



Chapitre 92

Gestion des lits

O. HUAULMÉ

Points essentiels

- Le manque d'informations exactes en temps réel sur l'occupation effective et prévisionnelle à l'hôpital est la première cause de difficulté d'accueil des patients arrivés par les urgences.
- La gestion des lits est complexe de par la multiplicité des parcours patients possibles mais stratégiques.
- Définir les préconisations pour optimiser la ressource lit.

1. Introduction

Un établissement de soins devrait accueillir tous les patients qui nécessitent une hospitalisation qu'ils soient programmés ou non programmés (issus des services d'urgence).

Les ressources techniques et humaines nécessaires sont importantes et forment une organisation complexe.

La maîtrise des coûts est l'objectif de la plupart des hôpitaux, tout en conservant la sécurité et la qualité des soins.

Les faisabilités dans chaque unité ont d'ores et déjà été organisées, désormais les réflexions sont au niveau transversal : la gestion des lits en fait partie d'autant plus que l'ensemble des acteurs du monde hospitalier s'appuie sur cette unité fondamentale. La gestion des lits hospitaliers a en effet un impact direct sur le taux

Correspondance : Olivier Huaulmé, cadre de santé service des urgences adulte CHU Angers, 4, rue Larrey, 49100 Angers.
E-mail : O.huaulme@wanadoo.fr

d'occupation de chacun des services mais également tout au long de la trajectoire patient depuis l'amont, avec une incidence sur la gestion des urgences, jusqu'à l'aval. Le problème provient du fait que les patients non programmés doivent être acceptés dans les meilleurs délais afin de libérer au plus tôt le service d'urgences.

Même si les services d'urgences sont de grands consommateurs de lits, leur demande est connue donc planifiable. Ces services ne doivent pas pour autant assurer la gestion des lits. Toutefois, les services d'urgences doivent participer à cette recherche d'efficience pour optimiser la gestion des lits. Agir sur ce potentiel permettra outre le fait de rendre disponible une ressource, d'agir sur une dimension stratégique et opérationnelle.

Nous allons définir les problématiques de flux des patients aux urgences, dans les unités de soins et proposer des solutions à mettre en place dans nos établissements pour obtenir un impact au niveau des services d'urgences.

2. Préambule

Un établissement de santé moderne est une conjonction entre deux concepts qui doivent cohabiter : un lieu de soins et un lieu d'hébergement. Le niveau de soins atteint aujourd'hui est considéré comme performant, par contre le niveau d'hébergement dans nos structures souffre d'une désorganisation.

L'effet médiatique le plus marquant sont les conditions d'accueil aux urgences. Le développement de l'outil informatique pour assurer le traitement des informations permettait d'espérer une amélioration sur la problématique des flux. Dans les années 1990, les services d'accueil des urgences (SAU) ont aussi développés un ensemble de logiciels dont aujourd'hui nous ne pourrions nous passer.

Si cela a permis d'améliorer les conditions d'accueil et de sécuriser la prise en soins des patients, il reste un point de stagnation, c'est l'aval des urgences. Ce problème ne fait que croître depuis quelques années.

La tarification à l'activité a entraîné une pression de plus en apportant des critères supplémentaires à respecter comme la durée moyenne de séjour. L'accueil des patients devenait aussi analytique.

Pour résoudre ce problème de l'aval, une solution transitoire d'hébergement a été créée : les Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) sont nées. Le concept même s'il est judicieux a très vite montré ses limites, l'engorgement ne faisait qu'augmenter. Maintenant, il apparaît qu'il faut non seulement connaître le nombre de lits disponibles mais aussi l'offre de soins.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) devait voir le jour. Le ROR est un outil informatique répondant aux critères réglementaires et aux recommandations nationales décrivant l'opérationnalité de chaque établissement. La circulaire du 16 avril 2003 sur les urgences mentionne le ROR comme un dispositif

indispensable de l'orientation des patients : par contre ce répertoire a mis beaucoup de temps à se mettre en place. Le ROR est déployé dans la plupart des régions françaises, très utile pour les centres de régulation, il permet de connaître instantanément l'état de l'offre de soins lorsque les données sont actualisées. Gérer des flux patients est devenu une priorité dans les structures de soins tout comme une société, l'objectif étant l'efficacité, mais surtout pour l'hôpital public d'accueillir le plus grand nombre de patients qui le nécessitent avec des besoins en soins qui évoluent ; la population française augmente, vieillit, se paupérise.

Même si les outils informatiques apportent une synthèse des données au moins une analyse voire une aide aux choix, ils resteront incapables de prendre la décision qui s'impose en fonction de situations complexes. Les Anglo-Saxons ont développé depuis une décennie deux conceptions pour gérer les flux patients : la chirurgie ambulatoire, ayant un impact fort sur la DMS et les « bed managers » pour gérer le mouvement des patients dans et au-delà des structures.

