

ANAP

appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Gestion des lits

Retours d'expérience



AVRIL 2013

Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER ET COMPARER leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Résumé

La gestion des lits dans les établissements de santé pose le problème de la gestion opérationnelle des flux de patients, faisant cohabiter des flux programmés et non-programmés. Elle nécessite la mise en place d'une gestion prévisionnelle des activités, et mène à une démarche de mise en adéquation des ressources aux activités.

Ce guide expose 6 projets d'amélioration de la gestion des lits, menés dans des établissements de médecine-chirurgie-obstétrique, sur une période de 6 mois, dans le cadre des Projets performance de l'ANAP : leurs objectifs, les moyens mis en œuvre, les outils utilisés, les gains obtenus et les retours d'expérience.

Leur approche est variée et offre des perspectives aux établissements qui souhaitent s'engager dans la démarche : fluidification du parcours patient de l'admission à la sortie, mise en place d'une cellule de gestion centralisée des lits, amélioration de l'adéquation du type d'hébergement à l'activité et optimisation des ressources existantes pour permettre un ajustement des capacités à l'activité.

Summary

Bed management within health care facilities poses the problem of both scheduled and unscheduled patient flows which occur simultaneously. An efficient bed management needs provisional management of activities and leads to a procedure for matching resources to activities.

Six bed management improvement projects are presented in this guide. They have been conducted over a six-month period in several French hospitals within ANAP's Projets Performance (Performance Improvement Program). The guide covers: objectives, resource required, tools used, benefits, and feedback provided by participants.

Approaches taken are diverse opening up new horizons for hospitals willing to tackle such approach. Recommendations include streamlining patient pathways from admissions to discharge, setting up a central bed management unit, a better matching accommodation type with activity and aligning resource with activities and capacities.

Mots-clés

Gestion des lits, Flux patients, Processus parcours patient, Cellule centralisée gestion des lits, capacités hébergement.

Keywords

Bed management, Flows of patients, Centralised bed management unit, Patient pathways, Accomodation capacities.

Contacts :

Dr Emmanuelle COMBES-MICHAUD, ANAP : emmanuelle.combes@anap.fr

Céline BAUD, ANAP : celine.baud@anap.fr

Noëlle BIRON, Directrice associée : noelle.biron@anap.fr

A aussi participé à la rédaction de ce document : **Sabine REY-ARLES**, ANAP

Préface

Le programme national des Projets performance est né d'un constat et d'un pari. Le constat est celui de l'inefficacité des plans d'économie en tous genres à améliorer la performance des établissements de santé, non seulement sur le plan financier mais aussi sur le plan de la qualité des organisations au service du patient. Les commanditaires du programme des Projets performance ont alors fait le pari qu'en changeant d'approche, en travaillant sur la qualité des organisations, le service au patient s'améliorerait, de même que les conditions de travail des personnels, et que l'efficacité économique des établissements suivrait. Mieux, ils ont pensé que les solutions pour enclencher cette spirale vertueuse n'étaient pas à chercher dans des publications confidentielles ou des comparaisons hasardeuses mais auprès des professionnels de santé.

Pour démontrer la réalité de cette interaction positive entre qualité des prises en charge, des conditions de travail, et de l'efficacité, un programme expérimental a donc été lancé. 30 établissements prêts à remettre en cause leurs pratiques ont mobilisé leurs équipes pour tester des solutions innovantes, les évaluer, les amender et les modéliser pour qu'elles puissent être largement diffusées par la suite.

Un peu plus de 3 ans après le lancement de la démarche, le pari est en passe d'être tenu. Les professionnels, avec l'appui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et des Agences régionales de santé (ARS), ont mis en œuvre leurs idées sur une palette de sujets très large. Et les résultats sont là, des impacts probants ont été enregistrés, tant quantitatifs que qualitatifs. Le programme peut aujourd'hui entrer dans sa phase de déploiement à l'ensemble de la communauté hospitalière de démarches désormais éprouvées.

Ce n'est pas un hasard si la gestion des lits est la première thématique à faire l'objet d'un déploiement. Véritable « cœur du réacteur » d'un établissement hospitalier, en interface avec la quasi-intégralité de ses composantes, la gestion des capacités d'hébergement conditionne la fluidité du parcours du patient et sa prise en charge au bon endroit, par les bonnes équipes, au moment adéquat et pour une durée adaptée. Maîtriser ce processus c'est aussi améliorer le cadre de travail des professionnels en adaptant les ressources aux charges, ce qui permet également de mieux gérer les variations d'activité et a un impact direct sur les finances de l'établissement. Il s'agit ainsi d'un sujet à très fort enjeu pour les établissements, qui nécessite parfois de faire évoluer les états d'esprit de professionnels ancrés dans des organisations historiques, plus forcément adaptées aux évolutions des modes de prise en charge.

Dans des contextes très variés, des soignants, médecins et administratifs ont travaillé à mobiliser différents leviers, des plus simples aux plus complexes, pour changer leurs organisations et mieux fonctionner. Leurs expériences, leurs succès et leurs échecs sont riches d'enseignements pour tous les professionnels de santé. C'est la vocation des Projets performance de faire partager ces expériences. Souhaitons que le plus grand nombre s'en empare pour les appliquer, les adapter, en imaginer d'autres qui viendront à leur tour alimenter le cercle vertueux de l'amélioration du système de santé.

Noëlle BIRON

Directrice associée ANAP

Responsable du programme national des Projets performance

Sommaire

PRÉFACE	4	1. GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH	13
INTRODUCTION	6	2. HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL-DE-SEINE	19
GRANDS ENSEIGNEMENTS	8	3. COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE JURA SUD	25
LA BOÎTE À OUTILS ANAP	10	4. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS	31
		5. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN	39
		6. CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SAINT-ÉTIENNE	45
		GLOSSAIRE	51
		REMERCIEMENTS	52

Introduction

De nombreux établissements de santé sont aujourd'hui confrontés à des difficultés de gestion de leurs capacités d'hébergement et la problématique de la gestion des lits et places d'hospitalisation prend – paradoxalement – tout son sens à mesure que les efforts d'optimisation des parcours des patients sont entrepris. La plupart des hôpitaux ayant été conçus autour d'une offre (spécialités médicales, plateaux techniques, hébergement) doivent repenser leur fonctionnement pour mieux intégrer les demandes de prise en charge des patients (notamment dans le cadre des urgences), les protocoles et parcours de soins ville-hôpital, les opportunités de soins « ambulatoires » liées aux nouvelles technologies.

Les changements des modes de tarification des soins ont précipité cette bascule d'une gestion des capacités vers une gestion des activités. En conséquence, les recherches en matière d'optimisation de la gestion des lits se sont considérablement développées ces dernières années.

L'ANAP, en partenariat avec quelques établissements pilotes, a introduit et testé opérationnellement en France des concepts innovants permettant une amélioration significative des performances en termes de gestion des lits.

LA GESTION DES LITS, UNE THÉMATIQUE COMPLEXE

La complexité de la thématique « gestion des lits » est double. Elle vient d'abord de l'approche du parcours patient dans sa globalité, de la préadmission à la sortie et de l'amont à l'aval du séjour. Elle est renforcée par la multiplicité des types de séjours présents dans les établissements de santé : hospitalisations programmées (conventionnelles, de semaine, à domicile, ambulatoires) et hospitalisations non-programmées (depuis les urgences, directes dans les unités de soins).

Les flux d'admissions programmées représentent habituellement la majorité des admissions, mais également le levier le plus important de programmation des séjours. Ils imposent une coordination de la disponibilité des professionnels (médicaux, soignants et administratifs), des ressources en hébergement et de l'accessibilité aux plateaux techniques. Ils nécessitent une organisation interservice et interprofessionnelle structurée.

Les flux d'admissions non-programmées, pour leur part, sont souvent perçus comme perturbateurs. L'augmentation constante des flux de patients pris en charge aux urgences vient inexorablement gonfler les besoins en hospitalisation, malgré un travail d'évaluation de la pertinence de l'hospitalisation aux urgences. Les disponibilités en lits pour y faire face sont soit insuffisantes dans certaines spécialités, soit incomplètement exploitées à l'échelle de l'institution.

Des hébergements de patients sur des brancards ou dans des lits couloirs apparaissent en parallèle des unités d'hospitalisation de courte durée des structures d'urgence.

Le manque de visibilité sur les lits disponibles prive parfois ces patients d'un hébergement adapté, alors que des lits sont vides ou réservés dans l'établissement. Il engendre des temps de recherche en lit importants, mobilisant longuement des équipes soignantes à des tâches improductive, et génère des tensions interservices inutiles.

Des transferts de patients « faute de place » sont parfois organisés, chronophages pour les équipes des urgences, éloignant les patients de leur famille et privant accessoirement l'établissement d'une source de recette.

Il existe également **des admissions directes non-programmées dans les services** : entrée directe via le SAMU en unité critique suivant une organisation des soins en filière spécialisée, entrée directe d'un patient proposé par un médecin libéral à un médecin spécialiste ou d'un patient connu de l'établissement nécessitant une réhospitalisation rapide. Ce type d'admission est également source de perturbation de la programmation des soins et interfère avec les processus habituels de réservation des lits.

UNE DÉMARCHE NÉCESSAIRE TRANSVERSALE

Pour mener une démarche d'amélioration de la gestion des lits, **une gestion prévisionnelle des séjours est nécessaire.** La visualisation des capacités d'hébergement disponibles en temps réel, partagée, est une étape indispensable. Pour devenir prévisionnelle, elle doit apporter une visibilité sur les disponibilités dans les heures et jours à venir. La définition de la durée prévisionnelle du séjour, révisée tout au long de la prise en charge selon l'évolution clinique des patients, apporte cette dimension fondamentale.

Certains établissements ont en outre à faire face à une augmentation d'activité ou à l'arrivée d'activités nouvelles. Ils doivent pour cela, de plus en plus souvent du fait de contraintes financières, intégrer ces activités nouvelles à moyens constants ou restreints.

Il leur faut alors travailler collectivement à l'optimisation des capacités d'hébergement existantes et à des évolutions de la répartition interne de leurs activités (par exemple entre unités de chirurgie et de médecine, substitution d'une activité conventionnelle vers une activité ambulatoire).

D'autres établissements ont à faire face à des difficultés structurelles, en lien avec un surdimensionnement relatif de leurs capacités d'hébergement. Ceux-ci entraînent une inadéquation des coûts d'exploitation face aux recettes générées par la valorisation de leurs activités. Ils doivent alors travailler à leurs processus pour dimensionner au mieux leur établissement aux activités actuelles et à venir.

À l'heure où les ressources médicales et soignantes se font rares, les établissements sont amenés à ajuster leur affectation en personnel au plus près des activités réelles et des besoins en soins des populations de leur territoire sanitaire.

Enfin, un **pilotage médico-économique de l'adéquation des ressources aux activités s'impose**. Le suivi d'indicateurs en lien avec la gestion des lits permet le pilotage de l'allocation des ressources d'hébergement et soignantes aux flux d'activité. L'implication médicale et soignante permet de placer le séjour du patient au cœur de cette planification des activités et des ressources.

Pour ces raisons, certains hôpitaux s'étant engagés dans une démarche d'amélioration de la gestion des lits ont choisi de mettre en place une cellule de régulation et de gestion prévisionnelle des flux des patients. Cette évolution a progressivement fait émerger une fonction nouvelle et cruciale au sein de l'hôpital : le gestionnaire de flux de patients.

L'ANAP DISPOSE DÉSORMAIS D'UNE EXPÉRIENCE EN MATIÈRE DE GESTION DES LITS

L'ANAP a engagé une démarche novatrice au service d'une amélioration de la gestion des lits, au sein des établissements engagés dans le programme national des Projets performance. Parmi ces 28 établissements de santé, 18 ont mené un projet dans ce domaine, avec comme objectif la fluidification du parcours patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie, tant en hospitalisation programmée que non-programmée. Les expériences décrites ci-après ont été menées sur une durée de 6 mois, volontairement courte, avec comme objectif de lancer une dynamique de changement. S'il est difficile d'aboutir à des évolutions de fond en 6 mois, la démarche enclenchée s'est traduite par plusieurs bénéfices organisationnels, qui concernent principalement **l'optimisation du taux d'occupation des lits corrélée à une diminution de la durée moyenne de séjour**.

Par exemple, cela s'est concrètement traduit par :

❖ **une diminution de l'Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) et de la part des séjours longs.**

Pour la CHT Jura Sud, augmentation (de 60 à 75 %) de la part des séjours à IPDMS inférieur à 1 et réduction de la part des séjours longs (-20 %).

❖ **une hausse des sorties le matin permettant de faire entrer un nouveau patient dans la foulée.**

Augmentation des sorties patient avant 11 heures de +75 % à Bichat et +45 % à Louis-MOURIER (Hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine, HUPNVS).

❖ **une diminution du délai de mise à disposition de la chambre pour un nouveau patient après le bionettoyage.**

Au CHU de Poitiers, réduction du délai de réutilisation de la chambre bionettoyée à 1 heure après le départ du patient (au lieu de 1h28).

❖ **une diminution du taux de déprogrammation faute de place disponible.**

Au CHU de Rouen, aucune déprogrammation faute de lit d'hospitalisation n'a été constatée par la cellule de gestion des lits.

❖ **une diminution du nombre de lits vides à minuit.**

Au GH de Saint-Joseph, diminution de moitié du nombre de lits vides à minuit (de 12 à 6 %).

❖ **une diminution des transferts depuis le SAU faute de place disponible.**

À Louis-MOURIER (HUPNVS), 742 transferts en 2011 contre 781 transferts en 2010, amélioration d'autant plus significative que le nombre de passages au SAU a augmenté d'environ 8 % pendant cette période.

Certains établissements ont aussi initié **une démarche d'optimisation du recours aux alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, visant une optimisation des capacités d'hébergement**. Au CHU de Saint-Étienne, transformation de 21 lits d'hospitalisation complète en hôpital de semaine (soit 25 % de la capacité du pôle) et fermeture de 6 lits avec un ajustement des maquettes organisationnelles.

Fortes de ces résultats encourageants, l'ANAP se prépare à déployer à l'échelle d'un grand nombre d'établissements les méthodes et les outils testés dans le cadre des Projets performance. C'est l'objet du programme 2013/2014 de « gestion des lits ».

Grands enseignements

UN PROJET TRANSVERSAL

Un projet d'optimisation de la gestion des lits est un projet transversal, qui doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle. Il nécessite une implication forte de la direction, du corps médical ainsi qu'une participation opérationnelle pluriprofessionnelle.

Afin de faciliter l'appropriation par les professionnels, une approche par le prisme de la performance est fondamentale.

