

La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques

**Bonnes pratiques organisationnelles
& Retours d'expériences**

Sommaire

Préface	5
Participants	7
Glossaire	9
Table des matières	11

Introduction	13
--------------	----

Chapitre 1	
La gestion des lits : principes	17

Chapitre 2	
Les indicateurs	35

Chapitre 3	
Les bonnes pratiques organisationnelles	51

Conclusion	122
------------	-----

Préface

de Mme ANNE DECO

Dans un contexte hospitalier renouvelé (mise en place puis montée en charge de la Tarification à l'Activité, transfert des flux de la permanence de soins libérale vers les Urgences, recomposition du secteur privé à but lucratif...) notre établissement, comme sept autres, a souhaité miser sur le chantier pilote « gestion des lits » de la MeaH en poursuivant deux objectifs principaux :

- identifier et mobiliser des « journées-lits » non utilisées pour augmenter l'activité à moyens constants et adapter les ressources à l'activité ;
- identifier des modalités de gestion des lits pour concilier urgence et programmé.

Déclinée au sein d'un pôle clinique pilote, le pôle Institut Loco-Moteur, cette démarche a permis d'objectiver des éléments de diagnostic simples : une mise à disposition de lits insuffisante pour les services d'urgences au moment de la journée où ils en ont le plus besoin, l'existence de journées d'hospitalisation non pertinentes, la nécessité de mieux planifier les hospitalisations.

La formalisation de ce diagnostic a permis d'impliquer l'ensemble des professionnels concernés par la gestion des lits dans l'établissement. En effet, tous les acteurs de l'établissement sont impactés, toutes les lignes hiérarchiques contribuent au projet : les médecins, les cadres, les soignants, les assistantes sociales, les détenteurs de l'information DIM et DSIO, la direction.

La formalisation des plans d'action nécessite pour ces acteurs l'acquisition de nouveaux réflexes et de nouveaux positionnements : penser à anticiper la sortie, programmer pour lisser la charge de travail, programmer conjointement lit et tableaux opératoires, commencer la visite par les patients sortants, mesurer dès l'entrée du patient son niveau de risque social pour favoriser sa sortie... La clé de la réussite de ce chantier réside impérativement dans l'adhésion des professionnels à la démarche et donc dans un investissement important dans l'accompagnement du changement.

Ce chantier a permis, avec les professionnels de ce pôle pilote, de mettre en œuvre un plan d'action réaliste et adapté, répondant au diagnostic, se concentrant sur la rationalisation de l'occupation des lits du pôle :

- le développement de la gestion prévisionnelle des lits était le premier moyen de favoriser cette rationalisation : cela s'est traduit par la mise en place d'un tableau de programmation informatisé permettant une visualisation prospective de l'occupation des unités (grâce à l'utilisation de la Date Prévisionnelle de Sortie) et donc la planification des entrées programmées ;
- le diagnostic avait également révélé un double constat : les sorties se faisaient après les entrées dans la journée majorant les heures lits indisponibles entre 10 heures et 14 heures, période durant laquelle les services d'urgences de l'établissement étaient le plus demandeurs de lits d'aval. Favoriser les sorties avant 12 heures a alors permis de contribuer à une meilleure rationalisation des lits et à la fluidification de l'aval des urgences ;
- afin que ces sorties du matin soient effectives, l'organisation du processus administratif et logistique de sortie devait être repensée. La mise en place d'un outil facilitant la préparation de la sortie du patient, « la check list », a permis au personnel infirmier des unités d'anticiper les démarches de sortie (ordonnance, arrêt de travail, courrier...) dès l'admission ;

- cette nécessité d'anticiper la sortie du patient pour éviter les journées d'hospitalisation non pertinentes a conduit également à associer très étroitement les assistantes sociales dans le volet du plan d'action concernant la préparation de l'aval du séjour hospitalier. La mise en place d'indicateurs d'appel de l'assistante sociale par le personnel de l'unité, et ce dès la première journée d'hospitalisation, a contribué à diminuer ces journées non pertinentes.

Le plan d'action a donc été décliné en autant de mesures et d'outils simples, que nous avons le plus souvent pensés, échangés, améliorés entre établissements du chantier pilote de la MeaH.

Les résultats obtenus ont été encourageants. Ils nous ont incités à poursuivre le déploiement du chantier en interne. Les outils mis en œuvre dans ce pôle pilote seront déployés tout en étant adaptés : la programmation des hospitalisations est incluse dans le dossier patient informatisé, la préparation de la sortie du patient est devenue une EPP infirmière dans la perspective de la visite de certification V2 et chaque pôle clinique déclinera dans son contrat de pôle ses objectifs en termes de volume de sorties le matin.

Par ailleurs, deux objectifs non développés dans le cadre du chantier sont dorénavant des objectifs institutionnels figurant dans les contrats internes de délégation de gestion :

- soigner sans lits, en optimisant l'utilisation de nos hôtels hospitaliers et en misant sur le développement de l'activité ambulatoire de l'établissement ;
- fluidifier l'aval des services d'urgences, en contractualisant un seuil d'activité non programmé et une organisation de cette même activité au sein de chacun des pôles cliniques.

Trois ans après le début du chantier, nous initiions donc au sein des pôles cliniques de notre établissement le management par la gestion des lits.

La publication de ce guide permettra aux établissements de retrouver les plans d'action et les outils déployés dans les huit établissements pilotes, outils dont ils pourront s'inspirer et qui pourront permettre de contribuer, à moyens constants, à l'amélioration de leur performance et à la satisfaction des usagers.

Anne DECO
Directrice adjointe
Mission Accompagnement, Développement, Contractualisation
CHU de Toulouse

Participants

Établissements et responsables du projet

CHU de Toulouse
Mme Anne Decq

Directeur



CHU de Rouen
Mme Magali Guerder
Mme Isabelle Humbert

Directeur adjoint
Consultante interne



Clinique de Rillieux
Mme Annie Perrier
M. Alain Gaudillère

Directrice des soins
Responsable Qualité



Hôpital Saint-Joseph de Marseille
Mme Isabelle Salesse Lavergne DSIO



CH Le Puy-en-Velay
Mme Isabelle Lac
Dr Michel Gaillard

Directrice des soins



CH de Blois
M. Patrick Expert

Directeur adjoint



CHI Le Raincy-Montfermeil
M. Feutrie

Directeur



Cabinets conseil

INEUM Consulting
Chef de projet : M. Dominique Dejean



BPI
Chef de projet : M. François Lévy



Glossaire

Case-mix	Description de l'activité d'un établissement. En général : volume et répartition des différents GHM produits (traduction : mélange des cas)
COPS	Commission d'organisation de la permanence des soins
DMS	Durée moyenne de séjour : moyenne des durées de séjours constatées au sein d'un périmètre donné. Pour l'hospitalisation conventionnelle, elle est calculée en termes de « nuits passées ».
DPS	Durée Prévisionnelle de séjour ou Date Prévisionnelle de Sortie
ETP	Équivalent temps plein
IDE	Infirmière diplômée d'État
IP	Indice de performance : rapport entre la DMS observée et la DMS nationale des patients constatée pour chaque GHM
GHM	Groupe homogène de malades
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
TO	Taux d'occupation : ratio du nombre de lits occupés sur le nombre de lits disponibles

Table des matières

Introduction	13
Chapitre 1	
La gestion des lits : principes	17
1.1 La gestion des lits à l'hôpital, dans les cliniques... et dans les hôtels.....	19
1.2 Principes élémentaires.....	28
1.3 Première synthèse.....	32
Chapitre 2	
Les indicateurs	35
2.1 Les « indicateurs classiques », orientés résultats	37
2.2 Les « indicateurs de pilotage », rendant compte du déroulement des opérations.....	39
Chapitre 3	
Les bonnes pratiques organisationnelles	51
MANAGEMENT ET PILOTAGE	
3.1 Mettre en place une cellule d'ordonnancement.....	55
3.2 Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle.....	58
3.3 Développer la gestion prévisionnelle des lits	60
3.4 Mettre en place un tableau de bord de la gestion des lits.....	63
3.5 Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel	65
3.6 Disposer d'une liste à jour des établissements d'aval.....	67
3.7 Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval.....	68
3.8 Suivre les séjours longs et mettre en place une revue de ces dossiers.....	70
PLANIFICATION	
3.9 Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée.....	73
3.10 Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année	75
3.11 Au sein d'un pôle, dédier des périmètres pour l'urgence et le programmé.....	77
3.12 Développer la polycompétence et la polyvalence des équipes soignantes.....	79
3.13 Organiser le passage des assistantes sociales	81
3.14 Homogénéiser les bons de demande d'aval.....	84
3.15 Mettre en place une « enveloppe de sortie »	88
3.16 Mettre en place un salon de sortie	90
3.17 Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc.....	92
PROGRAMMATION	
3.18 Préparer la sortie vers l'aval avant l'admission.....	94
3.19 Programmer les séjours en cherchant à lisser l'activité sur la semaine.....	96
3.20 Développer les préadmissions	98
3.21 Reprogrammer des prises en charge non urgentes	100
3.22 Admettre des patients le vendredi en hôpital de semaine	102

RÉGULATION

3.23 Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour	105
3.24 Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin	108
3.25 Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie du patient	111
3.26 Prévenir la famille et le patient de la date et de l'heure de sortie au plus tôt.....	113
3.27 Renseigner et faire vivre la Date Prévisionnelle de Sortie	115
3.28 Évaluer le besoin et déclencher au plus tôt le recours au service social.....	117
3.29 En cas d'affluence aux urgences, faire monter les patients dans les services	120
Conclusion	122

Introduction

Le lit, un actif fondamental

Le lit d'hospitalisation est un actif fondamental de l'hôpital. Il s'agit d'une référence à laquelle le monde hospitalier (autorités de tutelle, professionnels de terrain soignants ou gestionnaires...) est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou quantifier une activité... Cette unité d'œuvre est largement utilisée en gestion hospitalière à un niveau stratégique (planification, projets d'établissement) ou opérationnel (fermeture de lits estivaux, disponibilités pour accueillir les patients, référence pour dimensionner les effectifs d'une unité...). Surtout, il s'agit d'un substrat principal de l'activité hospitalière...

La recherche d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des lits est incitée par les difficultés qu'expriment parfois au quotidien les professionnels des services de soins pour réaliser leur activité, mais également par l'évolution du mode de financement de l'hôpital. Ainsi, tout établissement doit penser à l'optimisation de la gestion de ses lits : atteindre, en recourant à des méthodes d'organisation rationnelles, l'adéquation optimale entre niveau d'activité et niveau de ressources engagées, dans le respect d'un niveau de qualité fixé... Aussi, pour caractériser simplement la problématique de la gestion des lits, est-il possible de s'accorder sur la définition suivante : **« Il s'agit de gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation...), sous contrainte de ressources. »**

Sous l'appellation unique « gestion des lits » se cache une réalité protéiforme, touchant notamment des dimensions stratégique, financière, médicale ou de qualité d'un point de vue général. Pour autant la MeaH, forte de son positionnement sur les questions de management et d'organisation, a proposé à huit établissements d'aborder ce thème principalement sous l'angle de la gestion opérationnelle.

Des marges de progression documentées, d'autres moins connues

Un établissement obère sa capacité d'accueil dans deux cas :

- 1) lorsqu'un lit demeure vide au-delà du temps nécessaire pour remettre en l'état la chambre dans le strict respect de l'état de l'art en termes d'hygiène ;
- 2) lorsqu'un lit est occupé par un patient sans que la journée soit nécessaire à sa prise en charge (par exemple, attente d'un examen n'influant pas sur la stratégie de prise en charge ou sur la décision de sortie, attente d'un lit d'aval alors que la prise en charge médicale est achevée...). Dans ce dernier cas, l'établissement fait de surcroît courir un risque au patient.

Aussi, deux indicateurs synthétiques majeurs permettent d'avoir une première idée des marges de manœuvre à l'intérieur d'un établissement, le **taux d'occupation** et le **taux de pertinence** ou de non-pertinence des journées d'hospitalisation (voire des admissions).

De l'expérience, tirée des chantiers MeaH ou de la littérature :

- le premier n'est qu'exceptionnellement supérieur à 95 % (ce qui du reste n'est pas souhaitable) et correspond la plupart du temps à des situations dans lesquelles :
 - **certains services** ont des taux d'occupation supérieurs à 100 % et d'autres aux alentours de 60 %,
 - **certains jours de la semaine**, les services sont occupés de manière intensive (à nouveau parfois à plus de 100 %) et d'autres jours, imparfaitement... ;

- concernant la non-pertinence des journées d'hospitalisation, des taux aux alentours de 30 % ont fréquemment été observés dans des hôpitaux généraux, avec des pourcentages inférieurs à 15 % pour les services les plus techniques (réanimation) et supérieurs à 50 % dans des services de gériatrie aiguë.

À ces premiers gisements peuvent être additionnés d'autres, mis en évidence avec les premiers établissements engagés sur ce thème de travail :

- les **journées occupées par des séjours anormalement longs** (par exemple, les séjours de plus de 30 jours, hors réanimation). Ces séjours, peu fréquents (entre 1 % et 8 % des séjours au sein du chantier MeaH), peuvent être à l'origine de l'occupation de près de 30 % des journées-lit ;
- les **horaires d'admission des patients**, parfois tardifs, peuvent générer une mise à profit sous optimale de la première journée d'hospitalisation.

Il n'est pas question ici d'affirmer qu'en améliorant l'organisation interne de l'établissement et ses interfaces avec l'extérieur, il pourrait dégager 35 % d'activité et donc de financement supplémentaires (100 % de TO et 0 % de non-pertinence !), mais plutôt de prendre conscience de l'importance du gisement. En posant des hypothèses très conservatrices, **on peut espérer un gain potentiel tout à fait substantiel, proche de 10 % d'activité supplémentaire**, voire bien plus dans le cas d'une optimisation plus poussée de la gestion des lits.

Le gain financier est donc potentiellement très significatif, mais n'est pas le seul. L'optimisation de la gestion des lits a en effet également des impacts positifs sur la **qualité des soins** (diminution du taux de journées non pertinentes, meilleur accès aux lits, notamment pour les patients hospitalisés depuis les urgences...) et sur la **satisfaction des professionnels** (diminution des incidents, des « frictions », lissage de la charge de travail sur la semaine...).

Mais le périmètre des modifications organisationnelles est à la hauteur des gains à attendre : réallouer les lits entre services, lisser le taux d'occupation entre services et au cours de la semaine, limiter les séjours longs et la non-pertinence des journées d'hospitalisation et gérer au mieux les mouvements de patients au cours de la journée...

Les résultats des premières équipes engagées

À l'issue de ce travail de 20 mois ayant commencé en avril 2005, il nous a semblé important de capitaliser dans un ouvrage de retour d'expérience, les actions mises en œuvre par les équipes¹. Les acquis présentés dans ce recueil se situent à quatre niveaux :

- **des résultats** obtenus par les équipes engagées (cf. encadré suivant), résultats « intermédiaires » pour la majorité des établissements (lissage des mouvements sur la semaine, augmentation des taux d'occupation de fin de semaine, diminution des journées immobilisées par des séjours longs, augmentation du taux de sorties réalisées le matin...) ou plus finaux (diminution de la DMS et de la non-pertinence², augmentation de l'activité), notamment pour l'établissement ayant le plus d'antériorité sur le sujet³ ;
- **des pratiques** organisationnelles observées, mises en œuvre ou recommandées ;
- **des objectifs opérationnels explicites**, pertinents et pouvant être suivis en routine, pour qui souhaite travailler sur ce thème (réduire la part des journées consommées par des séjours de plus de 30 jours, faire sortir les patients le matin, augmenter le taux d'occupation du vendredi...)
- **des aspects de gouvernance** de projet, qui sont capitaux dans tout travail portant sur ce thème.

(1) Deux rapports, intermédiaire et final, sont en outre disponibles sur le site Internet de la MeaH : www.meah.sante.gouv.fr

(2) La non-pertinence est un concept qui renvoie à l'analyse, selon des critères validés, de l'opportunité d'hospitaliser ou de garder en hospitalisation, un patient à un moment donné.

(3) Publié dans « Qualité et efficacité : l'hôpital avance. 30 Belles histoires de réorganisation », disponible sur le site Internet de la MeaH.

Les pratiques décrites dans ce document ont contribué à l'obtention par les établissements, au sein des périmètres de travail retenus, des résultats suivants :

À la polyclinique de Rillieux :

- Une augmentation de l'activité en médecine de 13 % (et de 5 % en chirurgie).
- Une augmentation de 20 % du taux d'occupation des lits du fait d'une meilleure gestion prévisionnelle.
- Une diminution de 50 % des journées non pertinentes.
- Une diminution du délai d'obtention d'une place en aval de l'hospitalisation (de 23 jours en 2004 à 9 jours en 2006).
- Une durée moyenne de séjour en médecine passant de 8,1 à 6,1 jours.

Au CH de Blois :

- Une diminution du poids des séjours de durée intermédiaire (séjours compris entre 7 et 30 jours) tant en termes de pourcentage de séjours que de pourcentage de journées consommées par ces séjours.

Au CHU de Toulouse :

- Une augmentation des sorties des services réalisées avant 13 heures, chaque unité réussissant à libérer deux lits avant 13 heures chaque jour, permettant des admissions plus précoces et une meilleure utilisation de la première journée d'hospitalisation.

Au CHU de Rouen :

- Un lissage de l'activité sur la semaine (le coefficient de variation des admissions sur 5 jours passant de 32 % à 21 % et la variabilité des mouvements de 32 % à 13 %).
- La réalisation de 50 % des sorties avant 11 heures dans l'un des services expérimentateurs, au sein du périmètre de travail, le taux de sorties avant 13 heures passant de moins de 10 % à plus de 15 %.
- Une diminution du taux de journées-lit consommées par des séjours de plus de 30 jours (de 20,5 à 16 %).

Au CH du Raincy-Montfermeil :

- La réalisation de 1 à 2 sorties avant 12 heures dans les services expérimentateurs, à mettre à disposition du service des urgences précocement dans la journée.

Au CH du Puy-en-Velay :

- Le lissage des mouvements sur la semaine et l'augmentation du taux d'occupation du vendredi.
- La diminution de l'occupation des lits par des séjours de plus de 30 jours.
- La mise à disposition de 1 à 2 lits supplémentaires avant 13 heures pour l'accueil des patients des urgences.
- La diminution des journées d'hospitalisation non pertinentes de 35 à 24 %.

À la Fondation - Hôpital Saint-Joseph de Marseille :

- Le lissage des mouvements sur la semaine (le taux de variabilité passant de 36 % à 17 %).
- La diminution de l'occupation des lits par des séjours de plus de 10 jours et de plus de 30 jours (de 6 % à 2 %).
- L'augmentation des sorties avant 13 heures (de 62 à 67 % des sorties).

Le recueil de « bonnes pratiques » et de retours d'expériences

Document de retour d'expériences, cet ouvrage ne constitue en aucune manière un référentiel qui devrait être appliqué directement, ni ne se substitue à des recommandations ou des règlements édictés par d'autres institutions (DHOS, HAS...). Il n'est destiné qu'à fournir des pistes de réflexion et d'action pour permettre à chaque établissement d'améliorer son efficacité, la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient et les conditions de travail des personnels.

Chaque retour d'expérience, chaque « bonne pratique organisationnelle observée », est décrite selon le canevas suivant :

1. un **rappel de la problématique** ;
2. l'**objectif** de la pratique ou de l'action décrite ;
3. son **opportunité** résumée de manière simple par un tableau qui présente sa difficulté de mise en œuvre, son intérêt, une évaluation de la durée de retour sur investissement⁴ et la nature du bénéfice principal attendu :

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> < à 1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

4. la **description** de la pratique ;
5. les **facteurs de succès** et les **points de vigilance** : c'est-à-dire les éléments à réunir pour atteindre aisément le but recherché et ceux qui sont de nature à freiner, voire obérer la mise en œuvre de la pratique ;
6. enfin, les éventuels **documents, exemples et propositions** pour « aller plus loin » relatifs à la pratique ou à l'action (ces éléments sont fournis pour faciliter la mise en application des bonnes pratiques décrites).

L'ouvrage a été réalisé sous la direction du Dr Maxime CAUTERMAN, responsable du pôle « chantiers pilotes » à la MeaH, et du Pr François ENGEL, professeur et chercheur au Centre de gestion scientifique de l'École nationale supérieure des Mines de Paris ; sa rédaction a été principalement assurée par Dominique DEJEAN du cabinet Ineum Consulting et par Maxime CAUTERMAN.

(4) Le « retour sur investissement » n'a pas été appréhendé sur le plan financier : il s'agit simplement d'une évaluation du délai à partir duquel les effets positifs de la pratique décrite pourront être mesurés.

Chapitre 1

La gestion des lits : principes

Ce premier chapitre a pour objectif de présenter les enjeux et les principaux leviers d'action de la gestion des lits.

1.1 La gestion des lits à l'hôpital, dans les cliniques... et dans les hôtels : comparaison des différents modèles

1.2 Principes élémentaires

1.3 Première synthèse

1.1

La gestion des lits à l'hôpital, dans les cliniques... et dans les hôtels : comparaison des différents modèles

Il ne s'agit pas de comparer la complexité de l'activité de production de soins à celle de l'activité de production de services d'un hôtel, mais plutôt de comparer les deux environnements, les raisons qui motivent de gérer au mieux la ressource capacitaire et les méthodes de gestion de la ressource physique « lit ». Si, comme à l'hôpital, la gestion des lits dans l'hôtellerie est critique, alors ce secteur nous offre certainement d'intéressants éléments d'apprentissage.

L'importance de répondre au besoin

Les facteurs clés de la pérennité

Hôtel	<p>La pérennité, garantie par un bon bilan financier, découle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la qualité de ses prestations et leur adéquation au marché ; • la fidélisation et les compétences de ses ressources humaines ; • l'optimisation de ses dépenses d'exploitation (adaptation des ressources à l'activité, bonne gestion des consommables...) et d'investissement (éviter, par exemple, d'investir dans des capacités d'hébergement surdimensionnées).
Hôpital public	<p>Dans un hôpital public, les pressions sur le bilan financier sont aujourd'hui bien moindres, quand bien même le mode de financement a évolué... Le facteur clé de sa pérennité est en premier lieu le respect de ses valeurs, chères à ses professionnels et au public :</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualité des soins dispensés ; • capacité à remplir sa mission d'accueil. <p>À moyen/long termes pour autant, et pour respecter ses valeurs, les similitudes sont grandes avec d'autres modèles d'entreprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire évoluer son offre pour être en adéquation avec le marché et se positionner face aux offres concurrentes ; • maintenir une capacité d'investissement pour être en mesure d'absorber les innovations (qualité future) ; • fidéliser ses professionnels sans qui les soins ne peuvent être dispensés.
Clinique privée	<p>La clinique privée est un mix des deux précédentes situations : elle subit une forte pression financière et fait face aux mêmes exigences de qualité des soins que l'hôpital.</p> <p>Sa pérennité est assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la différenciation de son offre (positionnement) ; • l'optimisation de ses méthodes de production ; • sa capacité à attirer les professionnels et donc les patients.

Quel que soit le modèle d'entreprise, les conditions de la pérennité sont les mêmes : pertinence du positionnement, qualité de la production, attractivité pour les professionnels, optimisation de l'exploitation et rationalité des investissements.

Répartition géographique de l'offre

Il s'agit d'adapter l'offre pour répondre au besoin des patients, à l'échelle d'une population.

Hôtel	Les groupes d'hôtels étudient en permanence le taux d'occupation des équipements et investissent dans les lieux de forte attractivité et revendent, réduisent ou ferment les hôtels dont les taux d'occupation sont en deçà d'un certain seuil.
Hôpital public	L'offre de soins publique tient également compte de l'attractivité des établissements et des flux de patients. Elle prend aussi en compte des critères d'accessibilité et d'aménagement du territoire, de même que la possibilité de différencier les niveaux d'offre (proximité et recours notamment) de façon rationnelle.
Clinique privée	Le positionnement de son offre est l'un des leviers d'une clinique privée, son installation et son développement ne pouvant s'inscrire que dans un contexte de besoin restant à satisfaire.

Les enjeux en termes d'adaptation de l'offre à l'évolution de la demande à l'échelle d'un territoire rendent de fait ces différents types d'entreprises comparables : l'attractivité pour les patients ou les clients (conjonction de l'existence d'offres concurrentielles et de la possibilité de choix par le patient) n'est pas uniforme selon les territoires et au sein d'un même territoire.

Pour le monde de la santé, il s'agit d'une problématique de planification portée notamment par les ARH, en dehors du sujet abordé par cet ouvrage.

Adaptation des capacités internes à la demande exprimée

Il s'agit de comparer l'adaptation de la répartition de la capacité en fonction des différents « besoins des clients », constatés sur un exercice antérieur et projetés pour l'avenir proche.

Hôtel	Prenons un exemple : les hôtels distinguent des étages « fumeurs » et « non-fumeurs ». Chaque année, après analyse des demandes, les établissements ajustent la proportion d'étages « fumeurs » ou « non fumeurs » afin de maximiser le nombre de clients qui obtiendront satisfaction.
Hôpital public	Dans les établissements observés, les unités de chirurgie ne sont généralement pas saturées, alors que les unités de médecine, notamment les plus polyvalentes, rencontrent des difficultés d'accueil des patients. L'évolution des techniques, avec en particulier le développement de l'ambulatoire, pourrait permettre de réduire progressivement le volume de lits destinés à l'hospitalisation conventionnelle en chirurgie pour accroître le nombre de places en ambulatoire ou les réallouer sur des activités en croissance (médecine polyvalente, gériatrie aiguë, offre d'aval...) La révision des capacités est extrêmement rare, car difficile à conduire malgré sa rationalité.
Clinique privée	De plus en plus souvent, les lits d'hospitalisation des cliniques ne sont plus alloués spécifiquement à une activité (sauf pour certaines d'entre elles, comme les soins intensifs), bien qu'une cohérence géographique soit assurée pour faciliter le travail des professionnels. Cette polyvalence des lits, qui doit aller de pair avec un développement de la polyvalence des professionnels, garantit une plus grande souplesse et permet de limiter l'impact des variations d'activité.

Les hôpitaux doivent, comme les hôtels, minimiser le nombre de jours durant lesquels l'occupation, à l'échelle de l'établissement, est trop faible ou, à l'inverse, trop importante. Ils peuvent et doivent adapter la taille de leurs différentes offres en fonction du recrutement constaté et ainsi allouer les ressources véritablement en fonction des besoins.

Plus encore que les hôtels, les établissements de santé doivent tenir compte dans l'allocation interne de leurs lits :

- d'**effets de seuil** : la mise à disposition de lits implique la mise à disposition de personnels, une unité d'œuvre couramment observée étant un volume de 30 lits (2 postes IDE en journée, 1 la nuit), un volume inférieur entraînant mécaniquement et rapidement un surcoût en termes de ressources humaines... ;
- de la **spécialisation/polyvalence** des professionnels.

Cette pratique a trois effets bénéfiques :

- les ressources et les moyens sont utilisés au mieux ;
- la qualité et la sécurité de prise en charge sont améliorées par une meilleure adaptation de l'offre au besoin (limitation des impacts des pics d'activité : diminution des « hébergements », diminution des délais, diminution des déprogrammations...) ;
- une meilleure équité est facilitée entre les différents services en termes de charge et de conditions de travail.