Les flux d'entrée à l'hôpital sont multiples. La complexité est de rendre compatibles les entrées programmées et celles non programmées.

Le problème majeur des structures de soins aujourd'hui dans les hôpitaux est l'accès à l'information. Majoritairement la disponibilité en lits n'est connue que par l'appel direct dans des différents composants de la structure, les informations recueillies ne sont pas le reflet des capacités tant les biais sont importants. Le recensement est souvent téléphonique, généralement fait par un cadre de santé. Ce manque de transparence amène de la suspicion, d'un côté « on nous cache » de l'autre « on prend ce qui est déjà pris » cela développe non seulement incompréhension voir protectionnisme dans chaque secteur.

3. Gestion des flux de patients dans un système hospitalier

Le service des urgences des hôpitaux doit s'acquitter de son rôle défini par la loi. L'article R. 6123-18 du code de la santé publique stipule que « tout établissement autorisé à exercer l'activité d'urgences mentionnée dans l'article 6123-1 est tenu d'accueillir en permanence dans la structure d'urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée notamment par le SAMU ». La circulaire de la DHOS du 16 avril 2003 précise que « les services des urgences ont pour mission de prendre en charge en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager un pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir », les SU se doivent donc de répondre en permanence à une obligation de soins.

Pour l'usager la définition de l'urgence est tout autre, Nicole Aubert le résume par : « L'urgence est d'ailleurs elle-même une notion aux contours enchevêtrés.

Elle désigne à la fois, une situation (urgence contextuelle), un jugement (urgence subjective) et une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate). Ainsi, en poussant les choses à l'absurde, on en arrive à ce qu'« une situation est urgente parce que, jugée urgente, appelle une réponse urgente ».

Les organisations actuelles sont basées sur une logique de flux linéaire et non transversal : la chaîne du soin s'en trouve morcelée en générant des phases intermédiaires inopérantes dues au manque d'anticipation et de programmation. Contrairement à ce que nous pourrions croire, ce ne sont pas les soins non programmés qui créent le dysfonctionnement mais de les considérer comme non programmables. Il est coutumier aussi d'entendre que « les soins non programmés perturbent les soins programmés » il est au contraire constaté que l'occupation des lits par les patients en provenance des urgences est relativement stable, les pics d'activité dans une unité correspondent au flux programmé.

3.1. Pourquoi la ressource « lit »

Dans le monde hospitalier la ressource lit est une référence, soit pour décrire une structure, un périmètre ou bien une activité définit par une capacité d'accueil. Cette activité est diminuée, lorsqu'un lit est demeuré vide au-delà du temps nécessaire pour remettre en l'état la chambre ou occupé par un patient sans que la journée soit nécessaire à sa prise en charge.

Deux indicateurs en découlent, le taux d'occupation et le taux de pertinence ou de non-pertinence des journées d'hospitalisation.

D'après la MEAH, dans les établissements, le taux de non-pertinence des journées d'hospitalisation est aux alentours de 30 % dans les hôpitaux généraux, inférieurs à 15 % dans les services plus techniques comme les réanimations, à 50 % dans les services de gériatrie.

Les journées d'admission occupées par des séjours anormalement longs (supérieurs à 30 jours) peuvent être de 1 à 8 % suivant les établissements.

Pour connaître l'estimation du nombre de lits requis dans les jours à venir il faut connaître la durée moyenne de séjours des patients. Dans les services où les processus de soins sont bien maîtrisés, l'estimation est plus simple, notamment en chirurgie. Dans les services de long séjour la fluctuation est plus importante. Chaque séjour est soumis à une multitude d'évolutions médicales possibles, ce qui rend la durée de présence d'un patient comme une donnée très fluctuante et relativement imprévisible liée aux événements stochastiques.

La gestion des lits est complexe de par la multiplicité des parcours patients possibles : hospitalisations programmées (conventionnelles, de semaine, à domicile, ambulatoires) et hospitalisations non-programmées (depuis les urgences, directes dans les unités de soins) mais aussi sous influence de l'amont et de l'aval du secteur hospitalier.

La majorité des admissions sont par le biais des admissions programmées : cela nécessite une coordination parfaite entre les unités d'hébergement et les plateaux techniques. Les admissions non programmées considérées comme un dysfonctionnement viennent s'insérer dans une planification déjà complète, c'est une perturbation. Les dysfonctionnements concernent les deux circuits programmés et non programmés, de la préadmission jusqu'à la sortie du patient. La difficulté de la recherche de lits par le service des urgences peut entraîner :

- des patients en attente prolongée sur des brancards ou dans les couloirs ;
- une orientation inadaptée des usagers dans l'établissement ; la durée de séjour est augmentée mais avec un impact sur la qualité et la sécurité dans la prise en charge ;
- des déprogrammations, faute de place un patient non programmé est hospitalisé dans un lit pour un patient programmé prévu dans quelques heures ;
- des transferts vers d'autres établissements.