L'ANAP est porteuse d'une démarche qui conjugue :

❖ qualité des soins :

- la quête d'une meilleure pertinence du soin prodigué au patient (nécessité de l'hospitalisation, des examens complémentaires, de transfert en soins de suite...), élément fédérateur pour les soignants et le corps médical,
- la fluidification des parcours patients en hospitalisation programmée et non-programmée,
- la personnalisation du séjour et l'adéquation du soin aux besoins du patient favorisant sa satisfaction : « le patient au bon endroit, au bon moment et le temps qu'il faut » ;

❖ amélioration des conditions de travail :

- le lissage de l'activité (dans la journée, dans la semaine) permettant une gestion plus sereine du soin,
- la simplification et une limitation des tâches de recherche en lits réduisant les situations de tension,
- l'anticipation des congés des professionnels, avec la prise en compte des variations de l'activité, en partie dépendante des temps de présence des médecins ;

❖ efficacité économique :

- la clarification du processus d'entrée (par le biais des préadmissions) contribuant à la sécurisation de la chaîne de facturation,
- la meilleure valorisation des séjours réalisés par une maîtrise de la DMS, favorisée par l'anticipation de la sortie dès l'entrée,
- la limitation des transferts faute de place (depuis les urgences) et la réduction des temps avant admission, notamment en programmé (réduction des files actives),
- la meilleure adéquation des capacités en lits à l'activité avec prise en compte des alternatives aux hospitalisations conventionnelles,
- l'ajustement des ressources humaines aux activités.

Ce projet doit être accompagné par un plan de communication permettant d'informer l'ensemble du personnel, les patients et leur famille de la démarche en cours dans l'établissement.

L'intérêt à agir doit être partagé par tous et véhiculé par des éléments de langage adaptés à chacun.

Il nécessite une attention portée à la conduite du changement collective pour permettre de lever les résistances médicales et de l'encadrement soignant, du fait d'une modification profonde des pratiques et des organisations soignantes.

UNE APPROCHE EN GESTION DE PROJET

Devant l'étendue d'un tel travail, une approche en démarche projet est fondamentale.

Elle doit s'articuler autour de 3 temps.

❖ **Un temps de cadrage étayé sur un diagnostic**, partagé par tous. Il permet de construire la démarche sur des données objectives et sur les problématiques de l'établissement, étape indispensable pour convaincre.

❖ **Un temps de définition de plan d'action**, qui se construit sur 3 niveaux :

- optimisation des processus de gestion des séjours (optimisation de la programmation et des préadmissions, intégration dans les processus des flux d'urgence, anticipation de la sortie...),
- gestion prévisionnelle des séjours (nécessitant un outil de visualisation de l'état et du prévisionnel de l'occupation des lits),
- ajustement des ressources à l'activité (prise en compte de la saisonnalité, des congés des praticiens...).

Cette étape permet de définir des axes de travail prioritaires avec un calendrier contraint et des indicateurs de suivi.

❖ **Un temps de mise en œuvre des actions retenues**, sur une période adaptée aux évolutions organisationnelles prévues. Il doit prendre en compte la conduite du changement comme une action à part entière.

La coordination d'un tel projet nécessite la constitution d'un groupe projet institutionnel, chargé du pilotage. À l'occasion de temps de rencontre réguliers (mensuels dans le cadre des retours d'expériences présentées ci-après), il suit le respect des objectifs, du calendrier de mise en œuvre et l'atteinte des impacts de chacune des actions. Il coordonne le travail des différents axes et arbitre les éventuelles orientations stratégiques.

PLUSIEURS APPROCHES POSSIBLES

Les problématiques rencontrées par les établissements sont souvent proches malgré des contextes en apparence différents.

Les pratiques de gestion des lits sont encore insuffisamment formalisées et hétérogènes au sein d'un même établissement. Elles laissent souvent place à des habitudes de pratiques individuelles, à une méconnaissance des capacités en lits effectivement disponibles et à une utilisation incomplète de celles-ci.

Les dysfonctionnements concernent aussi bien les circuits d'admissions programmées que les circuits d'admissions non-programmées, de la préadmission jusqu'à la sortie du patient.

En voici quelques exemples constatés lors de l'état des lieux dans les établissements accompagnés.

❖ **Des difficultés dans le cadre de la recherche de lits** par les services d'urgence pouvant entraîner :

- des séjours prolongés de patients sur des brancards ou dans des lits couloirs,
- une orientation inadaptée des patients dans l'établissement, source d'allongement de la durée de prise en charge, d'altération de sa qualité mais également consommatrice de temps soignant lorsqu'une mutation interne en découle secondairement,
- des déprogrammations, altérant la qualité de prise en charge des patients et l'image de l'établissement,
- des transferts vers d'autres établissements par méconnaissance de la possibilité d'hospitalisation.

❖ **Une programmation peu performante** perturbant une gestion optimisée des lits :

- un lissage insuffisant des activités sur la semaine,
- une affectation à un type de prise en charge des hospitalisations programmées non-optimisée (des séjours de 0 et 1 nuit pris en charge en hospitalisation conventionnelle ou en hospitalisation de semaine, un ambulatoire dit « forain »);

❖ **Un manque de lisibilité sur les disponibilités en lit** mobilisant un temps soignant précieux à la recherche d'un lit, représentant jusqu'à plusieurs ETP par jour ;

❖ **Un défaut d'anticipation** des examens et recours au plateau technique, mais également des besoins d'aval pouvant rallonger la durée du séjour.

❖ **Des taux d'occupation des services non-optimisés :**

- soit insuffisants, en particulier sur certaines périodes de l'année ou jours de la semaine,
- soit, à l'opposé, excessifs, sources de surcharge en soins et d'altération des conditions de travail des soignants ;

❖ **Des durées moyennes de séjour supérieures aux données nationales**, sans suivi ou pilotage de celles-ci par les équipes ;

❖ **Une insuffisance de formalisation des processus**

- de préadmission, complexifiant le parcours du patient,
- de sortie, retardant parfois celle-ci et limitant les possibilités de lissage des tâches liées aux entrées et sorties des patients dans les services sur une même journée pour les soignants, les secrétaires médicales, les ASH, le bureau des entrées, les transporteurs... ;

❖ **Des inadéquations de ressources soignantes** aux activités responsables de surcharge en soins (avec recours aux heures supplémentaires ou à l'intérim), ou au contraire de sous-activité des personnels, allant parfois jusqu'à imposer des fermetures temporaires de lits, non-anticipées.

Les expériences décrites ci-dessus démontrent qu'il n'y a pas de méthode unique pour mener à bien un projet d'optimisation de la gestion des lits.

Il peut être aussi bien abordé par le biais d'une approche d'optimisation du séjour à l'échelle de l'unité de soins, d'une approche de gestion centralisée des lits à l'échelle d'un périmètre élargi, ou plus globalement d'ordonnancement des séjours en lien avec les plateaux techniques.

Une démarche construite sur le parcours du patient semble toutefois pertinente : de la programmation du séjour et de l'entrée du patient jusqu'à sa sortie. Elle permet ainsi d'appréhender les liens avec l'amont et l'aval des séjours hospitaliers.

Boîte à outils ANAP

GUIDE DE BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

Le guide de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) publié en avril 2008 et intitulé « *La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques - Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience* » est un document de retour d'expérience. Il ne constitue en aucune manière un référentiel qui devrait être appliqué directement. Il n'est destiné qu'à fournir des pistes de réflexion et d'actions permettant à chaque établissement d'améliorer son efficacité, la qualité et sécurité de prise en charge du patient et les conditions de travail des personnels soignants.

N.B. : l'outil SuivPlan, cité dans le guide et utilisé dans le cadre de chantiers MeaH, ne fait plus partie de la gamme des outils ANAP.

OUTIL DE DIAGNOSTIC GESTION DES LITS

L'outil de diagnostic **Gestion des lits** a été conçu dans le cadre des Projets performance et est aujourd'hui mis à disposition de l'ensemble de la communauté hospitalière. Il permet à l'utilisateur de réaliser 2 analyses différentes :

- ✦ Un diagnostic synthétique permettant d'obtenir des indicateurs clé de gestion des lits à l'échelle de l'établissement ou d'un périmètre restreint mais également au niveau de chaque pôle ou service (analyse de l'activité d'hospitalisation, de l'occupation des lits et de la mobilisation des ressources humaines). Il offre également une évaluation des potentiels engendrés par des mutualisations (en lits et en ETP).

- ✦ Un diagnostic détaillé se basant sur des données qualitatives et permettant d'avoir une analyse plus poussée en ce qui concerne la gestion des hospitalisations (pertinence, répartition des séjours non-programmés, analyse des causes de déprogrammation) et de l'aval.

Cet outil est en cours d'évolution, un module complémentaire basé sur les données administratives est prévu sur le second semestre 2013 permettant de mieux appréhender les mouvements entre unités de soins en fonction de l'unité d'hébergement et/ou de la responsabilité médicale.

POUR ALLER PLUS LOIN

Outil AELIPCE

Aelipce est un outil d'aide à la décision pour l'amélioration de la performance des organisations. Il est possible grâce à l'outil de modéliser l'activité de soins, de tester des hypothèses de prise en charge, d'organisation et d'en évaluer les conséquences. Il permet de :

- ✦ réaliser facilement un état des lieux de son organisation, quel que soit le périmètre ;
- ✦ évaluer et mesurer la performance d'une organisation au quotidien, d'un projet de réorganisation ;
- ✦ optimiser son organisation au regard de l'activité actuelle et de ses prévisions d'évolution avec une estimation du capacitaire.

Dans cet outil, un module « Temps de travail : Maquettes organisationnelles – Calcul des effectifs nécessaires » peut être utilisé indépendamment. Il permet de croiser pour un service et un métier :

- ✦ les besoins en personnel, intégrant les congés, l'absentéisme, la formation ;
- ✦ la saisonnalité sur une année ;
- ✦ le budget en ETP.

Le produit de sortie est :

- ✦ le nombre d'ETP requis pour faire fonctionner le service selon la maquette définie ;
- ✦ un graphique des présences sur 24h visualisant notamment les temps de superposition des personnels.

Outil médico-économique relatif à l'ambulatoire

L'outil médico-économique relatif à l'ambulatoire est un outil d'aide à la décision à destination des établissements de santé :

- ✦ objectivant les conditions requises pour assurer un équilibre économique de l'activité de chirurgie ambulatoire en analysant notamment l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire ;
- ✦ favorisant le dialogue de gestion entre direction et praticiens en identifiant le potentiel théorique d'actes substituables.

Dans le cadre d'une démarche d'optimisation de la gestion des lits, il permet, au travers de mécanismes de simulation, de :

- ✦ identifier la part de l'activité chirurgicale à transférer en ambulatoire ;
- ✦ mettre en évidence les impacts capacitaires sur les unités HC et UCA, financiers en terme de coût et recette, et de réorganisation à envisager des unités d'hospitalisation conventionnelles.





1

GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH



Groupe hospitalier
Paris Saint-Joseph

EN BREF

Mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits (avril 2011)

ÉTABLISSEMENT

Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph est un hôpital privé à but non lucratif, participant au service public hospitalier. Il est issu, en 2006, du rapprochement :

✚ des activités sanitaires de 3 hôpitaux du sud parisien :

- Saint-Joseph (14^e),
- Notre-Dame de Bon Secours (14^e),
- Saint-Michel (15^e),

✚ auxquelles s'ajoutent les activités :

- du Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP),
- de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Ce nouvel ensemble est administré et géré par la Fondation hôpital Saint-Joseph, reconnue d'utilité publique. Vingt-cinq spécialités médicales et chirurgicales sont regroupées en 9 pôles d'activité cliniques ou médico-techniques.

✚ Capacité d'accueil : 538 lits et places (informations en date de janvier 2010)

- 538 lits et places de court séjour (478 lits et 60 places),
- 17 salles d'opération dont 1 salle de radiologie interventionnelle,
- 20 lits de réanimation,
- 5 salles de radiologie - imagerie médicale (2 IRM - 2 scanners),
- 1 laboratoire de biologie médicale ;

✚ Séjours MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) des patients en 2009 :

- 39 736 séjours hospitaliers dont 14 559 venues en hôpital de jour,
- 33 123 passages aux urgences,
- 3 026 naissances.

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

La mise en œuvre de modalités de gestion des flux sur de vastes périmètres, propices au lissage des flux urgents et programmés.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Définir le processus cible et l'enrichir en fonction des spécificités de chaque pôle

Un processus de gestion des flux unique sur chaque pôle tenant compte des principes organisationnels à mettre en œuvre au

niveau de l'établissement :

1. La gestion des lits est centralisée au niveau d'une cellule unique qui a en charge l'affectation des malades dans les lits et le pilotage des flux d'hospitalisation conventionnelle.
2. Les « frontières » entre services évoluent dans le temps en fonction des fluctuations d'activité des spécialités.
3. Les hébergements sont réalisés en respectant des règles définies par les pôles et validées par les chefs de service.
4. Le service ne gère plus des lits mais est garant de la qualité et de l'exhaustivité des informations transmises au gestionnaire des lits.

Préparer le démarrage du projet

Un retroplanning du projet (format GANTT) a été formalisé pour que l'ensemble des actions de préparation au démarrage soient réalisées à temps. Cet outil a été mis à jour à fréquence hebdomadaire avec l'équipe projet pour maîtriser les délais.

Communiquer auprès des équipes

Les objectifs sont de :

- ✚ sensibiliser les professionnels du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph avant déploiement de la Gestion prévisionnelle des entrées et sorties (GPES) ;
- ✚ rappeler et ancrer les objectifs de la démarche auprès des professionnels ;
- ✚ assurer une formation/information continue de tout le personnel, y compris des vacataires, remplaçants, nouveaux arrivés...

Accompagner la constitution de la cellule de gestion de lits

Définition des missions de la cellule de gestion des lits, dimensionnement de l'équipe et formation à l'outil de gestion des lits.

Outiller la cellule de gestion de lits

Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, comme la majorité des établissements de santé, ne dispose pas d'un Système d'information hospitalier (SIH) répondant aux besoins nouveaux d'une cellule centralisée de gestion des lits.

