que détenant des impondérables dans son organisation, apparaît comme un outil protéiforme. Si les formes prises par la gestion des lits se montrent diverses en fonction des réalités de terrain et des volontés internes aux établissements (2.2.1), il existe un incontournable principal le (ou les) *bed manager(s)* (2.2.2).

2.2.1 Les organisations se montrent diverses en fonction des réalités de terrain et des volontés internes aux établissements

Bien que le *bed management* porte, globalement, le même objectif d'optimiser la gestion des lits afin d'améliorer le parcours patient dans un contexte de tension permanente, les organisations choisies sont diverses. Le panel des établissements de santé, en plus de la CCPP du GHN des HCL, qui ont répondu à l'enquête qui leur a été transmise, corrobore cette affirmation. Egalement, dans le but de faciliter l'analyse, il sera choisi de conserver le terme générique de « cellule » bien que certaines organisations répondent à des modes de fonctionnement différents, qu'il conviendra d'explicitier. Afin de mieux saisir la composition de ce panel d'établissements, il convient d'en donner quelques caractéristiques, avant de présenter les diverses organisations choisies.

Encadré 1. Caractéristiques des établissements de santé répondants

9 CHU et 10 centres hospitaliers (CH) dont 14 sont multi-sites

Durée d'existence des cellules de *bed management* :

Moins d'un an : 2

1 à 3 ans : 6

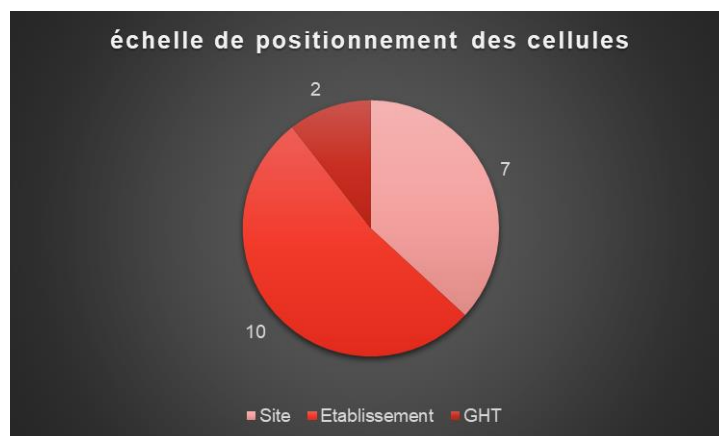
3 à 5 ans : 2

Plus de 5 ans : 7

Non applicable (NA) : 2

L'échelle de positionnement

Le premier élément sur lequel les établissements présentent des organisations différentes concerne l'échelle de positionnement et d'action de la cellule. Savoir que quatorze des établissements répondants sont multi-sites rend ce point d'analyse d'autant plus intéressant. En effet, parmi les dix-neuf établissements, 10 cellules agissent au niveau de l'établissement, 7 au niveau d'un site de l'établissement et 2 au niveau du GHT.



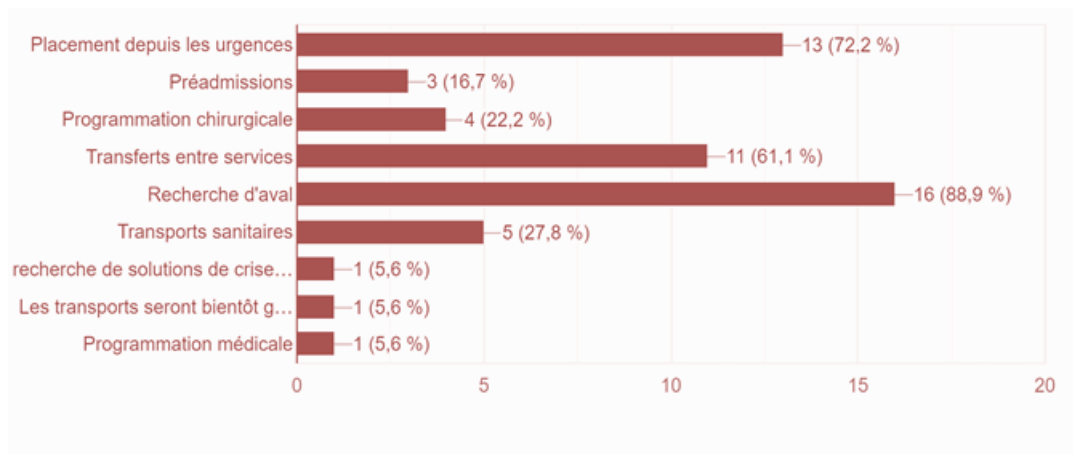
Ainsi, la plupart des établissements ont fait le choix de positionner leur cellule et donc, l'activité de gestion des lits, au niveau de l'établissement. Il s'agit de la situation la plus courante en ce qu'elle est, souvent, la plus simple à mettre en place pour des gains rapides. Toutefois, certains font également le choix de la mettre en œuvre au niveau d'un site spécifique à leur établissement. Ce choix peut être fait pour plusieurs raisons. Premièrement, ce peut être en raison des caractéristiques des sites composant l'établissement. En effet, certains sites réalisent des prises en charge qui s'intègrent plus difficilement aux activités de *bed management* en ce qu'elles présentent des

problématiques spécifiques (psychiatrie, maternité, pédiatrie) ou que certains sites ne disposent pas de service d'accueil des urgences, pour les cellules spécialisées dans ce domaine. Deuxièmement, ce peut être en raison de l'éclatement d'un établissement, notamment dans le cas des CHU, avec des difficultés à conduire le changement plus prépondérantes dans un site que dans un autre. Troisièmement, l'explication peut se trouver dans un déploiement récent et non abouti parce que progressif en raison des changements de pratique que la gestion des lits peut demander. Enfin, les établissements peuvent disposer d'une cellule qui soit positionnée au niveau du GHT. Ce choix, en revanche, revêt un caractère principalement politique. En effet, comme exposé dans la première partie (1.2.1), la DGOS a explicitement demandé aux ARS de prévoir la mise en œuvre de dispositifs de gestion des lits au niveau territorial. Ainsi, cette modalité d'action concerne principalement les établissements de santé dont les ARS ont démarré cette stratégie. A noter que, si leur nombre est faible au sein de cette enquête, c'est que peu parmi les établissements répondants se trouvent sur le territoire d'une des ARS les plus avancées dans cette mise en œuvre, au premier rang desquelles l'ARS Occitanie.

Cette diversité de positionnement présente des enjeux majeurs. En effet, l'action d'une cellule et ses bénéfices ne seront pas les mêmes en fonction de la dimension de l'échelle. Il est toutefois à noter que cette catégorisation oblitère les coopérations qui peuvent être réalisées par ailleurs, notamment sur un territoire, en dépit de l'absence d'une cellule GHT. En effet, malgré cela dix parmi les établissements interrogés ont souligné les liens existant avec d'autres établissements du territoire.

Le périmètre d'action et les liens avec les autres fonctions de l'établissement et les structures alentours

Comme l'indique la fiche publiée par la DGOS concernant *La gestion des lits* (2016), celle-ci consiste en une gestion centralisée des lits « *par le biais de cellule ou de gestionnaire de lits* ». Ainsi, bien que certaines organisations s'extraient de l'appellation de « cellules », comme par exemple au CHU de N. où le dispositif se nomme « optimisation du parcours patient », les modalités principales comme présentées en introduction sont, globalement, similaires. Ces cellules assurent la visualisation des disponibilités en lits et la formalisation de règles de transfert et d'hébergement. Cependant, ce qui change parfois de manière très importante entre les établissements, concerne le périmètre d'action.



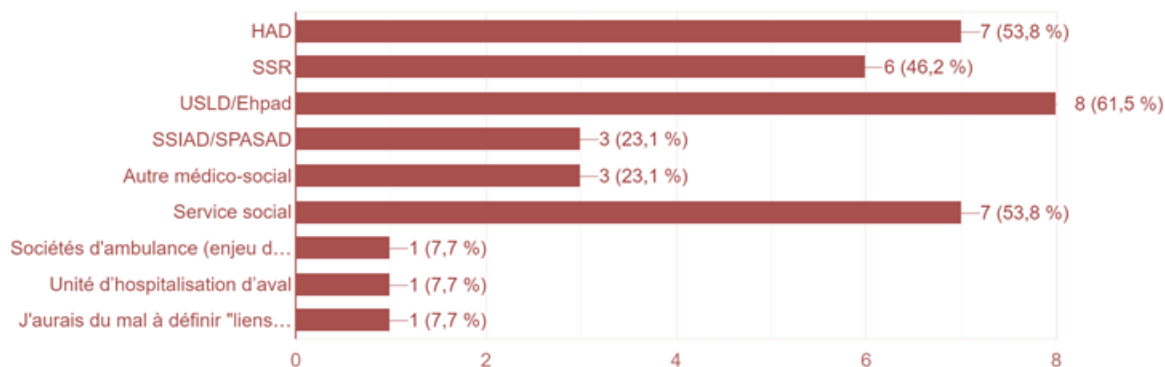
Le graphique ci-dessus présente les différents périmètres d'action des cellules. S'il existe, en tout, neuf modalités d'actions au sein du panel des dix-neuf établissements, trois périmètres principaux sont mis en évidence par le graphique : la recherche d'aval (16), le placement depuis les urgences (13) et les transferts entre les services (11). Cela n'est pas anodin en ce qu'il révèle, en réalité, les besoins de gestion dans les principaux points de difficultés que peuvent connaître les établissements de santé. En effet, les crises connues par les hôpitaux ont principalement eu un impact en termes de recherche de lits d'aval en raison des situations difficiles et des capacités réduites, ainsi que sur les services d'urgences qui se retrouvent de plus en plus engorgés. De ce fait, il apparaît logique que les établissements de santé aient principalement fait porter aux cellules des missions visant à réduire ces difficultés en agissant sur les urgences, les transferts et les sorties des patients.

Cependant, ces périmètres ne sont pas les seuls à avoir été octroyés aux dispositifs de *bed management*. Certains disposent désormais d'une organisation sophistiquée, intégrant d'autres actions. C'est notamment le cas du CHU de T. qui dispose en réalité de plusieurs cellules chargées de réaliser l'ensemble de la programmation sur les différents sites et sur les différents secteurs, intégrant de surcroît la pédiatrie et les Services de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques. Le terme de « programmation », au sein du dispositif, comprend à la fois une programmation de niveau 1, concernant la réservation des rendez-vous et lits à l'avance et une programmation de niveau 2, qui s'associe à la gestion des lits sur les différents secteurs (médical, chirurgical, pédiatrique, obstétrique, gériatrique, psychiatrique). Par cette sectorisation du travail des cellules, l'accent est mis sur les parcours patients, qui se trouvent au cœur du travail des *bed managers*, chargés de les rendre les plus fluides possible.

