Christine MORICEAU
Cadre de santé, responsable de la cellule d'ordonnancement de l'hôtel-Dieu

Jean-Claude VALLÉE
Coordonnateur général des soins

Thomas ROUX
Directeur adjoint

CHU de Nantes

Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient

Un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes

La qualité de prise en charge implique un circuit et un hébergement maîtrisés du patient. Dans ce processus, la gestion des lits est une première étape. L'ordonnancement hospitalier du parcours permet de gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources qui participent à cette prise en charge. Si des changements structurels sont à opérer, les bénéfices sont nombreux : durées de séjour plus pertinentes, circuit plus lisible pour le patient, réduction du report d'interventions. À terme, l'ordonnancement interne devrait intégrer le parcours au-delà des frontières de la structure. Le CHU de Nantes a inscrit cette démarche dans son contrat de performance en 2010. Et partage avec nos lecteurs son expérience.

« Il n'y a point d'entreprise plus difficile à conduire, plus incertaine quant au succès, et plus dangereuse que celle d'introduire de nouvelles institutions. Celui qui s'y engage a pour ennemis tous ceux qui profitaient des institutions anciennes, et il ne trouve que de tièdes défenseurs dans ceux pour qui les nouvelles seraient utiles. Cette tiédeur, au reste, leur vient de deux causes : la première est la peur qu'ils ont de leurs adversaires, lesquels ont en leur faveur les lois existantes ; la seconde est l'incrédulité commune à tous les hommes, qui ne veulent croire à la bonté des choses nouvelles que lorsqu'ils en ont été bien convaincus par l'expérience. » Nicolas Machiavel, *Le Prince* (1532)

L'institution de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de santé a mis en exergue une notion essentielle : la durée de séjour.

La volonté de maîtriser le temps pour une meilleure performance oblige à une logique plus transversale, plus décloisonnée, amenant les hôpitaux à une réflexion orientée vers les processus. Or, les diagnostics organisationnels montrent le plus souvent des carences importantes dans la gestion des flux patients et des flux d'informations. Tâches et activités sont très découpées dans les structures hospitalières, les règles de fonctionnement prescrites, les processus de plus en plus écrits et le système hiérarchique rigide.

L'amélioration de son fonctionnement est donc une perpétuelle gageure pour l'hôpital, conduisant à l'émergence de nouvelles formes d'organisation telles que l'ordonnancement du parcours patient et la gestion centralisée des lits.

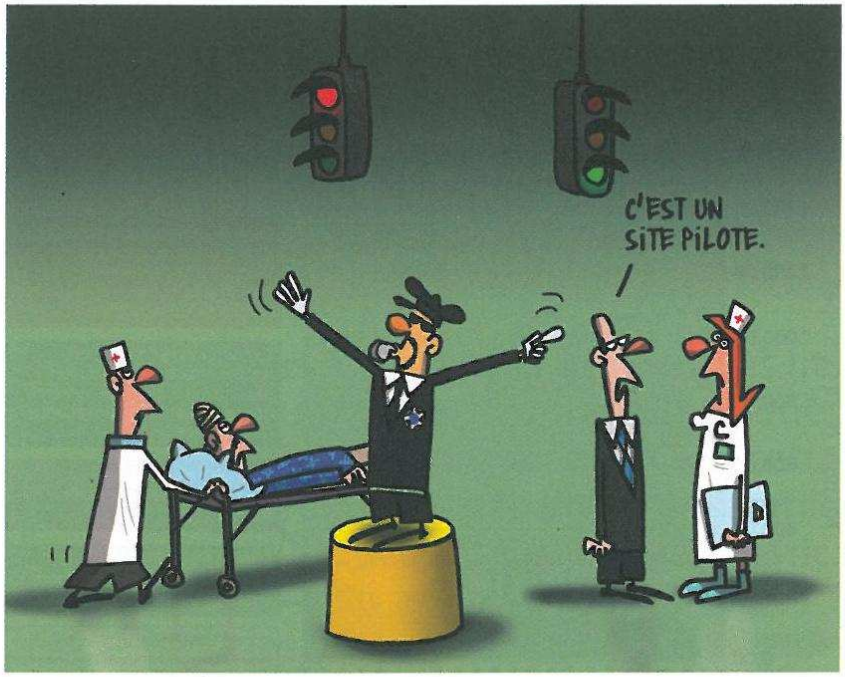
Le contexte

En septembre 2010, après l'adoption d'un plan d'équilibre et de modernisation et d'un contrat de retour à l'équilibre financier, le CHU de Nantes signe son contrat de performance avec deux objectifs principaux : améliorer l'organisation de l'établissement et maîtriser ses coûts. Ce contrat s'inscrit dans la

continuité des travaux et réflexions en cours depuis 2008, avec des moyens d'accompagnement supplémentaires. Trois séries d'axes sont retenues : les axes managériaux et stratégiques, les axes d'amélioration des process organisationnels et des axes complémentaires, dont l'axe patrimonial.

Chaque série d'axes est déclinée en actions, elles-mêmes pilotées par un tandem directeur/médecin. Parmi celles-ci, les actions 5 et 9 concernent le management des lits et la gestion de l'ordonnancement du circuit patient.