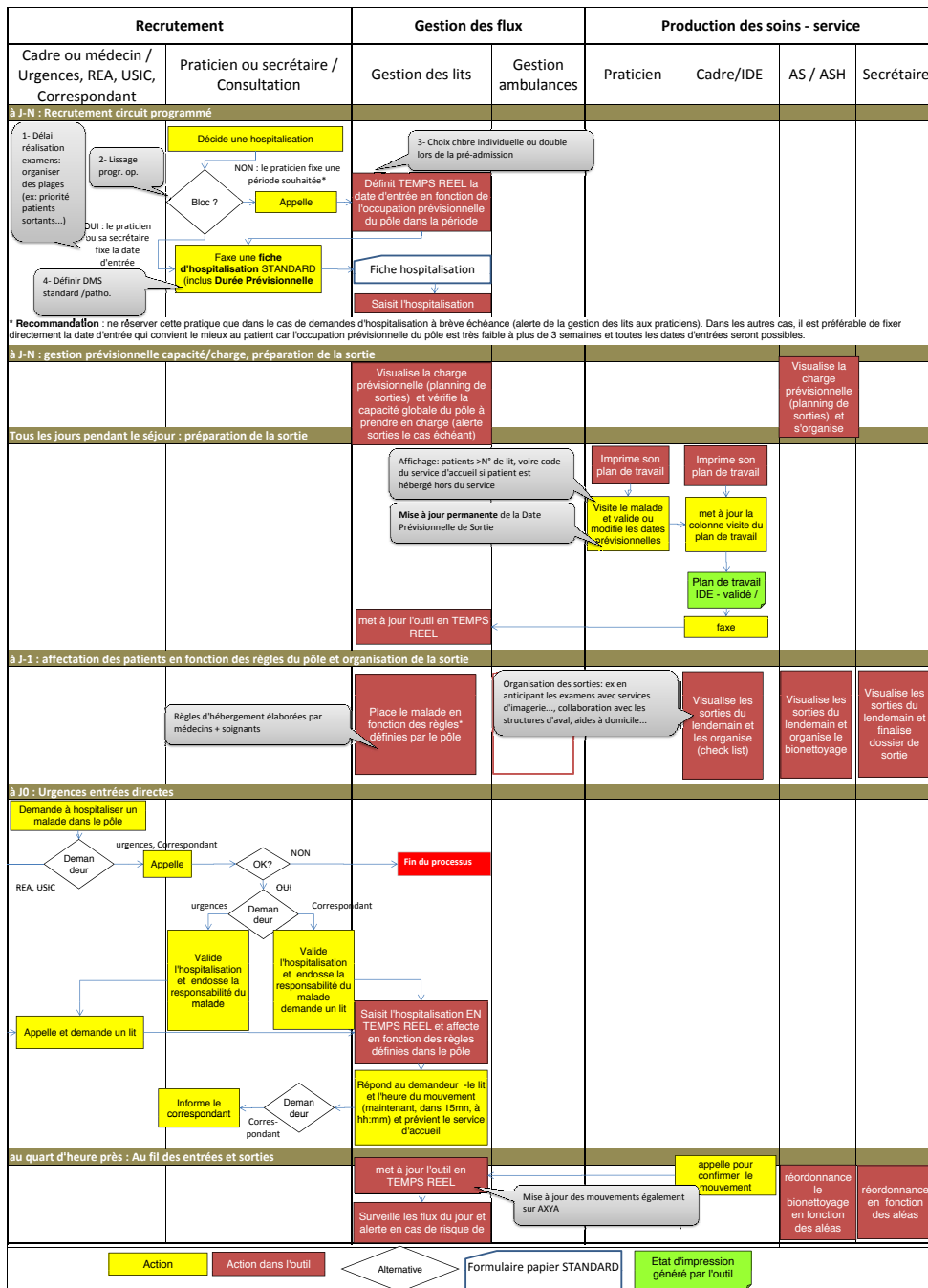
Un outil a été mis à disposition de la cellule de gestion des lits. Il n'est interconnecté ni avec le serveur d'identité ni avec les modules indispensables pour optimiser le travail d'une cellule d'ordonnancement, à savoir la prise des rendez-vous de consultations, la consultation du dossier patient, la programmation du bloc opératoire et des autres plateaux techniques (imagerie, ambulatoire...). Son utilisation par l'établissement est donc provisoire dans l'attente de la mise en œuvre d'un module de gestion des lits intégré au SIH.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Des outils ont été utilisés pour accompagner la mise en œuvre des actions retenues.

Définir le processus cible et l'enrichir en fonction des spécificités de chaque pôle

Processus cible gestion des lits Pôle CVM



Communiquer auprès des équipes par le biais d'un poster à destination des unités de soins



LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES ENTRÉES ET DES SORTIES

→ Diminuer le temps d'attente des patients aux urgences

→ Limiter les déprogrammations d'interventions par manque de disponibilité de lits

→ Libérer du temps soignant et médical

→ Optimiser les conditions de séjour (dont la durée) et accompagner/anticiper la sortie des patients

À quoi ça sert ?

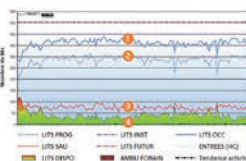


Quelle organisation ?



Quels modes de gestion ?

→ Affecter le malade dans le service de spécialité
 → En cas d'impossibilité, affecter le malade en respectant les règles d'hospitalisation définies par l'équipe médicale du pôle



• Le profil d'occupation des lits global est similaire à celui des patients programmés. Les pics d'activités sont uniquement dus au flux programmé
 • L'occupation générée par les urgences est plus instable que celle générée par les patients en provenance du SAU
 • L'occupation générée par les patients programmés est plus instable que celle générée par les patients en provenance du SAU
 • L'occupation générée par les urgences est plus stable quand l'action est programmée
 • Le nombre de lits disponibles est de l'ordre de 20 à 40 tous les soirs pour tout l'établissement

Que dois-je faire ?

Comment utiliser l'outil ?

L'outil se compose de deux fichiers accessibles depuis le bureau du poste de soins :

• Pour les soignants : « **GPES Plan de travail** » fournit une visualisation dans l'espace et le temps de l'occupation prévisionnelle et en temps réel de l'ensemble des lits gérés ainsi qu'un état des patients présents et des prochains mouvements à organiser.

À imprimer tous les jours

• Pour les secrétaires médicales : « **GPES ordo** » permettant de visualiser les flux prévisionnels et en temps réel sous forme de listes de travail.

À chaque prise de service :
 - ouvrir le plan de travail (onglet plan de travail IDE ou l'actualiser s'il est ouvert à partir l'onglet occupation_visu) et indiquer à l'aide des menus déroulant la date du jour et le service
 - imprimer le plan de travail

Patient présent en UROLOGIE		à programmer		à l'issue de la visite	
N°	NOM	N°	NOM	N°	NOM
1	...	2	...	3	...

Pendant la visite

- Valider/ modifier la date prévisionnelle de sortie auprès de la gestionnaire des lits
 - Faxer le formulaire complété à l'issue de la visite à la gestionnaire des lits

Au fil de l'eau

- Confirmer en temps réel les mouvements d'entrées et sorties en appelant votre gestionnaire des lits au :

- Organiser la réfection des chambres

La veille de la sortie

- Anticiper la constitution des dossiers de sorties
 - S'assurer de la validation de la date de sortie



Occupation_visu fournit une vue prévisionnelle de l'occupation des lits
 • Pour chaque patient placé et sélectionné dans occupation_visu, apparaît le motif du séjour, le sexe, l'âge, le médecin responsable, l'identité du malade, le statut du mouvement
 • Occupation_visu indique bien qu'un malade reste à placer
 • Le nombre de lits restant disponibles sur 15 jours glissants permet d'évaluer la charge prévisionnelle sur l'ensemble géré



Des gestionnaires de lits sont à votre disposition :

Sainte-Geneviève	Notre-Dame de Bon Secours	Saint-Jean	Saint-Michel
Votre gestionnaire de lits :	Votre gestionnaire de lits :	Votre gestionnaire de lits :	Votre gestionnaire de lits :
N° tél :	N° tél :	N° tél :	N° tél :
N° fax :	N° fax :	N° fax :	N° fax :

GAINS OBTENUS

Limitation du nombre de déprogrammations

Aucune déprogrammation du fait d'un manque de lits ne s'est produite depuis le lancement de la GPES, dans aucun pôle. Ceci est dû à la capacité de la cellule d'anticiper les risques de pénurie de lits, mais également aux possibilités d'hébergement des patients dans d'autres services, voire d'autres pôles que celui de la spécialité dont relève le patient. À ce titre, le nombre d'hébergements est désormais comptabilisé.

Diminution du nombre de lits vides

Le nombre moyen de lits vides à minuit a diminué de moitié depuis la mise en place de la GPES.

Augmentation du taux de sortie avant 12h

Le taux de sortie avant 12h est passé de 40 % en décembre 2011 à 63 % en mars 2012 sur l'ensemble du périmètre pilote.

Nombre moyen de lits vides à minuit

Période	2010	2011	1 ^{er} trimestre 2012
... Sainte-Geneviève / Pôle chirurgie digestive, proctologie, orthopédie	8	4	5
... NDBS/Pôle MAGUP	25	15,5	16
... Saint-Jean/Pôle CNVM	5	5,5	6
... Saint-Michel/Pôle SMO	10	N/A	2
Total	48	≥ 25	29
... Nombre total de lits	399	399	447
... Taux moyen de lits vides à minuit	12 %	≥ 6 %	6 %

Augmentation du nombre de séjours

Période	Mars 2010	Mars 2011	Mars 2012	Écart mars 2012 / mars 2011	Écart en %
... Sainte-Geneviève / Pôle chirurgie digestive, proctologie, orthopédie	2 657	3 005	3 242	237	7 %
... NDBS/Pôle MAGUP	2 024	1 773	1 905	132	7 %
... Saint-Jean / Pôle CNVM	2 819	2 841	3 540	699	20 %
... Saint-Michel / Pôle SMO	3 121	3 275	3 280	5	0 %
Total	10 621	10 894	11 967	1 073	9 %

Diminution du temps de passage aux urgences et des taux de transfert du SAU vers d'autres établissements

Cumul d'avril à mars

Indicateurs	Avril 2010 à mars 2011	Avril 2011 à mars 2012	Évolution
--- Nombre de passages	34492	36043	+ 4,5 %
--- Pourcentage de patients hospitalisés (y compris UHCD et lits d'urgence)	20,9 %	22,9 %	16
--- Patients de + de 75 ans	6665/19,3 %	7178/19,9 %	+ 7,7 %
--- Temps de passage moyen	4h50	4h22	-28 min -10,28 %
	Janvier	Février	Mars
--- 2012	49	60	60
--- 2011	72	83	78
--- Écart Nombre	23	23	18
--- Écart %	-32%	-28%	-23%

Évolution du taux de transfert depuis les urgences, y compris pour plateau technique insuffisant.

Tableau d'indicateurs par pôle

Un tableau de bord par pôle suit mensuellement les indicateurs suivants :

- nombre de déprogrammations ;
- taux de sortie avant 12h ;
- nombre de lits vides à minuit ;
- événements indésirables déclarés par le cadre ;
- réactivité de la gestionnaire de lits aux appels du SAU (en minutes) ;
- disponibilité du lit dans le service suite aux appels du SAU (en minutes) ;
- nombre d'appels du SAU traités.

EN SAVOIR PLUS

Atika ALAMI

Directrice du parcours patient et de la facturation
groupe hospitalier Paris Saint-Joseph
185, rue R.-Losserand - 75674 Paris cedex 14

et Directrice déléguée du Centre de santé
Marie-Thérèse Paris-Malakoff
E-mail : aalami@hpsj.fr

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Le management du projet au plus haut niveau décisionnel et le courage et l'engagement de la direction de projet dans la résolution des difficultés du terrain ont constitué des atouts majeurs qui ont permis de faire aboutir le projet.

Les difficultés rencontrées résident essentiellement dans la mise en œuvre du processus cible sur le terrain qui est venue percuter les réflexes d'appropriation de la ressource lit par les services, notamment auprès de l'encadrement de proximité. Le pilotage quotidien et hebdomadaire mis en œuvre avec suivi des actions correctrices a permis d'asseoir la mise en œuvre du processus cible.

Celui-ci devra perdurer au-delà du chantier pilote pour stabiliser durablement la nouvelle organisation.



2 HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL-DE-SEINE



EN BREF

Optimiser les processus du parcours patient de la préadmission jusqu'à la sortie. Visualiser la disponibilité des lits (novembre 2010)

ÉTABLISSEMENT

Les hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine (HUPNVS) sont nés de la volonté de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), à partir de 2008-2009, de regrouper ses forces vives au sein de nouvelles entités hospitalières de taille plus importante.

Ce nouveau groupe hospitalier, constitué à partir du 1^{er} janvier 2011 par la fusion des hôpitaux qui le composent, regroupe les sites de Beaujon, Bichat-Claude-BERNARD, Bretonneau, Louis-MOURIER et Charles-RICHET.

Ces 5 établissements sont situés sur 3 départements et donc 3 territoires de santé (75, 92 et 95) avec une orientation Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) pour 3 d'entre eux (Beaujon; Bichat-Claude Bernard et Louis Mourier) et gériatriques pour les 2 autres (Bretonneau et Charles Richet).

Avec 2 734 lits et places, le groupe hospitalier assure des missions de proximité et des activités de pointe sur un large territoire. Les principaux éléments d'activité sont les suivants (année 2011) :

- ❖ nombre de séjours : 124 000 (dont 65 % en hospitalisation complète);
 - ❖ nombre de journées SSR : 118 140;
 - ❖ nombre de passages aux urgences : 172 534.
- 2 pôles ont contribué au chantier pilote Gestion des lits :
- ❖ le pôle Coeur-Vaisseaux de Bichat, incluant des unités de cardiologie, chirurgie cardio-vasculaire, diabétologie et neurologie;
 - ❖ le pôle Adultes de Louis Mourier, incluant les unités de médecine, d'hépatogastroentérologie et de chirurgie.

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

Le premier objectif consiste à mettre en œuvre une meilleure visibilité des lits disponibles, qui passe par :

- ❖ une simplification du circuit patient avec l'admission directe dans le service;
- ❖ une validation des droits des patients en amont de l'hospitalisation permettant une facturation rapide et fiable;
- ❖ une meilleure visibilité des séjours programmés.