Cet exemple spécifique démontre bien que le *bed management*, principalement tourné vers des missions spécifiques en lien avec les difficultés rencontrées, peut consister en un mode de gestion pérenne des établissements de santé et concerner tous les patients

pour la coordination de leurs parcours. Toutefois, élément important à noter, la mise en œuvre du dispositif du CHU de T. a débuté dès 2015, avant la survenance de la crise COVID. Ainsi, peut être fait un parallèle entre la date de déploiement du *bed management* et l'organisation choisie ; les plus récentes s'étant concentrées sur la résolution des problématiques de crise.

Par ailleurs, les cellules entretiennent des liens spécifiques avec les autres fonctions de l'hôpital et, également, avec certaines des structures alentours.



La plupart des cellules s'intéressant à la gestion de l'aval, celles-ci affirment coopérer avec des structures telles que les Unités de soins de longue durée (USLD) et Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), SSR et HAD. Cela tient notamment au vieillissement de la population, qui augmente l'âge moyen des personnes prises en charge par les établissements de santé, et à la complexité de ces parcours, présentant une inadaptation entre les besoins populationnels et les capacités d'hébergement et d'hospitalisation de la part de ces structures. Egalement, un élément à noter, dans les réponses apportées, est la prépondérance des liens avec le service social. La complexité des parcours explique notamment l'importance donnée aux liens développés avec les assistants sociaux dans le but de trouver des réponses aux besoins d'aval des patients. Ces éléments de réponses sont le signe de la place spécifique prise par les cellules dans le paysage hospitalier, se présentant comme une interface que ce soit entre les services d'un même établissement ou bien entre cet établissement et le reste du territoire.

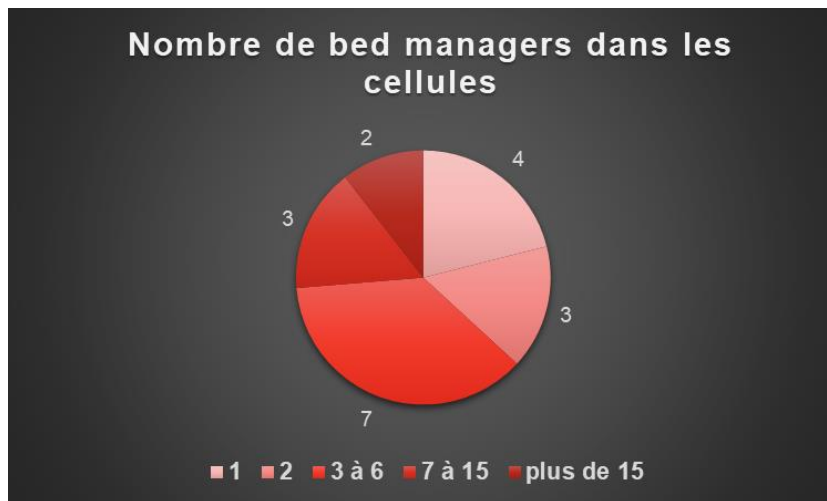
2.2.2 L'incontournable principal, le (ou les) bed manager(s)

« On nous compare souvent aux aiguilleurs du ciel dans un aéroport. Dans l'hôpital, on est hyper connus car on appelle tout le monde mais les collègues hospitaliers ne connaissent pas forcément nos têtes » (Les Echos Start, 2023). C'est ainsi que le *bed*

manager se décrit lui-même dans la presse, comme contrôleur de la navigation hospitalière pas toujours connu des pilotes qu'il guide.

Au cœur de la gestion des lits, se trouve nécessairement une ou des figures humaines qui l'ont à leur charge. Afin de simplifier l'approche, il s'agit de regrouper leurs fonctions par le terme générique de *bed manager*. Qu'il soit seul, en équipe, ou dans une situation de supériorité hiérarchique vis-à-vis d'une équipe, ses fonctions sont, globalement, analogues. De manière générique, 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* » (Sénat, 2017). Ainsi, le (ou les) *bed managers* sont les seuls professionnels de l'hôpital à être exclusivement dédiés à la gestion des lits. Quel que soit le périmètre de leurs missions, ceux-ci ont pour résumer une mission de coordination et de fluidification des parcours au sein de l'établissement, du site, ou du GHT. Cela prouve la prépondérance, malgré les outils numériques utilisés par les cellules, de la dimension humaine dans la gestion des lits au sein d'un hôpital. En effet, le *bed management*, quel que soit l'établissement, est incarné par une ou plusieurs personnes chargées de faire passer les messages au sein des services et de négocier lorsque cela est nécessaire. Cela a d'ailleurs été mentionné par la responsable de la cellule du CH de H., lors de l'entretien accordé en juillet 2022, selon laquelle « *tout ce qu'on fait avec les outils numériques, finalement, on pourrait le faire nous-mêmes, même si ce serait sans doute plus long. Tous ces écrans, même s'ils sont impressionnants, ne sont pas indispensables* ». La dimension humaine reste donc la plus importante dans le fonctionnement des dispositifs de gestion des lits, qui demandent un dialogue continu avec les services, selon certains *bed managers*.

Deux éléments principaux peuvent toutefois distinguer les établissements de santé dans le choix du (ou des) *bed manager(s)* : le dimensionnement RH, et les profils sélectionnés. Premièrement, le dimensionnement RH peut être très différent suivant les modalités organisationnelles choisies.



Le graphique ci-dessus révèle d'importantes disparités entre les cellules dans le nombre de *bed managers*. En effet, 4 établissements parmi ceux interrogés ne disposent que d'un professionnel dédié à la gestion des lits, tandis que deux d'entre eux présentent des organisations comprenant plus de 15 gestionnaires de lits (29 pour l'un et 34 pour l'autre). Élément surprenant cependant, il apparaît que le dimensionnement RH choisi ne soit pas systématiquement corrélé à la taille de l'établissement et au nombre de lits dont il dispose. Si les deux établissements qui disposent de plus de 15 gestionnaires de lits sont bien des CHU, l'un des établissements n'en disposant que d'un est également un CHU, et l'autre est un CH intercommunal multi-sites dont la cellule est positionnée au niveau de l'établissement et non uniquement d'un site.

Secondement, l'autre élément de différenciation concerne les profils des *bed managers*. Si la plupart (10) des établissements répondants ont fait le choix de ne regrouper que des profils soignants, les autres ont fait le choix d'une équipe pluriprofessionnelle voire uniquement administrative pour l'un d'entre eux. Cela démontre un élément important, c'est qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus concernant les profils les plus adaptés à la gestion des lits. Néanmoins, parmi les entretiens réalisés, deux points saillants sont remontés. D'une part, l'importance des profils soignants dans la compréhension des décisions médicales et des pathologies mais aussi dans le dialogue avec les services. D'autre part, le doute quant à la nécessité de n'avoir que des profils soignants lorsqu'il s'agit de réaliser de la programmation d'hospitalisation ou de transports, ou bien toute autre tâche principalement administrative.

Ainsi, même au niveau de l'impondérable qu'est le *bed manager* dans la gestion des lits, il existe des disparités entre cellules. De ce fait, il peut en être déduit que, à l'heure actuelle où une partie des cellules sont encore récentes, les organisations restent tâtonnantes et en proie à l'évolution.

Les dispositifs de *bed management* totalement institutionnalisés et faisant partie du quotidien de l'ensemble de l'établissement voire du territoire sont encore rares. A ce stade, la question qui reste en suspens est de savoir quels sont les déterminants qui conduisent à une organisation et une activité adaptées aux besoins des parcours patients. Concrètement, s'il existe des modalités d'évaluation ou une formule idoine pouvant être consacrée.

3 Face à la diversité des réalités que peut recouper le *bed management*, il convient d'en proposer une lecture critique afin d'identifier dans quelle mesure il peut constituer réellement un outil d'amélioration du parcours patient

Bien qu'il vise en substance le même but, les formes prises par le *bed management* sont plurielles. Cependant, il n'est pas impossible de dégager des facteurs de réussite et des modalités d'évaluation dans son fonctionnement (3.1). De fait, une telle analyse souligne l'importance de la dimension institutionnelle et de l'intégration du *bed management* dans une démarche plus large, afin qu'il bénéficie réellement au parcours patient (3.2).

3.1 Malgré les multiples formes que peut prendre le *bed management*, des facteurs de réussite et des modalités d'évaluation peuvent être construits

Afin de disposer d'un regard critique sur les modèles de cellules de *bed management*, il est possible, d'une part, d'identifier des facteurs de réussite et des éléments de blocage à partir du panel d'établissements interrogés (3.1.1) et, d'autre part, de s'intéresser aux modalités d'évaluation développées par certaines structures (3.1.2).

3.1.1 Les cas analysés au cours de l'enquête permettent de mettre en avant tant des éléments de blocage que des facteurs de réussite

Pour identifier les facteurs de réussite et les éléments de blocage des cellules des établissements ayant répondu à l'enquête, il convient de prendre comme point de repère la perception de leur utilité par les services et leur capacité à résoudre les situations sur lesquelles elles ont été missionnées. Ainsi, les facteurs de réussite sont inventoriés parmi les établissements au sein desquels ces conditions sont remplies et les sources de blocage parmi ceux pour lesquels elles ne le sont pas ou partiellement.

Les facteurs saillants de réussite : des organisations formalisées comprenant un paramètre d'action, des partenariats et des horaires de fonctionnement suffisamment larges

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête qui leur avait été transmise, dix d'entre eux avaient mentionné un bon fonctionnement de leur cellule en raison d'un rapport facilitant avec les services et d'une aide perçue comme effective.

Ces cellules ont, premièrement, la particularité de présenter des organisations plutôt bien formalisées et développées voire, pour certaines, particulièrement « innovantes ». En interrogeant les gestionnaires de ces cellules, un élément apparaît qui les distingue sensiblement des autres, le temps accordé en amont à la conduite du changement. Au CHU de N. notamment, au moment de la décision de mener un tel projet dès 2015 dans le but de réduire les taux d'occupation et de rétablir une situation financière difficile, des moyens très importants ont été mobilisés. Le travail de conduite du changement s'est effectué au travers de nombreuses formations et de réunions pédagogiques concernant l'intérêt du dispositif. Egalement de nouvelles fonctions professionnelles ont été créées au travers du métier décrit comme « IDE de parcours », en charge de la programmation dès la consultation. En parallèle, les professionnels de l'établissement ont été engagés au sein d'une réflexion globale sur le parcours patient en tenant compte de la file active dans le cadre de la réduction souhaitée du capacitaire. Dès cet instant également, des moyens ont été dévolus au développement d'un outil SI permettant de réaliser la gestion des lits. Ainsi, à l'heure actuelle, le système est suffisamment intégré au fonctionnement conventionnel de l'établissement pour que l'ensemble des services en perçoivent l'intérêt, voire, ne plus avoir à recourir aux impositions. En effet, les orientations proposées par les *bed managers* disposent d'une légitimité et d'une disponibilité suffisantes pour les éviter.

