



Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2024 - 2025**

Date du Jury : **Octobre 2025**

Type de mémoire : universitaire

Etude de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims

Un outil efficace au service de la fluidification des parcours
patients « *bed-blockers* » ou « *cas complexes* » ?

Claire ADAMUS

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à Madame Justine DE LA ROCHE, ma tutrice de stage, pour la richesse de nos échanges et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée dans la construction de mon positionnement professionnel, tout au long de mon stage de direction. Je remercie chaleureusement Monsieur Jules LITVINE, pour son accompagnement attentif tout au long de ce travail, ses conseils précieux et sa disponibilité constante.

Je tiens ensuite à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur Laurent FISCHER, Directeur en charge de la Commission Parcours Patient du CHU de Reims, pour la qualité et la transparence de nos échanges. Son appui technique, ses suggestions pertinentes et sa relecture attentive ont grandement contribué à la qualité de ce mémoire. Je tiens également à remercier Docteur Paola MARIANNETI, co-présidente de la Commission Parcours Patients du CHU de Reims, pour son témoignage éclairant et sa disponibilité.

Je remercie chaleureusement Monsieur Thierry BRUGEAT, Monsieur Kévin BACHELLÉ, Madame Brigitte FRANZI, Madame Sylvie VOILLOT, Monsieur Martin LAFON et Monsieur Romain FÈVE pour leurs témoignages. Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers Docteur Anne DEBART, Docteur Aurore DEVY-MICHEL, Madame Bernadette COQUET, ainsi que l'ensemble des professionnels des établissements publics de santé et de la ville, qui ont répondu à mes sollicitations pour nourrir ma réflexion, lors de cette étude.

J'adresse également mes remerciements à l'ensemble de l'équipe de direction, aux équipes médico-soignantes et aux services administratifs et techniques du CHU de Reims, que j'ai eu le plaisir de côtoyer ces neuf derniers mois, et qui ont su me consacrer de leur temps. Leurs engagements ont été une source d'inspiration précieuse pour la réalisation de ce mémoire.

À mes proches, enfin, j'adresse toute ma reconnaissance pour le soutien indéfectible témoigné tout au long de cette aventure universitaire, puis professionnelle. Vos mots réconfortants et votre présence à mes côtés ont été une source précieuse de force et d'inspiration. Ce mémoire est le fruit de vos encouragements constants, et je vous en suis infiniment reconnaissante.

Sommaire

Introduction	1
1 L'analyse interne de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims : une réponse hospitalière structurée face aux patients en parcours bloqué.....	5
1.1 Les « <i>bed-blockers</i> » : une réalité incontestable et protéiforme, mettant en échec l'organisation des parcours hospitaliers des établissements de santé, par l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) et la limitation <i>de facto</i> des admissions.....	5
1.1.1 Qui est la cible de la cellule des cas bloquants ? : éléments de définition des « <i>bed-blockers</i> »	5
1.1.2 Sur la trace des causes de blocage des parcours hospitaliers.....	7
1.1.3 Quels sont les facteurs de complexité identifiés par la littérature scientifique, pour expliquer les situations de blocages des patients dit « <i>complexes</i> » ?	7
1.1.4 Qui sont les « <i>bed-blockers</i> » ? : Typologie des cas suivis par la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, en fonction de leurs profils et de leurs pathologies.....	9
1.2 La cellule des cas bloquants du CHU de Reims, un outil au service de la fluidification du parcours patient : état des lieux d'une organisation structurée, en quête de maturité organisationnelle.....	14
1.2.1 Une construction progressive, ayant bénéficié des enseignements d'une expérimentation : historique de la création de la cellule des cas bloquants.	14
1.2.2 Un contexte local et des enjeux spécifiques, justifiant la création d'une cellule des cas bloquants au CHU de Reims.	17
1.2.3 Fonctionnement de la cellule : un processus institutionnalisé d'identification, de signalement et de traitement des situations de patients en parcours bloqués.....	19
1.2.4 Une démarche en cohérence avec les dynamiques internationales du « <i>case management</i> »	23
2 L'analyse externe de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims : étude des dynamiques de mise en réseau territorial, au service de la fluidification des parcours patient et enseignements stratégiques d'un benchmark inter-établissements.....	25
2.1 Le partenariat ville-hôpital pluriel : un levier d'efficience dans la fluidification des sorties hospitalières du CHU de Reims.....	25

2.2	L'implication déterminante des structures médico-sociales d'aval pour fluidifier les patients « <i>bed blockers</i> » et les patients bloquants « <i>complexes</i> »..	27
2.3	Des projets innovants pour contourner les situations bloquantes et anticiper les parcours patients du CHU de Reims.....	29
2.3.1	Le projet DAUM : anticiper les parcours bloquants dès l'amont.	29
2.3.2	Un pilotage des parcours coordonnés par pathologie, renforcé par l'intelligence artificielle, dans une logique de responsabilité populationnelle.	30
2.4	S'inspirer des bonnes pratiques : analyse comparative des outils de gestion des cas bloquants au sein des établissements publics de santé.	31
2.4.1	Améliorer l'efficacité du traitement des « <i>cas complexes</i> » : la nécessité d'une prise en charge opérationnelle et anticipée des patients bloquants et complexes, par les d'acteurs de terrain.....	31
2.4.2	Aménager le libre choix de la structure d'aval par l'imposition de la structure d'accueil au patient, ou au futur résident : un outil efficace de fluidification des patients bloquants, soulevant tout de même des questionnements éthiques.	41
2.4.3	Renforcer les partenariats avec des acteurs clefs, sans qui la cellule ne peut accélérer les délais de fluidification des parcours patients (MDPH, Tribunal judiciaire et l'Agence régionale de santé).	42
2.4.4	Améliorer la saisine de la cellule par un contrôle exhaustif des situations à risque de blocage, au moyen d'extraction régulière sur les systèmes d'information (logiciel Via trajectoire, PMSI, IM, suivi par UF).	42
2.4.5	Améliorer les outils de pilotage et la méthodologie de travail pour lutter contre les « <i>cas bloquants</i> » dans les services hospitaliers.....	43
3	Consolider la maturité stratégique de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims : identification des limites de la cellule et présentation des recommandations pour un pilotage durable et performant des cas bloquants, au service de la fluidification des parcours patients.	44
3.1	Les limites identifiées à l'organisation et aux modalités de fonctionnement de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims : des contraintes organisationnelles à lever pour renforcer la maturité de la cellule.....	44
3.1.1	Une gouvernance institutionnelle insuffisamment structurée.	44
3.1.2	Des moyens humains limités et une inadéquation des profils mobilisés.	46
3.1.3	Des faiblesses dans l'articulation interne et l'appropriation par les services.	47
3.1.4	Une coordination ville-hôpital inaboutie et des partenariats externes sous-utilisés.	48

3.1.5 Des outils de pilotage et une méthodologie de travail pour lutter contre les cas bloquants dans les services hospitaliers, à renforcer.	49
3.2 Les recommandations conclusives de l'étude, pour un pilotage durable et performant des cas bloquants, au service de la fluidification des parcours patients du CHU de Reims.	51
3.2.1 Des recommandations stratégiques : renforcer l'ancrage stratégique de la cellule des cas bloquants dans la gouvernance hospitalière.....	51
3.2.2 Des recommandations organisationnelles : optimiser l'organisation interne pour accroître la réactivité et la capacité d'action de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.	53
3.2.3 Des recommandations opérationnelles : développer des leviers opérationnels au plus près du terrain pour renforcer l'efficacité de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.	55
Conclusion.....	59
Bibliographie	I
Liste des annexes	V

Liste des sigles utilisés

AGGIR : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AME : Aide Médicale d'Etat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Assistant socio-éducatif

BJML : Bilan Journalier Moyen par Lit

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDU : Commission Des Usages

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COPIL : Comité de Pilotage stratégique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPP : Commission Parcours Patients

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DAUM : Dispositif d'Accompagnement des Usagers Multi-consommateurs de soins

DGA : Direction Générale d'Adjointe

DIM : Département de l'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSN : Direction des services numériques

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

FALC : Facile à Lire et à Comprendre

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FHAH : Foyers d'Hébergement pour Adultes Handicapés

FVAH : Foyers de Vie pour Adultes Handicapés

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmière Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

IM : Identité Médicale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier / Infirmière en Pratique Avancée

IP-DMS : Indice de Performance – Durée Moyenne de Séjour

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'Autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique et Odontologique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

OQTF : Obligations de Quitter le Territoire Français

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAS : Services d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SDF : Sans Domicile Fixe

SMR : Soins Médicaux et Réadaptation

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

UF : Unité Fonctionnelle

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPSM : Unité de Parcours Social et Médical

UPUG : Unité Post-Urgences Gériatrique

UPUM : Unité Post-Urgences Médicale

USLD : Unité de Soins Longues Durées

UVP : Unité de Vie Protégée

VT : Via Trajectoire (logiciel)

Méthodologie

- **Type de recherche et justification.**

Cette étude s'inscrit dans une **démarche qualitative exploratoire**, fondée sur l'analyse détaillée d'un cas : la cellule des cas bloquants du CHU de Reims. Ce choix découle de la nature même du sujet : l'examen d'un dispositif organisationnel complexe, situé à l'interface de logiques professionnelles variées (soins, travail social, gestion administrative), dans un contexte de tension sur les ressources hospitalières et de transformation des parcours de soins.

L'étude de cas permet une analyse contextuelle approfondie et une compréhension fine des dynamiques internes. Elle se concentre sur les cas bloquants du domaine MCO, excluant la psychiatrie, domaine dans lequel le CHU de Reims ne dispose pas de services dédiés.

L'approche qualitative vise à explorer en profondeur les logiques d'action, les perceptions des professionnels et les effets de la cellule sur les parcours patients, au-delà des seules données chiffrées. Dans un mémoire professionnel, cette approche permet de mettre en lumière les mécanismes sous-jacents, les marges de manœuvre et les leviers d'amélioration possibles, plutôt que de rechercher des résultats généralisables à grande échelle.

Elle est complétée par **l'analyse de données quantitatives descriptives** (évolution de la durée moyenne de séjour en MCO et SMR, liste des cas traités en 2024 et 2025), afin d'objectiver certaines tendances observées. Ce croisement méthodologique, entre approche qualitative dominante et données quantitatives secondaires, offre une compréhension à la fois fine et contextualisée du fonctionnement et des effets de la cellule.¹

- **Outils de collecte de données.**

La collecte repose sur une triangulation méthodologique combinant entretiens, observations de terrain, analyse documentaire et exploitation de données hospitalières.

¹ CHU de Reims. (2024). *Extractions des séjours MCO de plus de 30 jours* [Données internes non publiées]. Direction de l'information médicale / CHU de Reims. (2024). *Extractions des séjours SMR de plus de 60 jours* [Données internes non publiées]. Direction de l'information médicale.

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'acteurs représentatifs des différents niveaux d'intervention (Annexe n°1) :

- **Membres de la direction du CHU de Reims**, pour recueillir une vision stratégique et institutionnelle.
- **Membres de la direction et responsables de la direction commune du CHU de Reims et d'autres établissements publics de santé** (CH ou CHU), dans une logique de benchmark des structures comparables.
- **Professionnels de terrain** impliqués dans la cellule ou les services de soins, afin d'analyser les modalités concrètes de fonctionnement, les coopérations et les freins.
- **Partenaires extra-hospitaliers** (DAC 51, structures médico-sociales, collectivités territoriales), pour éclairer les blocages de l'interface ville-hôpital. Certaines institutions clés (ARS, conseils départementaux) n'ont toutefois pas répondu aux sollicitations.

En complément, des **observations de terrain** ont été réalisées, notamment lors de réunions pluridisciplinaires de la cellule, permettant d'analyser les interactions, arbitrages et modes de coopération.

L'analyse documentaire a intégré :

- des documents internes du CHU et d'autres établissements rencontrés (notes de cadrage, fiches de poste, supports de présentation),
- des textes réglementaires relatifs à la gestion des parcours complexes et à la fluidification des hospitalisations,
- des publications scientifiques et institutionnelles sur des dispositifs similaires (case management, MAIA, DAC, etc.).

Enfin, des **données quantitatives fournies par la Direction des affaires financières (Direction du service social) du CHU** (séjours longs, blocages en MCO et SMR, motifs de saisine) ont permis d'objectiver certaines évolutions et de contextualiser les constats qualitatifs.²

² CHU de Reims. (2025). *Tableaux complexes archives 2025 et Tableau cas complexes médecine 2024 et 2025* [Documents internes, cellule des cas bloquants, ASE référente cas complexes, Centre hospitalier universitaire de Reims].

- **Limites de l'étude.**

Enfin, cette recherche présente plusieurs limites. D'abord, son périmètre est limité à un seul établissement – le CHU de Reims – ce qui limite toute prétention à la généralisation des résultats. D'autres établissements disposant d'un environnement territorial, d'une culture organisationnelle ou de ressources différentes pourraient présenter des dynamiques différentes.

Ensuite, les résultats reposent majoritairement sur des entretiens qualitatifs. Bien que les personnes interrogées soient diversifiées, dans leurs fonctions, leurs propos restent influencés par leur position, leur expérience personnelle ou leurs attentes vis-à-vis du dispositif.

De plus, l'absence de réponse de certains partenaires clés (notamment l'ARS et le conseil départemental) constitue un angle mort dans l'analyse des logiques inter-institutionnelles.

Pour finir, la cellule des cas bloquants étant encore jeune (mise en place effective en 2023), l'étude ne permet qu'une évaluation exploratoire de ses effets. Un recul temporel plus important serait nécessaire pour mesurer de manière robuste son impact sur les indicateurs hospitaliers et les parcours patients.

« *La santé n'est pas un état, c'est un chemin.* »

— Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 1943

Introduction

À l'heure où l'endettement des établissements publics de santé atteint des niveaux préoccupants, le déficit global des hôpitaux publics s'est établi entre **2,7 et 2,9 milliards d'euros en 2024**, soit **2,5 % de leurs recettes**, un record depuis 2005 (DRESS, 2025). L'impératif d'optimiser l'allocation des ressources et d'améliorer l'efficience organisationnelle constitue désormais un enjeu stratégique significatif pour les établissements publics de santé.³ Cette exigence passe notamment par la réduction des durées moyennes de séjour (DMS), indicateur de performance essentiel pour les établissements sous le régime de la tarification à l'activité (T2A). Or, mise en œuvre dans le contexte du « *virage ambulatoire* », la T2A incite à optimiser la durée de séjour des patients pour valoriser chaque journée d'hospitalisation et fluidifier les parcours, pour favoriser les sorties des patients médicalement sortants.

Historiquement, le système de santé français repose sur les **ordonnances du 4 octobre 1945**, instituant la Sécurité Sociale, destinées à couvrir des « *risques* » (maladie, famille, accident du travail, vieillesse) et positionnant les établissements publics de santé comme garants des besoins sanitaires de la population.⁴ Toutefois, les bouleversements démographiques, sociétaux et technologiques du XXI^e siècle imposent désormais aux acteurs du système de santé, et en particulier aux hôpitaux publics, de repenser leur organisation, leurs modes de prise en charge et leurs coopérations territoriales pour répondre à des besoins plus complexes et diversifiés.⁵

L'hôpital public accueille aujourd'hui une patientèle plus complexe pour plusieurs raisons. Le vieillissement accéléré de la population entraîne une hausse des polypathologies et de la dépendance, nécessitant des prises en charge multidisciplinaires.⁶ Le virage ambulatoire, rendu possible par les progrès technologiques et organisationnels, permet de traiter en externe la majorité des pathologies simples, réservant l'hospitalisation complète aux patients les plus graves ou fragiles.⁷ Parallèlement, le recul du recours aux aidants familiaux, combiné à une tension croissante sur l'offre de soins à domicile, accentue la complexité des situations hospitalières. Selon la DREES, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) peinent à répondre à la hausse des besoins en raison de difficultés de

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Comptes nationaux de la santé*.

⁴ Ordonnance n° 45-2454 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. Journal officiel de la République française, 0237, 7 octobre 1945.

⁵ Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *CIGI Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

⁶ Institut national de la statistique et des études économiques. (2024). *Projections démographiques 2024-2070*. INSEE

⁷ Haute Autorité de Santé. (2022). *Le virage ambulatoire : concepts et mise en œuvre*. HAS.

recrutement et de listes d'attente persistantes, en particulier dans les zones rurales. Cette limitation des capacités d'intervention retarde les retours à domicile et prolonge certains séjours hospitaliers. S'y ajoutent des situations médico-sociales complexes (précarité, isolement, absence de couverture sociale complète) qui allongent les durées de séjour et mobilisent de multiples acteurs.⁸ Dans ce contexte, un patient « *complexe* », tel que défini par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, est un patient dont la prise en charge requiert l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels issus des champs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, au-delà des protocoles standards.⁹ À cet accroissement des besoins s'ajoute la réduction du parc hospitalier : plus de **46 000 lits ont été supprimés** en hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) entre 2003 et 2022. Cette contraction, partiellement imputable aux contraintes structurelles, liées aux ressources humaines des professionnels de santé, impose aux établissements, une gestion fine du dimensionnement et de l'allocation des lits, dont la crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en évidence les limites face aux pics d'activité.

Par ailleurs, la rareté des lits en structures d'aval (EHPAD, MAS, SMR) résulte d'un déséquilibre persistant entre l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées dépendantes et des capacités d'accueil limitées ou gelées. Selon la DREES, le taux d'équipement en EHPAD s'établissait à **111 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus** en 2021, avec de fortes disparités régionales et départementales. Cette tension est aggravée par des fermetures d'unités liées aux difficultés de recrutement de personnel qualifié, à l'application de normes techniques plus contraignantes, par des durées de séjour longues en aval (42,1 jours en moyenne en SMR en 2022) et par des inégalités territoriales marquées. Ces contraintes contribuent directement au phénomène des « *bed blockers* », patients médicalement stabilisés mais sans solution de sortie, qui saturent les capacités d'hospitalisation et pèsent sur la fluidité des parcours.¹⁰

Afin de fluidifier les parcours patients et limiter ces situations de blocage, le législateur a instauré, par la loi du 24 juillet 2019, les **Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)**, unifiant les dispositifs préexistants pour offrir aux professionnels un point d'entrée unique pour la coordination des parcours « *complexes* ».¹¹ Les **Agences Régionales de Santé (ARS)** en soutiennent le déploiement via des programmes, tels qu'e-

⁸ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023). *Les services de soins infirmiers à domicile en 2022. Études & Résultats*, (1289).

⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *Journal officiel de la République française*, 0022, 27 janvier 2016, texte n° 2.

¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023b). *Panorama des établissements de santé*.

¹¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. *Journal officiel de la République française*, 0171, 25 juillet 2019, texte n° 1.

Parcours et le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Dans le Grand Est, le **Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028** prévoit de renforcer la structuration des parcours territoriaux, de valoriser les fonctions d'appui, comme les DAC et d'intégrer la coordination des parcours dans les stratégies régionales de prise en charge et de prévention des ruptures.¹² Dans ce cadre, l'ARS Grand Est, à travers sa **Doctrine régionale sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmés** et le **Plan régional d'organisation des flux hospitaliers non programmés**, inscrit au PRS 2023-2028,¹³ a demandé à tout établissement autorisé en médecine d'urgence et enregistrant plus de 13 000 passages annuels aux urgences d'élaborer une **feuille de route quinquennale**, pour optimiser la gestion des lits, fluidifier l'aval hospitalier, et renforcer la coordination territoriale.¹⁴

Au **CHU de Reims**, cette feuille de route s'inscrit dans une **démarche institutionnelle** centrée sur la fluidification des parcours patients, depuis l'amont (meilleure orientation avec la médecine de ville, projets tels que le **SAS**) jusqu'à l'aval (réduction des délais de transfert, partenariats renforcés avec les EHPAD et établissements, publics comme privés, du territoire). Elle inclut l'optimisation des flux aux urgences, la conciliation entre hospitalisations programmées et non programmées, la réduction des durées moyennes de séjour et la limitation des risques liés aux hospitalisations prolongées.¹⁵

En 2024, le CHU de Reims a enregistré **53 783 passages aux urgences**, dont **22,7 % ont donné lieu à une hospitalisation**, avec **18,4 % de patients âgés de 75 ans et plus**.¹⁶ Cette stratégie a donc conduit, parmi d'autres mesures, à la création de la **cellule institutionnelle des cas bloquants du CHU de Reims**, outil de régulation et de sécurisation des sorties bloquantes et « complexes ».

Dans ce contexte, ce mémoire propose donc d'analyser : *Comment la cellule des cas bloquants du CHU de Reims peut-elle renforcer sa maturité stratégique et optimiser la gestion des situations bloquantes et « complexes », afin de contribuer durablement à la fluidification des parcours patients et à la performance capacitaire de l'établissement ?* Nous réaliserons une analyse interne (partie 1) et externe de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims (partie 2), afin d'identifier ses limites et de formuler des recommandations

¹² Agence Régionale de Santé Grand Est. (2018). *Projet régional de santé 2018-2028*.

¹³ Agence Régionale de Santé Grand Est. (2023). *Doctrine régionale sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmés*.

¹⁴ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *Rapport annuel des structures des urgences – Résumé de passage aux urgences 2021 (RPU 2021)*.

¹⁵ CHU de Reims. (2023, 31 octobre). *Feuille de route de gestion des lits de l'établissement*. Document interne transmis à l'ARS Grand Est le 17 novembre 2023.

¹⁶ CHU de Reims. (2022). *Résumé de passage aux urgences 2021 (RPU 2021)*. Service des urgences, Pôle médecine d'urgence, CHU de Reims.

stratégiques, opérationnelles et organisationnelles visant à en consolider sa maturité stratégique (partie 3).

1 L'analyse interne de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims : une réponse hospitalière structurée face aux patients en parcours bloqué.

1.1 Les « *bed-blockers* » : une réalité incontestable et protéiforme, mettant en échec l'organisation des parcours hospitaliers des établissements de santé, par l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) et la limitation *de facto* des admissions.

1.1.1 Qui est la cible de la cellule des cas bloquants ? : éléments de définition des « *bed-blockers* ».

- a) *L'approche par le médical : un patient en « séjour inadéquat », un « séjours longs et inadaptés », aussi appelé en anglais, « delayed discharged ».*

Sur le plan médical, le phénomène des « *bed-blockers* » désigne la situation de patients hospitalisés en soins aigus, dont le séjour se prolonge au-delà de la durée médicalement justifiée, en raison de l'absence de solution d'orientation adaptée en aval. Ces patients, qualifiés de « *séjours inadéquats* » ou de « *séjours longs et inadaptés* », sont médicalement sortants, mais continuent à occuper un lit du fait d'un retard dans l'organisation de leur sortie. Dans la littérature internationale, ce phénomène est notamment décrit sous les termes de « *delayed discharge* » ou « *delayed transfer of care* » (Royaume-Uni), « *backlog* », « *longstay* » ou « *outlier* » (Amérique du Nord).¹⁷

La définition officielle britannique, adoptée en 2001 par le *Department of Health* précise, qu'« *un transfert retardé survient lorsqu'un patient est prêt à être transféré d'un lit de soins aigus, mais qu'il occupe encore ce lit. Un patient est considéré prêt lorsque : (1) une décision clinique a été prise indiquant qu'il est apte à quitter l'hôpital, (2) une équipe pluridisciplinaire confirme cette aptitude, et (3) toutes les conditions de sécurité du transfert sont réunies* ». ¹⁸ Cette approche présente l'intérêt de déplacer la responsabilité de la situation du patient vers le système de santé, en soulignant l'incapacité organisationnelle à mobiliser en temps utile les ressources d'aval nécessaires. Elle met ainsi l'accent sur la

¹⁷ Oliver, D. (2023). Delayed discharges harm patients, staff, and systems. *BMJ*, 380, p459.

¹⁸ Department of Health. (2001). *Delayed transfers of care definition*. National Health Service.

fluidification des parcours comme objectif central, tout en rappelant que ces retards impactent directement la gestion des capacités hospitalières et la disponibilité des lits.¹⁹

b) L'approche par la durée de séjour.

Au-delà, la durée moyenne de séjour (DMS) constitue un indicateur couramment mobilisé pour identifier les situations de « *bed-blocking* », en fixant des seuils au-delà desquels un séjour est considéré comme anormalement prolongé.²⁰

Au CHU de Reims, une extraction interne réalisée le 20 décembre 2024 a mis en évidence 84 séjours en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) d'une durée supérieure à 30 jours et 77 séjours en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) excédant 60 jours. Ces 161 patients relevaient tous de situations de « *sortie retardée* », résultant d'un contexte clinique défavorable, mobilisant de manière prolongée les capacités d'hospitalisation et réduisant corrélativement la disponibilité des lits pour l'admission de nouveaux patients.²¹

c) L'approche par les coûts.

Néanmoins, les patients dont la durée de séjour excède largement le seuil médicalement justifié génèrent un coût important pour l'Assurance maladie, et constituent un usage inapproprié des ressources hospitalières, au détriment de patients en attente de soins.

Pour les établissements, ces situations entraînent un manque à gagner financier. En effet, dans ce cas de figure, les lits sont mobilisés par des prises en charge non valorisées dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), au lieu d'accueillir des patients nécessitant des soins aigus et générant des recettes associées.²²

Au CHU de Reims, le coût moyen journalier d'une hospitalisation est estimé à environ 1 700 € en MCO et 800 € en SMR. Chaque sortie effective d'un patient médicalement sortant représente donc une économie substantielle et permet une réaffectation des lits à des prises en charge mieux valorisées, améliorant ainsi l'efficience médico-économique de la gestion capacitaire hospitalière. Multiplié par plusieurs dizaines de cas par an, l'impact financier devient significatif.²³

¹⁹ Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *CIGI Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

²⁰ Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). (2022). *Analyse des patients médicalement sortants en médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et réadaptation*. AP-HP.

²¹ Centre hospitalier universitaire de Reims. (2024, 20 décembre). *Extraction des séjours MCO de plus de 30 jours* [Fichier Excel interne]. Direction des finances.

Centre hospitalier universitaire de Reims. (2024, 20 décembre). *Extraction des séjours SMR de plus de 60 jours* [Fichier Excel interne]. Direction des finances.

²² Bonastre, J., Journeau, F., Nestrigue, C., & Ora, Z. (2009). *Hospital activity, productivity and quality of care before and after activity-based funding (T2A)*. *Questions d'économie de la santé*, Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (Irdes).

²³ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

1.1.2 Sur la trace des causes de blocage des parcours hospitaliers.

Selon une étude réalisée au Royaume-Uni, entre 1993 et 2003, les trois causes principales de blocage des patients à l'hôpital sont les suivantes : (1) des causes internes à l'hôpital (attente d'un avis, attente de la décision d'un tiers) ; (2) l'absence de place en service de réadaptation ; (3) d'autres raisons (attente de financement pour la mise en place du projet du patient, logement, difficultés liées aux patients ou aux soignants).²⁴

L'explication de la situation bloquée ne peut cependant être attribuée à une seule cause, mais à une conjonction de celle-ci. Le blocage d'un « *bed-blocker* » est souvent lié à une combinaison de plusieurs facteurs causaux.²⁵ En effet, un lien de cause à effet est souvent établi entre la durée moyenne de séjour (DMS) et la présence de difficultés sociales du patient (raison familiale, financière, de lieu de vie).²⁶ Dans l'ensemble, les scientifiques s'accordent sur l'existence de caractéristiques individuelles, dont disposent les patients, qui les conduisent dans ces situations de blocages. Néanmoins, un consensus semble toutefois se dégager concernant l'existence de groupe de population, parmi ces « *bed blockers* ». Ainsi, selon la professeure en évaluation des politiques publiques, Ana Manzano-Santaella, de l'Université de Leeds, au Royaume Uni, les personnes âgées dépendantes, ayant des besoins perçus comme sociaux, les patients atteints de maladie chronique, et les personnes atteintes de maladies mentales ou cognitivement déficientes, formeraient une majorité des cas.²⁷

Dès-lors l'ensemble de ces éléments concourent à une vraie diversité des situations des patients bloquants. Cette diversité échappe aux logiques de spécialités médicales et va au-delà des groupes particuliers de patients. Le phénomène joui donc d'un caractère transversal incontestable, au regard de l'organisation des établissements publics de santé et nécessite de cultiver une approche systémique dans l'analyse du sujet.²⁸

1.1.3 Quels sont les facteurs de complexité identifiés par la littérature scientifique, pour expliquer les situations de blocages des patients dit « complexes » ?