Ces deux thèmes ont été choisis car ils se veulent une réponse aux difficultés rencontrées par le CHU dans sa définition du parcours patient : délais d'attente important pour les plateaux techniques, problématique des préadmissions, insuffisante articulation entre les entrées programmées et non programmées…



Le point de vue des acteurs

Les différents travaux menés depuis 2008 ont cherché à objectiver cette situation et à partager avec l'ensemble des acteurs un diagnostic exhaustif : « *Nous subissons la gestion des lits au quotidien.* »

Le point de vue du service des urgences révèle un besoin en lits d'hospitalisation constant dans le temps (40 à 60 patients par jour) hors périodes critiques, une demande forte d'accessibilité aux divers plateaux techniques (imagerie, blocs, biologie) et la nécessité d'une gestion optimisée des lits d'aval.

Le point de vue des pôles cliniques indique la nécessité d'une gestion optimisée des lits (effet délétère des déprogrammations pour l'activité et l'image du CHU), un manque de disponibilité des plateaux techniques – notamment de l'imagerie – et le souhait de respecter l'organisation de leur filière de soins par rapport aux partenaires (ville, hôpitaux).

Le point de vue des pôles médico-techniques souligne l'impact de la disponibilité des lits sur l'activité et la nécessaire interface avec les autres organisations (services, brancardage).

L'analyse doit aussi porter sur la connaissance exacte du flux des patients. Avec l'aide du cabinet de consultants Effigen, choisi par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour accompagner le CHU dans la mise en œuvre de ces deux actions, plusieurs données ont été présentées à la communauté médicale et soignante. Les premières concernent, pour une année pleine, le profil d'occupation des lits pour l'ensemble des activités MCO du CHU.

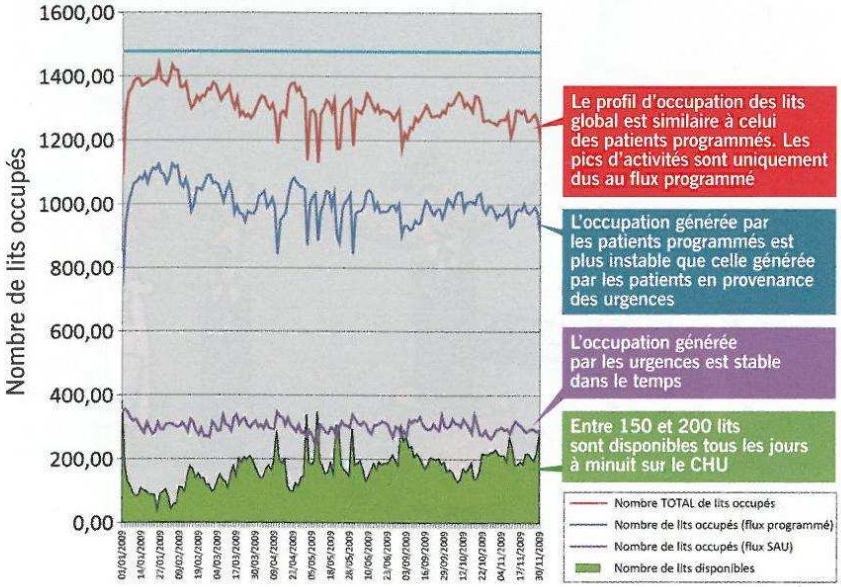
Une infographie réalisée par le cabinet Effigen (cf. graphique 1) représente l'occupation des lits d'hospitalisation conventionnelle en semaine (hors vendredi, samedi et dimanche) à minuit sur les mois de pleine activité (hors juillet, août et décembre).

Ce document a pu raisonnablement donner lieu à débats et controverses, en particulier sur le nombre de lits disponibles toutes les nuits, les données ne prenant pas en compte les entrées d'hospitalisation prévues le lendemain. Il a toutefois le mérite de souligner trois points fondamentaux dans la gestion des lits au CHU de Nantes : les marges disponibles en lits sont telles que les difficultés liées à la gestion des sorties

>> Axes du contrat de performance – CHU de Nantes, 2010

Axes	N°	Actions identifiées
Axes managériaux et stratégiques	1	Accompagner les équipes médicales dans la déclinaison de la stratégie au niveau des pôles
	2	Aider à la mise en œuvre de nouvelles organisations internes Aider au développement des outils de gestion et de contractualisation Évaluer les activités et le coût de la recherche
	3	Développer les relations entre le CHU et ses prescripteurs Optimiser l'organisation des secrétariats médicaux dans un objectif d'amélioration de la qualité de la relation avec la médecine de ville
	4	Améliorer la chaîne de traitement de l'information médicale
Axes d'Amélioration des process organisationnels	5	Management des lits : organiser les activités programmées et non programmées en lien avec la prise en charge des urgences et la gestion des lits
	6	Organiser et dimensionner les blocs opératoires
	7	Organiser l'ambulatoire et les hôpitaux de jour
	8	Organiser les consultations externes et les explorations fonctionnelles
	9	Ordonnancement du circuit du patient
	10	La coordination des parcours de soins intra et extrahospitaliers
Axes complémentaires	11	Valorisation du patrimoine
	12	Programmation île de Nantes

>> Occupation des lits d'hospitalisation conventionnelle en semaine à minuit sur les mois de pleine activité – CHU de Nantes - Graphique 1



Source : cabinet Effigen, 2009

en aval des urgences ne peuvent être imputées uniquement à un manque de lits, mais bien à leurs modalités de gestion. Les urgences sont davantage un facteur de stabilité de l'occupation que d'aléas. La variabilité des flux programmés traduit un manque de maîtrise du processus de programmation et constitue le véritable facteur d'aléa.