Deuxièmement, les cellules qui semblent fonctionner sont principalement celles qui disposent d'un périmètre d'action suffisamment large, comprenant également des liens développés avec les différentes fonctions de l'établissement (transports, service social, autres sites) et des établissements extérieurs mobilisables notamment dans le cadre de la recherche d'aval (SSR, USLD, Ehpad, HAD, SSIAD/SPASAD). Dès lors que les cellules disposent d'une action suffisamment large, cela permet d'augmenter les effets positifs perçus par les services. A titre d'exemple, au Centre hospitalier intercommunal de V., les services se disent satisfaits de l'aide apportée par la cellule en ce que la démarche partenariale a été suffisamment aboutie. Egalement, au CHU de B., la cellule parvient à désengorger des urgences très affluentes (250 passages par jour en moyenne) grâce aux liens entretenus avec les établissements alentours qui permettent d'en assurer l'aval et de

décharger les professionnels sur ce point sensible. Cela, d'autant que la cellule dispose de missions multiples : placement depuis les urgences, transferts entre services, recherche d'aval et transports sanitaires.

Enfin, le dernier élément qui permette de bénéficier d'une cellule suffisamment bien perçue pour qu'elle soit intégrée efficacement au paysage hospitalier concerne sa disponibilité. En effet, certains établissements dont la cellule semble fonctionner de façon satisfaisante, à l'instar du CH de D., mentionnent une gestion efficace tous les jours ouvrés avec des relais permis en week-end et jours fériés afin d'assurer le *bed management* en continu. L'avantage de cette disponibilité réside en deux points. D'une part, la capacité de la cellule à résoudre les situations et à s'imposer en interlocuteur utile pour les professionnels lorsqu'ils en ressentent la nécessité. D'autre part, l'intégration de la cellule aux soins, qui lui octroie une légitimité supplémentaire. *A contrario*, une cellule aux horaires correspondants à une fonction administrative éloigne celle-ci des services de soins et en fait un organe perçu comme éloigné voire déconnecté des soins, ce qui peut le rendre inaudible.

Les éléments de blocage perceptibles : une conduite du changement incomplète et insuffisamment institutionnalisée couplée, bien souvent, d'un sous-dimensionnement RH

Une partie des établissements interrogés mentionnaient disposer d'une cellule de *bed management* mal perçue ou inefficace (quatre d'entre eux), et partiellement bien intégrée ou efficace (pour cinq d'entre eux).

Pour comprendre les difficultés de fonctionnement il s'agit de s'intéresser au portage de projet et son application. Les termes qui reviennent souvent pour décrire l'action des cellules qui connaissent des obstacles sont « insuffisamment approfondie » voire, tout simplement, « insuffisante ». Dès lors, peuvent être intégrées à ce groupe de cellules celles qui mentionnent un positionnement inadéquat des *bed managers* au sein de l'établissement. Bien souvent, ces cellules ont une place insuffisamment identifiée ce qui rend plus complexe la légitimation de leur action et de leurs résultats. Il peut également arriver que l'objectif fixé à la cellule soit disproportionné vis-à-vis des moyens qui ont été dévolus à son déploiement. C'est par exemple le cas du CH de A. dont le but donné est celui de réduire la DMS, sans que l'ensemble de l'établissement n'ait été inclus dans une réflexion globale à ce sujet. De ce fait, la cellule prend à sa charge une mission globale qui devrait être portée au niveau institutionnel sans que l'ensemble des services ne soient directement concernés

par l'enjeu au moins dans le discours officiel de l'établissement. Le CH de M. également ne dispose à l'heure actuelle que d'une cellule aux missions presque uniquement réduite à la gestion des *bed blockers*. Bien que cette dernière devienne un incontournable des sujets dont les hôpitaux doivent se saisir, il est difficile de concevoir une cellule dont l'action soit principalement hebdomadaire et surspécialisée. Même si certains des sujets évoqués sont liés au caractère récent des cellules, il est possible d'identifier, au regard de leur champ d'action, des cellules créées *ad hoc* sur des sujets précis sans être englobées dans une stratégie d'établissement plus large. De ce fait, l'action des cellules dans certains des établissements de santé reste mal connue ce qui conduit les services à s'en saisir plus difficilement et de n'en comprendre les enjeux que d'une façon partielle.

Un autre élément central pouvant être à la source de difficultés dans le fonctionnement des cellules de *bed management* concerne le dimensionnement RH qui, bien souvent dans les cas complexes, est insuffisant. Le panel des établissements interrogés fait apparaître un point surprenant, l'absence de corrélation entre le nombre de *bed managers* recrutés sur ces missions et le capacitaire de l'établissement. Ainsi, des établissements de plus de 1 000 lits se retrouvent parfois avec une gestion des lits assurée par 3 à 6 *bed managers* tandis que d'autres établissements d'un capacitaire similaire bénéficieront d'un service de *bed management* de plus de 7 personnes. Exemple parlant, le CHU de C., qui détient près de 2 000 lits, ne dispose que d'un seul *bed manager*. Dès lors, le professionnel dédié à cette fonction fait part de difficultés dans la réalisation de ses missions. Afin de réaliser les négociations nécessaires à la réalisation de ses objectifs principalement centrés sur la recherche d'aval, celui-ci doit se déplacer au sein de l'établissement. Or, étant en situation de reclassement pour incapacité physique, celui-ci se trouve parfois en peine lorsqu'il s'agit de se déplacer dans des services avec, de surcroît, un accueil réticent. Le CH de V. également mentionne des insatisfactions ressenties au sein des services, en partie expliquées par le sous-dimensionnement des équipes. Seulement deux professionnels sont dédiés au *bed management* pour un capacitaire de près de 900 lits. A l'heure actuelle, la cellule n'est pas en capacité d'absorber des fonctions plus importantes et de répondre aux sollicitations des services de façon satisfaisante. Des équipes si peu dimensionnées ne permettent pas, de surcroît, d'instaurer une rotation suffisante pour répondre aux demandes sur des plages horaires élargies.

3.1.2 Certaines structures développent des techniques d'évaluation du fonctionnement et des bénéfices des dispositifs de *bed management*

Afin d'aller plus loin dans les analyses précédemment énoncées, il s'agit de s'intéresser, en plus de leur bonne intégration au sein des établissements, aux techniques possibles d'évaluation de l'efficacité des cellules de *bed management* qui ont pu être développées, d'une part au niveau des Observatoires régionaux des urgences (ORU) et, d'autre part, au travers d'indicateurs.

L'ORU Occitanie a développé une « matrice d'évaluation » concernant la maturité des cellules territoriales de gestion des lits demandées par la DGOS

Les ORU, au nombre de treize actuellement en France, sont des entités chargées de la collecte, de l'analyse et du partage des données en rapport avec les urgences et les soins de premier recours. Il s'agit d'un partenaire privilégié de la DGOS et des ARS dans la mise en œuvre des politiques de santé publique sur le domaine des urgences. C'est pourquoi, poussée notamment par la mise en œuvre de la mesure 12 du Pacte de refondation des urgences dont l'objectif est de « Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées » (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Parmi les réalisations concrètes que cette mesure souhaite favoriser se trouve la création de cellules de gestion des lits dans tous les GHT.

Afin de mesurer l'état d'avancement de ce dispositif, l'ORU Occitanie a développé un questionnaire envoyé aux établissements membres de ses GHT afin d'estimer, en premier lieu, l'organisation des cellules au sein de chaque hôpital. Ainsi, cela permet d'évaluer la maturité de développement des dispositifs des établissements, l'opérationnalité de chaque cellule étant jugée comme nécessaire au fonctionnement d'une cellule qui serait placée au niveau territorial. Le questionnaire, disponible en Annexe (Annexe IV), comprend six thématiques :

- La Fonction de *bed manager* (7 questions) ;
- Le Pilotage (5 questions) ;
- Les Outils (3 questions) ;
- Les Leviers internes (6 questions) ;
- Les Leviers d'organisation des parcours (6 questions) ;
- Et, enfin, les Procédures (9 questions).

A noter également que certaines questions de l'enquête sont surpondérées dans l'analyse des résultats en raison de leur importance spécifique par rapport aux autres items.

Il s'agit de : l'existence d'une fonction de *bed management*, l'existence d'une instance de gestion des admissions non programmées, l'existence d'un outil de visualisation de la disponibilité des lits sur l'établissement et l'utilisation du Besoin Journalier Minimal en Lit (BJML). A partir de ces questions auxquelles les établissements peuvent répondre en ligne, l'outil affiche un score global, ainsi qu'un score par thématique, en pourcentage. Les établissements qui parviennent à obtenir un score élevé sont ainsi ceux qui disposent d'une fonction de *bed manager* dédié incluant une visualisation des lits actualisée et utilisée, ce qui révèle à la fois l'importance du poids institutionnel et des outils SI. Néanmoins, un autre élément est mis en avant et n'apparaît que très peu dans les entretiens réalisés avec les *bed managers*, le BJML. Cet indicateur, qui est notamment mentionné au sein de la circulaire n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 comme outil à diffuser et à utiliser au sein des cellules, permet de calculer le nombre de lits qu'il faudrait réserver au sein des services d'hospitalisation chaque jour afin de couvrir les besoins en hospitalisation depuis les urgences. Selon le professeur Louis Soulat (Sénat, 2022, :229), « *il faut organiser l'aval des urgences, avec des cellules de gestion des lits structurées à l'échelon territorial, fonctionnant 24 heures sur 24. On peut définir le besoin journalier minimum en lits (BJML). Nous savons qu'il y a des périodes de tensions reproductibles, donc prévisibles chaque année* ».

Aussi, au-delà de l'information que cela octroie aux ORU qui sont chargées d'étudier les statistiques concernant les soins d'urgence, cette évaluation permet aux établissements de se positionner vis-à-vis des attentes des pouvoirs publics concernant le *bed management*. C'est pourquoi, en plus de l'ORU Occitanie, d'autres ORU ou équivalents régionaux ont demandé à l'ORU Occitanie la possibilité de l'exploiter, comme rapporté dans un entretien du 2 juin par la présidente de l'ORU Occitanie. Aussi, cette évaluation pourrait être rapidement nationalisée au regard de son utilisation croissante, même au niveau des ARS qui s'en servent pour évaluer la mise en œuvre des appels à projet en rapport avec le *bed management*.

Cette matrice peut être complétée d'indicateurs d'évaluation proposés par la DGOS et les ARS concernant l'impact concret des cellules de *bed management* sur l'établissement et les parcours patients

La DGOS et les ARS, dans la mise en œuvre souhaitée du *bed management*, identifient des indicateurs qui permettent d'évaluer les dispositifs et doivent, réglementairement, être mis en œuvre comme expliqué en partie 1 (1.2.1). Au-delà de la maturité des dispositifs qui était le principal objet de l'évaluation développée par l'ORU

Occitanie, les indicateurs sélectionnés s'intéressent aux effets concrets du *bed management* sur des éléments en lien avec le parcours patient au sein de l'hôpital.

