

Gestion des lits : vers une nouvelle organisation

Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



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

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

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

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



Christine Kiener

christine.kiener@anap.fr

Bénédicte Le Mouël

benedicte.lemouel@anap.fr

Céline Baud

celine.baud@anap.fr

Audrey Letin

audrey.letin@anap.fr

Résumé

Organiser le séjour du patient au sein de l'hôpital est un projet transversal qui mobilise l'ensemble des professionnels.

Cette publication s'adresse aux directeurs d'établissements sanitaires et aux professionnels en charge de l'optimisation de la gestion des lits. Elle a pour objectif de leur donner une démarche « clés en main » pour initier l'optimisation de la gestion des lits dans leur établissement.

La démarche proposée repose tant sur des éléments méthodologiques de gestion de projet que sur des outils opérationnels, lesquels constituent une aide à l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan d'actions adaptés au contexte de l'établissement.

Le document présente successivement les phases de cadrage, de diagnostic et de plan d'actions, en prêtant une attention particulière sur la manière de communiquer et de conduire le changement pour mener à bien un tel projet. À chaque étape, sont proposés des outils, supports et modèles de présentation, retours d'expériences et témoignages, favorisant l'appropriation de la démarche par tous et le partage de bonnes pratiques organisationnelles.

L'ensemble des éléments contenus dans cette publication est le fruit de réflexions et de travaux menés par les 160 établissements accompagnés par l'ANAP dans le cadre du Programme national de déploiement de la gestion des lits.

3

Abstract

Organising a patient's stay in hospital is a cross-functional project involving all healthcare professionals.

This publication is aimed at healthcare establishments and professionals responsible for optimising bed management. Its purpose is to give them a 'turnkey' approach to begin optimising bed management in their establishment.

The proposed approach is based as much on procedural aspects of project management as on operational tools, which are an aid to drafting an analysis and action plan appropriate to the establishment's circumstances.

The document presents the sequential phases for outlining, analysis and the action plan, giving special attention to means of communication and implementing the change to bring such a project to a successful conclusion. Each step proposes presentation tools, documents and templates, lessons learned and case studies, helping everyone involved to understand the approach and share best organisational practices.

All the information contained in this publication is the result of consultations and work carried out by 160 establishments supported by ANAP as part of the national deployment programme for bed management.

Sommaire des outils

Phase 1 : Cadrage

Trame de note de cadrage	p. 13
Trame de plan de communication	p. 15
Éléments de langage pour convaincre et conduire le changement	p. 16

Phase 2 : Diagnostic

Matrice SWOT	p. 20
Quickscan ANAP Gestion des lits	p. 22
Outils Autodiagnostic de l'ANAP	p. 26
Exemple de restitution de diagnostic	p. 27

Phase 3 : Plan d'actions

Grille problématiques et actions croisées	p. 38
Tableau d'aide au dimensionnement capacitaire cible (AIDICA)	p. 41
Matrice de priorisation	p. 42
Trame de synthèse de diagnostic et plan d'actions	p. 43
Trame de plan d'actions	p. 43
Grille d'indicateurs par action	p. 46
Catalogue d'indicateurs de performance en matière de gestion des lits	p. 46



Tous les outils sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP.

www.anap.fr

Sommaire

Préface	p. 6
Remerciements	p. 7
Introduction	p. 8
Un contexte favorisant une gestion des lits optimisée	p. 8
Une thématique complexe et une démarche transversale	p. 8
Des enjeux stratégiques et opérationnels pour chacun	p. 9
Une méthodologie ANAP proposée en appui des établissements	p. 10
Phase 1 : Le cadrage du projet, une étape incontournable	p. 12
Lancer la démarche et lui donner un cadre	p. 13
Définir la gouvernance du projet	p. 14
Assurer une communication large du projet	p. 15
Accompagner le changement des habitudes	p. 16
Maîtriser les règles d'or d'un cadrage de projet	p. 17
Phase 2 : Un diagnostic pour objectiver la situation	p. 18
Faire un état des lieux	p. 20
Faire une analyse des pratiques existantes	p. 22
Analyser les processus et identifier les problèmes	p. 24
Recueillir les données nécessaires au diagnostic quantitatif	p. 26
Partager et analyser les premiers résultats	p. 27
Maîtriser les règles d'or d'un diagnostic performant	p. 36
Phase 3 : Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions	p. 37
Recueillir les pistes d'amélioration	p. 38
Prioriser les actions	p. 42
Anticiper les risques	p. 43
Formaliser le plan d'actions	p. 43
Définir des indicateurs pour évaluer les résultats attendus par action	p. 46
Annoncer la prochaine étape de mise en œuvre	p. 46
Annexes	p. 48
Liste des participants au Programme	p. 56
Glossaire	p. 58

Préface

Trouver un lit pour un patient nécessitant une hospitalisation relève parfois du défi.

La « gestion des lits » est une thématique incontournable qui vise à appréhender le parcours du patient dans sa globalité en amont et en aval de son hospitalisation. Elle conduit également à s'interroger sur de nombreuses questions stratégiques, telles que la place donnée à l'ambulatoire et aux alternatives à l'hospitalisation, l'organisation de la programmation des séjours, les interactions avec les partenaires de ville...

Sous l'initiative de Mme la ministre des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des Femmes, lors de son discours du 26 avril 2013, l'ANAP a lancé en octobre 2013 un programme national d'accompagnement de 160 établissements de santé publics, ESPIC et privés avec un objectif d'optimisation du parcours des patients.

Cette dynamique d'optimisation de la gestion des séjours s'appuie sur les 3 leviers de la performance :

- ▶ **La qualité des soins** avec une fluidification du parcours patient en hospitalisation programmée ou non et l'adéquation au type de prise en charge : « le patient au bon endroit, au bon moment et pour une juste durée »;
- ▶ **L'amélioration des conditions de travail** avec le lissage de l'activité sur la journée et la limitation des tâches à la recherche de lit permettant d'éviter les tensions au sein des équipes, d'anticiper les congés des personnels soignants et médicaux ;
- ▶ **L'efficacité économique** avec la diminution des journées d'hospitalisation non pertinentes, la diminution des transferts depuis les urgences par méconnaissances des ressources disponibles ou par faute de place, et l'ajustement des ressources à l'activité.

Le programme vise à mettre en œuvre des actions à court et moyen terme favorisant la gestion des flux.

Cette connaissance précise des flux des patients et cette capacité à les réguler, au quotidien et durant l'année, permettent de mener une démarche d'optimisation des ressources et des capacités d'hébergement.

Les établissements tendent vers une gestion centralisée et prévisionnelle des séjours en faisant émerger, dans certains cas, une nouvelle fonction : le gestionnaire de lits.

C'est à ce titre que l'ANAP s'est vue remettre en décembre 2013, une *Victoire des Acteurs Publics*, dans la catégorie fonction publique hospitalière, symbolisant une organisation innovante des parcours patients.

Christian Anastasy
Directeur général

Remerciements

L'équipe du Programme National Gestion des Lits tient particulièrement à adresser ses sincères remerciements :

- ▶ Aux relecteurs de la publication :
 - Mme Dichamp, Adjointe du Directeur Coopérations et territoires, CHU de Poitiers
 - Mme Mougeot, coordonnateur de Soins aux Hôpitaux Privés de Metz
 - Mr Riello, cadre administratif de pôle, CHU de Bordeaux
 - Mme Roussillon, cadre supérieur de santé au CH Annecy-Genevois
 - Dr Simon, praticien hospitalier au CHI Poissy Saint Germain
- ▶ A tous les référents Gestion des lits des Agences Régionales de Santé et notamment les deux référents des ARS au Comité Opérationnel (COMOP) : Mme Molina, ARS Languedoc-Roussillon et Mr Gjösteen, ARS Rhône Alpes
- ▶ Aux prestataires qui ont accompagné les binômes tout au long du programme : Adopale, Apave/Antares, Cerclh/GE, Perspective, Referis
- ▶ Au prestataire en charge de la capitalisation du programme : Kurt Salmon
- ▶ Aux membres du Cercle national sur la gestion des lits qui ont apporté leurs réflexions et contributions

Et tout particulièrement à l'ensemble des membres des binômes des établissements accompagnés (dont vous trouverez le détail en fin de document) par le Programme National Gestion des Lits qui nous ont permis, grâce à leur travaux, de produire cette publication.

Introduction

Ce tome 1 traite du cadrage d'un projet de gestion de lits jusqu'à la définition du plan d'actions et est suivi d'un second tome détaillant la phase de mise en œuvre des actions.

1. Un contexte favorisant une gestion des lits optimisée

Les établissements de santé sont contraints aujourd'hui de repenser leur fonctionnement pour avoir la maîtrise des parcours des patients et ainsi mieux intégrer les demandes de prises en charge en provenance des urgences et les entrées programmées, le développement de l'ambulatoire, la gestion des sorties et le transfert vers les structures d'aval. Ils se sont saisis des questions sur l'optimisation de la gestion de leur capacité telle que :

- ▶ La maîtrise des durées moyennes de séjour et l'optimisation des taux d'occupation des services;
- ▶ La diminution du nombre de patients sur des lits « brancards » au sein des urgences;
- ▶ La diminution des hospitalisations « inadaptées » de patients dans un service ne relevant pas de leur spécialité médicale, et pouvant engendrer des mutations internes consommatrices de temps soignant, un risque potentiel pour le patient si les règles d'hébergement ne sont pas définies, et si le personnel soignant ne s'estime pas compétent pour le prendre en charge;
- ▶ La diminution des transferts vers d'autres établissements par méconnaissance de la possibilité d'hospitalisation ou pour cause de lits réservés;
- ▶ La visibilité sur la disponibilité des lits en temps réel et en prévisionnel afin d'éviter de mobiliser un temps soignant précieux à la recherche en lit;
- ▶ Le report des interventions programmées;
- ▶ L'anticipation des examens et du recours aux plateaux techniques;
- ▶ L'anticipation de la sortie et des demandes d'aval pour éviter des journées d'hospitalisation non pertinentes et améliorer le processus de facturation;
- ▶ L'effort de formalisation des processus de pré-admission et de sortie;

- ▶ L'adéquation des ressources soignantes aux activités pour diminuer le recours aux heures supplémentaires ou à l'intérim, voire des fermetures temporaires de lits non anticipées;
- ▶ Le temps passé par les praticiens et les soignants à chercher des lits, pour hospitaliser les patients notamment en provenance des urgences.

Le Programme National Gestion des Lits accompagne les établissements dans la mise en œuvre de ces actions.

L'ensemble des éléments contenus dans cette publication est le fruit de réflexions et de travaux menés par des établissements dans le cadre de différents projets ANAP :

- ▶ Les projets performance, dont le « Retour d'expériences gestion des lits » est paru en avril 2013;
- ▶ Les rencontres du Cercle national Gestion des lits depuis 2 ans;
- ▶ Le Programme National Gestion des Lits;
- ▶ Le projet de vingt établissements en difficulté financière suivis par le COPERMO.

2. Une thématique complexe et une démarche transversale

Ce que l'on appelle de manière un peu restrictive la « gestion des lits » ne se réduit pas à placer des patients dans un lit. Gérer des lits oblige à appréhender le parcours du patient dans sa globalité, depuis son entrée (pré-admission/admission) jusqu'à sa sortie; et même en amont et en aval de sa présence au sein de l'établissement (lien avec la médecine de ville et les structures d'aval : SSR, EHPAD, HAD...). Plus largement, gérer des lits force à s'interroger sur la place donnée aux alternatives à l'hospitalisation complète, sur l'organisation de la programmation des séjours en lien avec les plateaux techniques, sur les interactions avec les partenaires d'aval, ainsi que sur l'intégration des hospitalisations non programmées (depuis les urgences ou les admissions directes dans les unités de soins), etc.

Introduction

Il convient donc plutôt de parler de la gestion des séjours ou du parcours patient. Ce concept anglo-saxon de « Bed Management » a été développé et décrit notamment dans le rapport rédigé par le Professeur Jean Marty, lors d'une mission effectuée entre juin et août 2012 à la demande de l'ANAP : « Le nouvel hôpital de Stanford. Analyse de la stratégie de conduite du projet : conclusions pour des projets futurs de construction de CHU en France ».

De même, cette approche ne se limite pas à un périmètre restreint. Elle peut être initiée sur un pôle pilote d'une centaine de lits par exemple, ou bien par secteur Médecine - Chirurgie - Obstétrique, mais doit ensuite être déployée sur l'ensemble de l'établissement.

Les établissements de santé doivent aujourd'hui tendre vers une organisation innovante des parcours patients reposant sur :

- ▶ **Une connaissance des capacités d'accueil disponibles en temps réel et en prévisionnel**, partagée par les équipes soignantes, grâce à une fonction de pilotage des séjours;
- ▶ **Une gestion prévisionnelle des séjours** assurant une connaissance des disponibilités durant les heures, jours et semaines à venir. La définition de la durée prévisionnelle du séjour, révisée tout au long de la prise en charge du patient, apporte cette dimension fondamentale;
- ▶ **Une adéquation des ressources humaines à l'activité** en fonction des fermetures de salles et d'unités, et en respectant les récupérations et congés du personnel.

3. Des enjeux stratégiques et opérationnels pour chacun

Figure 1 : Un intérêt à agir pour chaque acteur

Acteurs	Axes	Enjeux
Direction générale	Qualité de la prise en charge	Améliorer la satisfaction du patient et valoriser l'image de l'établissement
	Managérial	Améliorer les conditions de travail
	Médico-économique	Optimiser les ressources en lit et humaines en fonction de l'activité : diminuer la DMS, limiter les transferts vers des établissements extérieurs et les déprogrammations
Personnel médical et soignant	Organisationnel	Diminuer le temps de recherche de lit Décloisonner les services : organiser les hébergements, l'accès aux plateaux techniques, le regroupement de spécialité Coordonner les acteurs autour du patient
	Conditions de travail	Lisser la charge de travail Diminuer les périodes de tension Se recentrer sur son cœur de métier
	Satisfaction du patient	Diminuer les temps d'attente Améliorer les conditions d'accueil et de soins
Agence régionale de santé	Pédagogique	Se doter d'une expertise métier/méthodologique sur la thématique en vue d'accompagner les établissements
	Réponse aux besoins de santé	Améliorer la répartition de l'offre de soins sur les territoires

Introduction

4. Une méthodologie ANAP proposée en appui des établissements

L'objectif des travaux menés par l'ANAP dans le cadre du Programme National Gestion des Lits est de mettre à disposition des acteurs de terrain (Directeurs d'établissements, Chefs de pôle, Cadres de santé) une démarche ainsi que des outils opérationnels pour mener à bien un projet d'optimisation de la gestion des lits.