Par ailleurs, les analyses des flux patients réalisées dans chaque unité médicale viennent apporter un éclairage supplémentaire à notre diagnostic (cf. graphique 2).

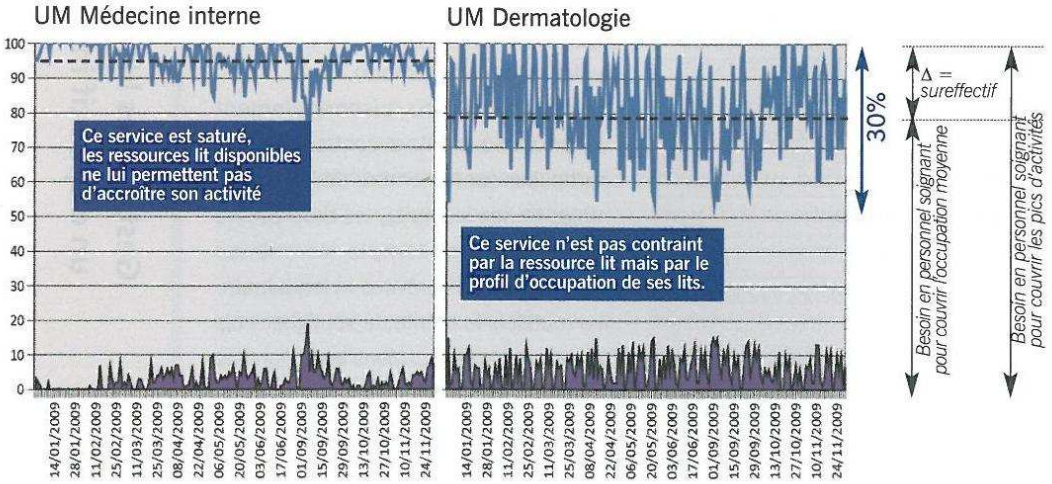
Plusieurs remarques s'imposent à la lecture de ces graphiques :

- **le taux d'occupation varie fortement sur des périmètres restreints** : environ 30 % sur un service alors que le taux d'occupation global varie sur une amplitude de 10 % ;
- **les cadres de santé sont contraints de gérer des flux instables** : ces flux instables génèrent régulièrement des situations de saturation des lits et dégradent les conditions de travail ;
- **entrées en provenance des urgences** : ce profil de flux n'incite pas les cadres à les accepter d'emblée ;
- **les flux se stabilisent sur des ensembles suffisamment vastes** : la problématique de la gestion des lits ne peut donc se traiter à l'échelle d'un service, au risque de pénaliser l'activité.

Les mouvements de patients, nombreux au sein des établissements hospitaliers, sont souvent source de dysfonctionnements. Il y a donc une vraie nécessité à les organiser. Les mouvements sont toujours caractérisés par le temps et l'espace. Ainsi, en jouant sur ces deux notions, l'organisation influe sur les mouvements. Elle va chercher à adapter l'espace pour mieux maîtriser le temps. C'est en augmentant la taille des périmètres de gestion qu'elle peut se livrer à cet exercice, cette évolution influant notablement la gestion de ce qui peut être qualifié « d'aléa » : arrivée inopinée de patients en urgence, dépassements d'une durée prévisionnelle de séjour d'un patient, retards de sortie liés aux disponibilités d'aval…

Une vision plus globale de l'ensemble de la ressource « lit » conduit, sous réserve d'une gestion correcte des flux d'informations, à une meilleure utilisation de l'outil de production. Il s'agit de mieux exploiter les temps de non-occupation de la ressource « lit », dus soit à la dissémination d'un court moment de vacance dans chaque unité, soit à une inertie existante liée à la rotation de l'utilisation des lits (fin de nettoyage de la chambre/nouvelle occupation) en augmentant les possibilités de combinaison de séjours. Une réflexion conjointe médicale et paramédicale permettra d'établir un niveau de spécificité de l'unité dans les prises en charge, afin d'envisager des hébergements maîtrisés de patients.