Dans un document destiné à l'aide des établissements de santé dans la gestion des lits, la DGOS (2016) propose trois indicateurs d'impact pour mesurer ses effets. Le premier est l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IPDMS) qui consiste en la comparaison entre le nombre de journées MCO en hospitalisation complète et le nombre de journée théoriques qu'un établissement est censé réaliser à activité identique. L'objectif est de mesurer le rapprochement des établissements avec les critères d'efficience. Si l'IPDMS est supérieur à 1, cela signifie que les durées de séjour sont, dans l'établissement concerné, plus longues que pour la moyenne des établissements. La valeur ciblée par la DGOS en termes de performance est de 0.94. Le second indicateur est le taux d'occupation des lits, qui est fixé à 95% en médecine et chirurgie, 85% en obstétrique. Enfin, le troisième indicateur est le taux de rotation des places ambulatoires. Il s'agit donc de trois indicateurs du fonctionnement des établissements sur lesquels les cellules de *bed management* peuvent agir. En effet, une gestion prévisionnelle des lits et une gestion des séjours complexes alliées aux procédures de placement des patients peuvent améliorer l'IPDMS. Egalement, les taux d'occupation et de rotation sont en lien avec le bon placement des patients et la capacité à gérer les flux et les parcours, ce qui améliore tant les capacités de l'établissement que le confort des patients.

Par ailleurs, afin d'évaluer les projets de cellules de *bed management*, les ARS compilent des indicateurs et notamment ceux proposés par l'Anap, afin d'estimer les impacts sur les parcours patients. A titre d'exemple, l'ARS PACA, comme expliqué lors d'un entretien du 25 mai 2023, propose cinq indicateurs d'impact et de pilotage centrés sur les avantages présentés pour le patient :

- Le nombre de patients ayant passé la nuit sur un brancard aux urgences en attente d'une hospitalisation ;
- Le délai de mise à disposition des chambres après la sortie précédente ;
- Le taux d'admissions directes par spécialité ;
- Le taux d'occupation par service ;
- Le taux de réhospitalisation à 48h.

A l'heure actuelle néanmoins, rares sont les cellules qui ont intégré assez de périmètres et disposent d'un suivi des données qui inclue l'ensemble de ces indicateurs. Il s'agit pourtant d'indicateurs clés dans la compréhension des impacts sur le parcours patient. Le nombre de patients ayant passé la nuit sur un brancard aux urgences en attente d'hospitalisation ou le délai de mise à disposition des chambres après la sortie d'un patient en sont de bons exemples. En effet, il est connu à l'heure actuelle que le fait, pour un patient

âgé notamment, de patienter trop de temps de façon inadaptée aux urgences présente des effets iatrogènes qui perdureront, donc, dans le temps. Or, une gestion optimisée des lits permet de réduire ces durées si le suivi le permet, notamment au niveau SI.

De fait, les indicateurs proposés par les pouvoirs publics, en complément de l'indice de maturité développé par l'ORU Occitanie, sont des éléments qui permettent un suivi actif et porteur des cellules de *bed management* et de l'atteinte de leurs objectifs, dont l'amélioration du parcours patient.

3.2 Afin de faire du *bed management* un outil d'amélioration du parcours patient, il apparaît essentiel de lui apporter le soutien institutionnel nécessaire et de l'insérer, à terme, au sein d'une stratégie plus large

Si le *bed management* peut, en tout état de cause, se poser en outil d'amélioration du parcours patient, cela dépend non seulement de la conduite de projet dont le directeur d'hôpital est un acteur clé (3.2.1) mais également de la prise en compte du parcours patient dans un contexte plus large qui dépasse tant la cellule que le seul établissement de santé (3.2.2).

3.2.1 La conduite de projet apparaît comme un élément clé auquel les directeurs d'hôpital doivent apporter une attention particulière pour réussir le déploiement d'une cellule de *bed management*

Comme démontré précédemment (3.1.1), la conduite de projet est un élément essentiel dans la réussite du déploiement d'une cellule de *bed management*. Pour cela, les directeurs d'hôpital, lorsqu'il s'agit de créer ou de développer une telle activité détiennent un rôle déterminant et peuvent, pour atteindre leurs objectifs, s'inspirer notamment des aides de l'Anap. En effet, l'Anap (2016, 2016, 2022) propose des pistes de réussite de nature à constituer une « boîte à outil » dont ils peuvent se saisir.

L'appui et l'aspect institutionnels des dispositifs de *bed management* étant des facteurs prépondérants de leur réussite, les directeurs d'hôpital, toujours à l'origine de leur mise en œuvre, devraient se départir d'une méthode de conduite de projet, en ciblant les éléments-clés. Trois éléments principaux peuvent être étayés : la compréhension de leur

intérêt à agir par les acteurs ; les valeurs portées par la cellule et son positionnement au sein de l'établissement ; le suivi de l'activité de la cellule et la capacité à communiquer à son propos.

Premièrement, l'un des éléments les plus délicats dans l'instauration d'une cellule de *bed management* et d'une fonction de gestion des lits concerne la compréhension de leur intérêt à agir pour leur bon fonctionnement par les acteurs hospitaliers, que ce soient les professionnels médicaux, paramédicaux ou administratifs. Bien qu'ils ne participent pas en ligne directe au processus de gestion des lits, les éléments nécessaires au bon fonctionnement des cellules demandent un changement d'une partie de leurs pratiques et un échange quotidien avec les professionnels qui les composent. De ce fait, pour que le dispositif soit efficace et opérant, il est nécessaire que les acteurs avec lesquels les cellules dialoguent perçoivent l'intérêt de ce travail. Au sein des entretiens, il s'agit d'un élément souvent mentionné. A titre d'exemple, les agents en charge de la cellule relataient une question qui leur était souvent posée par les services concernant leur action dans la gestion de lits : « *pourquoi est-ce que je vous écouterais ?* » (entretien du 7 juillet 2023). En ce sens le tableau des intérêts à agir présent au sein du guide de l'Anap et proposé en annexe (V) est un élément de dialogue et de médiation dans la conduite du changement. Il présente les intérêts que détiennent les acteurs à l'optimisation dans la gestion des lits. Pour le personnel médical et soignant, trois axes principaux sont mis en avant et peuvent être repris par les directeurs d'hôpital dans le processus de conduite du changement : organisationnel (diminution du temps consacré à la recherche de lits et décroisement des services), les conditions de travail (diminution des périodes de tension, recentrage sur le cœur de métier) et la satisfaction patient (diminution des temps d'attente, amélioration des conditions de d'accueil et de soins).

Deuxièmement, le portage de projet doit insister sur les valeurs portées par la cellule et son positionnement au sein de l'établissement. Pour cela, le directeur d'hôpital, ce qui comprend également les directeurs adjoints et, en premier lieu, le directeur en charge du projet, dispose d'un rôle central. En effet, il est l'acteur en capacité de donner une direction et de l'affirmer, notamment auprès des instances. Afin que les communications en leur sein portent leurs fruits, il est essentiel que les valeurs portées par le projet soient claires : amélioration du service public et du parcours patient, ainsi que des conditions de travail pour reprendre les éléments présentés dans le paragraphe précédent, par exemple. Le cadrage du projet doit donc s'exprimer clairement, ce qui comprend : les objectifs, le périmètre d'action et le positionnement de la cellule. Tous les acteurs doivent ainsi être informés du déploiement : Directoire, CME, Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT), Comité social d'établissement (CSE) et ses

formations spécialisées, ou encore bureaux de pôles, lorsqu'ils existent pour ces derniers. Comme le souligne l'Anap (2015), il est essentiel d'impliquer les bons acteurs au bon moment et de la bonne manière, notamment en proposant un accompagnement des acteurs au changement des habitudes sur le terrain. Cela peut consister par exemple en des formations et des réunions de discussion spécifiques à chaque fonction ou domaine, afin de prendre en compte les cultures locales et de les inclure sans les occulter. Il est ainsi essentiel d'apporter le soutien nécessaire à la cellule et à ses acteurs au travers d'une gouvernance marquée et solidaire de la gestion de lits.

Troisièmement, le suivi de l'activité de la cellule et la capacité à communiquer à son propos doivent être assurés dès sa création tout en s'adaptant aux évolutions de son action. Si des réticences persistent après sa mise en œuvre, et c'est souvent le cas comme l'ont souligné les entretiens et enquêtes réalisées auprès des cellules, il apparaît incontournable de réaliser des communications régulières à propos des résultats et réussites du *bed management*. Pour ce faire, les directeurs d'hôpital en lien avec les référents des cellules et *bed managers*, peuvent s'appuyer sur les indicateurs et outils d'évaluation présentés dans la sous-partie précédente (3.1.2). Cela demande cependant à la cellule de réaliser des suivis d'activité constants qui peuvent demander du temps de travail à ses membres, mais devient un gage de confiance dans la relation entretenue avec les professionnels hospitaliers. Par exemple, la CCPP du GHN des HCL a, au départ, largement communiqué sur les indicateurs de placement des patients suite à sa mise en place dans un contexte de crise COVID, le suivi des indicateurs a ralenti à mesure que son activité s'est normalisée. Or, un tel suivi de l'activité peut également s'avérer utile lorsque les périmètres de la cellule sont modifiés, par exemple. Par ce biais, même une absence de portage de projet solide et clair sur les missions de la cellule au début de sa mise en place en raison d'un contexte spécifique peut ne pas devenir un élément bloquant pour son fonctionnement pérenne. En témoignent les exemples de déploiement durant la crise sanitaire (CCPP du GHN des HCL, CHI de V., CH de H.) qui ont supposé une réévaluation du périmètre d'action des cellules après la fin de la période COVID. Afin de faciliter ce travail, le directeur peut guider les *bed managers* dans la réalisation de documents types réutilisables et faciliter cette formalisation en leur attribuant les moyens et outils nécessaires.

Ainsi, le directeur d'hôpital, à l'origine des projets de *bed management* et ce, de manière légitime en raison de son caractère institutionnel, dispose d'un rôle à jouer dans la fortification de l'installation et du fonctionnement des cellules.

3.2.2 Aussi, le parcours patient mérite l'intégration d'actions qui dépassent le cadre des seules cellules voire des seuls établissements publics de santé

Pour aller plus loin dans la réflexion, il s'agit de prendre en considération les éléments de réussite dans l'instauration de cellules de *bed management* qui dépassent le seul cadre de leur action au sein de l'hôpital, dans une logique de politique publique.

Au niveau de l'établissement, il apparaît essentiel d'intégrer l'ensemble des fonctions qui ont un impact sur le parcours patient à la réflexion et aux actions entreprises

Les guides de l'Anap (2015, 2016) mettent en avant certains des éléments qui peuvent avoir un impact négatif sur le parcours patient ainsi que leurs origines. L'une des étapes essentielles du parcours patient et se trouve particulièrement imbriquée avec les problématiques de gestion des lits est la sortie des patients en hospitalisation et, plus spécifiquement, les retards de sortie.