Au-delà de l'identification des causes et des profils types de patients bloquants, il convient de préciser qu'au sein de ce groupe se distinguent, d'une part, des situations qualifiées de « *bed blockers* » classiques, et d'autre part, des situations relevant de « cas complexes ». L'examen porte à présent sur ces derniers, au travers d'une exploration analytique des facteurs de complexité, identifiés dans la littérature scientifique. En effet,

²⁴ Glasby, J. Littlechild, R. Pryce, K. (2004) A narrative review of the literature on delayed hospital discharges. *Br J Soc Work*.

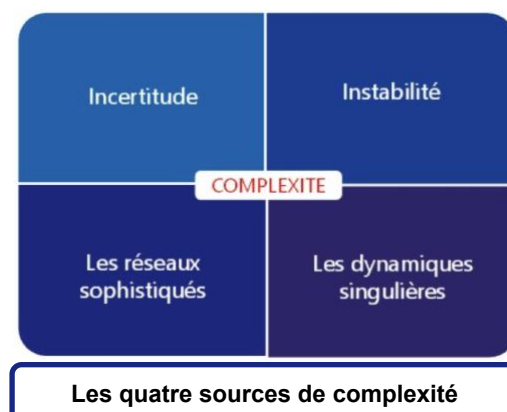
²⁵ Hubbard, G. Huby, G. Wyke, S. Thesmess, T. (2004), Research Review on Tackling Delayed Discharge. *Edinburgh : Scottish Executive Social Research*.

²⁶ Couillot, M.F. Gryson, N. Gougnard, S. (2014), Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique, *La revue de gériatrie*, pp 215-221.

²⁷ Manzano, A. (2010) From Bedblocking to Delayed Discharges, *Health Services Management Research* 23(23) :121-7.

²⁸ Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *CIGI Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

selon Aude LOILIER et Hervé PINGAUD, professeurs à l'Université de Toulouse, en ingénierie des systèmes de santé, il existe quatre facteurs à la source de la complexité chez un patient dit « *complexe* » (Annexe n°2).



Même si la décision clinique de sortie du patient a été prise, en réalité la suite de son parcours pose des difficultés :

- (1) **L'incertitude** : L'absence d'identité, d'ouverture de droit ou l'absence de régularité font peser une incertitude sur l'état civil du patient, sa couverture sociale en santé et le lieu de sa future résidence. L'évolution d'un état de santé n'est jamais totalement prédictible. La disponibilité des ressources compétentes est parfois limitante. La volonté du patient peut également changer de cap.
- (2) **L'instabilité** : La définition du projet de sortie et les mesures de protection sont des sources d'instabilité, car elles peuvent provoquer un rejet du retour au domicile du patient, ou une non-acceptation des suites de la sortie par un tiers. De même, des divergences entre les objectifs des acteurs (patients, familles, proches) et les conflits de génération dans la définition du parcours de soins, peuvent également être source d'instabilité. Au-delà, un patient sans domicile fixe est, par exemple, source de dynamiques singulières, en lien avec les difficultés spécifiques d'un public, dont on peut difficilement préjuger des comportements.
- (3) **Les réseaux sophistiqués** : Par ailleurs, le parcours de soins d'un patient en situation « *complexe* » implique l'articulation et la coexistence de plusieurs réseaux sophistiqués : le réseau des acteurs médicaux, le réseau social entourant la personne concernée, ainsi que le réseau logistique dédié aux médicaments et aux dispositifs médicaux.
- (4) **Les dynamiques singulières** : La désignation de ressources institutionnelles chargées d'accueillir le patient sortant relève d'une problématique de travail en réseau, impliquant une coopération entre entités juridiquement indépendantes, mais responsables conjointement de l'orientation. Cette dynamique particulière se traduit notamment par un faible nombre de points d'équilibre, ainsi que par des comportements d'acteurs demeurant aléatoires (retours répétés aux urgences,

situations de détresse au domicile). Le degré d'autonomie de ces acteurs peut, par ailleurs, favoriser l'émergence de comportements imprévus et non anticipés.²⁹

1.1.4 Qui sont les « *bed-blockers* » ? : Typologie des cas suivis par la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, en fonction de leurs profils et de leurs pathologies.

Ainsi, l'analyse des facteurs de complexité met en évidence la diversité des éléments susceptibles d'entraver la sortie des patients « *complexes* », qu'ils relèvent de contraintes administratives, médicales, sociales ou organisationnelles. Dans la pratique, cette diversité apparente recouvre toutefois des catégories-types récurrentes, permettant d'identifier à la fois des profils de patients bloquants « *classiques* » et des profils de patients relevant de situations « *complexes* ». L'examen qui suit vise à illustrer cette typologie à partir des cas effectivement suivis par la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, sur l'année 2025,³⁰ en tenant compte de leurs caractéristiques et de leurs pathologies (voir tableau ci-dessous).

<i>Patients bloquants classiques dit « <i>bed blockers</i> »</i>	<i>Patients bloquants dit « <i>cas complexes</i> »</i>
• Les patients étrangers en situation administrative irrégulière (sans-papiers). • Les patients lourdement dépendants, en attente de solution d'aval ou refusant les solutions d'aval. • Les situations de patients confrontés à un blocage familial ou un environnement complexe. • Les patients en attente de l'évolution de leur situation juridique ou administrative.	• Les personnes âgées polypathologiques en perte d'autonomie. • Les patients avec des troubles cognitifs ou psychiatriques sévères. • Les patients en situation de grande précarité, situation sociale fragile, en incurie à domicile ou résidant dans un logement précaire. • Les adultes jeunes, avec handicap lourd ou maladie rare.

a) *Les patients bloquants classiques dit « *bed blockers* » : des blocages du parcours patient souvent évitables par une meilleure anticipation du système de santé.*

1. Les patients étrangers en situation administrative irrégulière (sans-papiers).

Tout d'abord, on identifie les patients étrangers sans titre de séjour valide, souvent gravement malades ou accidentés, qui ne peuvent ni retourner rapidement dans leur pays d'origine, ni intégrer une structure en France du fait de leur statut administratif. En l'absence

²⁹ Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *CIGI Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

³⁰ CHU de Reims. (2025). *Tableaux complexes archives 2025 et Tableau cas complexes médecine 2024 et 2025* [Documents internes, cellule des cas bloquants, ASE référente cas complexes, Centre hospitalier universitaire de Reims].

de domicile légal et de couverture sociale stable, ils se retrouvent « *bloqués* » à l'hôpital pendant de longues périodes.³¹

La cellule de gestion des cas bloquants a d'ailleurs constaté une augmentation de ces situations d'« *étrangers malades* » en attente de régularisation. En effet, on constate une augmentation de 37 % des patients sans titre de séjour, suivis par le service social hospitalier, entre 2019 et 2023, d'après les données internes.³² Dans ce cas de figure, le premier obstacle réside dans la durée des procédures de régularisation pour raisons médicales particulièrement longue. Le dispositif de régularisation pour « *étranger malade* », au sens du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), peut prendre de nombreux mois.³³ Le second obstacle tient au refus de certaines structures médico-sociales d'admettre des personnes sans couverture fiable, y compris celles bénéficiant de l'Aide Médicale de l'État (AME), en raison de la crainte d'un non-paiement des frais de séjour. À cela peuvent s'ajouter des Obligations de Quitter le Territoire Français (OQTF), qui compliquent les plans d'accueil et peuvent dissuader certains établissements d'envisager l'admission. Ces situations cumulent ainsi des incertitudes relatives à l'état civil, à la couverture des soins et au lieu de vie futur du patient, rendant la planification de la sortie particulièrement aléatoire.³⁴

Face à ces situations, la cellule des cas bloquants travaille en étroite collaboration avec les services de l'État (Préfecture, Office français de l'immigration et de l'intégration – OFII) pour examiner tous les leviers possibles, tels que l'obtention accélérée d'un titre de séjour pour soins et la désignation de correspondants dédiés au sein des services de l'Etat. Dans certains cas extrêmes, la cellule a cependant mis en œuvre des rapatriements sanitaires organisés vers le pays d'origine, en accord avec le patient et les autorités, lorsque aucune solution pérenne n'était envisageable en France.³⁵

2. Les patients lourdement dépendants, en attente de solution d'aval ou les patients refusant les solutions d'aval proposées.

Au-delà, l'analyse des données 2025 de la cellule des cas bloquants du CHU permet de découvrir un autre cas « *bed blocker classique* ». Il s'agit des situations où l'état de

³¹ Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

³² CHU de Reims, Direction des finances & Direction du service social. (2024, 25 juin). *Prise en charge des patients en situation irrégulière : renforcement du partenariat sous-préfecture – service* [Présentation PowerPoint]. Comité de direction, CHU de Reims.

³³ Article L. 425-9. *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*. Légifrance.

³⁴ Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

³⁵ Au CHU de Reims, deux rapatriements sanitaires ont été mis en œuvre depuis 2022 (un en chirurgie digestive et un en chirurgie locomoteur), selon Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

dépendance du patient impose une orientation vers une structure adaptée, tels qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un service de soins médicaux et de réadaptation (SMR), mais où l'absence de disponibilité immédiate dans ces structures prolonge le séjour hospitalier. Ces blocages sont observés principalement sur les unités de vie protégée (UVP) en EHPAD, où la demande dépasse largement l'offre disponible, et sur le secteur du handicap, souvent saturé. En effet, les entrées en MAS sont rares en raison d'un très faible turn-over, les patients y restant généralement toute leur vie.

Au-delà, on constate un autre cas type bloquant non complexe : les situations où le patient (très dépendant), refuse catégoriquement les solutions d'aval proposées, entraînant une hospitalisation prolongée. Cette catégorie regroupe les patients dont le niveau de dépendance nécessite un accompagnement renforcé, rendant indispensable l'orientation vers une structure adaptée.³⁶

3. Les situations de blocage liées à la défaillance ou à l'opposition de l'entourage.

Ensuite, certaines situations concernent des patients médicalement aptes à retourner à domicile ou chez un proche, mais dont l'environnement familial ou social ne permet pas un retour sécurisé. Ces difficultés peuvent résulter d'un entourage défaillant (problèmes d'addictions, violences domestiques), de l'épuisement d'un aidant principal ou de conflits familiaux rendant impossible toute solution d'hébergement. En 2025, la cellule des cas bloquants a notamment été confrontée à des familles refusant de reprendre un proche hospitalisé (des parents âgés ne souhaitant plus accueillir leur enfant adulte handicapé ou des fratries en désaccord pour éviter la prise en charge d'un parent dépendant).³⁷

4. Les situations de blocage de patients liées aux délais juridiques ou administratifs.

Enfin, le dernier cas de figure regroupe les patients dont le maintien à l'hôpital n'est plus médicalement justifié, mais se prolonge en raison de procédures juridiques ou administratives inachevées. Il peut s'agir, par exemple, d'attente de décision du juge des tutelles pour mise sous protection juridique — condition préalable à une admission en établissements sociaux et médico-sociaux — ou de délais dans l'obtention d'un financement (prestation de compensation du handicap, ouverture de droits à la Sécurité

³⁶ Dr Debart, A. (2025, 11 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Cheffe de service de soins de suite et de réadaptation gériatrique, CHU de Reims].

³⁷ Lequeux, S. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

sociale, accord d'orientation en soins de suite et de réadaptation par l'Assurance maladie). La cellule intervient alors pour tenter d'accélérer ces démarches, en sollicitant directement les autorités compétentes (réalisation de courriers médicaux aux juges pour signaler l'urgence, prise de contacts avec les caisses d'assurance maladie, relances auprès des services administratifs).³⁸

b) Les patients bloquants « complexes » : vulnérabilités médicales, sociales ou juridiques cumulées.

1. Les personnes âgées polypathologiques en perte d'autonomie.

Ensuite, concernant les « cas complexes », le profil le plus fréquemment rencontré est celui de patients très âgés, présentant plusieurs pathologies chroniques et une perte d'autonomie significative, souvent hospitalisés à la suite d'un épisode aigu. Une fois l'état médical stabilisé, le retour à domicile devient soit impossible, soit nécessite un dispositif d'aide important. Ces patients cumulent fréquemment des comorbidités, telles que le diabète, l'insuffisance cardiaque ou des troubles cognitifs débutants, et requièrent un haut niveau de coordination médico-sociale pour organiser la poursuite du parcours (aides à domicile, transports médicalisés réguliers, etc.).³⁹

2. Les patients avec des troubles cognitifs, comportementaux ou psychiatriques sévères.

Par ailleurs, on retrouve les patients avec des troubles cognitifs, comportementaux ou psychiatriques, dont la situation constitue un frein majeur à la sortie d'hospitalisation. Cette catégorie inclut notamment des patients relativement jeunes, cérébrolésés ou atteints de démences précoce (maladie d'Alzheimer jeune, syndrome de Korsakoff), pour lesquels il n'existe pas de structure d'aval adaptée à l'âge et à l'état de santé du patient. Ces situations figurent, aux côtés des personnes âgées dépendantes, parmi les profils les plus représentés des parcours bloqués « cas complexes ».⁴⁰

3. Les patients en situation de grande précarité sociale.

Un autre profil suivi par la cellule est celui des patients en grande précarité sociale (personnes sans domicile fixe, isolées, en très grande pauvreté ou au logement insalubre), pour lesquelles l'hôpital devient par défaut un refuge. Ne disposant d'aucune

³⁸ Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

³⁹ Dr Devy Michel, A. (2025, 24 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Médecin coordonnateur EHPAD, Cheffe du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].

⁴⁰ Dr Devy Michel, A. (2025, 24 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Médecin coordonnateur EHPAD, Cheffe du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].

solution d'hébergement à la sortie (absence de domicile, de famille ou de lieu d'accueil), elles restent hospitalisées au-delà du nécessaire sur le plan médical.⁴¹

4. Les adultes jeunes, avec handicap lourd ou maladie rare.

Enfin, bien que moins fréquents, certains « *cas complexes* » concernent des patients relativement jeunes, de 20 à 50 ans, souffrant de handicaps physiques ou neurologiques majeurs, consécutif à un accident grave ou d'une maladie génétique rare et dégénérative. Ces patients se retrouvent prolongés en services actifs, alors que le séjour hospitalier aigu est terminé, car leur projet de vie post-hospitalisation requiert une véritable ingénierie sur mesure. En effet, envisager la sortie pour un patient jeune tétraplégique ou avec une maladie neurodégénérative avancée, implique de coordonner de nombreux acteurs : solliciter la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour obtenir une orientation en MAS ou FAM, rechercher une place (souvent difficile d'accès) dans un établissement médico-social adapté, ou, le cas échéant, organiser un retour au domicile avec des aménagements importants (travaux, matériel médical) et la présence quotidienne d'auxiliaires de vie.⁴²

Les obstacles dans ces parcours sont multiples. D'abord, la lourdeur des dispositifs administratifs : les demandes à la MDPH peuvent prendre des mois d'instruction, et les listes d'attente dans les structures spécialisées dépassent fréquemment un an. On constate dans certains secteurs des délais supérieurs à 18 mois pour une place en MAS/FAM. Ensuite, il faut impliquer une multitude d'intervenants autour du patient : médecins hospitaliers et de ville, travailleurs sociaux, équipe de rééducation, éducateurs spécialisés, associations de personnes handicapées, etc.

En résumé, la typologie des cas suivis par la cellule des parcours complexes du CHU de Reims illustre la diversité et la complexité des situations rencontrées, allant de la dépendance lourde, à la rupture sociale, en incluant les problématiques médico-légales et familiales. Toutes présentent un caractère multifactoriel et mettent en difficulté les dispositifs traditionnels de prise en charge. C'est précisément pour répondre à ces situations, qui nécessitent une intervention souple, individualisée et transversale, qu'a été mise en place la cellule des cas bloquants du CHU de Reims (1.2).

⁴¹ Dr Debart, A. (2025, 11 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Cheffe de service de soins de suite et de réadaptation gériatrique, CHU de Reims].

⁴² Bachellé, K. (2025, 5 août). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur délégué du pôle Autonomie Santé, CHU de Reims].

1.2 La cellule des cas bloquants du CHU de Reims, un outil au service de la fluidification du parcours patient : état des lieux d'une organisation structurée, en quête de maturité organisationnelle.

1.2.1 Une construction progressive, ayant bénéficié des enseignements d'une expérimentation : historique de la création de la cellule des cas bloquants.

- a) *Entre 2015 et 2019 : le lancement d'une expérimentation au CHU de Reims pour répondre aux besoins de fluidification des parcours patients.*

Dès 2015, le CHU de Reims a lancé, à titre expérimental, une **Commission des situations critiques**, afin d'examiner les séjours anormalement longs, liés à des situations sociales complexes dans les services de médecine, et de proposer des actions pour en accélérer la sortie. Parallèlement, le pôle gériatrique (Autonomie et Santé) a instauré une **Commission d'analyse des séjours longs en SSR/MPR** (Soins de Suite et Réadaptation / Médecine Physique et Réadaptation) avec le même objectif. Fondées sur des critères précis de saisine (absence de solution d'aval, séjours prolongés, précarité sociale, absence d'aidant, nécessité d'une mesure de protection, dossier d'EHPAD en cours), ces instances ont marqué une première étape dans la prise de conscience institutionnelle de la nécessité d'identifier en amont, les situations à risque de blocage, afin de mobiliser rapidement une réponse coordonnée.

Dans le prolongement de cette phase expérimentale, le CHU de Reims a progressivement structuré, entre 2018 et 2020, son dispositif de gestion des situations complexes, bien que celui-ci soit resté concentré sur certains services de médecine. Toutefois, plusieurs limites organisationnelles ont freiné sa pérennisation : fréquence mensuelle des réunions, durée importante des séances et mobilisation conséquente des cadres et assistants sociaux pour préparer et présenter chaque dossier. Ces contraintes, auxquelles s'est ajoutée la crise sanitaire liée à la Covid-19 en 2020, ont conduit à l'interruption de l'expérimentation.⁴³

À partir de 2020 et jusqu'en 2022, la gestion des cas complexes ou critiques s'est ainsi recentrée sur une prise en charge ponctuelle et décentralisée, assurée par les équipes sociales et soignantes de chaque service, avec l'appui occasionnel des directeurs de garde, ou des gestionnaires de lits pour les situations urgentes. En l'absence d'équipe dédiée ou de guichet unique, la saisine des instances ad hoc est demeurée inégale selon les pôles, engendrant des disparités dans la prise en charge.⁴⁴

⁴³ CHU de Reims. (2021, 20 avril). *Présentation CODIR – Groupe de travail sur les situations critiques*. Document institutionnel non publié.

⁴⁴ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

- b) 2023 : la reconfiguration de la cellule de gestion des parcours complexes, grâce à l'instauration d'une démarche institutionnelle claire et structurée.

Face à la persistance des séjours bloqués et à la pression croissante sur les lits, notamment lors de la vague hivernale 2022-2023, et dans le prolongement de la doctrine régionale publiée par l'ARS Grand Est sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmés,⁴⁵ la gouvernance du CHU de Reims a engagé, en janvier 2023, une démarche institutionnelle structurée, visant à renforcer et harmoniser la fluidification des parcours patients.

Cette réorganisation s'est traduite par la création d'une **Commission Parcours Patients**, placée sous l'égide de la Direction générale et de la Commission Médicale d'Établissement (CME), rattachée à cette dernière en tant que sous-commission. Appuyée par un Comité de pilotage « *Gestion des lits* », coanimé par la Direction générale et la Présidence de la CME, cette instance, coprésidée par le Dr Paola MARIANNETI (médecin interniste) et M. Laurent FISCHER (directeur délégué de pôle), a structuré son action autour de trois axes :

- **L'ordonnancement des lits** : justifiant le déploiement d'une charte de réservation fondée sur le BJML (Bilan Journalier Moyen par Lit) et la structuration de la cellule de gestion des lits ;
- **La contractualisation interne** : mettant en œuvre des protocoles d'« *Hôpital en tension* » et d'« *Hospitalisations inadaptées* », la création d'un annuaire dédié aux urgences et la **création de la cellule de gestion des parcours complexes** (devenue cellule des cas bloquants) ;
- **La contractualisation externe et la fluidification de l'aval** : renforçant les liens ville-hôpital, la contractualisation avec des EHPAD privés, la gestion des transports sanitaires et les partenaires externes, tels que le DAC ou l'Hospitalisation à Domicile (HAD).⁴⁶

Concernant, la cellule des parcours complexes, celle-ci a donc été mise en place au second trimestre 2023. Elle a été rattachée à la Direction du service social, sous la responsabilité de M. Jules LITVINE, Directeur adjoint aux finances. Au cours de sa première année de fonctionnement, la cellule « *parcours complexes* » du CHU de Reims a été amenée à traiter un volume important de situations dites « *bloquantes* » et non

⁴⁵ Hellmann, R., Delimard, A., & Alvarez, D. (2023, 23 juin). *Stratégie régionale sur la gestion des flux d'hospitalisation non programmés* (Doctrine régionale, Direction de l'offre sanitaire, Direction de la qualité et de la performance et de l'innovation). ARS Grand Est.

⁴⁶ Dr Marianetti. P (2025, 12 août). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Co-présidente de la Commission Parcours Patients, CHU de Reims].

« complexes » (patients en attente EHPAD, SMR, absence d'aide à domicile etc.). Si les situations « complexes » (patients étrangers ; SDF ; lourd handicap ; etc.) nécessitent des ressources conséquentes pour accélérer la sortie (mesure de protection ; régularisation ; rapatriement sanitaire ; gestion des familles) ; les situations « bloquantes » relèvent davantage d'un manque de coordination opérationnelle. En effet, les documents internes du CHU de Nantes montrent que sur toutes les sorties d'un établissement de santé, 15% résultent d'une situation de blocage et 2% uniquement d'une complexité majeure, nécessitant une action individuelle institutionnelle.⁴⁷

Face à ce constat, l'année 2024 a marqué une inflexion stratégique dans la structuration du dispositif. La cellule a été officiellement renommée « **cellule des cas bloquants** », afin de capter l'ensemble du flux des patients bloquants.

- c) *En 2024, fort de son succès, la cellule change de dénomination : de la « cellule de gestion des cas complexes » à la « cellule des cas bloquants ».*

Ce changement de dénomination traduit une double ambition : d'une part, renforcer la dimension de **concertation pluridisciplinaire de la cellule autour des cas les plus critiques** ; d'autre part, **objectiver les difficultés des services cliniques** dans la gestion autonome des cas bloquants « simples », considérés comme relevant du champ opérationnel courant, ainsi que dans l'anticipation des patients « bloquants ». Ce blocage ne résulte pas uniquement d'un manque de places en aval, mais aussi de difficultés procédurales liées à la qualité ou à la complétude des dossiers transmis : documents sociaux incomplets, absence d'évaluation médicale, ou encore démarches administratives initiées tardivement. Ces insuffisances retardent l'orientation vers une structure adaptée, alors même qu'une place pourrait potentiellement être mobilisée plus rapidement si les informations nécessaires étaient correctement renseignées et transmises.⁴⁸

Cependant, la cellule ne peut traiter en routine tous les patients « bloquants » du CHU. Ce n'est pourtant pas un manque de moyens humains qui en est la cause, mais plutôt un défaut d'anticipation du projet de vie et du devenir du patient, dès l'admission, rendant leur repérage précoce difficile. Forte de son expérience, les membres de la cellule proposent désormais un accompagnement des services, afin de leur transmettre les bonnes pratiques, et de les responsabiliser sur la gestion des situations bloquantes, pour ensuite mettre en place une équipe chargée de l'aval, rattachée à une cellule

⁴⁷ Houget, P., & Rondeau, I. (2023, août). *Optimiser le parcours des patients pour améliorer l'IP-DMS des services : Rôle de la Cellule de Coordination d'aval – Expertise parcours complexes*. Séminaire Direction – Projet IPDMS, Groupement hospitalier de territoire Loire-Atlantique, CHU de Nantes.

⁴⁸ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

d'ordonnancement, qui sera prochainement créée, après le déploiement du logiciel d'ordonnancement, en novembre 2025.⁴⁹

1.2.2 Un contexte local et des enjeux spécifiques, justifiant la création d'une cellule des cas bloquants au CHU de Reims.

L'évolution progressive du dispositif, jusqu'à la création de la cellule des cas bloquants, s'inscrit par ailleurs, dans un environnement marqué par des contraintes structurelles et locales fortes.

Selon les données INSEE 2022, la Marne présente un taux d'équipement en EHPAD de 164 places pour 1 000 habitants, âgés de 75 ans ou plus. Ce taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale, estimée à environ 141 places pour 1 000 habitants. Structurellement, le département est donc relativement bien doté en capacités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).⁵⁰ Toutefois, cette situation favorable en termes quantitatifs ne doit pas occulter plusieurs contraintes majeures. Le territoire est marqué par d'importantes disparités entre les structures, liées non seulement à des enjeux d'accessibilité financière, mais également à la répartition de l'offre au regard du vieillissement de la population et des besoins associés. Le Grand Reims présente ainsi des perspectives démographiques qui appellent une évolution de l'offre en EHPAD, avec des besoins plus importants que dans les territoires plus ruraux, ce qui soulève la question des autorisations et de la répartition de l'offre relevant de la compétence de l'ARS. Ensuite, les refus de transfert dans le secteur privé, de la part des patients, souvent motivés par le niveau élevé des tarifs, limitent les possibilités d'orientation, en particulier pour les patients aux ressources modestes. Cette contrainte est accentuée par le fait que le secteur privé dispose d'un nombre limité de lits habilités à l'aide sociale, restreignant encore les solutions disponibles pour ces profils de patients. Cette difficulté est accentuée dans l'agglomération rémoise, où le taux de pauvreté atteint 24 %, soit près d'un quart de la population (INSEE, 2021), un niveau nettement supérieur à la moyenne départementale.

Par ailleurs, l'offre de transport et l'implantation géographique des établissements accentuent les difficultés d'accès : les EHPAD sont principalement concentrés dans les grandes villes, et les déplacements reposent quasi exclusivement sur le train ou la voiture, rendant peu efficaces les politiques visant à orienter les admissions vers des établissements situés en dehors du bassin de vie principal.⁵¹ Les quatre EHPAD du CHU

⁴⁹ CHU de Nantes. (2020, 7 février). *État des lieux – Évaluation des besoins en filière d'aval : Situations complexes au CHU de Nantes* [Note interne].

⁵⁰ INSEE. (2022). *Taux d'équipement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Données départementales*.