>> Profils d'occupation en médecine interne et dermatologie CHU de Nantes, 2009 - Graphique 2



L'amélioration de la gestion des lits

Le premier chantier concerne l'amélioration de la gestion des lits, première étape du processus et chantier principal qui définit le dispositif d'ordonnancement de l'établissement : sans une gestion maîtrisée des lits, pas d'action d'ordonnancement. Des objectifs d'amélioration précis et partagés ont suivi ce travail d'analyse. Les priorités pour le CHU de Nantes consistent à :

- **connaître le flux des patients** : ce qui est aléatoire l'est-il vraiment ? Ce qui est programmé est-il bien organisé ?
- **réguler « le programmé »**,

- **appliquer le principe « zéro attente »** après orientation aux urgences,
- **favoriser les entrées directes** (hors service d'accueil des urgences), le contact avec la médecine de ville,
- **coordonner le circuit du patient.**

Ces objectifs visent à réaliser des gains potentiels d'activité supplémentaire, à améliorer la qualité des soins (diminution du taux de journées non pertinentes, meilleur accès pour les patients hospitalisés depuis les urgences) et les conditions de travail des personnels (lissage de la charge de travail sur la semaine).

>> Trois orientations stratégiques

Mener à bien ce projet d'optimisation de la gestion des lits a conduit le CHU de Nantes à adopter trois orientations stratégiques :

- **l'articulation des activités du CHU autour d'ensembles fonctionnels** (250-300 lits environ). Ces ensembles doivent respecter les principes de cohérence suivants :
  - *cohérence managériale* : la conduite du changement sera d'autant plus souple qu'elle fera intervenir un nombre limité de pôles et donc de chefferies de pôle,
  - *cohérence géographique* : le périmètre de gestion doit rassembler des lits localisés au sein d'un même ensemble géographique,
  - *cohérence soignante* : les prises en charge soignantes réalisées au sein de cet ensemble doivent être homogènes afin de faciliter la montée en compétence des personnels sur des pathologies nouvelles,
  - *cohérence des flux patients* : le périmètre de gestion doit permettre de mieux réguler les aléas ;
- **l'assouplissement de la notion de service médical** : un service médical correspond à une équipe de praticiens et non à un ensemble de moyens (lits, salles de bloc...).

  La variabilité des flux sur le périmètre du service mise en évidence lors de la phase diagnostique démontre la nécessité de réfléchir à une gestion des lits qui dépasse le strict périmètre du service. Chaque discipline pourra hospitaliser ses patients dans des zones de prises en charge « teintées ». La répartition se fera sur la base d'une évolution des pratiques professionnelles des personnels soignants pour s'orienter vers une pluralité des compétences, tout en respectant des expertises pour les prises en charge très spécifiques ;
- **l'installation dans chaque ensemble fonctionnel**, dont la vocation est de se structurer en pôle hospitalo-universitaire, d'une cellule d'ordonnancement en charge de la gestion des flux patients, quel que soit leur mode d'entrée (programmée ou non). Mission de cette cellule : optimiser le circuit patient de l'entrée à la sortie.

Nous subissons la gestion des lits au quotidien. Nos travaux, menés depuis 2008, visaient à objectiver cette situation et à partager avec l'ensemble des acteurs ce diagnostic.

Ordonnancement du circuit patient et management des lits

Ordonnancer vise à maîtriser le temps et à améliorer la performance. Selon la définition du *Larousse*, l'ordonnancement recouvre l'« *organisation et l'agencement méthodique des différents éléments d'un ensemble, des diverses phases d'une fabrication. L'ordonnancement consiste à décider dans quel ordre exécuter les tâches, c'est-à-dire quelle tâche se fera avant une autre.* [1] »

D'abord appliquées au secteur industriel, les techniques d'ordonnancement présentent des similitudes avec le monde hospitalier : découpage des organisations de travail en tâches, production de soin en fonction de la demande du patient (technique du **juste**, c'est-à-dire en phase avec la demande et à **temps**, c'est-à-dire au bon moment), recherche d'optimisation des coûts de production.

Les quatre processus identifiés dans les *supply chain* tels que « *planifier, approvisionner, fabriquer, livrer* » sont assez superposables aux différentes étapes du parcours patient : « *Programmer, vérifier la disponibilité des ressources, organiser le séjour, assurer la prestation prévue et permettre la sortie du patient* », avec une spécificité essentielle dans le monde de la santé : le patient : vivant, complexe et singulier, toujours présent.

L'ordonnancement hospitalier pourrait se définir comme l'action de gérer de manière décloisonnée et coordonnée l'ensemble des ressources qui participent à la prise en charge du patient : gestion des lits, organisation des consultations, fonctionnement de l'imagerie et des blocs opératoires.

L'ordonnancement doit permettre cette supervision, en garantissant des contrôles de cohérence du parcours patient et en diminuant de fait les dysfonctionnements liés à la complexité des interfaces.

Parvenir à cet ordonnancement suppose plusieurs préalables :

- **coordonner tous les acteurs** de la prise en charge du patient ;
- **offrir la possibilité de répondre en temps réel aux demandes d'entrée directe** et optimiser le « programmé » pour favoriser l'accueil du « non-programmé » ;
- **traiter avec cohérence les modifications d'étapes** du parcours ;
- **simplifier le processus de programmation** de prise en charge du patient ;
- **rendre lisible au patient l'ensemble du circuit** ;
- **réduire les reports d'intervention** par manque de lits ;
- **diminuer les journées d'hospitalisation inadéquates.**

Mieux maîtriser l'activité consiste à mieux l'anticiper. Il s'agit d'impliquer tous les acteurs de la production de soins dans la chaîne d'organisation pour une meilleure efficience.