La méthodologie ANAP s'adresse aussi bien aux établissements publics qu'aux ESPIC et aux établissements privés à but lucratif, qui y trouveront des bonnes pratiques organisationnelles à adapter à leur contexte.

Les ARS qui souhaiteraient lancer une démarche au niveau régional peuvent également s'approprier cette méthodologie.

La démarche proposée repose sur deux principes :

- ▶ **Une appropriation simple et autonome par les établissements** : la description détaillée des différentes phases de la démarche et les outils mis à disposition ont été conçus dans une perspective d'appropriation et de conduite autonome de la réflexion par les acteurs de terrain. À noter que l'ensemble des outils proposés sont téléchargeables depuis le site de l'ANAP.
- ▶ **Une illustration des bonnes pratiques** préconisées par de très nombreux retours d'expériences issus du programme national : un certain nombre d'exemples sont cités pour illustrer la démarche.

Outre une méthodologie outillée, cette démarche permet d'objectiver l'activité et l'organisation des établissements en matière de gestion des lits. Ce faisant, elle nourrit un dialogue autour de données chiffrées, objectives, accessibles et partagées par tous.

Un projet de gestion des lits ne s'improvise pas, il doit être structuré autour de 4 grandes phases :

- ▶ **Une phase de cadrage** qui permet de lancer la démarche de manière institutionnelle et de définir les objectifs stratégiques;

- ▶ **Une phase de diagnostic** pour identifier les besoins, objectiver les faits, confirmer les ressentis et identifier des problématiques;
- ▶ **Une phase de définition de plan d'actions** et de priorisation des actions en fonction des enjeux et des conditions de mises en œuvre;
- ▶ **Une phase de mise en œuvre** et de déploiement des actions retenues.

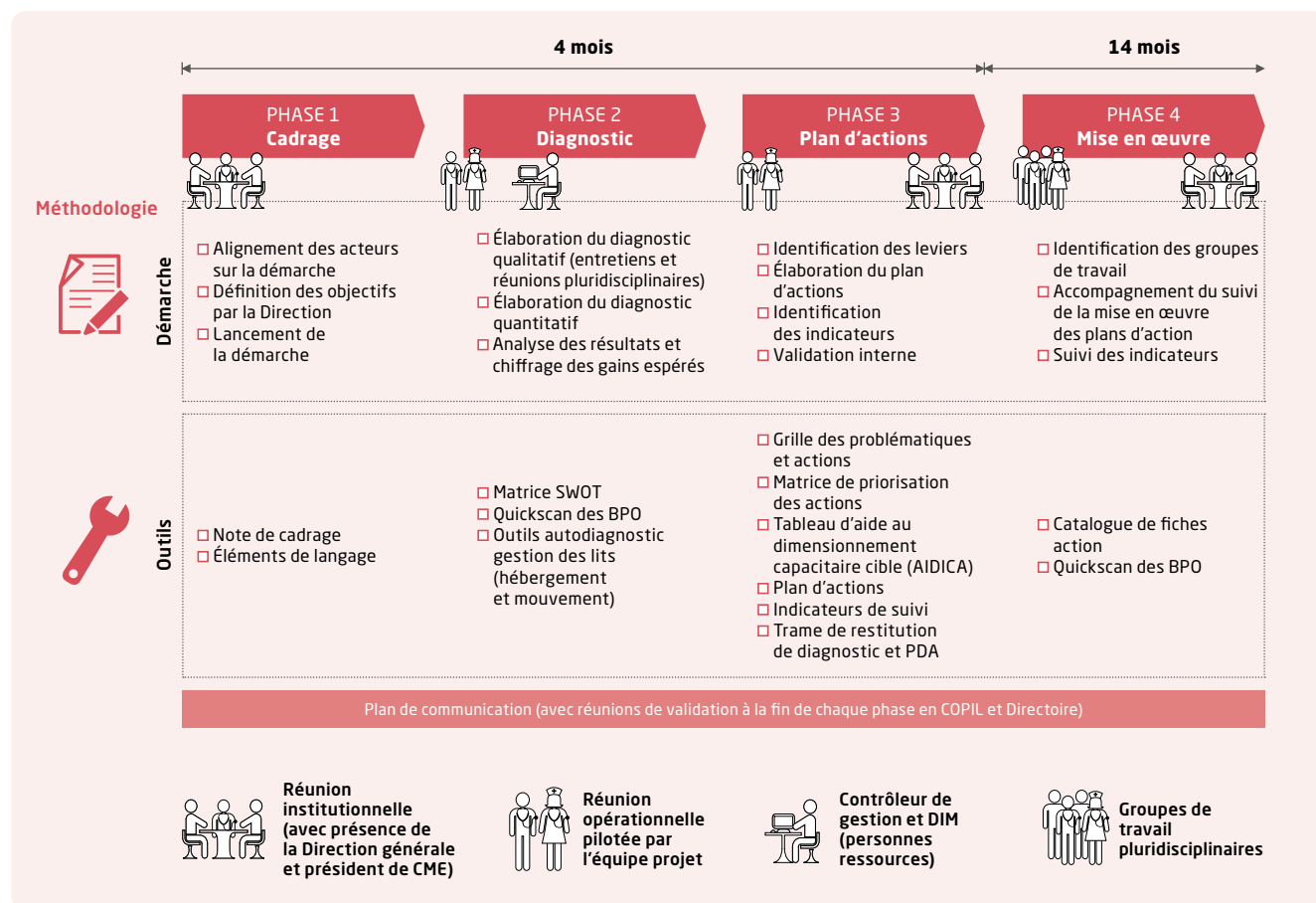
Les retours d'expériences ont montré qu'un tel projet devait avoir une dimension institutionnelle forte avec une implication importante de la Direction générale de l'établissement, être piloté par une équipe projet intégrant un binôme médical / soignant et se réaliser dans un calendrier contraint pour maintenir une dynamique; ce dernier devra demeurer toutefois réaliste compte tenu de la charge de travail que cela implique.

Aussi, un calendrier d'environ 18 mois apparaît adapté : 4 mois sont attribués aux phases de cadrage, diagnostic et définition du plan d'actions, puis 14 mois de mise en œuvre.


Introduction

Le schéma ci-dessous résume le phasage « type » d'un projet Gestion des lits avec une alternance entre des réunions d'arbitrage et de validation, dites « institutionnelles » et des réunions de travail avec les acteurs de terrain, dites « opérationnelles ».

Figure 2 : Proposition de calendrier d'un projet Gestion des lits



Cette publication concerne les phases de cadrage jusqu'à la définition du plan d'actions (phase 1 à 3). La phase 4 de mise en œuvre sera abordée dans le tome 2.



1

PHASE 1

Le cadrage du projet,
une étape
incontournable

Phase 1

Le cadrage du projet, une étape incontournable

Le cadrage permet de préparer le projet et d'aligner les acteurs sur les objectifs. Cet exercice consiste à lancer la démarche, à en définir la gouvernance, à en assurer la communication, tout en accompagnant le changement des habitudes. Ces étapes sont détaillées ci-dessous.

1. Lancer la démarche et lui donner un cadre


L'étape de cadrage est un temps de travail permettant de :

- ▶ **S'accorder sur les objectifs du projet pour l'établissement** : ceux-ci doivent être clairement définis et portés par la Direction générale et le président de CME. Ils peuvent être inscrits dans le projet d'établissement, les contrats de pôle... Ces objectifs pourront être affinés de manière plus précise et chiffrée, une fois le diagnostic élaboré. Ils sont largement diffusés au niveau des instances internes ;
- ▶ **Expliquer la démarche et partager la méthodologie** : dans tous les cas le projet va impliquer un changement profond des comportements qu'il faut préparer et accompagner. Il est ainsi essentiel d'explicitier les différentes phases du projet, les produits de sortie attendus, les différents temps de rencontre, les résultats... ;
- ▶ **Fixer les échéances du projet** : elles doivent tenir compte des éventuelles contraintes (Plan de retour à l'équilibre, déménagement, disponibilité des ressources déjà engagées dans d'autres projets ...). L'expérience montre qu'une durée de 18 mois est une cible intéressante et permet d'obtenir des premiers résultats visibles, tant organisationnels que financiers. Les phases de cadrage, diagnostic et élaboration du plan d'actions doivent être élaborées en 4 à 5 mois maximum, mais le séquençage à chacune de ces phases doit rester souple et propre à chaque établissement. Certains pourront consacrer plus de temps au cadrage qu'au diagnostic par exemple. Elles pourront être plus ou moins courtes, selon l'implication de la direction, la disponibilité des données... Si besoin, certaines parties du diagnostic pourront également être affinées pendant la phase de mise en œuvre. Celle-ci est nécessairement plus longue (*a minima* 12 mois) le temps de mettre en place les groupes chargés de la mise en œuvre des actions, de lancer et suivre les actions retenues. Certaines actions plus longues à mettre en place, pourront dépasser les 18 mois de réalisation du projet, néanmoins un bilan avec les premiers résultats devra être fait à 18 mois, afin de donner une visibilité aux acteurs impliqués dans la démarche.
- ▶ **Identifier l'équipe qui pilotera le projet** : il est préconisé de désigner un groupe projet dont un binôme médical et

Outil à télécharger



TRAME DE NOTE DE CADRAGE

Objectifs	Cadrer le projet pour la réunion de lancement et les instances
Caractéristiques	Trame à compléter et adapter par l'établissement
Format	Power Point
Aperçu	

soignant pour porter le projet. La logique du groupe projet permet de sécuriser la démarche et d'associer les acteurs qu'il faut nécessairement embarquer dans un tel projet, comme la communauté médicale, la direction, les soignants et les supports techniques tels le DIM et le contrôle de gestion. La présence d'un directeur, est un élément fondamental. L'équipe projet identifiera le binôme en charge de mener le diagnostic, de coordonner les travaux en lien avec les groupes de travail, de préparer et animer les instances projet, de communiquer en collaboration avec l'équipe projet, de suivre le respect du calendrier de travail et de l'avancée des travaux... D'après les retours d'expériences déjà conduits, il semble que la quotité de travail nécessaire pour le pilotage soit d'environ 0,5 ETP pour chaque membre du binôme sur les 4 premiers mois, pour la phase de diagnostic et de définition du plan d'actions et au moins 0,5 ETP pour le reste de la durée du projet. La rédaction d'une lettre de mission spécifique adressée au binôme par la Direction générale de l'établissement permettra d'officialiser sa fonction de pilotage, de lui donner la pleine légitimité pour mener à bien ce projet vis-à-vis de ses confrères, et peut permettre de lui accorder une partie de son temps de travail dédié au projet. Il apparaît également indispensable de ne pas changer le binôme responsable en cours de projet, pour maintenir une stabilité dans le management de celui-ci.

Phase 1

Le cadrage du projet, une étape incontournable

Cette étape de réflexion sur le cadrage doit être menée par l'équipe projet en lien avec la Direction et s'achève par une réunion de lancement, la plus large et représentative possible, pour communiquer et mobiliser les acteurs sur la nécessité de mener le projet. L'objectif de cette réunion est double : lancer la démarche institutionnellement et définir clairement les objectifs, le calendrier et le pilotage du projet. Le choix des acteurs à convier à cette réunion est important. Doivent être conviés par la Direction et le président de CME, l'équipe projet comprenant le binôme, les membres du comité de pilotage (COFIL), les chefs de pôle et cadres de pôle, certaines personnes ressources comme le DIM, le contrôleur de gestion et le directeur des soins.

Cette réunion est également l'occasion de revenir sur les échanges formulés par les acteurs de terrain sur leurs besoins, leurs problématiques.

2. Définir la gouvernance du projet

Un projet d'une telle ampleur et impactant l'ensemble de l'établissement ne peut être mené par un binôme isolé. Des étapes de travail, de validation et d'arbitrage sont indispensables à chacune des phases de projet.

Aussi, on pourra définir 3 niveaux « fixes » de pilotage comprenant le Directoire, le COFIL et l'équipe projet. Interviennent ensuite les personnes ressources à mobiliser selon les différentes phases du projet et les actions retenues.

Les rôles et profils sont définis dans le tableau ci-dessous : il s'agit d'une proposition qui est tout à fait adaptable à chaque établissement tant au niveau des dénominations, que des profils et du rythme des réunions.