Aujourd'hui chaque unité gère ses « ressources lits ». La MEAH a montré que les acteurs ont des intérêts non nécessairement convergents avec une optimisation de la gestion des lits. Au sein d'un périmètre restreint, accepter des urgences peut amener à annuler des patients programmés, avec un fort impact sur l'image du service. Conserver une proportion de lit vide permet aux praticiens d'accepter sur le champ des patients non programmés et donc de fidéliser les praticiens de ville. Ainsi chaque petit périmètre conserve la gestion de « ses » lits.

Multiplier par autant de périmètre, la marge de manœuvre totale dépasse ce qu'il serait nécessaire de conserver pour gérer les aléas...

3.2. Trois niveaux

D'après Roth et Dierdonk, 1995, la problématique de la gestion des lits porte sur trois niveaux :

- la gestion au niveau stratégique : à long terme, consiste à déterminer une capacité en lits en fonction des évolutions futures de l'établissement, le but est de satisfaire la demande annuelle de soins tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et les rémunérations dégagées par l'activité ;
- la gestion tactique à moyen terme, se concentre sur l'élaboration d'un préplanning d'admissions, sur les prévisions de la demande et sur l'estimation des besoins en ressources matérielles et humaines. Donc à déterminer le flux programmé et l'impact du flux non programmé dans cette planification ;
- la gestion opérationnelle à court terme, doit traiter les problèmes de répartition des ressources et les affectations des patients aux lits des services.

D'après une étude de Gossart, Meskens, Guinet trois modes principaux de gestion des services d'hospitalisation doivent être distingués :

- la gestion par spécialité : est spécifique à chaque service. Devant le manque de ressources d'une unité de soins, il est possible que le patient soit affecté dans un

autre service, ce qui nécessitera un transfert interne ultérieur. Ce système est très répandu.

- la gestion par durées de séjour : les conditions d'accueil du patient sont déterminées en fonction de la durée d'hospitalisation et des modalités de sa prise en charge, d'où un décloisonnement des spécialités. Les unités de soins accueillent les patients pour des séjours ambulatoires ou d'une durée supérieure à une journée. Il est courant dans les cas d'hospitalisations ambulatoires que les responsables gèrent eux-mêmes les lits de leur service. Cette organisation a des conséquences sur les conditions de travail du personnel : le médecin se déplace vers les patients et dans différents services, les compétences attendues des équipes soignantes sont importantes au vu du nombre de pathologies rencontrées. Cette organisation est peu développée, essentiellement pour la chirurgie ambulatoire, où l'absence de patient la nuit, donc une rupture dans la charge en soins permet d'être à nouveau opérationnel sans tenir compte des problématiques de la veille ;

- la gestion par groupes de spécialités : a pour spécificité principale la modularité de l'organisation et du nombre de lits. Les lits sont mutualisés entre plusieurs spécialités afin de placer plus facilement les patients en fonction des capacités d'accueil de l'instant ; ceci apporte de la souplesse dans les capacités d'accueil. Ce mode de gestion est un compromis, il nécessite un travail collectif.

L'affectation des lits, programmés ou non, doit prendre en compte de nombreux éléments : la durée de séjour qu'il faudra estimer, l'âge du patient, la non-mixité des chambres, la compétence en nursing, le respect des règles d'hygiène, l'aspect social, et bien d'autres facteurs. Il est important de prendre en compte ces facteurs pour assurer une prise en soins holistique de l'usager, l'hôpital est aussi gagnant d'avoir cette conception.

La majorité des hôpitaux a associé aux services des urgences, un service d'hospitalisation provisoire. Mais peu d'entre eux, réservent des lits dans les unités, malgré la régularité du volume journalier de lits nécessaires pour les urgences, ce que certains appellent « l'impôt-lit ». Ce manque d'hébergement conduit à un engorgement de patients aux urgences. Quand aucun lit ne peut être trouvé dans l'établissement, un transfert devra être effectué. Dans un secteur concurrentiel ceci doit être évité car il y a une perte d'hospitalisations et des consultations associées.

En fonction de la DMS, le *turn-over* des patients est ralenti par les capacités d'accueil dans la filière d'aval : trouver une place dans une unité de soins de suite ou maison de convalescence n'est possible que s'il est anticipé. Fréquemment, il est demandé au médecin de signifier l'avant-veille la sortie de patient. Dans les faits, la sortie se décide le jour même voire l'après-midi. Il est dès lors difficile de planifier des réservations de lits. La durée d'hospitalisation diminuant constamment, le patient se trouve en phase aiguë durant tout son séjour, attendre le dernier moment pour affirmer sa sortie répond aussi à un gage de sécurité.