⁵¹ INSEE. (2021). *Indicateurs de pauvreté – Reims (commune)*.

de Reims, représentant presque l'intégralité de l'offre publique du territoire, avec 796 lits d'EHPAD, dont 83 lits en Unité de Vie Protégée (UVP), 120 lits d'Unité de Soins Longues Durées (USLD) et 13 lits d'Unité d'Hébergement Renforcée (UHR).⁵² Les demandes d'entrées en EHPAD ou USLD excèdent largement les capacités disponibles, en particulier dans le secteur public hospitalier, privilégié par les familles du fait des tarifs journaliers, plus abordables, que dans le secteur privé. Selon la Commission des affaires sociales du Sénat (2023), le tarif journalier des places habilitées à l'aide sociale dans les EHPAD publics est de **56,80 €**, contre **62,10 €** dans les EHPAD privés à but lucratif. Concernant les places non habilitées à l'aide sociale, le tarif journalier moyen, librement choisi par les établissements, varie entre **60,70 €** pour les EHPAD publics, **69,10 €** pour les EHPAD privés à but non lucratif et **87,50 €** pour les EHPAD privés à but lucratif.⁵³ Cette attractivité financière renforce la tension sur l'offre publique et limite fortement la fluidité des parcours d'aval pour les patients hospitalisés, en particulier ceux occupant un lit de manière prolongée au CHU de Reims, faute de solution adaptée.

À l'inverse, les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés apparaissent largement sous-dotés à l'échelle régionale. En région Grand Est, on ne recense en 2024, seulement 10 Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), représentant un total de 475 places, soit un taux d'équipement de 0,8 ‰, inférieur à la moyenne nationale. S'y ajoutent 15 Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) pour adultes handicapés, totalisant 519 places (0,9 ‰), 15 Foyers de Vie pour Adultes Handicapés (FVAH), avec 428 places (0,7 ‰), ainsi que 25 Foyers d'Hébergement pour Adultes Handicapés (FHAH), offrant 574 places (1 ‰). Parmi l'ensemble de ces structures, seules quelques-unes disposent d'un agrément spécifique pour l'accueil de personnes en situation de polyhandicap, soit 1 020 places correspondant à un taux d'équipement de 0,4 ‰.

Ce niveau d'offre reste particulièrement faible au regard des besoins identifiés sur le territoire.⁵⁴ Ce constat illustre ainsi, la précarité structurelle de l'offre de MAS, particulièrement impactante pour le CHU de Reims qui ne dispose d'aucune MAS rattachée pour organiser l'aval des patients jeunes ou polyhandicapés en attente de solution adaptée. Bien que deux MAS⁵⁵ proposent respectivement 60 et 44 places d'accueil permanent pour les patients polyhandicapés ou à dépendance lourde du territoire, l'offre locale reste largement insuffisante face à la demande. Ces établissements fonctionnent régulièrement

⁵² De La Roche, J. (2025, 8 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].

⁵³ Sénat. Commission des affaires sociales. (2023). *Situation des Ehpad : rapport d'information n° 778 relatifs aux écarts de tarification et au financement*.

⁵⁴ Handidonnées Grand Est. (2024). *Offre médico-sociale – Offre pour adultes – Nombre d'ESMS et de places installées* (2024). https://grand-est.handidonnees.fr/page/offre-medico-sociale/offre-pour-adultes/indicateur/nombre-desms-et-de-places-installees-1/departement_67/year_2024

⁵⁵ La MAS Odile Madelin à Cernay-lès-Reims et la MAS Marc Toussaint à Cormontreuil

à pleine capacité, ce qui crée une tension accrue pour le CHU de Reims dans le traitement des cas « complexes ».⁵⁶

Enfin, l'offre en soins médicaux et de réadaptation (SMR), dans la Marne, compte 773 lits, dont 466 dans le secteur public (60,3 %) et 307 dans le secteur privé ou associatif (39,7 %), soit un taux d'équipement d'environ 1,6 lits pour 1 000 habitants, légèrement en deçà de la moyenne nationale estimée à 1,8 lits pour 1 000 habitants. Ces capacités sont principalement concentrées dans les pôles urbains de Reims, Châlons-en-Champagne, Épernay et Vitry-le-François, ce qui peut compliquer l'accès aux soins pour les populations des zones rurales ou moins bien desservies par les transports en commun.⁵⁷

Face à ces freins capacitaires multiples, le CHU de Reims a très justement instauré, une organisation locale dédiée, la cellule des cas bloquants, afin de tenir compte des spécificités de son territoire.

1.2.3 Fonctionnement de la cellule : un processus institutionnalisé d'identification, de signalement et de traitement des situations de patients en parcours bloqués.

a) Le périmètre d'action de la cellule des cas bloquants.

La cellule des cas bloquants du CHU de Reims constitue un dispositif institutionnel structuré, placé sous l'autorité de la Direction du service social et rattaché à la Commission Parcours Patients, elle-même sous-commission de la Commission Médicale d'Établissement (CME). Elle a pour mission d'intervenir sur les situations qualifiées de « complexes » ou de « structurellement bloquées », c'est-à-dire concernant des patients médicalement stabilisés, mais dont la sortie est empêchée par des contraintes médico-sociales, administratives ou territoriales.⁵⁸ Ne relèvent pas de sa compétence, les situations, dont le blocage résulte uniquement d'un défaut d'anticipation des démarches par les services, telles qu'un dossier incomplet sur ViaTrajectoire, un périmètre de recherche trop restreint ou encore une opposition familiale injustifiée sur le plan médical.

Si aucune règle formelle n'a été définie pour encadrer, le repérage des cas « complexes » au CHU de Reims, en pratique, ce dernier repose sur une combinaison souple de plusieurs techniques identifiées dans la littérature scientifique, adaptées au

⁵⁶ CRPGE (Centre Ressources Polyhandicap Grand Est). (s.d.). *Maison d'Accueil Spécialisée Marc Toussaint* [Page web]. CRPGE. <https://crpge.org/maison-daccueil-specialisee-marc-toussaint/>

⁵⁷ sanitaire-social.com. (2024). *Soins de suite et de réadaptation (SSR) – Liste et capacités dans la Marne*. <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-etablissements-de-sante/soins-de-suite-readaptation/liste-marne-51>

⁵⁸ CHU de Reims. (2023, 14 novembre). *Présentation CODIR – Mise en place d'une cellule de gestion des parcours complexes* [Documentation interne].

contexte hospitalier.⁵⁹ Il s'appuie notamment sur le jugement clinique des professionnels, qui mobilisent leur expérience et leur capacité à détecter précocement les signaux faibles de complexité, dès l'admission du patient. En pratique, ce repérage peut se faire à plusieurs niveaux. D'une part, chaque service hospitalier est invité à repérer précocement les patients, dont la sortie s'annonce problématique, et ceux dès l'arrivée des patients aux urgences.⁶⁰ Au-delà, les assistants sociaux, les cadres de santé ou les médecins de tous les services du CHU, peuvent déclencher une alerte, lorsqu'un patient devient « *médicalement sortant* », sans solution d'orientation satisfaisante.⁶¹ Cette démarche relève à la fois du repérage par critères informels et d'une évaluation contextuelle partagée au sein de l'équipe. Les services demandeurs doivent donc, préalablement à toute saisine, avoir entrepris toutes les démarches d'orientation nécessaires et mobilisé un périmètre de recherche suffisant.⁶²

b) La saisine de la cellule des cas bloquants.

Une fois le patient repéré en tant que potentiel « *bed blocker* » ou potentiel patient bloquant du fait de sa complexité, la procédure de saisine est formalisée. Le signalement est initié par le service d'hospitalisation à l'initiative conjointe du médecin référent, du cadre de santé et de l'assistante sociale, qui complètent ensemble un formulaire de signalement formalisé (Annexe n°3). Ce formulaire détaille l'état médical du patient, sa situation sociale et administrative, les blocages identifiés et les démarches déjà engagées. Il est ensuite transmis à la cellule via une boîte mail générique, centralisant l'ensemble des saisines. Actuellement, le suivi est géré manuellement par l'assistante sociale référente de la cellule, qui alimente un tableau Word récapitulatif listant tous les patients pris en charge, avec pour chacun un résumé de la situation, les actions en cours, les référents responsables et les dates clés. Ce tableau, actualisé chaque semaine, constitue l'outil central de coordination et de pilotage opérationnel de la cellule. Il permet de préparer les réunions hebdomadaires, d'assurer une traçabilité interne et de faciliter le retour à destination des services demandeurs, ainsi que le reporting institutionnel.⁶³

Afin de faciliter cette étape de saisine pour les services, une évolution est en cours de déploiement. Prochainement le formulaire de saisine sera directement intégré dans le

⁵⁹ Haute Autorité de Santé. (2014, septembre). *Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours : comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?* Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

⁶⁰ Dr Cornelis. C. (2025, 29 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Praticien hospitalier, Service d'Accueil des Urgences Adultes (SAU), CHU de Reims].

⁶¹ Lequeux, S. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

⁶² Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

⁶³ Lequeux, S. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

dossier patient informatisé, Easily, utilisé au CHU de Reims. Ce développement, conduit par la Direction des services numériques (DSN) du CHU, permettra un signalement en temps réel depuis les unités de soins, la transmission automatique des informations à la cellule, l'accès partagé à la traçabilité des démarches, ainsi que la production d'indicateurs statistiques (volumes de saisines, délais de résolution, répartition par service ou type de blocage). À terme, cette intégration offrira également aux services la possibilité de suivre en direct l'avancement des actions menées par la cellule et de recevoir les avis et les plans d'action directement, via le DPI.⁶⁴

c) *Les modalités de fonctionnement de la cellule des cas bloquants : identification, traitement et coordination des cas.*

La cellule se réunit chaque semaine, le mercredi, en visioconférence via Microsoft Teams. Ces réunions pluridisciplinaires assurent un examen systématique des nouvelles saisines, un suivi des situations en cours et la définition des actions à engager. L'ordre du jour, préparé par l'assistante sociale référente, liste les patients à traiter avec mention du service d'origine, du motif de blocage et des éléments actualisés. Chaque dossier est attribué à un référent. En pratique, il s'agit de l'assistante sociale dédiée à la cellule, qui en assure le suivi complet selon une approche de « *case management* », ⁶⁵ depuis le signalement jusqu'à la sortie effective. Après chaque réunion, une synthèse des décisions prises est rédigée et transmise au service demandeur. Parallèlement, un reporting qualitatif est adressé à la Commission Parcours Patients pour le suivi institutionnel.⁶⁶

d) *Les ressources humaines et la composition de la cellule des cas bloquants.*

Sur le plan des ressources humaines, la cellule fonctionne avec une assistante de service social référente « *situations complexes* », positionnée depuis avril 2024 à mi-temps (0,5 ETP). Elle partage donc son activité entre la cellule et un autre service du CHU. Les autres membres (médecin sénior, cadre socio-éducatif, directeurs, représentant du DAC) interviennent sur leur temps de travail habituel, sans décharge d'activité dédiée. En pratique, cela signifie que la cellule s'appuie sur des disponibilités ponctuelles et sur la

⁶⁴ Deliege, M. (2025, 4 août). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cheffe de projet, Direction des services numériques CHU de Reims].

⁶⁵ Commission for Case Manager Certification. (2023). *Definition and philosophy of case management*. Retrieved from <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>.

⁶⁶ Lequeux, S. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

mobilisation de compétences transversales, ce qui limite sa capacité de traitement simultané des situations et impose un ciblage strict des saisines.⁶⁷

La composition pluridisciplinaire de la cellule, en 2025, regroupe : M. Jules LITVINE, Directeur du service social et pilote institutionnel de la cellule ; Mme Sabrina LEQUEUX, cadre socio-éducatif et responsable du service social ; l'assistante sociale référente « cas complexes » ; le Dr Anne DEBART, cheffe de service en Soins Médicaux et de Réadaptation gériatrique (SMR G) ; Mme Justine DE LA ROCHE, directrice du pôle EHPAD-USLD ; M. Kévin BACHELLÉ, directeur du pôle Autonomie Santé ; ainsi qu'un représentant du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) et, ponctuellement, un représentant de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) (Annexe n°4).⁶⁸

Sur le plan hiérarchique, la cellule est rattachée fonctionnellement à la Commission Parcours du CHU (instance stratégique) et reporte à ce titre à la Direction Générale et à la CME. Elle ne dispose pas d'un quorum formel pour valider ses décisions (il ne s'agit pas d'une commission réglementaire avec vote), mais veille à ce que toutes les parties prenantes nécessaires soient impliquées selon les cas. Cette souplesse permet de ne pas retarder l'action faute d'un membre, tout en garantissant qu'aucun volet (médical, social, territorial) ne soit oublié dans l'analyse des cas.⁶⁹

Cette composition pluridisciplinaire vise à couvrir l'ensemble des dimensions et des problématiques des patients bloquants. Cette diversité des profils est plébiscitée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), dans ces recommandations.⁷⁰ Les standards internationaux en matière de gestion des cas, rappellent par ailleurs, l'importance d'une intégration interprofessionnelle structurée, appuyée sur une identification fine des ressources et des réseaux disponibles sur le territoire.⁷¹ Certains référentiels européens vont jusqu'à recommander que ces postes soient occupés par des professionnels spécifiquement formés au « case

⁶⁷ Dr Debart, A. (2025, 11 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Cheffe de service de soins de suite et de réadaptation gériatrique, CHU de Reims].

⁶⁸

⁶⁹ Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

⁷⁰ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). (2022). *Dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes: Renforcer le service rendu aux professionnels*. ANAP. Site de la MRSS : https://www.mrss.fr/wp-content/uploads/2022/11/ANAP_DAC_Service-rendu_monographie_Vdef-revue.pdf#:~:text=santé%20mentale%20ou%20en%20soins,pour%20l'étayage%20des%20situations%20individuelles

⁷¹ American Institute of Health Care Professionals. (2024, avril 17). *Case management and health care delivery and organization*. AIHCP. Retrieved from <https://aihcp.net/2024/04/17/case-management-and-health-care-delivery-and-organization/>

management » et disposant d'une expérience éprouvée dans l'articulation des parcours complexes à l'échelle locale.⁷²

e) *L'existence d'une cellule locale dédiée au SMR du CHU de Reims.*

Enfin, si la cellule institutionnelle des cas bloquants, peut être saisie par tous les services du CHU, il existe également une cellule « *locale* » spécifique au Service Médicaux et de Réadaptation (SMR) du CHU de Reims. Cette cellule locale pilotée par le Directeur du pôle Autonomie Santé, M. Kévin BACHELLÉ, suit les durées moyennes de séjour en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) via Easily, identifie les situations de blocage et met en œuvre des solutions opérationnelles avec les équipes médicales et sociales.⁷³ Les situations non résolues localement ou nécessitant un arbitrage institutionnel, sont transmises à la cellule des cas bloquants. En 2023, la cellule locale SMR a ainsi traité, 88 situations, dont les blocages relevaient principalement de refus de sortie, de contentieux administratifs ou de difficultés d'orientation MDPH.⁷⁴

f) *Le bilan d'activité de la cellule institutionnelle de gestion des cas bloquants du CHU de Reims.*

Entre le 1er janvier et le 30 juillet 2025, la cellule institutionnelle des cas bloquants a pris en charge, pour sa part, 44 situations individuelles, issues des services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, ainsi que de contextes médico-sociaux complexes d'autres services.⁷⁵ En un peu plus d'un an, elle s'est dotée de procédures formalisées, d'outils dédiés au repérage et au suivi, et de canaux de coordination institutionnels, qui lui permettent aujourd'hui d'assurer une prise en charge individualisée et coordonnée des situations bloquantes, avec des résultats constatés sur la fluidification des parcours et la réduction des durées de séjour injustifiées.

1.2.4 Une démarche en cohérence avec les dynamiques internationales du « *case management* ».

Au-delà, le succès de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims ne constitue pas un phénomène isolé. Il s'inscrit dans une dynamique internationale où

⁷² Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg. (2020). *Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences* [PDF]. <https://sante.public.lu/dam-assets/fr/publications/g/guidelines-reseau-competences/guidelines-reseau-de-competences.pdf>

⁷³ Bachellé, K. (2025, 5 août). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur délégué du pôle Autonomie Santé, CHU de Reims].

⁷⁴ Centre Hospitalier Universitaire de Reims. (2025). *Dialogue de gestion – Pôle autonomie santé* [Présentation PowerPoint interne, Pôle Autonomie Santé, Direction qualité]. CHU Reims.

⁷⁵ CHU de Reims. (2025). *Tableaux complexes archives 2025 et Tableau cas complexes médecine 2024 et 2025* [Documents internes, cellule des cas bloquants, ASE référente cas complexes, Centre hospitalier universitaire de Reims].

l'approche dite de « *case management* », ou gestion de cas, est désormais largement reconnue pour son efficacité dans la prise en charge des patients en situation complexe. Le *case management* désigne un modèle organisationnel structuré et collaboratif, qui repose sur la désignation d'un référent unique chargé d'assurer la continuité, la coordination et la cohérence de l'accompagnement global d'un patient. Ce modèle vise à prévenir les ruptures de parcours, optimiser les ressources disponibles et garantir un accompagnement adapté et efficient, notamment pour les personnes les plus vulnérables.⁷⁶

Plusieurs études internationales confirment les effets positifs de cette approche. Au Québec, une étude menée dans six établissements hospitaliers a mis en évidence les bénéfices des dispositifs de « *case management* » sur l'expérience des patients, avec une réduction significative des hospitalisations imprévues et des recours aux urgences. Le rôle central de la coordinatrice de cas, souvent une infirmière ou une assistante sociale, y est souligné comme déterminant dans le suivi individualisé des patients à besoins multiples.⁷⁷

Dans une perspective plus globale, une recherche publiée en 2017, dans *The International Journal of Integrated Care*, a démontré que le « *case management* » intégré entre les soins hospitaliers et communautaires permettait une baisse marquée des hospitalisations non planifiées, ainsi qu'une diminution de la durée de séjour pour les patients atteints de pathologies chroniques multiples.⁷⁸

Enfin, les travaux de Hudon et Kessler (2023) confirment que l'efficacité du « *case management* » repose sur sa capacité à s'adapter au contexte organisationnel dans lequel il s'inscrit. Leur étude montre que la coordination multi-composante, lorsqu'elle est sensible aux réalités locales, renforce l'intégration des soins et la durabilité des parcours pour les patients « *complexes* ».

Ces résultats convergent vers une reconnaissance du « *case management* » comme levier essentiel d'amélioration de la qualité, de la continuité et de l'efficience des prises en charge.⁷⁹

⁷⁶ Commission for Case Manager Certification. (2023). *Definition and philosophy of case management*. Retrieved from <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>.

⁷⁷ Hudon, C., Chouinard, M.-C., Bisson, M., Morneau, J., Danish, A., Aubrey-Bassler, K., et al. (2022). *Case management programs for improving integrated care and outcomes for people with complex needs: A multiple embedded case study in six hospitals in Quebec, Canada*. PLOS ONE, 17(2), e0260928. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260928>

⁷⁸ Tortajada, S., Moreno, M. C., Aledo, A., Peiró, S., & Sancho, J. M. (2017). *Integrated case management for patients with complex multimorbidity: A quasi-experimental study*. International Journal of Integrated Care, 17(2), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.2493>

⁷⁹ Hudon, C., & Kessler, R. (2023). *Understanding case management for complex patients in integrated health systems*. Health Research Policy and Systems, 21, 9. <https://doi.org/10.1186/s12961-023-00960-4>

Après avoir étudié en profondeur l'organisation, les missions et les modalités de fonctionnement interne de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, l'analyse se poursuit par un élargissement du regard, vers son environnement externe. L'inscription de la cellule dans un réseau territorial de partenaires, ainsi que les échanges inter-établissements, constituent en effet des leviers essentiels pour optimiser la fluidité des parcours et réduire les situations de blocage. Cette approche externe sera enrichie par un benchmark comparatif, permettant d'identifier des bonnes pratiques transférables et des enseignements stratégiques pour renforcer l'efficacité du dispositif (2).

2 L'analyse externe de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims : étude des dynamiques de mise en réseau territorial, au service de la fluidification des parcours patient et enseignements stratégiques d'un benchmark inter-établissements.

La cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims s'inscrit dans un écosystème territorial composé d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mobilisés pour fluidifier les parcours bloquants et « complexes ». Chaque partenaire contribue, selon ses compétences, à éviter les ruptures de prise en charge. Dans le cadre de cette étude, plusieurs de ces acteurs (DAC 51, CLIC de l'Agglomération Rémoise, CPTS Reims Métropole) ont été rencontrés, afin d'améliorer la compréhension des interactions en cours et d'identifier les leviers d'une coordination plus efficace entre l'hôpital et la ville (2.1).

2.1 Le partenariat ville-hôpital pluriel : un levier d'efficience dans la fluidification des sorties hospitalières du CHU de Reims.

Tout d'abord, le **Dispositif d'Appui à la Coordination de la Marne (DAC 51)**, constitue un partenaire structurant de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims. Issu de la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), il agit depuis 2023 comme guichet unique d'appui aux professionnels confrontés à des parcours « complexes », quel que soit l'âge, la pathologie ou le lieu de vie du patient. Porté par l'Association d'Appui aux Professionnels de Santé du Grand Reims, le DAC 51 bénéficie d'un ancrage solide en médecine de ville, avec plus de 400 médecins généralistes qui le sollicitent régulièrement. Ses missions sont triples : informer, orienter, et surtout appuyer les coordinations à travers des interventions de proximité (évaluation à domicile, construction de plans personnalisés, médiation entre acteurs). Il mobilise à cet effet 18

coordinateurs de parcours aux profils pluriprofessionnels (assistantes sociales (AS), IDE, ergothérapeutes, psychologues, médecins).⁸⁰ Avec la cellule hospitalière, le lien s'incarne par la désignation d'un référent DAC dédié au CHU, permettant une collaboration réactive. Des échanges d'informations, via la plateforme régionale PARCEO, garantissent la continuité du suivi des patients lors des transitions entre l'hôpital et le domicile.⁸¹

La coordination avec les structures sanitaires d'aval est essentielle dès lors qu'un patient sort d'une prise en charge aiguë tout en nécessitant des soins complémentaires, notamment en SMR ou en HAD. Dans ce contexte, le CHU collabore notamment avec **l'HAD Croix-Rouge de Reims**, ressource précieuse pour organiser la poursuite de soins complexes à domicile. Des réunions tripartites (CHU, HAD, DAC) peuvent être convoquées pour préparer les sorties sensibles. Lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable, cette coordination s'étend également vers des prises en charge de long séjour, notamment en USLD, qui, bien que relevant du secteur sanitaire, s'apparentent davantage à des structures d'hébergement de longue durée, proches des EHPAD, tout en offrant un encadrement médical et soignant renforcé.⁸²

Par ailleurs, la dimension médico-sociale et sociale est quant à elle assurée par le **Conseil départemental de la Marne** (aides à l'autonomie, orientation en EHPAD, APA) et par les **services sociaux de la Ville de Reims**, notamment à travers le **CCAS**. Ces structures sont sollicitées pour résoudre des problématiques de logement, de précarité ou de dépendance, qui conditionnent souvent la sortie de l'hôpital.

Au-delà, les réseaux associatifs d'aide à domicile, les **Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**, les **Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)** et les instances de concertation territoriale, tel que le **Conseil Territorial de Santé**, complètent cet écosystème. La cellule du CHU de Reims, s'appuie en effet, sur ces multiples partenaires, pour renforcer sa capacité à anticiper les sorties et à sécuriser les trajectoires des patients les plus vulnérables.⁸³

Enfin, la médecine de ville occupe une place centrale dans cet écosystème partenarial. Les médecins généralistes sont fréquemment à l'origine des alertes concernant des patients dits « complexes » et demeurent les référents naturels, après la sortie

⁸⁰ Birebent, M. (2025, 25 juin). *Entretien semi-directif sur le rôle du DAC 51 dans la gestion des cas bloquants* [Directeur de l'Association d'appui aux professionnels de santé, CHU de Reims].

⁸¹ Painvin, K. (2025, 27 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice déléguée du DAC 51, CHU de Reims].

⁸² Haute Autorité de santé. (2025, avril). *Rapport de certification – Hospitalisation à domicile de Reims – Croix-Rouge française* (n° 32083) [Rapport PDF]. HAS.

⁸³ Amry, F., & Pinto, S. (2025, 3 juillet). *Entretien semi-directif sur le rôle du CLIC dans la gestion des cas bloquants* [Coordinatrice du CLIC de l'Agglomération Rémoise].

d'hospitalisation. Toutefois, dans les faits, la prise en charge coordonnée des parcours « complexes » est très inégalement assurée en ville.

De nombreux professionnels libéraux délèguent cette responsabilité au DAC 51, perçu comme le seul acteur en capacité d'assurer un accompagnement interdisciplinaire et de proximité. La **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Reims Métropole**, qui regroupe les professionnels de santé libéraux du territoire, joue un rôle structurant dans la coordination des parcours, mais davantage sur des pathologies ou publics cibles bien définis (diabète, personnes âgées, santé mentale, etc.), plus que sur des situations de grande complexité transversale.

En outre, La CPTS Reims Métropole intervient peu, à ce jour, dans le champ des cas bloquants hospitaliers, et manifeste sa méconnaissance des dispositifs existants au CHU en la matière. Cette méconnaissance mutuelle limite les possibilités de coopération. Si des relais médicaux et paramédicaux à la sortie (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) peuvent être activés par la cellule, leur mobilisation reste souvent ponctuelle et dépendante de la capacité du DAC 51 à faire le lien. Il apparaît, dès lors, nécessaire de renforcer les passerelles formelles entre le CHU et les structures de la ville, en particulier les CPTS, pour mieux intégrer les acteurs libéraux dans la gestion des parcours complexes et éviter les ruptures de parcours, à la sortie.⁸⁴

Ensuite, au-delà des acteurs de la ville, l'implication des structures médico-sociales et sanitaires d'aval, constitue un maillon déterminant dans la chaîne de fluidification des parcours. Leur mobilisation conditionne directement la sortie des patients « bed blockers » ou en situation « complexe », et représente ainsi un enjeu central pour la cellule du CHU de Reims (2.2).

2.2 L'implication déterminante des structures médico-sociales d'aval pour fluidifier les patients « bed blockers » et les patients bloquants « complexes ».

Dans un contexte territorial marqué par une tension forte sur les capacités d'accueil médico-sociales, notamment sur le bassin rémois, un groupe de travail a été constitué en novembre 2023 à l'échelle de la direction commune dans l'objectif de fluidifier les parcours hospitaliers, vers les structures médico-sociales. Ce groupe associe les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD) de la direction commune (Epernay, Ay-Champagne, Avize, Montmirail,

⁸⁴ Louis, M. (2025, 30 juillet). *Entretien semi-directif sur le rôle de la CPTS dans la gestion des cas bloquants* [Directrice de la CPTS Reims Métropole].

Fismes), représentant une capacité totale de plus de 2 000 lits, ainsi que les EHPAD du CHU de Reims (sites Roux, Roederer, Wilson, Marguerite Rousselet), le service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) gériatrique, et le service social hospitalier.

L'enjeu partagé par les acteurs était de répondre à un déséquilibre persistant, entre la demande croissante d'hébergement et une offre contrainte, en travaillant sur l'amélioration de la coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales. Le groupe de travail s'était fixé trois objectifs opérationnels : Améliorer la visibilité et l'accessibilité de l'offre existante ; Identifier les contraintes, besoins et leviers au sein des parcours ; Élaborer des outils de repérage, d'orientation et d'adressage destinés à renforcer la réactivité des structures d'aval, dans une logique d'adéquation aux besoins des usagers.