Le second objectif consiste à favoriser les sorties précoces, en s'appuyant sur :

- ❖ une diminution de la DMS grâce à des sorties plus précoces et à une prise en charge en début d'après-12h des patients entrants; une meilleure anticipation des sorties réalisées dans des conditions plus sereines pour les professionnels; une meilleure information du patient sur les conditions de sortie;
- ❖ une diminution du temps passé sur les brancards par les patients du SAU avec des lits portes libérés plus tôt et une diminution des transferts par manque de place.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

•❖ **Promouvoir la programmation et développer les préadmissions** pour permettre une entrée directe du patient dans le service le jour de sa convocation :

-Le pôle Coeur-Vaisseaux (Bichat) a revu son processus cible afin de simplifier le circuit patient depuis le plateau de consultation et d'accroître le nombre de « documents préad » remis au patient. Celui-ci doit passer au bureau des entrées après sa consultation d'anesthésie pour la chirurgie ou dès la consultation si la date est fixée pour la médecine. Une fois la préadmission validée, le patient peut être admis directement dans le service le jour de son entrée,

-Le pôle Adultes (Louis Mourier) a également mis en place une nouvelle organisation pour faciliter les préadmissions à l'issue des consultations de spécialité et d'anesthésie;

•❖ **Mettre en place une situation des lits fiable et partagée :**

-Un outil partagé, automatisé et fiable pour tout le groupe hospitalier, incluant une vision par site, a été mis en place, avec une actualisation des données toutes les heures, 24 heures sur 24;

•❖ **Accélérer la sortie le jour J à Louis MOURIER :**

-La mise en place d'une *checklist* de sortie avec renseignement de la date prévisionnelle de sortie,
-L'installation de salons de sortie pour fluidifier les mouvements de patients : l'action a finalement été suspendue (problématiques d'espace, de services de repas en dehors de la chambre, non-pertinence du fait de la réalisation effective des sorties le matin) ;

•❖ **Augmenter les sorties le matin à Louis MOURIER :**

-À Louis Mourier, une identification des patients sortant à J est réalisée à J-1 avec confirmation à 8h30 des sortants du jour. L'implication des internes pour la transmission de l'information à 12h est indispensable. Les patients sortants sont également vus en priorité dans le cadre de la visite. La présence systématique de l'encadrement au *staff* médical le matin s'avère efficace;

•❖ **Travailler sur le renforcement des relations entre seniors des urgences et de médecine interne** à Louis Mourier.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Outils de développement de préadmission :

- ❖ Fiche de liaison faxée le vendredi des admissions prévues pour la semaine suivante.
- ❖ Procédure de validation de l'admission directe par le service d'hospitalisation.
- ❖ Indicateur et tableau de bord permettant le suivi mensuel de l'évolution des taux de préadmission par unité d'hospitalisation (exemple dans le chapitre « Gains obtenus »).
- ❖ Communication d'information sur le site Internet sur l'intérêt de la préadmission avec accès aux documents de préadmission en ligne.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la page préadmission du site Internet du groupe hospitalier :

<http://hupnvs.aphp.fr/Votre-admission.html?article&lang=fr&dir=ltr>

Outil partagé de visibilité sur la disponibilité des lits :

Exemple

SITUATION QUOTIDIENNE DES LITS SUR LE GH HUPNVS		04/03/2011 à 16h00		prochain extraction le 04/03/2011 à 11h		
SPECIALITES MEDICALES	ETABLISSEMENT	LITS OUVERTS	LITS OCCUPES	PATIENTS PROGRAMMES	PATIENTS PROGRAMME#1	SORTIES PREVEUES
MEDICINE						
ADDICTOLOGIE EN MCO	BICHAT	7	2	0	0	0
ASSTISTANCE NUTRITIVE	BEAULJON	12	12	0	0	0
CARDIOLOGIE	BICHAT HDS	22	16	0	0	0
	BEAULJON	13	13	0	0	0
	BICHAT	87	80	+10	1	0
DERMATOLOGIE	BICHAT	20	20	0	0	0
ENDOCRINOLOGIE DIABETO. METABOLIQUE	BICHAT HDS	6	5	+1	0	0
	BICHAT	24	25	-1	1	0
GASTRO	BEAULJON HDS	10	10	0	1	0
	BEAULJON	41	40	+1	0	0
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	BEAULJON HDS	12	10	+2	0	0
	LOUIS MOURIER HDS	4	3	+1	0	0
	BEAULJON	24	22	+4	0	0
	BICHAT	22	21	+1	0	0
MALADIES INFECTIEUSES	LOUIS MOURIER	18	13	+5	0	0
MEDICINE GERIATRIQUE	BICHAT	61	60	+1	0	0
	BEAULJON	8	8	0	0	0
	BICHAT	20	19	+1	0	0
	BRISTONNEAU	31	29	+2	0	0
	LOUIS MOURIER	9	7	+2	0	0
	CHARLES RICHERT	14	15	-1	0	0
MEDICINE INTERNE	BEAULJON	36	33	+3	0	0
	BICHAT	28	27	+1	0	0
	LOUIS MOURIER	84	80	+4	0	0
MEDICINE INTERNE DAUNE	BICHAT	22	20	+2	0	0
NEPHROLOGIE	BICHAT	26	21	+5	0	0
NEUROLOGIE	BICHAT	18	18	0	0	0
ONCOLOGIE MEDICALE	BEAULJON HDS	19	16	0	0	0

Exemple de fiche de sortie

PREPARATION DE LA SORTIE DU PATIENT

ETIQUETTE PATIENT		Date d'entrée dans le service :	Date de sortie :
Destination	SSR <input type="checkbox"/>		
	Domicile <input type="checkbox"/>		
	Maison de retraite <input type="checkbox"/>		
	Transfert <input type="checkbox"/>		
	Autre <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Famille à prévenir			
<input type="checkbox"/> Transport à organiser	Ambulance <input type="checkbox"/>		
	VSL <input type="checkbox"/>		
	Taxi <input type="checkbox"/>		
	Moyen Personnel <input type="checkbox"/>	Accompagné(e) <input type="checkbox"/>	Non accompagné(e) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nécessité d'une aide à domicile	Soins IDE <input type="checkbox"/>		
	O2 <input type="checkbox"/>		
	Location matériel : <input type="checkbox"/>		
	Autre : <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Organisation des services	HAD, Santé Service <input type="checkbox"/>		
	IDE libérale <input type="checkbox"/>		
	Soc. Prestataire de service <input type="checkbox"/>		
	Autre <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Liasse médicale de sortie	Amr de travail <input type="checkbox"/>	Ordonnances <input type="checkbox"/>	
	Certificat <input type="checkbox"/>	Bon de transport <input type="checkbox"/>	
	Documents de suivi si patient transféré <input type="checkbox"/>	Prochain(s) RDV <input type="checkbox"/>	
	Billet de salle signé <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Vérification d'un éventuel dépôt	Si oui <input type="checkbox"/> dépôt restitué		
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison infirmière si transfert			
Heure de sortie	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Mouvement enregistré sur Gilda			

Les outils utilisés ou proposés pour favoriser les sorties précoces sont :

❖ les outils d'anticipation des sorties;

❖ les fiches de sortie adaptées par service et préremplies la veille (Bichat).

❖ le tableau de référence de la DMS par pathologie avec la liste des principales pathologies et/ou GHM (classées par nombre de patients) et pour chaque GHM de l'unité d'hospitalisation concernée;

❖ le processus cible d'entrée et sortie.

GAINS OBTENUS

Augmentation des préadmissions

Sur le site de Louis-MOURIER, les secrétaires hospitalières des services d'hépatogastroentérologie ont été habilitées à valider les préadmissions dans l'outil de gestion des patients Gilda, ce qui permet une admission directe dans ces services des patients programmés, leur évitant un passage par le bureau des admissions. Cette solution a ensuite été déployée dans les autres services de l'établissement et est en cours de déploiement sur l'ensemble du groupe hospitalier, notamment grâce à un outil de programmation des patients qui permet de développer le nombre de préadmissions.

Sur le site de Bichat, malgré le processus cible revu, les patients sont tous obligés de se présenter au bureau des admissions, et ce malgré une préadmission (sauf en chirurgie ambulatoire). En décembre 2011 (postérieurement au chantier pilote), un guichet dédié aux préadmissions a été mis en place au même niveau que les admissions, ce qui devrait fluidifier la file d'attente des patients programmés. De même, l'outil de programmation en cours de déploiement va permettre de généraliser la validation directe des préadmissions dans les services de soins sans passage du patient au service des admissions.

Le développement des préadmissions est réel avec, en 4/quatre mois, une augmentation du taux de préadmission de +50 % à Bichat et de +75 % à Louis Mourier.

Évolution taux préadmissions

Évolution taux préadmissions	BICHAT						Taux de Pré AD fév/oct
	Oct. 10		Janv. 11		Févr. 11		
	préad	taux	préad	taux	préad	taux	
HC/HDS cardiologie	43	22 %	52	24 %	58	32 %	45 %
HC médico- chir. CV	6	18 %	11	21 %	14	26 %	44 %
Chirurgie cardiaque	4	7 %	6	10 %	7	16 %	129 %
HC/HDS cardio et chir. CV	53	18 %	69	21 %	79	28 %	56 %
HC/HDS endocrino- logie	21	27 %	16	21 %	39	44 %	63 %
HC neurologie	0	0 %	0	0 %	0	0 %	-
	74	20 %	85	20 %	118	30 %	50 %

Évolution taux préadmissions	LOUIS-MOURIER						Taux de Préadm. févr./ oct.
	Oct. 10		Janv. 11		Févr. 11		
	préad	taux	préad	taux	préad	taux	
Médecine interne	7	13 %	1	2 %	7	18 %	36 %
Hépatogastro	14	26 %	9	17 %	28	54 %	108 %
Chirurgie	39	42 %	46	40 %	42	52 %	24 %
	60	24 %	56	20 %	77	42 %	75 %

Les nouvelles 1 an après :

➤ sur le site de Bichat, le taux de préadmission a été majoré de 14,2 % ;

➤ sur le site de Louis-MOURIER, le taux de préadmissions a continué à augmenter de 33 % entre 2010 et 2011.

Utilisation nuancée de la check list de sortie

Le modèle de checklist proposé au début du chantier a été adapté et simplifié en fonction des sites, pour en faciliter l'utilisation. Elle est documentée à J-1 notamment dès le *staff* médical à Louis Mourier. Il est préconisé de renseigner la date prévisionnelle de sortie lors du *staff* médical qui suit l'entrée du patient et de la reporter sur la checklist afin d'être saisie manuellement dans GILDA par les secrétaires d'hospitalisation. Néanmoins, le constat est qu'au fil des mois, faute de suivi, cette checklist n'est plus utilisée de façon systématique dans les services.

Des sorties le matin favorisées

Une augmentation notable des sorties patients avant 11h : + 75 % à Bichat et + 45 % à Louis Mourier.

Tableau de suivi des taux de sortie avant 11h et avant 13h sur les pôles pilotes

Résultats pôle CV Bichat				
Sorties avant 11h BCH	Oct. 10	Févr. 11	Évol. / points	Évol. / %
Cardiologie et chir. cardio	4,0 %	9,0 %	5,0 %	125,0 %
Endocrinologie	3,0 %	1,0 %	-2,0 %	-66,7 %
Neurologie	10,0 %	8,0 %	-2,0 %	-20,0 %
Total	4,0 %	7,0 %	3,0 %	75,0 %

Résultats pôle Adultes Louis Mourier				
Sorties avant 11h LMR	Oct. 10	Févr. 11	Évol. / points	Évol. / %
Chirurgie	13,2 %	20,3 %	7,1 %	53,8 %
Gastro	32,8 %	38,5 %	5,7 %	17,4 %
Médecine	15,9 %	24,7 %	8,8 %	55,3 %
Total	18,0 %	26,2 %	8,2 %	45,3 %

Résultats pôle Adultes Louis Mourier				
Sorties avant 13h LMR	Oct. 10	Févr. 11	Évol. / points	Évol. / points
Chirurgie	41,1 %	48,3 %	7,2 %	17,5 %
Gastro	57,4 %	60,0 %	2,6 %	4,5 %
Médecine	42,0 %	53,2 %	11,2 %	26,7 %
Total	44,7 %	52,7 %	8,0 %	18,0 %

Un process global de sortie sur le pôle Cœur-Vaisseaux à Bichat

L'organisation dans le service de cardiologie a été revue avec notamment un staff de sortie hebdomadaire permettant de définir les statuts de sortie des patients (prévisionnelle, potentielle, certaine) et d'organiser les entrées de la semaine suivante.

Cette réorganisation a été difficile à mettre en œuvre, mais avec des bénéfices avérés à long terme.

Une exploitation de l'outil informatique

Il est possible à partir du logiciel GILDA d'extraire des informations permettant de visualiser la disponibilité des lits par heure, sur l'ensemble du GH. Un travail est en cours afin de fiabiliser les informations saisies en temps réel par les services de soins (notamment les sorties et les lits indisponibles).

Un outil de gestion des patients programmés est en cours de déploiement. Il permet aux services de soins de saisir leurs programmations dans un logiciel partagé avec le service des admissions. Le service des admissions peut ainsi préparer les préadmissions pour les patients connus. L'intérêt est double :

- ❖ Les préadmissions permettent au patient de se présenter directement dans le service de soins le jour de sa convocation sans avoir à passer par le bureau des admissions. La préadmission est validée directement par le service de soins.

- ❖ L'information de la préadmission permet de fiabiliser la situation des lits disponibles en ayant l'information des lits réservés pour des patients programmés. Elle permet de disposer des lits pour des patients admis via le SAU tout en respectant l'activité programmée.

Une diminution des transferts depuis les urgences

À Louis Mourier, on constate une baisse du taux de transfert depuis les urgences en 2011 :

- ❖ Au SAU, 781 transferts en 2010 contre 742 transferts en 2011, amélioration d'autant plus significative que le nombre de passages au SAU a augmenté d'environ 8 % pendant cette période ;

- ❖ À l'UHCD, 156 transferts en 2010 contre 151 transferts en 2011, amélioration d'autant plus significative que le nombre d'admissions à l'UHCD a augmenté d'environ 3,5 % pendant cette période.

Le renforcement des relations entre seniors des urgences et de médecine interne à Louis Mourier a été probant.

Le développement de la mutualisation des lits

À Bichat, des conventions sont en cours de rédaction entre le SAU et les services cliniques d'aval. Elles précisent la responsabilité médicale et les modalités d'envoi des patients du SAU dans les services de spécialité. Elles déterminent également les modalités d'hébergement des patients dans une autre discipline, faute de lits disponibles.

L'hébergement est ainsi désormais mis en œuvre en fonction des lits disponibles dans le groupe hospitalier : il permet une mutualisation encadrée des lits entre spécialités. Il permet de diminuer le nombre de patients transférés depuis le SAU tout en respectant l'activité programmée.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Un chantier pilote controversé qui a néanmoins permis de mettre en évidence certains enseignements.

- ❖ Le corps médical doit s'engager aux côtés du personnel non-médical pour garantir le portage des actions sur la durée. Il est désormais admis qu'il faut anticiper les sorties des patients et faire sortir les patients au plus tôt dans la journée. Une telle mesure dépend fortement des médecins et de leur volonté à appliquer cette règle.

- ❖ Les relations humaines entre les acteurs des différents services sont primordiales. Tous les intervenants ont témoigné d'une grande satisfaction à s'être rencontrés lors du chantier pilote pour échanger sur leurs pratiques et amorcer une réflexion collective.

- ❖ Pérenniser les actions mises en place requiert un retour d'informations, un véritable plan de communication et un suivi.

La transversalité se fera si les acteurs ont une bonne visibilité sur les bénéfices à en attendre.