1. *Le Petit Larousse* illustré 2013.

Les changements structurels à opérer

En gérant de façon centralisée certaines ressources comme les lits, la cohabitation de l'activité programmée et de l'activité non programmée devient plus pacifique, mieux articulée. Elle sort des schémas classiques de prévalence de l'une sur l'autre.

La spécificité des secteurs reste bien sûr préservée. Mais une réduction de l'hyperspécialisation autorise une réelle réflexion sur les compétences paramédicales, notamment par grandes orientations (chirurgie, médecine...). Ce faisant, elle permet de réaliser des « hébergements » adaptés (patients accueillis dans une unité autre que celle de la spécialité). La réponse à la demande est assurée avec un niveau de pertinence garanti.

L'implication de l'ensemble des acteurs du processus de soins est capitale en matière de circulation de l'information : durée prévisionnelle de séjour dès la programmation, réajustement en cours d'hospitalisation, communication des informations au fil de l'eau... Délai et qualité de réponses d'une cellule d'ordonnancement sont conditionnés par ces éléments.

La gestion centralisée des lits peut alors être conduite en deux phases : la première consiste à gérer les périmètres au regard d'un volume de disponibilités ; la seconde à allouer précisément la ressource « lit » au regard de caractéristiques précises : sexe, âge et pathologie du patient, compétences paramédicales présentes, caractéristiques structurelles de la chambre... L'art du placement offre également l'opportunité d'agir sur la répartition de la charge en soins par sous-secteur d'unité.

S'organiser en mode projet

La mise en place de l'ordonnancement est un projet restructurant transversal à l'établissement, justifiant d'une structure adaptée à la conduite de changements majeurs.

Action du contrat de performance au CHU de Nantes, elle a été placée sous la responsabilité d'un binôme directeur/médecin. Ce binôme, chargé du pilotage, s'est entouré d'un comité de pilotage associant le(s) consultant(s) ANAP et le cadre de santé chargé du déploiement opérationnel.

Cette instance a joué un rôle important dans l'arbitrage des choix organisationnels. La mise à plat des process concernant le circuit du patient a mis au jour des choix spécifiques (par exemple le rôle des secrétariats médicaux dans la prise des rendez-vous de consultation intermédiaires) qui ont dû être harmonisés.

Le rôle des consultants, tiers dans le processus de médiation, s'est avéré utile pour analyser la situation et projeter, de manière neutre, les impacts des choix opérés. Une dynamique d'innovation peut en effet difficilement émerger des réflexions d'acteurs déjà installés dans le système antérieur. Autre intérêt des consultants : bénéficier d'un benchmark. L'analyse de la situation s'avère d'autant plus enrichissante lorsqu'elle s'appuie sur les expériences d'autres établissements.

L'articulation entre les différentes actions du contrat de performance a été possible grâce aux réunions de suivi des projets avec la direction générale. Les avancées sur l'organisation des consultations, des secrétariats médicaux, des blocs opératoires ont alimenté la révision des procédures relatives à l'ordonnancement. En même temps, les problématiques de coordination soulevées par l'optimisation du processus d'ordonnancement ont enrichi les plans d'actions de ces projets.

Planifier le déploiement de l'ordonnancement

Par sa transversalité, le flux de patients intéresse les consultations, plateaux techniques et unités d'hospitalisation. Notre méthode de travail consiste à mettre à plat le processus de programmation et de prise en charge du patient, en repérant les professionnels impliqués directement et indirectement ainsi que les coordinations nécessaires. Il convient ensuite de délimiter un périmètre prenant en compte la totalité du parcours patient et des professionnels concernés, mais dont l'appréhension reste maîtrisable pour impulser des changements. La taille du service nous est apparue comme la plus pertinente pour séquencer les différentes phases.

La nature de l'activité revêt son importance. Le choix de commencer par des parcours chirurgicaux a été motivé par l'opportunité de capitaliser une expérience d'ordonnancement réussie, quoique limitée dans son périmètre (80 lits et places de chirurgie de spécialités). La simplicité relative des parcours chirurgicaux plus facilement reproductibles (standardisables) que des parcours médicaux s'est avérée un bon choix dans la première phase de déploiement, réalisée sur le principal site MCO. Sur un deuxième site, l'expérience acquise et le développement d'une pratique experte en ordonnancement (sur une unité ambulatoire médico-chirurgicale et une partie de l'hospitalisation) ont permis d'envisager un déploiement sur un circuit médical en cardiologie.

Préparer les changements de pratiques, élaborer des outils de collaboration

L'ordonnancement du parcours patient et la gestion centralisée des lits induisent des changements de pratiques médicales et non médicales, assortis de nouvelles règles :

- **responsabilité médicale référencée à des patients relevant de la spécialité** et non plus au critère géographique d'une hospitalisation dans l'unité (notion de zones teintées) ;
- **règles d'hébergement des patients relevant de la discipline** définies médicalement et accompagnées d'une formation du personnel paramédical afin de sécuriser la prise en charge ;

- **articulation des congés médicaux et paramédicaux avec les fermetures de lits et de plateaux techniques** (notamment blocs opératoires) pour adapter les ressources à l'activité prévisionnelle programmée et non programmée ;
- **définition des éléments de coordination** lors de la programmation de prise en charge, à travers une « feuille d'hospitalisation ».

