

**MOTS CLÉS**

Gestion des lits  
Gestion prévisionnelle  
Optimisation  
Bed management  
Organisation  
Hôpital

# dossier

**ORGANISATION**

## Gestion prévisionnelle des entrées et sorties

### Une nouvelle approche de la gestion des lits

Dans un contexte hospitalier rénové, recherchant la meilleure utilisation de ses moyens, optimiser la gestion des lits dans les établissements de santé est devenu incontournable. Après un an de préparation, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a mis en place progressivement la gestion prévisionnelle des entrées et des sorties sur l'ensemble de l'hôpital. Les auteurs reviennent sur ce projet innovant et ambitieux.

**L**e « lit d'hospitalisation » est une unité de valeur au travers de laquelle une activité est quantifiée, chaque patient étant rattaché à un lit. « *Il s'agit d'une référence à laquelle le monde hospitalier (autorités de tutelle, professionnels de terrain soignants ou gestionnaires...) est attaché pour décrire une structure, définir un périmètre ou quantifier une activité. Cette unité d'œuvre est largement utilisée en gestion hospitalière à un niveau stratégique (planification, projets d'établissement) ou opérationnel (fermeture de lits, disponibilités pour accueillir les patients, référence pour dimensionner les effectifs).* »<sup>(1)</sup>

Le lit est aussi le lieu des soins hospitaliers, l'endroit autour duquel se développe l'organisation hospitalière. La gestion des lits est donc le cœur même de l'activité des hôpitaux. Or, cette gestion, parce que souvent routinière, se fait dans des conditions qui doivent être améliorées.

Ressource fondamentale, le lit conditionne l'activité : s'il n'y a pas de lit disponible, il n'y a pas d'admission de patient et l'hôpital peut alors se retrouver dans une situation où il doit déprogrammer des patients ou en transférer vers d'autres structures. La nécessité d'optimiser les flux de patients doit donc avoir pour ambition :

» d'améliorer la prise en charge du patient par l'allocation adaptée, rapide et coordonnée d'un lit. Les délais d'attente au service d'accueil des urgences (SAU) sont ainsi réduits et les déprogrammations des services de spécialités évitées ;

» de réduire le temps de gestion des lits des équipes soignantes (cadres, médecins, secrétaires...) et de diminuer les tensions entre les services ;

» d'obtenir, par la maîtrise de l'activité, une meilleure adéquation des ressources dans une contrainte d'allocation optimisée de celles-ci aux hôpitaux..

Les enjeux de cette organisation opérationnelle sont majeurs, aussi bien pour les directeurs d'hôpital que pour les différents professionnels hospitaliers, parce que ce sujet relie qualité, optimisation des moyens et offre de soins.

Après un an de préparation et depuis avril 2011, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a mis en place progressivement la gestion prévisionnelle des entrées et des sorties (GPES) sur l'ensemble de l'hôpital. Ce projet d'ampleur a été conduit par la directrice du parcours patient et de la facturation et la responsable de la gestion des flux et des prestations patient. La raison d'être de cette direction est la simplification et la sécurisation du parcours patient. Cette

**Atika ALAMI**

Directrice du parcours patient et facturation, chef de projet gestion des lits

**Julie BOUCHARA**

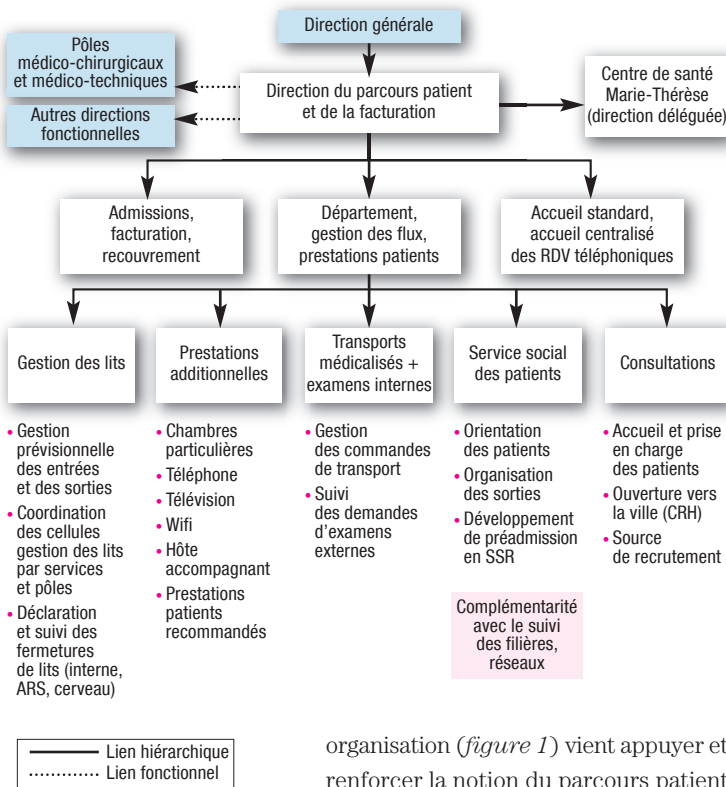
Responsable, département gestion des flux et prestations patients