Les sorties tardives engendrent également un dysfonctionnement : assurer le nettoyage de façon tardive peut être inadéquat avec l'effectif présent. La majorité des hôpitaux rencontre des difficultés à admettre des patients en urgence : pour cause, il leur est difficile de repérer les lits non occupés dans l'établissement ou de savoir quand ils vont être libres.

3.3. État des lieux

Au niveau d'un service d'urgences, l'unité temporelle est l'heure, au niveau des unités de soins on passe à une unité de jours. On gère « au jour le jour » l'aval, les capacités d'accueil des services de soins contraint par la tarification à l'activité de programmer les patients laissant peu de place aux patients des urgences.

Les unités de soins sont confrontées à des problèmes de gestion de leurs ressources en lits. Priorité est donnée à l'hébergement des patients programmés. Différents procédés existent à ce jour :

- l'impôt-lit : est la réservation systématique de lits pour recevoir des malades des urgences dans les services de l'établissement. Ces services s'engagent à recevoir un nombre donné de patients tous les jours ou un jour donné en alternance entre plusieurs services. Les hôpitaux qui utilisent ce procédé rapportent la facilité de contourner, des patients programmés passant par les urgences pour utiliser ces lits, l'efficacité décroît avec le temps ;
- la réquisition de lits : consiste à prendre des lits pour un patient des urgences alors que ce lit devrait être occupé le lendemain par un patient programmé. Cette procédure est préjudiciable pour l'activité programmée, elle doit être exceptionnelle.

Le paradoxe : beaucoup d'établissements constatent un nombre lits disponibles à minuit suffisant pour répondre à l'activité. Une gestion non optimisée des lits ne permet pas de lisser l'activité sur la semaine. Des patients ambulatoires sont installés dans des lits dits conventionnels. L'impact n'est pas que pour le patient en attente d'être hébergé ; le manque de lisibilité des lits disponibles génère une perte de temps soignant important estimé aujourd'hui à un ETP pour 100 lits (MEAH). Un taux d'occupation non optimisé, génère une inadéquation entre les ressources et l'activité et altère les conditions de travail. Le constat le plus surprenant est que les processus de préadmission et de sortie sont insuffisamment connus par l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux considérant ces notions comme administratives.

3.4. Le système d'information (MEAH)

Le Système d'Information Hospitalier, contient les données relatives aux patients : le dossier patient informatisé centralisé. Ces renseignements peuvent être présentés suivant plusieurs formes selon l'utilisateur. Pour la gestion des flux patients, la seule utilisation généralement faite des SIH consiste à renseigner l'occupation des lits par les patients même si cette saisie est effectuée avec un différé. Majorité des soignants considèrent cette tâche comme afférente aux soins

donc non urgente. Pourtant renseigner les informations en temps réels permet de faire de la gestion prévisionnelle. Ainsi la tâche de connaître la disponibilité en lit est simplifiée, indiquer une préadmission permet de savoir si un patient peut être orienté vers ce lit dans l'attente d'une entrée programmée.

4. Problématique du flux des patients aux urgences

Contrairement à ce qui est véhiculé de manière empirique, le flux des patients urgents donc non programmés n'est pas aléatoire : le flux des patients admis depuis les urgences présente un rythme hebdomadaire plus lisse que le flux des patients admis directement dans les services.

Accueillir un grand nombre de personnes qui se présentent et gérer les pics d'activité n'est pas le problème majeur des services d'urgences ; la véritable difficulté est d'éviter la saturation.

Qu'est-ce qu'un service d'urgences engorgé ?

D'après Academic Emergency Medicine : « les urgences sont encombrées quand les ressources pour traiter la demande en soins sont inadéquates et mènent à une réduction de la qualité de soins ».

Les causes à chercher tout au long du processus de soins sont de trois ordres :

- les problèmes de flux entrant sont liés en grande partie à l'augmentation du nombre de patients ;
- le vieillissement de la population entraîne inévitablement une plus grande dépendance aux soins. D'après Baudeau - 2003) cette augmentation est aussi sociétale ; le nombre de patients se présentant d'eux-mêmes aux urgences, souvent pour des pathologies mineures est en constante évolution. Une valorisation de la médecine générale permettrait d'agir sur ce phénomène, malheureusement l'obtention des résultats est sur la durée, au mieux cela ne permettrait que de ralentir l'augmentation du nombre d'entrées. La mise en place de maison médicale tend à se généraliser, par contre cela ne présente pas une solution de délestage des urgences. Instaurer une filière rapide dédiée à la prise en charge des patients relevant de la médecine générale, revient à intégrer la maison médicale de garde au sein du SAU. WANG (2009) a montré l'intérêt que pouvait avoir ce type d'approche : mettre à disposition quelques ressources pour les patients non urgents, permet de mobiliser un plus grand nombre de professionnels pour les patients urgents et surtout ne pas avoir de confusion dans les flux ;
- les problèmes de flux dans le processus de soins : pour avoir un flux régulier il faut un service bien dimensionné par rapport aux flux des patients reçus. Cela passe par une étape de modélisation. La majorité du temps perdu aux urgences est dû à un problème de disponibilité et de coordination des ressources externes (Lederman, 2008).