14

Figure 3 : Proposition de gouvernance du projet

	Rôle	Profils	Rythme des réunions
Directoire*	<ul style="list-style-type: none"> □ Arbitrer entre les projets, en lien avec la vision stratégique / projet d'établissement □ Définir les enjeux du projet et les changements majeurs 		<ul style="list-style-type: none"> □ Cadrage □ Aux grandes étapes du projet
COFIL*	<ul style="list-style-type: none"> □ Arbitrer sur les options de l'équipe projet □ Affecter les moyens nécessaires au projet □ Garantir l'application au quotidien des décisions prises □ Soutenir le chef de projet 	<ul style="list-style-type: none"> □ Direction générale □ Directions fonctionnelles □ Chefs de pôles □ Membres du binôme ... 	<ul style="list-style-type: none"> □ À chaque fin de phase du projet □ À une fréquence régulière à définir en cours de mise en œuvre
Équipe projet	<ul style="list-style-type: none"> □ Représenter les différents métiers dans le déroulement du projet □ Conduire le plan d'actions 	<ul style="list-style-type: none"> □ Membres du binôme □ Fonctions support □ PM et PNM pluridisciplinaire 	Hebdomadaire
Personnes ressources	<ul style="list-style-type: none"> □ Contribuer ponctuellement au projet en apportant une expertise spécifique □ Si utilisation des outils autodiagnostic ANAP : Paramétrer les outils et en assurer le remplissage en lien avec le binôme 	<ul style="list-style-type: none"> □ Fonctions support : DIM, contrôle de gestion, DRH, DAM... □ PM et PNM pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> □ Se joignent à l'équipe projet selon les besoins
Responsable indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> □ S'assurent de la collecte et de la communication des indicateurs obligatoires au binôme 	<ul style="list-style-type: none"> □ Contrôle de gestion □ DIM □ cadre 	<ul style="list-style-type: none"> □ Remontée bimestrielle

*Il peut s'agir de la même instance

Phase 1


Le cadrage du projet, une étape incontournable

3. Assurer une communication large du projet

Outil à télécharger



TRAME DE PLAN DE COMMUNICATION

Objectifs	Planifier les réunions de communication dans le temps et en fonction des cibles d'acteurs
Caractéristiques	Trame à compléter et adapter par l'établissement. À actualiser régulièrement, en fonction de l'avancée du projet, de l'adhésion des acteurs, etc.
Format	Fichier Excel
Aperçu	

3.1 Communiquer auprès de qui ?

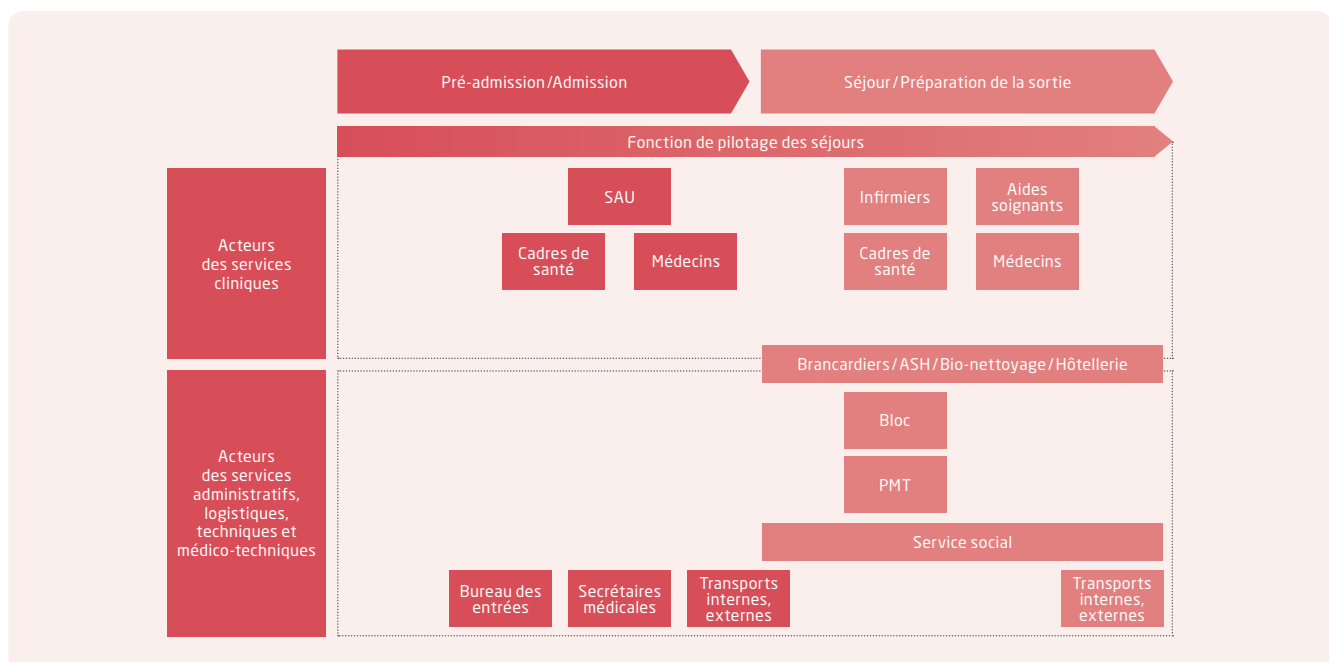
Plus le nombre d'acteurs impliqués dans le projet est important, plus la communication autour de celui-ci doit être anticipée et ciblée afin d'assurer la mobilisation des équipes.

La gestion des lits implique aussi bien les acteurs des services cliniques que médico techniques, logistiques et administratifs de l'établissement. Chaque professionnel est impliqué dans la prévision et l'anticipation d'un séjour du patient, ainsi que dans l'anticipation et la préparation de sa sortie. Une fonction de pilotage des séjours, si elle existe, intervient pour coordonner le séjour du patient. Il peut s'agir d'une personne du service des urgences qui fait le lien entre les urgences et les services d'hospitalisation (situation des lits et placements des patients dans les lits d'hospitalisation), ou bien d'un ou plusieurs gestionnaires de lits regroupés en cellule, en charge de trouver un lit au patient (gestion de l'activité programmée ou non).

La communication doit être assurée par le groupe projet au sein des diverses instances : Commission médicale d'établissement (CME), Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques (CSIRMT), Comité technique d'établissement (CTE), Conseil de pôle, Bureau de pôle... Si l'établissement dispose d'une newsletter, elle peut être utilisée comme canal d'information. La communication interne peut également être réalisée au niveau de chaque groupe d'acteurs opérationnels

15

Figure 4 : Présentation de manière synthétique de l'ensemble des acteurs en lien direct ou non avec la gestion des lits



Phase 1

Le cadrage du projet, une étape incontournable

et plus spécifiquement aux urgences, auprès des spécialités organisées en filières, auprès des cadres, auprès des assistantes sociales... La présentation du projet auprès des internes et en présence des praticiens seniors est également intéressante pour toucher la communauté médicale.

Aller à la rencontre des acteurs de terrain facilite le dialogue, la compréhension des enjeux, qui peuvent être différents selon les catégories d'acteurs. Dans le cadre du Programme National Gestion des Lits, il a été constaté qu'à l'issue de ces réunions, certains acteurs se proposaient volontairement d'intégrer des groupes de travail. Un des messages clés à faire passer est que ce sont eux qui vont être les acteurs du changement : orienter, voire décider des actions à mener en matière d'optimisation de leur gestion des lits. Ainsi, au cours du projet, il paraît important que le binôme laisse les pilotes des groupes de travail présenter l'avancement des actions, afin de les responsabiliser et les valoriser.

16

3.2 Communiquer sur quoi ?

En début de projet, la communication doit porter sur les intérêts de chacun afin d'emporter l'adhésion des acteurs : *Que perd-t-on si on ne le fait pas et qu'est-ce qu'on y gagne si on le fait ?*

Elle sera également axée sur :

- ▶ Les objectifs et les résultats attendus du projet;
- ▶ Le calendrier;
- ▶ Les modalités de travail (pluridisciplinarité de l'équipe projet, mise en place de groupes de travail);
- ▶ Les modalités de validation.

Puis tout au long du projet, il est nécessaire de partager avec tous les acteurs l'avancement des actions durant toute la phase de mise en œuvre ainsi que sur les résultats obtenus.

4. Accompagner le changement des habitudes

Outil à télécharger



ÉLÉMENTS DE LANGAGE POUR CONVAINCRE ET CONDUIRE LE CHANGEMENT

Objectifs	Disposer d'éléments de réponse face aux réactions des différents acteurs impactés par le projet
Caractéristiques	Descriptif
Format	Power Point
Aperçu	

Les pratiques de gestion des lits sont, en règle générale, insuffisamment formalisées et hétérogènes au sein d'un même établissement et laissent souvent place à des habitudes et des pratiques individuelles : par exemple, la venue d'un patient la veille pour être sûr de démarrer l'intervention à temps le lendemain matin, la réservation d'un lit pour un patient programmé alors qu'un patient issu des urgences attend sur un lit brancard...

De telles habitudes peuvent engendrer une moindre performance dans la gestion du parcours patient et doivent être modifiées. L'accompagnement des acteurs dans ce changement est un enjeu essentiel d'un projet de gestion des lits. Le changement au sein d'une organisation consiste à abandonner une situation existante et la transformer pour obtenir une nouvelle situation. Les conditions pour un changement réussi sont les suivantes :

- ▶ Une impulsion forte : il s'agit d'une priorité stratégique pour l'établissement, les efforts à accomplir comme les bénéfices attendus pour tous sont clairement énoncés;
- ▶ Une transparence de l'information;

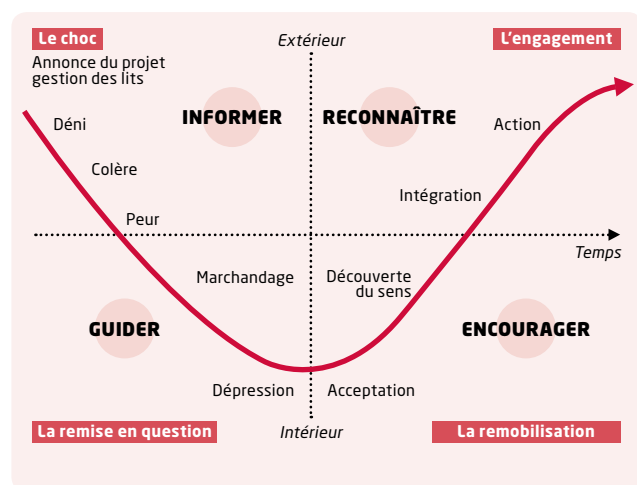
Phase 1

Le cadrage du projet, une étape incontournable

- ▶ Un travail sur les nouveaux comportements à adopter liés aux changements d'où la nécessité de mettre en place les structures et les moyens de motivation, d'information, de communication;
- ▶ La création d'une pression du temps : le projet de changement doit être considéré comme une réelle priorité et chacun doit lui accorder le temps nécessaire.

Sur un projet à forts enjeux et qui s'inscrit sur une longue durée (18 mois), il est normal que les acteurs engagés subissent des changements d'« état », qui peuvent parfois même être contradictoires. Le changement prend du temps d'acceptation et la courbe ci-dessous inspirée des travaux d'Elisabeth Kubler-Ross en est l'illustration.

Figure 5 : La vallée du changement : du choc à l'engagement



Courbe du deuil d'Elisabeth Kubler-Ross adaptée à la conduite du changement

Il faut être vigilant au phénomène « saut de Tarzan » qui consiste à passer directement de la phase de choc du changement à la phase d'engagement, induisant un risque de rejet futur.

D'autre part, tous les acteurs ne se positionnent pas de la même façon face au projet et le binôme doit adapter son comportement aux différents profils d'interlocuteurs :

- ▶ Avec ses alliés actifs, il pourra adopter un mode « Facilitation » qui consiste à les soutenir, les responsabiliser et prendre en compte leurs avis;

- ▶ Avec les hésitants, neutres, passifs, il sera plus sur un mode « Négociation » appliquant la règle du « donnant/donnant »;
- ▶ Avec ses opposants et irréductibles, il faudra parfois être sur un mode « Négociation/Imposition ».

Le but est d'obtenir une majorité agissante pour tenter à terme d'embarquer les opposants.

Afin de vous aider à communiquer sur le projet, des éléments de langage ciblés par catégorie de métier et utilisés dans les établissements accompagnés, sont mis à disposition.

5. Maîtriser les règles d'or d'un cadrage de projet

- ▶ **Avoir un portage du projet au niveau institutionnel** : implication des équipes de direction et de la CME et inscription du projet gestion des lits au projet de l'établissement, au projet médical et de soins;
- ▶ **Définir une gouvernance** en veillant à y associer tous les métiers impactés : Identifier un binôme médical - soignant et lui donner la légitimité, constituer des groupes de travail pluri-professionnels, et s'assurer de l'intégration des fonctions support dans le projet : DIM, contrôle de gestion, informatique...;
- ▶ **Établir un calendrier de projet** ambitieux mais réaliste;
- ▶ **Communiquer sur les enjeux** dès le début pour embarquer les acteurs dans la démarche;
- ▶ **Ne pas plaquer un modèle d'organisation mais le construire avec les équipes** et adapter la solution au terrain : le temps d'écoute est important, il faut notamment savoir entendre les objections des acteurs;
- ▶ **Énoncer les intérêts des acteurs** : chaque catégorie de personnels doit en retirer des résultats concrets;
- ▶ **Repositionner le rôle de chacun** :
 - Définir avec les acteurs des méthodes qui seront mises en place au niveau de l'institution;
 - Faire participer les professionnels : trouver des petits enjeux à mettre en place rapidement pour avoir des petites victoires;
 - Reconnaître que chacun a sa part de responsabilité dans les difficultés collectives.
- ▶ **Faire un suivi d'avancement** fréquent et synthétique.



2

PHASE 2

Un diagnostic
pour objectiver
la situation

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

Une fois le projet cadré, l'étape de diagnostic permet de réaliser un état des lieux et d'objectiver la situation réelle par des chiffres. Au-delà de l'intuition de départ, il s'agit d'identifier les dysfonctionnements organisationnels existants et leurs causes puis d'élaborer des argumentaires pour convaincre de la nécessité de changer.

Un diagnostic d'organisation doit croiser à la fois des éléments qualitatifs et quantitatifs :

- ▶ **Le diagnostic « qualitatif »** se mène sur le terrain, avec tous les acteurs concernés au moyen d'entretiens ou de groupes de travail pluridisciplinaires en favorisant l'écoute des dysfonctionnements récurrents du quotidien et dans une posture d'ouverture et de relevé objectif.
- ▶ **Le diagnostic « quantitatif »** vient compléter le diagnostic « qualitatif ». Il permet d'objectiver la situation décrite par les acteurs terrain et d'évaluer les gains attendus.

Il doit être validé institutionnellement (en COPIL puis en Directoire) et très largement communiqué.

Avant de débiter les analyses, il est nécessaire de définir les éléments suivants :

- ▶ **Le périmètre d'analyse** : Il peut s'agir de l'établissement dans sa globalité ou bien d'un pôle pilote dont la volumétrie en lit est significative (*a minima* 100 lits). Il peut également

ne concerner qu'un seul secteur, par exemple la médecine, ou la chirurgie selon le contexte et les problématiques rencontrées par l'établissement.

- ▶ **La période d'étude** : elle doit être représentative, idéalement sur 12 mois glissants. Par ailleurs, il faut prêter attention au caractère récent des données recueillies dans le cadre du diagnostic quantitatif, afin que les praticiens adhèrent à l'analyse et n'objectent pas le fait que les données ne sont plus d'actualité.

Que ce soit pour la période ou le périmètre d'analyse, doivent être pris en compte les éventuels déménagements ou changements de structure réalisés récemment ou à venir. Dans ce cas, il faudra décrire les fluctuations du nombre de lits affectés à une unité de soins au cours de l'année, ce qui permettra d'ajuster les indicateurs en conséquence.