**Jean-Patrick LAJONCHÈRE**

Directeur général

Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

## FIGURE 1 Organigramme : direction du parcours patient et de la facturation



organisation (*figure 1*) vient appuyer et renforcer la notion du parcours patient dans différentes étapes que sont l'accueil, la prise de rendez-vous, la consultation, l'admission, la programmation du séjour, la mise en place des prestations hôtelières et l'organisation de la sortie à travers les missions du service social et de la régulation des transports.

### Une démarche projet en ligne avec le parcours patient

Fin 2009, par expérience de ce type de démarche, nous avons choisi de d'abord travailler prioritairement sur les différents processus jalonnant le parcours du patient. Ce travail a été complété ensuite par une analyse des flux lors de l'accompagnement par l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) des établissements de santé et médico-sociaux qui a débuté en novembre 2010 <sup>(2)</sup>.

Le projet mené à l'échelle de l'hôpital a été rendu possible par son affichage par le directeur général comme projet institutionnel, impliquant l'ensemble des secteurs d'hospitalisation. Le diagnostic portant sur l'organisation et les flux patients,

a été présenté en comité de direction (Codir), composé du directeur général, des directeurs fonctionnels et de l'ensemble des coordonnateurs médicaux de pôles. À l'issue de ce partage, le Codir a validé le projet de mise en œuvre. La commande devient alors une commande institutionnelle.

Le chef de projet (directeur du parcours patient), accompagné par une équipe de conseil en organisation hospitalière <sup>(3)</sup>, a utilisé les outils classiques du management de projet organisationnel : une note de cadrage pour identifier la cible, un rétroplanning, des chantiers identifiés, une équipe projet, des contributeurs par chantier qui ont tous travaillé sur des livrables identifiés, préparés en amont de la mise en œuvre.

Plusieurs chantiers ont été mis en œuvre simultanément, chacun ayant pour thème l'analyse des étapes du circuit patient. Ils ont porté sur les étapes suivantes :

- » programmer une admission ou une préadmission ;
- » admettre un patient depuis les urgences ;
- » gérer l'occupation des lits au quotidien ;
- » réaliser une entrée ;
- » préparer et réaliser une sortie.

Lors de ce préprojet, la gestion des lits est apparue comme mobilisant des acteurs de fonctions différentes – médecins, cadres infirmiers, urgentistes et secrétaires – en lien avec les autres professionnels participant à la prise en charge du patient à l'hôpital (plateau technique, bloc opératoire, unité de surveillance continue [USC], réanimation, urgences). Un audit interne a permis de mesurer le temps consacré à la gestion des entrées et des sorties : 113 heures par jour au total sur l'hôpital.

Communément, les médecins et les cadres sont peu satisfaits de la gestion des lits. Ils disent se trouver souvent face à un manque de lits. La recherche de solutions consomme beaucoup d'énergie, un questionnement permanent et de nombreux appels téléphoniques entre différentes structures...

### Le diagnostic organisationnel

Nous l'avons dit, le diagnostic a porté sur deux dimensions : l'analyse des processus et l'analyse des flux patients <sup>(4)</sup>.

L'analyse de départ réalisée au sein du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph montre :

- » des temps d'attente patient aux urgences importants pour l'admission dans un service, une mise à disposition du lit insuffisante ;
  - » des déprogrammations qui portent préjudice à la qualité du service rendu au patient ;
  - » des transferts de patients vers d'autres établissements extérieurs ;
  - » un coût de gestion des lits et une énergie dépensée très importants liés à la multitude d'acteurs impliqués dans le processus de la gestion des lits et la coexistence de pratiques de programmation hétérogènes au sein de l'établissement ;
  - » la désorganisation des unités de soins ;
  - » l'absence d'unité de gestion ;
  - » l'existence de journées d'hospitalisation non pertinentes.
- À cela s'ajoute le constat des 113 heures par jour, soit treize équivalents temps plein consacrés à cette fonction par des agents de plusieurs catégories professionnelles : secrétaires, cadres de santé, infirmières et médecins.