Chiffres d'affaires

<p>Hôtel</p>	<p>Le chiffre d'affaires d'un hôtel est déterminé par trois catégories de recettes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la location de chambres ; • les prestations complémentaires tels que les services attachés à la chambre (téléphone, Wi-Fi, minibar...) et les prestations de restauration ; • la location de salles de réunion. <p>Un lit détermine dans une grande proportion le chiffre d'affaires d'un hôtel puisqu'il détermine à la fois le volume de locations mais également de prestations complémentaires.</p> <p>Un groupe hôtelier pilote ses établissements en analysant en permanence trois indicateurs majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le taux d'occupation des chambres (qui détermine 2 des 3 catégories de recettes) ; • le chiffre d'affaire moyen par chambre généré par les prestations complémentaires ; • le taux d'occupation des salles de réunion (3^e catégorie de recettes).
<p>Hôpital public ou clinique privée</p>	<p>Les recettes d'un établissement de santé sont majoritairement déterminées par l'activité (T2A). Le tarif a été élaboré pour financer, d'une part, la prise en charge de l'hébergement en unité de soins (location de chambre dans un hôtel), la production de soins réalisés dans les unités (prestations complémentaires dans un hôtel) et, d'autre part, la prise en charge sur des plateaux techniques comme un bloc opératoire (salles de réunion de l'hôtel).</p>

Comme dans un hôtel, les taux d'occupation des lits et des plateaux techniques déterminent le niveau des recettes. À la différence de l'hôtellerie avec les salles de réunion, la programmation de l'hébergement à l'hôpital ne peut pas toujours se faire en fonction des possibilités de passage sur le plateau technique, ce qui peut impacter les durées de séjour....

Organisation

Par organisation, nous comprenons les processus de gestion, le système d'information, la répartition des rôles dans l'entreprise et les modalités de management.

Réservation d'un séjour

Hôtel	<p>Un client peut réserver à tout moment en précisant le type de confort, le nombre de personnes, la date d'arrivée et la durée de séjour.</p> <p>La réponse est systématiquement fournie par l'hôtel dans la foulée.</p> <p>L'annulation par l'hôtelier de la réservation est un événement extrêmement rare.</p>
Hôpital public	<p>Généralement lors de la consultation, le médecin demande une pré-admission de son patient dans son unité de soins.</p> <p>La réponse est rarement fournie dans la foulée.</p> <p>Régulièrement, des patients programmés sont « déprogrammés », avec comme cause apparente une occupation de « leur » lit par un patient provenant des urgences. Si ces incidents marquent les esprits, l'annulation d'une procédure programmée pour cause d'occupation d'un lit par un patient des urgences n'est pas la cause la plus fréquente de déprogrammation...</p>
Clinique privée	<p>À l'issue de la consultation avec le praticien libéral, le secrétariat médical demande une pré-admission à la clinique en fonction du planning opératoire du praticien et des desiderata du patient.</p> <p>La réponse est souvent fournie dans la foulée.</p> <p>Les patients sont rarement « déprogrammés », mais les cliniques observées n'hospitalisent que peu de patients en provenance du service d'urgences.</p>

À la différence de l'hôtel, l'hôpital ne parvient pas :

- à répondre avec certitude sur sa capacité à prendre en charge un patient à une date donnée ;
- à répondre rapidement à la demande : une telle demande exige la confrontation d'une multitude d'informations (cahiers de rendez-vous, mémoire collective de l'équipe médicale et paramédicale sur le devenir des patients actuellement présents, système d'information dans une moindre mesure, tableau d'affichage du service, dossier de soins...) et une prise de décision souvent partagée entre différents acteurs ;
- à garantir dans la quasi-totalité des cas que l'admission ne sera pas finalement annulée.

Arrivée inopinée d'un client/patient

Hôtel	Tout client se présentant inopinément dans un hôtel aura une réponse immédiate sur la capacité de ce dernier à l'accueillir. S'il se présente le matin, il est possible qu'il n'ait accès à une chambre qu'en début d'après-midi.
Hôpital public ou clinique privée	La majorité des hôpitaux et cliniques rencontrent des difficultés à admettre des patients en urgence. La première difficulté consiste à repérer les lits non occupés dans l'établissement. La seconde est de savoir si ces lits non occupés sont réellement disponibles. Enfin, en cas d'absence de lit disponible, une dernière difficulté est de connaître les lits qui vont être libres... Tout comme à l'hôtel, le patient se présentant aux urgences le matin a toutes les chances de n'avoir un lit d'hospitalisation que dans l'après-midi.

Le manque d'informations exactes en temps réel sur l'occupation actuelle et prévisionnelle à l'hôpital est la première cause de la difficulté de prise en charge des patients arrivés inopinément.

Départ d'un client/patient

Hôtel	Dans la quasi-totalité des cas, le départ d'un client a lieu à la date programmée, connue dès la réservation du séjour. Dans tous les hôtels, la sortie s'effectue en matinée (souvent avant 11 heures) pour permettre d'accueillir le jour même un nouveau client, tout en laissant le temps nécessaire à la remise en l'état de la chambre. Cette procédure est rappelée à l'intérieur de la chambre et sur les documents de réservation (site Internet, catalogues d'agences...). Pour faciliter la sortie en matinée, l'hôtel met généralement à disposition de ses clients pour leur dernière journée, douches, vestiaires et bagagerie.
Hôpital public ou clinique privée	Dans la majorité des établissements observés, le départ d'un patient n'est pas prévu dès son admission. La date de sortie, parfois connue du médecin à l'avance est très souvent découverte la veille ou le jour même du départ effectif par le patient, sa famille et même l'équipe paramédicale. La sortie a très souvent lieu l'après-midi, voire en fin de journée, ce qui provoque quatre dysfonctionnements : <ul style="list-style-type: none"> • difficulté d'admettre dans la foulée un patient (le lit est fréquemment « perdu » ou sera utilisé par un patient non « choisi » par le service) ; • en cas d'admission tardive, la fin de journée ne peut être mise à profit pour entamer la prise en charge médicale du patient, allongeant sa durée de séjour de cette première journée ; • difficulté d'admettre de bonne heure les patients présents aux urgences et en attente de lits ; • difficulté pour le patient d'organiser son retour à domicile. Enfin, la procédure de sortie n'est pratiquement jamais expliquée aux patients.

Ces différences majeures rendent bien évidemment plus complexe la gestion des lits. Aussi, dans le cadre des chantiers MeaH, la majorité des établissements a cherché :

- à développer une gestion prévisionnelle des lits en essayant d'estimer (et de partager) au plus tôt une durée prévisionnelle de séjour, avec l'aide des informations transmises par le DIM et sur la base de leur expérience clinique ;
- à modifier l'horaire de sortie des patients (communication aux patients, réorganisation de processus et de plannings de travail, réflexion sur la mise à disposition d'un salon de sortie...).

Systeme d'information de gestion des lits

Fonctionnalités

<p>Hôtel</p>	<p>La majorité des hôtels sont désormais équipés d'un système d'information qui permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de connaître l'occupation des chambres en temps réel, en fonction de leurs caractéristiques (confort, nombre de lits...) ; • de connaître l'occupation prévisionnelle des chambres à une date donnée ; • de visualiser l'occupation dans le temps afin de pouvoir répondre immédiatement à tout client : l'hôtel peut immédiatement trouver une solution compatible avec la demande du client (cf. schéma n° 1 ci-dessous).
<p>Hôpital public ou clinique privée</p>	<p>Dans la majorité des hôpitaux observés, soit le système d'information ne permet pas d'enregistrer la présence des patients dans les lits, soit il ne permet d'obtenir qu'une vision statique de l'occupation à l'instant présent, comme le montre le schéma n° 2 ci-dessous, soit encore il est mal renseigné par les services (non-déclaration, fausse déclaration, pas de temps réel...).</p> <p>Les systèmes informatiques observés dans les établissements permettent au mieux de connaître les lits occupés, voire complétés, des lits « bloqués » pour une entrée programmée d'un patient dans les jours prochains.</p> <p>Ainsi, avec l'affichage précédent, le cadre qui cherche à répondre à une demande relative à un patient est dans l'impossibilité de programmer le séjour avec certitude. La seule option consiste à « savoir » que « tel patient devrait sortir tel jour ». La mémoire est donc le palliatif du système d'information.</p> <p>Aucun établissement ne disposait d'un système affichant les séjours prévisionnels, en tenant compte d'une durée prévisionnelle de séjour, à l'instar d'un hôtel, qui permettrait de placer sans difficulté les nouveaux patients (cf. schéma n° 3 ci-dessous).</p>

Schéma n° 1 : ergonomie du système d'information d'un hôtel

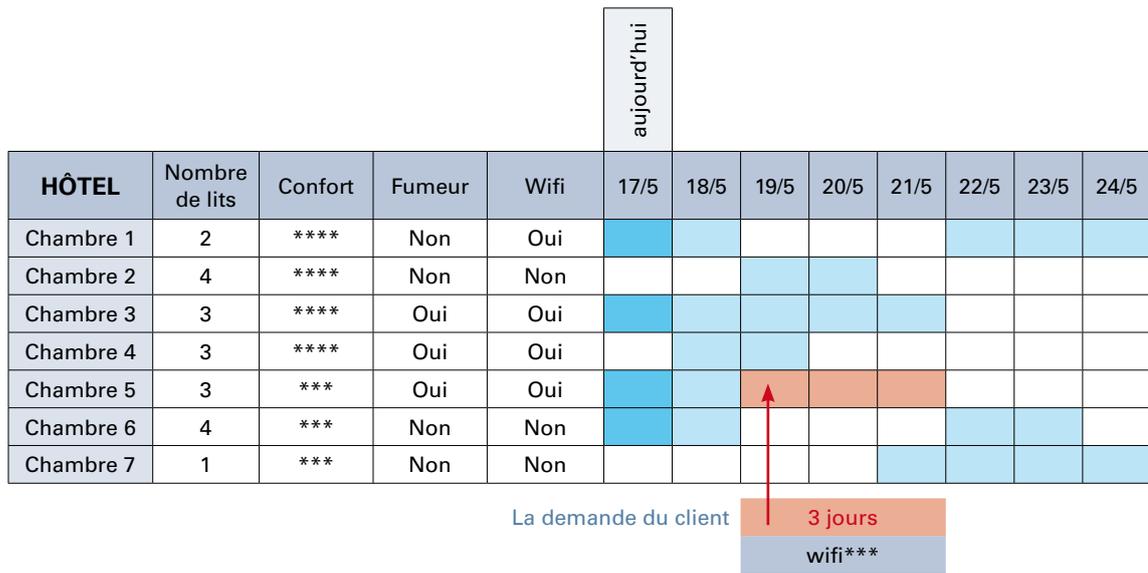


Schéma n° 2 : ergonomie du système d'information d'un établissement de santé

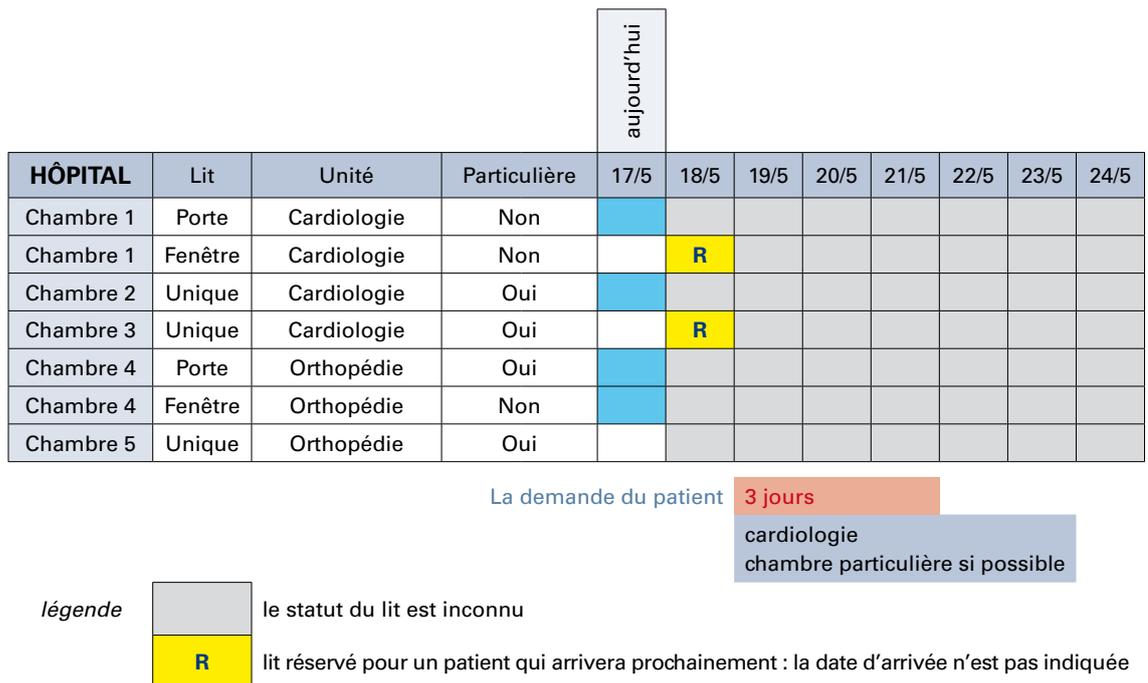


Schéma n° 3 : ergonomie du système d'information d'un établissement de santé compatible avec une gestion des lits prévisionnelle

				aujourd'hui								
HÔPITAL	Lit	Unité	Particulière	17/5	18/5	19/5	20/5	21/5	22/5	23/5	24/5	
Chambre 1	Porte	Cardiologie	Non									
Chambre 1	Fenêtre	Cardiologie	Non									
Chambre 2	Unique	Cardiologie	Oui									
Chambre 3	Unique	Cardiologie	Oui									
Chambre 4	Porte	Orthopédie	Oui									
Chambre 4	Fenêtre	Orthopédie	Non									
Chambre 5	Unique	Orthopédie	Oui									

Besoin du patient 3 jours
cardiologie
chambre particulière si possible

Procédures associées

Hôtel	Les procédures d'utilisation sont strictes, car toute réservation est enregistrée véritablement en temps réel : ainsi est-il possible de répondre à tout instant à un client quant à la possibilité de l'accueillir à une date donnée, pour une durée donnée et pour un type de chambre donné. L'exactitude en temps réel des systèmes hôteliers est telle qu'elle permet aujourd'hui d'offrir des mécanismes de réservation par Internet avec une réponse automatisée immédiate.
Hôpital public ou clinique privée	Dans les hôpitaux publics, la mise à jour du système informatique de gestion des lits, quand il existe, n'est jamais réalisée en temps réel. En général, cette mise à jour est effectuée quelques heures plus tard (aux changements d'équipes, par exemple), voire en fin de journée. Aussi, quand un lit est recherché, la consultation du système ne correspond jamais à la réalité à un instant donné rendant la recherche de lit fastidieuse, souvent par téléphone. Dans un établissement, le temps passé par les cadres à gérer les lits a été estimé à deux heures par jour pour chaque unité. Cela représente une consommation de plus d'un ETP pour 100 lits (avec des unités de 30 lits) pour pallier l'absence de véritable système de gestion des lits et d'une procédure de mise à jour en temps réel.

Répartition des rôles

Hôtel	La gestion des lits de tous les étages est confiée à une seule équipe, qui dispose à tout instant de la vision juste et en temps réel de l'occupation des chambres tant pour la journée que pour les semaines suivantes. La gestion des lits mobilise très peu de temps.
Hôpital public ou clinique privée	En général, chaque unité prend en charge la gestion de ses lits. L'absence de vision consolidée amène le cadre de chaque unité, et notamment des urgences, à appeler ses collègues.

La dispersion de la fonction de gestion des lits alliée à l'absence de système d'information et de procédures adéquates engendre un coût de gestion important. Comme indiqué précédemment, l'évaluation de la charge de travail dans un des établissements a permis de montrer que cet établissement mobilise environ 1 ETP par 100 lits à gérer.

Management

Hôtel	L'équipe responsable de la gestion des lits dépend directement de la direction de l'établissement. Son seul objectif est de maximiser l'occupation de l'intégralité de l'hôtel.
Hôpital public ou clinique privée	<p>Chaque unité gère ses « ressources lits ». L'analyse du chantier MeaH a montré que les acteurs ont des intérêts non nécessairement convergents avec une optimisation de la gestion des lits. Maximiser l'occupation des lits sur le périmètre d'une unité présente des inconvénients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au sein d'un périmètre restreint, peu propice à la prise en charge des aléas, accepter des urgences peut amener à annuler des patients programmés, avec un impact fort sur l'image de marque du service ; • les lits occupés vont générer une charge de travail supplémentaire pour le personnel de l'unité ; • conserver une proportion de lits vides permet aux praticiens d'accepter sur-le-champ des patients non programmés et donc de « fidéliser » les praticiens de ville. <p>Par conséquent, pour garder ses marges de manœuvre, chaque petit périmètre a tout intérêt à conserver la gestion de ses lits. Multiplié par autant de périmètres, la marge de manœuvre totale dépasse ce qu'il serait nécessaire de conserver pour gérer les aléas...</p>

Seule la clinique de l'échantillon suivi par la MeaH a mis en œuvre une gestion des lits centralisée, rattachée directement à la direction. Au-delà des actions mises en œuvre, cet élément de management est certainement la clé de succès lui ayant permis d'augmenter le taux d'occupation et l'activité des praticiens de l'établissement.

1.2

Principes élémentaires

Gérer les lits suppose de travailler sur un périmètre suffisant

La majorité des établissements observés confie la gestion des lits à chacune de ses unités. Dans un des établissements, certaines unités ne comptaient qu'une quinzaine de lits. Dans leur majorité, les unités sont constituées d'une trentaine de lits. Deux CHU commençaient à gérer progressivement leurs lits au niveau d'un pôle de plus de 100 lits.

Nous nous proposons d'examiner le lien entre la taille de l'unité et la facilité d'admission des nouveaux patients. Le modèle développé dans cette optique, bien qu'éloigné de la réalité, a pour vocation d'illustrer l'influence d'un seul paramètre, en l'occurrence la taille du périmètre géré, sur la capacité à limiter les déprogrammations tout en maximisant le taux d'occupation.

Pour cette simulation, on suppose que :

- l'hôpital a 540 lits ;
- les unités sont de taille identique ;
- la durée de séjour suit une loi de probabilité exponentielle moyenne de 7 jours ;
- le nombre de patients arrivant chaque jour est fixe et ne dépasse pas la valeur (nombre de lits/DMS) ;
- un patient est « déprogrammé » si aucun lit n'est disponible.

Trois cas sont étudiés : un hôpital constitué d'unités de 15 lits, de 30 lits ou de pôles de 90 lits. Pour chacun des cas, le taux de patients acceptés et le taux d'occupation de l'établissement sont donnés ci-dessous. 2 000 journées ont été simulées.

Taille de l'unité en lits	Nombre de patients arrivant quotidiennement dans l'unité	Nombre de patients arrivant quotidiennement dans l'hôpital	Taux de déprogrammation	Taux d'occupation
15	1	36	< 1 %	49 %
	2	72	11 %	90 %
30	3	54	< 1 %	74 %
	4	72	8 %	92 %
90	11	66	< 1 %	90 %
	12	72	4 %	95 %

Ces simulations montrent que l'augmentation du périmètre de gestion des lits permet d'améliorer à la fois le taux d'occupation, le volume d'activité et de diminuer le taux de déprogrammation.

Ainsi, pour un taux de déprogrammation choisi inférieur à 1 %, et avec les hypothèses du modèle :

- passer d'une gestion par unités de 15 lits à une gestion par unités de 30 lits permet de réaliser 45 % d'activité supplémentaire ;
- passer d'une gestion par unités de 30 lits à une gestion en pôles de 90 lits permet de réaliser 22,2 % d'activité supplémentaire.

En conclusion, sur le plan théorique, nous constatons que l'augmentation du périmètre semble bénéfique au regard de l'efficience de la gestion des lits.

Le corollaire de cette gestion au sein d'un périmètre étendu s'entend en termes de :

- gestion de la **polycompétence des équipes** et d'**homogénéité du périmètre** ainsi constitué, pour faire en sorte que les équipes ne se sentent pas en danger et pour ne pas obérer la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- **légitimité de l'équipe en charge de la gestion des lits**, devant demeurer proche du terrain, pour connaître les différents métiers et les différentes spécialités afin d'être apte à réaliser les bons arbitrages.

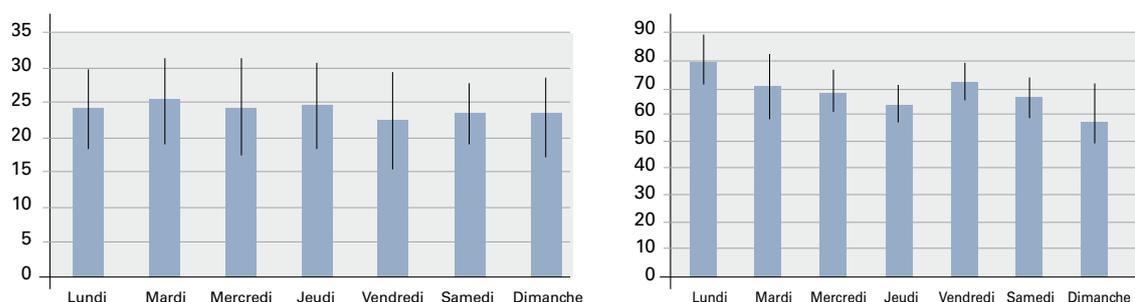
Gérer les lits suppose de connaître ses flux de patients

Les flux de patients entrants et sortants sont finalement assez mal connus au sein d'un établissement. La rythmicité des arrivées et des départs au sein d'un service et au cours de la semaine n'est que rarement décrite et analysée, la planification des ressources se faisant sur la base de ressentis, notamment en ce qui concerne le flux de patients arrivant depuis les urgences.

L'activité urgente, considérée dans son ensemble, n'est pas totalement aléatoire

Selon les cas, ce nombre d'arrivées quotidiennes de patients urgents sera relativement stable d'un jour à l'autre de la semaine (histogramme de gauche) ou sera plutôt stable pour un jour donné de la semaine (histogramme de droite).

Variabilité des flux quotidiens de patients hospitalisés depuis les urgences

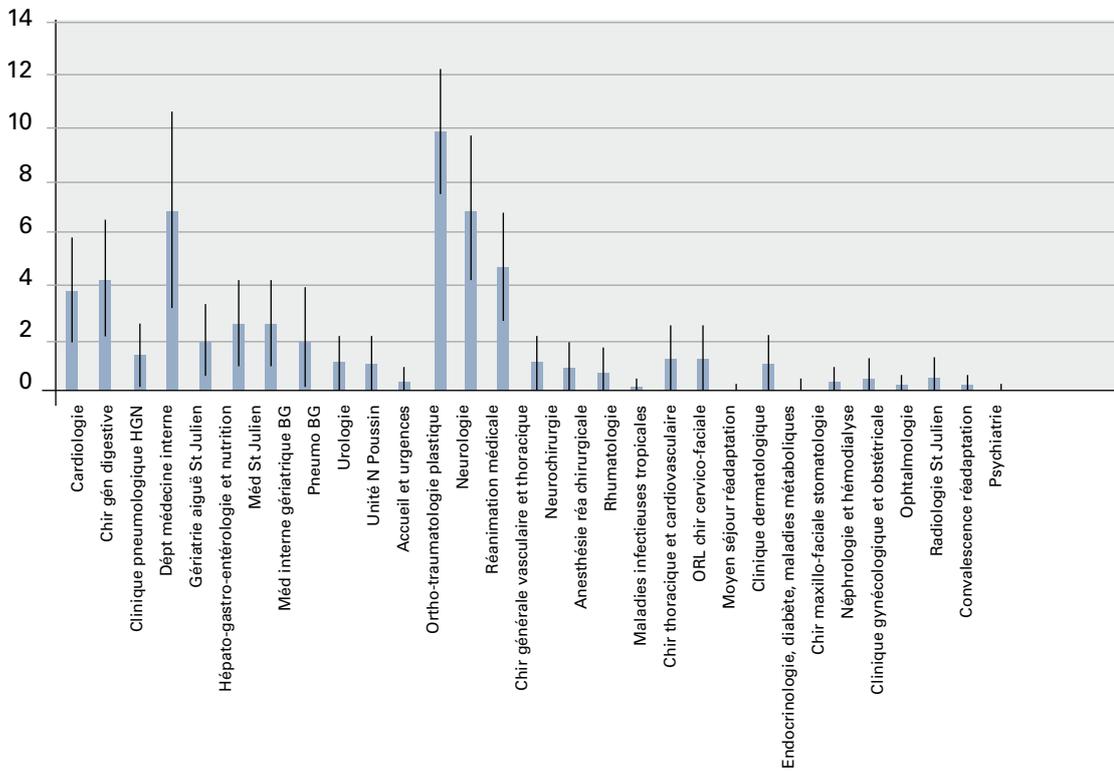


Plus on considère le flux des urgences de façon fractionnée, moins il est prévisible

La comparaison des deux histogrammes ci-dessus met déjà en évidence l'impact du volume de patients sur la sensation d'aléas : une variation de +/-5 patients représente une variation de +/- 20 % lorsque l'on est sur une moyenne de 25 patients par jour, et de +/- 7 % lorsque l'on raisonne sur un volume de 70 patients quotidiens en moyenne...

Ce principe de la loi des grands nombres est aussi illustré lorsque l'on compare l'histogramme suivant, qui reprend, pour un jour de la semaine donné, la répartition par service d'accueil du flux de patients arrivant depuis les urgences : la relative stabilité repérée au niveau du flux global de patients disparaît.

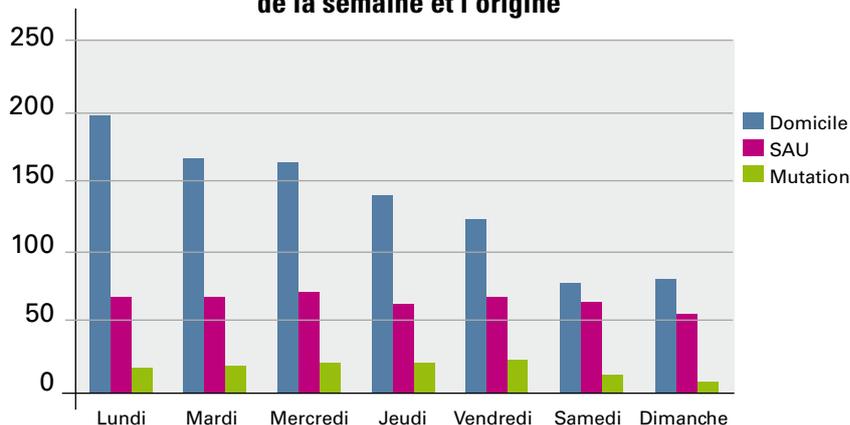
Variabilité des flux quotidiens de patients hospitalisés par services (SAU + UPATOU)



La variabilité du flux arrivant directement dans les services est encore plus grande que celle du flux de patients des urgences

Un dernier constat tout à fait empirique mais très reproductible, montre que le flux de patients admis depuis les urgences présente un rythme hebdomadaire plus lisse que le flux de patients admis directement dans les services :

Nombre moyen d'entrées selon le jour de la semaine et l'origine



Ce constat est tout à fait compréhensible si l'on considère que l'organisation actuelle de l'hôpital ne permet une activité intense qu'en début de semaine.