- ▶ **Les étapes du diagnostic et les outils utilisés** : Les étapes et outils proposés dans le schéma ci-après constituent une indication et peuvent faire l'objet d'une adaptation par l'établissement. Il faut cibler les personnes à interviewer, les processus à analyser et veiller à ne pas se « noyer » avec trop d'informations. De plus, il est préconisé de mener certaines étapes en parallèle comme la réalisation de l'état des lieux, l'analyse des pratiques et le recueil des données; ce ne sont en général pas les mêmes personnes sollicitées. Dans l'idéal, le diagnostic quantitatif et qualitatif sont à mener en parallèle.

Figure 6 : Les étapes du diagnostic

		Étapes	Démarche	Supports
DÉMARCHE PARTICIPATIVE	Diagnostic qualitatif	État des lieux	□ Faire ressortir les opportunités / menaces et forces / faiblesses de votre établissement	□ Matrice SWOT
		Analyse des pratiques	□ Analyser les pratiques en cours et consulter les principaux acteurs concernés pour recueillir leur analyse	□ Quickscan BPO □ Entretiens individuels, ateliers
		Analyse des processus et identification des problèmes	□ Analyser les processus (admission, sortie...) □ Identifier et relever les dysfonctionnements, les problèmes rencontrés et les mauvaises pratiques	□ Outils théoriques de diagnostic
Diagnostic quantitatif	Recueil des données	□ Recueillir les données quantitatives nécessaires pour l'analyse de l'occupation des lits	□ Outils d'autodiagnostic ANAP □ Données PMSI □ Données Trajectoire	
	Analyse des données et partage des premiers résultats	□ Analyser les résultats des outils en réunion de travail (équipe projet <i>a minima</i>) en croisant avec les problématiques remontées par les acteurs de terrain □ Mettre en exergue et objectiver les dysfonctionnements □ Objectiver la matrice « forces faiblesses »	□ Grille indicateur / action □ Grille problématique / action	

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

1. Faire un état des lieux

Cette étape consiste à identifier les opportunités et menaces d'origine externe, ainsi que les forces et faiblesses d'origine interne de l'établissement. Elle doit être menée *a minima* par l'équipe projet, mais peut faire l'objet d'une réunion plus élargie.

1.1 La matrice SWOT

La matrice SWOT se révèle être une porte d'entrée intéressante pour poser les bases du diagnostic. Afin de vous aider dans la réflexion, vous trouverez ci-après une liste non exhaustive d'éléments à analyser en essayant pour chacun de voir s'il constitue une opportunité ou une menace (origine externe); ou bien une force ou faiblesse (origine interne) pour l'établissement.

Éléments relatifs aux origines externes :

- ▶ Les critères sociaux démographiques : précarité, sources de revenu, environnement familial, âge, CSP;
- ▶ L'adéquation des besoins par rapport aux capacités d'accueil en structure d'aval en regard;
- ▶ Les relations avec la médecine de ville, l'HAD;
- ▶ Le positionnement de l'établissement sur le territoire (établissement de recours?);
- ▶ La concurrence public - privé;
- ▶ Les taux de fuite;
- ▶ Le potentiel de développement d'activité;
- ▶ La saisonnalité de l'activité;

- ▶ La gestion des crises (« Hôpital en tension »);
- ▶ La participation à un projet national ou régional, à une coopération structurante (CHT, GCS...) pouvant avoir un impact positif sur le projet à mener;
- ▶ etc.

Éléments relatifs aux origines internes :

- ▶ Le caractère multi-site d'un établissement pouvant impliquer des doublons de spécialités;
- ▶ Les contraintes architecturales : unités de petites tailles, cloisonnement des unités, grands plateaux favorisant la gestion mutualisée des lits et des ressources humaines...;
- ▶ Les capacités d'accueil en MCO;
- ▶ Le système d'information : existence ou non d'un logiciel performant, qualité de la saisie en temps réel des informations;
- ▶ Le délai de consultation important à l'origine d'un taux de fuite de patientèle;
- ▶ La maturité de formalisation des processus ou le non-respect de ces derniers;
- ▶ La maîtrise de la DMS;
- ▶ La situation financière;
- ▶ L'utilisation de l'outil Trajectoire;
- ▶ L'organisation du bio nettoyage;
- ▶ La gestion des temps de transmissions, des changements d'équipe le soir;
- ▶ Le recours aux avis spécialistes;
- ▶ L'absentéisme et le pool de remplacement;
- ▶ Le soutien de la Direction, le changement de direction qui peut donner un nouveau cap;
- ▶ L'implication variable des acteurs;
- ▶ L'insuffisance de permanence de soins médicaux;
- ▶ L'existence ou non d'une UCA dédiée;
- ▶ La démographie médicale (présence de médecins de ville);
- ▶ Le recrutement médical au niveau de l'établissement;
- ▶ La polycompétence du personnel;
- ▶ etc.

20

Outil à télécharger



MATRICE SWOT

Objectifs	Identifier les opportunités et menaces d'origine externe, ainsi que les forces et faiblesses d'origine interne de l'établissement en matière de gestion des lits
Caractéristiques	À compléter en fonction du contexte de l'établissement et du projet
Format	Power Point
Aperçu	

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

1.2 Retour d'expérience du CH de Valenciennes

L'établissement a opté pour la réalisation de cet état des lieux par pôle. Cette méthodologie présentait cinq intérêts :

- ▶ Faciliter le plan de communication par un contact direct avec le pôle et à chaque fois réexpliquer la note de cadrage aux pôles en direct;
- ▶ Permettre aux pôles de s'exprimer en direct au groupe projet en écoutant et en prenant en compte leurs points forts et leurs axes d'amélioration;

- ▶ Impliquer les acteurs dans le changement dès le recueil de données et non lors de la présentation des résultats;
- ▶ Communiquer directement auprès des acteurs de terrain permettant ainsi de creuser davantage les problématiques soulevées dans le cadre de la gestion des lits et d'orienter les pistes de travail;
- ▶ Identifier les bonnes pratiques qui existent déjà sur certains pôles et les déployer à l'ensemble de l'établissement.

L'ensemble de cet état des lieux a été synthétisé dans la matrice SWOT globale établissement présentée ci-après :

Figure 7 : Illustration de la matrice SWOT réalisé par le CH de Valenciennes

	FORCES	FAIBLESSES
ORIGINE INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le CHV dispose de toutes les spécialités (sauf la CCV); ▶ Contractualisation interpôles pour adaptation de lits supplémentaires adaptée au flux; ▶ Téléphone dédié de spécialiste référent facilitateur des admissions directes (ville ou MAO); ▶ Filières spécialisées bien structurées; ▶ Autorisation triple pour le SSR : gériatrie, locomoteur et polyvalent; ▶ Mutualisation des lits en chirurgie; ▶ Accès à l'imagerie spécialisée; ▶ Présence d'un laboratoire; ▶ Contractualisation avec le pôle de biologie sur le délai de rendu des résultats; ▶ Structuration du parcours patient du sujet âgé de plus de 70 ans avec l'EMIOG entre autre; ▶ Réactivité des équipes; ▶ Modularité du nombre de lits adaptée au flux (MP). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anticipation des courriers de sortie à généraliser à l'image de la neurologie; ▶ Organisation globale de la sortie (courrier, information du patient, transport, social...); ▶ Parcours patient à clarifier pour certaines spécialités; ▶ Référents mobiles; ▶ Délai trop important entre admission et renseignement dans l'outil trajectoire; ▶ Décentralisation des assistantes sociales; ▶ Distance des services médico-techniques de la problématique du flux des patients; ▶ Manque de visibilité des lits en temps réel par carence du système d'information; ▶ Difficultés d'aval dans certaines filières (neuro, chir, gériatrie...); ▶ Accès à la réanimation (nb de refus élevé); ▶ Adéquation ressources en lits / taux d'occupation / IPDMS.
ORIGINE EXTERNE	OPPORTUNITÉS	MENACES
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Établissement de recours pour le sud du département pour l'endoscopie digestive; ▶ Attractivité des nouveaux bâtiments; ▶ Outil trajectoire; ▶ Développement de la plateforme gériatrique; ▶ Volonté de développement de la chirurgie ambulatoire et des consultations; ▶ Création d'une maison médicale; ▶ Développement de la télémédecine (téléHPADIA et téléPALLIA); ▶ Renforcement de la coopération avec d'autres CH. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ HAD : critères d'admissions trop sélectifs, permanence médicale insuffisante; ▶ Communication téléphonique ville-hôpital; ▶ CHT : peu développée; ▶ Concurrence avec les établissements privés; ▶ Permanence de soins en ville; ▶ Précarité socio-économique.

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

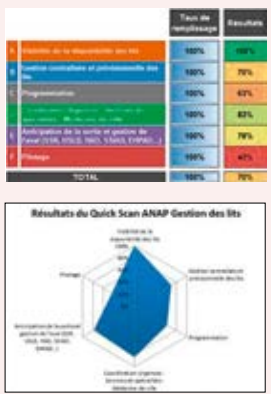
2. Faire une analyse des pratiques existantes

2.1 Quickscan ANAP Gestion des lits

Outil à télécharger



QUICKSCAN ANAP GESTION DES LITS

Objectifs	<p>Évaluer la maturité organisationnelle de l'établissement en matière de gestion des lits</p> <p>Orienter la réflexion des équipes vers les bonnes questions et les bonnes pratiques organisationnelles</p>
Caractéristiques	<p>Questionnaire à compléter</p> <p>Le questionnaire se compose de 46 questions fermées articulées en 6 axes de travail</p> <p>(Cet outil méthodologique n'est pas un référentiel normatif des pratiques organisationnelles)</p>
Format	Fichier Excel
Aperçu	

L'objectif de cette étape est d'identifier les actions déjà mises en place dans l'établissement. Il convient au binôme d'organiser une réunion pluridisciplinaire associant impérativement :

- ▶ Quelques cadres de santé et praticiens (dont un urgentiste, un gériatre);
- ▶ Un représentant des assistantes sociales;
- ▶ Un représentant de la direction des soins;
- ▶ Un gestionnaire de lits (si la fonction existe);
- ▶ Une secrétaire médicale.

Ce temps d'échange permet de faire ressortir des bonnes pratiques existantes en matière de gestion des lits sur certains services et qui pourraient être homogénéisées et déployées à l'ensemble de l'établissement. C'est aussi l'occasion de faire émerger les principales difficultés de coordination entre les acteurs au niveau de l'établissement impactant la fluidification du séjour patient.

2.2 Retours d'expériences

2.2.1 Déclinaison de Quickscan par pôle (CH de Gonesse)

Figure 8 : Restitution des résultats par pôle

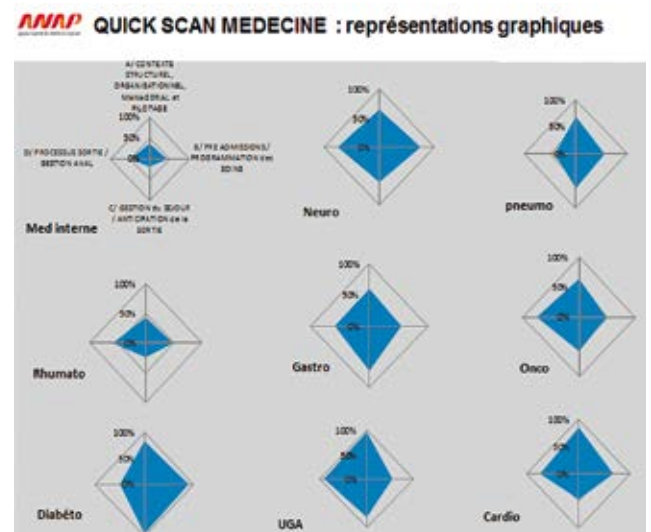
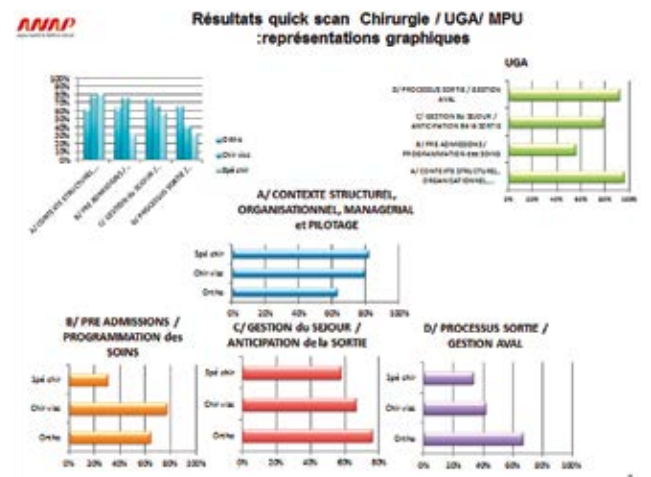


Figure 9 : Restitution des résultats par axe



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

2.2.2 Témoignage du CH de Bretagne SUD

Nathalie Leledy - Cadre de santé

Xavier Joncquez - Praticien hospitalier

Madame Masini-Condou - Directrice adjointe, responsable du projet gestion des lits

Ce CH a opté pour la réalisation de quickscans par service dans le cadre de la démarche suivante :

« Lorsque nous avons débuté le projet Anap, nous avons trouvé la grille « Quickscan » intéressante pour obtenir une vision institutionnelle mais nous souhaitons également obtenir une analyse plus fine des organisations des services ; pour ce faire nous avons réajusté la grille pour atteindre notre objectif.

Cette grille retravaillée nous a servi de support de dialogue et de communication avec les professionnels.

Concrètement, nous sommes allés à la rencontre de chaque service de court séjour. Ces temps d'échange rassemblaient le cadre d'unité, un médecin, une infirmière, une secrétaire et deux membres de l'équipe projet et duraient en moyenne une heure.

Au-delà du questionnaire, nous avons prévu avec chaque service un temps d'échange libre qui a souvent été très enrichissant. En effet, l'approche quantitative de la grille nécessitait un complément d'informations plus qualitatives : les retours des équipes nous ont apporté cette vision qualitative en prenant en compte le contexte, les contraintes, les ressentis des acteurs. Ce temps d'échange et d'écoute, bien que chronophage à réaliser, a donné du corps au projet, a fait du lien avec les préoccupations quotidiennes des équipes en leur donnant la parole.