Les propositions d'amélioration passent aussi par la réorganisation des actions afférentes aux soins (brancardage, acte de biologie) et le recentrage de l'équipe médicale et paramédicale sur son cœur de métier pour une plus grande efficacité : définition de la répartition des tâches. Les moyens humains alloués dans ces services d'urgences ne sont pas clairement définis même si les préconisations existent de la part de la SFMU et SAMU de France. Les problèmes de flux sortant se divisent en deux classes : ceux qui peuvent rentrer à leur domicile et ceux qui doivent être hospitalisés. L'embolisation provient majoritairement des personnes à hospitaliser.

Verstavel (2007) constate que les responsables de services ne placent pas une haute priorité à l'optimisation du flux aux urgences : du fait de la complexité de gérer leur propre service avec leurs propres contraintes.

Une aide extérieure pour la gestion des flux en transversalité est préconisée. Plusieurs études, Hemphill et Nole (2005), Howell (2008) prônent une gestion prévisionnelle des lits en passant par la mise en place d'un « directeur de soins ». Ce directeur en plus de la gestion des patients se voit également la possibilité d'ouvrir de nouveaux lits afin de répondre à la congestion des urgences. Les auteurs ont conduit leur étude auprès des services d'urgences, de réanimation, de soins intensifs. Chaque fois que cette gestion est mise en place, il est constaté une augmentation et une fluidification du nombre de passages.

5. Problématique du flux des patients dans les services de soins

Pour les services de soins, si le patient n'est pas dans l'unité adéquate, cela implique un problème d'organisation de l'équipe médicale – obligation de se déplacer – avec un risque devant la charge de travail de ne pouvoir l'examiner dans un délai raisonnable. Les compétences paramédicales proposées ne sont pas systématiquement optimum par rapport à la pathologie du patient. Son transfert interne devient coûteux en brancardage et en temps administratif. Les transferts externes vers d'autres structures sont majorés. Le patient reste plus longtemps dans l'unité d'hospitalisation par défaut d'anticipation d'une place en maison de repos. Les sorties, non signalées la veille par l'équipe médicale, sont trop tardives, entraînant un engorgement des urgences, une difficulté dans le nettoyage des chambres d'où un retard dans la prise en charge du patient suivant.

6. La gestion des lits

Pour améliorer la gestion des lits, le principal moteur est la volonté de résoudre cette complexité ; on ne peut rien si l'ensemble des acteurs hospitaliers ne veut pas collaborer. Par exemple : la sortie, si celle-ci était plus souvent signalée la veille et correctement encodée dès le départ du patient, cela permettrait de mieux gérer

l'occupation des lits, l'horaire de nettoyage de la chambre et avoir par conséquent un impact positif sur l'attente.

Redimensionner l'unité d'hospitalisation de courte durée afin de définir le nombre optimal de lits par rapport à la capacité d'accueil au sein de l'établissement.

Développer une collaboration avec les centres de rééducation ou centres de soins de suite pour faciliter la sortie du patient.

Une gestion prévisionnelle des séjours est nécessaire pour faire face à l'augmentation d'activité. L'optimisation du taux d'occupation des lits aboutit à une diminution de la durée moyenne de séjour.

Ce qu'il faut rechercher :

- une augmentation des sorties le matin permettant de faire entrer un patient avant 12 h ;
- une diminution du délai de mise à disposition de la chambre par réalisation immédiate du bionettoyage ;
- une diminution du taux de déprogrammation ;
- une diminution des transferts depuis le SAU durant la nuit.

6.1. Préconisations

Pour réduire l'engorgement, les synthèses des préconisations que nous pouvons retenir, de la littérature.

6.1.1. Au niveau des urgences

Tout d'abord changer de paradigme : il faut bannir de notre vocabulaire la notion de vrai ou fausse urgence, bannir le terme bobologie, et définir la notion d'urgence médicale comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables ».

Développer une filière courte : afin de mieux réguler l'accès à ce service et ne garder que les patients ne pouvant être soignés par d'autres systèmes de santé, ceux qui autrefois étaient considérés comme capables d'attendre, doivent être pris en charge rapidement pour ne pas gêner le reste de l'organisation. C'est un changement culturel pour le personnel des urgences, un patient priorisé sans urgence réelle va être pris en charge plus rapidement.