La connaissance des flux au niveau horaire offre des perspectives de progrès intéressantes

La maîtrise des horaires d'admission des patients est un enjeu majeur pour favoriser la meilleure utilisation de la première journée d'hospitalisation. Admis en matinée, le patient de chirurgie peut passer au bloc le jour même et le patient de médecine peut faire l'objet d'un premier examen médical et de la réalisation des premières investigations. Dès lors, et selon les taux d'occupation des services considérés, la gestion horaire des sorties devient un enjeu de première importance car il faut évidemment faire sortir le patient avant d'en admettre un autre... La production en temps réel des informations sur les mouvements, et leur exploitation, ne saurait trop être recommandée.

1.3

Première synthèse

Garantir l'accès, limiter les aléas tels que les déprogrammations ou les attentes extrêmes aux urgences, optimiser le remplissage pour maximiser l'activité et dégager les capacités de financement nécessaires (...) sont autant d'enjeux de la gestion des lits. Leur importance justifie le formalisme et les contraintes pouvant s'imposer pour l'optimiser, d'autant que ce formalisme et ces contraintes peuvent être contrebalancés au quotidien par la qualité de travail supérieure qu'induisent un fonctionnement plus fluide, une meilleure anticipation et un lissage de la charge de travail.

Un enjeu de management et, pour l'hôpital, de gouvernance

L'enseignement que nous avons souhaité faire figurer en premier est d'ordre managérial. L'expérience conduite avec les premiers établissements a en effet montré que les solutions techniques d'optimisation de la gestion des lits existent, qu'elles présentent une complexité relative, mais surtout qu'elles nécessitent, pour être mises en place, un fort soutien de l'exécutif de l'établissement : mutualiser des lits, développer la polycompétence, revoir l'organisation du travail quotidien pour optimiser la gestion horaire des mouvements, être transparent sur la disponibilité des lits (...), autant de modifications qui touchent aux marges discrétionnaires de l'ensemble des acteurs...

Si le lit est bien cette ressource critique pour l'institution ou pour l'entreprise, sa gestion doit avant tout répondre à des critères d'intérêt général, qui ne sont pas systématiquement les mêmes que ceux de chacun des acteurs pris isolément... Ainsi, à l'image de ce qui se fait dans l'hôtellerie, il semble pertinent de préconiser d'en confier la responsabilité à une structure dédiée, aux objectifs clairs et placée au plus près de l'« exécutif » (de l'établissement ou du pôle). Bien entendu, toujours dans ce souci d'intérêt général, la gestion des lits ne doit pas constituer uniquement une prime à l'activité et doit aussi savoir préserver les activités qui sont nécessaires mais moins optimisables... C'est là tout l'enjeu de la mise en place d'une gestion des lits efficace et légitime auprès de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux.

Des fondamentaux : connaissance des flux, transparence et périmètre élargi

Le développement de cette première partie du recueil permet d'identifier trois enseignements majeurs d'un point de vue « technique » :

- Il faut connaître ses flux de patients, en décrire les volumes et la variabilité avant toute chose. Ce qui semble aléatoire l'est-il vraiment ? Ce qui semble programmé est-il bien organisé ? L'activité et les ressources sont-elles synchronisées ?
- Il faut gérer les lits au sein d'un périmètre suffisant : c'est la condition *sine qua non* pour être capable de faire face à l'aléa (sortie retardée, volume quotidien d'urgences supérieur à la moyenne...) sans immobiliser de trop importantes ressources ou sans générer de non-qualité. Cet élargissement du périmètre de gestion n'est pas sans conséquences sur la gestion des personnels non médicaux et leur montée en compétence.
- Il faut rendre visible l'activité et l'occupation en développant le plus possible une vision prévisionnelle. Plus qu'un enjeu technologique, il s'agit d'un enjeu de transparence.

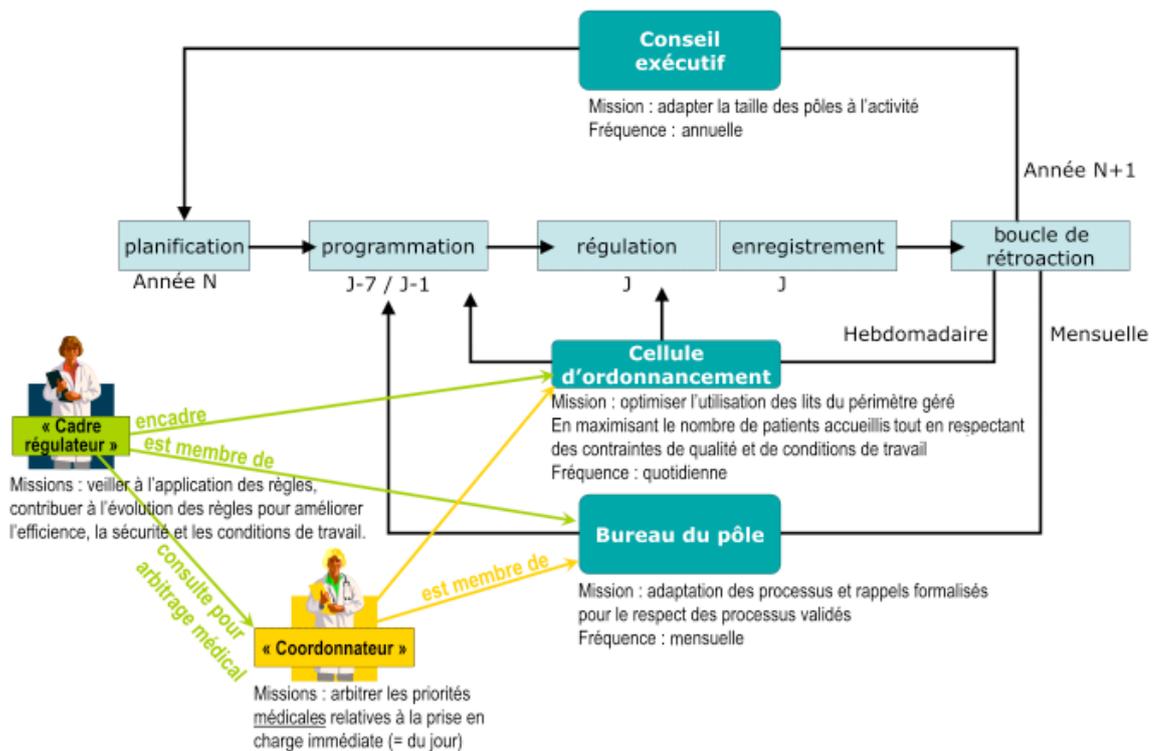
Ces fondamentaux techniques imposent de nouvelles façons de travailler et notamment le partage de pratiques identiques sur certains processus critiques (admissions et sorties notamment).

Une méthode d'organisation éprouvée : l'ordonnancement

L'ordonnancement est une technique d'optimisation de la réalisation de processus de travail complexes, cherchant à enchaîner au mieux des étapes en respectant des contraintes (ordre des étapes, qualité attendue : recommandations pour la pratique, maîtrise des délais, conditions de travail...) et en utilisant au mieux des ressources (lits dans le cas présent, mais aussi bloc opératoire, avis spécialisés, examens divers...).

L'acteur au cœur de cette méthode est la cellule d'ordonnancement. Dans un processus complet de gestion des lits comprenant une étape de **planification** à moyen/long terme (principalement allocation des lits et des ressources humaines, définition des principaux processus de travail), une étape à court terme de **programmation** (principalement, gestion des admissions programmées), une étape de **régulation** en temps réel (principalement, gestion des aléas, admissions des urgences et suivi du déroulement du séjour de chaque patient) et une étape *a posteriori* d'**analyse** et de **rétro-action**, la cellule d'ordonnancement intervient à toutes les étapes et s'intègre dans une gouvernance plus générale : **elle est au service de l'exécutif** (conseil exécutif et bureau de pôle notamment) **qui l'appuie dans son travail et lui fixe des objectifs** (en fonction de la stratégie d'établissement et de pôle).

Le schéma ci-dessous rend compte du positionnement de la cellule d'ordonnancement :



Son activité est, selon les différents horizons temporels, de :

- contribuer à la planification, par les informations qu'elle collecte et analyse, mais également dans le travail de définition des pratiques de gestion des lits (cf. partie 3) ;
- réaliser la meilleure programmation des séjours ;
- réguler en cas d'aléa et de nécessité d'arbitrage ;
- vérifier la connaissance, l'adaptation et le respect des procédures élémentaires ;
- collecter, traiter et analyser les informations relatives à la gestion des lits.

À l'issue de la première vague d'accompagnement, on peut dire que les aspects « techniques » de la gestion des lits ont été mieux saisis par les établissements que les enjeux managériaux et de gouvernance. En effet, seule la clinique et les deux CHU (au travers des pôles) ont travaillé cette dimension. Les autres auront certainement ressenti l'importance d'aborder ces enjeux pour l'avenir tant la mise en œuvre de nouvelles modalités de gestion des lits impacte profondément les champs de responsabilité traditionnels...

Les parties qui suivent présentent en premier lieu les indicateurs utiles à une bonne gestion des lits, puis les pratiques mises en œuvre par les équipes ou recommandées par les consultants.

Chapitre 2

Les indicateurs

2.1 Les indicateurs classiques

2.2 Les indicateurs de pilotage

Le tableau suivant fait état des indicateurs potentiellement utiles à mesurer et à suivre, pour rendre compte des résultats ou de la façon dont sont gérés les lits. Certains d'entre eux sont repris plus en détail dans la suite du développement.

	Résultat final	Planification	Programmation	Régulation
Indicateurs exploitant les durées de séjour				
Durée Moyenne de Séjour	•			
Indice de performance	•			
Nombre et taux de séjours très longs (seuil à fixer localement)			•	•
Taux de journées-lit consommées par ces séjours très longs			•	•
Nombre de séjours d'une nuit		•	•	
Taux de séjours de 0 nuit réalisés hors des unités de jour		•	•	•
Indicateurs d'utilisation des lits				
Taux d'occupation (moyenne, établissement)	•	•		
Taux d'ouverture		•		
Taux de performance		•	•	
Taux d'occupation par mois, taux d'occupation par service		•		
Taux d'occupation par jour de la semaine (notamment vend.)		•	•	•
Taux de jours ouverts par service pour lesquels 75 % < TO < 95%		•	•	•
Taux d'hébergement		•	•	•
Taux de non-pertinence des journées d'hospitalisation		•	•	•
Indicateurs décrivant les flux d'activité				
Nombre, taux et variations d'admissions directes (programmées ou non)		•		
Nombre, taux et variations d'admissions depuis les urgences		•		
Indicateurs relatifs aux pratiques et processus				
Taux de pré-admissions			•	•
Taux de DPS renseignées dans les 48 heures			•	•
Taux d'évaluation de la complexité de l'aval dans les 48 heures				•
Délai de passage du service social				•
Nombre de demandes d'aval par patient le nécessitant				•
Délai d'obtention d'un aval institutionnel			•	•
Taux de sortie avant 13 heures				•
Délai de réfection d'un lit				•
Taux d'admissions avant 14 heures				•
Délai d'hospitalisation depuis les urgences				•
Taux de déprogrammation à J0		•	•	•

2.1

Les indicateurs classiques

Deux indicateurs sont utilisés usuellement, quel que soit le niveau de pilotage considéré (établissement, pôle, service...) :

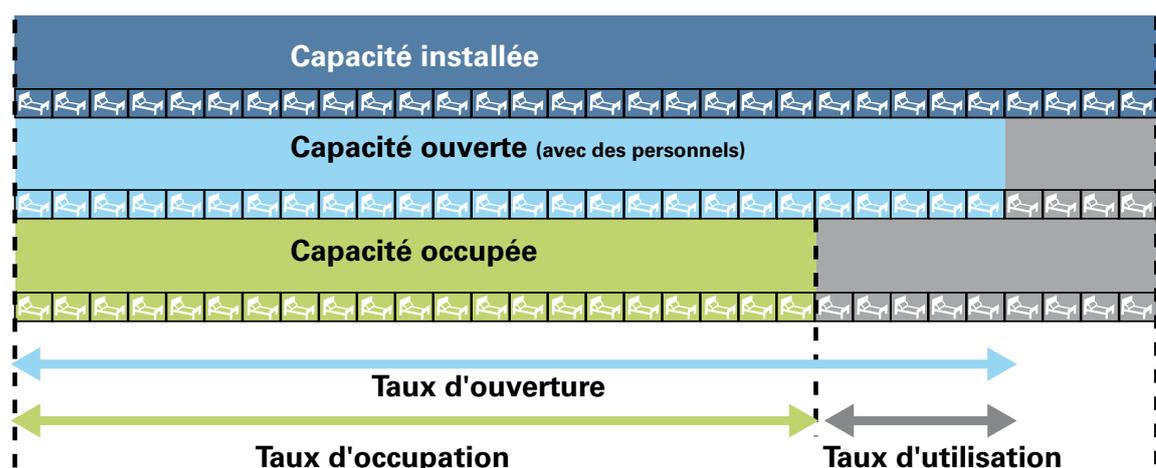
- le taux d'occupation (TO) ;
- la durée moyenne de séjour (DMS).

Ces indicateurs ont un atout commun : ils peuvent être produits aisément en routine par le système d'information. S'ils présentent des limites, il n'en demeure pas moins qu'ils constituent des indicateurs de résultat et sont à ce titre des **outils indispensables pour valider les stratégies et organisations** mises en œuvre au sein de l'établissement. Notons enfin qu'ils doivent toujours être analysés ensemble car ils peuvent varier dans des sens opposés : à activité constante en nature et en volume, l'amélioration de l'un peut s'expliquer par la dégradation de l'autre.

D'autres indicateurs, bien entendu, peuvent témoigner des résultats de la gestion des lits : chiffre d'affaires, indice de performance (comparaison de la DMS de l'établissement à la DMS nationale pour un même case-mix).

Taux d'ouverture, de performance, d'occupation et de débordement

Parmi les différents établissements qui ont participé à l'étude MeaH, plusieurs questions ont été posées concernant le taux d'occupation : À quelle heure la présence d'un patient doit-elle être comptabilisée ? Le calcule-t-on sur les lits physiques, sur les lits ouverts ? L'intérêt de s'entendre sur la définition des indicateurs offre la perspective de permettre un benchmarking entre établissements. Pour autant, le plus important est de parvenir à une définition locale, en fonction notamment des possibilités du SI, et de rester consistant dans les mesures successives.



Le schéma ci-dessus résume certaines définitions possibles :

- le **taux d'ouverture** caractérise la capacité de la structure à optimiser la disponibilité des ressources humaines afin de mettre à disposition des patients un maximum des lits physiques :

Taux d'ouverture = capacité installée/capacité ouverte

- le **taux d'utilisation** caractérise l'efficacité de l'organisation pour permettre d'accueillir en permanence le maximum de patients au sein de la capacité installée :

Taux d'utilisation = capacité occupée/capacité ouverte

- le **taux d'occupation** est l'efficacité globale, soit le nombre de lits occupés sur la capacité installée :

Taux d'occupation = capacité occupée/capacité installée

Ceci étant dit, plusieurs remarques méritent de figurer ici :

- il est possible de constater un **taux de débordement** même si le taux d'occupation et le taux de performance ne sont pas à leur maximum, quand on les considère sur une longue période ou sur un périmètre étendu : dans certains services ou certains jours de la semaine, les capacités ouvertes pouvant être dépassées, par défaut de lissage de l'activité ou en raison d'une mauvaise allocation interne des lits ;
- pour les places d'hôpital de jour ou de chirurgie ambulatoire, on parle plutôt de **taux de rotation** ;
- le taux d'occupation est une notion strictement géographique. Il ne doit pas être corrigé en tenant compte de la « bonne » affectation médicale du patient. On peut néanmoins mesurer un taux d'adéquation, notamment si le codage de l'activité offre la possibilité de différencier l'unité fonctionnelle de l'unité d'hébergement ;
- le **taux de non-pertinence** des journées d'hospitalisation peut également faire l'objet de mesures ponctuelles mais cette information demeure coûteuse à produire ;
- la notion de « lits autorisés » n'a aucun intérêt au regard de la gestion opérationnelle ;
- **l'analyse de ces taux est plus intéressante si l'on cherche à en comprendre les variations** à différents horizons temporels (au cours de l'année, au cours de la semaine...).

Durée moyenne de séjour et indice de performance

La durée de séjour d'un patient est exprimée en jours et correspond en fait au nombre de fois auxquelles le patient était présent à minuit à l'hôpital au cours de son séjour.

Cette durée de séjour se calcule, comme son nom l'indique, pour un séjour complet et non pas par passage dans une unité (cas des séjours multi-unités).

L'indice de performance est un ratio correspondant à la division de la Durée Moyenne de Séjour au sein de l'établissement (ou d'un périmètre plus réduit) par la Durée Moyenne de Séjour nationale pour un éventail de cas identique selon la typologie du PMSI.

Limites de ces indicateurs

Ces deux indicateurs sont peu sensibles et peu spécifiques, surtout si l'on s'intéresse à leurs valeurs moyennes : leur évolution est lente et peut être la conséquence de la variation d'un nombre significatif de paramètres (case-mix, procédures, pratiques médicales, environnement...). Ils sont donc peu adaptés au pilotage opérationnel.

Il est par conséquent indispensable de monitorer ponctuellement, notamment durant des démarches d'amélioration des organisations, d'autres indicateurs ciblés vers des objectifs clés, afin tout à la fois d'avoir un pilotage précis et de permettre un retour rapide vers les équipes des progrès réalisés.

2.2

Les indicateurs de pilotage

Ces indicateurs rendent compte du déroulement des opérations. Ils sont ciblés sur des pratiques organisationnelles qui ont été reconnues comme particulièrement utiles durant cette première vague d'accompagnement. Ils sont avant tout destinés à permettre de piloter efficacement et de s'assurer que les pratiques et processus de gestion des lits sont bien mis sous contrôle.

Remarques importantes :

- ces indicateurs nécessitent parfois un enregistrement en temps réel des mouvements dans le système d'information ou la mise en place de décomptes manuels : il est primordial d'inclure leur production dans les séquences de travail des professionnels ou dans les différents temps de management (staff matinal, réunion de programmation, transmissions...);
- on retiendra que si l'ensemble de ces indicateurs est utile au diagnostic de la situation, tous ne doivent pas être suivis en routine par les différents niveaux de management...

Voici une sélection des plus pertinents.

Indicateurs de gestion horaire des lits

PROPORTION DE SORTIES ET D'ADMISSIONS RÉALISÉES AVANT UN SEUIL DONNÉ (MIDI OU 13 HEURES, PAR EXEMPLE)																																												
Enjeux	Augmenter les sorties le matin pour accueillir des patients issus des urgences et pour mettre à profit l'après-midi pour commencer la prise en charge du patient suivant. Si un seul des deux indicateurs peut être produit, privilégier celui relatif aux admissions...																																											
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits																																											
Production & exploitation																																												
• Convention de calcul	Moyenne sur une période de temps du nombre de sorties (ou admissions) réalisées avant le seuil fixé, divisé par le nombre total de sorties (ou admissions) du jour																																											
• Unité	%																																											
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle																																											
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre																																											
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input checked="" type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle																																											
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : médecins, infirmières, AS, agents d'entretien																																											
Exemples																																												
<p>Répartition horaire des sorties et des admissions du service, du 01/07 au 01/08/06</p> <table border="1"> <caption>Répartition horaire des sorties et des admissions</caption> <thead> <tr> <th>Heure</th> <th>Admissions (%)</th> <th>Sorties (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0h00 à 0h59</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>3h00 à 3h59</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>6h00 à 6h59</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>9h00 à 9h59</td><td>5</td><td>10</td></tr> <tr><td>12h00 à 12h59</td><td>22</td><td>15</td></tr> <tr><td>15h00 à 15h59</td><td>10</td><td>22</td></tr> <tr><td>18h00 à 18h59</td><td>5</td><td>10</td></tr> <tr><td>21h00 à 21h59</td><td>0</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>	Heure	Admissions (%)	Sorties (%)	0h00 à 0h59	0	0	3h00 à 3h59	0	0	6h00 à 6h59	0	0	9h00 à 9h59	5	10	12h00 à 12h59	22	15	15h00 à 15h59	10	22	18h00 à 18h59	5	10	21h00 à 21h59	0	0	<p>Taux de sorties avant midi : 1^{er} semestre 2006</p> <table border="1"> <caption>Taux de sorties avant midi : 1^{er} semestre 2006</caption> <thead> <tr> <th>Mois</th> <th>Taux (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>janv</td><td>32</td></tr> <tr><td>fév</td><td>29</td></tr> <tr><td>mars</td><td>31</td></tr> <tr><td>avril</td><td>33</td></tr> <tr><td>mai</td><td>40</td></tr> <tr><td>juin</td><td>53</td></tr> <tr><td>juillet</td><td>52</td></tr> </tbody> </table>	Mois	Taux (%)	janv	32	fév	29	mars	31	avril	33	mai	40	juin	53	juillet	52
Heure	Admissions (%)	Sorties (%)																																										
0h00 à 0h59	0	0																																										
3h00 à 3h59	0	0																																										
6h00 à 6h59	0	0																																										
9h00 à 9h59	5	10																																										
12h00 à 12h59	22	15																																										
15h00 à 15h59	10	22																																										
18h00 à 18h59	5	10																																										
21h00 à 21h59	0	0																																										
Mois	Taux (%)																																											
janv	32																																											
fév	29																																											
mars	31																																											
avril	33																																											
mai	40																																											
juin	53																																											
juillet	52																																											

DÉLAI DE REMISE EN ÉTAT D'UN LIT																																																																																
Enjeux	Pour garantir un accès au moment idoine des patients au cours de la journée, la sortie doit être faite au meilleur moment, puis le lit remis en état. La réorganisation des équipes de soins pour faire sortir plus de patients le matin restera sans effet si l'équipe de nettoyage n'est pas disponible pour la réfection des chambres...																																																																															
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits																																																																															
Production & exploitation																																																																																
• Convention de calcul	Moyenne des délais constatés entre sortie du patient et lit remis en état et rendu visible dans le système d'information de gestion des lits																																																																															
• Unité	Heures																																																																															
• Recueil	<input type="checkbox"/> routine <input checked="" type="checkbox"/> étude ponctuelle																																																																															
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre																																																																															
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuelle																																																																															
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : équipe d'entretien																																																																															
Exemples																																																																																
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Répartition des délais de nettoyage selon les services</p> <table border="1"> <caption>Répartition des délais de nettoyage selon les services</caption> <thead> <tr> <th>Délai</th> <th>Chirurgie 1^{er}</th> <th>Chirurgie 2A</th> <th>Chirurgie 2B</th> <th>Médecine</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-15'</td><td>2</td><td>1</td><td>5</td><td>1</td></tr> <tr><td>15-30'</td><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>1</td></tr> <tr><td>30-45'</td><td>5</td><td>2</td><td>10</td><td>1</td></tr> <tr><td>45-60'</td><td>11</td><td>7</td><td>18</td><td>8</td></tr> <tr><td>1h-1h30</td><td>2</td><td>4</td><td>9</td><td>4</td></tr> <tr><td>1h30-2h</td><td>4</td><td>6</td><td>7</td><td>4</td></tr> <tr><td>2h-3h</td><td>1</td><td>1</td><td>7</td><td>2</td></tr> <tr><td>3h-4h</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr><td>4h-5h</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>Plus de 5h</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Délai de nettoyage moyen selon le jour de la semaine</p> <table border="1"> <caption>Délai de nettoyage moyen selon le jour de la semaine</caption> <thead> <tr> <th>Jour</th> <th>Délai nettoyage moyen (h)</th> <th>Nombre de sorties moyen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Lundi</td><td>1.8</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>Mardi</td><td>2.0</td><td>1.9</td></tr> <tr><td>Mercredi</td><td>1.5</td><td>2.0</td></tr> <tr><td>Jeudi</td><td>3.0</td><td>2.7</td></tr> <tr><td>Vendredi</td><td>1.4</td><td>3.0</td></tr> <tr><td>Samedi</td><td>1.1</td><td>1.8</td></tr> <tr><td>Dimanche</td><td>0.4</td><td>0.4</td></tr> </tbody> </table> </div> </div>		Délai	Chirurgie 1 ^{er}	Chirurgie 2A	Chirurgie 2B	Médecine	0-15'	2	1	5	1	15-30'	1	1	6	1	30-45'	5	2	10	1	45-60'	11	7	18	8	1h-1h30	2	4	9	4	1h30-2h	4	6	7	4	2h-3h	1	1	7	2	3h-4h	1	1	3	2	4h-5h	1	1	1	1	Plus de 5h	3	1	1	1	Jour	Délai nettoyage moyen (h)	Nombre de sorties moyen	Lundi	1.8	2.0	Mardi	2.0	1.9	Mercredi	1.5	2.0	Jeudi	3.0	2.7	Vendredi	1.4	3.0	Samedi	1.1	1.8	Dimanche	0.4	0.4
Délai	Chirurgie 1 ^{er}	Chirurgie 2A	Chirurgie 2B	Médecine																																																																												
0-15'	2	1	5	1																																																																												
15-30'	1	1	6	1																																																																												
30-45'	5	2	10	1																																																																												
45-60'	11	7	18	8																																																																												
1h-1h30	2	4	9	4																																																																												
1h30-2h	4	6	7	4																																																																												
2h-3h	1	1	7	2																																																																												
3h-4h	1	1	3	2																																																																												
4h-5h	1	1	1	1																																																																												
Plus de 5h	3	1	1	1																																																																												
Jour	Délai nettoyage moyen (h)	Nombre de sorties moyen																																																																														
Lundi	1.8	2.0																																																																														
Mardi	2.0	1.9																																																																														
Mercredi	1.5	2.0																																																																														
Jeudi	3.0	2.7																																																																														
Vendredi	1.4	3.0																																																																														
Samedi	1.1	1.8																																																																														
Dimanche	0.4	0.4																																																																														