Pour l'étudier, l'Anap (2015) propose un outil, l'arbre des causes d'Ishikawa élaboré par BD Antares consulting, à retrouver dans les annexes (Annexe VI). Cet arbre a pour objectif de « *rechercher et présenter les causes d'un problème existant* », pour reprendre les termes utilisés par l'Anap (2015). Cela prend la forme d'une flèche pointant un problème à résoudre, et s'alimente de flèches autour de la ligne et la pointant qui présentent les différentes causes du problème et l'importance de leur poids, en pourcentage. Concernant l'exemple pris par le document, les journées d'hospitalisation non justifiées en raison d'un retard de sortie du patient, six thématiques à l'origine du problème sont identifiées : l'informatique, les organisations de l'institution, le contexte social, la vision institutionnelle, les sujets en rapport avec les professionnels médicaux et ceux en rapport avec le patient. Après analyse des éléments qui y sont indiqués, il en ressort que seulement 35% des causes de retard dans la sortie d'hospitalisation du patient relèvent du périmètre d'action potentiel des cellules de *bed management* au regard des missions qui leur sont imputées dans le panel interrogé. Ce sont les suivantes :

- Parmi les raisons informatiques : l'absence de module de gestion des lits avec une vision globale partagée de tous les acteurs, qui se trouve au cœur des missions de *bed management* ;
- Parmi les raisons en rapport avec l'organisation de l'institution : la logistique des lits et notamment les questions de nettoyage. Pour cet item, bien que le suivi du nettoyage ne soit pas nécessairement à l'heure actuelle au cœur des missions des *bed managers*, certaines des cellules l'ont intégrées au moyen du module

SI utilisé. C'est le cas de la cellule du CH de H. qui utilise le logiciel M-Visibilité de *Maincare*. En effet, celui-ci permet d'avoir une vision sur les chambres en attente de nettoyage à la sortie du patient. Dans la logique organisationnelle choisie, le cadre de santé en responsabilité de la cellule est également l'encadrant du service de bionettoyage. De cette façon, les sources de blocage des lits sont traitées au sein d'un même espace ce qui permet de régler les problématiques avec plus de facilités.

- Parmi les raisons en rapport avec la vision institutionnelle : la méconnaissance des problématiques de journées justifiées par le corps médical. Il s'agit d'un module qui peut être intégré aux problématiques des cellules en raison du dialogue qu'elles permettent d'instaurer et de normaliser ;
- Parmi les raisons en rapport avec les professionnels médicaux :
 - o Le recours à l'ambulatoire non systématique, qui peut être repéré par les cellules lorsqu'elles effectuent des actions de programmation ou de placement, ce qui permet de donner une alerte et de rectifier les usages,
 - o Le refus de transfert de patients vers les soins palliatifs car les cellules peuvent, grâce à des protocoles établis avec les services, effectuer des « impositions », c'est-à-dire imposer que certains patients aillent dans certains services ou, encore une fois, alerter en cas de difficultés spécifiques sur un secteur.

Restent donc 65% de causes qui excluent les missions actuellement dévolues aux cellules, dont : l'absence d'outil informatique facilitant la sortie du résumé de séjour par le médecin, un processus peu fiable d'utilisation du résumé de séjour, l'inefficience des jours d'hospitalisation le week-end, ou encore les questions liées à des problématiques sociales bien que les cellules entretiennent, comme vu dans la partie précédente, des liens privilégiés avec le service social de l'hôpital au sein duquel elles exercent.

Ainsi, malgré le caractère théorique de ce schéma, son interprétation par le prisme des missions des cellules constitue un élément de démonstration pour affirmer qu'elles sont un outil d'amélioration du parcours patient, qui ne peuvent toutefois pas agir seules. L'arbre des causes d'Ishikawa ou autres outils d'analyse des causes d'un dysfonctionnement sont donc des outils dont les établissements peuvent se saisir afin de résoudre des difficultés liées à la gestion des lits. Sur ce point-là encore, le directeur d'hôpital peut jouer un rôle moteur en prévoyant des réflexions à ce sujet tout en axant l'intérêt à agir sur le bien-être du patient et l'amélioration des conditions de travail, afin de fédérer les équipes autour de ces sujets. D'autres problématiques pourraient ainsi être analysées sous ce prisme : retard dans le bionettoyage, difficultés dans les transferts dans certains services, par exemple.

Au-delà du seul cadre de l'établissement, le parcours patient demande une mise en relation plus large de ses leviers d'amélioration

Pour aller plus loin dans l'analyse des parcours patients en lien avec la gestion des lits, il est profitable de prendre un prisme plus large, au-delà du seul hôpital, pour comprendre les difficultés de prise en charge des patients connues à l'heure actuelle.

L'hôpital n'a « *pas vocation à être un lieu vers lequel convergerait par défaut tout ce qui n'a pas trouvé ailleurs de réponse organisée* », comme le souligne le HCAAM dans un rapport de 2022. Le parcours patient doit ainsi être imaginé dans un cadre plus large, y compris pour ce qui concerne les passages en établissement public de santé. L'hôpital n'est en effet qu'un des maillons de la chaîne du système de santé et qu'une étape dans le parcours de soins. Les tensions sur les lits d'hospitalisation et la pénurie soignante peuvent en ce sens être perçues comme une opportunité dans la recherche de nouveaux modèles, à condition que le parcours patient reste l'objectif final de ces mesures. Dans l'idéal donc, « *cela devrait conduire à des séjours moins nombreux, moins longs ou moins répétés, et moins souvent provoqués par une situation d'urgence* » encore selon le HCAAM (2020).

A ce sujet, plusieurs rapports officiels se sont penchés sur des questions d'évolution du système de santé qui pourraient améliorer la fluidité des parcours patients dont le passage à l'hôpital. Au premier rang desquelles, le renforcement des liens entre les établissements de santé et la médecine de ville, qui sera l'objet des recommandations présentées ici.

- Concernant le financement du système de santé, le HCAAM proposait en 2012 « *des tarifications incitant à un travail soignant plus transversal entre l'hôpital, les soins de ville et le médico-social, appuyé sur des formes d'exercice pluriappartenantes et pluriprofessionnelles* ». Si, dans le système de tarification à l'acte (T2A), une telle évolution semble complexe et pas nécessairement incitative au regard du relatif désintéressement des gestionnaires de lits vis-à-vis de ces questions. Toutefois, de telles orientations pourront être réévaluées à l'aune de la réforme à venir du mode de financement des hôpitaux.
- Concernant la coordination entre la médecine d'urgence hospitalière, qui est, à l'heure actuelle, une porte d'entrée abondante dans le système hospitalier, le Sénat (2017) propose de faciliter les prises en charge non programmées en dehors des services d'urgence et donc, améliorer les admissions directes. S'il s'agit d'une des missions attribuées aux cellules de *bed management* favorisées par la DGOS, celles-ci ne peuvent agir sans l'aide de la médecine de ville. Pour cela, le Sénat

recommande notamment d'encourager « *la conclusion de protocoles de réadressage entre les structures* » (Proposition n° 15).

- Une recommandation plus récente du Sénat (2022) sur un sujet similaire concerne la fluidification du système de soins pour un juste recours à l'hôpital. A ce sujet, il est proposé de « *soulager les services d'urgence par une meilleure collaboration avec les professionnels de ville, par le biais de structures conjointes et par un adressage facilité aux services compétents via les cellules de coordination ville-hôpital* ». Pour cela, il s'agit de créer des cellules de coordination entre la ville et l'hôpital qui soient opérantes, en incitant d'autant plus les acteurs de la ville à se lier à ces systèmes, dans une logique de responsabilité concernant la santé populationnelle.

Ces recommandations, qui ne sont qu'un échantillon de ce qui peut être proposé par les acteurs institutionnels, démontrent que les cellules de *bed management* ne peuvent régler, à elles seules, les problématiques d'efficience dans l'amélioration du parcours patient. Ces problématiques seront d'autant plus nécessaires à régler que l'hôpital devra faire face aux enjeux tels que les conséquences de la crise sanitaire sur la santé de la population, les parcours sociaux complexes et le vieillissement de la population. En effet, ces situations demandent d'autant plus de relais ville-hôpital que la demande de soins peut augmenter, notamment vis-à-vis des personnes âgées et améliorer les prises en charge en réduisant les hospitalisations évitables. C'est notamment ce qu'explique l'instruction N° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

Ainsi, il s'agit de favoriser les coopérations, ce qui peut être également motivé par les directeurs d'établissements, en effectuant un rapprochement avec les structures de ville alentours. Notamment, des rencontres « ville-hôpital » peuvent être effectuées à l'initiative des établissements de santé afin de faire ressentir les bénéfices réciproques de telles initiatives et rapprocher les acteurs. Si cela apparaît comme un chantier important pour le système de santé, certaines actions locales sont de nature à le favoriser et à améliorer le parcours patient, en appui aux cellules de *bed management*.

Conclusion

Ces dernières années, les cellules de *bed management* se sont développées dans le paysage hospitalier. A la genèse de leur constitution, des crises successives qui ont réduit la faculté des établissements de santé à absorber le flux de patients vis-à-vis de leur capacitaire. De ce fait, les acteurs de la santé et, notamment, les acteurs institutionnels, ont incité à la mise en place de systèmes d'optimisation de la gestion des lits au sein des hôpitaux. Ces outils doivent en effet faciliter le placement des patients, notamment depuis les urgences, et fluidifier leurs parcours au travers de règles d'hospitalisation, de discussions avec les services de soins et d'aides à la programmation. Ces missions sont d'autant plus essentielles que les enjeux auxquels devront faire face les établissements se multiplient : conséquences de la crise sanitaire sur la santé de la population, situations sociales complexes et vieillissement de la population en sont des exemples majeurs. Dans un tel contexte, les cellules de *bed management* peuvent avoir un impact non négligeable sur le parcours patient.

Toutefois, les cellules de *bed management*, parfois mises en place dans l'urgence et dans des contextes spécifiques, ne répondent pas toutes aux mêmes logiques et peuvent prendre des formes multiples suivant les cultures locales et les contraintes de terrain. A titre d'étude de cas, la CCPP du GHN des HCL est un exemple de cellule mise en œuvre dans un besoin pressant de gestion des parcours des patients COVID lors de la crise sanitaire, en 2020. Il s'agit par ailleurs d'une illustration édifiante concernant un modèle qui a su se pérenniser et élargir ses missions afin de constituer une aide pour les services et notamment le SAU. Pourtant, à partir d'un panel de 19 cellules dont le fonctionnement a pu être comparé, celles-ci présentent des dimensionnements et périmètres d'actions larges et parfois éloignés les uns des autres. Cela, sans que ces choix soient nécessairement en relation avec les capacités de l'hôpital ou dans un objectif bien défini, ce qui nuit parfois à leurs missions dans l'amélioration du parcours patient.