Ces échanges ont permis une meilleure compréhension des organisations décrites par la grille.

L'exploitation des données formelles et informelles a été lourde ; nous avons présenté des synthèses polaires dans les différentes instances qui reprenaient les données des grilles, mais également les propos des soignants.

De plus, à l'issue de la réunion, chaque service a reçu son évaluation « Quickscan ».

Dans cette phase d'analyse de l'existant, il est également conseillé de cibler certains acteurs fortement impliqués dans la gestion des lits et de mener des entretiens individuels pour creuser certaines problématiques, à titre d'exemple : un assistant social, le chef de service des urgences et de la gériatrie, un représentant du plateau technique pour la coordination avec les examens complémentaires, la responsable des ASH pour le bio nettoyage, le responsable des brancardiers... Il est primordial

de bien clarifier avant l'entretien l'objectif et les thèmes à aborder auprès des acteurs de terrain.

Les objectifs de ces entretiens sont les suivants :

- ▶ Obtenir un maximum d'informations pertinentes aux problèmes posés ;
- ▶ Tester les éventuelles hypothèses (formulées par l'équipe projet) de réponse aux problèmes posés ;
- ▶ Établir une relation de confiance et promouvoir le projet.

Le quickscan ci-contre peut être utilisé comme grille principale lors des entretiens individuels, accompagnée de questions plus orientées en fonction des acteurs interviewés (prise en charge des patients polyopathologiques, délai de remise en état d'une chambre, délai d'attente pour un examen complémentaire...).

2.2.3 Témoignage du CH de Compiègne

Sylvie Lenfle - Cadre supérieur de santé

Françoise Florent - Chef de service

Ce CH a travaillé à partir d'une grille de questionnaire, largement diffusée au sein de l'établissement afin d'obtenir un diagnostic organisationnel sur un périmètre large :

« Cette cartographie a été réalisée afin de faire un état des lieux par rapport aux ressentis des services de soins concernant la problématique gestion des lits. C'était un moyen simple et rapide d'obtenir des informations. Ce questionnaire a été envoyé à tous les cadres et chefs de services des services médecine/chirurgie ainsi que l'UHCD. Nous avons eu un bon retour des questionnaires soit 89 %. L'exploitation des résultats a contribué à l'élaboration des thématiques fiches actions. Les résultats ont été présentés en réunion cadre, en CME et au directoire ».

En **annexe 1**, vous trouverez la grille utilisée par l'établissement.

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

3. Analyser les processus et identifier les problèmes

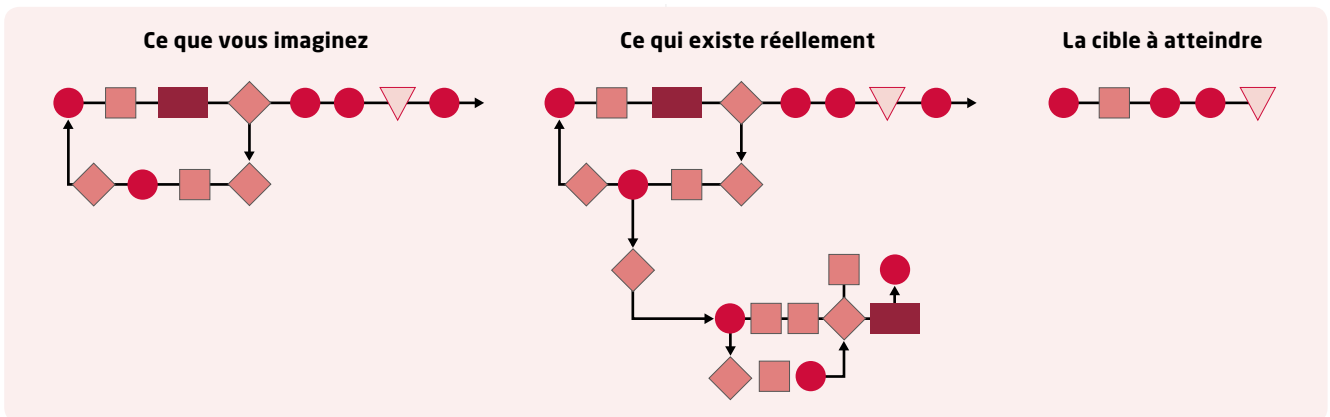
L'analyse des processus permet de décrire l'activité étape par étape. Toute activité peut être décrite par une « cartographie du processus » qui décrit la finalité de l'activité, les enchaînements d'activités et de tâches, les informations (entrées/sorties) nécessaire à l'exécution de ces activités et les acteurs, leur rôle. C'est donc le point de départ de l'optimisation du fonctionnement d'une organisation. Il convient de cibler un ou deux processus à étudier en détail, puis d'organiser une réunion de travail avec les acteurs concernés pour décrire les processus, modéliser les actions et les flux, identifier les dysfonctionnements, rechercher des solutions et chiffrer les gains potentiels.

En annexe 2, vous trouverez une illustration d'un processus cible sur les entrées directes non urgentes décrit par le CH Annecy-Genevois, obtenu à l'issue de la démarche d'analyse.

Dans le même esprit, il existe l'arbre des causes d'Ishikawa, qui permet de rechercher et présenter les causes d'un problème existant. Le principe de cet outil est de s'interroger sur les causes profondes d'une problématique observée et exprimée de façon factuelle. Concrètement, en groupe de travail, la problématique est énoncée et l'objectif est d'identifier tous les facteurs pouvant expliquer la survenue de cette situation. Lorsque toutes les causes ont été identifiées, elles sont organisées par thématique et une évaluation du poids de chaque type de cause est réalisée en groupe. Cette dernière étape vise à aider à la priorisation des actions à mettre en œuvre.

Ci-contre, figure 11, l'exemple d'une analyse menée sur les retards à la sortie des patients en hospitalisation.

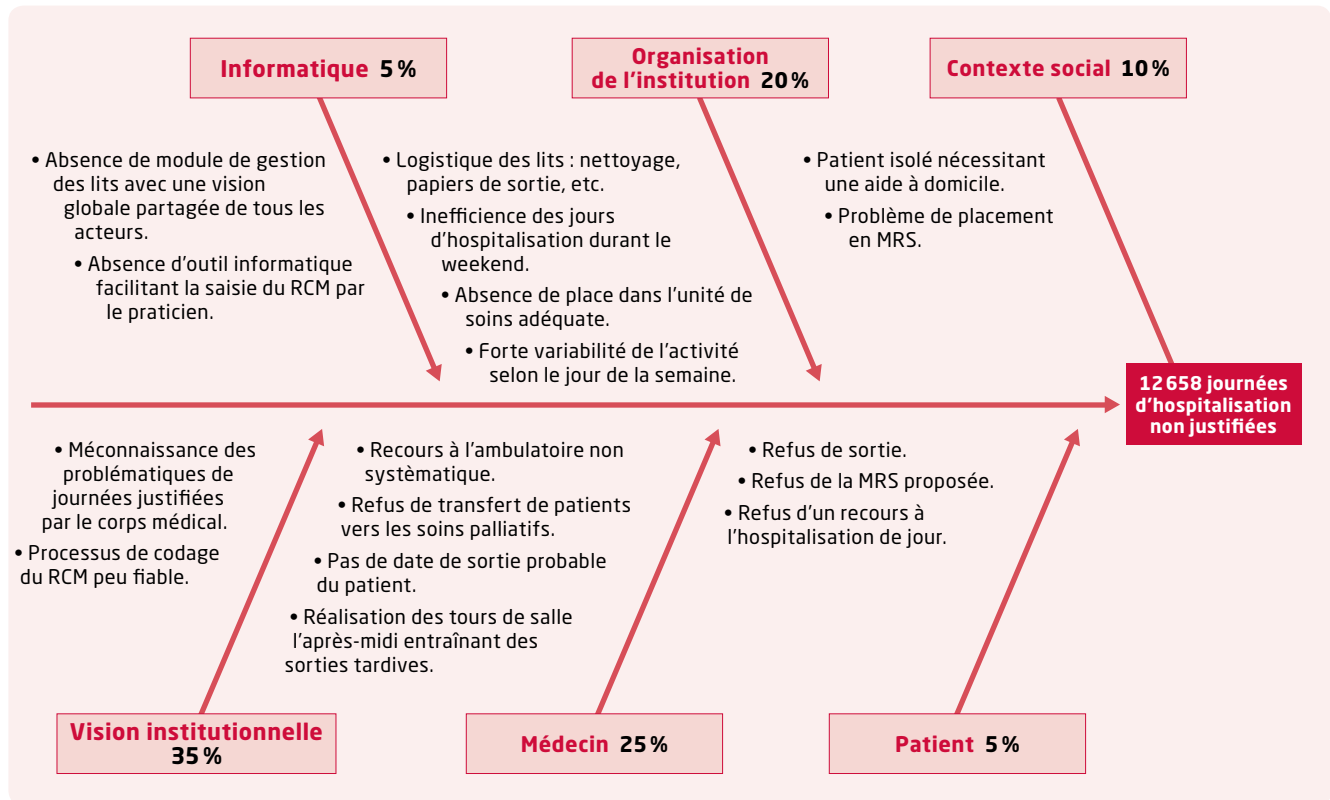
24 **Figure 10** : Identification des dysfonctionnements à partir de la cartographie du processus



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

Figure 11 : Illustration de l'arbre des causes d'Ishikawa sur les retards à la sortie des patients en hospitalisation



Source : BD Antares Consulting hôpital belge.

Ces deux supports d'analyse (*figures 10 et 11*) peuvent paraître très théoriques au premier abord, mais la démarche peut permettre de servir de support d'animation d'un groupe de travail pour faire émerger et caractériser les dysfonctionnements, mesurer leurs impacts de manière objective et méthodique.

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

4. Recueillir les données nécessaires au diagnostic quantitatif

Le diagnostic qualitatif doit être complété de données chiffrées pour objectiver les ressentis et faire ressortir des problématiques qui n'auraient pas été « détectées » au préalable dans les réunions ou entretiens.

4.1 Recueillir les données à exploiter

Soit au niveau des bases de données nationales telles que :

- ▶ Hospidiag (activité, Indice de performance de la durée moyenne de séjour - IPDMS...);
- ▶ SNATIH (Domaine d'activité - DA, Durée moyenne de séjour - DMS - de référence, structure du RSS);
- ▶ Trajectoire (gestion des demandes d'aval);
- ▶ ...

Soit au niveau des documents de pilotage propres à l'établissement :

- ▶ Fichier structure (FICOM);
- ▶ Fichier RSS;
- ▶ Base des mouvements (Gestion administrative des mouvements - GAM);
- ▶ Projet d'établissement ou de CHT, et notamment projet médical;
- ▶ Maquettes organisationnelles pour une analyse de la charge en soins dans les services;
- ▶ Rapports d'activité des unités;
- ▶ Données architecturales et répartition spatiales des unités en cas de réajustement capacitaire;
- ▶ Données de démographie médicale;
- ▶ Tableau de bord de pilotage de pôle;
- ▶ ...

4.2 Définir le bon niveau de détail des données à recueillir

Le volume de données à recueillir peut être conséquent, il faut donc veiller à trouver le niveau d'analyse le plus juste. Il faut tenir compte du contexte de l'établissement pour orienter le type de données à recueillir (nombre de lits, type d'activité, importance de la part d'activité non programmée, difficultés à trouver des lits d'aval...), mais également de la capacité de l'établissement à fournir les données (présence d'un contrôleur de gestion et d'un DIM notamment). L'objectif n'est pas de recueillir forcément la totalité des données mais bien de cibler celles indispensables à une analyse macro dans un premier temps et


celles nécessaires à un arbitrage éventuel. Par ailleurs, ces données sont souvent dispersées, il paraît judicieux que le binôme coordonne et centralise leur remontée.

4.3 Réaliser son diagnostic à l'aide des outils de l'ANAP

Outil à télécharger



LES OUTILS AUTODIAGNOSTIC DE L'ANAP

Objectifs	Réaliser un diagnostic quantitatif pour objectiver l'occupation des lits dans les différents services
Caractéristiques	À paramétrer
Format	Fichier Excel
Aperçu	

Pour mener un diagnostic sur la « gestion des lits », l'ANAP vous propose 2 outils de diagnostic indépendants mais complémentaires :

4.3.1 Analyse des capacités d'hébergement

Un outil d'autodiagnostic de l'occupation des lits « Analyse des capacités d'hébergement », basé sur la lecture du fichier RSS, utilisable uniquement pour les activités MCO.

Il restitue :

- ▶ Les principaux indicateurs d'utilisation des ressources en lits et des ressources soignantes à l'échelle de l'établissement, des pôles et des services;
- ▶ Sous forme de graphique l'occupation des lits par type d'activité et par jour de la semaine;
- ▶ Des simulations de regroupement d'unité d'hébergement.

4.3.2 Analyse des mouvements

Un outil d'autodiagnostic des flux patients « Analyse des mouvements », basé sur le fichier administratif des mouvements, utilisable pour les activités MCO, psychiatrique et SSR.

Il restitue :

- ▶ Les principaux indicateurs d'utilisation des ressources en lits et des ressources soignantes à l'échelle de l'établissement,

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

des pôles et des services par unité d'hébergement et par responsabilité médicale;

- ▶ Des matrices croisées entre les unités d'hébergement et de responsabilité médicale;
- ▶ Sous forme de graphique l'occupation des lits par type d'activité et par jour de la semaine, par unité d'hébergement et par responsabilité médicale;
- ▶ Des tableaux sur les horaires d'entrée et de sortie, par mode d'entrée et de sortie, par unité d'hébergement et par responsabilité médicale;
- ▶ Des simulations de regroupement d'activité de responsabilité médicale, avec ou sans optimisation du taux de rotation en ambulatoire, substitution des séjours de 1 nuit en 0 nuit et de la DMS.

En annexe 3, vous trouverez également à titre d'exemple une liste, non exhaustive et organisée par catégorie, des données qui peuvent être nécessaires pour mener à bien un diagnostic en matière de gestion des lits.


En annexe 4, vous sont présentés succinctement les outils en lien avec la thématique gestion des lits disponibles sur le site de l'ANAP.