Indicateurs relatifs à la qualité de la programmation

TAUX D'ADMISSIONS DIRECTES PROGRAMMÉES																																																																	
Enjeux	Maîtriser son flux d'admissions directes dans les services est une des façons d'absorber plus aisément le flux de patients venant des urgences. C'est aussi une condition pour lisser la charge de travail et être en mesure de planifier les ressources en regard de l'activité attendue. Certains patients sont attendus (par l'un des médecins du service) mais ne sont pas programmés pour autant, de même certaines urgences peuvent être différées pour une admission à un moment plus idoine... Il existe donc des marges permettant de programmer un taux plus important d'activité.																																																																
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input checked="" type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits																																																																
Production & exploitation																																																																	
<ul style="list-style-type: none"> • Convention de calcul 	Moyenne sur une période de temps du nombre d'admissions directes programmées sur nombre d'admissions directes. Les admissions directes sont celles qui ne passent pas par les urgences (transferts, mutations et arrivées d'une autre institution ou du domicile). Une admission est programmée quand elle est connue avant un délai à fixer localement et selon les situations (à J-1, à J-8, au staff de programmation de la semaine précédente...).																																																																
<ul style="list-style-type: none"> • Unité 	%																																																																
<ul style="list-style-type: none"> • Recueil 	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle																																																																
<ul style="list-style-type: none"> • Période de recueil (si pas en continu) 	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre																																																																
<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de mesure (si pas en continu) 	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle																																																																
<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion 	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : médecins et cadres																																																																
Exemples																																																																	
<p>Taux d'admissions directes programmées 1^{er} semestre</p> <table border="1"> <caption>Taux d'admissions directes programmées 1^{er} semestre</caption> <thead> <tr> <th>Mois</th> <th>Admissions depuis les urgences (%)</th> <th>Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)</th> <th>Admissions directes non programmées (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>janv</td> <td>28,0%</td> <td>32,0%</td> <td>40,0%</td> </tr> <tr> <td>fév</td> <td>29,5%</td> <td>30,5%</td> <td>39,5%</td> </tr> <tr> <td>mars</td> <td>28,0%</td> <td>32,0%</td> <td>40,0%</td> </tr> <tr> <td>avril</td> <td>34,0%</td> <td>32,0%</td> <td>34,0%</td> </tr> <tr> <td>mai</td> <td>46,0%</td> <td>34,0%</td> <td>20,0%</td> </tr> <tr> <td>juin</td> <td>44,0%</td> <td>42,0%</td> <td>14,0%</td> </tr> <tr> <td>juillet</td> <td>52,0%</td> <td>32,0%</td> <td>16,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Mois	Admissions depuis les urgences (%)	Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)	Admissions directes non programmées (%)	janv	28,0%	32,0%	40,0%	fév	29,5%	30,5%	39,5%	mars	28,0%	32,0%	40,0%	avril	34,0%	32,0%	34,0%	mai	46,0%	34,0%	20,0%	juin	44,0%	42,0%	14,0%	juillet	52,0%	32,0%	16,0%	<p>Taux d'admissions directes programmées par jour de la semaine : janvier 2006</p> <table border="1"> <caption>Taux d'admissions directes programmées par jour de la semaine : janvier 2006</caption> <thead> <tr> <th>Jour</th> <th>Admissions depuis les urgences (%)</th> <th>Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)</th> <th>Admissions directes non programmées (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>lundi</td> <td>85,0%</td> <td>10,0%</td> <td>5,0%</td> </tr> <tr> <td>mardi</td> <td>72,0%</td> <td>22,0%</td> <td>6,0%</td> </tr> <tr> <td>mercredi</td> <td>41,0%</td> <td>38,0%</td> <td>21,0%</td> </tr> <tr> <td>jeudi</td> <td>18,0%</td> <td>42,0%</td> <td>40,0%</td> </tr> <tr> <td>vendredi</td> <td>9,0%</td> <td>31,0%</td> <td>60,0%</td> </tr> <tr> <td>samedi</td> <td>4,0%</td> <td>76,0%</td> <td>20,0%</td> </tr> <tr> <td>dimanche</td> <td>52,0%</td> <td>43,0%</td> <td>5,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Jour	Admissions depuis les urgences (%)	Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)	Admissions directes non programmées (%)	lundi	85,0%	10,0%	5,0%	mardi	72,0%	22,0%	6,0%	mercredi	41,0%	38,0%	21,0%	jeudi	18,0%	42,0%	40,0%	vendredi	9,0%	31,0%	60,0%	samedi	4,0%	76,0%	20,0%	dimanche	52,0%	43,0%	5,0%
Mois	Admissions depuis les urgences (%)	Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)	Admissions directes non programmées (%)																																																														
janv	28,0%	32,0%	40,0%																																																														
fév	29,5%	30,5%	39,5%																																																														
mars	28,0%	32,0%	40,0%																																																														
avril	34,0%	32,0%	34,0%																																																														
mai	46,0%	34,0%	20,0%																																																														
juin	44,0%	42,0%	14,0%																																																														
juillet	52,0%	32,0%	16,0%																																																														
Jour	Admissions depuis les urgences (%)	Admissions directes, connues lors du staff de programmation précédent (%)	Admissions directes non programmées (%)																																																														
lundi	85,0%	10,0%	5,0%																																																														
mardi	72,0%	22,0%	6,0%																																																														
mercredi	41,0%	38,0%	21,0%																																																														
jeudi	18,0%	42,0%	40,0%																																																														
vendredi	9,0%	31,0%	60,0%																																																														
samedi	4,0%	76,0%	20,0%																																																														
dimanche	52,0%	43,0%	5,0%																																																														

TAUX DE PRÉ-ADMISSIONS																																											
Enjeux	Rendre transparente l'information sur les patients attendus et favoriser une programmation plus rationnelle. Dans le cas qui nous intéresse, la pré-admission consiste en la transmission, par la personne décidant l'hospitalisation, de l'information relative à un séjour programmé, et de son enregistrement par la personne/structure ayant en charge la programmation des séjours.																																										
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input checked="" type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits																																										
Production & exploitation																																											
• Convention de calcul	Moyenne sur une période de temps du nombre de pré-admissions réalisées divisé par le nombre total d'admissions. L'information sur le caractère programmable ou non d'une admission n'étant pas disponible dans le SIH, on suit le taux de pré-admission pour l'activité dans son ensemble, en posant l'hypothèse que le taux d'urgences est peu variable.																																										
• Unité	%																																										
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle																																										
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre																																										
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle																																										
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : médecins																																										
Exemples																																											
<p>Décision de reprogrammer autant que possible les bilans de diabètes déséquilibrés découverts au décours d'une hospitalisation pour un autre motif dans un autre service du pôle...</p>	<p>Taux de préadmission du pôle Médecine : 1^{er} semestre 2006</p> <table border="1"> <caption>Taux de préadmission du pôle Médecine : 1^{er} semestre 2006</caption> <thead> <tr> <th>Spécialité</th> <th>Janv</th> <th>Fév</th> <th>Mars</th> <th>Avril</th> <th>Mai</th> <th>Juin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>gériatrie aigüe</td> <td>30%</td> <td>30%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>médecine interne</td> <td>15%</td> <td>15%</td> <td>18%</td> <td>22%</td> <td>28%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>néphrologie</td> <td>38%</td> <td>45%</td> <td>38%</td> <td>38%</td> <td>42%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>endocrinologie</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>48%</td> <td>58%</td> <td>60%</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>pneumologie</td> <td>18%</td> <td>15%</td> <td>18%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>22%</td> </tr> </tbody> </table>	Spécialité	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	gériatrie aigüe	30%	30%	30%	35%	40%	35%	médecine interne	15%	15%	18%	22%	28%	35%	néphrologie	38%	45%	38%	38%	42%	45%	endocrinologie	30%	35%	48%	58%	60%	58%	pneumologie	18%	15%	18%	20%	25%	22%
Spécialité	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin																																					
gériatrie aigüe	30%	30%	30%	35%	40%	35%																																					
médecine interne	15%	15%	18%	22%	28%	35%																																					
néphrologie	38%	45%	38%	38%	42%	45%																																					
endocrinologie	30%	35%	48%	58%	60%	58%																																					
pneumologie	18%	15%	18%	20%	25%	22%																																					

TAUX D'OCCUPATION PAR JOUR DE LA SEMAINE																																																																									
Enjeux	Les modalités de programmation et d'organisation conduisent souvent à des taux d'occupation très élevés en début de semaine et bas en fin de semaine. Il est possible de programmer certaines activités en fin de semaine pour profiter au mieux de ces journées-lit et lisser l'activité sur la semaine.																																																																								
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input checked="" type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits																																																																								
Production & exploitation																																																																									
• Convention de calcul	Chaque jour de la semaine, nombre moyen de patients présents à 24 heures divisé par le nombre de lits installés																																																																								
• Unité	% ou indice																																																																								
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle																																																																								
• Période de recueil (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre																																																																								
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuelle																																																																								
• Diffusion	<input checked="" type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input type="checkbox"/> Professionnels : médecins																																																																								
Exemples																																																																									
<p style="text-align: center;">Évolution de l'occupation des services au cours de la semaine Lundi = base 100</p> <p>The graph displays occupancy rates for eight different services (UF XX) over a week. Monday is the baseline at 100%. Most services show a downward trend towards the weekend. A green dashed box labeled 'à écreter' (to be cut) highlights the period from Thursday to Sunday, indicating a target for reduction. A red dashed box labeled 'à utiliser' (to be used) highlights the period from Friday to Sunday, indicating a target for utilization. The legend lists eight different services (UF XX) with various markers: square, triangle, cross, diamond, circle, square, cross, and triangle.</p> <table border="1"> <caption>Approximate data from the occupancy graph (Lundi = base 100)</caption> <thead> <tr> <th>Service (UF XX)</th> <th>Lundi</th> <th>Mardi</th> <th>Mercredi</th> <th>Judi</th> <th>Vendredi</th> <th>Samedi</th> <th>Dimanche</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>UF XX (Square)</td> <td>100</td> <td>95</td> <td>85</td> <td>75</td> <td>55</td> <td>48</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Triangle)</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>95</td> <td>90</td> <td>62</td> <td>50</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Cross)</td> <td>100</td> <td>102</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>85</td> <td>72</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Diamond)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>105</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Circle)</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>95</td> <td>90</td> <td>88</td> <td>88</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Square)</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>95</td> <td>90</td> <td>80</td> <td>75</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Cross)</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>85</td> <td>72</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>UF XX (Triangle)</td> <td>100</td> <td>98</td> <td>95</td> <td>90</td> <td>88</td> <td>88</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>		Service (UF XX)	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche	UF XX (Square)	100	95	85	75	55	48	45	UF XX (Triangle)	100	98	95	90	62	50	52	UF XX (Cross)	100	102	100	98	85	72	85	UF XX (Diamond)	100	100	100	100	100	100	105	UF XX (Circle)	100	98	95	90	88	88	95	UF XX (Square)	100	98	95	90	80	75	78	UF XX (Cross)	100	100	100	100	85	72	85	UF XX (Triangle)	100	98	95	90	88	88	95
Service (UF XX)	Lundi	Mardi	Mercredi	Judi	Vendredi	Samedi	Dimanche																																																																		
UF XX (Square)	100	95	85	75	55	48	45																																																																		
UF XX (Triangle)	100	98	95	90	62	50	52																																																																		
UF XX (Cross)	100	102	100	98	85	72	85																																																																		
UF XX (Diamond)	100	100	100	100	100	100	105																																																																		
UF XX (Circle)	100	98	95	90	88	88	95																																																																		
UF XX (Square)	100	98	95	90	80	75	78																																																																		
UF XX (Cross)	100	100	100	100	85	72	85																																																																		
UF XX (Triangle)	100	98	95	90	88	88	95																																																																		

Indicateurs en lien avec l'organisation de la sortie

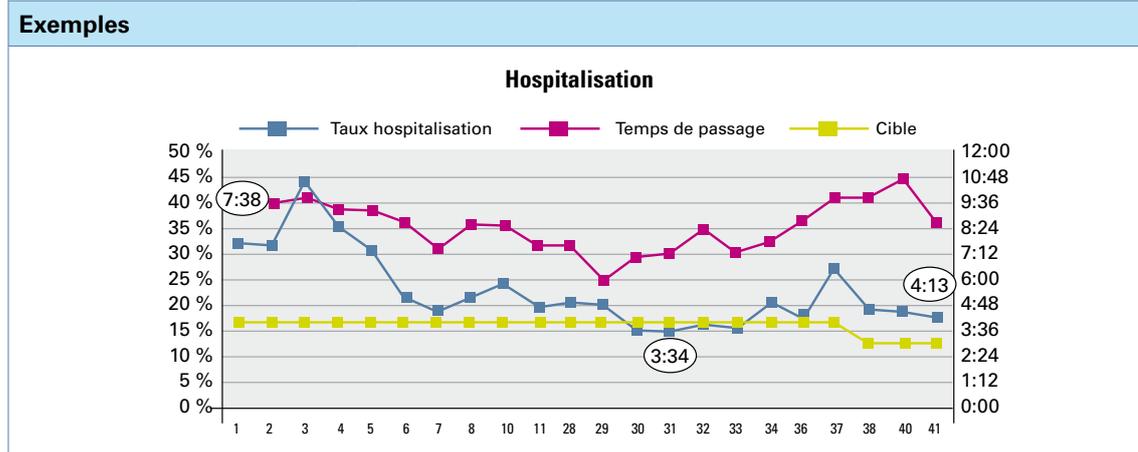
TAUX DE DATES PRÉVISIONNELLES DE SORTIE RENSEIGNÉES À J+2 DE L'ADMISSION	
Enjeux	<p>La sortie est une étape à risque du point de vue de la qualité des soins et de la maîtrise des DMS. Son anticipation est indispensable. Cela passe par une transparence de l'information, pour les patients, leurs proches et les professionnels impliqués dans son organisation.</p> <p>Les praticiens, de par leur expérience, peuvent estimer de façon assez fiable la durée prévisionnelle de séjour des patients, quitte à la réajuster tout au long du séjour.</p>
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits
Production & exploitation	
• Convention de calcul	<p>Nombre de DPS renseignées dans les deux jours suivant l'admission sur nombre total de séjours sur une période de temps donnée.</p> <p>NB : la DPS peut être renseignée en consultation pour le cas de l'activité programmée.</p>
• Unité	
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : médecins

TAUX DE PATIENTS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE ÉVALUATION DU RISQUE DE SORTIE COMPLEXE DANS LES 48 HEURES	
Enjeux	La sortie est une étape à risque du point de vue de la qualité des soins et de la maîtrise des DMS. Son anticipation est indispensable. Des grilles d'évaluation de la complexité de l'aval existent. Attention cependant à être vigilant à transmettre l'information au service social dans les meilleurs délais.
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits
Production & exploitation	
• Convention de calcul	Nombre de critères renseignés dans les deux jours suivant l'admission divisé par le nombre total de séjours sur une période de temps donnée. NB : cette évaluation peut être faite en consultation pour le cas de l'activité programmée.
• Unité	
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : médecins, infirmières, assistantes sociales

NOMBRE DE DEMANDES D'AVAL PAR PATIENT AYANT BESOIN D'UN AVAIL INSTITUTIONNEL	
Enjeux	L'offre d'aval semble limitée et difficile d'accès. Une pratique peut consister à multiplier les demandes à des établissements différents pour avoir plus de chances d'obtenir rapidement une solution.
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits
Production & exploitation	
• Convention de calcul	Nombre de demandes effectuées sur nombre de patients bénéficiant d'un aval institutionnel.
• Unité	
• Recueil	<input type="checkbox"/> routine <input checked="" type="checkbox"/> étude ponctuelle
• Période de recueil	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Fréquence de mesure	<input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input checked="" type="checkbox"/> Ponctuelle
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : assistantes sociales

Indicateurs en lien avec la disponibilité des lits pour accueillir les patients

DÉLAIS D'HOSPITALISATION DES PATIENTS DES URGENCES	
Enjeux	Tous les services d'hospitalisation ont une part non négligeable de leur recrutement qui s'opère via les urgences. L'aval des urgences est souvent problématique, le temps d'attente d'un lit d'hospitalisation comptant pour plus de 10 % de l'engorgement de ces services.
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input checked="" type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits
Production & exploitation	
• Convention de calcul	Au mieux, créer un « top » dans le SI des urgences pour « patient prêt à être hospitalisé » et prévoir un champ pour renseigner le service de destination. L'information peut alors être produite en routine par extraction. Autres méthodes : recueil à la main ou extraction du SI du délai total de prise en charge des patients hospitalisés (selon les services de destination).
• Unité	minutes
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Ponctuelle
• Diffusion	<input checked="" type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input checked="" type="checkbox"/> Professionnels : service d'hospitalisation considéré et urgences



DÉPROGRAMMATIONS À J0	
Enjeux	<p>Le refus d'admettre des patients des urgences ou le maintien d'une marge de sécurité en termes de lits disponibles est souvent justifié par des craintes de voir des admissions programmées déprogrammées faute de place.</p> <p>La mise en place de nouvelles modalités de gestion des lits incite à objectiver ce risque.</p>
Intérêt	<input type="checkbox"/> connaître son activité, planifier <input type="checkbox"/> suivre la qualité de sa programmation <input checked="" type="checkbox"/> suivre les processus de gestion des lits, réguler <input checked="" type="checkbox"/> évaluer le résultat de sa gestion des lits
Production & exploitation	
• Convention de calcul	Relevé manuel des déprogrammations à J0 par le cadre de chaque service : une annulation de prise en charge n'est comptabilisée que si celle-ci était réellement programmée. Une grille d'analyse des causes de déprogrammation doit être renseignée parallèlement.
• Unité	Nombre de cas
• Recueil	<input checked="" type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> étude ponctuelle
• Période de recueil (si pas en continu)	<input checked="" type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Fréquence de mesure (si pas en continu)	<input type="checkbox"/> Semaine <input checked="" type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/> Routine
• Diffusion	<input type="checkbox"/> Exécutif (chefferie de pôle, de service, conseil exécutif, direction) <input checked="" type="checkbox"/> Cellule d'ordonnancement, responsable gestion des lits <input checked="" type="checkbox"/> Cadres et chefs de service <input type="checkbox"/> Professionnels
Exemples	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">Déprogrammation le jour de l'admission</div> <p>date et heure : âge : sexe : procédure :</p> <p>Le patient n'est pas venu</p> <p style="text-align: right;">n'a pas prévenu <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>état incompatible avec une prise en charge (anxiété, fièvre, pathologie aiguë...)</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>ne souhaite plus être hospitalisé</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>a fait l'objet d'une prise en charge dans un autre établissement</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>autre</i> <input type="checkbox"/></p> <p>Le patient s'est présenté</p> <p style="text-align: right;"><i>mauvaise préparation du patient</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>bilan pré opératoire incomplet</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>modification d'indication</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>pas de lit disponible</i> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><i>autre</i> <input type="checkbox"/></p> </div>	

Cette partie a permis de proposer certains indicateurs pour rendre compte des résultats ou pour piloter la gestion des lits. Ces indicateurs offrent autant d'opportunités de formuler des objectifs d'amélioration. Aussi la partie suivante présente-t-elle les actions et pratiques d'organisation pouvant permettre de s'améliorer.

Chapitre 3

Les bonnes pratiques organisationnelles

3.1 Les pratiques de management et de pilotage

3.2 Les pratiques et actions ayant trait à la planification

3.3 Les pratiques et actions ayant trait à la programmation

3.4 Les pratiques et actions ayant trait à la régulation

Cette dernière partie regroupe une sélection des pratiques observées dans les établissements, mises en œuvre en cours de chantier ou recommandées par le groupe de travail...
Les voici résumées dans un premier tableau, offrant une lecture « gestionnaire » :

	Observée	Mise en œuvre	Recommandée
MANAGER & PILOTER : partager les responsabilités, définir les objectifs et suivre			
1. Mettre en place une cellule d'ordonnancement			•
2. Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle		•	
3. Développer la gestion prévisionnelle des lits		•	
4. Mettre en place un tableau de bord de gestion des lits		•	
5. Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel		•	
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes			
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes	•		
7. Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval			
8. Suivre les séjours longs		•	
PLANIFIER : définir les processus cibles, répartir les ressources			
9. Allouer les lits aux spécialités en fonction de l'activité constatée		•	
10. Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année			•
11. Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé	•		
12. Développer la polycompétence des équipes soignantes	•		
13. Organiser le passage des assistantes sociales		•	
14. Uniformiser les bons de demande de structure d'aval	•		
15. Clarifier et partager les étapes du processus de sortie		•	
16. Mettre en place une « enveloppe de sortie »		•	
17. Mettre en place un salon de sortie			•
PROGRAMMER : organiser l'activité			
18. Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire		•	
19. Programmer l'admission en fonction des contraintes d'organisation de l'aval	•		
20. Programmer les séjours pour lisser l'activité sur la semaine		•	
21. Développer les pré-admissions		•	
22. Reprogrammer des prises en charge non urgentes	•		
RÉGULER : faire face aux aléas, gérer le quotidien			
23. Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour		•	
24. Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin		•	
25. Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie		•	
26. Informer le patient et sa famille que les sorties s'effectuent le matin	•		
27. Renseigner et faire vivre les Durée Prévisionnelles de Séjour		•	
28. Évaluer au plus tôt la complexité de l'organisation de la sortie		•	
29. En cas d'affluence aux urgences, faire monter immédiatement les patients dans les services d'hospitalisation		•	

Dans ce second tableau, les mêmes pratiques sont présentées selon une typologie respectant mieux la chronologie de la prise en charge d'un patient :

	page
EN AMONT de l'hospitalisation du patient	
18. Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire	94
19. Programmer l'admission en fonction des contraintes d'organisation de l'aval	96
20. Programmer les séjours pour lisser l'activité sur la semaine	98
21. Développer les pré-admissions	100
22. Reprogrammer des prises en charge non urgentes	102
AU DEBUT DU SÉJOUR du patient	
23. Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour	105
27. Renseigner et faire vivre les Durée Prévisionnelles de Séjour	115
28. Évaluer au plus tôt la complexité de l'organisation de la sortie	117
LA SORTIE du patient	
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes	67
7. Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval	68
13. Organiser le passage des assistantes sociales	81
14. Uniformiser les bons de demande de structure d'aval	84
15. Clarifier et partager les étapes du processus de sortie	88
16. Mettre en place une « enveloppe de sortie »	90
17. Mettre en place un salon de sortie	92
24. Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin	108
25. Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie	111
26. Informer le patient et sa famille que les sorties s'effectuent le matin	113
LES PRATIQUES de PILOTAGE et de MANAGEMENT	
1. Mettre en place une cellule d'ordonnancement	55
2. Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle	58
3. Développer la gestion prévisionnelle des lits	60
4. Mettre en place un tableau de bord de gestion des lits	63
5. Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel	65
8. Suivre les séjours longs	70
9. Allouer les lits aux spécialités en fonction de l'activité constatée	73
10. Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année	75
11. Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé	77
12. Développer la polycompétence des équipes soignantes	79
29. En cas d'affluence aux urgences, faire monter immédiatement les patients dans les services d'hospitalisation	120

Les pratiques de management et de pilotage

3.1 Mettre en place une cellule d'ordonnancement

ACTION RECOMMANDÉE

3.2 Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle

ACTION MISE EN ŒUVRE

3.3 Développer la gestion prévisionnelle des lits

ACTION MISE EN ŒUVRE

3.4 Mettre en place un tableau de bord de la gestion des lits

ACTION MISE EN ŒUVRE

3.5 Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel

ACTION MISE EN ŒUVRE

3.6 Disposer d'une liste à jour des établissements d'aval

ACTION OBSERVÉE

3.7 Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval

ACTION OBSERVÉE

3.8 Suivre les séjours longs et mettre en place une revue de ces dossiers

ACTION MISE EN ŒUVRE

Mettre en place une cellule d'ordonnancement

Rappel de la problématique

Comme l'a mis en avant le chapitre 2, la gestion des lits est une problématique à la fois de technique d'organisation (ordonnancement), de management (partage des rôles, responsabilités pour l'accès à un lit) et bien entendu de stratégie (le lit comme substrat de l'activité).

Un acteur doit être investi de la fonction « gestion des lits » de manière claire et lisible.

Objectifs

- Créer et positionner l'organe en charge de la gestion des lits, définir ses fonctions et ses acteurs.
- Les objectifs auxquels peut contribuer la cellule d'ordonnancement peuvent être multiples et doivent être définis : augmenter l'activité, le TO, diminuer la DMS, limiter les déprogrammations, désengorger le service des urgences.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input checked="" type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

L'intérêt de cette action est primordial dans le sens où la cellule d'ordonnancement sert de support au développement, puis à la mise en œuvre en routine des meilleures procédures de gestion des lits.

Sa mise en œuvre, passant par une réflexion sur la mutualisation des lits, sur les modalités de programmation de l'activité (...), se heurte en premier lieu au fait que son objectif est d'optimiser l'utilisation des lits, pouvant faire craindre à l'ensemble des acteurs, soit de se retrouver face à un afflux d'activité non désirée, soit de perdre un certain nombre de marges discrétionnaires (organisation de leur activité, orientation de leur recrutement...). Il y a donc un fort défi de conduite du changement, l'enjeu étant de mettre l'ensemble des acteurs dans une position d'accepter ce pari qu'est la gestion des lits : perdre des marges de manœuvre mais en regagner d'autres (une activité plus lisse, moins de frictions, moins de temps perdu pour placer des patients, moins de déprogrammations...).

Description de l'action

La mise en place d'une cellule d'ordonnancement peut être un acte fondateur de la prise en main de la gestion des lits, comme elle peut être le continuum d'actions d'amélioration menées par ailleurs. Tout dépend de la maturité de l'organisation en place et de la confiance des professionnels des services.

Mise en place

Deux pré-requis sont indispensables à son fonctionnement :

- avoir défini son **périmètre d'intervention d'un point de vue géographique**. Il ne semble en effet pas pertinent de lui faire gérer un volume de lits inférieur à la centaine. Cela suppose des rapprochements devant tenir compte des spécialités médicales et respecter certaines logiques de spécialité et d'accompagner le développement de la polycompétence des personnels non médicaux ;
- avoir défini son **intégration dans l'organigramme** de la structure. On conseillera une proximité immédiate de l'exécutif (direction générale ou responsable de pôle) et une définition précise des liens fonctionnels avec le bureau des entrées (pré-admissions, facturation...), avec les chefs de services et cadres de santé...

Rôles

Comme le montre le schéma ci-après, la cellule d'ordonnancement intervient aux différents horizons de temps de la gestion des lits :

- À moyen/long termes, la **planification** : la cellule définit les processus cibles de gestion des lits de même qu'elle contribue, par la production d'informations, à éclairer les décideurs sur d'éventuelles opportunités d'évolution de l'allocation des lits en interne et sur les objectifs opérationnels qu'ils pourraient formuler.
- À court/moyen termes, la **programmation** : cœur de son activité quotidienne, la cellule d'ordonnancement est l'acteur en charge de la programmation de l'activité, selon des procédures définies à l'étape de planification.
- À court terme et en temps réel, la **régulation** : la cellule d'ordonnancement est quotidiennement en position de réguler l'activité, en premier lieu en exerçant une vigilance importante sur le respect du programme (les dates de sorties annoncées sont-elles les bonnes ?, y a-t-il des séjours longs...) et des procédures, mais également en rendant les arbitrages (allocation des lits aux patients) et en faisant évoluer le programme au besoin (arrivée d'urgences, annulation d'hospitalisation programmée...). Cette position nécessite une extrême clarté des circuits d'information et une saisie des informations importantes en temps réel.
- Rétrospectivement, **analyse et rétro-action** : point de convergence des informations, la cellule d'ordonnancement doit être en mesure d'assurer un retour vers les principaux acteurs, en particulier responsables de pôle ou direction générale, mais également, praticiens, cadres, service social...

Acteurs à mobiliser (exemple)

La cellule est dirigée par le « cadre responsable de l'ordonnancement », qui dépend du responsable du pôle ou du directeur de l'établissement. Il est membre du bureau du pôle. Il peut être aidé par d'autres agents le cas échéant.

Un médecin doit pouvoir être contacté à tout instant pour régler des questions de priorité médicale pour les admissions, notamment remettant en cause une admission programmée. Il peut également faciliter la recherche des patients dont il serait possible d'anticiper la sortie, afin d'accueillir de nouveaux patients.

Ce médecin est dénommé « coordonnateur médical », qui n'est pas nécessairement le même chaque jour. Idéalement, il est doté d'un téléphone portable (ou DECT) particulier qui permet à chacun de le joindre de manière aisée.

Facteurs de succès et points de vigilance

Les facteurs de succès sont fortement liés :

- au positionnement de la cellule dans l'organigramme de l'établissement ;
- à la pertinence du périmètre de gestion constitué ;
- aux possibilités du Système d'Information ;
- à l'existence d'une volonté partagée de développer l'activité ou de remédier à des dysfonctionnements (déprogrammations, pics et creux d'activité, hébergements, engorgement des urgences...).

Une vigilance toute particulière doit être portée à la clarté des circuits de communication et du partage des responsabilités pour que certaines informations n'échappent pas à la cellule d'ordonnancement : déprogrammations, congés de praticiens... Lors de la montée en charge d'une telle structure, un accompagnement spécifique doit être prévu pour le suivi des incidents.

Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle

Rappel de la problématique

Une gestion des lits optimisée, avec ou sans cellule d’ordonnancement, est inconcevable sans processus de gestion homogénéisé au sein du périmètre à gérer. Cette homogénéisation poursuit les objectifs suivants :

- repérer et diffuser les meilleures pratiques ;
- apprendre à travailler de la même manière, comme un premier pas vers plus de mutualisation.

Une partie de l’optimisation et du suivi de ces processus est du ressort d’une éventuelle cellule d’ordonnancement, mais pas tous.

Objectifs

- Définir les processus importants à mettre sous contrôle.
- Identifier les acteurs légitimes pour travailler sur l’optimisation et le suivi de ces processus.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d’1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Cette action ne présente pas de difficulté majeure. Son intérêt est fort avant tout parce que sa réalisation est sur le chemin critique de l’optimisation de la gestion des lits.

Description de l’action

Cette première étape dans le développement de la gestion des lits a été réalisée en groupe de travail lors du chantier de la MeaH. Les discussions ont permis de faire émerger notamment les processus suivants comme étant fondamentaux à maîtriser :

- programmer une admission ;
- admettre un patient depuis les urgences ;
- recourir au service social ;
- organiser une sortie ;
- réaliser une sortie ;
- remettre un lit en état ;
- réaliser les plannings de travail des personnels non médicaux ;
- ...

Au sein du périmètre de travail, il s’agit de travailler processus par processus et d’identifier :

- les points de départ et de fin de chacun des processus ;
- ses différentes étapes, les acteurs et les échanges d’information qu’elles impliquent ;

- ses objectifs et ses risques ;
- ses variations au sein du périmètre de travail ;
- l’opportunité de l’homogénéiser ou de le laisser en l’état ;
- le ou les acteurs qui en ont la responsabilité.

Facteurs de succès et points de vigilance

Le principal facteur de succès est indiscutablement l’existence préalable de nombreux processus partagés et d’une habitude de travailler ensemble.

L’équipe en charge du chantier devra en outre bien prioriser les processus à travailler, la problématique de la gestion des lits pouvant petit à petit englober l’intégralité de l’activité hospitalière... On conseillera de commencer par les processus de programmation, de recours aux services sociaux et de réalisation de la sortie.

Exemple

Le choix des principaux axes de travail en termes de gestion des lits peut être éclairé par une pondération relative des gisements de journées-lit identifiées au sein de l’établissement lors d’un diagnostic rapide.

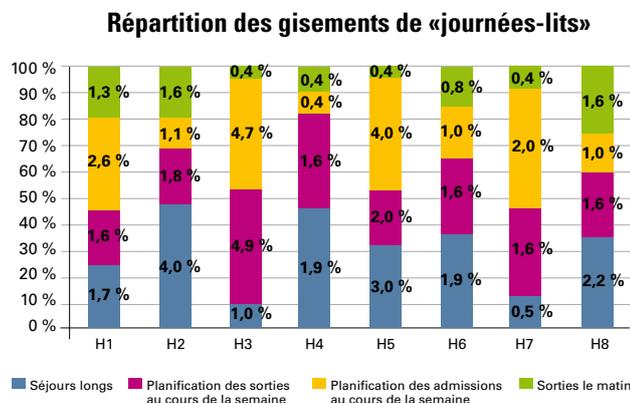
Les huit établissements engagés dans le chantier ont notamment produit les informations suivantes :

- journées-lit consommées par des séjours longs (plus de 30 jours) ;
- DMS des patients en fonction du jour de sortie dans la semaine ;
- horaire de sortie des patients ;
- taux d’occupation chaque jour de la semaine.

Des hypothèses relativement conservatrices ont été posées :

- diminution de 10 % du poids des séjours de plus de 30 jours ;
- les patients sortant le lundi ont la même DMS que les patients sortant le mardi ;
- l’occupation du vendredi est la même que l’occupation du jeudi ;
- un tiers des sorties sont réalisées avant 13 heures, ce surplus de place libérées permettant d’admettre plus tôt les patients et de réduire dans la moitié des cas leur durée de séjour de 1 jour.

De telles hypothèses permettent de valoriser les gisements de journées-lit entre 4,5 et 10,9 % de l’ensemble de la capacité d’hospitalisation, qui se répartissent de la façon suivante :



Cette analyse a le mérite d’offrir une première priorisation des axes de progrès : travailler sur l’aval, sur l’organisation de la sortie au cours de la journée, sur la programmation des patients au cours de la semaine...

Développer la gestion prévisionnelle des lits

Rappel de la problématique

Dans de nombreux établissements, la gestion des lits souffre d'un fort cloisonnement des services du fait de leur spécialisation, et ce dans un contexte de moindre disponibilité de lits d'aval pour les urgences. En général, la disponibilité des lits est insuffisamment connue et dans tous les cas, pas de manière prévisionnelle.

Cette pratique doit permettre :

- l'optimisation de la programmation des admissions ;
- l'anticipation des sorties ;
- l'amélioration de la visibilité de l'occupation des lits (réelle et prévisionnelle) et donc la facilitation de la régulation.

Objectifs

- Utiliser au mieux la capacité d'hospitalisation : maximiser le taux d'occupation tout en lissant la charge de travail tout au long de la semaine.
- Faciliter la programmation des séjours par une meilleure connaissance des disponibilités à venir.
- Etre en mesure de mieux « réguler » l'accès aux lits : admettre les urgences, limiter les déprogrammations.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Difficile à mettre en œuvre car remettant en question une organisation traditionnelle et nécessitant un investissement initial en termes de production d'information et de développement d'outils (fussent-ils rustiques), cette action a un délai de retour sur investissement relativement long mais très important.

Description de l'action

La pratique consiste à mettre en place à la fois un outil de partage de l'information relative à l'occupation prévisionnelle des lits des unités du pôle et une démarche pour mettre à jour cet outil avec les pré-admissions, le suivi des mouvements et la mise à jour des dates prévisionnelles de sortie.

La démarche mise en place comprend les étapes suivantes :

1. détermination des durées de séjour « probables » en fonction des pathologies. On pourra demander au DIM de produire les durées moyennes de séjour en fonction des Diagnostics Principaux pour les pathologies les plus fréquentes de chaque unité. La durée standard ainsi calculée correspondant à une moyenne, elle doit pouvoir être ajustée par les praticiens en fonction des patients et de leur expérience ;

- mise au point d'un outil simple (tableur Excel®) pour expérimenter cette gestion prévisionnelle avec un affichage de l'occupation des lits dans le temps. Les différentes pathologies prises en charge sont représentées sur un onglet : la durée de séjour est représentée par la longueur de la barre :



- un second onglet est consacré à la représentation de l'occupation des lits de chaque chambre du pôle jour après jour :

	A	B	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR		
1	Semaine 1																													
2	Semaine 2																													
3			8 janv			9 janv			10 janv			11 janv			12 janv			13 janv			14 janv			15 janv			16			
4			M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	
5	T R A U M A T O L O G I E	Ch 101	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
6		Ch 102	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
7		Ch 103	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
8		Ch 104	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
9		Ch 105	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
10		Ch 106	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
11		Ch 107	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
12		Ch 108	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
13		Ch 109	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
14		Ch 110	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
15		Ch 111	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
16		Ch 112	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
17		Ch 114 P	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
18		Ch 114 F	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
19		Ch 115 P	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
20		Ch 115 F	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											
21		Ch 116 P	Occupation des lits (couleurs et lettres)																											

Lorsqu'un nouveau patient est programmé ou admis en urgence, le cadre recherche sur ce calendrier une place (série de cases blanches) suffisante pour y caler un séjour en fonction de contraintes établies (isolement, sexe...). Ainsi, dans l'exemple, on peut admettre un patient pour une prothèse totale de hanche le 9 janvier dans le lit côté fenêtre (F) de la chambre 115 ;

- les cadres des unités du pôle sont formés à l'utilisation de l'outil. Les praticiens sont également formés à consulter ce tableau : ainsi, ils peuvent programmer des interventions quand le pôle dispose de lits suffisants pour héberger ces patients ;
- un répertoire partagé est mis à disposition sur un serveur bureautique pour permettre à tous ces acteurs de partager cet outil ;
- mise en pratique avec, en parallèle, la suppression de tous les cahiers utilisés pour la gestion des lits. Il faut notamment habituer chacun à :
 - enregistrer les pré-admissions ;
 - reporter les transferts, mutations et les sorties réelles ;
 - reporter les modifications de date prévisionnelle de sortie.

Facteurs de succès et points de vigilance

La mise en œuvre d'une telle pratique nécessite de soigner l'accompagnement du changement. Cette action aura d'autant plus d'impact que :

- une présentation détaillée de la méthodologie a été dispensée à tous les praticiens et cadres du pôle ;
- un cadre référent a été identifié pour veiller au bon fonctionnement de cet outil ;
- le système est utilisé par l'ensemble des praticiens lors de leurs consultations pour programmer leurs admissions en tenant compte des capacités prévisionnelles d'accueil du pôle ;
- la mise à jour est réalisée en temps réel (au moment de chaque mouvement).

Cette démarche, fondée sur un simple tableur, n'est qu'un pas vers la mise en œuvre d'un véritable système d'information, doté de fonctions similaires dans le principe : elle permet de mettre au point les processus, en particulier l'organisation de la pré-admission et la mise à jour régulière des dates prévisionnelles de sortie.

Pour aller plus loin

L'application « suivplan », fonctionnant sous Excel®, est facile à mettre en œuvre et permet de commencer à développer la gestion prévisionnelle des lits avant d'intégrer la fonction dans le Système d'Information de l'établissement.

Elle est disponible sur demande à la MeaH.

Mettre en place un tableau de bord de la gestion des lits

Rappel de la problématique

Gérer les lits revient à piloter des processus particuliers pour atteindre des objectifs d'activité, d'occupation, etc., qu'il convient bien entendu de définir à l'avance.

Le suivi de la gestion des lits s'entend donc en termes d'atteinte de résultats finaux (augmentation du taux d'occupation, diminution de la DMS), de progrès sur des objectifs intermédiaires (lisser l'activité sur la semaine...) et de respect de procédure (faire sortir les patients le matin, renseigner la DPS...). Si l'atteinte de ces premiers résultats est relativement aisée à suivre en routine à partir des SIH classiques, le suivi de résultats intermédiaires et la mise sous contrôle de certains processus nécessitent la production d'informations *ad hoc*.

Objectif

Définir l'information importante à suivre, ses modalités de production et de rendu.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Les difficultés de mise en œuvre sont celles habituellement rencontrées dans tout processus de création d'information et ont à la fois trait à la sélection de l'information pertinente, à sa production en routine et aux perspectives d'intégration dans le SIH. Indispensable au pilotage de la gestion des lits, le tableau de bord offre un retour sur investissement relativement rapide, notamment car la fourniture d'informations sur leurs pratiques quotidiennes est source d'interrogations et de dynamisation des équipes.

Description de l'action

L'ensemble des indicateurs décrits dans la partie 3 ont vocation à être, à un moment ou à un autre, produits et disponibles dans le tableau de bord de gestion des lits.

En pratique, si les suivis du TO, de la DMS et de l'IP demeurent importants et ne posent pas de problèmes particuliers, les autres indicateurs devant rendre compte de la qualité des différentes pratiques (programmation, organisation de la sortie...) posent d'importantes difficultés de production.

Concernant l'expérience acquise au cours du premier chantier, les indicateurs suivants doivent figurer dans le tableau de bord de gestion des lits :

- **indicateurs de résultats** : DMS, IP, TO et taux de déprogrammation ;
- **indicateurs de suivi** : répartition des mouvements sur la semaine, TO du vendredi, taux de pré-admissions, taux de Dates Prévisionnelles de Sorties renseignées dans les 24 heures, taux de journées consommées par des séjours longs, nombre de séjours d'une nuit, taux de sorties réalisées avant 13 heures.

D'autres équipes ont suivi d'autres indicateurs en fonction de leur situation et de leurs priorités : délai de passage des assistantes sociales, temps de passage aux urgences pour les patients hospitalisés, nombre de demandes d'aval par patient en ayant besoin...

En termes de production, pour ceux ne pouvant être extraits des SI, la stratégie retenue par les équipes était :

- soit de déléguer ce travail aux cadres des services, en définissant une fréquence et une période de recueil ;
- soit d'intégrer la production de ces indicateurs dans des temps de management quotidiens (transmission et staffs matinaux) et de les consolider à l'échelle du périmètre traité.

Facteurs de succès et points de vigilance

Le principal facteur de succès est la disponibilité de telles informations dans le SI et plus encore, la disponibilité des services compétents pour procéder à leur extraction. En l'absence de l'une de ces deux conditions, ou si un projet d'informatisation est en cours, il est recommandé de construire les applications *ad hoc* sous forme de tableur.

Un autre facteur de succès et de pérennité des tableaux de bord est l'organisation d'un retour de l'information produite vers les équipes.

Document, exemple

Un chef de service (spécialité médicale) particulièrement impliqué dans la gestion de ses lits souhaite produire une partie de l'information pertinente lors de son staff de service matinal, en présence de tous les professionnels du service. Le suivi s'étend de la pré-admission jusqu'au retour du dossier du patient aux archives :

mois	nom	chambre	date d'admission	jour	horaire d'admission	admission directe	programmée	pré-admission	temps de passage aux urgences	DPS	passage AS nécessité	AS prévenue	AS passée	solution trouvée	date de sortie	heure de sortie	CRH dicté	CRH validé	CRH envoyé	codage PMSI	retour du dossier aux archives
	nom	numéro	jj/mm/aa		hh/mn	oui/non	oui/non	jj/mm/aa	hh/mn	jj/mm/aa	oui/non	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	hh/mn	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa
1		201p	2/1/07	#	08:15	oui	oui	non			non				9/01/07	11:00					
1		201f	2/1/07	#	09:30	oui	oui	oui			non				4/1/07	14:30					
1		202p	3/1/07	#	09:15	oui	oui	oui			non				12/1/07	10:00					
1		202f	2/1/07	#	16:05	non					non				11/1/07	9:00					
1		203p	13/1/07	#	14:15	non															
1		203f	15/1/07	#	18:00	non					oui	15/1/07									

En 30 minutes, un point est fait sur les situations critiques, les mouvements du jour, de la veille et du lendemain et les informations importantes sont saisies au fur et à mesure. L'ensemble des informations se consolide pour offrir une vision des choses importantes à faire au cours de la journée, des sorties et admissions du jour et du lendemain, des CRH et codages en attente.

Une fois que le dossier est reparti aux archives, la ligne correspondant au patient est collée dans l'onglet de consolidation correspondant au mois d'admission du patient, permettant de générer un calcul des principaux indicateurs et de leurs variations mensuelles.

L'outil, en cours de finalisation, sera mis à disposition sur le site Internet de la MeaH.

Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel

Rappel de la problématique

La connaissance de l'occupation des lits à chaque instant est un véritable atout pour gérer les lits. En effet, un des facteurs complexifiant la gestion des lits tient à la multiplicité des acteurs qui peuvent à tout instant mobiliser ou libérer un lit. Par conséquent, il est impossible pour un acteur de maîtriser cette information, variable à chaque instant. Toutes les tentatives d'optimisation sans connaissance en temps réel des mouvements sont vouées à l'échec. La pratique consiste à proposer aux gestionnaires des lits de l'établissement une connaissance exacte de l'occupation des lits (voire de l'occupation prévisionnelle).

La performance de la gestion des lits implique quatre processus d'enregistrement dans le système d'information hospitalier :

- toutes les entrées ;
- toutes les sorties ;
- toutes les pré-admissions (et toutes les déprogrammations) ;
- date prévisionnelle de sortie (ou la durée prévisionnelle de séjour).

Objectif

Obtenir de l'information fiable en définissant ses modalités de saisie et en favorisant sa saisie au bon moment.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Lors de l'installation du patient dans sa chambre, le soignant valide dans le système d'information l'entrée (patient, chambre, lit, date et heure). Cet enregistrement est la plupart du temps fiable, car il conditionne l'édition d'étiquettes et la commande du repas.

Dès la sortie du patient, le soignant indique dans le système d'information la date et l'heure de sortie. Selon les systèmes, cette information est parfois moins fiable, sa saisie n'étant pas un élément bloquant pour la suite des opérations que doivent mener le patient ou le soignant. Dans d'autres configurations, en revanche, le passage du patient au bureau des entrées pour procéder à ses formalités de sortie nécessite que l'activité de soins soit close dans le système d'information. Cette dernière procédure est de nature à permettre la production d'informations plus fiables. Notons que l'un des freins au renseignement en temps réel des sorties peut être la crainte de l'intensification de l'activité, la libération d'un lit conduisant souvent à l'admission d'un nouveau patient.

Le renseignement des pré-admissions pose également de nombreux problèmes, notamment du fait de la variabilité des procédures de programmation des patients. Dans certains cas, en chirurgie notamment, la pré-admission ne peut se faire qu'après valida-

tion de la plage opératoire par les instances du bloc lors de la réunion de programmation, dans d'autres cas, l'information sur la disponibilité des lits ne permet pas de proposer une date directement au patient et il faut prévoir une nouvelle étape pour la pré-admission. Bref, il existe souvent autant de circuits que de spécialités en raison du manque de vision prévisionnelle de l'occupation des lits et de standardisation des circuits.

Le développement des pré-admissions et le renseignement systématique de la date prévisionnelle de sortie permettent de développer cette gestion prévisionnelle et de faciliter la programmation des patients. De plus, le renseignement de la DPS est un bon moyen de partager en équipe et avec le patient une information capitale et ainsi de faciliter la préparation de la sortie. Cette information doit être renseignée au mieux dès la pose de l'indication et la programmation du patient et dans les 48 heures pour les admissions non programmées. Elle est mise à jour le cas échéant lors de chaque visite médicale ou lors du staff de service matinal s'il existe.

Facteurs de succès et points de vigilance

Différents facteurs de succès existent :

- l'ergonomie des SI évidemment ;
- l'inclusion de la production d'information dans le workflow des professionnels ;
- la conviction des acteurs sur l'importance de ces informations ;
- un retour régulier à l'attention des différents professionnels des données collectées et consolidées ;
- la mise en œuvre d'actions de conduite du changement, ainsi que des audits réguliers des pratiques pour amener progressivement tous les acteurs à considérer que la qualité de l'information à tout instant est un atout décisif pour l'efficacité de la gestion des lits ;
- la suppression progressive des tableaux muraux, cahiers et de tous les supports manuels de gestion des lits.

3.6

ACTION OBSERVÉE

Disposer d'une liste à jour des établissements d'aval

Rappel de la problématique

L'offre de solutions d'aval est ressentie comme insuffisante dans les établissements MCO. Ce constat est un argument pour professionnaliser la recherche d'aval et notamment, disposer d'une liste des établissements à jour, avec l'ensemble des informations nécessaires.

Objectifs

- Faciliter l'organisation de l'aval.
- Diminuer les séjours longs et la non pertinence des journées d'hospitalisation.
- Partager et pérenniser les réseaux des différents professionnels (assistantes sociales, cadres, médecins...).

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Un classeur Excel® type est mis à disposition du responsable de l'action. Celui-ci collige les informations détenues par ses collègues et procède à un inventaire de l'ensemble des établissements de son territoire de santé.

Une vigilance particulière est portée au bilan des conventions de partenariat existantes.

Facteurs de succès et points de vigilance

Nommer un responsable de la mise à jour de cette liste et une fréquence de mise à jour lui permettant de planifier son suivi du fichier.

Cette liste doit comporter non seulement le nom et les coordonnées de l'établissement, mais également :

- des liens orientant vers les formulaires de demande de chaque établissement, à enregistrer dans un dossier partagé ;
- le nom et les coordonnées des relais sur place réellement en charge de l'acceptation du patient ;
- les particularités et le type de patients acceptés.

Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval

Rappel de la problématique

L'offre de solutions d'aval est ressentie comme insuffisante dans les établissements MCO. Ce constat est un argument pour professionnaliser la recherche d'aval et notamment, mettre en place un suivi des relations avec ces établissements.

Objectifs

- Connaître l'intensité des flux de patients échangés avec les établissements d'aval.
- Objectiver la qualité du partenariat.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Un classeur Excel® type est mis à disposition du service social. Chaque assistante sociale y trace son activité.

Un tel classeur permet de suivre l'activité du service social, la précocité à laquelle il est mobilisé pour mettre en œuvre une solution, le nombre de demandes par patient, le délai d'obtention d'aval et le taux d'acceptation des différents établissements sollicités (anonymisés dans l'exemple reproduit ci-après) :

	Service A		Service B		Service C	
Nombre de demandes	53		50		49	
Nombre d'acceptations	12		12		13	
% acceptation / demandes	23		24		27	
% acceptation / nombre total acceptations	6		6		7	
Durée moyenne acceptation (en jours)		10		6		7
Durée minimale		3		3		5
Durée maximale		39		15		16

Ces informations sont facilement produites par les assistantes sociales à chacun des recours : à chaque demande, un 0 est mis dans la colonne en blanc correspondant à l'établissement. Dès lors qu'un établissement signifie l'acceptation du patient, si la date d'admission est jugée acceptable, l'assistante sociale transforme le 0 en 1, ce qui calcule automatiquement le délai d'acceptation du patient (dans la colonne grise).

date d'entrée	date demande	date d'admission ou départ	durée de séjour	précocité de la demande	décal d'obtention (jours)	décal total d'obtention (jours)	nom médecin	pathologie	âge	sexe H/F	service A	service B	service C
6/5/04	10/5/04	14/5/04	8	4	4	4		gynécologie	46	F			
26/4/04	11/5/04	18/5/04	22	15	7	7		médecine	80	H	0	0	0
10/5/04	13/5/04	29/5/04	19	3	16	16		viscérale	88	F	0	0	1
1/6/04	10/5/04	9/6/04	8	-21	8	29		orthopédie	44	F			
9/5/04	24/5/04	7/6/04	28	15	13	13		urologie	84	H	0	0	1
24/5/04	27/5/04	2/6/04	8	3	5	5		orthopédie	83	H	1	5	
6/4/04	18/5/04	26/5/04	50	42	8	8		palliatif	85	F			
20/4/04	5/5/04	27/5/04	37	15	22	22		palliatif	75	F			
4/5/04	4/5/04	19/5/04	15	0	15	15		orthopédie	65	F			
13/5/04	21/5/04	27/5/04	14	8	6	6		orthopédie	64	H			
4/5/04	2/6/04	22/6/04	48	28	20	20		médecine	74	H	0	0	0
28/5/04	2/6/04	8/6/04	10	4	6	6		viscérale	79	F			
23/5/04	3/6/04	10/6/04	17	10	7	7		rythmologie	59	H			
25/5/04	28/5/04	10/6/04	15	3	12	12		orthopédie	87	F			
1/6/04	7/6/04	14/6/04	13	6	7	7		viscérale	74	F			
10/6/04	11/6/04	14/6/04	4	1	3	3		orthopédie	82	F			
10/6/04	14/6/04	21/6/04	11	4	7	7		gynécologie	62	F			
7/6/04	14/6/04	16/6/04	9	7	2	2		orthopédie	25	H			
10/6/04	7/6/04	18/6/04	8	-3	8	11		orthopédie	43	F			
2/6/04	10/6/04	15/6/04	13	8	5	5		orthopédie	92	F	0	0	1

Un retour de ces informations est fait vers les établissements d'aval régulièrement, de manière comparative.

Facteurs de succès et points de vigilance

Le facteur clé de succès de cette pratique est lié au fait que les assistantes sociales ont apprécié de pouvoir rendre compte de la réalité de leur activité et de leur contribution à la maîtrise des DMS.

Pour aller plus loin

D'autres statistiques sont produites, notamment relatives au délai entre l'admission du patient et le recours aux services sociaux.

Suivre les séjours longs et mettre en place une revue de ces dossiers

Rappel de la problématique

Les séjours longs, définis lors du chantier MeaH comme les séjours (hors réanimation) de plus de 30 jours, résultent, le plus souvent, plutôt d'une complexité médico-sociale que d'une vraie problématique médicale.

Ces séjours, peu nombreux, mobilisent pour autant une importante capacité d'hospitalisation (journées-lit) :



Au sein des différents périmètres étudiés, ils ne représentaient qu'entre 1 et 8 % des séjours mais comptaient pour entre un peu plus de 5 % des journées et près de 30 %...

Dans un autre établissement, les séjours dépassant de 10 jours la DMS nationale occupaient 7 % de la capacité d'accueil du pôle étudié.

Objectifs

- Limiter les séjours longs, récupérer de la capacité d'accueil et améliorer son IP.
- Rester attentif en temps réel et rétrospectivement aux séjours dont la durée est difficile à maîtriser.
- Donner une dimension institutionnelle à cet enjeu majeur.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Faiblement difficile à mettre en œuvre (l'information est disponible dans le SIH), cette action ne trouvera son intérêt que si des actions correctrices sont proposées pour limiter les séjours longs.

Description de l'action

L'établissement ayant mis en œuvre cette pratique n'avait pas de cellule d'ordonnement. Une liste était remise à jour quotidiennement et fournie au directeur adjoint chargé des systèmes d'information et de l'organisation.

Elle est également diffusée quotidiennement au service social de l'établissement et aux chefs de service, après visa du directeur.

Facteurs de succès et points de vigilance

L'intérêt de la direction pour l'enjeu que représentent les séjours longs est le facteur clé de réussite. Cet intérêt peut se limiter à demander la mise à disposition quotidienne de l'information.

Pour aller plus loin

Revue de dossiers

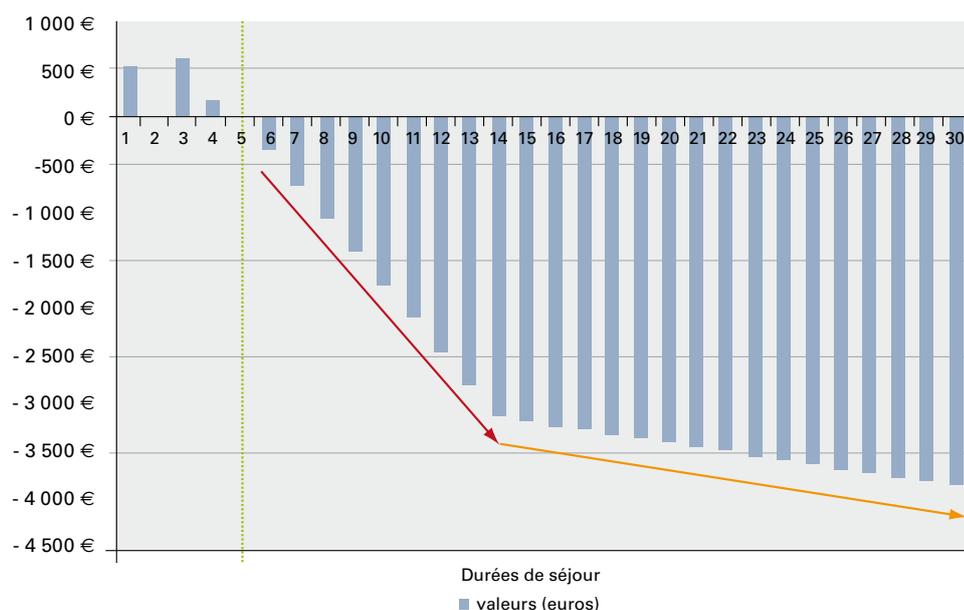
La mise en place d'une revue de dossiers régulière et le développement d'une grille d'analyse des causes peut représenter une opportunité de réalisation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (obligatoire pour les praticiens, quel que soit leur statut).