### NOTES

(1) M. Cauterman (sous la direction de), *La Gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expériences*, MeaH, Berger-Levrault, avril 2008.

(2) L'établissement a signé un contrat avec l'Anap et l'agence régionale de santé Île-de-France pour un projet performance en octobre 2011. [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

(3) Accompagnement et analyse des flux par le groupement Expertise et solutions santé.

(4) Les chefs de projets utilisent la modélisation des processus théorique, réel et cible selon les principes exposés par J.-L. Le Moigne, *La Modélisation des systèmes complexes*, Dunod, 1999.

Ces constats liés à l'absence totale d'unité de gestion ont été à l'origine du projet.

L'approche par l'amélioration des processus a permis de revenir sur plusieurs décennies d'habitudes professionnelles ayant peu évolué malgré des profils de patients bien différents et des attentes médico-économiques accrues.

Le fait d'utiliser une fiche de programmation avec une base commune à tout l'hôpital, de programmer un flux d'urgences par spécialité et par jour, d'identifier la durée de séjour prévisionnelle pour les groupes homogènes de malades (GHM) principaux, de faire débiter la visite médicale par les sortants et de travailler sur un planning des tâches d'anticipation des sorties ne sont que des exemples des actions suivies par le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. Tous ces axes ont trouvé un ancrage dans le premier diagnostic mené en interne.

L'analyse des flux d'après le fichier des résumés standardisés de sortie du premier semestre 2011 a montré que l'hôpital disposait quotidiennement, à minuit, de 20 à 40 lits disponibles. En parallèle, des transferts vers d'autres hôpitaux ou des déprogrammations internes survenaient pour faute de places. Une telle discordance ne pouvait perdurer et devait donner lieu à un plan d'amélioration relatif à la planification des séjours programmés et de l'admission des patients provenant du service des urgences.

Cette analyse montre aussi qu'à l'échelle de l'établissement :

» les pics d'activité sont principalement dus au flux de patients programmés ;

» les flux en provenance des urgences sont stables ;

» 20 à 40 lits sont disponibles tous les soirs.

L'énergie consacrée chaque jour à la recherche de lits dans une unité était notable mais le manque de places déclarées par les services n'est pas tout à fait le reflet de la réalité à l'échelle des 534 lits de l'hôpital (hors hôpital de jour, réanimation et USC).

La nécessité de gérer les lits sur des ensembles plus grands que le service s'est alors révélée comme une piste à explorer. Très rapidement, il est apparu qu'une personne, la gestionnaire de lits, devait intervenir sur un regroupement de plusieurs unités, plusieurs services, tel que le permet le périmètre des pôles. Cette approche a d'ailleurs guidé le Codir pour revoir l'organisation des pôles.

Ainsi, courant 2011, ces derniers ont été regroupés selon des entités géographiques tout en conservant une cohérence médicale et managériale. Le contour des pôles a donc été retravaillé et les regroupements de services ont aussi répondu à la logique géographique. La mutualisation des moyens (ressources humaines et lits) a ainsi été possible.

La gestion des services doit être organisée autour du cœur de métier. À l'hôpital, cela se traduit par une réflexion sur les orientations médicales et stratégiques et par un recentrage des services sur l'activité, la qualité et l'enseignement, les pôles étant des unités de management opérationnel.

## Conditions de succès et d'échecs

### Un nouveau métier au service des équipes <sup>(5)</sup>

Afin de finaliser ce projet, l'hôpital a créé à effectif constant un nouveau métier dédié à cette gestion centralisée des lits. Très tôt, dès le préprojet, il est apparu nécessaire d'avoir une

personne unique pour coordonner les mouvements de patients au sein d'un périmètre, veiller à la bonne prévision d'activité et arbitrer les décisions d'affectation de patients en lien avec les chefs de services et les cadres de santé. Il ne s'agissait pas que d'un travail de saisie de données mais également d'une veille et d'une gestion de l'activité.