Il est également possible de tirer d'autres enseignements relatifs aux écueils du chantier pilote :

- ❖ le défaut d'écoute des acteurs de terrain ;

- ❖ une approche économique au premier plan ;

- ❖ l'absence de validation des indicateurs retenus pour objectiver les progrès de la mise en mission ;

- ❖ une communication, sur un chantier concernant les pratiques hospitalières, perçue comme insuffisante.

EN SAVOIR PLUS

Éric SIMON

Directeur adjoint des finances
en charge des recettes et de l'hospitalisation

Hôpital Bichat-Claude-BERNARD

46, rue Henri-Huchard

75877 Paris cedex 18

Tél. : 01 40 25 83 20

Fax : 01 40 25 67 46

E-mail : eric.simon@bch.aphp.fr





3 COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE JURA SUD



CENTRE HOSPITALIER
LONS-LE-SAUNIER
SIEGE DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE
DE TERRITOIRE (CHT) DU JURA SUD
Etablissements de la CHT du Jura Sud :
Lons-le-Saunier, Saint-Claude, Champagnole,
Morez, Orgelet-Arinthod-Saint-Julien

EN BREF

Réduire les DMS par un travail sur le processus de sortie et un pilotage de la DMS par les services afin de préparer une adaptation des ressources à l'activité (réduction capacitaire et ressources humaines) (avril 2012)

ÉTABLISSEMENTS

La Communauté hospitalière de territoire (CHT) Jura Sud, située au sein du bassin de vie sud-jurassien de la région Franche-Comté, est composée de 5 établissements constituant une offre de soins publique importante sur l'ensemble du bassin de vie sud-jurassien.



Le centre hospitalier de Lons-le-Saunier, établissement MCO pivot de la CHT et du bassin de vie sud Jura. Il dispose d'un plateau technique conséquent (imagerie avec IRM, scanner et gamma caméra, angioplastie, unité neurovasculaire, réanimation, maternité de niveau 2B avec soins intensifs néonataux, oncologie, spécialités chirurgicales principales, SMUR...).

- ❖ Lits et places de court séjour (au 31 décembre 2010) :
 - 213 lits de médecine et 9 places,
 - 87 lits de chirurgie et 5 places installées,
 - 33 lits d'obstétrique et 4 places installées (maternité de niveau 2, environ 1 350 accouchements/an),
 - 38 lits de SSR et 2 places installées,
 - 10 lits d'UHCD ;

- ❖ Plus de 18 500 séjours en hospitalisation (hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour HDJ) de médecine, chirurgie et obstétrique.



Le centre hospitalier de Saint-Claude, établissement MCO de proximité à vocation polyvalente.

- ❖ Lits et places de court séjour (en 2009) :
 - 56 lits de médecine,
 - 26 lits de chirurgie,
 - 17 lits d'obstétrique (maternité de niveau 1, environ 500 accouchements/an),
 - 18 lits de SSR,
 - Service urgences-SMUR et UHCD couplée à une unité de surveillance continue ;
- ❖ Près de 6 400 séjours en hospitalisation (hospitalisation conventionnelle et hôpital de jour) de médecine, chirurgie et obstétrique.



Le centre hospitalier de Champagnole

- ❖ Lits et places de court séjour :
 - 39 lits de médecine,
 - 40 lits de SSR,
 - Service urgences-SMUR et UHCD couplée à une unité de surveillance continue ;

- ❖ Près de 1 800 séjours en hospitalisation (hospitalisation conventionnelle et HDJ) de médecine.

Le centre hospitalier de Morez, de petite taille qui, du fait de son isolement, a une structure atypique.

- ❖ Lits et places de court séjour (en 2009) :
 - 10 lits de médecine,
 - 25 lits de SSR et 2 places installées,
 - Service de consultation non-programmée et antenne SMUR.

- ❖ Près de 370 séjours en hospitalisation (hospitalisation conventionnelle et HDJ) de médecine.

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

L'objectif était de diminuer les DMS constatées, suite à la mise en évidence d'un écart entre les DMS des établissements et les valeurs nationales au cours d'une phase de diagnostic sur l'occupation des lits dans les services MCO des établissements de la CHT Jura Sud.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Mise en place d'actions sur un périmètre pilote de services médicaux (50 lits au centre hospitalier de Lons en unité de gastro-entérologie et de pneumologie, 28 lits au centre hospitalier de Saint-Claude, 25 lits au centre hospitalier de Champagnole, 10 lits au centre hospitalier de Morez), avant déploiement de la démarche au reste des services des établissements composant la CHT prévu dans un second temps.

Ce périmètre représente environ 4 556 séjours (entrées) et 39 491 journées d'hospitalisation sur une année (chiffres cités : activité constatée en 2011).

Formaliser un processus de sortie du patient débutant dès son admission

Modalités de mise en œuvre

- ❖ Renseignement systématique dans le dossier patient de la date prévisionnelle de sortie (et de la modalité de sortie) à J+2 après l'admission et information aux familles par le cadre.
- ❖ Généralisation des sorties le matin et information des patients sur cette nouvelle organisation dès l'admission.
- ❖ Information systématique du patient et de la famille de la date de sortie à J-2.
- ❖ Mise en place d'une *check list* de préparation des sorties et d'« enveloppes de sortie » (cible de 80 % des documents de sortie prêts à J-1 avant la sortie).

Impacts visés

- ❖ Permettre une plus grande anticipation, par les professionnels des unités, le service social et les proches, du processus de sortie du patient, et donc une plus grande fluidification du processus et, *in fine*, une meilleure qualité de prise en charge.

Systématiser l'adressage du patient dans la première structure d'aval s'engageant à l'accueillir

Modalités de mise en œuvre

- ❖ Systématisation de la demande de placement dans au moins 3 structures d'aval en parallèle (3 SSR et/ou 3 EHPAD) pour les patients devant être placés en structure d'aval.
- ❖ Élaboration d'une fiche de demande de placement en structure d'aval signée par les familles ou les patients.
- ❖ Création d'un formulaire de motivation du refus (utilisé en cas d'opposition du patient ou des proches à une décision médicale de sortie ou de mutation).

Impacts visés

- ❖ Fluidifier le processus de sortie du patient et éviter au maximum les situations où le patient doit être gardé dans le lit par manque de place en SSR ou EHPAD ou suite à un refus de placement.
- ❖ Augmenter le taux de réponses à la fois positives et rapides à une prise en charge adaptée du patient, permettant une meilleure qualité de la prise en charge.
- ❖ Analyser les refus et motifs de refus des patients ou proches lors d'un placement dans le but d'être en capacité pour les services d'anticiper un cas similaire.

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

Modalités de mise en œuvre

- ❖ Mise en place d'une réunion hebdomadaire de revue des dossiers séjours longs avec les cadres et les assistantes sociales.

Impacts visés

- ❖ Favoriser les temps d'échange afin de permettre aux équipes de trouver au plus vite une solution aux sorties identifiées comme « difficiles ».
- ❖ Faire un point sur la préparation des sorties de patients devant bénéficier d'une prise en charge dans une structure d'aval ou d'une aide à domicile lors de leur sortie.
- ❖ Permettre une résolution plus aisée et plus rapide des sorties « difficiles ».

Mettre en place un tableau de bord de la gestion des lits par unité (échéance mensuelle)

Modalités de mise en œuvre

- ❖ Édition mensuelle d'un tableau de bord par les DIM pour chaque unité pilote (présenté dans le chapitre « Outils utilisés »).

Impacts

- ❖ Comprendre et analyser *a posteriori* les différentes raisons ayant abouti à la réalisation d'un séjour long pour en tirer les enseignements et mener les actions correctrices nécessaires sur des cas similaires.

Mise en place d'une « continuité du service social »

Modalités de mise en œuvre

- ❖ Définir les modalités de mise en œuvre d'une permanence téléphonique à destination des unités dépourvues d'assistante sociale sur une période.
- ❖ Mettre en place un fichier partagé pour visualiser les congés des assistantes sociales de la CHT permettant de réaliser une planification des absences.
- ❖ Mettre en place un binôme d'assistantes sociales entre centres hospitaliers permettant d'assurer une continuité de service.

Impacts

- ❖ Mettre en place une continuité de service social nécessaire à la prise en charge et au suivi des dossiers (notamment pendant les périodes d'absence de l'assistante sociale référente).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Des outils adaptés ont été mis en place pour formaliser les demandes dans les structures d'aval :

Courrier de motivation de refus de mutation

ETIQUETTE
PATIENT

Motivations du refus de mutation du patient dans la 1^{re} structure d'aval prête à l'accueillir ou de son retour à domicile

Madame, Monsieur,

1. Afin de poursuivre *votre / la* prise en charge médicale, suite à *votre / son* hospitalisation au sein de notre service, *vous avez / votre proche a* été retenu pour une admission au sein de la structure le
A ce jour, *vous n'avez / votre proche n'a* pas souhaité être transféré au sein de cette structure pour les raisons suivantes :
2. Suite à *votre / sa* prise en charge au sein de notre service, le praticien hospitalier en charge de *votre / son* suivi a validé le*votre retour à domicile / le retour à domicile de votre proche.*
A ce jour, *vous / votre proche n'avez / n'a* pas souhaité réaliser un retour à domicile pour les raisons suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A titre d'information, nous vous précisons que conformément aux dispositions de l'article R 1112-58 du Code de la Santé Publique, il est établi que « lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service. Le directeur ou son délégué signe la formule d'exeat sur la fiche individuelle du malade ».

Nom / Prénom :
Statut (patient/conjoint/personne de confiance/tuteur/etc....) :

Date et Signature :

Exemple de tableau de bord mensuel de suivi par service

Part des séjours par tranche d'IP DMS, par tranche d'âge et destination de sortie																	
Période d'analyse		Janv.-mai 2012					Numéro de l'unité médicale, service					1 310		Mois de sortie		Multiple	
Part des séjours en %	Tranche d'âge		Destinations														
	-17	17-60	60-75				>75						Grand total				
Tranche IP	domicile	domicile	1 MCO	2 SSR	3 SLD	4 PSY	domicile	1 MCO	2 SSR	7 méd soc	domicile	1 MCO	2 SSR	3 SLD	7 méd. soc.	Grand total	
IP<=1	100	39,36	50	0	0	100	37,27	48,72	0	50	58,19	41,07	37,14	50	69,44	47,16	
IP 1 -1,3	0	19,15	14,29	33,33	0	0	20,91	20,51	33,33	50	10,73	16,07	17,14	0	2,78	15,49	
IP 1,3-1,6	0	2,13	21,43	0	0	0	6,36	5,13	0	0	3,95	19,64	5,71	33,33	5,55	6,54	
>1,6	0	39,36	14,29	66,67	100	0	35,45	25,64	66,67	0	27,12	23,21	40	16,67	22,22	30,81	
Grand total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

GAINS OBTENUS

Objectif global de diminution de la DMS

Sur les services pilotes du centre hospitalier de Lons (médecine 1 et 2), on constate une diminution de la DMS, tous séjours confondus, de 30 % entre juin et septembre 2012 (correspondant à une réduction de 2,2 et 2,5 jours respectivement pour ces 2 unités), et également de 15 et 25 %, respectivement pour ces 2 unités, entre les données de DMS de septembre 2011 et de septembre 2012.

De façon plus précise, on constate une augmentation de la part des séjours à IPDMS inférieure à 1 et une réduction de la part des séjours longs.

Les diminutions de DMS sont constatées également au centre hospitalier de St Claude (-16 % entre septembre 2011 et septembre 2012), au centre hospitalier de Champagnole (-27 % entre juin 2012 et septembre 2012 correspondant à une réduction de 2,6 jours sur le service pilote et de -18 % entre septembre 2011 et septembre 2012), sur le centre hospitalier de Morez (-23 % entre septembre 2011 et septembre 2012).

Exemple de tableau de bord mensuel de suivi par service

	TRANCHE IP			
	IP<=1	IP 1 -1,3	IP 1,3 -1,6	>1,6
Total juin	60 %	10 %	14 %	16 %
Total juillet	41 %	23 %	9 %	27 %
Total août	52 %	16 %	7 %	25 %
Total septembre	75 %	8 %	7 %	10 %

Évolution de l'IP DMS en médecine 1 – Lons
(données PMSI CH de Lons-le-Saulnier)

Tableau de bord de suivi des taux de séjours longs

TRANCHE IP						
Cible – 20% à octobre 2012 (COPII du 28/06/2012)						
Unité pilote	T0 janv. - mai	juin	juillet	août	sept.	Cible oct.
M1-Lons	57%	40 %	59 %	48 %	25%	45%
M2-Lons	53%	46 %	60 %	46 %z	43%	42%
Méd. pneumo Champagnole	56%	50 %	43 %	48 %	55%	45%
M1-Saint-Claude	50%	43 %	45 %	36 %	49%	40%
Médecine-Morez	50%	39 %	48 %	37 %	57%	37%

Source : tableaux de bord édités par les DIM

RETOUR D'EXPÉRIENCE

- ❖ Les améliorations constatées et les résultats obtenus nécessitent une présence et une implication constantes et fortes de l'encadrement auprès des équipes. L'adhésion de l'ensemble des acteurs, difficile à obtenir, autour du projet, est indispensable à sa réussite.
- ❖ La communication autour du projet auprès des équipes afin d'en expliciter clairement et de façon pédagogique les enjeux et les objectifs poursuivis est indispensable. Elle permet notamment d'obtenir l'adhésion, une cohérence et une unité de discours entre l'encadrement des praticiens et les équipes soignantes.
- ❖ Le projet permet à l'ensemble des équipes soignantes et médicales de se questionner sur leurs modes de fonctionnement et l'impact de ceux-ci sur les DMS.
- ❖ La formalisation du projet de sortie dès les premiers jours d'admission du patient (dans la macrocible d'entrée) facilite la préparation du projet de sortie par les équipes et son anticipation. Une amélioration notable de la cohérence de discours entre le corps médical et encadrant facilite la communication avec le patient et sa famille.
- ❖ La mise en place des sorties le matin des patients a permis d'améliorer considérablement la qualité de l'accueil des patients à admettre en leur proposant dès leur arrivée une chambre disponible et permettant une meilleure organisation et anticipation des flux d'entrée et de sortie au sein du service. Elle permet également de diminuer d'une journée le temps d'hospitalisation des patients programmés en leur permettant de réaliser dès le matin de leur admission les examens nécessaires à leur prise en charge.
- ❖ La faible disponibilité en temps des spécialistes pour des consultations ou les disponibilités des équipements pour des examens complémentaires est un facteur d'allongement de la durée de séjour pour certains patients.