Modélisation de l'impact financier

Dans l'exemple fourni, il s'agit d'un séjour dont le tarif s'élève à 2 000 euros avec une borne basse à 2 jours, normale à 5 et haute à 15. Le graphique montre les résultats nets (recettes - dépenses) en fonction des durées de séjour avec une T2A appliquée à 100 %.

On peut observer que les séjours dont la durée est inférieure ou égale à la durée normale (5 jours) sont financièrement équilibrés ou gagnants. En revanche, passée la durée normale, la situation financière se dégrade très vite (flèche rouge). Au-delà de la borne haute, la situation se stabilise un peu du fait de la reprise d'un financement à la journée. Cependant, comme celui-ci ne représente que 75 % du coût moyen d'une journée, le déficit continue de se cumuler même au-delà de la borne haute (flèche orange).

Résultats financiers (en valeur) en fonction de la durée du séjour



À ce résultat doit s'ajouter un coût d'opportunité qui correspond au résultat financier que l'établissement aurait pu dégager par une utilisation pertinente des journées-lit.

Les pratiques et actions ayant trait à la planification

3.9 Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.10 Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année	ACTION RECOMMANDÉE
3.11 Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé	ACTION OBSERVÉE
3.12 Développer la polycompétence des équipes soignantes	ACTION OBSERVÉE
3.13 Organiser le passage des assistantes sociales grâce à mise en œuvre de procédures homogènes	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.14 Homogénéiser les bons de demande d'aval	ACTION OBSERVÉE
3.15 Clarifier et partager les étapes du processus de sortie	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.16 Mettre en place une « enveloppe de sortie »	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.17 Mettre en place un salon de sortie	ACTION RECOMMANDÉE

3.9

ACTION MISE EN ŒUVRE

Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée

Rappel de la problématique

Il est fréquent d'observer des situations où, au sein d'un établissement, certains services ont un taux d'occupation extrêmement haut et d'autres relativement bas, ou encore dans lesquelles certains services se retrouvent en position d'héberger des patients d'autres spécialités.

Ces situations sont parfois chroniques, signifiant que la demande a évolué et que l'offre doit s'adapter. Phénomène classique notamment dans les établissements publics généralistes, le développement de la chirurgie ambulatoire et le vieillissement de la population font que les services de médecine polyvalente sont souvent débordés, tandis que ceux de chirurgie voient leurs taux d'occupation diminuer. La situation n'est satisfaisante pour personne, les services de chirurgie se trouvant fréquemment en situation d'héberger des patients de médecine...

Objectifs

L'établissement doit attribuer ses capacités en lits aux services, voire de préférence aux pôles en fonction d'un besoin réellement constaté. Cette pratique permet de réduire significativement trois situations qui sont pénalisantes soit pour la qualité de prise en charge des patients, soit pour l'équilibre économique de l'établissement :

- la déprogrammation des patients par suite d'un engorgement du service ;
- l'hébergement des patients en dehors du service le mieux adapté ;
- un taux d'occupation faible.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

La difficulté de mise en œuvre de cette action est forte à très forte, d'une part parce qu'elle touche directement aux services, d'autre part parce que la réallocation des lits nécessite de tenir compte d'un effet de seuil pour maintenir le plus possible des services d'une taille proche d'un multiple de 30 (qui semble être un seuil standard pour allouer les ressources humaines).

Description de l'action

Cette pratique doit s'appuyer sur des données fiables, d'où l'importance réitérée d'un système d'information dans lequel les mouvements sont enregistrés de manière fiable.

Cette révision, à l'instar de la révision des vacances opératoires, est un acte budgétaire et stratégique majeur : le surdimensionnement, comme le sous-dimensionnement, sont pénalisants pour l'établissement.

La révision doit être proposée par chaque pôle avec un calcul « contradictoire » du contrôle de gestion dépendant de la direction générale de l'établissement.

En pratique, la connaissance des taux d'occupation moyens par service est une information qui peut être considérée comme suffisante. On pourra cependant proposer de pondérer ce chiffre par l'étude de la DMS et de l'IP dans les différents services et par une étude plus fine des hébergements respectifs...

Facteurs de succès et points de vigilance

En premier lieu, il ne doit pas s'agir d'une procédure exceptionnelle, mais d'une procédure routinière, répétée chaque année.

Elle doit être validée par le Conseil Exécutif.

Cette pratique ne devrait être appliquée qu'à un groupe de services (un pôle, par exemple), car le volume doit ensuite être « arrondi » à un nombre de lits multiples de la taille des unités physiques existantes⁵.

La saisonnalité devra être prise en compte, en relativisant toutefois les pics d'activité constatés qui ne doivent pas devenir les critères principaux de fixation de ressources.

Pour aller plus loin

Cette capacité doit être corrélée avec les vacations du bloc opératoire, ainsi que des plateaux d'imagerie.

(5) La taille idéale d'une unité pour des raisons de productivité se situe autour de 30 (attention : les écarts sont très vite significatifs : 27 lits, c'est 10 % de productivité de moins que 30, donc une masse salariale supérieure de 10 %).

3.10

ACTION RECOMMANDÉE

Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année

Rappel de la problématique

Hormis certaines activités dont la demande connaît une saisonnalité, à l'exemple des hôpitaux situés en zone touristique (montagne et mer), l'activité d'un établissement est avant tout conditionnée par la présence médicale et des équipes soignantes.

À l'instar des bonnes pratiques documentées pour les blocs opératoires, il est essentiel que les équipes médicales anticipent leurs congés et leurs absences (congrès en particulier) pour permettre à l'établissement d'adapter la présence du personnel (soignants et autres catégories) à la présence médicale qui demeure le principal « driver » de l'activité.

Objectif

Adapter la présence des personnels non médicaux à celle des personnels médicaux.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Les règles d'anticipation doivent être exactement les mêmes pour tous, par exemple :

« Les praticiens sont tenus de prévenir 1 mois à l'avance la cellule d'ordonnancement de leurs projets d'absences courtes (congrès, formations...) et 4 mois à l'avance pour les congés d'été, afin qu'elle puisse en tenir compte dans l'élaboration des programmes opératoires à venir et organiser parallèlement les congés du personnel. »

Elles tiennent également compte des recommandations de la COPS.

En pratique, les délais de prévenance pour informer la cellule d'ordonnancement des prévisions de congés respectent les règles suivantes :

avant le 15 février	pour les congés d'été
avant le 10 septembre	pour les congés de Toussaint et Noël
avant le 31 octobre	pour les congés d'hiver et de printemps

Facteurs de succès et points de vigilance

L'établissement doit faire preuve de pédagogie pour présenter ces règles : elles ne visent pas à mettre en place un dispositif de « surveillance » des praticiens mais bien à offrir à la population la capacité ouverte maximale en lits (avec ses ressources humaines associées).

L'acteur qui doit centraliser la totalité des absences est l'acteur chargé de la gestion des lits du pôle (cellule d'ordonnancement, centrale de réservation...).

Un document unique doit être conçu.

Il doit être envoyé par mail à un acteur unique.

Rappelons toutefois l'obligation réglementaire de produire un « tableau de service »⁶.

Document

Fiche de déclaration d'absences et de demande de remplacements			
PÔLE :		MÉDECIN :	
SERVICE :		ANNÉE :	
Périodes de fermeture proposées par la COPS :			
Absences envisagées		Possibilités de remplacement au sein du secteur	
Date départ	Date retour	<i>(noms des médecins)</i>	
Congés			
Formations			
Date :		Signature :	

(6) On pourra se reporter au recueil de retour d'expériences sur la gestion du temps médical, publié par la MeaH chez le même éditeur.

3.11

ACTION OBSERVÉE

Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé

Rappel de la problématique

Dans de nombreuses spécialités, les activités urgentes et programmées entrent en concurrence.

L'activité des urgences est essentiellement subie (non maîtrisée a priori) mais présente une certaine stabilité si on la considère sur un volume suffisamment important. Les leviers d'amélioration sont donc à rechercher du côté d'une mise en commun de lits pour faire face à cette activité et d'une évolution des pratiques de programmation.

Objectifs

- Connaître avec précision les flux d'activité programmée et urgente.
- Planifier les ressources nécessaires à l'acceptation des urgences.
- Définir les règles de programmation.
- Limiter les déprogrammations d'admissions programmées.
- Réduire les temps de passage aux urgences.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Cette procédure est relativement délicate à mettre en œuvre car elle peut être considérée par certains praticiens comme de nature à limiter l'activité programmée.

Description de l'action

- Déterminer le volume moyen de lits occupés par des patients issus du service des urgences et déterminer une éventuelle saisonnalité (non retrouvée dans les deux établissements ayant travaillé sur cette action).
- Mutualiser ce volume au sein du pôle.
- Définir les règles de responsabilité médicale vis-à-vis des patients admis en urgence.
- Définir les règles de rotation des personnels sur le secteur urgence.
- En déduire les volumes et règles de programmation pour le reste de l'activité.

Facteurs de succès et points de vigilance

Cette pratique n'est efficace que sur un périmètre suffisamment large pour que les lois statistiques des grands nombres s'appliquent à l'activité provenant des urgences (c'est-à-dire que les variations autour de la moyenne puissent être considérées comme relativement faibles) et suffisamment homogène pour que des possibilités réelles de mutualisation puissent être mobilisées.

L'homogénéité des organisations préexistantes dans les services du pôle est un facteur de succès.

L'admission directe de patients au sein du secteur dédié aux urgences doit être suivie pour s'assurer d'un non-détournement de la capacité d'accueil.

Exemple

Dans ce pôle de chirurgie digestive, une nouvelle organisation sépare l'urgence et le programmé.

Les données mobilisées ont permis de découper le pôle en :

- 1 unité d'hospitalisation conventionnelle de 30 lits et une de 15 lits, réservées au programmé ;
- 1 unité d'hospitalisation de semaine de 15 lits, réservée au programmé ;
- 1 unité d'urgence digestive de 25 lits.

Les praticiens du pôle assurent la liaison avec les Urgences à tour de rôle.

Les personnels non médicaux tournent tous sur l'unité d'urgence.

Les admissions directes dans l'unité réservée aux urgences sont limitées, la préférence allant autant que faire se peut à une reprogrammation à court terme.

Chaque vendredi, une réunion de programmation se tient pour finaliser le programme de la semaine à venir en fonction de l'activité programmée prévue.

L'identification de ce périmètre d'urgence au sein de l'institution permet de mobiliser le plateau technique, notamment d'imagerie, pour obtenir rapidement les examens nécessaires, fussent-ils non programmés.

Une telle organisation permet de fluidifier l'aval des urgences, de maîtriser la DMS des patients venant des urgences et de respecter l'activité programmée.

3.12

ACTION OBSERVÉE

Développer la polycompétence des équipes soignantes

Rappel de la problématique

Développer la gestion des lits sous-tend :

- de travailler au sein d'un périmètre élargi ;
- d'adapter les ressources humaines à l'activité programmée tout au long de la semaine.

Pour ce qui est des personnels non médicaux, une solidarité à l'intérieur du périmètre de gestion est à développer et à accompagner pour permettre une plus grande polyvalence.

Objectifs

- Identifier les professionnels capables et souhaitant pouvoir intervenir dans différents services de spécialité.
- Adapter les ressources à l'activité.
- Limiter le recours à l'Interim.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

La forte difficulté de mise en œuvre vient principalement de ce que les personnels sont très attachés à leur service, d'autant plus s'ils sont spécialisés et si les procédures et méthodes de travail sont variables d'un service à l'autre.

Description de l'action

Dans l'établissement le plus avancé sur cette pratique, le développement de la polycompétence et de la polyvalence s'est fait sur la base du volontariat, via des échanges inter-services et le développement d'un programme de formation, essentiellement interne, dispensé par les cadres et médecins des différents services. Un travail en parallèle est mené en termes d'homogénéisation des processus de travail fondamentaux (accueil des patients, organisation des sorties...).

Facteurs de succès et points de vigilance

Le développement de plus de polyvalence peut être ressenti tant par les professionnels que par leur encadrement comme une perte de savoir-faire. Une telle démarche doit en réalité chercher à identifier et valoriser les savoir-faire individuels.

Document

Les informations sur la polyvalence des agents sont colligées sous la forme d'un tel tableau :

clinique X	TABLEAU DE POLYCOMPÉTENCES dans les autres services	chirurgie
CATÉGORIE : IDE		mise à jour le : 17.01.2007

N	ne peut pas ou ne sait pas exercer
S	a déjà fait un séjour dans le service
P	peut exercer mais ne pratique pas
A	adapté, autonome
X	réticent à la mobilité
F	peut former une collègue

PERSONNELS	QUALIFICATION / COMPÉTENCES					HORAIRES
	chirurgie générale	chirurgie ambulatoire	SPC	médecine	N	
agent 1	F	P	N	P + X	N	matin
agent 2	F	P	F	F	N	matin
agent 3	F	P	A	A	N	matin
agent 4	A	P	S	S	N	journée
agent 5	F	P	A	P + X	N	soir
agent 6	F	P	F	S + X	N	soir
agent 7	F	P	A	A	N	soir
agent 8	A	P	P	P	N	nuit
agent 9	F	P	F	A	N	nuit
agent 10	F	P	F	A	N	nuit
agent 11	F	P	F	A	N	nuit
agent 12	A	P	A	A	N	nuit

NB : par nature, l'ambulatoire est fermé de nuit

N (première ligne) = nuit

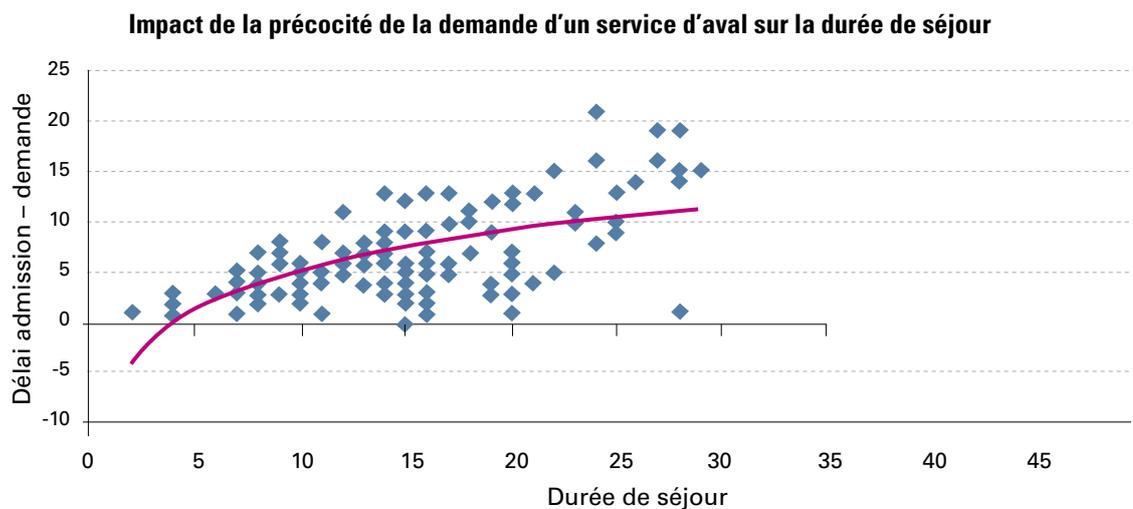
3.13

ACTION MISE EN ŒUVRE

Organiser le passage des assistantes sociales grâce à la mise en œuvre de procédures homogènes

Rappel de la problématique

Le service social est tout à fait indispensable à l’organisation d’une sortie de qualité et à la maîtrise des DMS. La précocité de son intervention est assez nettement corrélée à la durée de séjour :



Selon les établissements, le lien hiérarchique des assistantes sociales est très variable (direction des soins, direction de la clientèle, direction financière...), de même que leur organisation est différente d’un service à l’autre (passage quotidien, passage à la demande...).

Enfin, selon les services, le partage des tâches entre cadres, médecins et assistantes sociales diffère : qui remplit quoi, qui déclenche le recours, qui s’occupe de telle ou telle catégorie de patients ?

Objectifs

- Définir ce que l’on attend du service social, les modalités selon lesquelles on fait appel à lui et le partage des tâches relatives à l’organisation de l’aval.
- Limiter l’impact du délai d’obtention d’une place d’aval sur la durée de séjour du patient en privilégiant une recherche de solution « en temps masqué ».

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d’1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Pour développer une approche structurée et identique au sein des différents services, la réflexion doit porter à la fois sur le processus d'appel des assistantes sociales et sur leurs outils.

La procédurisation du passage des assistantes sociales doit notamment répondre aux questions suivantes :

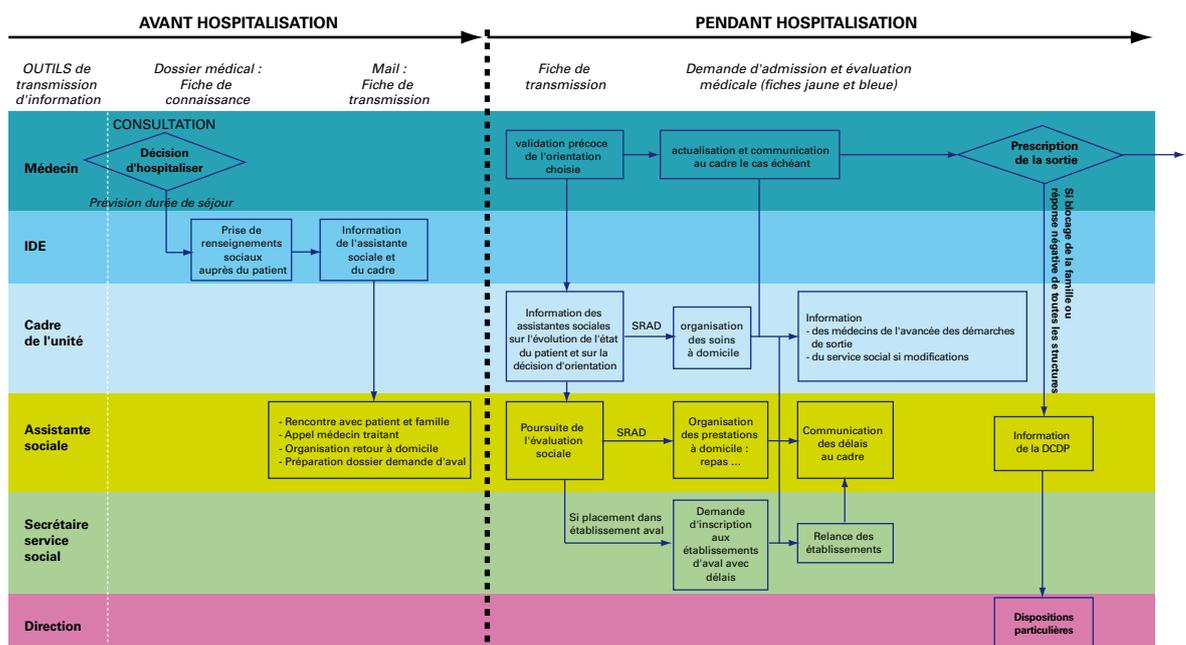
- Quand ? À quel moment dans l'épisode d'hospitalisation du patient (avant l'hospitalisation si programmée, au plus tôt si admission non programmée) ?
- Pour quels patients ? Les cadres de santé des services sont également impliqués dans l'organisation de l'aval, un partage du travail selon les prestations nécessaires ou le profil de patient doit être clarifié ?
- Comment ? Le passage est-il systématique et quotidien ou à la demande, la présence de l'assistante sociale est-elle nécessaire lors de certaines réunions (...) ?
- Pourquoi ? Qu'attend le service de leur prestation, plutôt une évaluation du patient (besoin, capacité financière...), plutôt l'élaboration d'un projet à moyen/long termes ou encore la recherche d'un éventail de solutions à court terme ?

Facteurs de succès et points de vigilance

Les facteurs clés de succès ont été discutés en groupe de travail :

- clarté de l'organigramme : qui gère le service social ?
- volonté des assistantes sociales de prendre en considération les enjeux pour l'établissement autant que les enjeux pour le patient, c'est-à-dire d'attacher autant d'importance à la maîtrise des durées de séjour qu'à la construction d'un projet « idéal » ;
- inclusion des assistantes sociales dans certains temps de management du service de soins ;
- préexistence d'outils et d'un certain niveau de protocolisation.

Exemple



Points clefs du processus :

- prise de renseignements sociaux par l'infirmière dès la consultation pour une hospitalisation programmée ou bien dès la 1^{re} visite médicale pour une hospitalisation non programmée ;
- passage systématique et quotidien des assistantes sociales dans les services ;
- le cadre de l'unité joue un rôle de coordinateur et de référent dans le projet de sortie ;
- l'échange d'informations sur l'avancement du projet de sortie est quotidien ;
- utilisation par l'assistante sociale du dossier du patient pour informer notamment des délais annoncés par les structures d'aval.

Pour aller plus loin

Des modalités de pilotage de la prestation sont définies dans le chapitre « pilotage et management ». D'autres actions renvoient également à cette problématique : cartographier les établissements d'aval, évaluer au plus tôt la complexité de l'aval, programmer les hospitalisations en fonction de la date d'obtention de l'aval...

Homogénéiser les bons de demande d'aval

Rappel de la problématique

L'offre de solutions d'aval est ressentie comme insuffisante dans les établissements MCO. Ce constat est un argument pour professionnaliser la recherche d'aval et, notamment, pour augmenter le nombre de demandes pour un même patient.

Les nombreux acteurs impliqués dans le remplissage des bons de demande, et notamment les médecins, se plaignent de remplir de multiples fiches de renseignement pour un même patient.

Objectifs

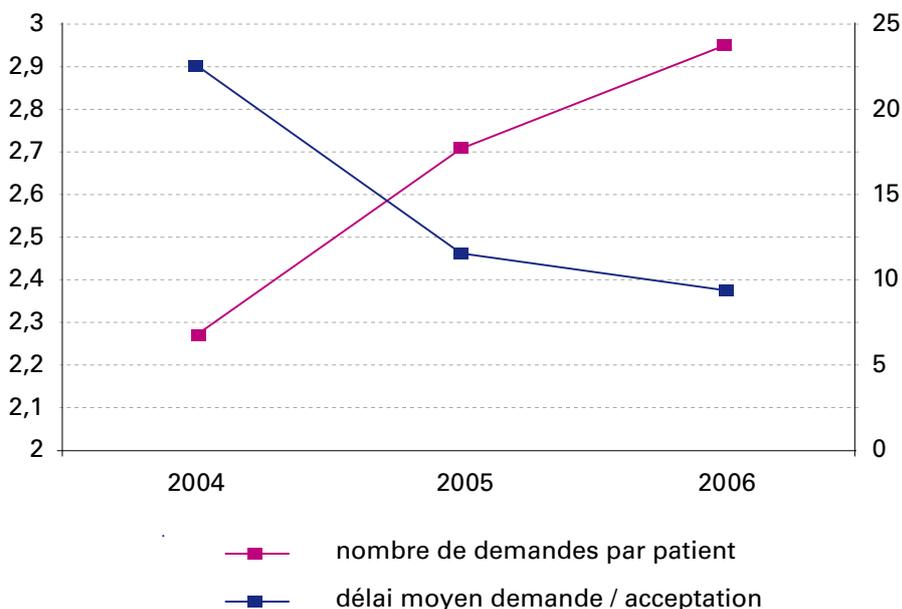
- Augmenter le nombre de demandes d'aval par patient.
- Diminuer le délai d'obtention d'une solution d'aval.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Ce travail avait été piloté à un niveau régional, sous l'égide de l'ARH de la région Rhône-Alpes, dans le cadre de l'exemple proposé ci-après. Cette action a permis d'augmenter le nombre de demandes par patient nécessitant un aval et a contribué à diminuer les délais d'obtention d'une solution :



Un autre établissement a développé son propre bon sur la base de l'analyse des fiches d'évaluation et de liaison existantes. Une validation a été organisée par la suite avec ces différents établissements.

Facteur clé de succès

Un portage à l'échelon régional semble pertinent.

Document

Les informations sur la polyvalence des agents sont colligées sous la forme d'un tel tableau :

DEMANDE D'ADMISSION			
en soins de suite (SSMED) <input type="checkbox"/> en médecine physique et réadaptation (MPR) <input type="checkbox"/> ou soins rééducation post-réanimation (SRPR) <input type="checkbox"/>			
DATE DE LA DEMANDE :		DATE SOUHAITÉE :	
SERVICE DEMANDEUR			
Établissement :		Fax :	
Service :		Tél. :	
Nom du médecin demandeur :		Tél. :	
Nom de l'assistante sociale :		Tél. :	
Nom du cadre infirmier :		Tél. :	
LE PATIENT			
NOM :	Prénom :	Né(e) le :	Sexe :
Adresse :			
Situation familiale :		Situation professionnelle :	
N° SS :	Caisse d'affiliation :	Mutuelle :	
ANTÉCÉDENTS :			
HISTOIRE ACTUELLE : date de début, diagnostic, date de l'intervention chirurgicale			
DÉFICITS : sensori-moteur, comportemental, cognitif..., depuis...			
ÉLÉMENTS SOCIAUX :			
OBJECTIFS DE RÉADAPTATION ET/OU FINALITÉ DE PRISE EN CHARGE :			
Niveau d'information du patient et de sa famille :			
Retour à domicile envisagé	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Réhospitalisation prévue	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Médecin demandeur :	Cachet :	Signature :	
DÉCISION DU SERVICE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION :			
<input type="checkbox"/> admis à partir de la semaine du (sous réserve de confirmation) <input type="checkbox"/> malade ne pouvant être admis en raison de <input type="checkbox"/> fiche incomplète			

FACTEURS DE RISQUE :

- Troubles de conscience NON OUI (Glasgow =)
- Troubles du comportement NON OUI
- Fonctions cognitives perturbées NON OUI
- Troubles ventilation NON OUI
- Trachéotomie NON OUI
- Oxygène NON OUI
- Voie veineuse centrale, site implantable NON OUI
- Infection NON OUI
- Infection nosocomiale NON OUI
- Troubles de déglutition NON OUI
- Consignes particulières : lit strict NON OUI jusqu'au :
- traction NON OUI jusqu'au : poids = kg
- Complications thrombo-emboliques NON OUI

SOINS :

- Escarre(s) NON OUI Localisation
- Pansement(s) NON OUI
- CPAP NON OUI
- Gastronomie NON OUI
- SAD NON OUI
- Sondages intermittents NON OUI
- Protection NON OUI
- Isolement du patient NON OUI
- Consignes particulières NON OUI

INDÉPENDANCE FONCTIONNELLE

Poids :

Le patient est capable de	Sans aide	Aide partielle	Aide totale
S'alimenter			
Faire sa toilette			
Se lever de son lit			
Aller aux toilettes			
Se déplacer :			
avec canne(s)			
avec déambulateur			
avec fauteuil roulant			
Monter des escaliers			
Vision			
Audition			

CONTINENCE :

- Incontinence urinaire NON OUI
- Incontinence anale NON OUI

COMMUNICATION :

- Expression NON OUI
- Compréhension NON OUI
- Parle le français NON OUI

TRAITEMENT ACTUEL ou À POURSUIVRE

TRAITEMENT	Matin	Midi	Soir	Coucher

TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES : Dialyse Produits sanguins Radiothérapie Autre

Pour aller plus loin

Cette même ARH lance un projet de gestion informatisée régionale des lits de SSR :

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, l'Agence régionale de l'Hospitalisation finance la mise en place d'un outil informatique (Trajectoire) permettant aux services de court-séjour d'orienter les patients vers le service de Soins de Suite et Réadaptation le plus adapté.