Ces travaux ont été institutionnalisés au sein de la Commission Parcours Patient (CPP), avec la présentation d'un plan d'action présenté en décembre 2023, suivi d'un état d'avancement partagé en mars 2024. L'ensemble de cette démarche s'inscrit dans le cadre de la labellisation de la filière gériatrique du groupement hospitalier de territoire (GHT).⁸⁵

Parmi les actions concrètes engagées, **une cartographie générale de l'offre médico-sociale de la direction commune (SMR, EHPAD, USLD)** a été réalisée. Cette cartographie recense les capacités d'accueil, les spécificités et les modalités de contact de chaque établissement, avec l'objectif de faciliter les échanges interprofessionnels entre les équipes médicales et sociales du CHU et de la direction commune. Elle est destinée à un usage interne, à l'attention des médecins, cadres de santé, gestionnaires de lits, assistantes sociales et directions des établissements.⁸⁶ Toutefois, il convient de rappeler que le partage de cette information ne saurait constituer un levier contraignant en matière d'admission. Chaque structure reste libre d'accepter ou non une orientation, dans le respect de la volonté de la personne accueillie et de son libre choix.⁸⁷

Un second outil a été conçu pour permettre **un partage actualisé des disponibilités en lits médico-sociaux (EHPAD, USLD, accompagnement à domicile)**. Il s'agit d'un tableau de bord territorial collaboratif, accessible en ligne via la plateforme SharePoint, alimenté hebdomadairement par les établissements de la direction commune. Cet outil est à ce stade réservé à un usage interne. A moyen terme, une extension à d'autres structures publiques (hors direction commune) et à des EHPAD privés volontaires pourrait être envisagée. La principale limite de ce dispositif tient à son caractère déclaratif,

⁸⁵ De La Roche, J. (2025, 8 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].

⁸⁶ CHU de Reims. (2024, 6 février). *Retour sur les travaux de fluidification des parcours médico-sociaux : CODIR plénier* [Présentation PowerPoint]. CHU de Reims.

⁸⁷ Franzi, B. & Voillot, S. (2025, 8 avril). *Échange avec la direction du CH Moët et Chandon d'Épernay sur la gestion des parcours complexes*.

reposant sur les informations transmises par les EHPAD du Groupement hospitalier de territoire (GHT), ce qui suppose une actualisation régulière des données et une volonté partagée de transparence entre établissements.⁸⁸

En parallèle, un chantier relatif à l'**harmonisation des dossiers d'admission en EHPAD a été initié en septembre 2024**. Il vise, dans la limite des contraintes juridiques applicables, à simplifier et unifier les pièces exigées à l'entrée des établissements médico-sociaux, afin de réduire les délais de traitement et de limiter les aller-retours entre les services sociaux et les structures d'aval.⁸⁹

Enfin, un axe stratégique important porte sur **la consolidation des partenariats avec le secteur privé**. Un démarchage actif des EHPAD privés du territoire, a donc été menée par la direction du pôle Autonomie Santé et la cheffe de service du service des SMR Gériatriques, afin de négocier des places à tarifs préférentiels pour les patients hospitalisés au CHU, en attente d'orientation vers un EHPAD public. Une convention a été signée en 2024, avec l'EHPAD privé Korian Villa des Rèmes, formalisant une liaison SMR-EHPAD et prévoyant des conditions d'accueil financièrement accessibles, en particulier pour les patients pour lesquels, le prix de journée classique, constitue un obstacle à la sortie hospitalière.⁹⁰

Outre les projets menés par la Commission Parcours Patient (CPP), pour fluidifier la sortie des patients bloquants – tels que le développement de partenariats avec les EHPAD publics et privés, le renforcement des liens avec le DAC et les prestataires à domicile, la réalisation d'une cartographie des EHPAD et des SMR présents sur le territoire, ainsi que la création de l'UPUM (Unité Post-Urgences Médicales) et de l'UPMG (Unité Post-Urgences Médico-Gériatrique), en 2023 – d'autres projets innovants sont déployés au CHU de Reims pour accélérer la prise en charge et l'orientation des « bed blockers ». (2.3).

2.3 Des projets innovants pour contourner les situations bloquantes et anticiper les parcours patients du CHU de Reims.

2.3.1 Le projet DAUM : anticiper les parcours bloquants dès l'amont.

Le projet DAUM (Dispositif d'Accompagnement des Usagers Multi-consommateurs de soins), porté par l'ARS Grand Est, constitue un levier opérationnel visant à prévenir les

⁸⁸ CHU de Reims. (2024, 6 février). *Retour sur les travaux de fluidification des parcours médico-sociaux : CODIR plénier* [Présentation PowerPoint]. CHU de Reims.

⁸⁹ Fève, R. (2025, 11 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur délégué du CH de Fismes, établissement de la direction commune du CHU de Reims].

⁹⁰ Bachellé, K. (2025, 5 août). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

ruptures de parcours en identifiant, dès les premiers signes de recours excessif aux soins urgents, les patients à risque de complexification.⁹¹ Au CHU de Reims, ce dispositif en cours de déploiement au sein des urgences adultes, a vocation à repérer et signaler en temps réel, via l'outil numérique PARCEO, les usagers ayant un recours fréquent et inadapté aux urgences (≥ 5 passages par an), souvent en lien avec des situations de précarité, de troubles psychiques, d'isolement social, ou de pathologies chroniques mal suivies.⁹²

L'objectif du projet DAUM est double : d'une part, éviter l'installation de situations qui, faute de prise en charge adaptée en amont, deviennent des cas « complexes » nécessitant des hospitalisations prolongées ou des interventions lourdes ; d'autre part, limiter la saturation des services d'urgence et des lits hospitaliers mobilisés par des patients pour lesquels des solutions de proximité ou d'accompagnement à domicile auraient pu être mises en place plus tôt.

Le dispositif repose donc sur une collaboration étroite entre le CHU, le DAC 51, les CPTS, le SDIS, et les partenaires médico-sociaux. Il permet la mise en œuvre rapide d'un plan d'accompagnement individualisé, incluant la remobilisation du médecin traitant, la coordination des aides sociales, et l'orientation vers des structures adaptées (addictologie, soins psychiatriques, EHPAD, etc.). Ainsi, le projet DAUM vise à agir en amont des hospitalisations, et éviter que certaines situations évoluent vers un statut de « cas bloquant » ou « cas complexe », contribuant ainsi à sécuriser les parcours et à optimiser l'usage des ressources hospitalières.⁹³

2.3.2 Un pilotage des parcours coordonnés par pathologie, renforcé par l'intelligence artificielle, dans une logique de responsabilité populationnelle.

Ensuite, le CHU de Reims, en collaboration avec l'Institut de l'intelligence artificielle en santé (IIAS), déploie une démarche structurée de coordination des parcours de soins par pathologie, appuyée par l'intelligence artificielle. Ce projet unique s'inscrit dans une logique de responsabilité populationnelle. Cette stratégie vise à prévenir les ruptures de parcours et à agir en amont des hospitalisations évitables, en repérant les populations les plus à risque de décompensation ou de recours inadaptés aux soins.

⁹¹ Agence régionale de santé Grand Est. (2024, 18 juin). *Les gros consommateurs des services d'urgence : une préoccupation croissante pour le système de santé*. Actualité. ARS Grand Est. <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-gros-consommateurs-des-services-durgence-une-preoccupation-croissante-pour-le-systeme-de-sante>

⁹² Réunion entre le CHU de Reims et l'ARS Grand Est. (2025, 23 juin). *Projet DAUM – Dispositif d'Accompagnement des Usagers Multi-consommateurs de soins* [Document interne non publié]. CHU de Reims.

⁹³ Lafon, M. (2025, 20 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice de cabinet, CHU de Reims].

Une première expérimentation au CHU de Reims est en cours d'élaboration dans le champ de la diabétologie. Elle s'appuie sur une cartographie territoriale du Grand Reims, croisant des données médicales, sociales et territoriales, avec des outils d'aide à la décision intégrant des algorithmes d'intelligence artificielle. L'objectif est de repérer les patients diabétiques, les plus exposés à une aggravation de leur état de santé, ou à une consommation excessive et non coordonnée de soins, afin de leur proposer un accompagnement précoce et structuré. Ce dispositif s'inscrit dans une logique de responsabilité populationnelle, en lien étroit avec les partenaires du territoire (CPTS, DAC, CARÉDIAB⁹⁴). Il repose sur une approche partagée de la responsabilité, vis-à-vis de l'état de santé global, de la population locale. L'outil d'analyse, renforcé par l'intelligence artificielle, permettra de prioriser les interventions préventives, de coordonner les acteurs de la ville et de l'hôpital, et d'orienter les patients vers des solutions adaptées à leur profil.⁹⁵

Ensuite, dans la continuité de l'étude des dynamiques territoriales, il apparaît pertinent d'ouvrir la réflexion à une dimension comparative, en examinant les outils et méthodes déployés par d'autres établissements publics de santé, pour la gestion des cas bloquants (2.4).

2.4 S'inspirer des bonnes pratiques : analyse comparative des outils de gestion des cas bloquants au sein des établissements publics de santé.

L'étude conduite auprès de huit établissements publics de santé français, met en lumière une diversité d'approches et d'outils déployés pour la gestion des situations « complexes » ou « cas bloquants ». Cette analyse comparative vise à identifier les dispositifs les plus efficaces, à en comprendre les conditions de réussite, et à dégager des pistes d'amélioration transférables, dans une logique d'optimisation des parcours patients et de réduction des durées de séjour (Annexe n°5).

2.4.1 Améliorer l'efficacité du traitement des « cas complexes » : la nécessité d'une prise en charge opérationnelle et anticipée des patients bloquants et complexes, par les d'acteurs de terrain.

a) La mise en place de trois niveaux de prises en charge des cas bloquants et complexes par la création d'une cellule de coordination de l'aval (opérationnelle), d'une instance des situations complexes et bloquantes

⁹⁴ CARÉDIAB est un réseau de santé de Champagne-Ardenne destiné aux professionnels accompagnant des patients diabétiques, dont l'objectif est de favoriser l'accès et la coordination des soins ainsi que de renforcer les connaissances partagées. (<https://reseaux-sante-ca.org/?Presentation-du-reseau-38&reseau=carediab>)

⁹⁵ Lafon, M. (2025, 20 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice de cabinet, CHU de Reims].

(institutionnelle) et d'une cellule de coordination territoriale (GHT) : l'exemple du CHU de Nantes.

Le **CHU de Nantes** a développé depuis quelques années un dispositif innovant pour la coordination des parcours patients, afin de fluidifier les sorties d'hospitalisation des patients dits « *complexes* ». Cette approche repose sur une collaboration étroite entre le sanitaire et le social, privilégiant un travail en réseau, plutôt qu'une hiérarchie en silo. L'idée maîtresse est d'anticiper et d'élaborer, dès que possible, le projet de sortie de chaque patient, en cohérence avec ses besoins et son projet de vie, tout en garantissant la sécurité des soins et la continuité du parcours. Outre la mise en place d'unités tampons, post-urgences, également développé au CHU de Reims, (UPUM et UPUG), le CHU de Nantes a développé une approche transversale de la gestion des cas « *bloquants* » et « *complexes* ».⁹⁶

1. La Cellule de coordination d'aval : une expertise au service de la fluidification des parcours « *complexes* ».

Créée initialement en 2019 sur le secteur Urgences-Médecine, et élargie en 2021 à l'échelle de l'établissement, la Cellule de coordination d'aval est l'outil central du **CHU de Nantes** pour les sorties « *complexes* ». Cette cellule pluridisciplinaire, est composée de professionnels spécialisés dans les parcours de santé difficiles. On trouve ainsi dans la cellule une infirmière en pratique avancée (IPA), plusieurs infirmiers coordinateurs (IDEC) et un assistant socio-éducatif (ASE), placés sous la responsabilité d'un cadre de santé. La cellule de coordination de l'aval exerce ses missions quotidiennement, du lundi au vendredi, de 9h à 17h. Elle est joignable par téléphone, ou via la messagerie dédiée, afin d'intervenir rapidement en appui des services cliniques.⁹⁷

Cette cellule intervient donc prioritairement sur les services de médecine adulte à flux non programmé, où se concentrent les patients fragiles. Son périmètre en 2024 couvrait notamment : les urgences adultes (SAU), l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), la médecine polyvalente, la médecine interne, les maladies infectieuses, l'hépto-gastro-entérologie, ainsi que deux services de neurologie (UMND, UNV) et la pneumologie. Sur demande, la cellule peut exceptionnellement intervenir en appui d'autres services hors de ce périmètre, en particulier via l'instance des situations complexes et bloquantes.⁹⁸

⁹⁶ Houget, P., & Rondeau, I. (2023, août). *Optimiser le parcours des patients pour améliorer l'IP-DMS des services : Rôle de la Cellule de Coordination d'aval – Expertise parcours complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.

⁹⁷ Rondeau, I (2025, 23 mai) *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [IDEC de la cellule de coordination d'aval, CHU de Nantes].

⁹⁸ Verron, T. (2025, 16 avril). *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [Directeur des parcours, CHU de Nantes].

Ainsi, la cellule d'aval accompagne les équipes hospitalières pour optimiser le projet de sortie des patients nécessitant une coordination sanitaire, en lien étroit avec le réseau territorial (structures de SMR, intervenants de ville). Concrètement, lorsqu'un parcours de santé « *complexe* » est repéré dans un service, l'équipe médicale et/ou l'assistante sociale sollicite la cellule après concertation interne. La cellule organise et coordonne les interventions avec les différents acteurs déjà impliqués dans la situation et mobilise au besoin d'autres ressources adaptées (experts, structures, partenaires externes). Elle apporte un regard holistique sur la situation du patient, pour objectiver les problèmes et étudier toutes les solutions d'aval envisageables. Son intervention se fait "en trinôme" avec l'équipe du service demandeur : la co-construction du plan de sortie associe systématiquement le médecin, le cadre de santé et l'assistante sociale du service, aux côtés de l'équipe de la cellule. Temporaire par nature, l'action de la cellule n'a pas vocation à se substituer aux acteurs de terrain : une fois les relais identifiés, les aides mises en place et la situation stabilisée, la cellule se désengage et laisse le suivi au réseau de droit commun, afin de responsabiliser les services dans la prise en charge des patients « *bed blockers* » ou « *complexe* ». Enfin, un compte-rendu de l'analyse du cas du patient par la cellule, et des actions réalisées, est tracé dans le dossier patient informatisé (DPI), afin de maintenir le lien avec l'équipe du service tout au long de la prise en charge et garantir la transparence des actions conduites.⁹⁹

2. L'instance d'instruction des situations complexes et bloquantes.

Ensuite, pour apporter un soutien institutionnel aux cas les plus difficiles, pour lesquels une solution d'aval n'aurait pas pu être trouvée par la cellule opérationnelle, le **CHU de Nantes** a instauré dès 2017, une instance de traitement des situations complexes et bloquantes. Il s'agit d'une commission pluridisciplinaire réunissant, tous les 15 jours, des représentants de la direction et des équipes opérationnelles : des médecins seniors des pôles de médecine aiguë et de gériatrie/SSR ; des directeurs ; des cadres de santé de l'Unité de Parcours Social et Médical (UPSM), des cadres responsables de la cellule de coordination d'aval et du service social, ainsi que des représentants de la Direction Parcours Patients du CHU. Cette instance collégiale a pour rôle d'assurer un appui au traitement des situations « *complexes* » bloquantes, c'est-à-dire des hospitalisations prolongées qui perdurent faute de solution malgré les démarches habituelles. Elle réalise une analyse collective des séjours inadéquats, facilite la recherche de solutions innovantes

⁹⁹ Mannoury, C. (2024). *Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients "bed-blockers" au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM)* [Thèse de doctorat de médecine, Nantes Université]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04524334v1>

ou dérogatoires, et peut mobiliser des ressources exceptionnelles au besoin (financements ponctuels, dérogation d'admission, arbitrage entre services, etc.).

Pour ce faire, l'instance se réunit deux fois par mois, le vendredi matin. Les services confrontés à un « *cas complexe* », sans issue évidente, sont invités à le présenter devant la commission. Lors de la séance, les membres de l'instance examinent chaque dossier à tour de rôle et formulent des décisions, ou des recommandations, pour débloquer la situation qui n'aurait pu trouver de solution à l'échelon opérationnel. Cette instance offre ainsi, un niveau de régulation supérieur, lorsque les dispositifs classiques atteignent leurs limites, et permet un pilotage, au cas par cas, des situations les plus problématiques.¹⁰⁰

3. La Cellule de coordination territoriale.

Enfin, pour fluidifier les parcours des patients dits « *bed-blockers* » ou en situation « *complexe* », les établissements s'organisent de plus en plus, à l'échelle du GHT, afin de structurer une gestion territoriale concertée de ces situations. Si le **CHU de Nice** a mis en place un groupe de travail bimestriel dans l'objectif de déployer un SI territorial, permettant d'avoir une vision capacitaire des lits, des établissements du GHT, d'autres initiatives se mettent en place.¹⁰¹ Par exemple, le **CH Sud Francilien** participe à la cellule régionale « *Débloqueur 91* », réunissant les acteurs sanitaires, médico-sociaux, les établissements privés, la CPAM et la MDPH, pour trouver des solutions concertées aux situations bloquantes et complexes de son territoire.¹⁰²

Pour sa part le **CHU de Nantes**, a mis en place une Cellule de coordination territoriale, fin 2022, afin de sécuriser la filière d'aval, au-delà du CHU. Cette structure, complémentaire à la cellule d'aval, se concentre sur la liaison avec les établissements extérieurs (SMR, établissements médico-sociaux, domicile) et sur la résolution des blocages d'orientation rencontrés par les services hospitaliers. Concrètement, la cellule territoriale assure une veille des délais et des points de blocage des demandes de soins de suite, via la plateforme nationale ViaTrajectoire (suivi des dossiers en attente, relance des établissements, etc.). Elle tient à jour un observatoire des lits disponibles en soins de suite et réadaptation (SSR/MPR) et suit l'activité des demandes d'aval pour les services du CHU de Nantes. En parallèle, elle joue un rôle de soutien et de relais d'information auprès des partenaires du territoire : elle centralise les échanges avec les structures d'aval (pour éviter

¹⁰⁰ Verron, T. (2025, 16 avril). *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [Directeur des parcours, CHU de Nantes].

¹⁰¹ Lindemann, R. (2025, 24 avril) *Entretien semi-directif sur la Commission des séjours longs du CHU de Nice* [Cadre de santé, CHU de Nice].

¹⁰² Sauli, M-P. & Cariole, M. (2025, 16 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule d'ordonnement des parcours complexes* [Coordinatrice des soins et Cadre supérieure en charge de la gestion des lits, CH Sud Francilien].

que chaque service du CHU de Nantes ne démarche séparément les mêmes établissements) et diffuse les informations utiles sur l'offre de prise en charge disponible.

Ainsi, cette cellule prend en charge environ 15% des patients en aval (les cas les plus complexes en matière d'orientation). Elle contribue au développement des partenariats ville-hôpital (participation à des projets de parcours patients territoriaux, filières spécifiques, CPTS) et assure le suivi des patients en liste d'attente pour une place en externe. En interne, la cellule territoriale apporte un appui spécialisé sur les parcours complexes d'orientation, en complément de la cellule d'aval, et accompagne progressivement les services du CHU de Nantes, engagés dans la démarche d'amélioration de l'IP-DMS (indicateur de performance de la durée de séjour).

Cette organisation territoriale récente vise, in fine, à réduire les durées d'hospitalisation inadéquates, au CHU de Nantes, en accélérant les entrées en structures post-hospitalières et en évitant les ruptures de parcours.¹⁰³

b) La création d'une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM).

Ensuite, en parallèle de ces commissions, le **CHU de Nantes** a ouvert, en octobre 2021, une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) de 30 lits, dans le cadre d'une expérimentation soutenue par l'ARS Pays-de-la-Loire et le Conseil départemental. Cette unité, alors unique en France, avait pour objectif de construire un projet de sortie personnalisé pour des patients médicalement sortants, à quitter l'hôpital, mais confrontés à des freins sociaux ou administratifs. Deux ans après son ouverture, au vu des résultats très positifs, l'UPSM a été pérennisée en 2023 et intégrée au financement de routine de l'hôpital.

L'UPSM a en effet, pour mission d'accompagner les patients médicalement sortants, mais socialement vulnérables, dans la construction d'un plan de sortie adapté à leur situation. Il s'agit de passer d'une logique de *parcours de soins* à une logique de *parcours de vie*, où la résolution des problèmes sociaux devient prioritaire une fois l'urgence médicale traitée. Dans le cadre du dispositif, seuls sont concernés les patients médicalement sortants, provenant de services de médecine ou de chirurgie, ne nécessitant plus de soins aigus, de surveillance rapprochée ou de soins complexes.

Ces situations sont classées en trois catégories selon l'état d'avancement du projet de sortie et la nature des démarches à réaliser (Annexe n°6).

¹⁰³ Rondeau, I (2025, 23 mai) *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [IDEC de la cellule de coordination d'aval, CHU de Nantes].

- La **catégorie 1** : regroupe les patients pour lesquels un projet de sortie a déjà été initié, et dont la réalisation est estimée possible, sous un délai inférieur à 45 jours. Il s'agit généralement de situations simples, par exemple l'attente d'une place en EHPAD ou la mise en place d'une aide à domicile.
- La **catégorie 2** : concerne les patients pour lesquels un projet de sortie est engagé, mais dont la concrétisation nécessite l'accomplissement de démarches administratives ou juridiques plus nombreuses ou complexes. Celles-ci peuvent inclure, par exemple, la mise en place de mesures de protection juridique en vue d'une admission en EHPAD. Le délai estimé de réalisation de la sortie se situe alors entre 45 jours et 6 mois.
- Enfin, la **catégorie 3** rassemble les patients en attente d'une orientation vers une structure médico-sociale spécialisée, tels qu'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou une maison d'accueil spécialisée (MAS). Ces situations, par leur spécificité et la rareté des places disponibles, mobilisent la cellule de gestion des situations complexes du CHU, en lien avec l'assistante sociale du service d'hospitalisation.¹⁰⁴

L'unité dispose de 30 lits dédiés et fonctionne grâce à une équipe pluridisciplinaire d'environ 26,6 ETP (Equivalents Temps Plein), dont un renforcement marqué des compétences sociales avec la création de **deux postes d'assistantes sociales**. La composition de l'équipe médico-soignante y est volontairement différente des services classiques. La présence médicale y est allégée (1,5 ETP), au profit d'un accompagnement social renforcé, car les patients sont stabilisés sur le plan somatique.¹⁰⁵

En deux années d'expérimentation, l'UPSM a démontré des résultats tangibles pour la gestion des cas bloquants et l'optimisation des flux de patients. En 2022, 10 000 journées de lits de médecine aiguë qui ont été débloquentes au profit de patients ayant réellement besoin de soins actifs. Grâce à ce dispositif, les sorties d'hospitalisation sont, non seulement, accélérées (jusqu'à 75 jours gagnés pour les situations les plus complexes grâce à ce dispositif spécialisé), mais elles sont aussi sécurisées, comme en témoigne un faible taux de réhospitalisation (environ 6 % après passage par l'UPSM). De plus, le placement des patients dans ce dispositif permet une valorisation plus appropriée en termes de tarification à l'activité (T2A) que leur maintien dans des lits de médecine aiguë, réservés à des prises en charge nécessitant une haute intensité de soins.

Le succès de l'UPSM repose sur une forte dynamique partenariale territoriale. L'unité travaille en synergie avec de nombreux acteurs externes du champ sanitaire et

¹⁰⁴ Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. (2021, 15 septembre). *Ordonnement du parcours patient au CHU de Nantes : Séminaire Ordonnement GHT44*.

¹⁰⁵ Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. (2024). *Présentation de l'UPSM et du projet de suivi et relance des demandes EHPAD*. [Diaporama PowerPoint]. CHU de Nantes.

médico-social pour co-construire les solutions de sortie. Parmi les partenaires clés figurent la MDPH, les EHPAD ou unités de soins de longue durée pour les patients âgés, les services de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD et aides à domicile), ainsi que le tribunal judiciaire, pour accélérer les mesures de protection juridique, lorsque nécessaire. Cet ensemble de collaborations permet de décroisonner le sanitaire et le social en mobilisant l'écosystème local (public, privé, associatif) autour du patient. Par ailleurs, le soutien financier et institutionnel de l'ARS et du Département, dès la phase pilote, a facilité le déploiement de ce dispositif innovant.¹⁰⁶

c) L'instauration d'un projet de suivi et relance des demandes d'EHPAD.

Au-delà, le **CHU de Nantes** a déployé, en janvier 2024, une plateforme de suivi et de relance des demandes d'admission en EHPAD et d'autres établissements médico-sociaux (EMS). Ce dispositif est issu d'une expérimentation menée lors de la première vague de la pandémie de COVID-19, qui avait démontré l'intérêt d'une centralisation des démarches et des échanges avec les structures d'aval. L'objectif était alors d'accélérer l'orientation des patients hospitalisés médicalement sortants mais en attente d'une place en EMS, tout en optimisant la communication avec les établissements partenaires, grâce à un interlocuteur unique. Cette organisation innovante poursuit plusieurs finalités : faciliter et sécuriser l'admission des patients en améliorant la présentation et le suivi des dossiers, réduire la charge administrative des assistants sociaux des services, en leur évitant des relances répétitives, instaurer un lien privilégié avec les structures d'aval pour négocier les admissions, coordonner efficacement les transferts, centraliser les informations relatives aux places disponibles et identifier les écarts entre l'offre et les besoins, afin de soutenir la décision stratégique.

Opérationnellement, le dispositif repose sur un infirmier coordinateur (IDEC) dédié à temps plein, rattaché à la Coordination des Soins. Après finalisation du dossier par l'assistant social du service. L'IDEC prend en charge l'intégralité du suivi : gestion via l'outil national *Via-Trajectoire Grand Âge*, mise à jour des tableaux de bord, relances centralisées auprès des établissements et coordination avec les familles, les services hospitaliers et les partenaires médico-sociaux. En cas de situation « *complexe* », il mobilise la Cellule de coordination d'aval et, si nécessaire, la Cellule de coordination territoriale.

Le projet s'appuie sur un réseau de partenaires internes (PHU3, PHU9, Direction du Parcours Patient, Service Social Hospitalier) et externes (EHPAD, MAS, FAM, SSIAD,

¹⁰⁶ Mannoury, C. (2024). *Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients "bed-blockers" au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM)* [Thèse de doctorat de médecine, Nantes Université]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04524334v1>

MDPH, commissions d'admission pilotées par le CCAS, ARS, réseaux gérontologiques). Les résultats observés sont encourageants. L'expérimentation initiale avait permis l'admission rapide de 20 patients en EHPAD en quelques semaines, même en contexte contraint. Depuis son lancement, la plateforme a permis un gain de temps notable pour les assistants sociaux et une accélération mesurable des sorties, contribuant à réduire les situations de patients en attente d'aval, et à améliorer la disponibilité des lits.

Fort de ces résultats, le CHU de Nantes prévoit une pérennisation du dispositif, dès 2025, en l'accompagnant d'indicateurs de suivi et en envisageant une extension à d'autres filières cliniques. Cette dynamique renforce la coordination ville-hôpital et la continuité de la prise en charge des patients âgés, tout en participant à l'optimisation des capacités hospitalières.¹⁰⁷

d) *La mise en place de responsables « Via trajectoire » dans les services.*

Au-delà, l'analyse du benchmark illustre que plusieurs établissements donnent au service social le rôle d'identifier et d'analyser les vulnérabilités sociales, mais également de veiller à la qualité du remplissage des dossiers Via Trajectoire (VT) initiés par les services. Ce constat se retrouve au **CHU de Limoges**,¹⁰⁸ mais également au **CHU de Nantes**, où le service social, présent dans l'ensemble des unités de soins, via des assistants sociaux référents, s'appuie par ailleurs sur un secrétariat central implanté sur les deux principaux sites de l'établissement. Ce dernier assure, en plus de la gestion courante, la centralisation des demandes de suites sanitaires.