Repérer les temps d'attente entre les différentes étapes du processus de prise en charge des patients urgents. On doit chercher à diminuer ces « temps de gaspillages » sans pour autant espérer les annuler nous restons malgré tout dans le non planifié, il y aura toujours une part d'incertitude.

Agir sur les organisations, diminuer le temps d'attente d'une imagerie, d'un avis spécialisé.

Promouvoir la marche en avant. Tout patient admis aux urgences en sort, mais dans quels délais ?

En termes d'organisation le patient ne doit pas revenir sur ses pas, cet avancement est ressenti par le patient et le processus de prise en charge est visible pour les soignants. L'architecture doit tenir compte de ce concept, la porte d'entrée n'est pas la porte de sortie.

Appliquer les recommandations professionnelles concernant le ratio des effectifs médicaux et paramédicaux, l'architecture, les équipements en fonction du nombre de patients accueillis.

Promouvoir l'utilisation de différents mobiliers pour assurer la prise en soins du patient en fonction de sa mobilité (fauteuil plutôt que brancard systématique). Développer des prises en charge protocolisées dès l'accueil, par exemple : l'IOA peut faire une demande de radiologie simple.

Mettre en œuvre un MAO ; pour faire sortir plus rapidement des patients ne relevant pas des urgences tout en évitant le passage par les salles d'examen. Véritable régulateur et coordinateur, il doit être reconnu par ses pairs dans cette fonction, pour répartir la charge de travail en fonction des moyens humains. Accroître la place de la gériatrie aux urgences, par la présence d'une équipe mobile gériatrique dans les SU et notamment dans l'unité UHCD.

Rechercher précocement un lit d'hébergement dès la prise en charge du patient en fonction de critères prévalents.

Établir des conventions avec les services spécialisés : la contribution des différents services concernés par la prise en charge des patients urgents doit être formalisée. La commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) pourrait faciliter et veiller à ces applications. Identifier à la sortie des urgences les patients programmables vers une consultation qui doit faire l'objet de protocoles préétablis. La fonction de coordinateur de l'aval (médecin ou soignant) doit être identifiée et développée à l'intérieur même des SU.

6.1.2. Au niveau des unités de soins

Influer sur le flux des urgences par le management des unités de soins. La phase causant le plus d'attente non justifiée du patient au sein du SAU est l'attente d'une hospitalisation. Il faut donc anticiper la recherche de lits d'aval dès l'entrée du patient et rechercher les « beblocker ». La MEAH (Cauterman et Engel en 2007) recommande les sorties le matin afin de rendre disponibles ces lits le plus tôt possible. Assurer le lissage de l'activité dans la semaine ou entre les différentes semaines, pour cela il faut pouvoir connaître l'activité programmée avec suffisamment de finesse pour pouvoir décaler une répartition quand l'accueil des patients non programmés n'est plus possible.

Prendre en compte les urgences potentielles lors de la planification des patients dans les unités. Au lieu de se demander s'il est possible de recevoir des nouveaux patients en provenance des urgences sans risque de perturber le planning des admissions programmées ?

Se questionner sur combien de patients programmés peuvent être planifiés avant de compromettre la prise en charge des patients en provenance des urgences ? Contrairement à ce que l'on croit, l'accueil des patients urgents dans les unités de soins est une constante. En somme, on peut prévoir ce flux non programmé car le système d'informations des établissements permet d'en déterminer le pourcentage. Par contre cela suppose aussi de réserver un lit pour un patient potentiel, difficile à admettre aujourd'hui quand un lit non occupé est considéré comme une perte d'activité.

6.1.3. Au niveau de l'établissement

Gérer la ressource « lit » suppose de travailler sur un périmètre suffisant et d'établir des liens fonctionnels entre les différentes unités. Outre le fait d'accroître la souplesse dans les organisations, ceci nécessite de développer la polycompétence des équipes ; que chaque acteur connaisse bien ce périmètre, afin de ne pas mettre en jeu la qualité et la sécurité du patient.

Mettre en œuvre une gestion des lits centralisée. Abandonner la réquisition des lits des patients programmés pour accueillir les patients non programmés : ce n'est que le reflet d'un manque d'anticipation.

Développer l'accueil direct des patients dans les unités de soins sans passage par les urgences, dès lors que ce patient a été vu par un médecin.

Créer des unités de médecine polyvalentes en aval de l'accueil, leur volume doit être proportionné à la demande avec une possibilité d'extension en cas de plan hôpital en tension. La DMS inférieure à 7 jours doit être recherchée.

Développer le réseau ville hôpital, pour accueillir directement les patients dans les services sans passage par le SAU. Et surtout créer, développer l'ordonnancement.