Dans sa version complète, l'outil Trajectoire comportera :

- un Annuaire régulièrement mis à jour des structures SSE, constitué autour d'un Thésaurus de situations cliniques justifiant l'orientation en SSR (Trajectoire 1),
- un logiciel permettant l'Orientation et la demande de Transfert des patients du MCO et le SSR (Trajectoire 2),
- une base de données permettant de décrire et d'analyser les flux de patients entre le MCO et le SSR (Trajectoire 3).

Aujourd'hui, l'équipe de Trajectoire et les coordinations SSR ont :

- établi l'Annuaire des structures SSR et ont amélioré le Thésaurus ;
- terminé une phase d'expérimentation de l'outil « orientation des patients » auprès de 13 unités de court-séjour et 19 unités de SSR, qui a permis de réaliser 100 demandes d'admission réelles, et d'en tirer des enseignements pour l'amélioration du logiciel.

En accord avec l'équipe Trajectoire et les coordinations SSR, nous prévoyons pour 2008 la généralisation de l'utilisation du logiciel d'orientation des patients par les établissements de court-séjour de la région Rhône-Alpes. **Cette généralisation devra être réalisée entre le 1^{er} avril et le 31 octobre 2008.**

Les coordinations SSR prendront contact avec vous pendant cette période pour :

- vous présenter l'outil d'aide à l'orientation Trajectoire ;
- rencontrer votre Directeur des Systèmes d'Information ;
- prendre contact avec les responsables médicaux et les cadres de vos services, afin de proposer leur aide et une formation à l'utilisation de l'outil Trajectoire.

Nous vous demandons de leur réserver le meilleur accueil.

Jean-Louis BONNET

3.15

ACTION MISE EN ŒUVRE

Clarifier et partager les étapes du processus de sortie

Rappel de la problématique

La sortie du patient est une étape clé de son séjour, pour lui et sa famille (anticipation, sécurisation du retour à domicile...), mais également pour l'institution (maîtrise de la DMS, limitation des risques de ré-hospitalisation précoce). Sa préparation et sa réalisation impliquent de nombreux acteurs (l'ensemble des professionnels de l'hôpital, le patient lui-même, sa famille, les transporteurs...) et doit débiter au plus tôt, parfois même avant son admission.

Le jour J, le patient doit être prêt à sortir, ce qui signifie que tous les documents sont prêts, que son entourage est prévenu, que les modalités de transport et les conditions d'accueil sont organisées...

Comment se déroule ce processus complexe ? Qui en a la responsabilité ?

Objectifs

- Clarifier les différentes étapes et les responsabilités.
- Identifier les points essentiels à ne pas rater.
- Faciliter la réalisation de cette étape complexe.
- Limiter l'allongement de la durée de séjour du fait d'une sortie mal préparée.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Il s'agit d'une action bien équilibrée, en termes de difficulté de mise en œuvre et de retour sur investissement.

Description de l'action

Cette action a été menée par un cadre de soins et un cadre de bio-nettoyage en associant des représentants des infirmières, des aides-soignantes, des secrétaires et des assistantes sociales.

Après l'énumération et le chaînage des différentes étapes du processus de sortie, l'identification des documents liés à ces étapes, une chek-list a été testée dans un service pilote puis déployée à l'ensemble du pôle.

Document

La check-list ainsi constituée et jointe au dossier est la suivante :

CHECK-LIST			
PRÉPARATION DE LA SORTIE DU PATIENT HOSPITALISÉ			
En prévision du séjour (consultations de chirurgie et d'anesthésie) ou dès l'entrée dans le service :			
Le livret d'information est donné au patient	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Les conditions de vie sont recueillies	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Le devenir (sortie) est envisagé : date prévue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le choix en CRF (ou SSR) est identifié	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'assistante sociale est prévenue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La prise en charge sociale est envisagée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
À l'entrée :			
Les personnes à prévenir et de confiance sont identifiées	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Les correspondants médicaux sont identifiés (généraliste, spécialiste)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La place (CRF, SSR) est réservée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le nom (- n° de tél) de la société d'ambulance sont recueillis	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	TdeR <input type="checkbox"/>
Pendant séjour :			
La rencontre familiale (entourage) est effectuée : date	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Les besoins en aide matérielle sont identifiés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– aide financière (dossier social)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– cannes anglaises	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– déambulateur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– rehausseur WC	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– lit médicalisé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– autre (préciser) :			
Les besoins en aide humaine sont identifiés et pris en compte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La société de maintien à domicile est contactée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le suivi de prise en charge est confirmé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
La date de sortie est confirmée par le médecin : date	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Le CRF est contacté si traitement particulier	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Veille de la sortie :			
La famille est prévenue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Sa présence est vérifiée (mineur ou incapable majeur)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le CRF ou SSR est contacté	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
L'ambulance est retenue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le médecin généraliste est prévenu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La radio de contrôle est effectuée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le matériel de contention (plâtre, orthèse) est prévu	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le pansement est renouvelé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La liasse de sortie est préparée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– arrêt de travail	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– certificat (descriptif et autres)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– ordonnances (thérapeutiques, pansements, IDE, K, matériel)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– prochain RDV	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
– documents de suivi si patient transfusé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La fiche de liaison IDE est renseignée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Le bon de transport est préparé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Jour de la sortie :			
La sortie est validée par le médecin	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
La lettre médicale de sortie est remise	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
La liasse est donnée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Le bon de transport est signé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

3.16

ACTION MISE EN ŒUVRE

Mettre en place une « enveloppe de sortie »

Rappel de la problématique

La sortie d'hospitalisation d'un patient est une étape importante et complexe dans son organisation : nombreux intervenants, documents indispensables à fournir...

La pratique précédente a mis en évidence l'intérêt de formaliser ce processus par la création d'une check-list. Cette nouvelle pratique est son corollaire, elle permet de regrouper les documents indispensables à produire au sein d'une enveloppe dédiée au patient, au fur et à mesure de leur production.

Objectifs

- Favoriser les sorties des patients le matin.
- Limiter les temps d'attente inutiles pour le patient, les ambulanciers...
- S'assurer de l'exhaustivité des documents remis au patient

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

- Une enveloppe imprimée est jointe au dossier de chaque patient.
- Sur cette enveloppe, est imprimée une liste de l'ensemble des documents de sortie possibles.
- En face de chacun des documents, une case à cocher signale que le document à produire est bien produit et disponible dans l'enveloppe.
- Tout au long du séjour du patient, les intervenants cochent les documents nécessaires et commencent à les produire.
- Un bilan est fait la veille de la sortie par le cadre du service pour pointer les documents restant à produire et le signifier aux différents intervenants.

Ce système extrêmement simple a donné tout de suite satisfaction aux soignants et aux secrétaires.

Document

Étiquette patient	Étiquette service
SORTIE	Tél service
Date / heure	
Le Centre de rééducation (ou le moyen séjour) est contacté	<input type="checkbox"/>
Ambulance	<input type="checkbox"/> tour de rôle :
	<input type="checkbox"/> choix : téléphone :
prévenue	<input type="checkbox"/>
Le bon de transport est préparé et signé	<input type="checkbox"/>
La liasse de sortie est rassemblée :	
– arrêt de travail	<input type="checkbox"/>
– accident de travail	<input type="checkbox"/>
– certificat (descriptif et autres)	<input type="checkbox"/>
– ordonnances (thérapeutiques, pansements, IDE, Kiné, matériel)	<input type="checkbox"/>
– prochains RDV	<input type="checkbox"/>
La fiche de liaison IDE est renseignée	<input type="checkbox"/>
La lettre médicale de sortie :	
<input type="checkbox"/> est présente	
<input type="checkbox"/> sera faxée	
Autre	

3.17

ACTION RECOMMANDÉE

Mettre en place un salon de sortie

Rappel de la problématique

Faire sortir les patients le matin est une bonne pratique qui a été identifiée durant le chantier. Elle permet de libérer les lits pour accueillir de nouveaux patients plus tôt et donc d'utiliser au mieux la première journée d'hospitalisation et de contribuer au désengorgement du service des urgences.

Pour autant, faire sortir les patients le matin nécessite une organisation adaptée (cf. action « organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin »), des patients prévenus, des accompagnants (proches, ambulanciers...) disponibles et des documents de sortie produits...

Objectif

Disposer d'une capacité tampon où organiser au mieux la transition du patient de l'hôpital vers son nouveau lieu d'accueil et permettant de faire plus de mouvements le matin.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Facteurs de succès et points de vigilance

Le point de vue du patient doit prévaloir dans une telle approche : celui du patient sortant qui souhaite évoluer dans un espace et à un rythme différents de celui d'un service de soins, celui du patient en attente d'un lit qui souhaite y accéder rapidement et au meilleur moment de la journée.

L'acceptabilité pour les soignants est aussi à prendre en compte, le confort d'un tel salon pouvant contribuer au fait qu'ils n'aient pas l'impression de « mettre le patient dehors ».

Enfin, les questions suivantes doivent être tranchées : place disponible pour accueillir une telle structure, structure mutualisée ou non, profils de patients, personnels (profil et nombre...), modalités de programmation et d'admission des patients...

Pour aller plus loin

Pour les anglophones, les expériences britanniques sont riches d'enseignements et sont nombreuses à être documentées sur Internet (mot-clé : « discharge lounge »).

Ces « discharge lounges » peuvent être ouverts de 8 h 00 à 20 h 00, mutualisés au niveau de l'établissement dans son ensemble, avec un personnel dédié. Les patients attendent ainsi leurs derniers documents, leurs accompagnants et procèdent aux formalités de sortie dans un espace dédié, souvent situé au rez-de-chaussée, proche des parkings.

Les pratiques et actions ayant trait à la programmation

3.18 Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.19 Préparer la sortie vers l'aval avant l'admission	ACTION OBSERVÉE
3.20 Programmer les séjours en cherchant à lisser l'activité sur la semaine	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.21 Développer les pré-admissions	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.22 Reprogrammer des prises en charge non urgentes	ACTION OBSERVÉE

Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc

Rappel de la problématique

L'activité programmée représente la majeure partie de l'activité des établissements de santé publics et privés. Cette activité, à l'inverse des urgences, n'est pas subie et constitue donc l'une des clés de l'optimisation de l'organisation hospitalière.

Dans plusieurs établissements du chantier pilote, l'absence de réservation des lits ou la non-synchronisation de la gestion des lits et du bloc pénalisent la programmation au bloc opératoire (risque de déprogrammation) et/ou l'utilisation des capacités d'hébergement.

Objectifs

- Limiter les journées d'hospitalisation non pertinentes avant une intervention.
- Diminuer les déprogrammations au bloc faute de place en unité d'hospitalisation.
- Maîtriser les DMS.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Cette pratique consiste à ne programmer un patient au bloc qu'à la condition de disposer d'un lit réservé prévisionnellement dans une unité adaptée et, symétriquement, à programmer l'admission dans un lit en fonction de la date de programmation au bloc.

Différents éléments doivent être réunis :

- une vision prévisionnelle de l'occupation des lits ;
- la possibilité de fixer, avec une marge d'erreur acceptable, une durée prévisionnelle de séjour ;
- l'anticipation de l'évaluation du besoin d'aval ;
- une bonne coordination avec les acteurs de la programmation opératoire (pour les activités chirurgicales), avec les autres plateaux techniques et avec le service social (cas des patients nécessitant un aval).

Facteurs de succès et points de vigilance

Le développement de cette pratique nécessite un accompagnement important sur le terrain pour que tous les praticiens adoptent et comprennent l'intérêt de la démarche. Au mieux, cette pratique est portée par la cellule d'ordonnancement.

Les systèmes mis en place durant les expérimentations peuvent être basés sur des feuilles de calcul Excel®. Ces systèmes ne devraient pas être pérennisés et ne doivent être considérés que comme un apprentissage de cette méthode de gestion et un cheminement vers un système plus fiable. Pour être efficace et pérenne, la pratique doit être implémentée dans les progiciels de gestion des lits et des plateaux techniques.

Préparer la sortie vers l'aval avant l'admission

Rappel de la problématique

L'aval de l'aigu est un facteur d'allongement des durées de séjour. L'attente d'une solution est la première cause de non-pertinence des journées d'hospitalisation. Pour l'activité programmée, l'organisation de l'aval peut être réalisée en « temps masqué ».

Objectifs

- Diminuer les journées non pertinentes pour cause d'attente d'aval.
- Maîtriser les DMS.
- Organiser une sortie de qualité.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

Cette pratique consiste à réserver l'établissement d'aval avant l'entrée en court séjour. Elle est en premier lieu valable pour les hospitalisations programmées donnant lieu à des suites de soins en SSR, notamment chirurgie ou cardiologie programmées.

Le plus efficace consiste à ne programmer l'intervention qu'après avoir obtenu une place en SSR. Le secrétariat médical de l'opérateur prend en charge la réservation d'une place en aval et programme l'intervention pour que le délai entre l'intervention et l'admission en SSR soit égal à la durée de séjour prévisionnelle.

Pour la prise en charge non programmée (notamment pour les patients admis depuis le service des « urgences »), l'évaluation du besoin d'aval doit être la plus précoce possible.

Facteurs de succès et points de vigilance

- Une procédure systématique et homogène dans tous les cabinets de consultation.
- Un bon de demande unique pour tous les établissements d'aval.
- Un document (ou une information formalisée dans le système d'information) pour transmettre l'information à l'unité de soins dans laquelle sera pris en charge le patient.
- Un document d'information pour le patient remis dès la consultation (cf. ci-après)

Document

VOTRE SORTIE

La date de votre départ est fixée par le praticien référent de votre hospitalisation auquel vous êtes confiés. Les sorties ont lieu à 10h30.

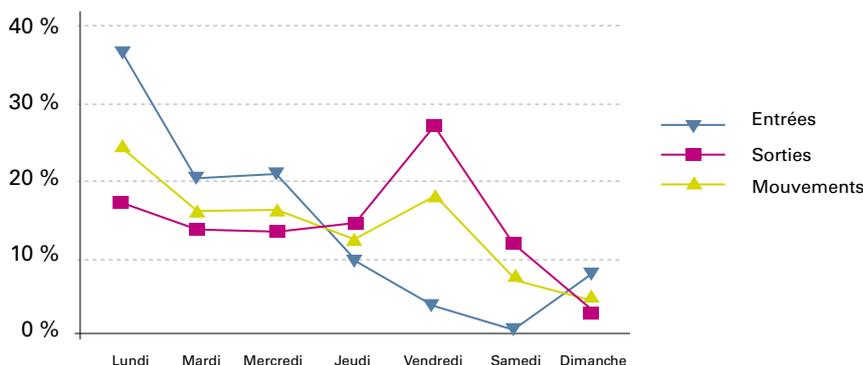
En cas de sortie contre avis médical, nous vous demanderons d'écrire et de signer un document type attestant que vous avez été informé par votre médecin des risques encourus.

Programmer les séjours en cherchant à lisser l'activité sur la semaine

Rappel de la problématique

L'observation des mouvements des patients montre que la part la plus importante de l'activité programmée se situe souvent en première partie de semaine.

Répartition des mouvements au cours de la semaine



Ce phénomène a plusieurs conséquences :

- des pics de charge en début de semaine alors même que la présence des professionnels les lundi et mardi n'est pas fondamentalement différente de celle des jeudi et vendredi ;
- une capacité d'hospitalisation de fin de semaine parfois sous-utilisée ;
- des problèmes pour absorber l'activité des urgences, avec des difficultés exacerbées en début de semaine.

Objectifs

- Lisser la charge de travail.
- Utiliser au mieux la capacité d'hospitalisation de fin de semaine.
- Faciliter l'aval des urgences.
- Limiter les déprogrammations.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input checked="" type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

La difficulté de mise en œuvre tient au fait que les pratiques de programmation doivent évoluer et qu'une nouvelle répartition de l'activité au cours de la semaine impacte nécessairement l'organisation de toutes les activités de l'établissement (programmation au bloc, organisation des consultations...).

Description de l'action

La description des flux d'admissions et de sorties directes dans un périmètre donné est relativement aisée à partir des données PMSI. En revanche, il est impossible de dire si cette activité « en admission directe » est de l'activité programmée ou urgente. Pour autant, les membres du groupe de travail ont estimé qu'il s'agissait d'un signal suffisamment intéressant pour faire le pari de modifier leurs pratiques de programmation.

En pratique, au sein d'un périmètre donné, chaque praticien doit identifier les patients qu'il pourrait admettre le jeudi ou le vendredi sans risquer de voir leur durée de séjour s'allonger, ni détériorer la qualité de leur prise en charge en raison de la présence d'un week-end rapidement au cours de leur séjour. Pour le groupe de travail, il s'agit de patients pour lesquels la durée prévisionnelle de séjour est de 2 à 3 nuits et dont la sortie peut être organisée le samedi ou le dimanche, et des patients pour lesquels la durée de séjour excède la semaine.

La mise en œuvre de cette pratique doit être pensée avec celle consistant à développer la gestion prévisionnelle des lits et l'usage des Dates Prévisionnelles de Sorties (ou durées prévisionnelles de séjour).

Facteurs de succès et points de vigilance

Il s'agit essentiellement :

- de posséder une activité qui permette un transfert d'admissions vers la fin de semaine ;
- d'avoir la souplesse nécessaire pour adapter les autres activités (plages de consultations, programmation au bloc).

Pour aller plus loin

Le pilotage de cette pratique peut être assuré par la cellule d'ordonnancement.

Développer les pré-admissions

Rappel de la problématique

Le processus de pré-admission permet de réserver un lit à une date donnée et pour une durée donnée (qui est la durée prévisionnelle de séjour, estimée par le médecin lors de la consultation qui a conduit à décider de l'hospitalisation ou de l'intervention).

Cette pratique est à différencier de la pré-admission administrative, qui poursuit d'autres objectifs (notamment de recouvrement) et qui doit être réalisée par le patient.

Objectif

Transmettre les informations nécessaires au responsable de la gestion des lits pour qu'il puisse programmer l'admission au mieux (lissage de l'activité, jour d'admission, anticipation de l'aval, programmation des examens bloquants...).

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Plusieurs organisations permettent d'obtenir l'enregistrement des pré-admissions :

- la solution la plus efficace : lors de la consultation avec le praticien, après acceptation de l'intervention ou de l'hospitalisation, le secrétariat enregistre la pré-admission. Une pré-admission comporte les informations minimales suivantes :
 - un service,
 - un médecin responsable,
 - une durée prévisionnelle de séjour,
 - un motif de venue,
 - la liste des examens à programmer et l'évaluation du besoin d'aval ;
- une seconde solution consiste à demander au patient, après la consultation avec le praticien, de se rendre dans un bureau (dit des pré-admissions) pour obtenir une pré-admission. Cette solution présente trois limites :
 - elle implique un déplacement supplémentaire du patient dans l'hôpital,
 - un risque non nul existe pour que le patient oublie ou refuse de se faire pré-admettre,
 - cette solution est peu compatible avec d'éventuelles itérations de dates, en cas d'incompatibilité entre la disponibilité des lits, la disponibilité du bloc opératoire et celle du praticien.

Facteurs de succès et points de vigilance

La pré-admission est une pratique très efficace à partir du moment où l'établissement dispose d'un système d'information permettant d'afficher la disponibilité des lits par période, en distinguant les patients présents et les « pré-admis ».

La complétude des informations doit être recherchée. Un retour aux praticiens sur la justesse de l'estimation de la durée prévisionnelle de séjour est nécessaire afin de les aider à ajuster leurs prévisions au mieux.

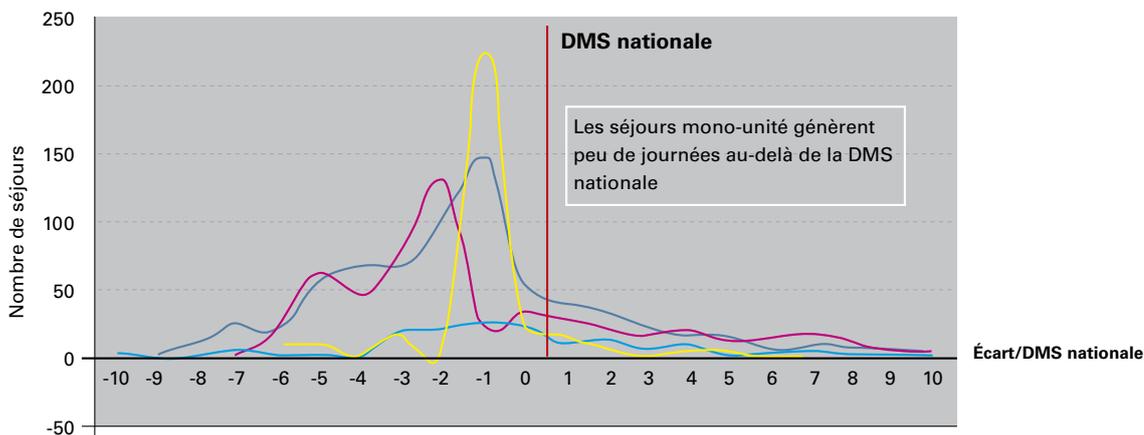
Reprogrammer des prises en charge non urgentes

Rappel de la problématique

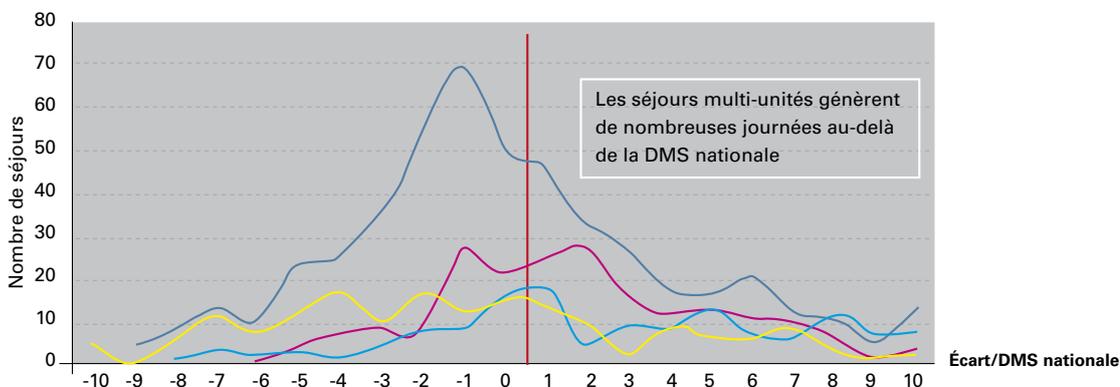
Il n'est pas rare de découvrir, au décours d'une hospitalisation pour un motif donné, l'existence d'une autre pathologie ou le déséquilibre d'une pathologie chronique, qui mériterait une mutation du patient dans un service différent une fois sa première pathologie prise en charge.

La comparaison de la répartition des durées de séjours entre séjours mono- et multi-unités met en évidence le fait que les durées de séjours des séjours multi-unités sont beaucoup plus dispersées. Ce constat est illustré par les deux graphiques suivants qui montrent la répartition des durées de séjour pour quatre activités (cardiologie en bleu, endocrinologie en rose, vasculaire en jaune, autres en turquoise) pour les séjours mono-unité, puis multi-unités (la barre rouge figure la durée moyenne nationale) :

Séjours mono-unité



Séjours multi-unités



Ce constat rend compte de la difficulté de muter un patient à l'intérieur de l'établissement, ou pour le moins de son caractère aléatoire.

Objectifs

- Diminuer la variabilité des durées de séjour pour les séjours multi-unités.
- Diminuer les journées d'hospitalisation non pertinentes causées par l'attente de mutation.
- Améliorer le confort du patient.
- Permettre au service suivant d'accueillir le patient à un moment idoine.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

Il s'agit d'une action requérant en premier lieu une bonne communication :

- vers les praticiens, pour qu'ils intègrent cette pratique à leur façon de travailler ;
- vers les patients, pour qu'ils comprennent l'intérêt de ce mode d'organisation ;
- vers les soignants d'une manière générale, pour qu'ils admettent ce retour provisoire d'un patient à son domicile entre deux prises en charge ;
- vers les correspondants de ville.

Les pratiques et actions ayant trait à la régulation

3.23 Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.24 Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.25 Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie du patient	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.26 Prévenir au plus tôt la famille et le patient de la date et de l'heure de sortie	ACTION OBSERVÉE
3.27 Renseigner et faire vivre la « Date Prévisionnelle de Sortie » (ou « Durée Prévisionnelle de Séjour »)	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.28 Évaluer le besoin et déclencher au plus tôt le recours au service social	ACTION MISE EN ŒUVRE
3.29 En cas d'affluence aux urgences, faire monter les patients dans les services dont ils relèvent	ACTION MISE EN ŒUVRE

3.23

ACTION MISE EN ŒUVRE

Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour

Objectifs

La durée de séjour peut être allongée par suite de difficultés d'accès au plateau d'imagerie, soit pour permettre le diagnostic, soit pour assurer le suivi, soit encore en fin de séjour afin de valider la sortie. La pratique consiste à fluidifier la prise en charge par les plateaux d'imagerie afin de réduire ces temps.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input checked="" type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de l'action

Plusieurs « bonnes pratiques organisationnelles » ont été observées, d'autres sont décrites dans le recueil de bonnes pratiques sur l'organisation des services d'imagerie⁷ :

- clarifier les niveaux d'urgence des demandes (<24 heures, <72 heures...) pour permettre au service d'imagerie de mieux planifier son activité ;
- homogénéiser le circuit de demande d'examen et favoriser la circulation des demandes d'examen (via un circuit informatisé et non plus par bordereau papier : gain : au moins 1 jour) ;
- favoriser la traçabilité des demandes d'examen et des RDV obtenus (date et heure de passage) via le circuit informatisé pour permettre au service prescripteur d'organiser la prise en charge, de « négocier » au plus vite un délai en cas d'absence de réponse rapide ou, le cas échéant, d'externaliser la réalisation de l'examen ;
- contractualiser avec les plateaux d'imagerie pour que :
 - le délai de réponse de prise en charge soit extrêmement court (recommandation : délai inférieur à l'heure),
 - le délai de prise en charge des patients hospitalisés soit toujours inférieur à un délai fixé (recommandation pour les patients hospitalisés, hors urgence vitale : 24 heures) ;
- à l'instar de la pratique précédente, programmer l'admission du patient en fonction de la date de réalisation de l'examen d'imagerie ;
- anticiper les besoins en imagerie en développant des protocoles de prise en charge par type de pathologie : le protocole doit prévoir un examen sur une IRM, un scanner... à J + n (J : date d'admission) ;

(7) Organisation des services d'imagerie, Améliorer la qualité et la sécurité – Retours d'Expériences, publié aux éditions Berger-Levrault, septembre 2007.

- organiser les plateaux d'imagerie pour faciliter l'insertion de patients « non programmés » : l'étude statistique des venues doit permettre de prévoir un volume de créneaux réservés pour les patients hospitalisés. Les horaires doivent pouvoir être variables dans certaines limites pour permettre d'adapter la capacité aux fluctuations des besoins ;
- toujours discuter la pertinence d'une prescription d'examen lourd en fin d'hospitalisation, et notamment la discuter au regard de la possibilité de réaliser cet examen en ambulatoire, une fois le patient sorti : le dernier examen impacte-t-il la conduite à tenir ?

Facteurs de succès

Un système d'information comportant :

- un accès dans chaque service pour la prescription, le suivi des demandes, le suivi de l'avancement de la prise en charge (patient en attente, examen en cours, patient sorti, examen dicté, examen rédigé, examen validé et disponible), la lecture des comptes rendus d'interprétation ;
- un accès au niveau du service d'imagerie pour la réception des demandes, leur priorisation, la programmation, la production des comptes rendus d'interprétation et leur diffusion immédiate dans les services ;
- des indicateurs de délai :
 - délai d'obtention d'un examen,
 - délai de réception d'un compte rendu,
 - taux de non-conformité des demandes d'examen,
 - taux d'interprétation des examens d'imagerie par un radiologue ;
- un contrat entre l'établissement et le plateau d'imagerie fixant les délais maximum pour chaque indicateur.