Toutes les demandes de transfert en SMR ou en établissement médico-social formulées par les services passent par ce secrétariat, qui les encode dans Via Trajectoire et en assure le suivi. Ce dernier joue également un rôle de vigie : il vérifie la qualité des demandes (dossier complet, projet de sortie clair) et peut alerter la cellule de coordination d'aval en amont, si des manques ou incohérences, sont repérés dans une demande avant son envoi. De même, en cas de blocage prolongé d'une demande (refus multiples, délai anormalement long), le service social signale la situation à la cellule territoriale pour investigation. Cette articulation fluide entre service social, cellule d'aval et cellule territoriale est un facteur clé de succès, dans la gestion des parcours « complexes » au CHU de Nantes.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Rondeau, I. (2025, mars). *Coordination d'aval & coordination territoriale – Rôle et mission du cadre dans le parcours de sortie*. Présentation PowerPoint, CHU de Nantes.

¹⁰⁸ CHU de Limoges. (2023, 16 août). *Commission de gestion des situations de sorties complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.

¹⁰⁹ Rondeau, I. (2025, mars). *Coordination d'aval & coordination territoriale – Rôle et mission du cadre dans le parcours de sortie*. Présentation PowerPoint, CHU de Nantes.

e) *La formation et l'appropriation par les services de la démarche « parcours patients ».*

Par ailleurs, une autre voie de fluidification des patients bloquants réside dans l'appropriation, par les professionnels de terrain, d'une véritable logique de « *parcours patient* ». En effet, la préparation de la sortie et du retour à domicile ne peut relever uniquement du service social. Fort de cet enseignement, le **CHU de Nantes** s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la coopération interprofessionnelle autour des parcours de soins. L'établissement déploie des actions de sensibilisation et de formation conjointes, telles que l'intégration des nouveaux internes par la cellule d'aval, la formation des infirmiers référents, ou encore des présentations croisées à destination des équipes médicales et des encadrants. L'objectif poursuivi est de dépasser une approche segmentée, centrée sur la gestion autonome des lits, par service, au profit d'une vision partagée et coordonnée du parcours patient. Cette orientation stratégique, soutenue par la gouvernance hospitalière, repose sur la conviction que l'efficience et la fluidité des parcours, dépendent en grande partie de la qualité de l'articulation entre les acteurs.¹¹⁰

f) *Le recrutement d'IPA en gériatrie.*

D'autres dispositifs sont également déployés au sein des établissements publics de santé, afin de mieux accompagner les patients dits « *complexes* » et de prévenir les situations de « *bed blocking* ». Par exemple, le **CH Auban-Moët d'Épernay**, établissement en direction commune avec le CHU de Reims, a intégré dans les services, une infirmière de pratique avancée (IPA) à orientation gériatrique dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Grand Est. Son rôle consiste à anticiper et sécuriser les sorties d'hospitalisation des patients âgés en situation de vulnérabilité. Elle intervient en lien avec le médecin traitant et les acteurs du territoire pour organiser la continuité des soins, mobiliser les ressources adaptées (HAD, services à domicile, DAC) et programmer les examens ou rendez-vous nécessaires. Positionnée à l'interface entre l'hôpital et la ville, l'IPA gériatrique contribue ainsi à éviter les ruptures de parcours, en assurant une coordination renforcée et individualisée des prises en charge.¹¹¹

g) *L'instauration d'infirmière de parcours ou de coordinateurs de parcours dans les services.*

Ensuite, d'autres dispositifs sont mis en œuvre par les établissements. Au **CHU de Nice**, par exemple, des infirmières de parcours, issues du DAC ou du CCAS, interviennent en amont des sorties dans les services, participent aux staffs et coordonnent le retour à

¹¹⁰ Verron, T. (2025, 16 avril). *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [Directeur des parcours, CHU de Nantes].

¹¹¹ Franzy, B. & Voilot, S. (2025, 7 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule de gestion des parcours complexes* [Directrice déléguée du CH et Directrice des soins, CH Auban-Moët d'Épernay].

domicile, en lien avec les professionnels de ville.¹¹² Néanmoins, ce dispositif ne pourrait pas être transposé de manière similaire au CHU de Reims. En effet, une expérimentation conduite en 2020, au sein du service des maladies infectieuses, impliquant l'intégration d'une infirmière de parcours issue du DAC, s'est révélée infructueuse. L'initiative a en effet été compromise par des tensions avec le service social de l'unité, résultant d'un flou organisationnel quant à la répartition des missions et d'une coordination insuffisante avec les équipes soignantes.¹¹³ Dès-lors, si l'expérience devait être renouvelée, la fonction de « *coordonnateur des parcours* » ne devrait pas les conduire à être directement intégré dans les unités de soins, mais plutôt à intervenir ponctuellement dans les services hospitaliers, afin d'éviter les tensions de périmètre entre les assistants sociaux, les équipes soignantes et les coordonnateurs du DAC. Il conviendrait, en effet, d'établir une définition claire des rôles des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et de construire une coopération progressive et respectueuse des temporalités de chacun, notamment entre la ville et hôpital.¹¹⁴

h) Mener des travaux conjoints avec les gestionnaires de lits, pour améliorer la prise en charge des patients « bed blocker » ou « complexes ».

Le **CHU de Nantes**, le **CHU de Nice**, le **CH Sud Francilien** et le **CH Auban-Moët d'Épernay**, ont renforcé la fluidification des parcours des patients « complexes » ou bloquants grâce à une collaboration étroite avec les gestionnaires de lits. Au CHU de Nice,¹¹⁵ comme à Épernay,¹¹⁶ ces derniers sont directement intégrés aux travaux de la commission des séjours longs ou des parcours complexes, ce qui permet un suivi en temps réel des disponibilités et une adaptation rapide des orientations. Au CHU de Nantes¹¹⁷ et au CH Sud Francilien,¹¹⁸ la cellule de coordination d'aval et la cellule territoriale travaillent en lien direct avec l'ordonnancement et les équipes cliniques pour anticiper les besoins, analyser les demandes Via Trajectoire et, si nécessaire, élargir les recherches à plusieurs établissements.

¹¹² Lindemann, R. (2025, 24 avril) *Entretien semi-directif sur la Commission des séjours longs du CHU de Nice* [Cadre de santé, CHU de Nice]

¹¹³ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

¹¹⁴ Birebent, M. (2025, 25 juin). *Entretien semi-directif sur le rôle du DAC 51 dans la gestion des cas bloquants* [Directeur de l'Association d'appui aux professionnels de santé, CHU de Reims].

¹¹⁵ Lindemann, R. (2025, 24 avril) *Entretien semi-directif sur la Commission des séjours longs du CHU de Nice* [Cadre de santé, CHU de Nice]

¹¹⁶ Franzi, B. & Voillot, S. (2025, 8 avril). *Échange avec la direction du CH Moët et Chandon d'Épernay sur la gestion des parcours complexes.*

¹¹⁷ Rondeau, I (2025, 23 mai) *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [IDEC de la cellule de coordination d'aval, CHU de Nantes].

¹¹⁸ Sauli, M-P. & Cariole, M. (2025, 16 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule d'ordonnancement des parcours complexes* [Coordinatrice des soins et Cadre supérieure en charge de la gestion des lits, CH Sud Francilien].

Dans l'ensemble de ces établissements, l'intégration des gestionnaires de lits au sein de la cellule des cas bloquants, permet une anticipation accrue, une optimisation des ressources et une accélération des sorties.

2.4.2 Aménager le libre choix de la structure d'aval par l'imposition de la structure d'accueil au patient, ou au futur résident : un outil efficace de fluidification des patients bloquants, soulevant tout de même des questionnements éthiques.

Ensuite, l'aménagement du libre choix de la structure d'aval, constitue un levier organisationnel activé par plusieurs établissements publics de santé. Ce levier, s'il s'avère efficace sur le plan gestionnaire, soulève néanmoins des enjeux éthiques relatifs au respect des droits des patients et de leurs familles, selon plusieurs interlocuteurs interrogés dans le cadre de cette étude.¹¹⁹ Au **CHU de Nice**, la Commission des séjours longs dispose d'un pouvoir d'imposition intra-CHU, essentiellement pour des orientations vers des structures de soins de suite et de réadaptation (SMR) internes, notamment sur le site de Tende. En cas de refus familial ou de refus du patient, un courrier type notifie le patient de la requalification de son séjour.¹²⁰ Au **CHRU de Nancy**, les impositions concernent également des SMR, encadrées par un protocole associant échanges médicaux et validation par le directeur de garde, en dernier recours.¹²¹ Pour sa part, le **CH Sud Francilien**, a formalisé des conventions d'orientation vers les SMR, pour garantir une régulation efficace, des patients dit « complexes » ou « bed blockers », sans contraindre explicitement le libre choix du patient.¹²²

À l'inverse, s'agissant de l'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), toute restriction du libre choix de la structure d'aval pour des patients bloquants soulèverait des enjeux juridiques et éthiques majeurs. En effet, l'EHPAD constituant un lieu de vie et non un simple lieu de soins, toute décision d'orientation contrainte, serait susceptible de porter atteinte aux droits fondamentaux des patients, notamment en matière de liberté de choix, de respect de la vie privée et de consentement éclairé. Cette distinction impose une vigilance particulière quant aux modalités d'admission en secteur médico-social. Dans ce cadre, le CHU de Reims a

¹¹⁹ Dr Devy Michel, A. (2025, 24 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Médecin coordonnateur EHPAD, Cheffe du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].
De La Roche, J. (2025, 8 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice du pôle EHPAD-USLD, CHU de Reims].

Franzi, B. & Voillot, S. (2025, 8 avril). *Échange avec la direction du CH Moët et Chandon d'Épernay sur la gestion des parcours complexes*.

¹²⁰ Centre Hospitalier Universitaire de Nice. (2023, 28 décembre). *Commission des séjours longs : Bilan et perspectives* [Présentation PowerPoint]. CHU de Nice.

¹²¹ Guillotin, C. (2025, 14 février). *Entretien semi-directif sur la Commission Parcours Complexes du CHU de Nancy* [Directrice déléguée du pôle EHPAD du CHRU de Nancy].

¹²² Sauli, M-P. & Cariole, M. (2025, 16 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule d'ordonnancement des parcours complexes* [Coordinatrice des soins et Cadre supérieure en charge de la gestion des lits, CH Sud Francilien].

instauré une logique d'élargissement des recherches à plusieurs EHPAD du territoire et, le cas échéant, d'orientation temporaire au sein d'un établissement disponible. Cette solution transitoire permet au patient de poursuivre sa progression sur la liste d'attente des EHPAD initialement sollicités, avec la garantie de pouvoir intégrer, à terme, l'un des établissements correspondant à ses vœux. En contrepartie, cela permet au CHU de libérer un lit occupé par un patient « *bloquant* », optimisant ainsi la gestion de ses capacités d'hospitalisation et contribuer à la fluidité des parcours.¹²³

2.4.3 Renforcer les partenariats avec des acteurs clefs, sans qui la cellule ne peut accélérer les délais de fluidification des parcours patients (MDPH, Tribunal judiciaire et l'Agence régionale de santé).

Au-delà, nouer des liens étroits avec les partenaires institutionnels (ARS, MDPH, tribunal judiciaire, DAC, etc.) est un levier déterminant pour fluidifier les parcours des patients « *complexes* » ou « *bloquants* ». Ces coopérations permettent de lever plus rapidement les freins administratifs, d'accélérer l'identification de solutions d'aval et de réduire les délais de traitement. En effet, approfondir les partenariats avec les directions départementales de l'ARS, comme l'ont fait le **CHU de Limoges**¹²⁴ ou le **CH Sud Francilien**,¹²⁵ ou inviter la MDPH ou les acteurs du handicap, lors de l'instruction des dossiers des patients dit « *complexes* », comme a pu le faire le **CHU de Nancy**,¹²⁶ favoriserait une meilleure interconnaissance entre acteurs, et une coordination plus efficace dans le traitement de ces situations. En structurant ces échanges, les établissements renforcent leur réactivité face aux situations « *complexes* », tout en contribuant à une meilleure gestion des lits et à la continuité des parcours de soins.

2.4.4 Améliorer la saisine de la cellule par un contrôle exhaustif des situations à risque de blocage, au moyen d'extraction régulière sur les systèmes d'information (logiciel Via trajectoire, PMSI, IM, suivi par UF).

Par ailleurs, la fluidification des parcours des patients dit « *bed blockers* » ou « *complexes* », nécessite leur repérage précoce et exhaustif, ce qui est aujourd'hui impossible en l'état des outils de pilotage utilisés par la cellule des cas bloquants du CHU de Reims. Néanmoins, plusieurs établissements publics de santé ont fait le choix d'améliorer la saisine de la cellule en charge des situations bloquantes, grâce à un contrôle régulier et structuré des risques de blocage, à partir de données issues de leurs systèmes

¹²³ Litvine, J. (2025, 7 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

¹²⁴ CHU de Limoges. (2023, 16 août). *Commission de gestion des situations de sorties complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.

¹²⁵ Sauli, M-P. & Cariole, M. (2025, 16 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule d'ordonnancement des parcours complexes* [Coordinatrice des soins et Cadre supérieure en charge de la gestion des lits, CH Sud Francilien].

¹²⁶ Guillotin, C. (2025, 14 février). *Entretien semi-directif sur la Commission Parcours Complexes du CHU de Nancy* [Directeur déléguée du pôle EHPAD du CHRU de Nancy].

d'information. C'est notamment le cas des **CHU de Limoges, Nantes, Clermont-Ferrand, Tours et Nice**. Ainsi, des extractions hebdomadaires sont réalisées à partir du logiciel Via Trajectoire, du PMSI, de l'Identité Médicale (IM) et d'un suivi par Unité Fonctionnelle (UF), permettant d'identifier les patients présentant des durées de séjour élevées ou confrontés à des refus répétés d'orientation. Ce repérage systématique, permet d'objectiver les situations critiques, et d'assurer une saisie réactive et ciblée de la cellule, dans une logique d'anticipation et de fluidification des parcours.¹²⁷

2.4.5 Améliorer les outils de pilotage et la méthodologie de travail pour lutter contre les « cas bloquants » dans les services hospitaliers.

Cependant, la réalisation d'extractions régulières à partir du système d'information suppose la mise en place d'outils de suivi partagés, renseignés de manière exhaustive et actualisés régulièrement. Ce dispositif est aujourd'hui mis en place dans plusieurs établissements publics de santé.

À titre d'exemple, les assistantes sociales du CHU de Limoges tiennent à jour, chaque semaine, un **tableau Excel élaboré en coordination avec les cadres de santé et les médecins**. Celui-ci recense l'ensemble des patients en situation de blocage, en précisant l'orientation envisagée (SMR, EHPAD, retour à domicile), ainsi que les freins identifiés. Ce dispositif permet à la commission des sorties complexes de hiérarchiser les priorités et d'anticiper les solutions d'aval.¹²⁸

Au **CHU de Limoges** et au **CHU de Nancy**, ces extractions permettent de réaliser une **cartographie des risques de blocage**, et d'identifier de manière précoce les patients susceptibles de devenir « complexes » ou « bloquants ». Elle permet donc de prioriser les situations à traiter, d'anticiper les besoins d'aval et de mobiliser rapidement les acteurs concernés.

Enfin, la mise en place d'un suivi par tableau Excel, permet au **CHU de Nantes** de suivre les sorties des patients, d'étudier des indicateurs de suivi, de faire **des fiches types de résolution des cas fréquents**, et de transmettre aux services, un **compte rendu renseigné après la sortie du patient, sur dossier patient informatisé (DPI)**. Les professionnels concernés peuvent ainsi accéder rapidement aux informations de suivi et connaître le devenir du patient, ce qui renforce le sentiment d'efficacité du dispositif de gestion des cas « complexes » et bloquants.¹²⁹

¹²⁷ CHU de Limoges. (2023, 16 août). *Commission de gestion des situations de sorties complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.

¹²⁸ CHU de Limoges. (2023, 16 août). *Commission de gestion des situations de sorties complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.

¹²⁹ Rondeau, I (2025, 23 mai) *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [IDEC de la cellule de coordination d'aval, CHU de Nantes].

L'analyse comparative menée précédemment met en lumière la diversité des dispositifs et des approches mobilisés pour résoudre les situations de blocage. Toutefois, il convient de souligner que les pratiques professionnelles et les organisations, présentent un caractère souvent non transposable. Ce qui permet de surmonter une difficulté dans un établissement donné, ne garantit pas le même succès dans un autre contexte.¹³⁰ Cette observation invite à dépasser la simple reproduction de modèles, pour privilégier une capitalisation ciblée sur les pratiques de déblocage, en intégrant à la fois le contexte opérationnel dans lequel elles émergent, et l'expérience vécue par les acteurs. Une telle approche crée les conditions d'un espace de négociation propice à un apprentissage collectif des bonnes pratiques, ouvrant la voie à un pilotage plus durable et performant des cas bloquants, au service de la fluidification des parcours patients (3).

3 Consolider la maturité stratégique de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims : identification des limites de la cellule et présentation des recommandations pour un pilotage durable et performant des cas bloquants, au service de la fluidification des parcours patients.

L'examen des enjeux stratégiques et des enseignements issus du benchmark inter-établissements met en évidence que, pour renforcer son efficacité et sa capacité d'adaptation, la cellule des cas bloquants du CHU de Reims doit s'interroger sur ses propres fragilités (3.1).

3.1 Les limites identifiées à l'organisation et aux modalités de fonctionnement de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims : des contraintes organisationnelles à lever pour renforcer la maturité de la cellule.

3.1.1 Une gouvernance institutionnelle insuffisamment structurée.

L'analyse de la gouvernance actuelle de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, présente des faiblesses qui limitent son efficacité stratégique. S'il existe bien des référents institutionnels pour porter le pilotage de la Commission Parcours Patient (le directeur en charge de la Commission Parcours Patient et une médecin interniste), il

¹³⁰ Duran, P. Thoenig, J.C (1996), L'état et la gestion publique territoriale, *Revue Française de sciences politiques*, pp. 580-623.

convient de constater que la responsabilité de la prise en charge des parcours bloquants et « complexes » est aujourd'hui morcelée entre de multiples directeurs (5), entraînant un fonctionnement en silo des décisions.

En effet, les parcours des patients bloquants et « complexes », sont aujourd'hui gérés par : le directeur en charge de la Commission Parcours Patients (CPP), le directeur du service social, la directrice déléguée du pôle EHPAD-USLD, le directeur du pôle Autonomie Santé (SMR) et le directeur de cabinet du CHU, qui assure le lien entre la ville et l'hôpital. Cette organisation en silo, manque d'une feuille de route spécifique aux patients bloquants, validée par un comité de pilotage institutionnel dédié (COFIL). Bien qu'elle soit rattachée à la Commission Parcours Patients, en tant que sous-commission de la CME, cette instance n'exerce à ce jour qu'un rôle de présentation des actions en cours, sans exercer de fonction de coordination décisionnelle. De même, la gestion des cas bloquants et « complexes » s'inscrit dans la feuille de route de gestion des lits de l'établissement CHU de Reims, transmise en 2023 à l'ARS, mais ne dispose pas de feuille de route propre, avec des actions identifiées et détaillées pour les cas bloquants.¹³¹ L'absence de pilotage centralisé, a donc pour effet de freiner l'intégration de la cellule dans une stratégie d'établissement globale en matière de parcours patients.¹³²

Par ailleurs, bien que la Direction des soins, ait été associée à la constitution initiale de la cellule, les ressources humaines aujourd'hui mobilisées au sein du dispositif ne comprennent pas de représentation paramédicale. En conséquence, le pilotage de la cellule demeure principalement orienté sur les volets médico-sociaux, administratifs et médicaux, au détriment de la dimension paramédicale. Cette absence de représentation se reflète dans la gouvernance de la cellule, et limite l'appropriation de l'outil par les cadres soignants.¹³³

Enfin, la cellule souffre d'un déficit de visibilité interne. Plus de deux ans après sa création, la cellule des cas bloquants demeure relativement méconnue des professionnels hospitaliers, bien que des actions pédagogiques aient déjà été menées par la Direction des soins, pour « *faire connaître et faire comprendre* », les missions de la cellule (présentations en assemblée des cadres). Ce constat est d'ailleurs partagé par de nombreux interlocuteurs interrogés, tant du côté paramédical, médical,¹³⁴ que du côté de la

¹³¹ CHU de Reims. (2023, 31 octobre). *Feuille de route de gestion des lits de l'établissement*. Document interne transmis à l'ARS Grand Est le 17 novembre 2023.

¹³² Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

¹³³ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

¹³⁴ Dr Debart, A. (2025, 11 juillet). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Cheffe de service de soins de suite et de réadaptation gériatrique, CHU de Reims].

Dr Cornelis, C. (2025, 29 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Praticien hospitalier, Service d'Accueil des Urgences Adultes (SAU), CHU de Reims].

représentation des usagers.¹³⁵ Ce manque de visibilité s'accompagne d'un déficit plus global d'acculturation des équipes soignantes à l'analyse de la durée moyenne de séjour (DMS). Sur ce point, le pôle de médecine aiguë constitue toutefois une exception. Dans ce pôle, une extraction hebdomadaire des données PMSI permet de repérer les séjours longs, avec des seuils d'alerte définis (par exemple, séjours supérieurs à J+7).¹³⁶ L'analyse de ces données est réalisée lors de réunions associant cadres de santé, médecins, cheffes de service et le Département d'Information Médicale (DIM), donnant lieu à des revues de dossiers, organisées tous les trois mois environ.¹³⁷ Cette acculturation à l'analyse des durées moyennes de séjour (DMS), dont le niveau demeure très variable, selon les pôles et les services, appelle cependant à un renforcement des actions de communications et de formations, à destination des équipes opérationnelles, afin de favoriser une meilleure appropriation des missions et les modalités de saisine de la cellule des cas bloquants.

3.1.2 Des moyens humains limités et une inadéquation des profils mobilisés.

Ensuite, les moyens humains alloués à la cellule des cas bloquants, apparaissent très restreints et constituent l'une des limites les plus tangibles de son fonctionnement. A ce jour, seule une assistante de service social (ASE) « *cas complexe* » est spécifiquement affectée à la cellule, à hauteur de 0,5 ETP.¹³⁸ Aucun membre de l'équipe n'est dédié à temps plein à la cellule, et les autres professionnels (médecins, cadre socio-éducatif, directeurs), interviennent ponctuellement, en sus de leurs missions habituelles. Ce sous-dimensionnement des effectifs restreint considérablement la capacité de la cellule à prendre en charge l'ensemble des situations dites « *complexes* ». Les interventions de la cellule sont donc essentiellement réactives, concentrées sur les cas les plus urgents signalés, au détriment d'un repérage systématique des patients « *complexes* » en amont. En effet, selon le Directeur du service social, « *malgré l'augmentation régulière des sollicitations, la cellule ne peut absorber qu'une partie des situations complexes de l'hôpital* ». En effet, la cellule parvient à gérer les « *bed-blockers* », mais ne parvient pas à gérer efficacement les 15% de « *cas complexes* » susceptibles de rentrer dans le périmètre de prise en charge de la cellule.¹³⁹

Au-delà, il manque au sein de la cellule une dimension paramédicale opérationnelle. Aucune infirmière coordonnatrice de parcours, ni cadre de santé, n'est actuellement intégrée à l'équipe de la cellule, alors même que de nombreux

¹³⁵ Coquet, B. (2025, 23 juillet). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Présidente de la Commission des usagers, CHU de Reims].

¹³⁶ CHU de Reims. (2024, 24 avril). *Commission parcours patients – Plénière* [Présentation PowerPoint/PDF interne].

¹³⁷ Dr Marianetti, P. (2025, 12 août). *Entretien semi-directif sur le fonctionnement de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims* [Praticien Hospitalier, Co-présidente de la Commission Parcours Patients, CHU de Reims].

¹³⁸ Centre Hospitalier Universitaire de Reims. (2023, 15 novembre). *Profil de fonction : Assistante de service social référente situations complexes* [Fiche de poste].

¹³⁹ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

retours d'expériences nationaux encouragent un binôme médico-social et paramédical. Cette absence prive la cellule d'une expertise soignante structurée, pourtant indispensable à la compréhension fine, des freins à la sortie d'hospitalisation de patients réellement « *complexes* » ou structurellement bloqués.¹⁴⁰ Plusieurs entretiens convergent vers la nécessité de mettre en place un binôme formalisé entre ASE et infirmiers de parcours, à l'instar des pratiques identifiées dans d'autres centres hospitaliers.¹⁴¹

Enfin, le pilotage du service social, actuellement assuré par une cadre socio-éducative, mobilisée sur l'ensemble des activités du CHU, ne permet pas un appui opérationnel suffisant. La création d'un poste de cadre dédié à la gestion des cas bloquants, en appui, au sein du service social, éventuellement assisté d'un adjoint, qui serait concentré sur l'optimisation des sorties difficiles, pourrait être plébiscitée, notamment si une cellule de coordination de l'aval, similaire à celle de Nantes, était mise en œuvre.¹⁴² Toutefois, au regard du volume actuel de cas traités (44 en 2024), l'opportunité d'un tel poste peut être questionnée et pourrait être conditionnée à une augmentation significative de l'activité de la cellule.

3.1.3 Des faiblesses dans l'articulation interne et l'appropriation par les services.

Malgré l'instauration d'un protocole de saisine formalisé, l'articulation entre la cellule et les services hospitaliers demeure perfectible. D'une part, le repérage des situations à risque reste très hétérogène selon les services et les pôles du CHU. En l'absence de dispositif structuré d'identification précoce des séjours prolongés, les alertes surviennent souvent tardivement, parfois au moment du transfert en SMR, rendant difficile une prise en charge anticipée.¹⁴³

D'autre part, plusieurs situations traitées par la cellule ne relèvent pas d'une véritable « complexité », mais d'un défaut d'anticipation ou d'organisation en amont par les équipes soignantes (dossier Via Trajectoire incomplet, refus familial non documenté, recherche d'aval trop restreinte). Or, la cellule n'a pas vocation à se substituer à la gestion ordinaire des flux hospitaliers. Elle insiste à ce titre sur la nécessité de responsabiliser les services sur le traitement des situations courantes, et de réserver son intervention aux cas structurellement bloqués.¹⁴⁴

Par ailleurs, l'appropriation de la culture « parcours » reste inégale parmi les cadres de santé. Plusieurs entretiens évoquent un manque d'adhésion à la logique de

¹⁴⁰ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

¹⁴¹ Voir Benchmark détaillé en au point 2.4 (partie II) et annexe n°6.

¹⁴² Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

¹⁴³ Bachellet, K. (2025, 5 août). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Cadre socio-éducatif du service social, CHU de Reims].

¹⁴⁴ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

fluidification coordonnée du parcours patient, qui suppose une anticipation systématique des besoins en aval, dès l'admission. Les cadres ne sont pas encore systématiquement mobilisés sur la lecture des temps de séjour anormaux, via le logiciel *Easily*, ni sur la coordination active des démarches administratives.