Le profil du « gestionnaire de lits » devait répondre à plusieurs critères : une bonne connaissance des termes médicaux et des pathologies, une maîtrise des circuits hospitaliers, une compréhension du contexte médico-économique de l'hôpital et une expérience de l'accompagnement au changement. Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a donc ouvert largement ce poste et, finalement, les quatre gestionnaires de lits en poste sont des secrétaires médicales ou agents d'admission expérimentés. Leurs parcours variés renforcent la connaissance du parcours patient et permettent ainsi de maîtriser les différents circuits de prise en charge. Un tel projet – la gestion centralisée des lits d'un ensemble de 150 lits environ <sup>(6)</sup> – ne pouvait se réaliser qu'avec l'adhésion des principaux acteurs : médecins et cadres.

### Une collaboration indispensable des acteurs

Rassurer le corps médical quant à cette gestion élargie des lits est apparu majeur. Le sujet principal aura été la sécurité de la prise en charge des patients. Afin d'encadrer cette problématique, qui ne doit en aucun cas générer de perte de chance pour le patient, des règles d'hospitalisation, hors service de spécialité, ont été validées par les chefs de services.

## NOTES

(5) « Des gestionnaires de lits » pour sauver les urgences », *Le Monde*, 10 avril 2013.

(6) L'équivalent d'un pôle pour le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph.

Ainsi la gestionnaire de lit ne peut-elle planifier une hospitalisation en dehors du service sans respecter ces règles rigoureuses. En illustration, il est par exemple décidé qu'un patient admis pour une laryngectomie totale est admis exclusivement dans le service d'ORL, afin de lui garantir toute la prise en charge spécifique : éducation, soins de trachéotomie, etc. En revanche, un patient hospitalisé pour une thyroïdectomie pourra être hospitalisé en ORL, mais aussi en chirurgie digestive, selon la décision médicale.

Cette allocation des lits par secteurs favorise les hospitalisations tout en limitant les déprogrammations.

Il a été nécessaire, lors de la mise en œuvre de ces hospitalisations hors spécialité, bien qu'exceptionnelles, de rappeler que le chef de service accueillant le patient était responsable du patient. C'est à lui que revient la tâche d'organiser sa prise en charge médicale en lien avec les médecins de la « juste » spécialité.

#### **Difficultés et limites**

Le deuxième point soulevé par les médecins a été la limitation en termes de ressources médicales, et par conséquent à améliorer la lisibilité des patients hospitalisés dans les services « voisins » et renforcer la capacité de les prendre en charge. Il est à noter que le mode prévisionnel des entrées et des sorties a permis une lisibilité anticipée des flux. Ainsi, les pics sont prévus, ce qui permet de limiter les hospitalisations hors service de spécialité. En cas de pics, les services sont informés par les gestionnaires de lits afin de mobiliser toutes les ressources autour de la sortie du patient : accélération des demandes de soins de suite, sollicitation des assistantes sociales, analyse de la pertinence des examens complémentaires attendus...

Les cadres de santé, autres acteurs touchés par la gestion centralisée des lits, auront été les professionnels qui se sont sentis le plus menacés. Pourtant, ce sont ceux qui ont eu les manifestations les plus

vives lors du diagnostic : *nous passons trop de temps à gérer les lits... nous n'avons plus le temps de nous occuper des professionnels et du suivi de la qualité de prise en charge des patients...* Et pourtant, le lancement dans le pôle pilote a été marqué par la crainte quelquefois très forte de certains cadres de se voir retirer la gestion des lits. Nous touchions, là, à une zone de pouvoir importante entre le cadre et l'équipe médicale. Forts de cette expérience, les chefs de projet ont travaillé avec les coordonnatrices des pôles et la direction des ressources humaines sur le temps rendu disponible pour les cadres de santé lors du déploiement sur les trois pôles restants et pouvant être consacré aux tâches « cœur de métier » comme l'évaluation des pratiques, la démarche d'amélioration de la qualité des soins, l'accueil et l'intégration des nouveaux, la formation, le recueil et l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients...

Le partage précis et objectif du diagnostic organisationnel, des difficultés rencontrées par les équipes et des pistes d'amélioration a permis d'expliquer ce changement important et générateur de résistance forte. Un diagnostic solide décrivant les dysfonctionnements constatés aide à aborder ce projet de façon pragmatique et opérationnelle.