5. Partager et analyser les premiers résultats

Outil à télécharger



EXEMPLE DE RESTITUTION DE DIAGNOSTIC

Objectifs	Disposer d'un modèle de support de restitution de diagnostic permettant de voir comment articuler les données quantitatives et qualitatives pour présenter un diagnostic complet avec proposition de pistes d'actions.
Caractéristiques	Descriptif Ce modèle, issu du projet d'accompagnement des établissements en difficulté, est réalisé à partir des deux outils autodiagnostic.
Format	Power Point
Aperçu	

5.1 Les différentes étapes

5.1.1 Faire au préalable un contrôle de cohérence

Une fois le recueil de données réalisé, il convient de réaliser un contrôle de cohérence des informations. Ce dernier est indispensable afin de baser votre diagnostic sur des données fiables, validées et partagées par tous.

5.1.2 Partager les résultats

L'analyse des données passe par un partage de celles-ci avec les acteurs du terrain. Ce temps de partage permet de leur rappeler les objectifs du diagnostic, d'échanger avec eux sur des constats chiffrés, les faire réagir, certains chiffres élevés peuvent tout à fait se justifier par des raisons de prise en charge médicale ou d'organisation.

L'annonce d'un diagnostic est souvent perçue comme une « crainte » par les acteurs de terrain. La communication sur la logique d'analyse et les objectifs du diagnostic doit donc être travaillée en amont par le binôme. L'objectif recherché peut être différent selon les établissements, pour certains cela peut être un redimensionnement capacitaire, pour d'autre une optimisation du processus de sortie, une maîtrise des durées de séjour. Il faut insister sur le fait que la recherche d'optimisation des ressources passe inévitablement par une optimisation des processus organisationnels.

5.1.3 Avoir une analyse croisée des indicateurs

Les indicateurs pris séparément peuvent être bons, mais analysés de manière croisée, ils permettent souvent de mettre en avant des dysfonctionnements. Une des premières analyses à réaliser consiste à combiner le taux d'occupation d'hébergement avec l'IPDMS pour les unités d'hospitalisation conventionnelle ou de semaine.

5.1.4 Avoir une approche descendante et ciblée

Il est conseillé d'amener le diagnostic progressivement, partant d'une analyse macro à l'échelle de l'établissement pour ensuite identifier et cibler les services à analyser plus finement. Cela permet d'une part de mettre en avant qu'il s'agit bien d'une optimisation de la gestion des lits qui concerne l'ensemble de l'établissement et pas uniquement les services « pointés du doigt » par des résultats à optimiser. D'autre part, on ne peut pas toujours mener des diagnostics détaillés pour l'ensemble des services, il est donc nécessaire de cibler les plus pertinents en fonction de la problématique.

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2 Les retours d'expériences pour illustrer ces différentes étapes

Figure 12 : Tableau synthétique des retours d'expériences

Thématique	REX établissements	Contenu
Partager les résultats	CHRU Brest	Illustration des problématiques rencontrées en matière de gestion des lits et des objectifs du projet qui en découlent
	CH Dax	Construction des outils d'aide à l'analyse des données par service
Avoir une analyse croisée des indicateurs	CH Côte Basque	Analyse croisée par service du taux d'occupation et de l'IPDMS
	CHRU Brest	Analyse croisée de l'IPDMS avec la sévérité, les modes de sortie et l'âge du patient
	Outils autodiag ANAP Gestion des lits	Analyse des hébergements en croisant les journées réalisées dans les services et les journées réalisées dans chaque spécialité médicale
Avoir une approche descendante et ciblée	CH Cornouaille	Identification des services à étudier par problématique
	CH Pau	Analyse des séjours longs par service
		Analyse de l'orientation des patients en aval des urgences et en aval de l'UHCD
	CHU Henri Mondor	Analyse des patients transférés dans un établissement extérieur depuis les urgences pour faute de place par spécialité médicale
	CHIPS	Analyse des heures d'entrée et de sortie sur l'ensemble de l'établissement
		Analyse de la sortie en SSR
		Analyse des fermetures de lits
	CH Voiron	Analyse du temps passé à la recherche en lit
CH de Cholet	Analyse des écarts entre le nombre de lits disponibles déclarés et réels	
CHRU Brest	Analyse de la pertinence des hospitalisations selon grille HAS	

28

5.2.1 Illustration des problématiques rencontrées en matière de gestion des lits et des objectifs du projet qui en découlent (CHRU de Brest)

Figure 13 : Principales problématiques

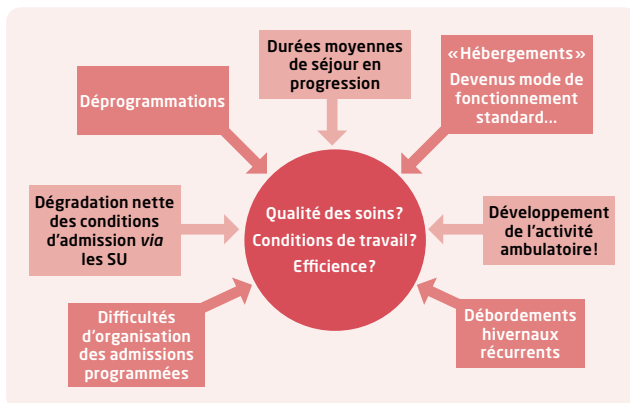
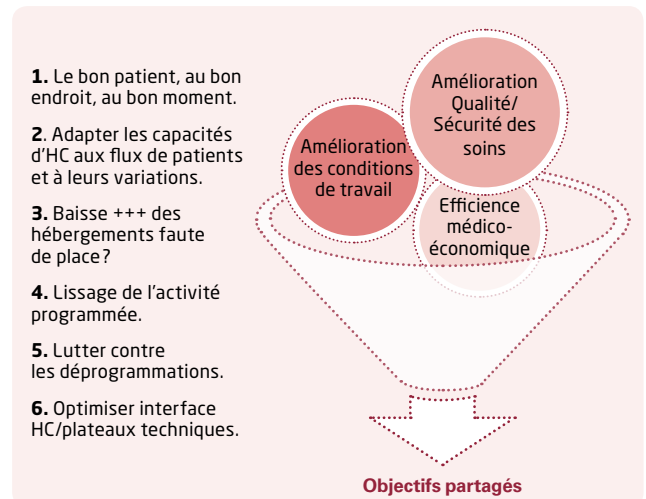


Figure 14 : Objectifs du projet



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.2 Construction des outils d'aide à l'analyse des données (CH de Dax)

Témoignage du binôme, Christine DEHEZ,
Cadre supérieur de santé et **Jean FABRE,**
Praticien hospitalier

Un travail préalable a été mené par le binôme pour construire les outils d'aide à l'analyse, un guide avec un fichier Excel, et constituer les dossiers comprenant :

- ▶ Le guide méthodologique d'analyse de l'outil Autodiag fourni par l'ANAP;
- ▶ Un tableau de bord par pôle/service;
- ▶ Un tableau de bord par unité d'hébergement;
- ▶ Une trame pour analyser les données, celle-ci a été au préalable pré-remplie par le binôme qui a retranscrit, voire regroupé les données pour faciliter l'analyse.

Chacun des membres du trio de pôle reçoit un dossier de chaque unité du pôle et chaque membre du COPIL reçoit tous les dossiers de toutes les unités.

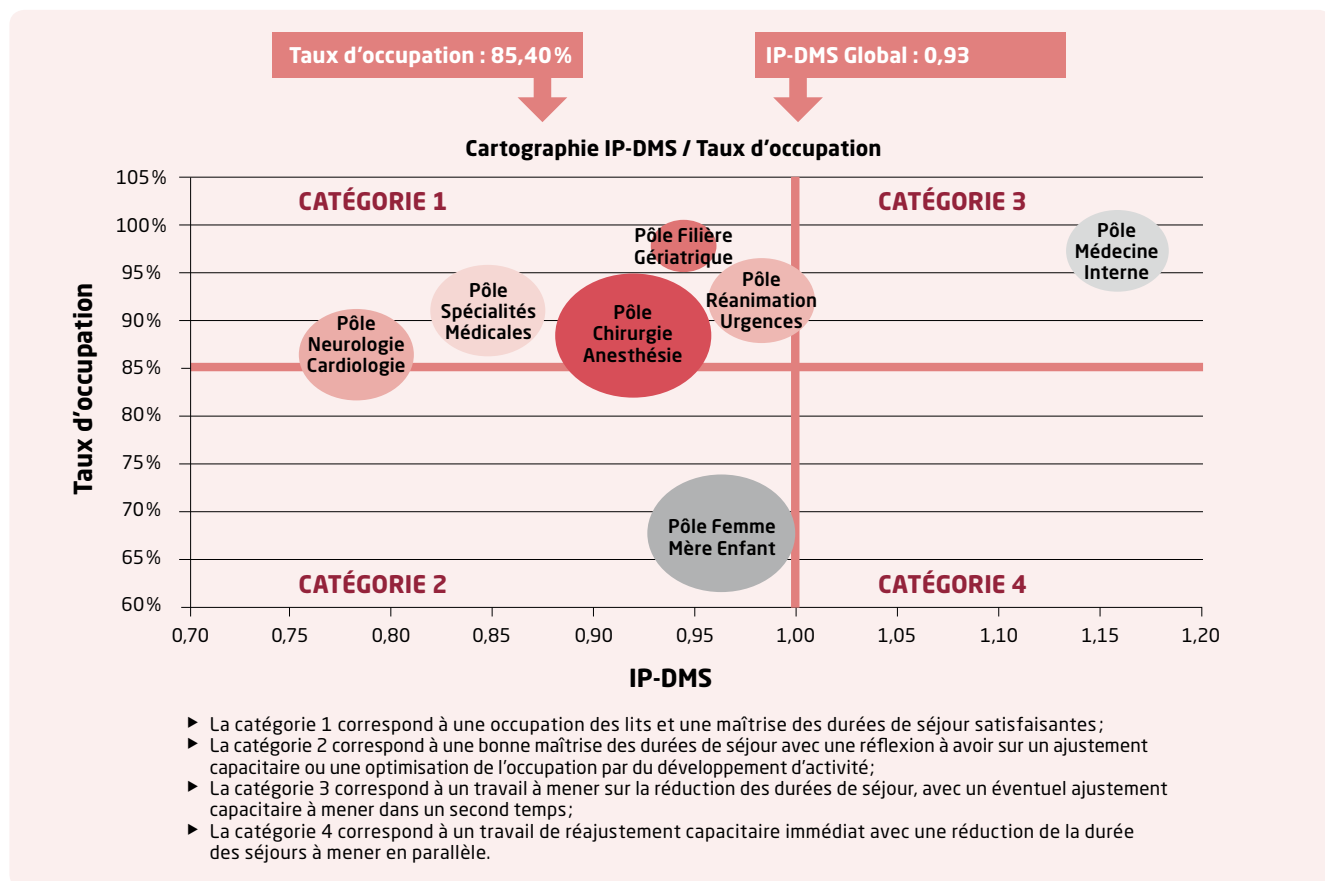
Le binôme a assuré la communication de la démarche en sollicitant une intervention dans chaque bureau de pôle pour présenter le projet ANAP et expliquer la méthodologie. Les dossiers sont remis personnellement lors d'une rencontre rappelant le projet par le binôme qui avait donné ses coordonnées pour être joignable et pouvoir répondre à toute question. Chaque service a ensuite analysé les données puis communiqué les documents au binôme qui a confronté ses propres analyses à celles des acteurs des secteurs, réalisé une synthèse sur fichier Excel puis élaboré le diagnostic global. Un Power Point a été préparé reprenant les éléments clefs de l'analyse et du diagnostic. Une restitution a été faite ensuite auprès des trinômes et cadres de santé et des différentes instances (COPIL - Directoire).

Le guide méthodologique avec un exemple de grille d'analyse pour un service à remplir par le chef de service et le cadre, figurent en annexe 5.

5.2.3 Matrice croisée du taux d'occupation et de l'IPDMS par service (CH de la Côte Basque)

Figure 15

Figure 15 : Illustration de la matrice croisée IPDMS et taux d'occupation



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.4 Analyse croisée de l'IPDMS avec la sévérité, les modes de sortie et l'âge des patients (CHRU de Brest)

IP DMS en fonction de la sévérité du GHM

Sévérité	IP-DMS
1	1 (n=19070)
2	1,01 (n=8367)
3	1,06 (n=5261)
4	1,08 (n=1776)

L'IPDMS augmente fortement en fonction du mode de sortie et de la sévérité. La recherche de structure d'aval a un impact fort sur l'augmentation des durées moyennes de séjour, de même plus la sévérité du patient est élevée, plus la DMS sera augmentée.

IP DMS en fonction de la sévérité et du mode de sortie du GHM

Sévérité	Sortie domicile	Sortie SSR
1 et 2	0,98	1,31
3 et 4	0,94	1,30

IP DMS en fonction de l'âge

Classe d'âge	IP-DMS
< 18 ans	1,04
18 à 30 ans	1,04
30 à 45 ans	1,04
45 à 60 ans	1,02
60 à 75 ans	1,06
75 ans et plus	1,05

L'IPDMS est légèrement corrélé avec l'âge, il est plus important particulièrement pour les plus de 60 et 75 ans.

5.2.5 Analyse croisée du nombre de journées réalisées par la spécialité médicale et dans l'unité d'hébergement

Cette analyse permet d'identifier les problématiques de dimensionnement d'unités et de politique d'hébergement, les deux pouvant avoir un impact sur l'allongement de la DMS. La matrice indique le nombre de journées réalisées par spécialité médicale et par unité d'hébergement, mettant ainsi en évidence l'inadéquation des capacités en lits par rapport aux besoins de la spécialité médicale.