6.2. L'ordonnancement

Ordonnancer la gestion du circuit patient signifie : gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources qui concourent à la production des soins (notamment consultations, lits, imagerie et bloc) pour fluidifier le circuit patient dans sa globalité.

6.2.1. Les objectifs ciblés

- mieux utiliser les ressources disponibles (personnels et capacité d'hébergement) ;
- diminuer les journées d'hospitalisation perdues pour des raisons purement organisationnelles ;
- fluidifier l'aval des urgences ;
- -gagner du temps pour les praticiens et cadres (perdu auparavant dans la recherche de lits).

6.2.2. Les buts recherchés

Du point de vue de la réponse aux besoins de la population sont de développer une admission plus rapide des patients non programmés, par les entrées directes dans les services de soins réduisant ainsi les temps d'attente aux urgences. Ceci entraîne une réduction du coût de l'hospitalisation par une diminution du nombre de lits vides généralement constatés.

Du côté du praticien de répondre plus aisément aux médecins spécialistes des capacités d'accueil des patients dans leur unité.

Pour les équipes soignantes, de les décharger de la gestion des lits en particulier pour la recherche des lits pour les urgences, d'où un recentrage sur le soin. Cela conduit à une diminution des incidents, diminution des frictions entre services ou personnes et un lissage de la charge en soins.

Le programme national d'amélioration de la « gestion des lits », piloté par les agences régionales de santé (ARS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), répond précisément à cet objectif. Dans son rapport, la MEAH démontre que l'augmentation du périmètre de gestion des lits permet d'améliorer le taux d'occupation tout en diminuant le taux de déprogrammation.

Par contre gérer les lits suppose d'analyser l'ensemble des flux patients :

Les flux entrants et sortants sont connus dans l'établissement mais ce sont les périodes sans action de soins qu'il faut connaître. Il faut donc :

- connaître les flux des patients à partir d'une volonté « ce qui semble aléatoire ne l'est pas » et « ce qui semble programmé l'est-il réellement ? » ;
- élargir le périmètre pour faire face au non programmé ;
- rendre visible l'activité et développer un prévisionnel.

La MEAH préconise l'ordonnancement qui est une technique d'optimisation de la réalisation d'un travail complexe, cherchant à enchaîner au mieux les étapes en respectant des contraintes et en utilisant au mieux des ressources. L'acteur ne peut être une personne mais une cellule, légitimée au plus haut de l'établissement.

Cette méthode nécessite d'avoir connaissance de l'adéquation entre l'allocation de lits et des ressources humaines. Cette étape de planification est un préalable à la mise en place de cette cellule et négociée entre chaque pôle par les responsables de l'établissement. Une seconde étape cherchera à déterminer par secteur les admissions pouvant être programmées. Une troisième étape, dite de régulation, permet de suivre en temps réel et de répondre à des dysfonctionnements.

Les missions de cette cellule :

- contribuer à la planification par les informations collectées afin de définir les pratiques de gestion de lits et aussi réguler les aléas et les nécessités d'arbitrage, organiser les formations, analyser les informations relatives à la gestion des lits ;
- déterminer des indicateurs de résultats de régulation et de pilotage est indispensable pour connaître les leviers sur lesquels il est possible d'agir pour augmenter l'efficacité .

Pour les indicateurs de résultats : on cherchera la durée moyenne de séjour par service, le taux d'occupation des lits de l'établissement, un critère complexe : l'indice de performance (ratio DMS établissement/DMS nationale).

Pour les indicateurs de régulation ; on analysera taux de séjours en dehors du seuil programmé, nombre de journées lits consommées par ces séjours, taux d'occupation par jour et par semaine, taux d'hébergement, taux de préadmissions, taux de durée prévisionnelle de séjour renseignée dans les 48 h, taux de sorties avant 13 h, taux d'admissions avant 14 h, délai d'hospitalisation depuis les urgences, taux de déprogrammations. Ces indicateurs auront une évolution lente. Ils ne sont pas adaptés au pilotage opérationnel mais nécessaires pour réactualiser la planification.

Pour les indicateurs de pilotage ; il est essentiel d'avoir en temps réel le mouvement des patients dans le système d'information. Ils doivent être suivis en routine par le management :

- indicateur de gestion horaire des lits : augmenter le nombre de sorties le matin pour accueillir les patients en provenance des urgences ;
- délai de remise en état d'un lit : différencier le mouvement patient de la déclaration d'un lit disponible (le patient peut être encore présent dans l'unité dans une salle d'attente et « son » lit à nouveau disponible une fois le bio-nettoyage réalisé) ;
- taux d'admissions directes programmées. Le flux en provenance des urgences de par la planification est connue, il peut à son tour devenir programmé ;
- taux de préadmissions : rendre transparente l'information sur les patients attendus ;
- taux d'occupation par jour et par semaine ;
- taux des dates prévisionnelles de sorties renseignées à J2 de l'admission ;
- taux de patients ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de sortie complexe dans les 48 heures ;
- nombre de demandes patients en attente d'hospitalisation ;
- délai d'hospitalisation des patients des urgences ;
- déprogrammation à J0.