De plus, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a fait le choix de retenir un pilotage interne du projet, l'équipe de consultants ne pouvant être positionnée seule en première ligne. Le rôle des consultants dans la définition du diagnostic, phase essentielle pour lancer un projet d'une telle envergure, et dans l'accompagnement méthodologique est certes primordial, mais la mise en œuvre devait rester opérationnelle et interne pour garantir l'adhésion et la pérennité de cette nouvelle organisation

La dernière difficulté rencontrée est celle des outils. Ainsi, l'absence de logiciel intégré au système d'information fragilise la mise en œuvre et le pilotage puisque, à ce jour, toutes les informations relatives à l'identité du patient et à la planification des séjours sont resaisies par les gestionnaires de lits.

### **Mise en œuvre : de la démarche projet au mode opératoire**

Le déploiement a été progressif sans être trop long. La gestion prévisionnelle des entrées et des sorties dans le premier pôle pilote a été mise en œuvre en avril 2011 et le dernier des quatre pôles médico-chirurgicaux en mars 2012.

Cette mise en œuvre rapide (centralisation de 534 lits en moins d'un an) a été décidée afin de déclencher une dynamique à l'échelle de l'établissement et de répondre aux besoins de tous les services.

Le mode opératoire retenu est le suivant : avant chaque mise en œuvre, l'équipe projet a conduit des ateliers préparatoires. Dans un premier atelier, les différents circuits, programmés ou via les urgences ont été décrits, en identifiant les acteurs, les moyens et les supports. Un deuxième atelier avait pour but de comparer le processus existant au processus cible. Deux ou trois ateliers ont servi par la suite à élaborer et suivre le plan d'actions pour pouvoir adapter le processus cible aux spécificités de chaque pôle. L'accompagnement des « hommes » a été soutenu. Une présence quotidienne de l'équipe projet auprès des équipes a été organisée, elle était indispensable

pour accompagner le changement, l'expliquer et « adoucir » la résistance à ce changement organisationnel.

Tous les acteurs du pôle ont participé : coordonnateurs, chefs de service, cadres de santé, secrétaires médicales d'hospitalisation, de consultations et de programmations, future gestionnaire de lits de l'ensemble en question. La mobilisation, bien qu'importante, de ces professionnels a permis dès cette étape un échange porteur d'idées innovantes et une transmission des informations.

À l'issue de ces ateliers, la gestionnaire de lits a été formée à l'outil Excel mis à disposition par l'équipe conseil et à préparer sa base de patients programmés.

Le jour choisi pour les différentsancements a été systématiquement un mercredi, jour suffisamment éloigné du week-end. Autre facteur de réussite : l'omniprésence de l'équipe projet aux côtés du personnel médical et non médical des services du pôle sur les quatre jours qui ont suivi pour encadrer le week-end. Le lancement a été l'occasion de réexpliquer l'ambition du projet, l'organisation à respecter et de former les acteurs aux outils :

- » l'outil informatique de visualisation des lits occupés ;
- » le « plan de travail », à remplir et faxer à la cellule des lits, comprend le nom du patient, sa date de naissance, le nom du médecin ou chirurgien responsable, le numéro du lit occupé, mais aussi la date et l'horaire d'entrée du patient. Cette transmission quotidienne permet la mise à jour des durées prévisionnelles de séjour, des entrées et des sorties.

Un suivi du fonctionnement a été réalisé de façon hebdomadaire sur les deux premiers mois afin de transformer toutes les difficultés techniques, organisationnelles ou managériales en actions d'amélioration.

Cela a demandé à l'équipe projet et aux coordonnatrices paramédicales de pôles une grande vigilance, mais cela a également permis d'éviter les réactions telles que *ça ne marche pas* ou *c'était mieux avant*.

### L'emploi du temps d'un gestionnaire de lits

Dès 8h30, le gestionnaire de lits d'un pôle consacre son temps à la mise à jour en temps réel des mouvements : entrées en urgences, sorties, mutation des unités de soins continus ou réanimations, transfert des hôpitaux de jour en cas de complications, en fonction des différentes données obtenues par fax ou téléphone.

Dès le début d'après-midi, il affecte les patients prévus pour les deux jours à venir dans un lit non fictif et identifié, selon les règles d'hébergement, afin d'anticiper l'activité des services. Il envoie si besoin des alertes aux cadres de santé, aux chefs de service, aux coordonnateurs de pôle ainsi qu'à la responsable de la gestion des flux. Il peut s'agir tant de saturation en lits dans la spécialité ou le pôle que de secteurs insuffisamment occupés dans lesquels il faudra adapter l'effectif au regard de l'activité (lits ouverts et charge en soins).