Ces changements doivent être annoncés, les procédures qui les formalisent clairement exposées et pour partie co-construites avec les professionnels concernés, afin de tenir compte des spécificités propres aux activités et pratiques concernées.

Installer une cellule d'ordonnancement

La gestion des lits ou l'ordonnancement, quand ils existent déjà, reposent souvent sur des professionnels qui exercent à proximité des prescripteurs et sur des périmètres limités. Cette proximité génère des relations riches en termes de collaboration, des adaptations aux pratiques individuelles, même si elles sont généralement limitées dans leur continuité (notamment à cause des ruptures liées aux congés annuels).

La gestion de périmètres de lits plus conséquents et l'harmonisation des procédures amènent à concevoir une centralisation des *bed managers*, et donc un éloignement des unités de soin. Le gain lié à « l'industrialisation » du processus n'est pas toujours perçu d'emblée, contrairement aux pertes liées aux suradaptations. Il importe donc de défendre le principe d'un regroupement dans une cellule géographiquement identifiée, permettant un aménagement de l'espace et un équipement favorable à la professionnalisation.

Si l'expérience antérieure positive d'un ordonnancement « maison » représente un point d'appui pour le déploiement, elle constitue aussi un facteur d'exigence des professionnels qui attendent un bénéfice au moins aussi performant de la mise en place de l'ordonnancement institutionnel.

Du projet à sa mise en œuvre : quelques apprentissages par l'expérience

La taille du périmètre de déploiement de l'ordonnancement

L'augmentation du périmètre pose aussi la question de la taille critique. Un large dimensionnement offre des aspects séduisants. Mal adapté, il est à craindre des effets délétères. L'Inspection générale des affaires sociales s'est intéressée à cette question à l'échelle des fusions ou regroupements d'établissements, dans un rapport publié en mars 2012.

Elle s'appuie sur la littérature internationale sur le sujet qui établit « *le seuil optimal d'efficience pour un établissement de santé autour de 200 à 300 lits en court séjour* [2] ».

La gestion des ressources humaines peut se révéler complexe sur de grands périmètres et constitue un véritable enjeu. De plus, les tendances d'évolution dans les prises en charge (développement de l'ambulatoire...) invitent à une meilleure maîtrise des durées de séjour. Le choix des tailles de périmètres s'avère stratégique pour les institutions qui ont intérêt à demeurer réactives dans l'éventualité d'un redimensionnement capacitaire.

Le projet du CHU de Nantes, tel qu'élaboré, s'appuyait sur des ensembles de 250 à 300 lits correspondant aux pôles hospitalo-universitaires préfigurés dans le nouveau projet d'établissement du CHU, dotés chacun d'une cellule d'ordonnancement.

La première phase d'instauration d'une gestion des lits centralisée sur un PHU chirurgical a fait évoluer cette conception. Il est assez vite apparu que le facteur architectural et le partage d'équipements (blocs opératoires, consultation d'anesthésie, unité de chirurgie ambulatoire dédiée...) constituait un périmètre plus pertinent.

Le périmètre des cellules d'ordonnancement du CHU se conçoit aujourd'hui sur des périmètres fonctionnels dépassant la notion de pôles, avec une cellule d'ordonnancement médico-chirurgicale sur le site MCO du centre-ville, une cellule d'ordonnancement médico-chirurgicale sur le périmètre des activités femmes-enfants, une cellule médico-chirurgicale sur le site MCO périphérique.

> L'amélioration de la gestion des lits est la première étape du processus et le chantier principal qui définit le dispositif d'ordonnancement de l'établissement : sans une gestion maîtrisée des lits, pas d'action d'ordonnancement.

Le système d'information

La maîtrise des systèmes d'information hospitaliers (SIH) est indissociable de la maîtrise des flux. L'outil n'est pas un détail lorsqu'il s'agit de prétendre à l'ordonnancement : le SIH doit assurer la centralisation de l'ensemble des informations, une lecture partagée de ces e-données, une visualisation des changements, un suivi des modifications et cela en toute sécurité (encadré page suivante).

Le développement du système d'information du CHU n'a pas permis d'atteindre d'emblée un fonctionnement

2. Rapport IGAS, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années ? », P.-Y. Bocquet, J.-L. Bonnet, Dr F. Lalande, C. Scotton, mars 2012.

intégré, même si cet objectif constitue un des axes majeurs du nouveau schéma directeur SI. Il a donc fallu pallier le manque d'outil de visualisation de la gestion des lits intégrant la dimension temporelle, en s'appuyant sur un outil « maison » fourni par le consultant (*patient flow manager*).

Cet outil permet une projection de la durée prévisionnelle de séjour. Mais l'absence d'interfaces avec le logiciel de gestion des patients oblige la cellule à une nouvelle saisie des identités, et les professionnels des unités de soins à une actualisation des données, faxées deux fois par jour. Cette décomposition des étapes s'est avérée pédagogique mais demeure chronophage. L'aspect communicationnel n'en a été que plus important pour favoriser l'adhésion des équipes.