Malgré ces différences et la pluralité des modèles, il est possible d'identifier des facteurs de réussite dans l'instauration des cellules : une conduite de projet forte et institutionnalisée ainsi qu'un dimensionnement RH adaptés permettent de paramétrer les organisations et modalités de fonctionnement de manière adaptée. Aussi, la qualité des liens créés avec les services de soins et les acteurs de territoire en sont renforcées. En plus de ces éléments qualitatifs, il est possible d'évaluer l'impact de l'action des cellules de

bed management, notamment sur les parcours patients, au travers d'outils développés par les acteurs du système de santé, dont les établissements peuvent se saisir afin d'objectiver leur fonctionnement. A partir de ces clés de lecture, plusieurs recommandations peuvent être identifiées pour faciliter la mise en œuvre de cellules de *bed management* qui répondent à leurs missions en termes d'amélioration du parcours patient. En ce qui concerne plus particulièrement le directeur d'hôpital, au cœur des projets de gestion des lits, celui-ci peut favoriser leur réussite au travers d'une conduite de projet efficace et d'une réflexion plus large concernant les questions de *bed management*. En effet, bien que les cellules soient un outil qui tendent à prouver leur utilité voire leur nécessité dans le contexte actuel, celles-ci ne peuvent être déconnectées d'actions plus larges au sein de l'établissement et du territoire.

Ainsi, les cellules de *bed management* sont un outil d'amélioration des parcours patients dans un contexte de tension sur les lits d'hospitalisation, à condition qu'elles disposent d'un appui institutionnel suffisant et d'une organisation efficace. S'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de formule adéquate qui assure une réussite dans l'amélioration des parcours patients, de nombreux outils sont à la disposition du directeur d'hôpital pour donner toutes les chances de réussite à de tels projets. Egalement, si aucune formule n'est imposée aux établissements de santé, il est possible que les pouvoirs publics s'emparent de certains outils comme celui de l'ORU Occitanie afin d'inciter les établissements à se doter de cellules qui répondent à leurs attentes. En tout état de cause, pour ce qui concerne le directeur d'hôpital et quelle que soit la forme souhaitée pour les cellules, le point central reste la qualité du portage de projet et la capacité de porter les problématiques de gestion des lits au niveau de l'établissement et du territoire, afin que les efforts des cellules de *bed management* ne soient pas vains et parviennent à améliorer le parcours patient, qui s'avère être d'une complexité croissante.

Bibliographie

Références juridiques :

- ARTICLE D. 6124-27-2 du Code de la santé publique
- ARTICLE L. 1431-2 du Code de la santé publique
- ARTICLE L. 6112-2 du Code de la santé publique
- ARTICLE R. 6123-159 du Code de la santé publique
- CIRCULAIRE n° DGOS/R1/2013/415 du 13 décembre 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2014/01 du 15 février 2014
- CIRCULAIRE n° DGOS/R2/2019/235 du 7 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/24 du 31 décembre 2021
- INSTRUCTION n° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 portant sur l'obligation de mise en place d'un dispositif de gestion des lits à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/24 du 31 décembre 2021
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2023/8 du 28 avril 2023
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ». JORF n°0167 du 22 juillet 2009

Dossiers de presse et documents ministériels :

- DGOS, 2016. Fiche 2-4 : La gestion des lits. Disponible à l'adresse :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-4_gestion_des_lits.pdf
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2019. Pacte de refondation des urgences [en ligne]. [Consulté le 15 juillet 2023]. Disponible à l'adresse :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2020. Ségur de la Santé, « Les conclusions », Dossier de presse [en ligne]. [Consulté le 19 juillet 2023]. Disponible à l'adresse :
https://dicom-portail-sante.cegedim.cloud/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf
- TOURAINE M., 2013. Présentation du pacte de confiance à l'hôpital [en ligne]. [Consulté le 20 juin 2023]. Disponible à l'adresse :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/04_03_13_Dossier_de_presse_rapport_Couty.pdf

Rapports institutionnels :

- ANAP, 2013. Gestion des lits. Retours d'expérience.
- ANAP, 2015, Gestion des lits : Vers une nouvelle organisation. Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions.
- ANAP, 2016, Gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 2 : Mise en œuvre et bilan.
- COUR DES COMPTES, 2014, La Sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Disponible à l'adresse :
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140917_rapport_securite_sociale_2014.pdf
- CARLI P., 2013. Recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgence. CNUH, Rapport remis au Premier ministre. Disponible à l'adresse :
https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/134000662.pdf
- CARLI P. et MESNIER T., 2019. Rapport « *Pour un Pacte de Refondation des Urgences* ». Disponible à l'adresse :

https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/272424.pdf

- CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, CHASSANG M. et GAUTIER A., 2019. Les maladies chroniques. Disponible à l'adresse :

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf

- COUTY E. et SCOTTON C., 2013. Le Pacte de confiance pour l'hôpital. Disponible à l'adresse :

https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/134000153.pdf

- DREES, 2015. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières, Actes du colloque du 18 novembre 2014. Disponible à l'adresse :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss63.pdf>

- DREES, 2017. Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. Etudes & Recherches N° 997. Disponible à l'adresse :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er997.pdf>

- DREES, 2022. Crise sanitaire : à l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles. Etudes & Résultats n° 1235. Disponible à l'adresse :

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1235_0.pdf

- DREES, 2022. L'état de santé de la population en France. Les dossiers de la DREES, n° 102. Disponible à l'adresse :

https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/286468.pdf

- HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2012. Rapport relatif à la réflexion prospective et aux points de vigilance en période de crise sanitaire. Propositions de scénarios d'évolution à 3-5 ans de la « crise Covid-19 » et leurs impacts sur la qualité de vie et la santé des populations. Disponible à l'adresse :

https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/286783.pdf

- HCAAM, 2012. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. Disponible à l'adresse :

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2012/AVIS/HCAAM-2012-MARS-AVIS-AVIS_SUR_L-AVENIR_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf

- SANESCO, 2011, *Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières*, ministère de la santé et des sports
- SENAT, 2017. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements du système de santé. Rapport d'information n° 685 (session 2016-2017) de COHEN L., GENISSON C. et SAVARY R.-P., fait au nom de de la commission des affaires sociales. Disponible le :
<https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
- SENAT, 2022. Hôpital : sortir des urgences. Rapport sénatorial n°587 (session 2021-2022) de DEROCHE C. et JOMIER B., fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. Disponible à l'adresse :
<https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

Articles et ouvrages scientifiques :

- SÖDERSTRÖM O., ZEPF M., 1998, « L'image négociée », in : DISP, Revue d'urbanisme de l'Institut für Orts-, Regional- und Landesplanung der ETH Zürich, n° 134, pp. 12-19

Presse et articles spécialisés :

- HERNU P., 2020, « Financement des hôpitaux : Une gestion de l'hôpital public sous tension », Finances hospitalières
- MARTIN L., 2018, « Ordonnancement : gérer au mieux le parcours patient », ACTUSOINS, 31

Travaux universitaires et mémoires de l'EHESP :

- Bernard A., Boichut M.-A., Descouts J.-G., Mazine I. L., Taysse F., Topçu A., Yadjel W., 2019. Bed manager : mission, profil et activité ? Module interprofessionnel de santé publique, EHESP
- Haas J, 2021, L'hôpital public au défi des parcours sociaux complexes et des enjeux psychosociaux. Quelles réponses aux enjeux bed blockers ? l'exemple du Groupe hospitalier Nord-Essone, EHESP

Médias :

- FRANCE CULTURE, 2019, L'histoire des urgences pour en comprendre la crise. Disponible à l'adresse :
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/l-histoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise-7153464>
- LES ECHOS START, 2023. Les « bed managers » à l'hôpital, la gestion des lits en mode pénurie. Disponible à l'adresse :
<https://start.lesechos.fr/travailler-mieux/metiers-reconversion/les-bed-managers-a-lhopital-la-gestion-de-lits-en-mode-penurie-1934297>
- LE MONDE, 2023. « Désengorger » les urgences d'ici à fin 2024 : les médecins « attendent de voir » comment sera déclinée la promesse. Disponible à l'adresse :
https://www.lemonde.fr/societe/article/2023/04/17/desengorger-les-urgences-d-ici-fin-2024-les-medecins-attendent-de-voir-comment-l-engagement-d-emmanuel-macron-sera-decline_6169939_3224.html

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire transmis aux établissements publics de santé disposant de cellules afin de connaître le dimensionnement et le fonctionnement de leurs cellules de bed management

Annexe II : tableau de comparaison des cellules de bed management des dix-neuf établissements de santé ayant renseigné le questionnaire

Annexe III : Grille d'entretiens utilisée pour les rencontres avec les bed managers et liste des entretiens

Annexe IV : détail des questions de l'enquête de l'ORU Occitanie par composante et niveau de pondération associé

Annexe V : tableau présentant les intérêts à agir dans la mise en œuvre de la gestion des lits au sein d'un établissement de santé (Anap, 2015)

Annexe VI : L'arbre des causes d'Ishikawa concernant les retards à la sortie des patients en hospitalisation

Annexe I : Questionnaire transmis aux établissements publics de santé disposant de cellules afin de connaître le dimensionnement et le fonctionnement de leurs cellules de *bed management*

De quel établissement(s) il s'agit ?

Réponse courte
.....

Depuis combien de temps la cellule existe-t-elle ?

Réponse courte
.....

A quelle échelle est-elle positionnée ?

- Site
- Etablissement
- GHT
- Autre...

De combien et de quel type de personnel est-elle composée ?

Réponse longue
.....

Quel est son périmètre d'action ?

- Placement depuis les urgences
- Préadmissions
- Programmation chirurgicale
- Transferts entre services

- Recherche d'aval
- Transports sanitaires
- Autre.....

Dispose-t-elle de liens spécifiques avec d'autres structures/fonctions ?

- HAD
- SSR
- USLD/Ehpad
- SSIAD/SPASAD
- Autre médico-social
- Service social
- Autre.....

Dispose-t-elle d'un pouvoir décisionnel ?

- Oui
- Non

Fonctionne-t-elle bien ? Comment est-elle perçue ?

Réponse longue
.....