Enfin, l'empilement des dispositifs internes intervenant ponctuellement sur la thématique des sorties bloquantes ou « complexes » (infirmière HAD, équipe mobile gériatrique, cellule SMR, cellule institutionnelle), sans coordination formalisée, crée des zones d'ombre dans les responsabilités et peut générer des redondances ou des désengagements. L'intégration de la cellule dans le dispositif général de « *bed-management* » du CHU n'est pas encore réalisée à ce jour.¹⁴⁵

3.1.4 Une coordination ville-hôpital inaboutie et des partenariats externes sous-utilisés.

La coordination entre l'hôpital et les acteurs de la ville, constitue un autre défi majeur pour la cellule des cas bloquants. En effet, l'analyse du fonctionnement de la cellule, nous amène à constater qu'elle remplit, certes une fonction d'interface avec les acteurs du territoire (DAC, SSIAD, HAD, EHPAD hors CHU, MPDH), mais l'articulation avec les dispositifs extrahospitaliers demeure fragile. Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC 51), censé appuyer l'orientation des patients complexes, est sollicité ponctuellement mais n'est pas pleinement intégré à une stratégie d'aval structurée. Nationalement, les DAC sont chargés d'appuyer la coordination des parcours de santé complexes et de prévenir les ruptures. Mais sur le terrain, leur déploiement reste inégal. Peu de dispositifs de signalement ou d'observatoires de ruptures sont réellement actifs, et leur mise en œuvre se limite souvent à un outil de signalement en ligne, peu utilisé. De fait, ce sont bien souvent les établissements de santé eux-mêmes, qui identifient et gèrent de manière réactive ces ruptures, ce qui est également le cas à Reims.¹⁴⁶

De même, les démarches de coordination avec les services de médecine de ville et les CPTS sont peu formalisées.¹⁴⁷ Plusieurs situations de blocage résultent d'un désengagement du médecin traitant, d'un refus des infirmiers libéraux à prendre en charge des patients très « complexes » ou d'un manque de réactivité des SSIAD, en l'absence de coordination territoriale robuste.¹⁴⁸ La proposition d'associer systématiquement un représentant de la CPTS aux réunions de la cellule, voire aux décisions d'orientation, n'a pas encore été concrétisée. Sur le plan administratif, l'absence de conventions ou de

¹⁴⁵ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

¹⁴⁶ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

¹⁴⁷ Louis, M. (2025, 30 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directrice CPTS Reims Métropole].

¹⁴⁸ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

protocoles formalisés avec la MDPH, le juge des tutelles ou les conseils départementaux engendre des délais de traitement préjudiciables, notamment pour les patients nécessitant une mesure de protection ou un dossier d'admission médico-social complexe. La cellule compense ces carences par des démarches au cas par cas, très consommatrices de temps.¹⁴⁹

Enfin, la continuité du suivi post hospitalier des cas « complexes » est peu organisée. Les dispositifs tels que le programme PRADO de l'Assurance Maladie (visant à organiser le retour à domicile et la continuité des soins via les infirmiers libéraux), ne sont pas mobilisés de manière systématique. Aucun outil ne permet de suivre l'évolution du patient après son transfert ou retour à domicile, et aucune instance de coordination médico-sociale de territoire n'a encore été formellement instituée. Il y a donc une marge de progression pour instituer des procédures formelles de signalement aux partenaires extérieurs (DAC, Infirmiers libéraux via le programme PRADO), dès qu'un patient est identifié à risque de « *blocage* » ou à risque de devenir « *complexe* », afin que la réponse ville-hôpital soit plus concertée.

3.1.5 Des outils de pilotage et une méthodologie de travail pour lutter contre les cas bloquants dans les services hospitaliers, à renforcer.

Malgré les efforts de la cellule pour se doter d'outils de suivi, des limites méthodologiques et fonctionnelles persistent et restreignent son efficacité. Sur le plan des outils, la cellule ne dispose pas à ce jour d'un système d'information intégré. Le suivi des situations repose sur un tableau Word, tenu manuellement par l'assistante sociale référente, sans interfaçage avec les logiciels de l'hôpital. Il n'existe ni tableau de bord dynamique, ni extraction automatisée des durées moyennes de séjour anormalement longues.

La plateforme Via Trajectoire, outil national de gestion des demandes d'orientation en aval, est insuffisamment exploitée. Aucun référent formel n'est désigné au sein du CHU, pour assurer la qualité et le suivi des dossiers déposés. Aucun guide de bonnes pratiques n'a été diffusé auprès des internes, des médecins et des cadres, ce qui nuit à la qualité des dossiers, parfois incomplets ou mal renseignés.

En matière méthodologique, la cellule a instauré une procédure de saisine structurée, ainsi qu'un rythme de réunion hebdomadaire. Cependant, les comptes

¹⁴⁹ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

rendus, relances et plans d'action sont tracés manuellement, ce qui limite les possibilités d'exploitation stratégique des données accumulées.

Par ailleurs, la cellule ne bénéficie pas d'un retour consolidé de son activité : aucun tableau de bord automatisé n'est mis en place pour tracer les délais de résolution des cas, les obstacles rencontrés, les relances effectuées. De même, aucun bilan d'impact chiffré (jours d'hospitalisation économisés, séjours évités, coût moyen de gestion) n'a encore été produit. Cette absence d'indicateurs limite les possibilités de pilotage stratégique, de plaidoyer en faveur d'un renforcement des ressources, et d'une amélioration continue de la qualité des parcours.¹⁵⁰

Enfin, la méthodologie actuelle repose beaucoup sur des approches informelles et l'engagement individuel des membres de la cellule, plutôt que sur des protocoles écrits et partagés. Par exemple, la cellule procède souvent par échanges directs (téléphone, réunions ad hoc, messages via les messageries professionnelles), pour débloquer des situations, ce qui est réactif mais pas capitalisable. En effet, il n'y a pas encore de guide de bonnes pratiques interne documenté, ni de formation diffusée à l'ensemble du personnel sur la gestion des parcours bloquants et complexes (même si des sensibilisations ponctuelles ont eu lieu, comme la présentation en assemblée des cadres ou en CME). Chaque cas étant particulier, cette souplesse est compréhensible, mais à terme, formaliser certaines méthodes de résolution des cas pour les cas récurrents, en fonction des typologies de cas identifiés, pourrait aider à gagner en efficacité et en lisibilité pour les services opérationnels.¹⁵¹

L'identification de ces limites constitue un préalable essentiel à la formulation de pistes d'amélioration. Forte de ce diagnostic, l'étude propose désormais un ensemble de recommandations stratégiques, organisationnelles et opérationnelles visant à doter la cellule des cas bloquants d'un pilotage plus durable et performant, au service d'une meilleure fluidification des parcours patients au CHU de Reims (3.2).

¹⁵⁰ Litvine, J. (2025, 13 juin). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur adjoint aux finances, CHU de Reims].

¹⁵¹ Brugeat, T. (2025, 4 juillet) *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Coordonnateur général des soins, CHU de Reims].

3.2 Les recommandations conclusives de l'étude, pour un pilotage durable et performant des cas bloquants, au service de la fluidification des parcours patients du CHU de Reims.

Selon Aude LOILIER et Hervé PINGAUD, l'amélioration du pilotage du parcours patient peut se faire sur trois niveaux complémentaires : (1) l'unité de soins directement impliquée, auprès du patient et de sa famille, au moment de la prise en charge ; (2) le groupement hospitalier de territoire, lorsque plusieurs unités sont engagées dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins du patient ; et (3) les acteurs du territoire, à associer, ou ayant été associés, au projet de soins ou de vie du patient. Les recommandations qui suivent sont issues de l'analyse du benchmark inter établissements. Elles s'appuient également sur des exemples de pratiques professionnelles et organisationnelles décrites par ces auteurs, visant à dépasser les difficultés rencontrées, dans la prise en charge des patients en situation de blocage (Annexe n°7).¹⁵²

3.2.1 Des recommandations stratégiques : renforcer l'ancrage stratégique de la cellule des cas bloquants dans la gouvernance hospitalière.

- a) *Clarifier le positionnement institutionnel et le rôle transversal de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims*

Afin de remédier aux faiblesses de la gouvernance de la cellule des cas bloquants, qui limite son efficacité stratégique, il est recommandé de formaliser un **Comité de pilotage stratégique (COPIL) « Parcours Patients »**, placé sous l'autorité de la Direction Générale Adjointe (DGA), qui se réunirait trimestriellement. Ce COPIL serait dédié à la gestion des trois leviers de fluidification des parcours patients : la gestion et l'ordonnancement des lits (volet 1), la contractualisation interne (volet 2), et la gestion de l'aval (volet 3), incluant le traitement des cas bloquants et complexes. Il réunirait les directions fonctionnelles concernées (finances, soins, médico-social, affaires juridiques, qualité et directions déléguées de pôle), un représentant de l'ARS Grand Est et un représentant du DAC 51 (pour le volet gestion de l'aval).

Sa mission serait d'assurer une orientation stratégique partagée, sur chacun des trois leviers de la fluidification du parcours patients. En matière de gestion de l'aval, le COPIL aurait donc pour mission d'établir un document stratégique dédiée à la gestion des cas bloquants, sous la forme d'une « *feuille de route* » (Annexe n°8), afin de ne plus envisager cet enjeu, sous l'angle unique de la gestion des lits, mais d'adopter une vision

¹⁵² Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *CIGI Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

transversale de la problématique. Il devrait valider un plan d'action à déployer, par des responsables désignés, dans chaque pôle du CHU.

Par ailleurs, le COPIL déterminerait les priorités de travail, allouerait les moyens nécessaires, et piloterait les interactions avec les partenaires extrahospitaliers. Concernant la cellule de gestion des cas bloquants, elle serait valorisée en tant qu'outil, au service de la stratégie de fluidification du parcours défini institutionnellement, au même titre que les travaux conduits sur l'ordonnancement des lits, la mise en place d'un logiciel d'ordonnancement des lits, ou le conventionnement avec des EHPAD privés du territoire. De plus, le COPIL examinerait les indicateurs d'activités et de résultats de la cellule de gestion des cas bloquants, les difficultés rencontrées, et validerait les plans d'action à déployer dans chaque pôle (mise à jour des procédures, besoins en ressources supplémentaires). L'ensemble des travaux serait également présenté en Commission Parcours Patients (CPP).

Enfin, **la désignation d'un représentant institutionnel unique** pour piloter la « *feuille de route patients bloquants* », clairement identifié comme pilote, permettrait d'unifier les responsabilités opérationnelles. Cette clarification de la gouvernance renforcerait la légitimité des travaux menés par la cellule des cas bloquants et l'inscrirait dans une démarche transversale de gestion des blocages du parcours patient au CHU de Reims.

b) Développer des partenariats durables et institutionnalisés.

Afin d'ouvrir la réflexion sur la gestion des cas bloquants, au-delà des murs du CHU de Reims, il conviendrait également de créer un **comité de pilotage commun « *Parcours complexes et bloquants de Reims* », afin d'inscrire les travaux menés sur les parcours patients « *bloquants* », dans une démarche territoriale concertée.**

Le COPIL en formation élargie, inclurait différents acteurs du territoire : des représentants du CHU (Direction Générale, Président de la CME) ; des représentants des établissements de la direction commune et du GHT Champagne, les présidents de la Commission Parcours Patients du CHU de Reims, des directeurs (Directeur en charge du parcours patient, Directeur du service social, Directeurs délégués de pôle, Directeur de cabinet en charge du lien ville-hôpital, Directeur de la qualité et Directeur des affaires juridiques) ; un représentant du DAC 51 ; des représentants de la Ville de Reims / CCAS ; un représentant du Conseil départemental, un représentant de la CPTS Reims Métropole ; un représentant de l'ARS Grand Est ; un représentant de l'Assurance Maladie (PRADO).

Ce comité se réunirait annuellement pour fixer les grandes orientations des acteurs de la ville et de l'hôpital, sur la thématique des cas bloquants, inscrire les travaux menés par le COPIL du CHU dans une démarche territoriale et évaluer le fonctionnement des dispositifs déjà l'œuvre.

3.2.2 Des recommandations organisationnelles : optimiser l'organisation interne pour accroître la réactivité et la capacité d'action de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.

a) Renforcer les effectifs dédiés à la gestion des cas bloquants.

Ensuite, au regard du nombre croissant de situations à traiter, par la cellule des cas bloquants, et en raison du fait que la cellule ne traite pas assez de patients « complexes », mais mène des actions réactives face à l'urgence des situations de « *bed-blocking* », classique, un renforcement des effectifs dédiés à la gestion des cas « *bloquants* » s'impose. Il est donc recommandé de **transformer le poste d'assistante sociale référente cas complexes (0,5 ETP) en un poste à temps plein (1 ETP)** et/ou de recruter un second poste dédié à la cellule. Il pourrait s'agir d'une **infirmière coordinatrice de parcours (IDEC)**. En effet, il manque aujourd'hui une dimension paramédicale opérationnelle au sein de la cellule des cas bloquants, alors même que de nombreux retours d'expériences nationaux encouragent un binôme médico-social et paramédical.

De même, la **création d'un poste de cadre référent « *parcours complexes* »**, positionné à l'interface entre le service social, les cadres de santé et les directions de pôle, et sous l'autorité hiérarchique du Directeur du service social, permettrait d'assurer un suivi transversal des situations, la régulation des flux et la coordination des actions de terrains au service de la sortie des patients. En effet, la création d'un poste de cadre référent « *parcours complexes* » aurait pour conséquence d'une part, d'améliorer la coordination stratégique du parcours et le soutien aux assistantes sociales sur les dossiers complexes, et d'autre part, de libérer du temps à la cadre socio-administrative en charge des assistantes sociales du CHU, afin de recentrer ses missions sur la gestion courante des « *bed blockers* ».

b) Mieux piloter la fluidification des cas bloquants par la donnée : un système d'information (SI) partagé et un suivi des cas, grâce à des indicateurs pertinents, pour objectiver la performance de la cellule des cas bloquants.

Sur le plan des systèmes d'informations, la cellule des cas bloquants aurait intérêt à se doter d'un **outil numérique partagé** permettant le recensement et le suivi dynamique des situations. Un module intégré au DPI, ou la mise en place d'un suivi via tableau de bord

Excel faciliterait l'extraction des données et *a fortiori*, le repérage des séjours anormalement longs, le suivi des plans d'action, la capitalisation des décisions et la mesure des délais de traitement.

A terme, l'**intégration dans le système d'information (via Easily), de la fiche de saisine**, permettra de professionnaliser l'outil de suivi des cas complexes/bloquants. Celui-ci permettra d'avoir une traçabilité des actions menées pour chaque patient et de produire des indicateurs consolidés, dans un but d'amélioration continue. Ainsi, la cellule pourra structurer un **bilan annuel d'activité** consolidé, intégrant des indicateurs de résultat (taux de résolution, DMS évitée, types de freins rencontrés, délais de résolution), afin d'appuyer le pilotage stratégique, d'objectiver les besoins en ressources et de faciliter le dialogue avec les tutelles.

Des « **fiches réflexes** », formalisée grâce aux retours d'expérience des cas traités, pourrait aider les services à la gestion quotidienne des cas bloquants les plus courants et donnerait des clefs de lecture aux acteurs de terrain. Si les assistantes de service social (ASE) maîtrisent déjà les procédures et dispositifs mobilisables, de tels supports pourraient néanmoins jouer un rôle d'outil de communication et contribuer à diffuser la logique « *parcours* », auprès de l'ensemble des professionnels soignants.

c) *Améliorer la visibilité de la cellule des cas bloquants auprès des professionnels.*

Par ailleurs, la cellule des cas bloquants pourrait formaliser un **guide de procédure interne** pour la gestion des « *cas bloquants* » et « *complexes* ». Ce guide, validé par la Commission Parcours Patient (CPP), préciserait les indicateurs à observer chez un patient à risque de « *blocage* » (par exemple une hospitalisation > à X jours sans solution, un problème social majeur), le mode de saisine de la cellule, ses modalités d'intervention et le suivi réalisé auprès des équipes de soins.

Dans un souci de lisibilité et d'accessibilité, le guide pourrait être décliné en **version simplifiée en FALC (Facile à Lire et à Comprendre)** et accompagné d'un **flyer court** pour diffusion dans les services, afin de faciliter la compréhension et l'appropriation du dispositif (voir exemple du CHU de Nantes à l'annexe n°9).

Par ailleurs, une **fiche de bonnes pratiques de remplissage du logiciel ViaTrajectoire** pourrait être formalisée afin d'être diffusée aux internes, médecins, assistantes sociales et cadres des pôles.

Ensuite, des efforts de **communication interne** doivent également être réalisés, notamment par l'intégration de la cellule des cas bloquants dans les modules de formation des nouveaux professionnels, par la diffusion régulière de bilans synthétiques en comité de

directeur et en instances CME / CSIRMT, et par la présentation annuelle de l'activité en assemblée des cadres.

Enfin, il est préconisé de mettre en œuvre, à l'échelle de l'ensemble des services, un **questionnaire anonyme** visant à évaluer la perception et le niveau de connaissance, par les professionnels de santé, de la cellule des cas bloquants, de ses modalités d'intervention, ainsi que de leur rôle dans le repérage précoce des situations complexes ou bloquantes. Les données recueillies, traitées de manière strictement anonymisée, permettront d'identifier les leviers d'amélioration de la coordination des parcours et de formuler des recommandations adaptées aux besoins opérationnels des services. Une proposition de questionnaire, d'ores et déjà formalisée dans le cadre de cette étude, avec la Direction du service social et un médecin de la cellule, pourra faire l'objet d'une présentation et d'une validation par la Commission Parcours Patient (CPP), à la rentrée 2025, préalablement à sa diffusion institutionnelle (Annexe n°10).

3.2.3 Des recommandations opérationnelles : développer des leviers opérationnels au plus près du terrain pour renforcer l'efficacité de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.

a) Acculturer les professionnels à la logique « parcours patients ».

Au-delà, pour améliorer la visibilité de la cellule des cas bloquants auprès des professionnels, un **programme d'acculturation à la logique parcours** devrait être structuré à destination des cadres, des médecins, des internes et de tous les professionnels. Des formations au repérage des cas « *complexes* » et « *bloquants* », à l'utilisation optimale des outils (ViaTrajectoire, DMP, Parcéo), et aux interactions du CHU avec les dispositifs d'aval, devraient être dispensées.

Ensuite, afin de ne pas déresponsabiliser les services dans la prise en charge des cas « *bloquants* » et des patients en situations « *complexes* », il apparaît nécessaire, en l'absence de mise en place immédiate d'une cellule d'aval, de définir et déployer une **politique institutionnelle d'anticipation systématique de ces parcours dans l'ensemble des services cliniques**.

Cette politique reposerait sur la mise en œuvre de revues hebdomadaires des patients en séjour prolongé, par les cadres supérieurs et les cadres de santé, en lien avec les médecins, les assistantes sociales et les directions déléguées de pôle. Il conviendrait donc d'inscrire cette mission au sein des fiches de postes des cadres supérieurs, des cadres de santé et des responsables d'unités. Cette pratique, déjà amorcée dans certains pôles notamment au sein du pôle « *Autonomie Santé* », devrait être formalisée par une instruction institutionnelle. Ainsi, seuls les cas structurellement bloqués ou réellement complexes seraient remontés à la cellule des cas bloquants, qui n'interviendrait qu'en dernier recours.

- b) *S'inspirer du modèle nantais : une cellule d'aval pilotée par des IDEC de parcours.*

Au-delà, ajouter à la cellule des cas bloquants, une **équipe opérationnelle dédiée, pluridisciplinaire et formée**, comme la cellule d'aval de Nantes, pourrait permettre d'améliorer la performance du traitement des cas bloquants du CHU de Reims. En effet, le CHU peut s'inspirer du **modèle nantais**, où la gestion de l'aval est assurée par une équipe d'IDEC (infirmières diplômées d'État coordinatrices de parcours), d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA) et d'une Assistante Sociale dédiée, détachées à cet effet. À Nantes, cette « *cellule d'aval* », rattachée à la cellule de gestion des lits, prend le relais des services pour la préparation des sorties, sans toutefois se substituer complètement à eux, selon un règlement intérieur clair. Cette solution hybride permet d'alléger la charge des soignants des services, tout en professionnalisant le suivi des sorties difficiles.

Le CHU de Reims pourrait envisager une montée en charge progressive : dans un premier temps, renforcer les services sociaux de chaque pôle pour traiter les cas courants (et diffuser les bonnes pratiques), responsabiliser les responsables d'unité et les cadres des services dans la prise en charge des cas bloquants et le contrôle des durées moyennes de séjour (DMS), aidé par le futur logiciel de gestion de l'ordonnancement, en cours de déploiement à l'horizon fin 2025, puis à moyen terme constituer une cellule d'aval opérationnelle rattachée à la cellule des cas bloquants, qui travaillerait en lien avec la cellule d'ordonnancement.

Cela aurait l'avantage de responsabiliser initialement les services dans la gestion de l'aval, avant d'institutionnaliser une équipe dédiée en appui. Cette évolution organisationnelle devra bien sûr, s'accompagner d'une communication interne claire pour éviter que les services ne se désengagent prématurément de la préparation des sorties. L'objectif est de trouver le bon équilibre entre accompagnement centralisé, et implication des unités de soins, en fonction de la complexité des situations.

- c) *Mettre en place une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) au CHU de Reims.*

Ensuite, il pourrait être envisagé la mise en place d'une Unité de Parcours Sociale et Médicale (UPSM) au CHU de Reims. Cette unité dédiée, accueillerait des patients médicalement aptes à sortir de l'hôpital, mais freinés par des obstacles sociaux ou administratifs, et travaillerait en synergie avec les acteurs médico-sociaux et

institutionnels.¹⁵³ Ce dispositif s'inscrirait en complément de la cellule de gestion des cas bloquants, et serait coordonné avec la Cellule de gestion des parcours patients, actée par la Direction Générale dans le cadre du Dialogue de gestion du pôle Médecine 2025.¹⁵⁴ L'expérience nantaise démontre que cette unité a permis de libérer 10 000 journées d'hospitalisation aiguë en 2022, favorisant une réaffectation rapide des lits pour des patients nécessitant des soins actifs, tout en limitant les réhospitalisations.¹⁵⁵

Enfin, il est à noter que, dans le cadre de la T2A, l'UPSM permettrait de générer des séjours distincts à condition d'être installé sous un FI-NESS géographique différent de celui de l'unité d'origine.¹⁵⁶ Ce mécanisme autorise la facturation d'un nouveau séjour, valorisé par un GHS (Groupe Homogène de Séjour) potentiellement aligné sur les bornes hautes, en fonction des typologies de patients et de la complexité des situations.¹⁵⁷ Ainsi, sur le plan financier, il convient de rappeler que le PMJT (Poids Moyen du Jour Traité) sur les comptes rendus de médecine interne et maladies infectieuses s'élève à 478,8 € par jour. Toutefois, ce chiffre doit être interprété avec prudence, car le gain de 10 000 journées d'hospitalisation ne correspond pas mécaniquement à un gain de 4,788 M€ pour l'établissement.¹⁵⁸ Un UPSM au CHU de Reims, permettrait néanmoins, de libérer des lits de médecine aiguë, mais également de maintenir une valorisation financière pour les séjours bloquants, renforçant donc l'efficacité médico-économique de l'établissement.

d) *Fluidifier les processus internes : décloisonner, formaliser et responsabiliser les acteurs de terrain à la démarche « parcours ».*

Ensuite, des **référents « parcours »** devraient être désignés au sein de chaque pôle. Idéalement, un cadre supérieur ou un cadre de santé pourrait être identifié pour relayer les principes d'anticipation et faire le lien avec la cellule. Ce référent « *parcours* » pourrait également avoir la mission de référent Via Trajectoire, au sein du pôle. Ce dernier veillerait au contrôle de la qualité des dossiers, améliorerait la fiabilité des demandes d'orientations et réduirait par son action, les délais d'acceptation des structures d'aval.

¹⁵³ CHU de Nantes. (2023). *Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) : bilan et perspectives* [Communiqué de presse] file:///C:/Users/0952115/Downloads/CP_UPSM_04102023.pdf

¹⁵⁴ Fischer, L. (2025, 16 avril). *Entretien semi-directif sur l'analyse de la cellule des cas bloquants* [Directeur en charge de la Commission Parcours Patients], CHU de Reims

¹⁵⁵ CHU de Nantes. (2023). *Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) : bilan et perspectives* [Communiqué de presse] file:///C:/Users/0952115/Downloads/CP_UPSM_04102023.pdf

¹⁵⁶ Ministère de la Santé et de la Prévention. (2024). *Financement des établissements de santé*.

¹⁵⁷ ATIH. (2016). *Production des séjours par entité géographique : notice technique*. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

¹⁵⁸ CHU de Reims – Direction des affaires financières. (2025, 14 août). *Extraction interne des données hospitalières*. CHU de Reims. Document interne non publié.

- e) *Améliorer la coordination ville-hôpital du quotidien et renforcer les liens avec les partenaires intentionnels clés.*

Au-delà, pour améliorer la coordination ville-hôpital du quotidien, il conviendrait, en parallèle, de **formaliser des conventions, des protocoles d'intervention partagée, ou a minima nouer des liens informels**, avec certains partenaires clés. À titre d'illustration, il est possible de prévoir, dans le cadre des coopérations institutionnelles, la mise en œuvre de dispositifs spécifiques tels que : le traitement prioritaire des mesures de tutelle par le tribunal judiciaire, la procédure accélérée d'instruction par la MDPH, l'alerte systématique au DAC en cas d'impasse signalée par la cellule, le lien facilité avec la préfecture pour les patients étrangers à risque de rupture de parcours.

Par ailleurs, la **participation régulière d'un représentant de la médecine de ville** (via la CPTS), aux réunions de la cellule des cas bloquants, renforcerait la logique de prise en charge conjointe hôpital-ville.

- f) *Outiller les patients et les familles pour sécuriser les sorties « complexes » ou « bloquantes ».*

La mobilisation plus précoce des aidants et des familles, dans la définition du projet de sortie, en amont des décisions médicales, pourrait également réduire les oppositions tardives et favoriser une meilleure adhésion au parcours proposé.

Afin de renforcer l'information et l'accompagnement des patients bloquants et « complexes », il serait pertinent que la cellule des cas bloquants élabore, un **livret d'accueil spécifique**, présentant le rôle et le fonctionnement de la cellule, ses interlocuteurs et ses modalités d'intervention. Ce document, remis dès l'admission, ou dans les premiers jours d'hospitalisation, préciserait les modalités d'organisation de la sortie (libération du lit en matinée, anticipation tout au long du séjour), ainsi que, pour les SMR et les services de gériatrie, la durée moyenne de séjour, les critères de poursuite de prise en charge et les règles de facturation en cas de « *refus de sortie* ». Pour en faciliter l'appropriation, le livret pourrait être décliné en version **FALC** (Facile à Lire et à Comprendre) et être accompagné d'un flyer synthétique diffusé dans les services. L'information devrait être délivrée précocement et complétée par un échange avec un professionnel référent, avec traçabilité dans le dossier patient.

Enfin, ce livret et la démarche associée pourraient faire l'objet d'une présentation à la Commission des usagers (CDU), afin d'assurer la transparence et le recueil d'avis complémentaires. Le projet de sortie devrait également être formalisé comme un véritable acte de coordination entre acteurs, au sein duquel le patient et sa

famille trouveraient pleinement leur place dans le pilotage du parcours. Ce travail reposerait sur un partage et un échange de connaissances, ainsi qu'une délibération collective, dans le but de répondre au mieux aux besoins et attentes du bénéficiaire ultime : le patient.

Conclusion

L'analyse conduite au sein du CHU de Reims met en évidence les avancées substantielles induites par la cellule de gestion des cas bloquants, désormais positionnée comme un dispositif structurant au service de la fluidification des parcours patients. Par l'articulation d'une expertise médico-sociale, d'une coordination interservices optimisée et de partenariats territoriaux consolidés, cette organisation a permis de sécuriser un nombre significatif de sorties dites bloquantes ou « *complexes* », tout en contribuant à une meilleure efficience de l'occupation capacitaire hospitalière.

Néanmoins, cette étude fait apparaître plusieurs axes d'amélioration : une gouvernance stratégique encore partiellement formalisée, des outils de pilotage et d'évaluation perfectibles, ainsi qu'une anticipation parfois insuffisante des situations par les unités de soins. Ces constats appellent une montée en maturité du dispositif, fondée sur un pilotage stratégique renforcé, la formalisation de processus homogènes et une intensification de la coordination avec les dispositifs d'aval et les partenaires territoriaux.

Les recommandations émises s'inscrivent dans une logique de professionnalisation et d'optimisation des pratiques : élaboration d'une feuille de route opérationnelle dédiée à la gestion des situations bloquantes, consolidation du rôle stratégique et du positionnement institutionnel de la cellule, renforcement de ses moyens organisationnels et déploiement de leviers opérationnels de proximité. À terme, la mise en place d'outils structurants, telle qu'une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM), constituerait un atout complémentaire pour libérer des capacités en lits et renforcer la prise en charge des patients les plus complexes et vulnérables.