En fin de journée, à 18h30, le gestionnaire de lits adresse un mail aux cadres de nuit, signalant les lits vacants disponibles et ceux vacants mais réservés pour des entrées à 8h00 le lendemain. Vers 6h30, les agents d'admission de nuit signalent en retour la liste de patients hospitalisés pendant la nuit avec leur numéro de chambre et le motif d'hospitalisation.

## TABLEAU 1 Suivi des indicateurs d'activité et qualité\*

Indicateur	Valeur de départ (2010)	Valeur à date (2012)	Valeur cible
Nombre de séjours	44 283	50 097	48 616 (BP 2012)
Durée moyenne de séjour (DMS)	5,6	5,4	5,57 (BP 2012)
Recettes GHS	117,2 M€	122,2 M€ (BP 2012)	127,7 M€ (non clos)
Taux de sortie le matin	40%	58%	60%
Déprogrammation	10	0	0
Lits vides	20 à 40	Moyenne : 20 (de x à x)	<10
Réactivité SAU	NS	00:30 - Lit dispo : 01:00	Le plus court possible
Durée passage SAU	04:44	04:19	03:30
Transferts MCO extérieurs	77	60 (dont psychiatrie, gériatrie disciplines non traitées à St-Joseph ou en partie )	Le moins possible

\*Données extraites du tableau de bord Gestion des flux

### La montée en charge

La montée en charge progressive sur les quatre pôles a permis d'ajuster au fur et à mesure ce fonctionnement et de le consolider :

- » la direction des ressources humaines et les chefs de projet ont très vite souhaité piloter une réunion hebdomadaire avec l'ensemble des coordonnatrices des pôles pour faire le point sur l'activité, via les données de la gestion des lits, et sur les effectifs à mettre au regard. Cet échange a permis d'allouer le bon nombre d'infirmières ou d'aides soignantes en cas de baisse d'activité, notamment lors de période de congés scolaire ou de ponts. Le nombre de vacataires et/ou d'intérimaires est davantage maîtrisé ;

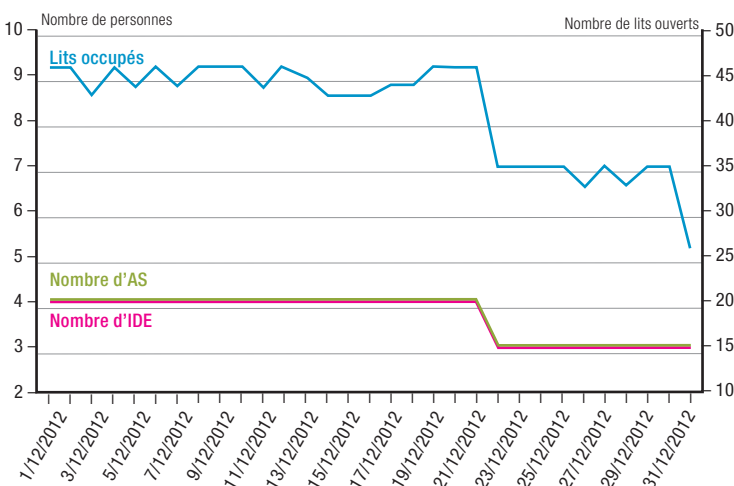
- » par ailleurs, les liens permanents avec l'équipe du service d'accueil des urgences (SAU) ont pu être complétés par la présence d'une des gestionnaires de lits à leur staff du matin afin de recueillir les besoins d'aval et de mesurer les efforts à fournir pour fluidifier le SAU ;

- » une fois l'organisation mûre, les chefs de projet ont souhaité répondre au flux entrée/sortie encore important du samedi. Ainsi, de 10h00 à 14h00, une des gestionnaires de lits est présente les samedis afin de mettre à jour les données et d'aider en cas de problème signalé par les cadres de gardes : une évaluation est en cours.