L'accompagnement des équipes

L'intégration d'une organisation de gestion centralisée des lits et d'ordonnancement entraîne un profond changement culturel. L'information doit être le plus tôt possible mise à disposition de l'ordonnancement (ce n'est pas l'ordonnancement qui va chercher l'information) afin de favoriser l'anticipation dans la recherche de solutions.

Le second changement profond réside dans le fait que les disponibilités résiduelles d'accueil de patients (plateaux techniques, lits, consultations...) sont lisibles et utilisées par tous.

>> L'insuffisante maturité des systèmes d'information hospitaliers

Seul un SIH intégrant l'ensemble des fonctions qui garantissent la sécurité et la confidentialité des données permettra une évolution – marquante – des structures d'ordonnancement et de gestion des lits. La maturité des systèmes d'information est insuffisante aujourd'hui. Elle génère l'utilisation d'un patchwork d'outils non interfacés qui entraînent des risques majeurs d'erreurs liés à la recopie, à l'augmentation de la pénibilité du travail d'agents conduits à mobiliser beaucoup d'énergie afin de synthétiser de nombreuses informations non compilées. Le travail sur multi-écrans est naturellement privilégié : cela ne résout qu'une partie de l'inconfort.

Les changements interviennent également dans les missions jusque-là effectuées par certaines catégories de personnel. Dans les unités, les cadres de santé sont bien souvent dédiés à la gestion quotidienne des lits. Ce changement est donc important pour eux. Il leur permet de réinvestir ce temps libéré à la mise en place de projets dans les unités.

Le corps médical est également astreint, lorsque cela n'était pas inscrit dans ses pratiques, à renseigner certains éléments, comme la durée prévisionnelle de séjour d'un patient, avant mais aussi pendant l'hospitalisation.

L'impact existe aussi sur le corps infirmier. Ce dernier est amené à anticiper et à s'autoriser la communication d'informations qui s'avèrent pertinentes – même si elles sont soumises à validation médicale – mais qui restaient jusqu'alors bien souvent inexploitées : par exemple, anticiper le retard de sortie d'un patient dont l'état de santé semble incompatible avec la date de sortie envisagée préalablement...

Le projet d'ordonnancement du parcours patient est un projet restructurant majeur pour le CHU. Son acceptabilité par la communauté médicale et soignante est déterminée par la conscience des enjeux pour le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des patients. Ces deux enjeux doivent rendre acceptables les changements de représentation et de pratique qui le sous-tendent (déplacement des médecins auprès des patients, y compris hors de leur service, pluricompétences pour les paramédicaux...).

Ce projet est présenté aux professionnels et porté par les instances les plus importantes de l'établissement (directeur général et président de CME). L'organisation de séminaires sur l'ordonnancement, réalisée sur une période de six mois, a été l'occasion de le présenter et d'engager la discussion. Cette communication a aussi permis d'inscrire ce changement en cohérence avec les autres actions d'optimisation du fonctionnement du CHU (réorganisation des blocs opératoires et des consultations, mise en place d'unités ambulatoires médicales et chirurgicales dédiées...). Si cette communication ne remplace pas les échanges de proximité, elle en demeure le prérequis.

La mise en place de l'ordonnancement par service a conduit, lors de la mise à plat des processus organisationnels, à doubler l'approche technique d'une phase d'accompagnement des acteurs. C'est ce qui justifie la planification du déploiement par tranches de 100 lits environ, avec une méthodologie s'appuyant sur une implication du chef de service, rencontré par les pilotes du projet avant la phase d'analyse. Chaque fois, son investissement s'est révélé être un facteur déterminant de réussite. Il lui est demandé de désigner un responsable médical qui sera le correspondant de l'équipe projet et sera chargé de la communication auprès de ses collègues.

Les cadres de santé et les infirmiers sont rencontrés régulièrement par le cadre de la cellule, tant dans la phase diagnostique que dans la phase de mise en œuvre. Le rôle des cadres d'unités est déterminant. Il convient de s'assurer de leur compréhension des changements organisationnels car ils en seront les promoteurs auprès du personnel médical et paramédical. Cette phase de préparation (qui peut durer quatre mois en discontinu) est suivie d'une phase d'accompagnement rapproché qui suit la mise en œuvre.

Des comités de retour d'expérience hebdomadaires avec l'encadrement, mensuels avec les médecins, permettent de reprendre à froid les dysfonctionnements, normaux dans ce contexte de changements majeurs. Souvent, la mise en place de l'ordonnancement s'est avérée un révélateur de pratiques individuelles et d'habitudes organisationnelles non identifiées lors de la phase diagnostique. La capacité des acteurs à réguler est alors primordiale car elle détermine le bon fonctionnement de l'ordonnancement, mais aussi la satisfaction que les professionnels vont éprouver.

Cet accompagnement se prolonge le temps nécessaire à la régulation des dysfonctionnements majeurs. Il convient d'en tenir compte dans la programmation du déploiement, même si les difficultés ne se révèlent, souvent, qu'en phase de mise en œuvre. Ces difficultés sont à diffé-

rencier de la phase d'apprentissage normale. Beaucoup de pratiques et de procédures en lien avec l'ordonnancement ne sont pas explicitées lors de la phase diagnostique : elles ne sont pas perçues par les professionnels qui les mettent en œuvre de manière automatique. La compétence des *bed managers* est de repérer ces situations quand elles se présentent. Puis de les formaliser en interrogeant les infirmiers et les cadres du service. Ils peuvent alors enrichir leur répertoire de procédures.