Annexe II : tableau de comparaison des cellules de *bed management* des dix-neuf établissements de santé ayant renseigné le questionnaire

De quel établissement(s) il s'agit ?	Depuis combien de temps la cellule existe-t-elle ?	A quelle échelle est-elle positionnée ?	De combien et de quel type de personnel est-elle composée ?	Quel est son périmètre d'action ?
CH de A.	2017	Etablissement	2 IDE 1 cadre	Recherche d'aval, Transports sanitaires
CH de R.	2021	Etablissement	7 ETP Personnels admin ou soignants reclassés	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval
CHI de V.	2022	Etablissement	Un IDE faisant fonction cadre	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval
CH de M.	4 mois	Etablissement	11 personnes : - le directeur en charge des pôles ; - le chef de pôle médecine ; - 1 PH ; - le bed manager ; - 2 CSS volontaires dont la CSS du pôle "Médecine"; - la CS de l'HAD ; - 3 CSS volontaires - 1 assistante sociale.	Transferts entre services, Recherche d'aval
CHU de B.	2017	Site	2 : 1 ancienne IDE et 1 ancienne AS	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval, Transports sanitaires
CH de V.	2020	Site	pas de cellule - 2 bed manager	Placement depuis les urgences, Recherche d'aval

Dispose-t-elle de liens spécifiques avec d'autres structures/fonctions ?	Dispose-t-elle d'un pouvoir décisionnel ?	Fonctionne-t-elle bien ? Comment est-elle perçue ?
USLD/Ehpad, Service social, Sociétés d'ambulance (enjeu de créer des ambulances internes)	Non	Bien perçue car elle décharge les professionnels des étages mais son action est très insuffisante pour faire évoluer significativement la DMS (au début, (cellule parcours patients qui s'occupe exclusivement des transports et des sorties)
HAD, SSR, USLD/Ehpad	Oui	Fonctionne plutôt bien, mais médicalisation partielle, donc arbitrage parfois complexe sur les lits d'aval/hébergement
HAD, SSR, USLD/Ehpad, SSIAD/SPASAD, Autre médico-social, Service social	Oui	Perception positive mais fonctionnement pas assez approfondi Oui, cela fonctionne plutôt bien. Démarche partenariale avec les services qui très contents de son "aide". Projet qui datait d'aant COVID mais a été mis en place après
HAD, Service social	Oui	Dans les faits, la cellule "bed management" a été mise en place pour gérer une unité ad hoc de gestion des bed blockers. Dans la pratique, elle sert effectivement à gérer avant les patients ayant une DMS longue (arbitrairement fixée à plus de 10 jours). Elle fonctionne de manière hebdomadaire et permet de débloquent des situations parfois complexes, en assurant un temps de réflexion sur les patients présents depuis trop longtemps et donc des actions ciblées. Etant donné qu'elle est mise en place depuis peu de temps, avoir un recul plus précis sur son fonctionnement reste délicat. Il n'est par ailleurs pas du tout garanti que la cellule soit bien située au sein de l'établissement mais sa relative jeunesse peut expliquer cette situation.
HAD, SSR, USLD/Ehpad	Non	Oui elle fonctionne bien, surtout pour désengorger le SAU le matin. Très bien perçue dans l'établissement, mais considérée comme insuffisante. SAU à 250 passages/jour, 90000/an.
	Non	insatisfaction. projet d'une cellule avec encadrement et périmètre plus large. développement liens formalisés. gestion le samedi

De quel établissement(s) il s'agit ?	Depuis combien de temps la cellule existe-t-elle ?	A quelle échelle est-elle positionnée ?	De combien et de quel type de personnel est-elle composée ?	Quel est son périmètre d'action ?
CHU de N.		Pour l'instant, sur site mais déploiement d'OPP Territoire en cours	Dans la plateforme de coordination, des assistants de coordination + un assistant de régulation aux urgences 7j/7 et 24h/24 + une infirmière de coordination dans chaque service	Placement depuis les urgences, Préadmissions, Programmation chirurgicale, Transferts entre services, Recherche d'aval, Transports sanitaires
CH de S.	2014	Etablissement	2 personnes (cadre et faisant fonction, toutes les deux anciennes IDE)	Programmation chirurgicale, Transferts entre services, Recherche d'aval, recherche de solutions de crise (optimisation de l'utilisation des lits entre HC, HdS, UHCD...)
CH de R.	2/3 ans	Etablissement	1 infirmière	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval
CHU de P.	2013	Site	6 personnes, 3 soignants et 3 agents logistique	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval
CHU de K.	3 ans	Site	3 personnes, une cadre et deux chargées de mission	Placement depuis les urgences, Recherche d'aval

Dispose-t-elle de liens spécifiques avec d'autres structures/fonctions ?	Dispose-t-elle d'un pouvoir décisionnel ?	Fonctionne-t-elle bien ? Comment est-elle perçue ?
HAD, SSR, USLD/Ehpad, SSIAD/SPASAD, Autre médico-social, Service social	Oui	Pas vraiment une cellule mais un dispositif d'Optimisation du Parcours Patient avec : un logiciel de gestion des lits, une plateforme de coordination qui centralise les disponibilités en lits, réalise la gestion prévisionnelle des lits et propose des solutions d'hospitalisation pour l'activité programmée ou non programmée aux équipes médicales et soignantes, un assistant de régulation aux urgences et une infirmière de coordination dans chaque service. Le dispositif Optimisation du Parcours Patient fonctionne très bien et, est très bien perçu. Nous pouvons en parler davantage si tu le souhaites + il y a beaucoup d'infos sur internet. Plusieurs établissements hospitaliers sont déjà venus voir comment le dispositif marchait.
HAD, SSR, USLD/Ehpad, SSIAD/SPASAD, Autre médico-social, Service social	Oui	Elle reste tributaire des services qui passent outre les règles de fonctionnement établies, particulièrement en situation de tension sur les lits. Sa vision n'est pas forcément la même que celle des infirmières dans les services sur les priorités d'allocation des lits
Service social	Non	Notre infirmière bed manager est très investie, elle envoie et remplit 3 fois par jour un tableau de suivi des lits. Elle est bien intégrée dans l'hôpital (elle y était infirmière « classique » avant), et assisté régulièrement à la commission des sorties complexes avec le service social.
Unité d'hospitalisation d'aval	Oui	Oui, elle est novatrice. Je t'envoie une présentation la semaine prochaine (je pars en vacances cet après-midi)
J'aurais du mal à définir "liens spécifiques" dans ce cas, mais elle appelle beaucoup les établissements voisins (MCO et SSR, pas Ehpad ou médico-social) sans que les liens ne soient formalisés par convention ou autre	Non	Oui elle fonctionne plutôt bien, sachant qu'elle est quasi exclusivement concentrée sur l'aval des urgences au sein et en dehors de l'hôpital. Sa création a permis de fluidifier les hospitalisations à l'UHCD, et donc de limiter le nombre de brancards au SAU par rapport aux années pré-Covid qui ont constitué le pic de la crise des urgences à Bicêtre. Elle est perçue assez diversement selon les professionnels. Elle est appréciée des cadres et des administrateurs de garde, qui ont une bien meilleure vision de l'état d'occupation des lits des services et des possibilités d'aval à l'extérieur. En revanche, elle est parfois perçue comme une fausse réponse à la crise des urgences par les professionnels, qui veulent plus de moyens. Mais elle a nettement contribué à améliorer le parcours-patient aux urgences, alors que certains restaient parfois des jours dans le service par manque d'anticipation de l'aval.

De quel établissement(s) il s'agit ?	Depuis combien de temps la cellule existe-t-elle ?	A quelle échelle est-elle positionnée ?	De combien et de quel type de personnel est-elle composée ?	Quel est son périmètre d'action ?
CH de D.	AVRIL 2022	Etablissement	1	Placement depuis les urgences, Transferts entre services, Recherche d'aval
CH de C.	Au moins depuis 15 ans (infirmières de flux)	Etablissement	4 IDE, 1 cadre	Transferts entre services, Recherche d'aval, Transports sanitaires
CHU de G.	2020	Site	4 IDE + 1 cadre + 1 IDE HAD	Placement depuis les urgences, Programmation chirurgicale, Recherche d'aval, Transports sanitaires
CHU de C.		Etablissement	1 BM ex infirmier positionné au milieu des services	Recherche d'aval
CHU de E.	2019 (dans sa mouture actuelle depuis le 31 mai)	GHT	1 cadre à 50% + 5.5 etp d'agents	Placement depuis les urgences, Recherche d'aval, Les transports seront bientôt gérés. Et actuellement elles ne gèrent l'aval que sur les unités de médecine (pas celles de chirurgie, mais ça devrait être l'ensemble des pôles d'ici peu grâce au passage à la cellule d'ordonnancement
CHU de T.	2007 et 2014	Site	33 IDE / cadres de santé	Placement depuis les urgences, Préadmissions, Programmation chirurgicale, Programmation médicale
CH de H.	2019	GHT	3 IDE dont une cadre + 1 secrétaire	Placement depuis les urgences, Préadmissions
CHU de S.	Cellule de coordination et d'ordonnancement	Etablissement	1 cadre 6 IDE ordonnancement (urgences + chir) 4 IDE parcours de soins amélioré (RAC + pré-hab) 2 secrétaires trajectoire	Cellule d'ordonnancement depuis les urgences et en chirurgie Parcours de soins amélioré en chirurgie Trajectoire, partie administrative

Dispose-t-elle de liens spécifiques avec d'autres structures/fonctions ?	Dispose-t-elle d'un pouvoir décisionnel ?	Fonctionne-t-elle bien ? Comment est-elle perçue ?
HAD, SSR, USLD/Ehpad, SSIAD/SPASAD, Autre médico-social, Service social	Oui	Oui gestion efficace tout les jours ouvrés, participations actives des membres présents lors de la cellule de gestion de 13h30, connue et reconnue
	Non	Mal perçue par les services, manque de légitimité pour orienter les patients, aggravé par le manque de lits dans l'établissement. Travaille en complément avec la plateforme parcours patient qui s'occupe des parcours à l'aval complexe
HAD, SSR, USLD/Ehpad	Non	
USLD/Ehpad	Non	Périmètre d'action discuté voire rejeté par les médecins qui trouvent ce fonctionnement américain, considéré comme gênant dans les services alors même qu'il joue un rôle utile et que le besoin est croissant, avec un seul ETP
HAD, SSR, USLD/Ehpad	Oui	Ca se met en place. Pendant le Covid, elle avait des missions de recensements des patients Covid etc. Et depuis peu, création d'une vraie cellule d'ordonnancement qui, via un thesaurus gèrera l'ensemble des flux depuis les urgences. Ça marche bien sur certains services. Dans d'autres, gros changements culturels et donc appel systématique des médecins plutôt que d'imposer directement le patient
HAD, SSR, USLD/Ehpad	Oui	Fonctionne bien, crédibilité, charte de placement et règles d'hébergement. Pas d'imposition en propre, mais la légitimité permet aux cellules d'être écoutées.
Service social	Non	La mise en place a été compliquée mais aujourd'hui les professionnels des services commencent à en voir l'intérêt même si toutes les fonctions ne sont pas encore bien comprises par tout le monde. Néanmoins, le travail est réalisable et les services jouent le jeu dans l'ensemble.
	Non	

Lecture : les établissements répondant ont été anonymisés et sont rangés dans l'ordre dans lequel ils ont répondu, du premier au dernier. Le questionnaire comprenait 7 questions, les réponses sont sur deux pages pour des questions de lisibilité. La première ligne du deuxième tableau qui se trouve en 2^{ème} partie de page correspond à la suite des réponses du premier établissement de la page, etc.

Légende : les couleurs correspondent à des couleurs automatiques de remplissage des cellules du tableau pour différencier rapidement les réponses.