En définitive, la réussite de cette dynamique repose sur une approche systémique et collective, mobilisant les professionnels hospitaliers, les acteurs médico-sociaux et les partenaires institutionnels, dans le cadre d'un pilotage intégré et coordonné à l'échelle du GHT. La trajectoire actuellement engagée par le CHU de Reims représente une opportunité de transformation organisationnelle, qui, au-delà de la seule gestion capacitaire, contribue à l'émergence d'un hôpital plus agile, coordonné et résolument centré sur le patient.

Bibliographie

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

- Article L. 425-9. (s.d.). *Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile*. Légifrance.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (2016, 27 janvier). *Journal officiel de la République française* (0022), texte n° 2.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. (2019, 25 juillet). *Journal officiel de la République française* (0171), texte n° 1.
- Ordonnance n° 45-2454 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale. (1945, 7 octobre). *Journal officiel de la République française* (0237).

ENQUÊTES ET RAPPORTS

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2025). *Comptes nationaux de la santé*.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023a). *Les services de soins infirmiers à domicile en 2022 (Études & Résultats, 1289)*.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2023b). *Panorama des établissements de santé*.
- Haute Autorité de Santé. (2022). *Le virage ambulatoire : concepts et mise en œuvre*. HAS.
- Oliver, D. (2023). Delayed discharges harm patients, staff, and systems. *BMJ*, 380, p459.
- Glasby, J., Littlechild, R., & Pryce, K. (2004). A narrative review of the literature on delayed hospital discharges. *British Journal of Social Work*.
- Hubbard, G., Hubby, G., Wyke, S., & Thesmess, T. (2004). *Research Review on Tackling Delayed Discharge*. Scottish Executive Social Research.
- Couillot, M.-F., Gryson, N., & Gougnard, S. (2014). Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique. *La revue de gériatrie*, 39(4), 215-221.
- Manzano, A. (2010). From Bedblocking to Delayed Discharges. *Health Services Management Research*, 23(23), 121-127.
- Bonastre, J., Journeau, F., Nestrigue, C., & Ora, Z. (2009). Hospital activity, productivity and quality of care before and after activity based funding (T2A).

MÉMOIRES EHESP

- Haas, J. (2021). *L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychosociaux : Quelles réponses au problème bed-blockers ? L'exemple du Groupe hospitalier Nord-Essonne* [Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique]. École des Hautes Études en Santé Publique.
- Karadeniz, K. (2017). *La coordination des intervenants ville-hôpital dans le parcours de santé : Le rôle du directeur des soins* [Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique]. École des Hautes Études en Santé Publique.

THÈSE DE MÉDECINE

- Mannoury, C. (2024). *Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients "bed-blockers" au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM)* [Thèse de doctorat de médecine, Nantes Université]. HAL.

SITES INTERNET

- Commission for Case Manager Certification. (2023). Definition and philosophy of case management. <https://ccmcertification.org/about-ccmc/about-case-management/definition-and-philosophy-case-management>
- Handidonnées Grand Est. (2024). Offre médico-sociale – Offre pour adultes – Nombre d'ESMS et de places installées (2024). https://grand-est.handidonnees.fr/page/offre-medico-sociale/offre-pour-adultes/indicateur/nombre-desms-et-de-places-installees-1/departement_67/year_2024
- CRPGE. (s.d.). Maison d'Accueil Spécialisée Marc Toussaint. <https://crpge.org/maison-daccueil-specialisee-marc-toussaint/>
- sanitaire-social.com. (2024). Soins de suite et de réadaptation (SSR) – Liste et capacités dans la Marne. <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-etablissements-de-sante/soins-de-suite-readaptation/liste-marne-51>

DOCUMENTATIONS INTERNES DU CHU DE REIMS

- CHU de Reims. (2021, 20 avril). Présentation CODIR – Groupe de travail sur les situations critiques [Présentation PowerPoint interne]. CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2022). Résumé de passage aux urgences 2021 (RPU 2021) [Document interne]. Service des urgences, Pôle médecine d'urgence, CHU de Reims.

- CHU de Reims. (2023, 14 novembre). Présentation CODIR – Mise en place d’une cellule de gestion des parcours complexes [Documentation interne]. CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2023, 31 octobre). Feuille de route de gestion des lits de l’établissement [Document interne transmis à l’ARS Grand Est le 17 novembre 2023]. CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2024). Extractions des séjours MCO de plus de 30 jours [Données internes non publiées]. Direction de l’information médicale.
- CHU de Reims. (2024). Extractions des séjours SMR de plus de 60 jours [Données internes non publiées]. Direction de l’information médicale.
- CHU de Reims, Direction des finances, & Direction du service social. (2024, 25 juin). Prise en charge des patients en situation irrégulière : renforcement du partenariat sous-préfecture – service [Présentation PowerPoint interne]. Comité de direction, CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2024, 6 février). Retour sur les travaux de fluidification des parcours médico-sociaux : CODIR plénier [Présentation PowerPoint interne]. CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2024, 24 avril). Commission Parcours Patients – plénière [Présentation PowerPoint/PDF interne]. CHU de Reims.
- Centre Hospitalier Universitaire de Reims. (2025). Dialogue de gestion – Pôle Autonomie Santé [Présentation PowerPoint interne]. Pôle Autonomie Santé, Direction qualité, CHU de Reims.
- Centre Hospitalier Universitaire de Reims. (2023, 15 novembre). Profil de fonction : assistante de service social référente situations complexes [Fiche de poste interne]. CHU de Reims.
- Réunion entre le CHU de Reims et l’ARS Grand Est. (2025, 23 juin). Projet DAUM – Dispositif d’accompagnement des usagers multi-consommateurs de soins [Document interne non publié]. CHU de Reims.
- CHU de Reims. (2025). Tableaux complexes archives 2025 et tableau cas complexes médecine 2024 et 2025 [Documents internes, cellule des cas bloquants, ASE référente cas complexes]. CHU de Reims.

DOCUMENTATIONS INTERNES D’AUTRES ETABLISSEMENTS

- CHU de Nantes. (2020, 7 février). État des lieux – évaluation des besoins en filière d’aval : situations complexes au CHU de Nantes [Note interne]. CHU de Nantes.
- Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. (2021, 15 septembre). Ordonnancement du parcours patient au CHU de Nantes : Séminaire Ordonnancement GHT44 [Présentation PowerPoint]. CHU de Nantes.

- Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. (2024). Présentation de l'UPSM et du projet de suivi et relance des demandes EHPAD [Diaporama PowerPoint]. CHU de Nantes.
- Rondeau, I. (2025, mars). Coordination d'aval & coordination territoriale – rôle et mission du cadre dans le parcours de sortie [Présentation PowerPoint]. CHU de Nantes.
- Houget, P., & Rondeau, I. (2023, août). Optimiser le parcours des patients pour améliorer l'IP-DMS des services : rôle de la cellule de coordination d'aval – expertise parcours complexes [Présentation PowerPoint]. GHT Loire-Atlantique, CHU de Nantes.
- CHU de Limoges. (2023, 16 août). Commission de gestion des situations de sorties complexes [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.
- Centre Hospitalier Universitaire de Nice. (2023, 28 décembre). Commission des séjours longs : bilan et perspectives [Présentation PowerPoint]. CHU de Nice.
- Franzi, B., & Voillot, S. (2025, 8 avril). Échange avec la direction du CH Moët et Chandon d'Épernay sur la gestion des parcours complexes [Note de réunion interne]. CH Auban-Moët d'Épernay.

Liste des annexes

- **Annexe n°1 : Listes des interlocuteurs interrogés à l'occasion des entretiens semi-directifs.**
- **Annexe n° 2 : Tableau d'explication des facteurs de complexité dans un système de santé.**
- **Annexe n°3 : Fiche de saisine de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.**
- **Annexe n° 4 : Composition de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.**
- **Annexe n°5 : Présentation de l'Unité Parcours Social et Médical (UPSM) du CHU de Nantes.**
- **Annexe n°6 : Benchmark des cellules de gestion des parcours complexes / bloquants auprès de 8 établissements publics de santé.**
- **Annexe n°7 : Tableau d'exemples de pratiques professionnelles et d'organisations mises en place pour dépasser les difficultés rencontrées dans les cas bloquants.**
- **Annexe n°8 : Proposition de feuille de route « *patients bloquants* » pour le CHU de Reims.**
- **Annexe n°9 : Flyers du CHU de Nantes à destination des services pour faire connaître la cellule de coordination de l'aval.**
- **Annexe n°10 : Questionnaire élaboré avec le Directeur du service social et un praticien hospitalier membre de la cellule des cas bloquants, à soumettre à l'approbation de la Commission Parcours Patient (CPP), pour diffusion dans les services de soins.**

ANNEXE n°1

Listes des interlocuteurs interrogés à l'occasion des entretiens semi-directifs
--

1) Professionnels du CHU de Reims.

- Mme. Brigitte FRANZI, Directeur déléguée du CH Auban-Moët et Mme Sylvie VOILLLOT, Directeur des soins – CHU de Reims (8 avril 2025).
- M. Laurent FISCHER, Directeur délégué de pôle, Directeur en charge du parcours patient et de la Commission Parcours Patients – CHU de Reims (16 avril 2025).
- M. Romain FÈVE, Directeur délégué du CH de Fismes – CHU de Reims (11 juin 2025).
- M. Jules LITVINE, Directeur adjoint aux finances et Directeur du service social – CHU de Reims (13 juin 2025 / 7 juillet 2025).
- M. Martin LAFON, Directeur de cabinet en charge du lien ville-hôpital – CHU de Reims (20 juin 2025).
- M. Thierry BRUGEAT, Coordonnateur général des soins – CHU de Reims (4 juillet 2025).
- Mme. Sabrina LEQUEUX, Cadre socio-éducatif du service social – CHU de Reims (7 juillet 2025).
- Mme. Justine DE LA ROCHE, Directrice déléguée du pôle EHPAD-USLD – CHU de Reims (8 juillet 2025).
- Dr. Anne DEBART, Praticien Hospitalier, Cheffe du service SMR Gériatrique – CHU de Reims (11 juillet 2025).
- Mme. Bernadette COQUET, Président de la Commission des usagers – CHU de Reims (23 juillet 2025).
- Dr. Aurore DEVY-MICHEL, Praticien Hospitalier, Médecin coordonnateur des EHPAD, Cheffe du pôle EHPAD-USLD – CHU de Reims (24 juillet 2025).
- Dr. Christelle CORNELIS, Praticien Hospitalier, Service d'Accueil des Urgences Adultes (SAU) – CHU de Reims (29 juillet 2025).
- Mme. Maéva DELIEGE, Cheffe de projet, Direction des services numériques – CHU de Reims (4 août 2025).
- M. Kévin BACHELLÉ, Directeur délégué du pôle Autonomie Santé – CHU de Reims (5 août 2025).
- Dr. Paola MARIANNETI, Praticien Hospitalier, Co-présidente de la Commission Parcours Patients – CHU de Reims (12 août 2025).

2) Professionnels d'autres établissements publics de santé.

- Mme. Caroline GUILLOTIN, Directrice déléguée du pôle EHPAD - CHRU de Nancy (14 février 2025).
- Mme. Marie-Paule SAULI, Coordinatrice générale des soins et Mme Marjorie CARIOLE, Cadre supérieur en charge de la gestion des lits - CH Sud Francilien (16 avril 2025).
- M. Thomas VERRON, Directeur des parcours patients - CHU de Nantes (16 avril 2025).
- M. Robin LINDEMANN, Faisant Fonction Cadre de santé, en charge de la Commission des séjours longs - CHU de Nice (24 avril 2025).
- Mme. Isabelle RONDEAU, Cadre de santé, en charge de la cellule de coordination d'aval - CHU de Nantes (23 mai 2025).

3) Professionnels de la ville.

- M. Matthieu BIREBENT, Directeur de la mission d'appui aux professionnels de santé (25 juin 2025).
- Mme. Karine PAINVIN, Directrice déléguée du DAC 51 (27 juin 2025).
- Mme. Fatima AMRY et Mme. Sophie PINTO, Coordinatrices du CLIC de l'Agglomération Rémoise (3 juillet 2025).
- Mme. Marion LOUIS, Directrice de la CPTS Reims Métropole (30 juillet 2025).

TRAME DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS :

- **Présentation de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims.**
- **Description du rôle occupé dans la cellule ou des liens noués avec la cellule.**
- **Perception des parcours complexes et bloquants au CHU de Reims ou dans le service dans lequel le professionnel travaille.**
- **Typologie de cas rencontrés.**
- **Fonctionnement et plus-value de la cellule.**
- **Visibilité et perception de la cellule des cas bloquants auprès des professionnels ou acteurs interrogés.**
- **Perspectives et recommandations d'amélioration du dispositif.**

ANNEXE n°2

Tableau d'explication des facteurs de complexité dans un système de santé

Facteurs de complexité	Causes d'éligibilité dans un système de santé	Exemples de situations caractéristiques
Instabilité	Divergence des objectifs des acteurs et génération de conflits dans la définition des parcours de soins	Affectations de longues durées avec polypathologie pour des patients « ventouses », occupant régulièrement des lits dans différents services de spécialité de l'hôpital (bed blockers)
Incertitude	L'évolution d'un état de santé n'est jamais totalement prédictible. La disponibilité des ressources compétentes est parfois limitante. La volonté du patient peut changer de cap	Déficience en santé mentale du patient ne permettant pas de savoir s'il est conscient de son état et s'il souhaite se soigner. Non remplacement d'un médecin généraliste partant en retraite
Réseaux sophistiqués	Coexistence du réseau des acteurs médicaux, du réseau social autour de la personne, du réseau logistique des médicaments et dispositifs médicaux	Diversité des réseaux médico-sociaux et de leur périmètre d'actions Absence de dossier médico-social de l'usager partagé à l'échelle du système
Dynamiques singulières	Peu de points d'équilibre dans la dynamique, les comportements des acteurs sont aléatoires. Niveau d'autonomie des acteurs qui crée les conditions de comportements émergents et pas préparés	Retours multiples aux urgences, situation de détresse au domicile

Source : PINGAUD H., LAMINE E. (2020) *Retour d'expériences en ingénierie des parcours de patients en situation complexe*. Actes de MOSIM'20, Agadir. 8 p. (hal-03053698)

ANNEXE n°3

Fiche de saisine de la cellule des cas bloquants

	Centre Hospitalier Universitaire de Reims
	FICHE DE SAISINE CAS COMPLEXES

A renvoyer à : cascomplexes@chu-reims.fr

1. AUTEURS DE LA SAISINE :

Service :
UF :
Médecin (Nom/Prénom/Poste) :
Cadre de santé (Nom/Prénom/Poste) :
Assistante sociale (Nom/Prénom/Poste) :

2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

Nom/prénom :
Date de naissance :
Lieu de vie : ☐ domicile ☐ EHPAD ☐ autre (à préciser) :
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ veuf (ve)
Enfants : ☐ oui ☐ non
Personne à prévenir (Nom/Prénom/téléphone):
.....
Qui est-elle ? ☐ conjoint ☐ enfant ☐ autre (à préciser) :
Si représentant légal, Nom/Prénom/téléphone:
.....
Médecin traitant, Nom/Prénom/téléphone:
.....

3. MOTIF DE LA SAISINE :

- ☐ Absence de domicile stable ou impossibilité de maintien à domicile
- ☐ Passages répétés aux urgences
- ☐ Refus successifs des lieux d'aval
- ☐ Difficulté à trouver une structure d'aval adaptée
- ☐ Difficulté à finaliser les démarches administratives
- ☐ Difficulté à finaliser les démarches juridiques
- ☐ Autres :

4. CONTEXTE MEDICAL :

Motif initial d'hospitalisation :
.....
Pathologie :
.....
Incidences sur la vie quotidienne :
.....

Imprimé le 10/06/2024

Référence :

Date

	Centre Hospitalier Universitaire de Reims
	FICHE DE SAISINE CAS COMPLEXES

BILAN D'AUTONOMIE :

4.1. Situation AVANT l'hospitalisation en cours :

- ☐ Autonome ☐ Semi-autonome ☐ Grabataire
 Désorientation antérieure à l'hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Aides techniques :

- ☐ Téléalarme
☐ Appareillage :
☐ Autre :

Aides humaines :

- type d'intervention :
☐ SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)
☐ IDE libérale
☐ Autre (à préciser)
 - coordonnées des intervenants :

Aides financières :

- type de dispositif :
☐ APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
☐ PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
☐ CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)
☐ Autre (à préciser)

4.2. Situation actuelle :

Déplacements :

- Se lève seul ☐ oui ☐ non
 Se déplace seul ☐ oui ☐ non
 Se déplace avec aides techniques ☐ oui ☐ non (si oui, à préciser :)

- Toilette : ☐ Se lave seul(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
 Habillage : ☐ S'habille(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale
 Continence : ☐ Totale ☐ Partielle ☐ Incontinence
 Alimentation : ☐ Mange seul(e) ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

Cognition/comportement

- ☐ Pas de problème particulier
☐ Désorientation temporo-spatiale
☐ Troubles actifs du comportement (à préciser) :

☐ Risque de fugue
☐ Nécessité d'une chambre individuelle : ☐ Motif médical ☐ Motif comportemental

Référence :

Date

	Centre Hospitalier Universitaire de Reims
	FICHE DE SAISINE CAS COMPLEXES

CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL ET SOCIAL :

- | | |
|---|---|
| ☐ Personne isolée | ☐ Nécessite une mesure de protection juridique |
| ☐ Aidant défaillant ou épuisé | ☐ Refus de l'accompagnement proposé |
| ☐ Faibles ressources financières | ☐ Autre : |

5. DEMARCHES DEJA ENTREPRISES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. PRINCIPAUX MOTIFS DES REFUS :

.....

.....

.....

.....

.....

7. CONNU/SUIVI PAR (partenaires extérieurs/coordonnées/ contacts et numéros)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. COMMENTAIRES/PRECISIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Imprimé le 10/06/2024

Référence :

Date

ANNEXE n°4

Composition de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims
--

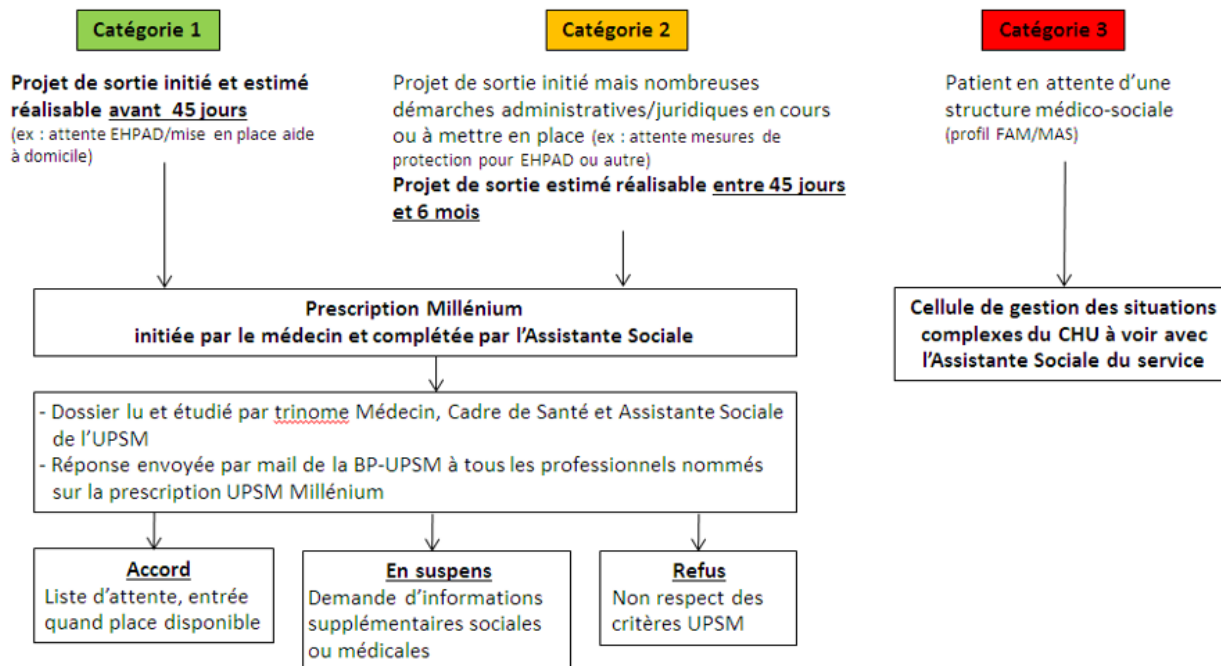
Année	Membres du CHU	Représentants extérieurs (invités permanents)
2023 <i>Cellule des cas complexes (composition souhaitée lors de sa création)</i>	• Médecin(s), représentant(s) de la Commission parcours patients. • DSIRMT ou cadres représentants. • Responsable du service social. • Directeur en charge du service social.	• Représentant du DAC • Représentant de la MDPH. • Représentant de la HAD. • Représentant du Tribunal judiciaire.
2025 <i>Cellule des cas bloquants (composition mise en œuvre)</i>	• Médecin chef du service SMR gériatrique. • Directeur du service social (Directeur adjoint aux finances). • Directeur délégué du pôle Autonomie Santé (SMR). • Directrice déléguée du pôle EHPAD-USLD. • Représentant de la direction des soins. • Responsable du service social. • Assistante sociale dédiée aux cas complexes.	• Représentant du DAC. • Représentant de la HAD.

ANNEXE n°5

Présentation de l'Unité Parcours Social et Médical (UPSM) du CHU de Nantes

Les critères d'admission à l'UPSM

Exclusivement pour des patients médicalement sortants, provenant de services de médecine ou chirurgie et ne nécessitant pas de soins aigus, de surveillance rapprochée ou de soins complexes



Les moyens en ressources humaines (RH)

Unité médicalement portée conjointement par les PHU 9 (Gérontologie Clinique) et PHU 3 (Médecine - Urgence - Prévention)

- ➔ Effectif médical dédié pour assurer une continuité de service : 1,5 ETP mais manque 0,5
- ➔ Effectif assistante sociale : 2 ETP

Équipe paramédicale dédiée disposant de ressources supports renforcées

Grade	ETP pour l' UPSM	
IDE de jour	3,6	
IDE de nuit	1,3	+ mutualisation USLD
AS de jour	11,7	
AS de nuit	2,5	+ mutualisation USLD
ASH	3	
Cadre de santé	1	
Kinésithérapeute	0,8	
Ergothérapeute	0,4	
Assistant social	2	
Psychologue	0,2	
AMA	0,5	
Total	26,6	



ANNEXE n°6

Benchmark des cellules de gestion des parcours complexes / bloquants auprès de 8 établissements publics de santé

	CHU LIMOGES	CHU NANCY	CHU NANTES	CHU CLERMONT-FERRAND	CHU TOURS	CHU NICE	CH Sud-Francilien	CH Auban-Moët d'Épernay
Commission / cellule de gestion des cas complexes (opérationnelle)	X	X	X (rattaché à la cellule d'ordonnancement)	X	X	X	X	X
L'instance des situations complexes et bloquantes (stratégique et institutionnelle)			X					
Temporalité des réunions	Hebdomadaire	Bimensuel	Bimensuel	Hebdomadaire	Mensuelle	Hebdomadaire	Bimensuel	Bimensuel
Critères de sollicitations de la cellule	X	X (critère : si le projet de sortie n'est pas mis en œuvre dans un délai de 3 jours)	Pas de critères formalisés, mais filtrage opérationnel.	X (implicites)	X	X (implicites)	X	X
Logigramme ou procédure d'identification des patients bloquants ou complexes.	X	X	X					X
Cartographie des risques	X	X		X				
Sollicitation sur saisine	X	X (par un membre de la cellule – AS notamment)	X	X	X	X	X	X
Formulaire de saisine		X				X		
Saisine des services via mail générique ou téléphone			X (pour la cellule de coordination de l'aval (opérationnelle))	X	X	X	X	X

Remontées des informations par les services grâce aux extractions, entraînant la saisine (logiciel Via trajectoire, PMSI, DIM, suivi par UF)	X		X	X	X	X		
Tableau Excel de recensement des besoins de fluidification émanant des services de soins	X	X	X			X	X	
Tableaux de bord de suivis des situations en cours de traitement	X	X	X (requête pour traçabilité des situations en attente (ex : Ehpad))			X	X	X)(suivi par la Cellule de Gestion des Parcours)
Tableau Excel de suivi des sorties patients (indicateurs de suivi des sorties – RAD, vers SMR, EHPAD, USLD).		X (même tableau pour les 3)	X (intégration dans le DPI et suivi du parcours patients).	X		X (retour par mail aux unités)	X	
Outil de gestion des lits		X (pas d'outil unité de gestion des lits en temps réel, mais visibilité partielle via la direction commune – EHPAD, SMR)			X	X	X	X (pas d'outil de gestion des lits en temps réel, un relevé 3 fois par jour)
Cartographie des structures d'aval	X	X					X	X

Présents en tant que membres de la cellule	Coordonnateur général des soins / directeur des soins	X	X			X		X	X
	Cadres de santé ou cadres supérieurs			X	X	X	X (cadre de santé et bed-manager)	X	X (cadre de santé + bed-manager)
	Direction Qualité								
Partenaires	PRADO				X			X	
	HAD		X	X	X				X
	DAC	X	X	X			X	X	X
	CLIC							X	X
	Conseil départemental								
	ETS partenaires	X			X		X	X	
	MDPH		X					X	
	ARS	X	X					X	
	Tribunal judiciaire								
Binôme IDEC / ASEC				X					
Infirmière de parcours mises à disposition par le CCAS ou du PRADO							X		
Chargé de coordination Via Trajectoire		X							
Courrier d'alerte (paiement du tarif national journalier – TNJP) / courrier de requalification du séjour		X	X		X	X	X	X	X
Un aménagement du libre choix de la structure de sortie (élargissement des demandes d'EHPAD / SSR)			X (proposition de structures temporaires si attente d'une place ciblée)	X			X (EHPAD ou SSR intra CHU)	X	X
Partenariat avec la cellule de GHT / Cellule régionale ou départementale				X (cellule GHT)			X	X (partenariat avec cellule régionale « déblocueur 91 »)	
Un travail conjoint avec le projet de bed management				X (articulé avec l'ordonnancement, libération de lits via unité relais (30 lits).			X	X	X
Autres outils			- Création d'une unité post urgence polyvalente (UPUP) - Un arbre décisionnel pour évaluer et orienter le patient depuis le SAU (UHCD) - Création d'une	- IDE référent d'aval - Unité post urgence (30 lits relais pour des cas médicamenteux sortants). - UPSM (Unité de parcours social et médical) de 30 lits. - Projet de suivi et relances			Imposition intra-CHU sur site spécifique (Tende SMR)	- Salons de sortie pour les patients autonomes (sortie avant 12h). - Consultations post-urgences (IPA) pour éviter les hospitalisations. - Déploiement d'un hôpital hospitalier (à venir).	IPA en gériatrie
			cellule de régulation ville / hôpital.	des dossiers d'EHPAD.					
			Grille d'admission en HAD (critères).						