Le profil pour les professionnels de la cellule d'ordonnancement

Les ajustements en temps réels sont primordiaux et nécessitent de la part de l'ordonnanceur une certaine expertise. La résolution d'un problème exige une capacité d'analyse de la situation, l'utilisation d'une méthode de résolution et la capacité à combiner les éléments recueillis de façon pertinente. L'objectif initial est de mettre en œuvre une stratégie qui diminuera la complexité de la situation.

Le respect parfait des processus est par ailleurs une illusion. L'ordonnanceur doit intégrer cette donnée pour réguler au mieux ce qui s'exclut de la règle, être en capacité de réaliser une lecture « relationnelle » et « stratégique » du contexte dans lequel il est inscrit, de coopérer et de négocier pour l'obtention de ces informations. Le choix de la filière d'appartenance des professionnels de l'ordonnancement et gestion des lits – filière administrative ou filière soignante ? – est une question importante.

L'expérience du CHU de Nantes nous a amenés à faire le choix du métier infirmier pour les *bed managers*. En effet, dès lors que la partie réordonnancement, c'est-à-dire la reprogrammation du parcours patient à partir d'un aléa (annulation de la part du patient ou ajournement par l'anesthésiste...), est intégrée dans le processus d'ordonnancement, il semble que l'analyse des situations avec une expertise métier infirmier soit plus pertinente.

L'infirmière a la capacité, acquise par l'expérience, de sortir du « prescrit » lorsque sécurité ou qualité des soins sont en jeu. La prise d'initiatives est primordiale pour espérer réguler ces aléas. De plus, les négociations nécessaires sont mieux conduites par l'infirmière : la communication avec les médecins et ses pairs est facilitée par son expérience et son positionnement auprès de ses interlocuteurs. Les enjeux autour de l'état de santé d'un patient sont perçus de façon plus pertinente par une infirmière. Son expertise métier lui permet de mieux prendre en compte les conséquences pratiques des options choisies pour la résolution de problème, sur les différents secteurs.

La pénétration des différents secteurs de soins (bloc, consultations...) est plus simple pour une infirmière et assure une meilleure centralisation des informations formelles, comme informelles. Ce choix de métier permet en outre de poursuivre le développement d'une « aide suggestive » au corps médical, dès lors qu'il s'agit de réordonnancer le parcours patient pour un quelconque aléa.

Les connaissances infirmières, leurs « stratégies cognitives » et leur « intelligence pratique » peuvent être mises à profit dans la recherche de solutions afin d'optimiser les possibilités de prises en charge au regard des ressources disponibles.

L'encadrement des cellules, à temps partiel ou à temps plein, est apparu essentiel. En effet, hors des questions d'organisation du travail et de planning, la régulation et l'arbitrage sont parfois nécessaires.

Au CHU de Nantes, la mise en place du dispositif d'ordonnancement a été le levier majeur d'une meilleure coopération entre acteurs. Les habitudes sont difficiles à combattre. Leur abandon suppose d'y gagner un bénéfice collectif, perceptible aux professionnels soignants, administratifs et aux patients. C'est la logique projet qui oblige à formuler un but collectif permettant qu'il soit compris, accepté et partagé. Ce projet doit être ouvert sur le contexte, l'histoire, la culture de l'établissement, et relié aux opportunités de changements.

Cette nouvelle forme d'organisation au sein des structures hospitalières a pour ambition de préparer les établissements à faire face aux évolutions annoncées du monde de la santé : il s'agit de proposer au patient des durées de séjour pertinentes et de lutter contre les séjours inadéquats. La réduction du risque de maladies nosocomiales, l'augmentation de la qualité des soins et la satisfaction de la demande des usagers participent à la réussite d'une telle démarche.

L'ordonnancement interne des établissements est amené à s'adjoindre l'intégration du parcours patient au-delà des frontières de la structure. En effet, sa prise en charge commence et se poursuit en dehors des structures. Elle doit gagner en cohérence. Les articulations ville/hôpital seront conduites à intégrer ces dispositifs qui engendrent une plus forte collaboration des professionnels participant au processus de prise en charge du patient. De nouvelles demandes apparaissent lorsque la fluidité interne du parcours patient est acquise, par exemple la mise en place de gestionnaires de cas complexes – investissant les interfaces entre l'établissement et ses partenaires sanitaires ou médico-sociaux.

Comme « *le chemin se fait en marchant* » [3], ce retour d'expérience ne se veut pas modèle. Il n'est que suggestion. Étapes et modalités d'ordonnancement sont à adapter à la situation de chaque établissement. ■

Seul un SIH intégrant l'ensemble des fonctions garantissant sécurité et confidentialité des données permettra une évolution – marquante – des structures d'ordonnancement et de gestion des lits.

3. Vers tiré du poème *Cantares* d'Antonio Machado