Points de vigilance

Un service d'imagerie doit être disponible à la fois pour les patients hospitalisés et pour les patients externes. En termes purement économiques, l'équilibre peut être difficile à trouver. Plus de patients externes augmente les recettes mais risque également d'augmenter la DMS des patients hospitalisés et de diminuer la productivité des services cliniques.

Cet arbitrage doit se faire dans le cadre du projet d'établissement et doit être argumenté par des chiffres d'activité, de productivité et de délai. Il est par exemple envisageable de fixer un contrat qui impose au service d'imagerie la prise en charge des patients hospitalisés dans un laps de temps maximum en fonction de l'urgence de l'examen. Une fois que le service d'imagerie a sécurisé la prise en charge de patients hospitalisés, il a toute latitude pour jouer sur son activité externe. Cependant, pour l'intérêt général de l'établissement, il est préférable que les services d'imagerie s'adaptent pour ne pas ralentir les processus de prise en charge des patients dans les services cliniques plutôt que l'inverse. En pratique, l'expérience du chantier imagerie conduit par la MeaH a montré qu'en s'organisant mieux, les services d'imagerie pouvaient gagner sur les deux tableaux : augmenter le nombre de patients externes tout en maintenant des délais de prise en charge des patients hospitalisés très bas (cf. rapport de fin de chantier imagerie, 2005/2006).

Document

De nombreuses pratiques et exemples sont disponibles dans le recueil *Organisation des services d'imagerie, Améliorer la qualité et la sécurité – Retours d'Expériences*, publié aux éditions Berger-Levrault :



Pour aller plus loin

Dans l'établissement du groupe ayant le plus avancé sur ce sujet, une démarche avec les mêmes objectifs a été engagée avec la Cardiologie (mais sans recours à l'informatique) pour les actes techniques réalisés par les IDE.

Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin

Rappel de la problématique

Être prêt pour admettre un patient au meilleur moment de la journée, c'est-à-dire à un moment permettant que sa prise en charge débute réellement le premier jour de son hospitalisation ou à un moment minimisant son temps de passage aux urgences, suppose d'être capable de faire sortir le matin les patients sortants.

Un tel objectif suppose de repenser certains points d'organisation pour tous les professionnels.

Objectifs

- Diminuer le temps de passage aux urgences des patients hospitalisés.
- Diminuer la durée de séjour des patients en utilisant au mieux leur première journée d'hospitalisation.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input checked="" type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

L'ensemble des établissements engagés a travaillé sur cette pratique et chacun d'entre eux a obtenu des résultats significatifs. Par exemple, la mise en place de cette technique a permis de systématiser dans un pôle d'un CHU la libération chaque jour de 2 lits dans chaque unité de 30 lits. Ce volume a donc permis d'accueillir les patients en attente dans le service des urgences.

Description de l'action

Organiser les sorties le matin implique de modifier de nombreuses organisations :

- il est nécessaire de communiquer (à l'équipe, mais également au patient et à son entourage) la date de sortie suffisamment à l'avance et de préparer la totalité des documents nécessaires avant la sortie ;
- les praticiens doivent réaliser leur visite au plus tôt : les chirurgiens, ayant une vacation de matin, doivent visiter les patients avant le début de la vacation de bloc. Les autres patients seront vus après la vacation opératoire. Les médecins doivent quant à eux commencer leur visite par les patients sortant le jour même pour permettre au secrétariat de finaliser les documents de sortie ;
- les infirmières et les assistantes sociales doivent avoir organisé leur tour en fonction du planning de sortie ;
- les ASH doivent être organisés pour réaliser la remise en l'état de la chambre dans la foulée de la sortie d'un patient pour permettre au suivant d'entrer au plus tôt.

Facteurs de succès

- Communiquer l'heure de sortie « normale » aux patients :
 - une affiche apposée à l'intérieur de la chambre indique aux patients que la sortie s'effectue le matin avant une heure donnée (11 heures, par exemple),
 - le livret d'accueil peut également indiquer l'heure de sortie et la motivation de la sortie du matin.
- L'organisation du travail des ASH : le tableau d'affichage dans l'unité de soins doit identifier les patients sortant a priori le matin.
- L'élaboration d'une liste des patients sortants pour faciliter la visite de ces patients en premier par les praticiens seniors. Cette liste est élaborée la veille par le cadre.
- Un des établissements réunit progressivement tous les documents de sortie dans une enveloppe particulière (intitulée « enveloppe de sortie », cf. partie 4.16). L'enveloppe comporte une check-list des éléments à prévoir pour la sortie : chaque intervenant enrichit l'enveloppe et coche la check-list. Ainsi, lors de la préparation de la sortie, il est très aisé de déterminer les éléments manquants et de compléter rapidement l'enveloppe.
- Définir un processus strict de sortie : ce processus doit être mis au point de manière collaborative de manière à impliquer tous les acteurs : les praticiens, le cadre, la direction des soins...

Points de vigilance

Pour que la réalisation des sorties le matin apporte réellement un gain d'efficacité à l'ensemble de l'organisation, il faut impérativement communiquer sur cette pratique auprès des partenaires extérieurs, pourvoyeurs d'activité ou accueillant les patients en aval :

- les établissements d'aval et les autres services de l'hôpital doivent être capables d'accepter d'accueillir les patients en fin de matinée ;
- les ambulanciers dont la charge de travail est plus importante le matin ;
- le SAU ;
- les familles...

Document

Jour	Étapes	Actions	Acteurs	Règles
J - 1	1	Lors de la visite du matin <ul style="list-style-type: none"> • décision concertée de sortie pour le lendemain 11 heures + prescription du traitement à la sortie + définition des prochains RV +/- production des autres documents (AT, ITT, certificats de présence...) Étape 1 bis : si le cadre ou l'IDE ne font pas la visite avec l'interne ou le senior, ceux-ci les informent des sorties du lendemain	Interne Senior (+ cadre) (+ IDE)	Critères de démarrage de process : <ul style="list-style-type: none"> • accord du patient et de son entourage • pas de radio ni de bilan à effectuer le lendemain • soins du lendemain pas trop lourds Et, selon les cas : <ul style="list-style-type: none"> • accord de l'établissement d'aval • dispositif de sortie réglé avec l'assistante sociale
	2	Après la visite (ou au plus tard à la CV) <ul style="list-style-type: none"> • préparation des ordonnances, lettre de sortie, bon de transport, arrêt de travail, feuille de rendez-vous, CRH si le patient va dans un établissement d'aval 	Interne	
		Information finale de la famille	Cadre	
			• commande de l'ambulance prise de rendez-vous ultérieurs médecins/ examens	Secrétaire
	3	Après la visite (ou au plus tard à la CV) <ul style="list-style-type: none"> • confirmation sortie 11 heures le lendemain • finalisation des papiers de sortie 	Interne Senior	
J	4	• transmission de l'information sur : panneau mural ou cahier de mouvement	Cadre IDE ou interne	Cette transmission d'informations anticipée est indispensable pour que l'équipe du lendemain matin organise son travail en vue des sorties à 11 heures
	5	Visite du matin <ul style="list-style-type: none"> • ultime confirmation de la sortie • remise, signature et explications des papiers de sortie au patient 	Interne Senior (+ cadre)	La visite commence par les chambres des sortants Si annulation : cadre/IDE prévient famille, ambulance, SIAD
	6	• confirmation sortie AS/ASH • contact SAU pour prévoir entrées à 14 heures	Cadre IDE	
	7	• toilettes des sortants du matin • annulation des repas des sortants du matin	AS/ASH	
	8	• soins infirmiers	IDE	
	9	SORTIE PATIENT 10h30 - 11 heures		Si retard, fauteuil ou salle d'attente (si possible)
	10	• nettoyage des chambres	AS/ASH	
	11	saisie du mouvement ENTRÉE NOUVEAU PATIENT 12 heures	IDE	

Pour aller plus loin

L'établissement peut mettre à disposition des patients un **salon de sortie** qui lui permet d'attendre sans mobiliser la chambre qui peut accueillir un nouveau patient (cf. pratique 3.17).

Un établissement a mis en place un **coordonnateur des sorties**, qui est à tour de rôle l'une des infirmières du service et qui a la charge de veiller au bon avancement du processus de sortie (pour les sorties du jour et les sorties du lendemain).

3.25

ACTION MISE EN ŒUVRE

Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie du patient

Rappel de la problématique

Le bien-fondé de réaliser plus de sorties le matin pour favoriser l'aval des urgences d'une part et pour être en mesure d'accueillir les nouveaux patients à une heure de la journée permettant la meilleure utilisation possible de leur première journée d'hospitalisation a largement été partagé au sein du groupe de travail. Outre le fait que cette pratique impose une organisation particulière pour les soignants, la nécessité pour les médecins de partager l'information le plus tôt possible avec l'équipe et celle de s'assurer que le patient et ses proches sont également prévenus à l'avance, l'impact de la réalisation des sorties du matin ne peut se faire sentir que s'il est possible d'accueillir un nouveau patient dans la foulée...

Cela passe par la réfection des lits et donc par une réflexion sur la meilleure organisation possible pour les équipes de nettoyage.

Objectifs

Organiser le travail des équipes d'entretien pour être en mesure d'accueillir au plus tôt un patient, programmé ou non.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

Dès la sortie d'un patient, la remise en état est réalisée, sans se préoccuper de la présence ou non d'un patient dans la foulée. Cette pratique permet aux différents acteurs de prendre des patients sans devoir vérifier l'état de la chambre, sans devoir mobiliser eux-mêmes l'équipe de bio-nettoyage... Ainsi, cette pratique permet d'accepter des patients dès que le système d'information affiche qu'un lit a été libéré par le patient précédent.

Pour ce faire les établissements du chantier ont pu procéder de manières différentes :

- en contractualisant sur un tel objectif avec un prestataire externe ;
- en groupant une partie des équipes d'entretien en pool pour garantir une plus grande flexibilité et une intervention à la demande ;
- en revoyant les plannings des personnels pour mettre en adéquation la courbe de libération des lits et la courbe de présence des personnels ;
- en modifiant l'ordre et la priorisation des tâches des agents d'entretien.

Facteur de succès

L'équipe en charge du bio-nettoyage doit connaître le planning prévisionnel de sortie et doit ajuster son programme de travail pour assurer la remise en l'état des lits non prévus.

Points de vigilance

La mise à jour du système d'information en temps réel est essentielle pour permettre à cette équipe de s'organiser.

L'expérience montre qu'il ne s'agit pas uniquement de remettre le lit en état, mais qu'il est important de communiquer sur cette bonne pratique et de signaler aussitôt le lit comme disponible dans le système d'information. Un établissement ayant réussi à réaliser plus de sorties le matin ne voyait pas de nouveaux patients arriver dans la foulée car le service des urgences n'était pas au courant de cette pratique !

Enfin, cette pratique doit intégrer la nécessité de lisser les admissions et les sorties sur la journée afin de ne pas créer artificiellement de goulot d'étranglement.

3.26

ACTION OBSERVÉE

Prévenir au plus tôt la famille et le patient de la date et de l'heure de sortie

Rappel de la problématique

La sortie est une étape importante et complexe d'un séjour hospitalier. Sa préparation requiert souvent d'associer les aidants naturels (famille, proche...).

Il a été constaté durant le chantier que les patients et leurs proches sont parfois prévenus au tout dernier moment de la sortie, ce qui :

- rend compliqué le départ du patient à une heure idoine ;
- donne parfois aux soignants (et à la famille), l'impression que le patient est « mis dehors ».

Objectifs

Augmenter le nombre de sorties le matin, afin d'admettre les patients suivants plus précocement et de mieux mettre à profit leur première journée d'hospitalisation.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input checked="" type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

L'intérêt de cette pratique est coté comme faible dans la mesure où elle ne se suffit pas à elle-même. Il faut en effet adapter les organisations pour permettre réellement de réaliser des sorties le matin.

Description de la pratique

La date prévisionnelle de sortie est communiquée à la famille. Tout allongement ou tout raccourcissement est signalé au plus tôt à la famille. La veille, la sortie est rappelée à la famille. Elle est confirmée sitôt la visite du médecin réalisée en début de matinée.

L'horaire de sortie est important, il doit être explicité dans le livret d'accueil et rappelé par un affichage mural.

Facteurs clés de succès

Le livret d'accueil et l'affichage mural doivent expliciter les motivations de l'heure de sortie : la possibilité d'accueillir un prochain patient ayant besoin de soins avec la nécessité de démarrer au plus tôt les examens.

Une formation pratique doit être dispensée aux soignants pour qu'ils sachent également expliquer aux patients les motivations de la sortie du matin.

Documents

Affichette d'information, placée sur la porte des placards



Les sorties se font le matin de 10h30 à 11h30.

Les demandes de convalescence sont accordées par le médecin et doivent être demandées avant votre entrée ou au plus tard le jour de l'entrée pour être prises en compte.

Extrait d'un livret d'accueil du patient

ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

L'organisation de la sortie conditionne le bon fonctionnement de l'établissement. Elle garantit aux patients présents aux urgences qu'ils trouveront rapidement un lit.

C'est la raison pour laquelle, une fois votre situation réglée sur le plan médical, il vous est demandé de bien vouloir organiser votre sortie.

A défaut, les frais liés au prolongement de votre séjour dans l'établissement ne peuvent être pris en charge par les organismes d'assurance maladie et vous sont directement facturés.

3.27

ACTION MISE EN ŒUVRE

Renseigner et faire vivre la « Date Prévisionnelle de Sortie » (ou « Durée Prévisionnelle de Séjour »)

Rappel de la problématique

La durée prévisionnelle de séjour est un moyen de gérer au mieux les réservations de lits et d'augmenter de ce fait le taux d'occupation. Son renseignement au plus tôt et son ajustement tout au long du séjour du patient doivent permettre de fiabiliser l'information sur la gestion des lits et de favoriser la régulation (admission des urgences, passage des assistantes sociales, anticipation de la sortie...) et la programmation.

Objectifs

- Partager une information importante : la date de sortie.
- Fiabiliser l'information pour la gestion des lits.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input checked="" type="checkbox"/> Fort	<input type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

Patients programmés

Lors de la consultation, le praticien doit indiquer sur le formulaire de prise en charge la durée prévisionnelle de séjour compte tenu de la pathologie et de la situation du patient. Ce formulaire doit être pris en compte au moment de la réservation des lits.

Patients non programmés (entrée directe ou mutation depuis les urgences)

Dans les 48 heures après l'admission dans le service, un médecin doit déterminer la durée prévisionnelle du séjour compte tenu des éléments en sa possession et la saisir dans le système d'information.

Par la suite, et lors de chaque visite, le médecin doit réévaluer la date prévisionnelle de sortie et partager à nouveau l'information. La connaissance de cette date sert à la fois à avoir une vision prévisionnelle de l'occupation des lits et des possibilités de programmation de nouveaux patients, mais elle est aussi utile pour que chaque acteur (assistantes sociales, patients & famille...) puisse se mobiliser au plus juste pour permettre une bonne organisation de la sortie.

Facteurs de succès et points de vigilance

Cette pratique ne prend que très peu de temps mais nécessite une organisation minimale pour collecter et renseigner l'évolution des Dates Prévisionnelles de Sortie en fin de visite (par exemple, dans l'outil proposé à la partie 3.3).

Certains praticiens déclarent ne pouvoir prévoir la durée de séjour compte tenu des aléas. La meilleure solution consiste pourtant à inscrire une durée probable qui sera révisée au fur et à mesure du séjour car au sein d'un pôle, la probabilité de surestimer ou de sous-estimer simultanément toutes les durées de séjour est très faible : par conséquent l'impact des aléas de prévision sera lissé ; ce principe est d'autant plus vrai que le périmètre de gestion est important, d'où l'intérêt de travailler au niveau du pôle.

Enfin, il a été constaté un phénomène d'apprentissage, les praticiens améliorant leurs prévisions au fur et à mesure de la montée en charge de cette pratique.

3.28

ACTION MISE EN ŒUVRE

Évaluer le besoin et déclencher au plus tôt le recours au service social

Rappel de la problématique

Les soignants privilégient la prise en charge somatique et ne repèrent pas suffisamment les problèmes sociaux ou d'autonomie, qui vont apparaître et pénaliser le retour à domicile ; la pratique consiste à prendre en charge dès l'accueil dans l'établissement, l'avenir du patient en évaluant le besoin et déclenchant le recours au service social.

L'étude a montré que le passage précoce des assistantes sociales est très efficace sur la sortie du patient : plus l'assistante sociale passe tôt, moins la solution d'aval est attendue.

Objectifs

- Organiser l'aval du patient en « temps masqué » (les délais d'obtention d'une solution d'aval sont masqués par le temps de prise en charge du patient dans le service).
- Diminuer les journées non pertinentes.
- Maîtriser les durées de séjour.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input checked="" type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

En amont, les rôles respectifs des cadres et des assistantes sociales doivent être convenablement partagés : toutes les demandes d'aval ne sont pas nécessairement gérées par les assistantes sociales.

Dès la prise en charge du patient (au mieux en consultation, sinon dès l'admission du patient), une analyse de la nécessité d'un passage de l'assistante sociale est réalisée.

Si l'analyse montre a priori une difficulté de sortie, l'assistante sociale est immédiatement mobilisée pour intervenir dès les premiers jours de l'hospitalisation.

Certains services ont recours à un bon de demande de passage, d'autres ont mis en place un passage matinal systématique de l'assistante sociale.

Facteurs de succès et points de vigilance

La mise au point d'une « grille de scoring » via une collaboration entre la direction des soins, les cadres soignants et les assistantes sociales est un premier élément de cohésion.

De l'expérience acquise lors du chantier, certaines assistantes sociales ont eu des réticences à partager les objectifs de maîtrise des durées de séjour. L'important à leurs yeux est de construire le projet de vie du patient plus que d'assurer l'utilisation pertinente des

jours d'hospitalisation. Aussi, une collaboration entre la direction des soins et les assistantes sociales de l'hôpital doit permettre de rappeler que l'institution doit avant tout remplir ses missions de prise en charge des patients pour des soins de haute technicité.

Documents

Exemple de « grille de scoring » utilisée par les IDE pour déterminer l'opportunité du passage d'une assistante sociale :

		score	
		Oui	Non
Le patient a-t-il plus de 60 ans ?			
NON			
- A-t-il accès à tous ses droits ? - salaire / indemnités journalières de maladie / Allocation d'adulte handicapé - couverture maladie de base et complémentaire, ALD, CMU...		0	} 2
- Si non, est-il en mesure d'en faire la demande seul ?		0	
- Sera-t-il en mesure de reprendre son activité antérieure ?		0	3
- A-t-il à sa charge un ou des enfants mineurs, dont la prise en charge pose problème ?		3	0
OUI			
-Y a-t-il apparition récente du handicap, ou perte d'autonomie prévisible ?		2	0
- Ses fonctions supérieures sont-elles préservées ?		0	2
- Est-il totalement autonome dans son environnement habituel ?		0	1
- Si non, des aides sont-elles organisées pour le suppléer ?		0	3
- Si oui, sont-elles adaptées à ses besoins actuels : - en quantité (fréquence et répartition des passages hebdomadaires) ? - en qualité (intervenants adaptés aux difficultés : IDE, AS, aide-ménagère, livraison des repas, téléprésence...)		0	} 2
-Y a-t-il un risque ou un épuisement des aidants (familiaux en particulier) ?		2	
- Le retour à la structure antérieure (domicile, foyer-logement, domicile des enfants...) est-il possible ?		0	3
- Le patient exprime-t-il un autre problème d'ordre social ?		3	0
Total (si > 3, appeler le service social !)			

Exemple d'une fiche de demande de passage d'assistante sociale

Demande d'intervention du service social		Étiquette patient
Nom du soignant :	Date : ... / ... / 20...	
Quel est le motif de la demande ?		
<input type="checkbox"/> Structurer un maintien à domicile	<input type="checkbox"/> Organiser un accueil en institution	<input type="checkbox"/> Autre
↓	↓	↓
- Si projet de maintien à domicile, précisez la structure déjà existante :	- Si accueil en institution, indiquez le motif du placement :	- Si autre projet de soin, indiquez le motif de la demande au service social :
<input type="checkbox"/> Aide-soignante / SSIAD (nombre de passages / semaine) <input type="checkbox"/> IDE (nombre de passages / semaine) <input type="checkbox"/> Aide-ménagère (tâches et nombre de passages / semaine) <input type="checkbox"/> Aide de la famille / des proches (précisez) <input type="checkbox"/> Matériel médicalisé (précisez) <input type="checkbox"/> Repas à domicile <input type="checkbox"/> Téléalarme (type Présence verte, OBARPA ...) <input type="checkbox"/> Dossier de précaution en prévision d'une institutionnalisation... <input type="checkbox"/> Autre (précisez)		
Pour notre information, une convalescence est-elle prévue ? <input type="checkbox"/> Oui (à quel endroit ?) <input type="checkbox"/> Non		
Dans tous les cas (sauf problème dans lequel l'autonomie de la personne n'intervient en rien), joindre à cette demande une grille AGGIR		
Qui est la personne de confiance ? (cf. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)		
(Nom, lien avec le patient et coordonnées)		
Sauf cas de force majeure (protection de l'enfance ou des personnes vulnérables en danger), le patient (et/ou la personne de confiance s'il n'est pas en mesure de le faire) a-t-il donné son accord pour rencontrer l'assistant(e) social(e) ?		
Quel est l'avis du patient (et/ou de la personne de confiance) sur le projet de soins / de devenir ?		
Autres observations éventuelles		

Pour aller plus loin

L'activité des assistantes sociales est complexe et parfois déconnectée du rythme des services d'hospitalisation. Un suivi de l'activité peut être proposé sous la forme d'un monitoring des délais d'intervention.

Un établissement a en outre entrepris un travail avec ses assistantes sociales pour faire en sorte que leur présence dans l'hôpital coïncide le mieux possible avec les disponibilités des familles et des aidants (soir et week-end).

3.29

ACTION MISE EN ŒUVRE

En cas d'affluence aux urgences, faire monter les patients dans les services dont ils relèvent

Rappel de la problématique

L'amélioration de la gestion des lits poursuit également l'objectif d'améliorer l'aval des urgences...

Différentes actions ont été décrites pour faciliter l'aval des urgences :

- meilleure allocation des lits en interne pour tenir compte de la réalité du besoin ;
- gestion des lits sur des périmètres plus importants pour diminuer l'aléa que représente l'arrivée d'urgences ;
- augmentation du nombre de sorties le matin pour fluidifier les urgences tôt dans la journée ;
- lissage de l'activité programmée sur les 5 jours de semaine ;
- meilleure visibilité des lits dans le SIH...

Pour autant, des solutions restent à trouver dans des situations ne relevant ni de l'ordinaire ni du « plan blanc ».

Objectif

Partager la contrainte que représente l'absence de solution d'hospitalisation des patients des urgences.

Opportunité

Difficulté de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Faible	<input checked="" type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Forte	<input type="checkbox"/> Très forte
Intérêt	<input type="checkbox"/> Fort	<input checked="" type="checkbox"/> Moyen	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Sans intérêt
Délai de retour sur investissement	<input type="checkbox"/> moins d'1 mois	<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 3 mois	<input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	<input type="checkbox"/> > à 6 mois

Description de la pratique

Il s'agit d'une pratique d'exception pouvant témoigner d'une situation exceptionnelle ou d'un dysfonctionnement à différents niveaux de la gestion des lits (problème de planification, de programmation ou de management). Elle ne peut être que transitoire.

Par décision du Directeur d'établissement, quand plus de six patients sont en attente d'hospitalisation, la direction décide un « placement d'office » dans l'unité de destination « normale » compte tenu de la pathologie. Le patient est monté sur un brancard au sein du service.

Sont exempts de cette pratique les services qui réalisent en moyenne deux sorties par jour avant 13 heures.

L'expérience montre que le service d'accueil a toujours trouvé une solution pour libérer un lit : anticiper une sortie, reprogrammer une admission...

Facteurs de succès

Cette mesure doit rester exceptionnelle : elle doit permettre de ramener par moments les unités à la réalité des urgences, à leurs engagements et aux bonnes pratiques de programmation et de sortie.

Cette mesure ne peut être prise qu'en journée, et de préférence le matin pour permettre au service de destination de prendre en charge le patient et de trouver une solution pour lui trouver un lit.

Points de vigilance

La direction a pris soin d'explicitier les motivations d'une telle mesure lors d'une présentation en CME : elle vise avant tout à mobiliser tous les acteurs de l'hôpital pour « partager la contrainte des urgences.

Document

Docteurs,

Comme je l'ai indiqué hier soir à la Commission Médicale d'Établissement, j'ai décidé de prendre une mesure d'urgence qui j'espère sera temporaire.

Lorsque les boxes du circuit long seront tous occupés ainsi que la zone dite de transit des urgences, par des personnes qui doivent être hospitalisées en médecine, un patient sur brancard sera installé dans chaque unité d'hospitalisation en médecine et placé sous la responsabilité médicale et soignante de l'unité. Le transfert ne sera effectif qu'après accord du médecin du SAU et information du directeur de garde.

J'ai conscience qu'il s'agit d'une mesure non satisfaisante, mais je suis contraint de la prendre afin d'éviter la pérennisation d'une situation encore moins satisfaisante avec le séjour prolongé, dans les locaux des urgences, des patients sur brancard qui ne peuvent être pris en charge correctement, compte tenu de l'arrivée de nouveaux patients. Ceux-ci ne peuvent pas, en conséquence, être accueillis et pris en charge dans de bonnes conditions.

J'espère que ces mesures évoquées lors de la CME (réalisation le plus possible de sorties le matin, mise en place d'une équipe mobile de gériatrie...) ainsi que les mesures préparées depuis longtemps (mise en place de la chirurgie ambulatoire, ouverture de l'HAD, projet d'un hôpital de jour de médecine) permettront de limiter à des cas exceptionnels une telle installation de brancards dans les unités.

Je vous remercie de la compréhension que vous manifestez et je vous prie de croire, Docteurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

Conclusion

D'un point de vue technique, si l'on parle d'ordonnancement, de planification, de programmation, de mise sous contrôle de processus (...), le lecteur aura repéré le caractère finalement assez classique des méthodes d'organisation présentées. Bien que les aspects de gestion horaire des lits et le recours aux durées prévisionnelles de séjour puissent être considérés comme des éléments de gestion relativement innovants, force est de constater qu'il s'agit en tout premier lieu de maîtriser des basiques, des fondamentaux de l'organisation bref, de gérer au mieux le quotidien.

Pour autant, ce retour d'expériences montre qu'il y a matière à progresser et que ces progrès ne pourront s'accomplir qu'à la condition d'une clarification du pilotage et des responsabilités en matière de gestion des lits. Là réside peut-être la principale innovation à mettre en œuvre...

Les premiers établissements s'étant engagés dans ce chantier de l'amélioration de la gestion des lits ont défriché le sujet, nous offrant une série d'objectifs opérationnels à poursuivre, des propositions de structure de management et de modalités de pilotage à mettre en œuvre et enfin des actions d'amélioration. Ce matériau est encore brut mais constitue une solide base de départ pour l'ensemble des établissements souhaitant améliorer la gestion de leurs lits.