EN SAVOIR PLUS

Lydie VIDAL

Directrice d'établissement site de Champagnole et Morez

E-mail : lydie.vidal@ch-lons.fr



4 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS



EN BREF

Formaliser les processus des séjours afin de mieux gérer les lits : saisie informatique des mouvements au plus près des heures de sortie, favoriser les sorties avant 12h, intégrer des temps de *bionettoyage* optimisé dans le processus du séjour (décembre 2010)

ÉTABLISSEMENT

Au sein de la région Poitou-Charentes, le CHU de Poitiers est le seul établissement universitaire. Il représente à lui seul 20 % des séjours réalisés au sein de la région. Le CHU de Poitiers a recomposé en 11 pôles hospitalo-universitaires, les activités médicales et médico-techniques de ses 43 services. Il compte 1 616 lits et places, et réalise 59 915 séjours en hospitalisation complète.

Durant les 6 mois d'accompagnement, le chantier s'est déroulé sur un périmètre limité à 8 unités réparties sur 2 pôles d'activité médicale :

- Pôles Neurosciences et locomoteur regroupant les unités de neurologie; de neurochirurgie, de soins intensifs neuro-vasculaires et l'unité dédiée pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC)

- Pôle DUNE regroupant les unités d'hépatogastro-entérologie, de chirurgie viscérale, d'endoscopies digestives et l'unité médico-chirurgicale de l'appareil digestif.

Ce périmètre représente environ 14 000 séjours et 45 000 journées d'hospitalisation par an.

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

Préparer et faciliter le déploiement au sein des unités de soins de l'outil informatique de *management* visuel des flux patients qui, de fait, permet de gérer les lits.

L'objectif était double :

- acculturer la communauté de l'établissement à mieux gérer les lits;

- assurer de fait un retour sur investissement immédiat d'un achat éventuel d'outil.

Afin de faciliter le déploiement de l'outil informatique de gestion des flux patients, le CHU de Poitiers a choisi de travailler sur 4 axes, considérés comme pré-requis à l'installation :

1. La saisie des mouvements en temps « réel » par les services de soins dans le logiciel Hexagone avec une cible inférieure à 15 minutes
2. L'organisation du *bionettoyage* des chambres permettant une utilisation plus rapide des chambres libérées, avec une cible inférieure à 1 heure.
3. La mise en œuvre de la sortie des patients avant 12h, avec une cible supérieure à 30 %.
4. La mise en œuvre d'un plan de communication favorisant le déploiement de l'outil (diffusion de 3 notes de communication).

Afin de répondre à l'ensemble des problématiques, 3 réflexions parallèles aux objectifs initiaux du chantier ont été initiées :

- Mieux gérer le flux de patients en provenance des Urgences (Service porte + Service post-urgences).

- Mieux anticiper la prise en charge sociale du patient, notamment pour les patients programmés.

- Mieux utiliser les capacités de l'établissement pour assurer un désengorgement des services des soins (SSR, HAD...).

Enquête interne sur la saisie des mouvements dans Hexagone dans un délai moyen inférieur à 15 minutes

Un recueil sur une journée sur les 8 services en parallèle a permis de mettre en avant les disparités de saisie de mouvement. Un lien a été réalisé entre les délais observés et les pratiques organisationnelles. Cette analyse a permis d'identifier que la saisie des mouvements dans Hexagone n'était pas systématiquement intégrée dans un processus (notamment celui de la sortie du patient et de l'édition des documents : bon de sortie, lettre...). N'étant pas encapsulée dans un processus, cette tâche était donc vécue comme une tâche à non-valeur ajoutée pour l'agent et donc régulièrement reportée ou évitée.

Enquête interne sur la réduction du délai de réutilisation de la chambre bionettoyée à 1 heure après le départ du patient

Un recueil sur une journée a permis de montrer là aussi des disparités de délais entre les 8 services.

Globalement, le recueil a permis de valoriser le travail des agents en charge du bionettoyage des chambres (aides-soignantes et ASH) car les données relevées étaient proches de la cible. Une exception demeurait et était liée à la pratique d'un service.

Étude de la faisabilité sur l'augmentation du nombre de patients sortant avant 12h autour de 30%

Un test de faisabilité et d'intérêt de faire sortir un maximum de patients avant 12h a été réalisé au sein de 2 services durant 29 jours :

- La neurologie, afin de disposer d'une vision sur un service de médecine dont la moitié du recrutement est réalisée à partir des urgences (66 patients sont entrés dans le champ d'étude).

- La chirurgie viscérale, pour tester un service de chirurgie dont le recrutement est réalisé à 70 % sur des patients programmés et dont l'activité augmente de 5 % annuellement depuis 3 ans (35 patients sont entrés dans le champ d'étude).

Exemple

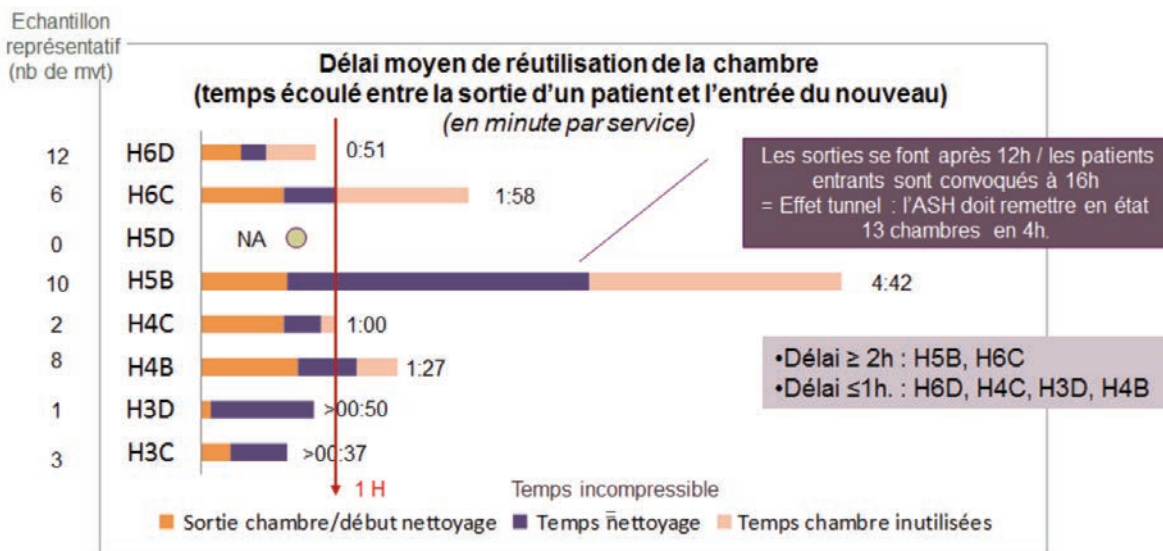


Tableau des résultats du recueil sur une journée des délais moyens de réutilisation de la chambre sur le périmètre pilote.

Les consignes de l'expérimentation avaient été les suivantes :

- ❖ Identifier à J-1 les patients sortant à J0.
- ❖ Préparer au maximum les dossiers médicaux et de soins à J-1.
- ❖ Libérer un maximum de chambres avant 12h et proposer des solutions alternatives au patient pour déjeuner s'il ne peut partir qu'après 12h (transport, famille...).
- ❖ Interdiction pour les Urgences d'envoyer des patients ne relevant pas de la spécialité entre 8h et 18h sous prétexte d'un lit disponible.

❖ Un lit réservé à 16h ou 18h pour un patient programmé est considéré comme occupé même s'il a été libéré à 10h par le patient précédent.

❖ Utiliser un système de *management* visuel sur la planification murale des services pour identifier rapidement le statut du patient (ex. : faire une croix sur la fiche en T...) et limiter les temps de transmission entre les professionnels.

Un recueil des heures et des raisons empêchant le patient de sortir avant 12h a été réalisé pour disposer d'une vision objective et opérationnelle :

Part des sorties par patient par pôle et tranche horaire

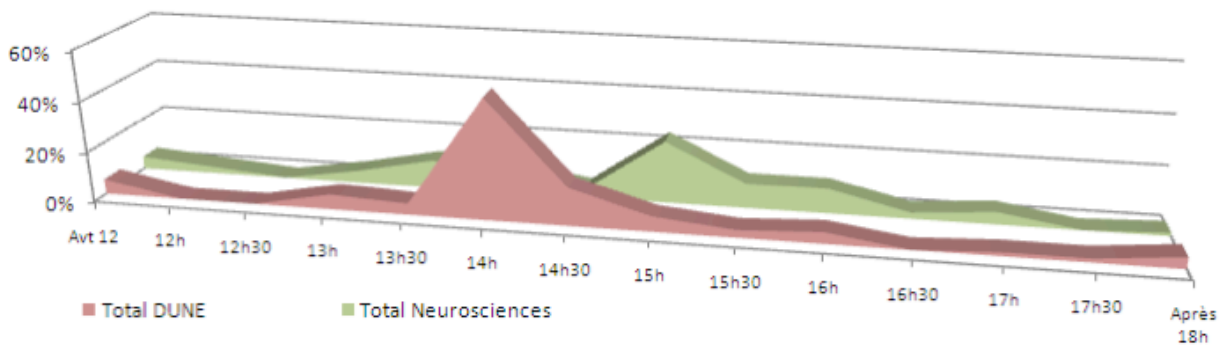
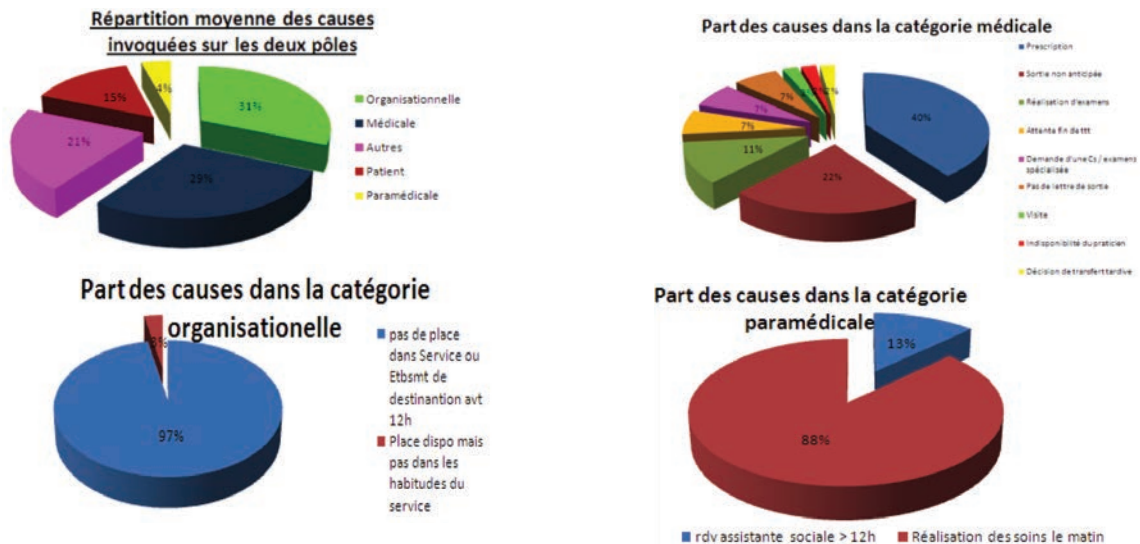


Tableau des résultats du recueil des taux de sortie par heure sur 29 jours dans le service de neurologie et de chirurgie viscérale

Part des sorties par patient par pôle et tranche horaire

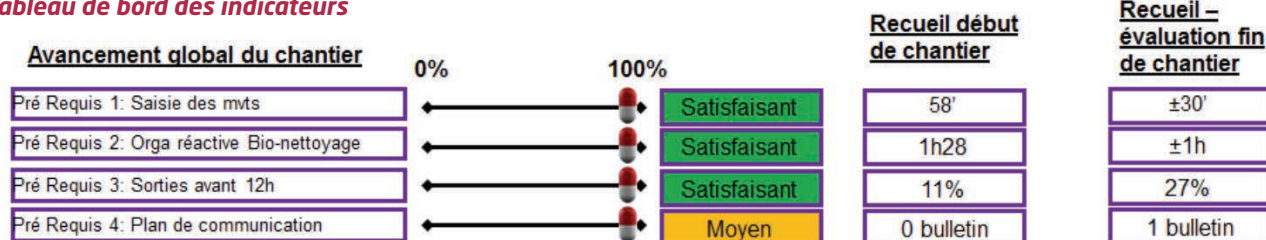


Graphiques de répartition des raisons bloquant la sortie du patient avant 12h

GAINS OBTENUS

Les résultats des indicateurs projet retenus.

Tableau de bord des indicateurs



Saisie des mouvements

La formation et l'information des personnels de soins des services ont permis d'intégrer la saisie des mouvements dans le processus de gestion de la sortie du patient.

Le levier utilisé a été le suivant : « *le bon de sortie daté et signé est obligatoire pour la gestion des droits du patient (mutuelles...).* Ce bon ne peut être édité que si le mouvement a été réalisé dans Hexagone ». Les agents n'avaient pas conscience jusqu'alors de l'aspect légal. C'est ainsi que la saisie des mouvements a été inscrite dans le processus et que l'ensemble de la communauté a trouvé un intérêt à le réaliser.

Sortie avant 12h et remise en état de la chambre

L'expérimentation « augmentation des sorties avant 12h » a donné les résultats suivants :

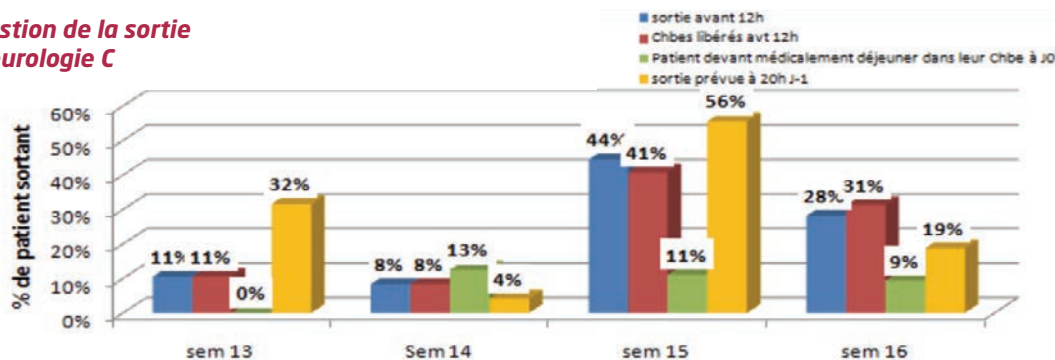
Cette expérimentation a permis d'observer que le nombre de sorties réalisées avant 12h à J0 (bâtons bleus) est extrêmement corrélé à la préparation des dossiers et à l'identification des patients sortant à J-1 (bâtons jaunes).

Au-delà de l'investissement sans faille des cadres de chaque service lors de l'expérimentation, il est indéniable que l'augmentation du volume des sorties avant 12h est une action médico-soignante. Si l'un ou l'autre ne s'investit pas, les objectifs ne sauraient être atteints.