D'après l'exemple de la matrice ci-dessous, il apparaît les constats suivants :

- ▶ L'orthopédie n'accueille que des patients d'orthopédie (7 783 journées) et est contrainte de faire héberger des patients dans d'autres unités : 729 journées en spécialités chirurgicales, 221 en chirurgie digestive => cela peut poser la question d'un sous-dimensionnement de l'unité d'orthopédie, à corrélérer avec le taux d'occupation et la DMS;
- ▶ La chirurgie digestive héberge des patients de chirurgie vasculaire (360 jours), d'orthopédie traumatologique (221 jours), d'ORL (97 jours) => cela peut poser la question d'un surdimensionnement de l'unité par rapport à l'activité relevant de sa spécialité;
- ▶ Pas de patients de médecine hébergés en chirurgie sauf pour la pédiatrie (884 journées);
- ▶ Pas de patients de chirurgie hébergés en médecine, sauf pour :
 - Patients d'ORL hébergés en médecine jour/semaine à hauteur de 81 journées;
 - Patients de gynécologie hébergés en médecine jour / semaine à hauteur de 77 journées.

30

Figure 16 : Illustration issue de l'outil ANAP Autodiag - Mouvement au niveau de l'onglet Matrice HEB MED

Libellé Unité d'hébergement	Orthopédie traumatologie	Orthogénie	ORL	Ophthalmologie	Odonto-stomatologie	Gynécologie	Chirurgie vasculaire	Chirurgie digestive	TOTAL
	Orthopédie traumatologie	7 783		1	2			1	8
Spécialités chirurgicales	729	216	1 016	752	65	1 323	13	83	4 197
Unité ambulatoire	304	99	90	1 915	209	139	8	327	3 091
Chirurgie digestive	221	2	97	15	4	5	360	6 574	7 278
Pneumologie	4		3	2					9
Néphrologie	6		1				2	2	11
Médecine jour / semaine	1	2	81	17		77		1	179
Gastroentérologie - Court séjour gériatrique 6 ^e Aile 2			4			x		1	5
Endocrino - Diabétologie				1		3	x		4
Détenus	1			1	2		x	5	10
Pédiatrie	369		185	21	10			299	884
Maternité	4	3				34			41
Neurologie			6						6
Cardiologie	3								3
	9 425	322	1 485	2 726	290	1 578	387	7 300	23 513

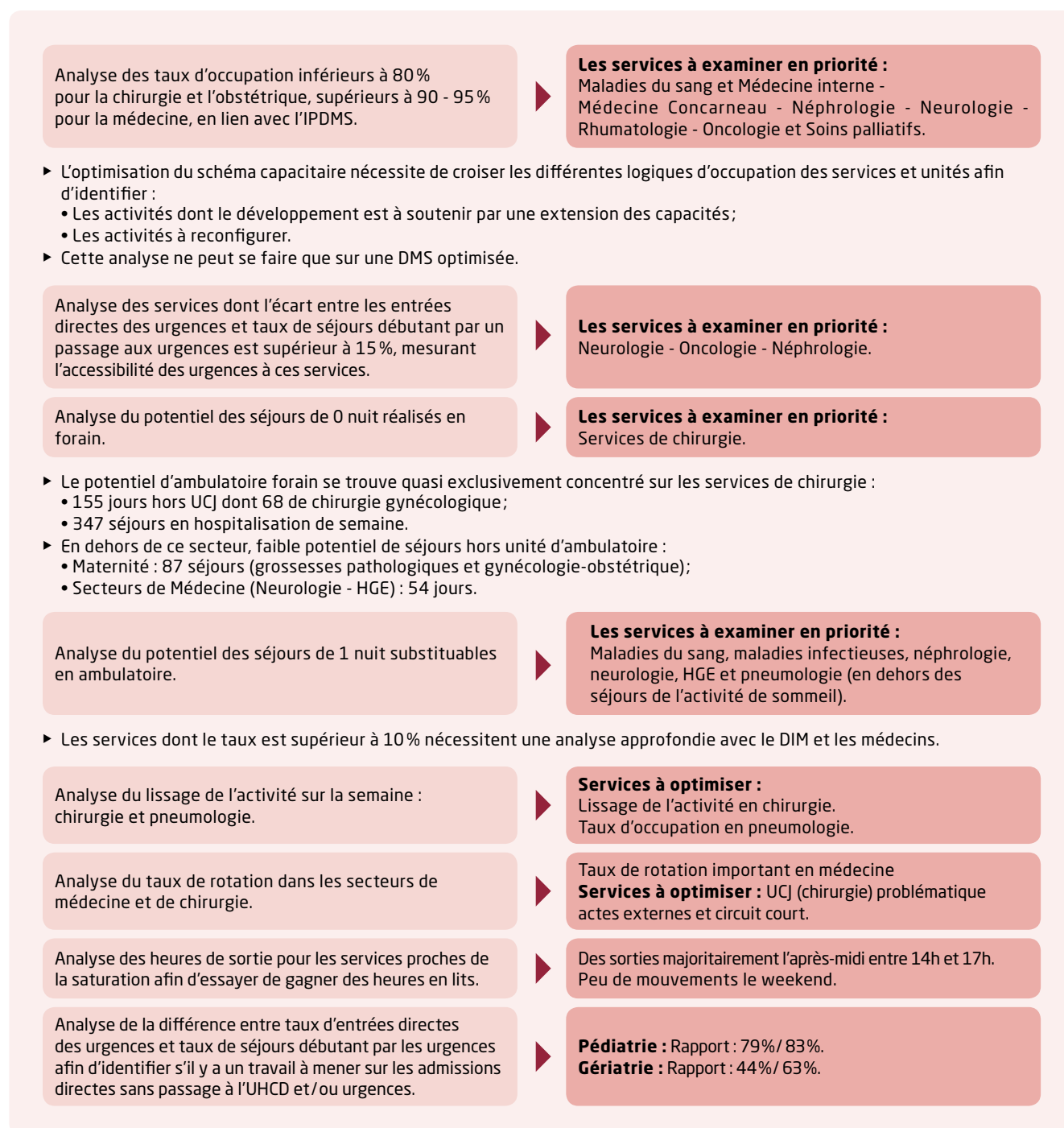
Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.6 Identification des services à cibler en fonction des problématiques (CH Cornouaille)

La restitution de la phase diagnostique identifie donc les services à cibler en fonction des problématiques traitées.

Figure 17 : Exemple de présentation pour cibler les services par problématiques



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.7 Analyse des séjours longs par unité médicale CH Pau

L'analyse des séjours longs permet d'identifier si le dépassement de la durée de séjour par rapport à la durée de séjour de référence, est justifié médicalement ou non, et de mettre en exergue les causes d'allongement de la durée de séjour dans l'établissement. Les critères de séjours longs sont à définir par l'établissement. Le critère le plus fréquent est une durée de séjour supérieure soit à 15 jours, soit à 21 jours, qui peut être

combiné à d'autres critères (par exemple durée du séjour X% supérieure à la moyenne nationale). Il est également pertinent de traduire par spécialité, le nombre de séjours longs concernés en journées lits pour mieux objectiver l'enjeu associé. Dans l'analyse, il conviendra d'exclure les séjours « extrêmement » longs (ceux pour lesquels l'établissement n'a aucune voie de recours) et cibler plutôt les séjours longs qui sont proches de la borne haute (telles que définies dans les arrêtés « prestations » en mars de chaque année).

Figure 18 : Séjours longs inappropriés

UM	Nombre	UM	Nombre
0002 - Neuro	17	0042 - ONCT	4
0013 - UHCD	17	0014 - Cardio	3
0022 - Infectio	15	0028 - Vasculaire	3
0040 - MPE	12	0034 - CJV 2 ^{ème} étage	3
0017 - Rhumato	11	0005 - Réanimation	2
0006 - Viscéral	8	0008 - Spécialités	2
0021 - Traumato 2	8	0030 - Convalescence - sevrage	2
0003 - Traumato 1	7	0012 - USIC	1
0004 - Gastro	7	0027 - NNSI	1
0007 - Pneumo	6	0029 - UPUG	1
0035 - CJV 3 ^{ème} étage	6	0032 - CJV RDC	1
0038 - Pédiatrie	6	0043 - ONCI	1
0051 - SURV	6	0048 - UNIV	1
0047 - UNV	5	Total général	156

UM	Nb de séj.	Nb j.	DMS	Âge moyen
0002 - Neuro	17	622	37	63
0017 - Rhumato	11	250	23	62
0022 - Infectio	15	374	25	58
0040 - MPE	11	259	24	63

Critères d'inclusion

- ▶ Durée de séjour > 15 jours, ou 3X la moyenne nationale
- ▶ GHM > 3 et niveau de sévérité 1 ou 2

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.8 Analyse de l'aval des urgences et de l'UHCD (CH Pau)

Cette analyse permet d'identifier la cohérence des filières de prise en charge pour l'aval des urgences et de l'UHCD. Elle peut mettre en exergue le manque de disponibilité en lits dans une

spécialité (pouvant résulter d'un sousdimensionnement ou d'un dysfonctionnement organisationnel type sortie tardive) expliquant des passages en UHCD en attente d'un lit d'hospitalisation.

Figure 19 : Constats des problématiques capacitaires : UHCD (taux d'occupation très élevé)

Concernant les patients de médecine

Pathologies	Aval des urgences																Total	
	UHCD	UNV	UNVI	Neuro	USIC	Cardio	Gastro	Pneumo	Rhumato	Infectio	MPE	ONCT	UPUG	CJV2	CJV3	SURV		Réa
01 - Aff ² du système nerveux (17%)	595	88	416	286	1	16		11	5	18	13	9	74	21	27	2	44	1900
04 - Aff ² de l'appareil respiratoire (13%)	537		1	7	26	47	3	276	13	41	32	6	97	38	30	3	59	1524
05 - Aff ² de l'appareil circulatoire (9%)	259	3	8	11	224	204		13	1	9	3	5	81	21	26	7	37	967
06 - Aff ² du tube digestif (14%)	482		2	1	2		69	2	9	21	20	6	44	10	7	6	7	1558
07 - Aff ² du système hépatobiliaire et du pancréas (4%)	156				1	2	59	1	1	5	13	1	8	1	7	1	2	406

Pathologies	Aval de l'UHCD															
	UNV	UNVI	Neuro	USIC	Cardio	Gastro	Pneumo	Rhumato	Infectio	MPE	ONCT	UPUG	CJV2	CJV3	SURV	Réa
01 - Aff ² du système nerveux (14%)	7	46	68			1	1	3	13	9	4	42	25	30	3	4
04 - Aff ² de l'appareil respiratoire (21%)			1	1	13	2	163	4	23	8	4	73	44	34	1	11
05 - Aff ² de l'appareil circulatoire (7%)			2	16	18	1	1		3	6	1	36	17	23	1	4
06 - Aff ² du tube digestif (15%)						78	2	3	19	5	8	45	18	10	5	3
07 - Aff ² du système hépatobiliaire et du pancréas (7%)	1					56		1	3	8		9	6	8	1	

- Patients de neuro : parcours adapté... post UHCD en UNV(I)... manque de place?
- Patients de pneumo : parcours adapté... limite UHCD/USC?
- Patients de cardio : ne devraient pas passer par UHCD : soit cardio, soit USC, soit CJV
Patients transférés en structure privée cardiologique, alors que le TO de cardiologie est faible > Dysfonctionnement de la filière.
- Patients de gastro : très souvent à l'UHCD par manque de place en gastro
- Patients d'USC et/ou réanimation ne devraient pas passer à l'UHCD

Figure 20 : Séjours inappropriés à l'UHCD

	Séjours inappropriés à l'UHCD - 2013		
	Entrées directes par les urgences	Taux de séjours débutants par un passage aux Urgences	Taux de séjours inappropriés à l'UHCD
Cardiologie	10%	16%	6%
USIC	26%	32%	6%
UNV-UNIV	74%	85%	11%
USC	6%	34%	28%
Réanimation	36%	54%	18%
UPUG	56%	96%	40%

Par manque de place (à côté de UNV-UNIV)
Parfois par manque de place (à côté de Réanimation)
Par manque de place (à côté de UPUG)

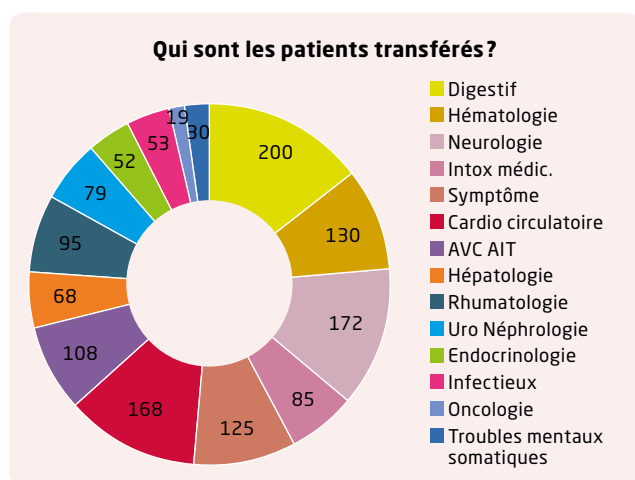
Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.9 Analyse des patients transférés dans un établissement extérieur depuis les urgences pour faute de place (CH universitaire Henri Mondor)

Si ce taux de transfert est élevé, dans l'exemple ci-dessous égal à 15%, il est intéressant d'approfondir le diagnostic en détaillant les spécialités concernées.

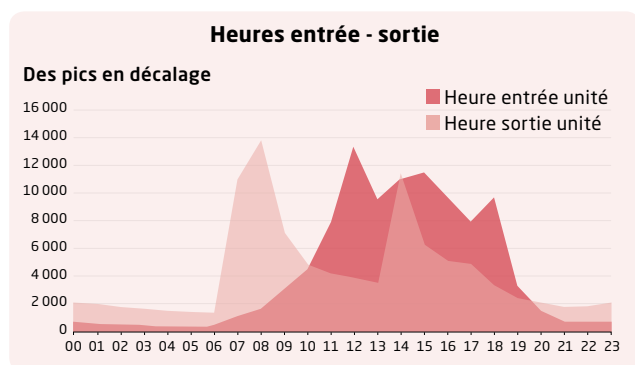
Figure 21 : Représentation graphique des patients transférés



5.2.10 Analyse des heures d'entrée et de sortie au niveau global établissement (CH Poissy Saint Germain en Laye)

Cette analyse permet de mettre en exergue le décalage des deux pics d'entrée et de sortie au niveau global établissement, et confirmer le fait que les sorties se font tardivement, et de manière non corrélée avec les entrées.