- A quelle échelle est-elle positionnée ?
 - Jaune = établissement
 - Parme = Site
 - Blanc = GHT
- Dispose-t-elle d'un pouvoir décisionnel ?
 - Vert = Oui
 - Rouge = Non
- Fonctionne-t-elle bien ?
 - Vert = si « oui » dans la réponse
 - Blanc = le reste

Annexe III : Grille d'entretiens utilisée pour les rencontres avec les *bed managers* et liste des entretiens

- Qu'est-ce que vous évoque le terme de Bed management ?
- Qu'est-ce qu'un Bed manager selon vous ?
- Vous considérez-vous comme un Bed manager ? si oui, pourquoi ? si non, quel titre vous donneriez-vous ?
- Que pensez-vous du fonctionnement actuel de votre cellule (périmètre, positionnement, latitude octroyée) ?
- Quelles en sont les forces ?
- Quelles en sont les faiblesses ?
- Comment qualifieriez-vous vos liens avec les services/unités ? pourquoi ?
- Comment qualifieriez-vous vos liens avec les établissements avec lesquels vous avez des liens ? pourquoi ?
- La cellule a-t-elle toujours fonctionné selon ce modèle ?
- Comment envisagez-vous le futur de votre cellule ?
- Quels changements souhaiteriez-vous y apporter ?
- Si vous deviez prioriser une recommandation, laquelle serait-ce ?

Entretiens réalisés avec les *bed managers* :

1. Cadre de la cellule de *bed management* du GHN des HCL, le 21 avril 2023
2. Cadre supérieure de la cellule *bed management* du CHU de T., le 30 juin 2023
3. Cadre de la cellule de *bed management* du CH de H., le 7 juillet 2023

Annexe IV : détail des questions de l'enquête de l'ORU Occitanie par composante et niveau de pondération associé

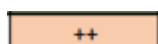
Bed Manager	+++	Existence de la fonction de Bed Manager pour l'activité non programmée dans l'établissement
	++	Participation du BM aux réunions opérationnelles de coordinations territoriales
	++	Présence de la fonction BM
	++	Connaissance par le BM des entrées programmées du lendemain (0 ou 4)
	++	Existence de la fonction de Bed Manager au niveau du territoire
	+++	Existence d'une commission des admissions non programmées (ou équivalent)
Pilotage	++	Commission prenant en compte l'activité programmée (0 ou 4)
	+++	Prévision du besoin d'hospitalisation post-urgences à partir du BJML ou équivalent
	++	Utilisation d'outil de visualisation de la disponibilité en lits du territoire
	++	Organisation de la gestion des lits à partir de la durée prévisionnelle de séjour (0 ou 4)
Outils	+	Existence d'une cellule de veille en charge du suivi quotidien des indicateurs de tension
	+	Utilisation de la base statistique de suivi des flux de Via Trajectoire
	+++	Outil de visualisation de la disponibilité en lits dans l'établissement
	++	Fréquence d'actualisation de l'outil de visualisation de la disponibilité des lits
Leviers Internes	++	Utilisation de l'outil par les médecins
	++	Mobilisation de l'assistante sociale dès l'admission si nécessaire
	+	Existence d'une unité d'hospitalisation post-urgences (non UHCD)
	+	Existence d'un salon de sortie
	+	Créneau de sorties d'hospitalisation
	+	Anticipation des sorties d'hospitalisation
Leviers Parcours	+	Organisation du ménage
	+	Existence d'un annuaire des spécialistes accessible directement par la médecine de ville
	+	Existence de plages de consultations non programmées de spécialité (dans les 48h)
	+	Possibilité d'admission directe dans certaines spécialités
	+	Existence de plages de consultations post-urgences de spécialité (dans les 10j)
	+	Mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC, MAIA...) lorsque nécessaire
Procédures	+	Existence de conventions avec les SMR (ex SSR)
	++	Existence d'une procédure de règles d'hébergement
	++	Existence d'une procédure Plan Hôpital en Tension (Plan de Mobilisation Interne)
	+	Existence d'un listing des actions à mettre en place en cas de tension
	+	Formalisation du circuit de l'information et de communication
	+	Existence d'une procédure de passage EMG aux urgences (Equipe Mobile de Gériatrie)
	+	Existence d'une procédure d'accès réservés aux plateaux techniques pour les urgences
	+	Existence d'une procédure de mobilisation de l'HAD aux urgences et en UHCD
	+	Existence d'une procédure de gestion des bed blockers
+	Existence d'une convention de gestion des transports sanitaires	

Légende :



+++

items surpondérés qui comptent pour 50% de l'évaluation



++

items de pondération moyenne qui comptent pour 35% de l'évaluation



+

items non surpondérés qui comptent pour 15% de l'évaluation

Source : site internet de l'ORU Occitanie

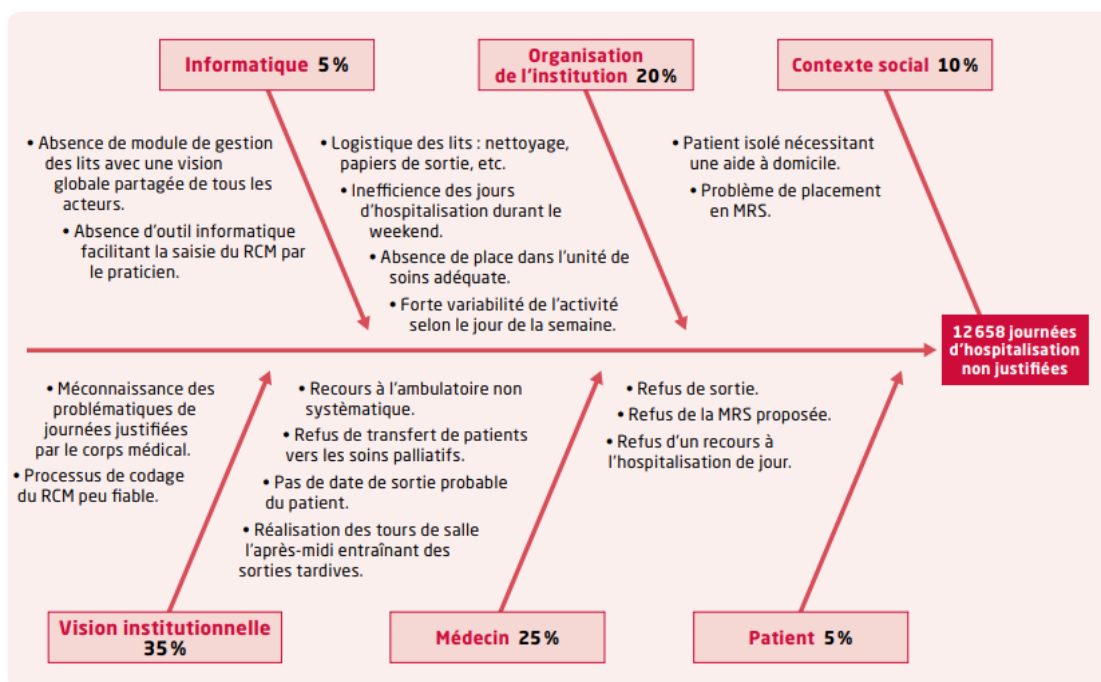
Annexe V : tableau présentant les intérêts à agir dans la mise en œuvre de la gestion des lits au sein d'un établissement de santé

Figure 1 : Un intérêt à agir pour chaque acteur

Acteurs	Axes	Enjeux
Direction générale	Qualité de la prise en charge	Améliorer la satisfaction du patient et valoriser l'image de l'établissement
	Managérial	Améliorer les conditions de travail
	Médico-économique	Optimiser les ressources en lit et humaines en fonction de l'activité : diminuer la DMS, limiter les transferts vers des établissements extérieurs et les déprogrammations
Personnel médical et soignant	Organisationnel	Diminuer le temps de recherche de lit Décloisonner les services : organiser les hébergements, l'accès aux plateaux techniques, le regroupement de spécialité Coordonner les acteurs autour du patient
	Conditions de travail	Lisser la charge de travail Diminuer les périodes de tension Se recentrer sur son cœur de métier
	Satisfaction du patient	Diminuer les temps d'attente Améliorer les conditions d'accueil et de soins
Agence régionale de santé	Pédagogique	Se doter d'une expertise métier/méthodologique sur la thématique en vue d'accompagner les établissements
	Réponse aux besoins de santé	Améliorer la répartition de l'offre de soins sur les territoires

Source : ANAP, *Gestion des lits : Vers une nouvelle organisation, Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions*, mars 2015, p. 9

Annexe VI : L'arbre des causes d'Ishikawa concernant les retards à la sortie des patients en hospitalisation



Source : ANAP, *Gestion des lits : Vers une nouvelle organisation, Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions, mars 2015, p. 25*

AUFFRAY

Maëlle

Octobre 2023

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2022-2023

Le bed management : un outil d'amélioration du parcours patient dans un contexte de tensions sur les lits d'hospitalisation ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le *bed management*, ou gestion des lits, est un outil qui tend à s'inscrire dans le paysage hospitalier. Désormais intégré par de plus en plus d'établissements et promu par les pouvoirs publics, celui-ci prend d'autant plus d'ampleur qu'il semble devenir nécessaire dans un contexte de tensions pérennes sur les lits d'hospitalisation au regard des crises passées et actuelles, ainsi que des enjeux à venir. C'est dans un tel cadre que se pose la question concernant la capacité du *bed management* à remplir sa mission concernant l'amélioration du parcours patient.

Pour comprendre le *bed management*, il est essentiel de s'intéresser aux crises connues par le secteur hospitalier : crise des urgences, crise sanitaire, crise des ressources humaines ; mais aussi aux enjeux à venir : conséquences de la crise sanitaire sur les déterminants de santé, vieillissement de la population et parcours patients complexes.

Egalement, il s'agit de s'intéresser concrètement aux formes prises par les cellules de *bed management*, qui sont multiples. La cellule de coordination des parcours patients du Groupement hospitalier Nord des Hospices Civils de Lyon s'est, par exemple, mise en place dans l'urgence pour des besoins liés à la crise COVID. Forte de ses réalisations, elle a su se pérenniser et élargir ses missions, en tenant compte de la culture locale. Néanmoins, la forme prise par cette cellule n'est qu'un échantillon parmi les modèles qui existent au sein des établissements de santé.

En tenant compte de l'existant, à partir d'un panel de dix-neuf établissements, il est possible d'identifier des facteurs de réussite et des éléments de difficulté dans la capacité du *bed management* à trouver sa place au sein de l'hôpital. Cela permet d'effectuer des recommandations, notamment à destination des directeurs d'hôpital, et de confectionner une esquisse de « boîte à outil » pour la réalisation de tels projets afin qu'ils servent à l'amélioration du parcours patient.

Mots clés :

bed management – gestion des lits – cellules de *bed management* – *bed managers* – parcours patient – crises hospitalières – capacitaire – enjeux de santé – territoire – coopération – évaluation – politiques publiques – portage de projet – conduite du changement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.