## GRAPHIQUE 1 Suivi journalier de l'adaptation des effectifs à l'activité...

Date	ORL/Stomato			Gastro			Procto/Chirurgie digestive			Chirurgie digestive			Orthopédie	
	Lits vides	IDE en -	AS en -	Lits vides	IDE en -	AS en -	Lits vides	IDE en -	AS en -	Lits vides	IDE en -	AS en -	Lits vides	IDE en -
01/12/12														
02/12/12														
03/12/12	0			0			2			5			3	
04/12/12	0			0			0			1			0	
05/12/12	0			0			0			0			2	
06/12/12	0			0			1			0			0	
07/12/12	2			0			3			4			2	
08/12/12														
09/12/12														
10/12/12	0			0			0			0			0	
11/12/12	0			0			0			2			2	
12/12/12	0			0			0			2			0	
13/12/12	2			0			1		0,27	0			1	
14/12/12	0			0			0			2			3	
15/12/12	0			0			11	-1	-1	2			3	
16/12/12	0			0			11	-1	-1	2			3	
17/12/12	1			0			3		-1	4			2	
18/12/12	0			0			0			8	-0,27	-0,27	2	
19/12/12	2			0			0			13	-1	-1	0	
20/12/12	0			0			0			0	-1	-1	0	
21/12/12	0			0			18	-1,5	-1,5	0			0	
22/12/12	5	-0,5	-0,5	0			16	-1,5	-1,5	1			11	-1
23/12/12	5	-0,5	-0,5	0			19	-1,5	-1,5	3			11	-1
24/12/12	5	-0,5	-0,5	0			19	-1,5	-1,5	3			11	-1
25/12/12	5	-0,5	-0,5	0			19	-1,5	-1,5	0			11	-1
26/12/12	5	-0,5	-0,5	0			18	-1,5	-1,5	0			13	-1
27/12/12	5	-0,5	-0,5	0			16	-1,5	-1,5	1			11	-1
28/12/12	5	-0,5	-0,5	0			18	-1,5	-1,5	2			13	-1
29/12/12	5	-0,5	-0,5	0			16	-1,5	-1,5	0			11	-1
30/12/12	5	-0,5	-0,5	0			16	-1,5	-1,5	0			11	-1
31/12/12	7	-0,5	-0,5	1			20	-1,5	-1,5	5			11	-1

### ... du service d'orthopédie



## Phase d'évaluation: une consolidation nécessaire

Dès la première étape de mise en œuvre, différents indicateurs ont été suivis dans un tableau de bord mensuel regroupant des données sur les flux des patients (gestion des lits, transports, service social, filières, activité externe) diffusé à l'encadrement (*tableau 1 page précédente*). Sur le domaine de la GPES, ce tableau répertorie des indicateurs à la fois d'activité et de qualité.

### Indicateurs d'activité

Tout hôpital et par pôle avec comparaison à N-1 et N-2.

- » Nombre de séjours
- » Durée moyenne de séjour (DMS)
- » Lits ouverts
- » Recettes en T2A

### Indicateurs qualité

Tout hôpital et par pôle avec comparaison à N-1 et visualisation sur les trois derniers mois.

- » Taux de sortie le matin
- » Nombre de déprogrammations
- » Nombre de lits vides à 18h30
- » Incident d'affectation des patients, signalé par les cadres
- » Nombre d'appels par le SAU
- » Réactivité de la gestionnaire de lits entre la demande de lit du SAU et la réponse
- » Réactivité de la gestionnaire de lits entre la demande de lit du SAU et le transfert patient
- » Nombre de passages au SAU et durée de passage au SAU
- » Nombre de transferts vers l'extérieur

Les premiers résultats visibles ont été ressentis par les urgentistes. Le fait d'avoir un seul et unique interlocuteur a permis d'optimiser leur recherche de lits d'aval pour les patients ayant reçu un avis médical. Le retour d'expérience de l'encadrement et du corps médical lors de staff, bureau de pôle ou réunion a été assez varié selon le niveau de conformité aux processus.

## Les avis des professionnels

### Jean-Luc Aim, chef de service adjoint des urgences

*La relation urgentistes/spécialistes est souvent faussée par cet enjeu du « lit », ce fameux « Graal ». Un enjeu devenu majeur, dans un contexte de « raréfaction » des disponibilités de lits dans des hôpitaux qui a parfois entraîné des comportements « non professionnels » entre confrères.*

*La GPES permet de revenir à une relation équilibrée entre « professionnels de santé ».*

*L'enjeu n'est pas le lit, mais le patient. Ni le médecin ni le cadre de santé n'ont pour vocation de gérer des lits d'hospitalisation. Leur métier est le soin au patient et la transmission de leur savoir aux plus jeunes, et ils doivent y revenir.*

*La GPES permet aux médecins de centrer leur échange sur le patient et sa problématique. Les médecins parlent enfin à nouveau de médecine. Quelle est la meilleure solution à apporter au patient et qui pourra la lui apporter ?*