Un des freins identifiés est la nécessité pour certains patients (dont la part est variable en fonction du service) de devoir déjeuner dans un lit et non en salle d'attente ou au *self* comme préconisé (bâtons verts).

Afin d'identifier les patients sortant à J0 la veille, les services ont investi la consigne d'utilisation d'un système de *management* visuel.

Gestion de la sortie Neurologie C



Graphique d'illustration de l'évolution des sorties avant 12h par rapport au nombre total de sorties sur 1 service du périmètre pilote.

Proposition de tâches ASH pouvant être déplacées pour assumer le bionettoyage des chambres immédiatement après leur libération

Horaires	Tâches MATIN	Durée
07h00	Préparer pichet et petit déjeuner en fonction des fiches repas	0:30
07h30	Distribution des pichets	0:20
	Faire tourner le lave vaisselle	0:10
08h00	Distribution des petits déjeuners	0:25
	Débarrasser les petits déjeuner	0:25
	Faire tourner le lave vaisselle	0:10
09h00	Préparer le chariot ménage	0:15
	Faire sanitaire public	0:15
	Faire sanitaire privée	0:15
	Lingerie	0:15
	Bionettoyage quotidien des chambres	2:00
12h00	Nettoyer et recharger le chariot ménage pour l'équipe d'apm	0:20
	Aider les aides soignantes à la distribution des repas si les chambres sont terminées	0:40
12h30	Pause repas	0:30
13h00	Débarrasser les plateaux repas	0:25
	Faire tourner le lave vaisselle	0:10
	Nettoyer l'office alimentaire	0:25
14h00	Transmissions	00:30

Horaires	Tâches APM	Durée
14h00	Transmissions	0:30
15h00	Bionettoyage des départs des chambres	1:00
	Nettoyage SDB, Salle de séjour, office, salle de pauses, réserves, vestiaires	1:00
17h00	Nettoyage couloirs	1:00
18h00	Nettoyage bureaux de consultation	0:20
	Nettoyage bureau cadre et médecin	0:10
18h30	Aider à la distribution des repas	0:30
19h00	Pause repas	0:30
19h30	Débarasser les plateaux repas	0:20
	Faire tourner le lave vaisselle	0:10
20h00	Nettoyage salle de décontamination, salle de soin, office alimentaire	0:30
	Nettoyer et recharger le chariot de ménage	0:20
	Préparer les plateaux de petits déjeuner	0:10
21h00	Transmissions	0:30

Bonne pratique opérationnelle ❖ L'un a plié le coin des fiches en T sur la planification murale quand l'autre a choisi de mettre une fiche en T verte à côté du nom du patient.

L'ensemble des corps de métier à l'exception des ASH se sont saisis de manière autonome de ce système pour prioriser leur travail.

Préalablement à l'expérimentation, un travail sur les tâches ASH pouvant être décalées dans la journée afin d'assurer le bionettoyage des chambres avait été réalisé. L'objectif était d'inciter les personnels à prioriser le déroulement de leur journée.

L'expérimentation n'a pas permis de prouver que la mise à disposition avant 12h de chambre pour les Urgences, réduisait le taux d'hospitalisation dans une unité inadaptée, et par conséquent les problématiques majeures d'hébergement au CHU de Poitiers.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Dans le cadre d'un établissement comme le CHU de Poitiers où globalement les indicateurs de taux d'occupation, de file active et de gestion de la durée moyenne de séjour sont plutôt bons, l'amélioration de la gestion des lits est donc un processus multifactoriel où de multiples petites victoires (sorties avant 12h, anticipation de la prise en charge sociale, déploiement de protocoles) permettront globalement d'utiliser les marges de manœuvre.

Toutefois, cette expérimentation a permis d'identifier une bonne pratique de *management* médical et de relations avec les Urgences dès lors que la spécialité dispose d'une garde d'internes.

Bonne pratique organisationnelle de l'établissement ❖ Un interne passant donner un avis sur l'opportunité d'hospitalisation dans le service permet de limiter le phénomène d'hébergement.

Parallèlement, les Urgences ont ressenti une véritable amélioration de l'information donnée par l'interne quant à la disponibilité des lits lors de l'expérimentation.



NOUS SOUHAITERIONS

- ❖ Réaliser une information plus large (équipes de nuit et de jour).
- ❖ Exposer clairement aux équipes les objectifs et enjeux de cette pratique.
- ❖ Prendre le temps de démarrer le projet.
- ❖ Prioriser les tâches des AS et ASH sur la matinée.
- ❖ Impliquer les externes dans la préparation du dossier de sortie (afin de faciliter le travail de l'interne).
- ❖ Mettre en place une AS de coupure afin d'accélérer la réalisation des toilettes.

Si
c'était à
refaire

NOUS RECONDUIRIONS

- ❖ L'identification d'une référente dans chaque aile en charge de la sensibilisation des équipes médicales et paramédicales.
- ❖ La réactivité dans la mise en place du projet qui a permis à chacun de se mettre en ordre de marche.

EN SAVOIR PLUS

M. Éric DUPEYRON
Directeur du pôle projets

Tél. : 05 49 44 44 44

E-mail : eric.dupeyron@chu-poitiers.fr



5 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN



EN BREF

Gestion centralisée et prévisionnelle des lits : mise en place d'une cellule de gestion centralisée des lits
Optimisation des ressources existantes pour absorber un supplément d'activité à capacité d'hébergement constante
Amélioration de la qualité de réponse du CHU aux besoins de la population (juin 2011)

ÉTABLISSEMENT

Premier employeur de Haute-Normandie, le CHU Hôpitaux de Rouen est reconnu comme l'établissement sanitaire de référence de la région.

D'une capacité de 2 445 lits et places, répartis sur 5 sites, il emploie plus de 9 600 personnes. Ses missions essentielles sont le soin, l'enseignement, la recherche et la prévention.

Le CHU-Hôpitaux de Rouen compte 5 sites dans l'agglomération rouennaise :

- Hôpital Charles-NICOLLE à Rouen ;
- Hôpital de Bois-Guillaume ;
- Hôpital de Oissel ;
- Maison de retraite Boucaut à Mont-Saint-Aignan ;
- Hôpital Saint-Julien à Petit-Quevilly.

La définition du périmètre de la gestion des lits a été choisie pour respecter un certain nombre de principes :

- **une cohérence géographique** : le périmètre de gestion doit rassembler au minimum une centaine de lits contigus, localisés au sein d'un même ensemble géographique ;
- **une cohérence soignante** : les prises en charge soignantes réalisées au sein de cet ensemble doivent être le plus homogène possible, de sorte à faciliter la montée en compétence des personnels sur des pathologies nouvelles ;
- **une cohérence des flux patients** : le périmètre de gestion doit permettre de lisser les flux dans le temps ;
- **une cohérence managériale** : la conduite du changement sera d'autant plus souple qu'elle fera intervenir un nombre limité de pôles et donc de chefferie de pôle.

Le périmètre du projet initial comprend les services de chirurgie cardiaque et de cardiologie (pôle Thorax-Vaisseaux) et le service de réanimation cardiaque (pôle Réanimation, Anesthésie et SAMU) (113 lits au total), installés au sein d'un même bâtiment sur des étages contigus, compatibles avec l'optimisation des flux en hospitalisation.

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

Pour mettre en œuvre la **gestion centralisée et prévisionnelle des lits**, 3 objectifs ont été fixés.

- Instaurer des modalités de gestion des flux patients d'hospitalisation conventionnelle communes entre la cardiologie, la chirurgie cardiaque et la réanimation cardiaque, sur un ensemble de taille plus importante (113 lits) et propice au lissage des flux, par un acteur unique : la « cellule de gestion des lits ».
- Évaluer l'impact de ces changements sur l'activité des services et tout particulièrement la résorption de la liste d'attente des patients pris en charge en chirurgie cardiaque à la fin du projet pilote.
- Le cas échéant, réévaluer l'opportunité d'une augmentation capacitaire de la chirurgie cardiaque au regard des résultats du projet pilote.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Définir le processus cible

Mise en place d'une cellule centralisée de gestion des lits du périmètre.

- La gestion des lits est centralisée au niveau d'une **cellule unique** qui a en charge l'affectation des malades dans les lits et le pilotage des flux d'hospitalisation.
- Les « frontières » entre services évoluent dans le temps en fonction des fluctuations d'activité des spécialités. Les hébergements sont réalisés en respectant des **règles** définies par les pôles et validées par les chefs de service.
- Le service ne gère plus l'affectation des lits mais est garant de la qualité et de l'exhaustivité des **informations** transmises aux gestionnaires des lits.
- C'est à l'issue d'**ateliers** de travail, réunissant cadres et praticiens, qu'a été défini le **processus de gestion des flux** unique sur le périmètre.

Préparer le démarrage du projet

Un rétroplanning du projet (format GANTT) permet que l'ensemble des actions de préparation au démarrage soient réalisées à temps. Cet outil a été mis à jour avec une fréquence hebdomadaire avec l'équipe projet afin de maîtriser les délais.

Exemple

GANTT du projet à mettre à jour toutes les semaines		Responsables	24/10	31/10	7/11	14/11	21/11	28/11	5/12	12/12	19/12	26/12	2/1	9/1	16/1	23/1	30/1	6/2	13/2	20/2	
			PROGRAMMATION PRÉVISIONNELLE	PROGRAMME																	
Action 1 : informer les chefs de service de la mise en œuvre du projet	Responsable médical de pôle																				
Action 2 : présenter les principes d'utilisation de l'outil et identifier les impacts sur l'organisation actuelle	Cadres supérieurs																				
Action 3 : présenter l'outil et ses principes d'utilisation	Bureau de pôle																				
Action 4 : concevoir le tableau de bord du projet (indicateurs) et évaluer le projet	Trio de pôles/Direction																				
Action 5 : édicter les règles médicales de fonctionnement de la nouvelle organisation	Bureau de pôle																				
Action 6 : pourvoir le poste de gestionnaire de lits	DRH																				
Action 7 : mettre à disposition les conditions matérielles nécessaires	DSIO																				
Action 8 : rédiger et communiquer les nouvelles procédures de gestion des lits sur la cardiologie et la chirurgie cardiaque	Encadrement + tous les professionnels concernés																				
Action 9 : installer, paramétrer et tester l'outil	DSIO																				
Action 10 : former les personnels à l'utilisation de l'outil	Cadre de pôle/Consultant																				
Action 11 : démarrer la mise en œuvre de la nouvelle organisation	Chef et encadrement du pôle																				
Action 12 : évaluer le projet (tableau de bord, indicateurs)	Trio de pôle/Direction																				

Communiquer auprès des équipes

Des séances de communication ont été réalisées auprès des équipes du terrain avant le démarrage pour que chacun comprenne son rôle au sein de la nouvelle organisation.

Le suivi des actions a également été partagé lors de réunions de pôle.

Outils la cellule de gestion de lits

Mise en place d'un outil informatique provisoire à partir d'Excel dans l'attente de la mise en œuvre d'un module de gestion des lits intégré au nouveau SIH.

Accompagner la mise en œuvre

✦ Lancement du projet par le Directeur général.

✦ Réunions de travail avec les médecins et les cadres pour définir la procédure de gestion des lits :

- rôles et responsabilités,
- règles d'hébergement des patients,
- fonctionnement pendant la fermeture de la cellule.

✦ Recrutement et formation des infirmières diplômées d'État (IDE) de la cellule.

✦ Séances d'information des IDE des services.

✦ Réunion de travail avec le service des urgences adultes.

Évaluer :

✦ **les services rendus par la cellule et l'efficacité de la coopération interservices** (tableau de bord de suivi d'indicateurs) ;

✦ **le respect des nouvelles pratiques organisationnelles**; analyse hebdomadaire avec le chef du pôle et l'encadrement des dysfonctionnements intervenus sur les 3 premiers mois. Un suivi rapproché par la Direction a été réalisé.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Une cellule de gestion centralisée et prévisionnelle des lits, avec des infirmières spécifiquement dédiées à cette mission.

Une procédure de gestion des lits (règles entre services, rôle et responsabilités...)

Règles que doit observer la cellule de gestion des lits

1. La cellule doit affecter les patients dans les lits, quelles que soient leurs provenances – dès lors que l'hospitalisation a été validée par un médecin du service :
 - à J-1 après midi pour les programmés du lendemain matin,
 - à J0 le matin pour les programmés de l'après midi,
 - en temps réel pour les urgences et entrées directes.

Exception : l'affectation des lits dans le service de Réanimation cardiaque est réalisée par le cadre de santé.

2. Dès lors qu'un service est saturé et qu'il n'est pas possible de placer un patient dans le service de spécialité dont il relève, la cellule procède à un hébergement en respectant les règles validées par le pôle.
3. La cellule met à jour dans le logiciel les entrées des patients pour les hospitalisations programmées à partir de CDP2.
4. La cellule doit tenir compte des demandes des praticiens pour procéder aux placements les plus adaptés aux besoins des patients.
5. La cellule doit proposer des solutions alternatives au service si celui-ci a mis en évidence des affectations incompatibles avec les besoins du patient.
6. La cellule sollicite le cadre de santé du service et/ou l'équipe de soins pour réaliser des changements de lits (« switches »), notamment pour réunir des patients de même sexe.
7. Pour l'accueil des patients en provenance des urgences, les gestionnaires des lits doivent contacter les gestionnaires des lits du service des urgences pour recueillir toutes les informations nécessaires à l'organisation de la prise en charge et à l'affectation (nom, prénom, date de naissance, sexe, autonomie, motif d'hospitalisation, âge, condition sociale, cohérence, statut infectieux, nécessité ou demande de chambre particulière).
8. La cellule analyse l'activité prévisionnelle et prévient les services des éventuels surcharges d'activités afin d'anticiper sur les sorties.
9. La cellule adresse chaque jour entre 13h et 13h45 un état prévisionnel des disponibilités en lits de chirurgie et de réanimation à J+1 (Annexe). Cet état est envoyé par mail aux cadres de santé de chirurgie cardiaque, de réanimation et du bloc, ainsi qu'au cadre supérieur de santé et aux médecins de réanimation. La cellule indique les éventuelles difficultés liées à la réalisation du programme opératoire du lendemain ainsi que ses propositions d'hébergement.
10. La cellule participe au staff de 8h30 afin de procéder en temps réel à l'affectation des patients sortants de réanimation dans les lits de chirurgie ou de l'USC.
11. Dans le cadre de sa mission, la cellule peut être amenée à entrer en contact avec un correspondant extérieur (médecin de ville, société d'assistance...) ou un patient, avec l'accord d'un médecin sénior du service, pour prévoir l'affectation d'un patient (unité, date et heure d'entrée). L'organisation du transfert ou du rapatriement d'un patient est prise en charge par l'encadrement du service.