Sources du benchmark :

- **Limoges :**
 - CHU de Limoges. (2023, 16 août). *Commission de gestion des situations de sorties complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre hospitalier universitaire de Limoges.
- **Nancy :**
 - CHRU de Nancy. (2019, 1er juin). *Règlement intérieur de la Commission Parcours Complexes* [Document administratif]. Centre hospitalier régional universitaire de Nancy.
 - Guillotin, C. (2025, 14 février). *Entretien semi-directif sur la Commission Parcours Complexes du CHU de Nancy* [Directeur adjoint, Département ville, médico-social, hôpital, CHU de Nancy].
- **Nantes**
 - Verron, T. (2025, 16 avril). *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [Directeur des parcours, CHU de Nantes].
 - Rondeau, I (2025, 23 mai) *Entretien semi-directif sur la cellule de coordination d'aval du CHU de Nantes* [IDEC de la cellule de coordination d'aval, CHU de Nantes].
 - Houget, P., & Rondeau, I. (2023, août). *Optimiser le parcours des patients pour améliorer l'IP-DMS des services : Rôle de la Cellule de Coordination d'aval – Expertise parcours complexes* [Présentation PowerPoint]. Centre Hospitalier Universitaire de Nantes.
- **Clermont-Ferrand :**
 - Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. (2023, 19 juin). *Présentation du projet sortie : fluidification des parcours patients* [Présentation PowerPoint]. CHU Clermont-Ferrand.
- **Tours :**
 - Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. (2019, automne). *Alchimie* (n°16).
- **Nice :**
 - Centre Hospitalier Universitaire de Nice. (2023, 28 décembre). *Commission des séjours longs : Bilan et perspectives* [Présentation PowerPoint]. CHU de Nice.
 - Lindemann, R. (2025, 24 avril) *Entretien semi-directif sur la Commission des séjours longs du CHU de Nice* [Cadre de santé, CHU de Nice]
- **CH Sud Francilien**
 - Sauli, M-P. & Cariole, M. (2025, 16 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule d'ordonnancement des parcours complexes* [Coordinatrice des soins et Cadre supérieure en charge de la gestion des lits, CH Sud Francilien].
- **CH Auban Moët**
 - Franzy,B. & Voilot, S. (2025, 7 avril) *Entretien semi-directif sur la cellule de gestion des parcours complexes* [Directrice déléguée du CH et Directrice des soins, CH Auban-Moët d'Épernay].
 - Centre Hospitalier Auban-Moët. (2022, octobre). *Gestion des parcours* [Document interne]. CH Auban-Moët.
 - Centre Hospitalier Auban-Moët. (2024, septembre). *Commission des parcours complexes* [Document interne]. CH Auban-Moët.

ANNEXE n°7

Tableau d'exemples de pratiques professionnelles et d'organisations mises en place pour dépasser les difficultés rencontrées dans les cas bloquants

Facteurs de complexité	Exemple de difficultés rencontrées	Exemple de pratiques professionnelles ou d'organisations
Instabilité	Absence de visibilité des dispositifs mobilisables en lien avec la dynamique de l'offre	. Recentrage des actions des professionnels vers les dispositifs les plus anciens, ainsi que ceux donc les critères d'inclusion sont les plus larges . Création d'un poste de coordinatrice patient complexe sur le périmètre d'un établissement hospitalier . Rencontres partenariales organisées à l'échelle d'un site hospitalier
Incertitude	Absence de maîtrise des délais de traitement des demandes d'admission, d'ouverture de droit	Démultiplication des demandes et des indications d'orientation Demande d'appui multiple, recherche de contact "privilégié"
Dynamiques singulière	Interdépendance de l'ensemble des démarches du plan de soin Succession d'étape, accumulation des temps nécessaires à chaque étape	Synthèse avec les partenaires extérieurs Rencontres partenariales organisées par le service social hospitalier au niveau d'un site hospitalier Interpellation de la direction de l'institution d'appartenance des acteurs concernés par la direction du site hospitalier pour tenter "d'imposer" l'admission du patient par exemple
Réseaux sophistiqués	Le patient présente une pathologie principale, des pathologies secondaires et des problématiques administratives et sociales multiples : les professionnels ne sont pas dans leur réseau habituel	Partage d'informations lors d'échange informel Prise de contact avec les professionnels de génération identique (réseau construit)

Source : Loilier, A., & Pingaud, H. (2023). Étude plurielle du phénomène de bed blockers à l'hôpital. Dans *C/IG/Qualita MOSIM 2023*, Trois-Rivières, Québec, Canada.

ANNEXE n°8

Proposition de feuille de route « *patients bloquants* » pour le CHU de Reims

1) Renforcer l'ancrage stratégique de la cellule des cas bloquants dans la gouvernance hospitalière.

- **Créer un COPIL « *Parcours Patients* » placé sous l'autorité de la Direction Générale Adjointe (DGA), qui se réunirait trimestriellement.**
 - **Objectif :** Gestion des trois leviers de fluidification des parcours patients : la gestion et l'ordonnancement des lits (volet 1), la contractualisation interne (volet 2), et la gestion de l'aval (volet 3), incluant le traitement des cas bloquants et complexes.
- **Élaborer une feuille de route spécifique, dédiée à la gestion des cas bloquants du CHU.**
 - **Objectif :** Définir un plan d'action à déployer dans chaque pôle du CHU, par des responsables désignés par le COPIL.
- **Désigner un représentant institutionnel unique pour piloter la feuille de route « *patients bloquants* ».**
- **Ouvrir le COPIL « *Parcours Patients* », en formation élargie, aux acteurs du territoire, une fois par an (COPIL « *Patients complexes et bloquants de Reims* »).**
 - **Objectifs :** Réunir les représentants du GHT, de la ville, du DAC 51, de la CPTS, des représentants de la ville, de l'ARS et de l'Assurance Maladie, pour fixer les grandes orientations des acteurs de la ville et de l'hôpital sur la problématique des parcours bloquants et complexes ; Présenter les résultats des travaux menés dans le cadre de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims (bilan d'activités).

.....

2) Optimiser l'organisation interne de la cellule des cas bloquants pour accroître la réactivité et la capacité d'action du dispositif.

- **Renforcer les effectifs de la cellule.**
 - Transformer le 0,5 ETP d'ASE « cas complexes », dédié à la cellule en 1 ETP ou recruter une infirmière coordinatrice de parcours (IDEC) au sein de la cellule.
 - Créer un poste de cadre référent « *parcours complexes* », positionné à l'interface entre le service social, les cadres de santé et les directions de pôle, et sous l'autorité hiérarchique du Directeur du service social (en fonction de la montée en charge de l'activité).
 - **Objectifs :** Améliorer la coordination stratégique du parcours et le soutien aux assistantes sociales sur les dossiers complexes ; Libérer du temps à la cadre socio-administrative en charge des assistantes sociales du CHU, afin de recentrer ses missions sur la gestion courante des « *bed blockers* ».
- **Mieux piloter la fluidification des cas bloquants du CHU de Reims, par la donnée.**
 - Mettre en place une SI partagé de suivi des cas bloquants (intégration de la fiche de saisine au DPI et mise en place d'un suivi sur un document Excel).

- Mettre en place des indicateurs de suivi consolidé pour la réalisation d'un rapport d'activité de la cellule des cas bloquants (taux de résolution des cas, DMS évitée, types de freins rencontrés, délais de résolution des cas etc.).
 - Élaborer des « *fiches réflexes* » sur les situations les plus fréquentes, à destination des services, pour communiquer et diffuser la logique « *parcours patients* » auprès des professionnels de terrain.
- **Améliorer la visibilité de la cellule des cas bloquants.**
 - Création d'un guide de procédure interne pour la gestion des cas bloquants ou « *cas complexes* » au sein des services (préciserait les indicateurs à observer chez un patient à risque de blocage, le mode de saisine de la cellule, ses modalités d'intervention, le suivi réalisé auprès des équipes de soins).
 - Décliner le guide en version simplifiée FALC (Facile à Lire et à Comprendre) et l'accompagner d'un flyer court à diffuser dans les services de soins.
 - Créer une fiche de bonne pratique du remplissage du dossier Via Trajectoire à destination des services à déposer sur l'intranet (internes, médecins, assistantes sociales, cadres des services).
 - Réaliser un questionnaire anonyme, diffusé par la Commission Parcours Patients (CPP) pour connaître la perception et le niveau de connaissance de la cellule des cas bloquants par les professionnels.
-

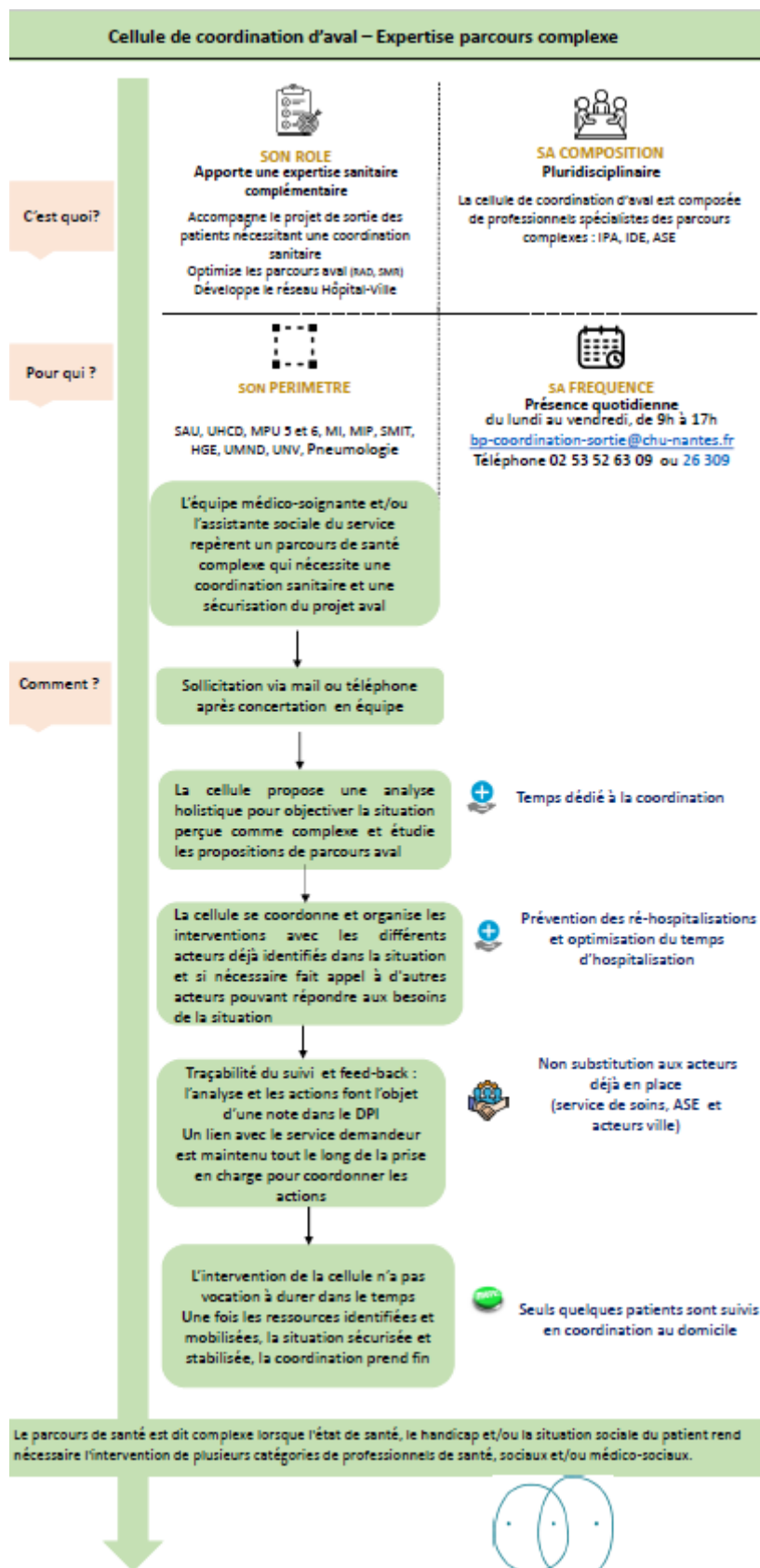
3) **Développer des leviers opérationnels, au plus près du terrain, pour renforcer l'efficacité de la cellule des cas bloquants.**

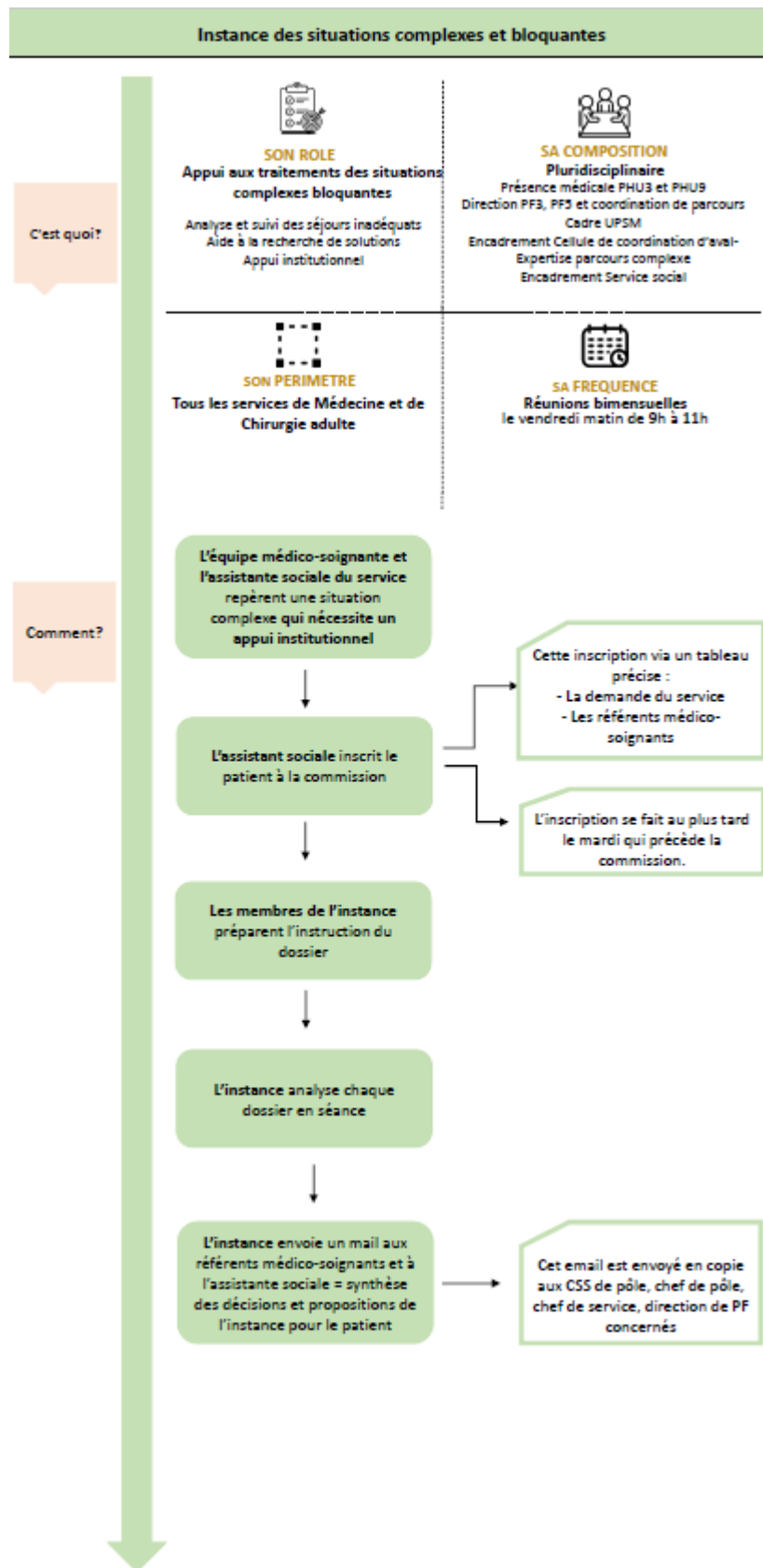
- **Mettre en place un programme d'acculturation des professionnels à la logique de parcours (étape 1) et/ou créer une cellule d'aval sur le modèle du CHU de Nantes (étape 2).**
 - Étape n°1 :
 - b) Sensibiliser les services sociaux aux bonnes pratiques en matière de gestion des cas bloquants.
 - c) Former les professionnels : au repérage des cas bloquants ou « *complexes* » dès l'admission ; à la mise en place d'une culture parcours dans les services pour travailler le projet de sortie, dès l'admission ; à l'utilisation des outils numériques (ViaTrajectoire, DMP, Parcéo) ; et aux interactions du CHU avec les dispositifs d'aval et les acteurs existants sur le territoire pour travailler la sortie.
 - d) Inscrire dans les fiches de poste des cadres, cadres supérieurs et responsable d'unité, la revue hebdomadaire des DMS de leurs services.
 - Étape n°2 : Créer une cellule d'aval similaire à celle du CHU de Nantes.
- **Créer une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) au CHU de Reims.**
- **Fluidifier les processus internes et responsabiliser les acteurs de terrain.**
 - Désigner des référents « *parcours* » dans chaque service.
 - Désigner des référents ViaTrajectoire dans chaque service.
- **Renforcer la coordination ville-hôpital du quotidien et renforcer les liens avec les partenaires institutionnels clés.**

- Formaliser des conventions, protocoles ou a minima nouer des liens informels avec les partenaires institutionnels clés (MDPH, Tribunal judiciaire, Préfecture etc.)
 - Inviter un représentant de la CPTS Reims Métropole à participer aux réunions de la cellule des cas bloquants et renforcer les actions de communication auprès des CPTS du territoire pour faire connaître le dispositif.
- **Outiller les patients et les familles pour sécuriser les sorties « complexes » ou « bloquantes ».**
 - Créer un livret d'accueil spécifique à destination des patients et des familles, pour faire connaître le rôle de la cellule, ses modalités d'interventions, les DMS dans le service concerné, la nécessité d'anticipation dès l'admission du projet de sortie, et la potentielle requalification du séjour en « *cas de refus de sortie* » du patient médicalement sortant (livret en version FALC).
 - Présenter la cellule des cas bloquants et le livret à la Commission des usagers (CDU).

ANNEXE n°9

Flyers du CHU de Nantes à destination des services pour faire connaître la cellule de coordination de l'aval





ANNEXE n°10

Questionnaire élaboré avec le Directeur du service social et un praticien hospitalier membre de la cellule des cas bloquants, à soumettre à l'approbation de la Commission Parcours Patient (CPP), pour diffusion dans les services de soins

Enquête auprès des services du CHU de Reims sur la cellule des cas bloquants.

Ce questionnaire vise à mieux évaluer la perception et la connaissance des professionnels de santé du CHU, sur la cellule des cas bloquants.

Vos réponses, entièrement anonymes, contribueront à identifier les leviers d'amélioration de la coordination des parcours et à faire le bilan du dispositif, déployé depuis 2023, au CHU de Reims.

Ce questionnaire ne vous prendra que 5 minutes. Merci par avance pour votre participation précieuse.

* Indique une question obligatoire

Cas complexes ou cas bloquants ? - Définitions

Un **patient "complexe"** est une personne dont la prise en charge nécessite une coordination renforcée entre plusieurs professionnels, en raison de la combinaison de **facteurs médicaux, sociaux, psychologiques et/ou organisationnels**.

Exemple : Un patient est considéré comme **"complexe"** lorsqu'il présente **plusieurs pathologies chroniques** interagissant entre elles (polypathologies) ; lorsqu'il est confronté à des **difficultés sociales** (précarité, isolement, handicap, absence de ressources ou de logement, famille opposante) ; ou encore lorsque son **parcours de soins est fragmenté ou à risque de rupture**, en l'absence de coordination entre les acteurs du système de santé et du secteur médico-social.

Un **patient est dit « bloquant »**, lorsqu'il est stabilisé médicalement mais dont la sortie est retardée par des facteurs logistiques ou administratifs résultant notamment d'un manque de dispositifs de prise en charge par rapport à la demande de soins ou d'un manque de structures d'aval adaptées.

NB : Un patient "cas complexe" est souvent un patient bloquant mais l'inverse n'est pas vrai. Un patient bloquant n'est pas toujours un patient "cas complexe".

Dans quel pôle travaillez-vous ? *

Sélectionner ▼

Dans quel service travaillez-vous ? *

Sélectionner ▼

Quel est votre métier ? *

Sélectionner ▼

1) Avez-vous déjà entendu parler de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

2) Avez-vous déjà saisi la cellule des cas bloquants du CHU ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

3) Si oui, pour quels types de cas avez-vous saisi la cellule des cas bloquants ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Un patient stabilisé médicalement, mais dont la sortie est retardée par l'absence de solution d'aval (ex. attente de place en EHPAD, structure de réadaptation...).
- ☐ Un patient refusant une orientation vers un établissement d'aval ou un retour à domicile malgré un avis médical de sortie.
- ☐ Un patient âgé polypathologique, présentant une perte d'autonomie et un isolement social.
- ☐ Un patient avec des troubles cognitifs nécessitant une mesure de protection juridique (curatelle, tutelle).
- ☐ Un patient en situation de précarité sans solution d'hébergement à la sortie.
- ☐ Un patient en situation de handicap nécessitant un aménagement spécifique du domicile pour pouvoir sortir.
- ☐ Un patient sans droits ouverts à l'Assurance maladie, en attente de régularisation.
- ☐ Un patient dont la sortie nécessite la coordination de plusieurs acteurs (soins, aide sociale, hébergement, justice, etc.).
- ☐ Un patient étranger en situation administrative complexe (ex. absence de titre de séjour, barrière linguistique, demande d'AME ou de CSS).
- ☐ Un patient jeune polyhandicapé, sans solution médico-sociale adaptée disponible à court terme.
- ☐ Un patient en attente longue d'une place en EHPAD, MAS ou FAM malgré une sortie médicalement possible.
- ☐ Un patient avec une maladie chronique évolutive sans relais de soins organisé à la sortie (ex. soins palliatifs à domicile non assurés).
- ☐ Autre

4) Avez-vous connaissance de l'existence du formulaire de saisine de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, disponible sur l'intranet ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

5) Connaissez-vous la composition de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims ?

*

☐ Oui

☐ Non

6) Pensez-vous avoir un rôle à jouer dans le repérage des patients potentiellement complexes ou bloquants ?

*

☐ Oui

☐ Non

7) Comment repérez-vous au quotidien les patients en situation complexe ou bloquante ? (Plusieurs réponses possibles)

*

☐ Echange en réunion de service / Transmissions

☐ Grâce à des outils ou grilles internes d'évaluation de la complexité ou de l'autonomie

☐ Aucun outil spécifique / Au ressenti et à l'expérience de terrain

☐ À partir d'une évaluation sociale réalisée par les assistantes sociales

☐ Lorsqu'une sortie devient difficile à organiser malgré la stabilisation médicale

☐ Par une alerte d'un professionnel de santé (médecin, cadre, IDE, ergothérapeute, etc.)

☐ En constatant l'absence de solution d'aval adaptée (EHPAD, SSR, domicile sécurisé...)

☐ Lorsqu'un refus de sortie est exprimé par le patient ou la famille malgré une sortie médicalement possible

☐ Lors de l'analyse du dossier patient montrant une accumulation de facteurs de fragilité (âge, polyopathologies, isolement, handicap...)

☐ Au moment de la planification de la sortie avec des partenaires extérieurs (HAD, SSIAD, infirmiers libéraux...)

☐ Lorsque la DMS du patient devient très importante

☐ Lors des réunions de gestion des lits ou commissions d'aval

8) Selon vous, quels sont les principaux freins à la sortie des patients complexes ou bloquants ? (Plusieurs réponses possibles)

*

- ☐ Absence de solution d'aval adaptée (EHPAD, FAM, MAS, SSR, hébergement d'urgence...)
- ☐ Situation sociale instable ou précaire (logement inadapté, isolement, absence d'aidant)
- ☐ Absence d'anticipation et retards dans les démarches administratives du patients (tutelle, MDPH, aides sociales, remplissage du dossier Viatrajectoire ...)
- ☐ Difficultés à mobiliser les partenaires extérieurs (conseils départementaux, acteurs de la ville, HAD,, structures médico-sociales, préfecture))
- ☐ Refus ou opposition du patient ou de la famille à la sortie
- ☐ Absence de structure d'accueil pour les publics spécifiques (jeunes polyhandicapés, patients sans droits ouverts, patients avec addiction, etc.)
- ☐ Délai de traitement des demandes par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- ☐ Absence d'offre d'hébergement temporaire adaptée (lit relais, accueil temporaire)
- ☐ Situation administrative irrégulière (absence de titre de séjour, Aide Médicale d'État)
- ☐ Patient sous mesure de protection juridique sans représentant légal actif
- ☐ Attente de matériel ou d'aménagement du domicile (lit médicalisé, monte-escalier, etc.)
- ☐ Pathologies psychiatriques associées sans relais en secteur psy ou médico-social
- ☐ Attente d'une décision de financement (PCH, APA, aide au logement, etc.)
- ☐ Difficulté à organiser des soins à domicile (absence d'IDEL, SSIAD saturé, etc.)

9) Souhaitez-vous être mieux informé(e) sur le rôle de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims ?

*

- ☐ Oui
- ☐ Non

10) Auriez-vous des suggestions ou recommandations pour améliorer la fluidification des parcours des patients complexes ou bloquants du CHU ?

Votre réponse

Merci pour vos réponses !

Pour plus d'information sur la cellule des cas bloquants du CHU de Reims, retrouvez les informations sur intranet !

ADAMUS	Claire	Octobre 2025
FILIÈRE DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2025		
Etude de la cellule des cas bloquants du CHU de Reims : Un outil efficace au service de la fluidification des parcours patients « <i>bed-blockers</i> » ou « <i>cas complexes</i> » ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : /		
Résumé : Ce mémoire porte sur l'analyse du fonctionnement et des perspectives d'évolution de la cellule de gestion des cas bloquants du CHU de Reims, créée pour améliorer la fluidité des parcours patients dans un contexte de tensions capacitaires, de vieillissement de la population et de complexification des prises en charge hospitalières. L'étude repose sur une analyse documentaire, l'exploitation de données internes et la réalisation d'entretiens avec des acteurs hospitaliers et territoriaux. Elle met en évidence plusieurs points forts de la cellule : une expertise médico-sociale reconnue, une capacité de coordination interservices efficace et un travail partenarial consolidé avec les acteurs du territoire, contribuant à sécuriser les sorties des patients et à optimiser l'occupation des lits. Cependant, l'analyse identifie également des axes d'amélioration : une gouvernance stratégique encore insuffisamment formalisée, une anticipation parfois tardive des situations bloquantes et/ou complexes, ainsi qu'un manque d'outils de suivi partagés permettant un pilotage plus fin de l'activité. Pour répondre à ces limites, des recommandations stratégiques, organisationnelles et opérationnelles sont formulées. Elles portent sur le renforcement du pilotage stratégique, la systématisation du repérage précoce des patients à risque de blocage, la diffusion des bonnes pratiques auprès des services, et l'amélioration de la coopération avec les partenaires médico-sociaux et institutionnels. Parmi les leviers proposés figure, à titre d'exemple, la création d'une Unité de Parcours Social et Médical (UPSM), sur le modèle éprouvé du CHU de Nantes, qui pourrait libérer des lits en aigu tout en maintenant une prise en charge adaptée. D'autres pistes organisationnelles sont également évoquées pour soutenir l'efficacité globale. Ce travail met en évidence la nécessité d'une approche collective, intégrée et territoriale pour consolider la maturité stratégique de la cellule et contribuer durablement à la fluidification des parcours, à la réduction des séjours inadéquats et à l'optimisation de la performance capacitaire du CHU de Reims.		
Mots clés : Cellule des cas bloquants – Fluidification des parcours patients – Coordination territoriale – Gestion hospitalière – Tensions capacitaires – Situations bloquantes et/ou complexes – Durée Moyenne de Séjour (DME) – Tarification à l'activité (T2A) – Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) – Performance hospitalière – Coopération médico-sociale.		
<i>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.</i>		