*La gestion du lit revient alors à une structure organisée, à des personnes dont c'est le métier et qui disposent des outils modernes de gestion adaptés. [...]*

*Les patients ont changé; ils sont plus âgés, cumulent plusieurs maladies chroniques. L'hôpital a changé; il doit s'adapter à une réalité de gestion des moyens préservant l'intérêt collectif; la notion de service de spécialité très précisément définie est peut-être dépassée.*

*Ce n'est plus au patient d'aller dans le bon service, mais à plusieurs médecins de différentes spécialités de venir au chevet du patient dans un service « dématérialisé »... Peut-être cela sera fait à l'avenir...*

**Michèle Bouchoucha,**  
**coordinatrice paramédicale du pôle chirurgical**

*Le pôle des spécialités chirurgicales, qui regroupe cinq spécialités, se situe sur trois étages dans un même bâtiment avec une capacité totale d'accueil de 144 lits.*

*Chaque étage est placé sous la responsabilité du chef de service de la spécialité et d'un cadre de santé.*

*Afin d'optimiser le taux d'occupation des lits du pôle tout en conciliant les programmations et l'activité des urgences, la gestionnaire de lits a complètement sa place au sein du pôle. Elle travaille en collaboration avec les cadres de santé et l'équipe médicale; elle peut ainsi affecter un lit pour chaque patient en respectant les règles définies par chaque chef de service.*

*Chaque matin, le plan de travail est faxé à la gestionnaire de lits après réactualisation basée sur la visite médicale. En cas d'urgence, la gestionnaire de lits est automatiquement sollicitée; c'est un gain de temps important pour les cadres de proximité qui, souvent, passaient entre une à trois heures pour régler un problème de lit. L'optimisation de l'occupation des lits est effective.*

*Pour moi, coordinatrice paramédicale, la synthèse de cette gestion des lits est importante dans la fonction de management et permet de mettre en adéquation activité et effectifs paramédicaux à l'échelle de deux niveaux: le service et le pôle.*

*Ce qui permet au niveau du pôle de suivre un tableau de bord journalier (graphique 1).*

La GPES permet d'adapter la masse salariale paramédicale en équivalent temps plein (ETP) en accord avec le nombre de lits disponibles dans les services.

Lors de la fermeture ou de la réouverture d'un service, la gestionnaire de lit est d'une aide précieuse et l'adaptation des ressources en lien avec l'activité globale du pôle peut se faire plus facilement. Dans le cas de saturation de lits au niveau du pôle, la procédure dégradée est tout de suite mise en place, à savoir l'hébergement dans un autre pôle avec maintien du niveau de qualité de prise en charge pour le patient; ainsi, la déprogrammation d'un patient est exceptionnelle.

Les relations entre gestionnaire de lit, cadre de santé et équipe médicale se font dans un esprit d'équipe: l'ensemble des professionnels de santé partagent ainsi les informations indispensables à l'organisation du séjour en temps réel et l'anticipation de la sortie permet une meilleure prise en charge des patients.

**« Mieux nous organiser pour mieux prendre en charge nos patients, et ainsi positionner toujours mieux le patient au cœur de nos organisations, le sens de notre mission.**

## Et ensuite ?

Depuis janvier 2012, le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a choisi de mener tous les mois une évaluation des pratiques en reprenant les grands principes de la gestion prévisionnelle des entrées et des sorties pour optimiser les résultats et la satisfaction des professionnels. Cette ultime phase doit permettre de faire perdurer le projet au-delà de l'accompagnement par l'Anap et au-delà du mode projet qui a pris fin en mars 2012.

Ce projet vient structurer davantage l'organisation hospitalière qui est en mouvement actuellement. Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph a su mener des restructurations importantes et sait que ce chantier est à suivre sur le long terme.

Les premiers résultats, plutôt encourageants, ont su montrer que ce qui peut être compris au départ comme une contrainte est finalement un support aidant à la pratique des soins. Le cadre de santé est dégagé de cette fonction et recentré sur la dimension managériale et sur la qualité des soins.

D'autres sujets comme la gestion centralisée des places en ambulatoire, la régulation des urgences ou encore l'organisation des prises de rendez-vous en imagerie pourront par conséquent être traités avec moins de résistance.

La démarche sera toujours la même: mieux nous organiser pour mieux prendre en charge nos patients, et ainsi positionner toujours mieux le patient au cœur de nos organisations, le sens de notre mission. ●