GAINS OBTENUS

Après 6 mois de fonctionnement opérationnel de la cellule de gestion des lits, des résultats ont été constatés à plusieurs niveaux

Concernant la chirurgie et la réanimation :

- ❖ l'indicateur le plus déterminant est celui du nombre d'interventions opératoires : le nombre d'interventions augmente sensiblement (+6,8 %) ;
- ❖ diminution du nombre de patients en attente d'intervention (111 en février 2012, 82 à fin septembre 2012) ;
- ❖ diminution du nombre de reports (-10 %) ;
- ❖ les situations de manque de lits sont moins fréquentes (plus fréquentes lors des fermetures saisonnières de lits).

Concernant la cardiologie :

- ❖ l'activité programmée en hôpital de semaine s'est développée (+87 entrées) ;
- ❖ la part d'entrées par les urgences pour les unités d'hospitalisation conventionnelle a augmenté de 3,8 % ;
- ❖ les sorties avant 12h ont également augmenté de 5 %.

Globalement une augmentation des taux d'occupation de 3,7 % en hospitalisation conventionnelle et soins continus a été constatée, dont 5 % en chirurgie.

Limitation du nombre de déprogrammations : aucune déprogrammation faute de lit d'hospitalisation n'a été constatée par la cellule de gestion des lits.

Répartition des causes de déprogrammation depuis 3 mois

Au 1 ^{er} du mois de	AVANCE	PB MED	REFUS	MANQUE DE PLACE REA	MANQUE DE PLACE SERVICE	PRISE EN CHARGE D'URGENCE AU BLOC	ABS CHIR	MANQUE EFFECTIF IDE	Organisation programme	Manque IADÉ
JANVIER	0	2	0	1	6	4	0	0	2	
FEVRIER	0	1	0	1	1	2	2	0	0	2
MARS	0	5	0	2	3	13	1	0	4	0
Démarrage de la cellule le 8 février										
AVRIL	2	2	1	1	0	9	1	0	0	0
MAI	1	1	0	1	0	11	0	0	0	0

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Les difficultés rencontrées résident essentiellement dans la mise en œuvre du processus cible sur le terrain qui est venue percuter les réflexes d'appropriation de la ressource « lit » par les services.

Le management du projet au plus haut niveau décisionnel et l'engagement des Directions de projet, médicale, soignante et administrative dans la résolution des difficultés du terrain ont constitué des atouts majeurs qui ont permis de faire aboutir le projet.

Par sa réactivité et sa transversalité, la cellule de gestion des lits a permis de « fluidifier » les parcours de prise en charge des patients.

Bien que les résultats de cette démarche aient été substantiels, d'autres moyens complémentaires d'augmentation de l'activité de chirurgie cardiaque sont à l'étude.

EN SAVOIR PLUS

Aude KEMPF

Direction de la performance, de l'organisation, et du système d'information

CHU de Rouen
1, rue de Germont - 76031 Rouen cedex
E-mail : aude.kempf@chu-rouen.fr





6 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SAINT-ÉTIENNE



EN BREF

Améliorer l'adéquation du type d'hébergement à l'activité pour permettre un ajustement des capacités à l'activité (réduction capacitaire et ressources humaines) (septembre 2010)

ÉTABLISSEMENT

Le CHU de Saint-Étienne dessert un bassin de santé de 650 000 habitants. Il est constitué de plusieurs sites :

- Hôpital Nord : 1 042 lits et places ;
- Hôpital Bellevue : 522 lits et places ;
- Hôpital La Charité : 254 lits et places ;
- Hôpital de jour extérieur (Firminy, RDG, Saint-Chamond, Andrézieux...) : 70 places.

Les 1 888 lits et places (lits installés aux 31 décembre 2010) se répartissent sur les activités suivantes :

- Médecine : 682
- Chirurgie : 307
- Gynéco-obstétrique : 95
- Psychiatrie : 485
- SSR : 159

Le CHU de Saint-Étienne est organisé en 14 pôles médicaux et médicotechniques. Le pôle pilote identifié par la Direction du CHU est le pôle Tête et Cou constitué de 4 services : endocrinologie, chirurgie maxillo-faciale (CMF), ORL et ophtalmologie. Cela représente 70 lits d'hospitalisation conventionnelle, 9 lits d'hospitalisation de semaine et 4 lits d'hospitalisation de jour. Ce pôle héberge par ailleurs 10 lits de chirurgie ambulatoire qu'il alimente en activité à hauteur de 70 %.

Le périmètre du chantier est réduit aux activités chirurgicales hors ambulatoire de ce pôle, excluant donc les lits d'endocrinologie (9) et les lits d'ambulatoire (4).

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIENCE DÉCRITE

L'établissement s'est fixé 3 objectifs :

- Ajuster la capacité en lits à l'activité actuelle et ainsi améliorer le taux d'occupation à 85 % sur l'année 2011 avec un premier résultat dès le premier trimestre 2011 sur les 3 services de chirurgie.
- Mettre en place les bonnes pratiques en matière de gestion des lits (améliorer le processus d'entrée et de sortie des patients).
- Assurer au pôle une lisibilité sur cette gestion pour améliorer l'efficacité médico-économique du pôle.

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Adapter le type d'hospitalisation à l'activité réelle :

- transformer des lits d'hospitalisation complète (HC) en hospitalisation de semaine (HS), (21 lits au total) ;
- procéder à la fermeture de 6 lits (12 estimés).

Organiser le pilotage de la gestion des lits par le trio de pôle :

- donner au trinôme de pôle une méthode adaptée au suivi du projet ;
- permettre au trinôme de pôle d'avoir une lisibilité sur la gestion des lits.

Développer l'outil de planification des lits

Préparer le regroupement d'ophtalmologie à côté du service de chirurgie maxillo-faciale (CMF) :

- lisser l'activité des services ;
- formaliser les règles et les priorités de mutualisation des lits et des moyens humains associés dans le pôle.

Améliorer les pratiques de sorties des patients :

- partager et homogénéiser les pratiques ;
- suivre et agir sur les DMS longues.

Chaque action a été menée au sein d'un service et ensuite dupliquée sur les autres services de chirurgie.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Des outils adaptés ont été mis en place pour améliorer les pratiques de sortie :

Répartition des causes de déprogrammations depuis 3 mois



Check-list des documents de sortie

Retour à Domicile

Documents à prévoir	Documents présents dans l'enveloppe
<input type="checkbox"/> Lettre au médecin traitant	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnances de sorties médicamenteuses	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnances soins infirmiers : -réfection pansements	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance laboratoire : -Injection anti-coagulant	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ordonnance matériel médical (Cannes anglaises, déambulateur, lit médicalisé)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bon de transport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compagnie de transport commandée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour consultation de contrôle post-opératoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison IDE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat médical initial des lésions	<input type="checkbox"/>

Centre de convalescence et / ou rééducation

Documents à prévoir	Documents présents dans l'enveloppe
<input type="checkbox"/> Lettre centre de convalescence	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lettre du médecin traitant	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bon de transport	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour consultation post-opératoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rendez-vous pour radio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison IDE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche de liaison assistante sociale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bulletin de sortie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Photocopie de l'ensemble des traitements (ordonnances)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat médical initial des lésions	<input type="checkbox"/>

OUTIL DE PLANIFICATION DES LITS

Outil de planification des lits

5 Decembre 2011 Figurer volets Nom Prénom Ambulatoire Initiales chirurgien Annulations Heure entrée A planifier

Rechercher un patient **Planification à partir du 05/12/2011, spécialité : O.R.L.**

		Lun 05/12	Mar 06/12	Mer 07/12	Jeu 08/12	Ven 09/12	Sam 10/12	Dim 11/12	Lun 12/12	Mar 13/12	Mer 14/12	Jeu 15/12	Ven 16/12	Sam 17/12	Dim 18/12	Lun 19/12	Mar 20/12	Mer 21/12	Jeu 22/12	Ven 23/12		
Motif		M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N
Annulée																						
Annulée																						
A planifier																						
Annulée																						
Annulée																						
Annulée																						
A planifier																						
Annulée																						
A planifier																						
Annulée																						
Annulée																						
Annulée																						
Secteur		M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N	M	A	N
Secteur 1 B201		E	F																			
Secteur 1 B202		H																				
Secteur 1 B203																						
Secteur 1 B204		F																				
Secteur 1 B205																						
Secteur 1 B206		E																				
Secteur 1 B207F		H																				
Secteur 1 B208F		F																				
Secteur 1 B208P		F																				
Secteur 1 B209F		H																				
Secteur 1 B209P		H																				
Secteur 1 B209P		H																				
Secteur 1 B210		F																				
Secteur 1 B211		F																				
Secteur 1 B212		H																				
Secteur 2 B213F		H																				
Secteur 2 B213P		H																				
Secteur 2 B214F		H																				
Secteur 2 B214P		H																				
Secteur 2 B215		F																				
Secteur 2 B216		F																				
Secteur 2 B217		H																				
Secteur 2 B218P		H																				
Secteur 2 B219		F																				

Tableau de bord de pilotage de la gestion des lits à destination du trinôme de pôle

- ❖ Nombre de lits installés (HC + HS, fin de mois)
- ❖ Nombre de lits installés (HTP, fin de mois)
- ❖ Nombre d'entrées (HC + HS) via les Urgences
- ❖ Radios entrées (HC + HS) via les Urgences sur les entrées totales
- ❖ Nombre de venues et séances (temps partiel)
- ❖ Nombre de journées administratives
- ❖ Taux de sortie avant 12h
- ❖ Taux d'occupation SAE (HC + HS)

GAINS OBTENUS

Adapter le type d'hospitalisation à l'activité réelle

❖ Transformation de 21 lits d'hospitalisation complète en hôpital de semaine (25 % capacité du pôle) au 1^{er} janvier 2011.

❖ Fermeture effective de 6 lits au 31 janvier 2011 avec un ajustement des maquettes organisationnelles. Plan de redéploiement d'effectifs validé par la Direction, avec un étalement jusqu'en juin 2011.

Préparer le regroupement d'ophtalmologie à côté du service de chirurgie maxillo-faciale (CMF)

❖ Regroupement d'un service de chirurgie maxillo-faciale de 15 lits avec un service d'ophtalmologie de 16 lits sur le même étage (date de déménagement : 15 décembre 2010).

❖ Mise en place de formations pour la mutualisation de certaines prises en charge, en particulier pour les week-ends.

Développer l'outil de planification des lits

Mise en place d'un outil spécifique de programmation des lits, adapté en collaboration avec le Directeur des systèmes d'information. Ce logiciel a été couplé avec le système de programmation du bloc opératoire (IPOP) du CHU et le système de gestion administrative des patients. Sa mise en œuvre a été effective au 2 janvier 2011 dans le pôle TEC et l'outil a été déployé en parallèle dans le pôle DOCP2 (pneumologie, dermatologie, chirurgie thoracique...).

Organiser le pilotage de la gestion des lits par le trinôme de pôle

❖ Mise en place d'indicateurs de suivi de la gestion des lits.

❖ Plan de communication des résultats auprès du trio de pôle (janvier et février 2011).

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La constitution des groupes pluridisciplinaires, regroupant des médecins, des cadres de santé, des secrétaires et des représentants du pôle a été et reste un facteur clé de réussite.

La mise en place d'outils (tableaux de bord, processus cibles...) facilite l'appropriation de la démarche par les professionnels.

L'implication des chefs de pôle et de la Direction, relayée par une communication institutionnelle forte, est indispensable à la réussite du projet. Les équipes médicales et paramédicales des services ne peuvent porter seules la démarche.

EN SAVOIR PLUS

Clément CAILLAUX

Chef de Projet performance CHU Saint-Étienne

Gilles LAROZE

Chargé de mission Gestion des lits
pôle Pilotage

Centre hospitalier universitaire

42055 Saint-Étienne cedex 2

Tél. : +33.(0)4 77 82 90 45

Tél. : +33.(0)6 07 03 21 36

E-mail : gilles.laroze@chu-st-etienne.fr





7

GLOSSAIRE

ASH : Agent des services hospitaliers

CHU : Centre hospitalier universitaire

DIM : Département d'information médicale

DMS : Durée moyenne de séjour

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent temps plein

GHM : Groupe homogène de malades

GPES : Gestion prévisionnelle des entrées et sorties

HAD : Hospitalisation à domicile

HC : Hospitalisation conventionnelle

HDJ : Hôpital de jour

IP DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Structure d'accueil des urgences

SSR : Soins de suite et réadaptation

UCA : Unité de chirurgie ambulatoire

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

8

REMERCIEMENTS

Tous nos remerciements aux équipes projet et soignantes qui ont contribué par leur travail à la mise en œuvre de ces projets. Les résultats obtenus sont le fruit de leur implication dans la démarche.

✦ Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph et les équipes du pôle pilote (ophtalmologie, ORL - stomatologie, orthopédie, chirurgies digestives, gastro, proctologie. Bâtiment Sainte-Geneviève) ainsi que les équipes des autres pôles en phase de déploiement.

✦ Les hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine et les équipes du pôle Coeur-Vaisseaux de l'hôpital de Bichat ainsi que du pôle Adultes de l'hôpital Louis-MOURIER.

✦ La communauté hospitalière de territoire Jura Sud et les équipes des services de gastro-entérologie et de pneumologie du centre hospitalier de Lons-le-Saulnier, du service de médecine du centre hospitalier de Saint-Claude, du service de médecine du centre hospitalier de Champagnole et du service de médecine de l'hôpital de Morez.

✦ Le CHU de Poitiers et les équipes du pôle Neurosciences et locomoteur regroupant les unités de neurologie ; de neurochirurgie, de soins intensifs neurovasculaires et l'unité dédiée pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), ainsi que du pôle DUNE, regroupant les unités d'hépatogastro-entérologie, de chirurgie viscérale, d'endoscopies digestives et l'unité médico-chirurgicale de l'appareil digestif.

✦ Le CHU de Rouen et les équipes du service de chirurgie cardiaque et de cardiologie du pôle «Thorax Vaisseaux»

✦ Le CHU de Saint-Étienne et les équipes du pôle Tête et cou regroupant les services d'endocrinologie, chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmologie.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Gestion des lits - Retours d'expérience © ANAP 2013 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : www.pixelis.fr - avril 2013

Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ

Crédit photos : ANAP

Imprimé par CARACTÈRE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

La gestion des lits dans les établissements de santé pose le problème de la gestion opérationnelle des flux de patient, faisant cohabiter des flux programmés et non programmés.

Ce guide expose six projets d'amélioration de la gestion des lits, menés dans des établissements de médecine chirurgie obstétrique, sur une période de six mois, dans le cadre des Projets Performance de l'ANAP. Les actions menées par ces établissements sont variées et offrent des perspectives à ceux qui souhaitent s'engager dans une démarche similaire.