Pour atteindre l'ensemble de ces objectifs il faut un outil d'aide à la décision ; une modélisation qui permettra de formaliser les décisions prises. Modéliser une aide

à la décision permet à la cellule d'ordonnancement de trouver un lit libre pour tout patient nécessitant un séjour à l'hôpital, sans perturber la planification en cours ; tout en ayant, par ce système un référentiel opposable en cas de litige. La structure devant gérer le flux patient devra donc non seulement être dotée de pouvoirs décisionnaires administratifs et de soins mais aussi être un bon communicant.

Le *bed management* est un trio médical paramédical et de direction et non pas une seule personne à la fois un médecin qui décide l'hospitalisation ou la sortie, il est le seul à être compétent pour choisir le service adapté. Une personne de la direction pour ordonner des dépenses en personnels, donc doit ouvrir des lits fermés d'hospitalisation. Un soignant particulièrement un cadre de santé, à la capacité d'organiser les services pour répondre à la prescription médicale. La volonté de gérer les flux patients ne doit pas se limiter au niveau d'un établissement mais exercer en collaboration avec les autres structures. Que l'activité locale soit contrôlée dans les ARS par un comité d'évaluation. La cellule doit être reconnue comme une entité rattachée à la direction de l'établissement.

7. Conclusion

La gestion des lits restera une complexité ; les besoins évoluent sans cesse, les techniques se développent, la société se fragilise. À travers ce substrat reconnu par tous à l'hôpital quelle que soit sa fonction que nous pouvons développer le « travailler ensemble » alors que la gestion par pôle pourrait conduire à un cloisonnement. Cet ensemble de mesures doit être porté par une politique d'établissement forte, la cellule d'ordonnancement doit être au plus proche des instances décisionnaires pour avoir une légitimité. L'effort doit être collectif pour obtenir un effet rapide et par le fait stimuler cette optimisation. Une communication ciblée à destination de chaque acteur permettra non seulement d'atteindre la cible visée mais surtout au niveau des urgences de combattre cette image médiatisée d'un engorgement permanent aux urgences. Toutefois des hypothèses sont à vérifier, comme développer « hôtel-hôpital » en association avec les services de chirurgie ambulatoire, n'est-ce pas un service d'hébergement conventionnel que ne porte plus son nom.

Références

1. Wang T. Organisation et pilotage des services sur le trajet des urgences. Thèse de doctorat, INSA de Lyon, France (2009).
2. Problématique de la gestion des lits d'hospitalisation : état des lieux en Belgique et comparaison avec la France, D. Gossart, N. Meskens, A. Guinet.
3. Rapport La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences MEAH.

4. Gestion des lits mutualisés d'un établissement hospitalier Ben Bachouch Rym (INSA de Lyon), Guinet Alain (1), Hajri-Gabouj Sonia (2). Présentation lors du 7^e Congrès international de génie industriel, 5-8 juin 2007, Trois-Rivières, Québec (CANADA), MEAH (2008). La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : avril 2008, Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience, http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/Meah_Gestion_lits_v4b.pdf, Proudlove N.C., Gordon K., Boaden R. (march 2003). « Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? ». *Emerg Med J* 20 (2) : 149-55. doi:10.1136/emj.20.2.149. PMC 1726041. PMID 12642528. Retrieved 2008-12-08. Boaden, Ruth.
5. Nathan Proudlove and Melanie Wilson (1999). « An exploratory study of bed management ». *Journal of Management in Medicine* 13 (4) : 234-50. doi:10.1108/02689239910292945. ISSN 0268-9235. PMID 10787495. « Inpatient Admissions and Bed management in NHS acute hospitals ». National Audit Office. 2000-02-21, p. 7. Retrieved 2008-05-20. NHS reforms by the coalition government and bed management technology [1] « Patient Experience ». Bed management: Review of National Findings. Audit Commission. 2003-06-19. Retrieved « The NHS: Has the Additional Funding Worked? ». Civitas. April 2005. pp. 2-3. Retrieved 2008-05-20. Mayhew L.E.S. ; Smith David (december 2006). « Latest research statistically proves A&E waiting times are not being met ». Using queuing theory to analyse completion times in accident and emergency departments in the light of the Government 4-hour target (Cass Business School). ISBN 978-1-905752-06-5. Retrieved 2008-05-20. Bed blocking threat to A&E unit and Bed blocking, from the BBC Patients Wait for Hours in Hallways ; Strain Felt Throughout State New Haven Register, April 16, 2006.