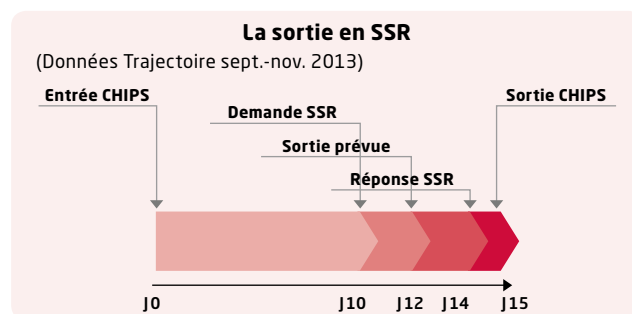
Figure 22 : Représentation graphique des heures d'entrée et sortie



5.2.11 Analyse de la sortie en SSR (CH Poissy Saint Germain en Laye)

Ce schéma issu des données « Trajectoire » permet de mesurer le délai d'anticipation de la demande d'aval.

Figure 23 : Décomposition du délai d'anticipation de la demande d'aval



5.2.12 Analyse des fermetures de lits (CH Poissy Saint Germain en Laye)

Cette analyse permet de mettre en avant le nombre de lits « inactifs » et donc l'activité « perdue » pour des raisons de fermetures. Celles-ci peuvent être justifiées pour certaines périodes de travaux ou congés notamment, mais un nombre trop élevé de fermeture de lits peut également traduire un manque d'anticipation des congés du personnel médical ou soignant, voire une surcapacité en lits.

Figure 24 : Analyse des fermetures de lit par service

Services	Jours	Journées	Équiv. lits
Cancérologie SG	300	2 016	5,5
HJS chirurgie	74	1 612	4,4
Néonatalogie	95	1 077	3,0
Cardiologie	42	966	2,6
Pneumologie	84	558	1,5
Diabétologie	60	465	1,3
Réa. médico-chir.	151	424	1,2
Méd. interne PY néphro.	37	370	1,0
Gynécologie PY	48	288	0,8
Gastro. entéro. PY	51	255	0,7
Court séjour gériatrique	32	160	0,4
Smit	37	148	0,4
Médecine interne SG	31	93	0,3
Chirurgie générale PY	36	72	0,2
Chir. visc. & pédiatrique SG	5	50	0,1
Pédiatrie	209	-406	-1,1
Total général	1 292	8 143	22,3

Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.13 Analyse du temps passé à la recherche en lit et des acteurs concernés (CH de Voiron)

L'analyse du temps passé à la recherche en lit peut mettre en évidence la multiplicité d'acteurs impliqués dans cette tâche. Exprimer ce temps en Equivalent Temps Plein s'avère assez persuasif pour convaincre les acteurs de travailler sur une organisation de la recherche en lits plus optimale et centralisée.

Figure 25 : Représentation graphique du temps passé à la recherche en lit par catégorie

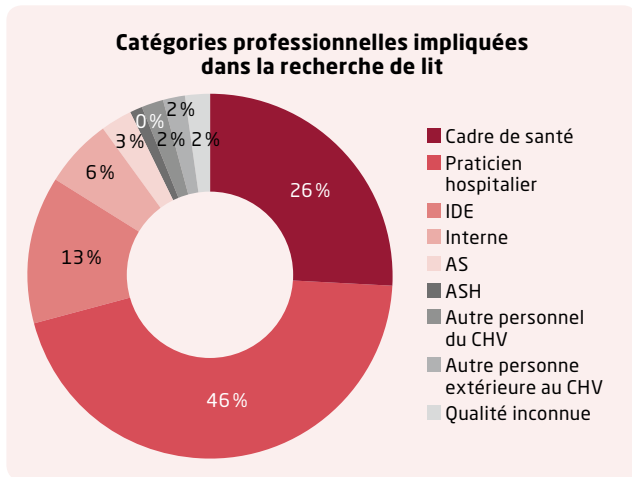


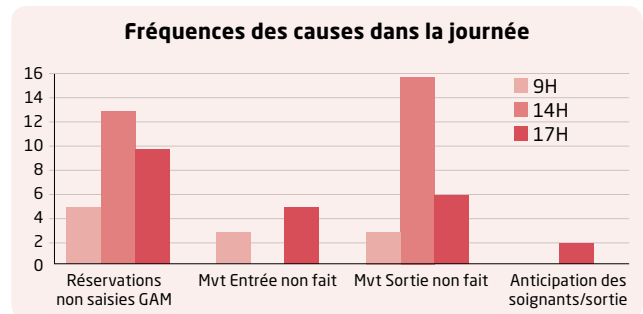
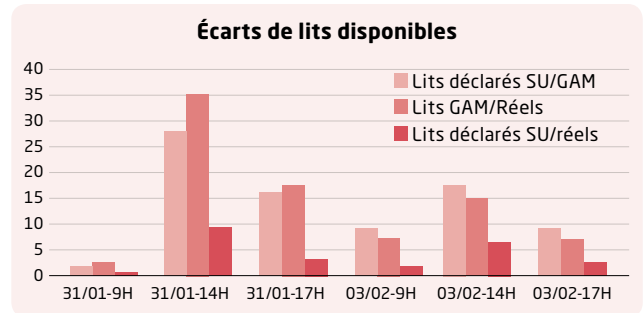
Figure 26 : Nombre d'appels concernant la recherche en lit par plage horaire

Plages horaires	Nombre appels
< 7h00	2
7h00 - 9h00	65
10h00 - 12h00	65
13h00 - 15h00	42
16h00 - 18h00	27
19h00 - 21h00	5
22h00 - 00h00	9

5.2.14 Analyse des écarts entre le nombre de lits disponibles déclarés dans les bases et les lits réellement disponibles dans les unités (CH de Cholet)

Certains services ont une habitude de « réserver » des lits, et cela peut biaiser la visibilité de la disponibilité des lits dans l'établissement. De même, la saisie de l'information d'un lit disponible dans le système d'information n'est pas toujours fiable et faite en temps réel. Cette analyse permettra d'amener de la transparence dans les pratiques.

Figure 27 : Représentation graphique des écarts de lits disponibles et déclarés



Phase 2

Un diagnostic pour objectiver la situation

5.2.15 Analyse de la pertinence des hospitalisations selon la grille HAS (CHRU de Brest)

Cette analyse permet de dissocier les journées dites pertinentes selon une grille définie par l'HAS, justifiées médicalement ou non. Il est alors intéressant d'analyser les causes organisationnelles de ces journées non pertinentes.

Figure 28 : Résultats d'audit sur la pertinence des hospitalisations

Pertinence des hospitalisations :

Audits réalisés par l'unité d'évaluation (réf HAS)

	Mardi 04/12/2012	Vendredi 08/02/2013	Lundi 08/04/2013
Nombre d'UF participant	35	35	35
Nombre de patients présents	669	684	659
Nombre de patients inclus (+24H et non sortant)	523	468	475
Journée pertinente selon la grille	85,3% (446)	81,8% (383)	81,5% (389)
Journée pertinente sur avis médical	6,9% (36)	9,8% (46)	8,4% (40)
Journée non pertinente mais justifiée	0,7% (4)	0	1
Journée non pertinente et non justifiée	7,1% (37)	8,4% (39)	10,7% (51)

Dans la plupart des cas, il s'agissait de patients en attente de place en SSR, USLD...

36

6. Maîtriser les règles d'or d'un diagnostic performant

La phase de diagnostic est décisive dans la mesure où elle sert de base aux arbitrages donnés en vue d'une optimisation de la gestion des lits dans l'établissement. Le diagnostic doit par conséquent être solide, objectif et surtout partagé par l'ensemble des acteurs, tant au niveau institutionnel qu'au niveau opérationnel.

Il existe une palette d'outils et supports d'analyse présentés ci-dessus qui peuvent être utilisés pour étayer le diagnostic, l'objectif n'étant pas forcément de tous les utiliser mais de cibler ceux qui semblent les plus adaptés à l'analyse de la situation de votre établissement. L'avantage des outils autodiagnostic de l'ANAP repose notamment dans la centralisation de l'ensemble des données sur un même fichier. En outre, des graphiques et courbes proposés avec l'occupation quotidienne des lits sur une période de 12 mois donnée, se révèlent être de bons outils de dialogue et d'échange avec les praticiens, car ils permettent de visualiser les pics d'activité et de ne pas se baser uniquement sur des indicateurs moyennés.

Pour que cette phase de diagnostic soit optimale, il est important de la borner dans le temps en fonction des compétences en gestion de projet et des connaissances de la thématique par le binôme. Il est, par retour d'expériences, préférable de ne pas y consacrer plus de 4-5 mois pour une équipe mature, sans excéder, en tout état de cause, 6-7 mois. Un temps de communication avec les acteurs autour des résultats pour qu'ils se les approprient doit avoir lieu afin de passer à la phase suivante d'élaboration d'un plan d'actions. Un diagnostic doit servir à faire des constats pour prendre des décisions et opérer un changement organisationnel, sinon il perd de son intérêt. C'est pour cela qu'il doit être contraint dans le temps, quitte à intégrer dans les pistes d'actions des diagnostics détaillés sur des éléments très ciblés qui peuvent prendre plus de temps. L'identification des leviers d'actions à l'issue du diagnostic est donc l'objectif à atteindre.



3

Du diagnostic
vers l'identification
du plan d'actions

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

Le diagnostic doit aboutir à l'élaboration d'un plan d'actions validé en Directoire. Ce passage peut être réalisé en 3 étapes : il s'agit dans un premier temps d'identifier les différents leviers d'actions issus des résultats chiffrés et des entretiens menés dans la phase de diagnostic, puis dans un deuxième temps de

les prioriser au regard des objectifs fixés par l'établissement et des enjeux en terme de faisabilité et d'intérêt de chacune des actions ; en vue de formaliser le plan d'actions finalisé avec des indicateurs cibles à atteindre qui caractérise la dernière étape d'élaboration du plan d'actions.

Figure 29 : Les étapes de la définition du plan d'actions

Étapes	Démarche	Supports
Recueil des pistes d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir les différentes pistes d'amélioration identifiées dans la phase de diagnostic Classer les pistes en fonction de la thématique (ex : parcours patient, urgences...) ou des principaux leviers d'actions 	<ul style="list-style-type: none"> Proposition d'axes de travail
Priorisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> Prioriser les actions en fonction de leur faisabilité et des enjeux pour l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> Matrice de priorisation
Validation du plan d'actions	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le plan d'actions : attribuer un pilote par action ainsi que des indicateurs de suivi avec objectifs cibles Formaliser le plan de déploiement (échancier des actions sur 18 mois) Faire valider le plan d'actions afin qu'il soit accepté par tous et garantir ainsi les chances de succès de sa mise en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> Trame de plan d'actions

38

1. Recueillir les pistes d'amélioration

À l'issue de l'analyse et des résultats du diagnostique, doivent émerger différents leviers d'optimisation que l'on propose de regrouper en 4 principaux axes de travail : le premier et deuxième portant sur la maîtrise de la durée des séjours et l'adéquation du séjour au type de prise en charge, le troisième sur le juste dimensionnement des capacités d'hospitalisation, le quatrième sur le pilotage des séjours.

1.1 Axe 1 : Maîtrise des durées de séjours

L'analyse de la durée de séjour et particulièrement de l'IPDMS permet à l'établissement de se situer par rapport aux

Outil à télécharger



GRILLE PROBLÉMATIQUES ET ACTIONS CROISÉES

Objectifs	Aider l'établissement à passer du diagnostic au plan d'actions
Caractéristiques	Descriptif. Cette grille permet à partir des problématiques identifiées, de définir les actions adaptées à mettre en place.
Format	Fichier Excel
Aperçu	

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

Figure 30 : Des enjeux de maîtrise de la durée de séjours

	Établissement					Typologie 2012	
	2008	2009	2010	2011	2012	2 ^e décile	8 ^e décile
P1 : IP-DMS médecine	1,157	1,149	1,193	1,21	1,254	0,837	1,069
P2 : IP-DMS chirurgie	1,042	1,091	1,071	1,083	1,125	0,888	1,103
P3 : IP-DMS obstétrique	0,936	0,915	0,965	0,941	0,937	0,915	1,042

Source Hospidiag 2012

- Un IPDMS en augmentation pour la médecine et chirurgie depuis 2008
- Sur 2012, pour la médecine, la chirurgie, les IPDMS du CH sont supérieurs au niveau moyen d'IP-DMS d'établissements de même activité (comparaison avec l'IPDMS de 80% des ES = 8^e décile)
- L'enjeu pour l'établissement est d'améliorer l'IP-DMS de chaque champ pour atteindre les cibles des établissements de même activité les plus performants (2^e décile).

établissements de même typologie (à case mix équivalent) et du même niveau d'activité. Cela permet de se donner un objectif de progression, le 2^{ème} décile constituant souvent l'objectif cible à atteindre.

Le tableau en figure 30 issu d'Hospidiag permet d'avoir le détail de l'IPDMS de l'établissement par grand champs.

Il conviendra également d'analyser les éléments impactant la DMS comme la pertinence des journées d'hospitalisation, l'anticipation de la sortie (heures d'entrée et de sortie dans les unités de soins), la gestion des demandes d'aval, et la fluidification du séjour clinique du patient : processus de pré-admission, de programmation des séjours, l'accès aux plateaux techniques (délais de réponses pour les examens complémentaires), le lissage de l'activité en lien avec le bloc, l'intégration du non programmé (avis spécialisé), le développement des filières (hébergement, admission directe)... Par ailleurs, le codage du séjour, si celui-ci n'est pas exhaustif, peut fausser l'analyse.

1.2 Axe 2 : Adéquation de type de prise en charge

Prendre en charge le patient dans la bonne unité de soin est le principal objectif. L'hospitalisation complète n'est plus la seule possibilité de prise en charge du patient, il existe des alternatives à l'hospitalisation complète, comme la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour ou de semaine pour les plus connues, ou bien encore l'hospitalisation à domicile. Il faut donc tenir compte de ces nouveaux modes de prise en charge dans la programmation du séjour patient.

Au niveau de cet axe, il conviendra d'évaluer les séjours de 0 nuit qui sont réalisés dans les unités conventionnelles et non dans les unités dédiées de jour (activité dite « foraine ») et le potentiel substituable en ambulatoire pour les séjours de 1 et 2 nuits afin de dimensionner de façon adéquate les unités de jour, tant en chirurgie qu'en médecine.

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

L'analyse du potentiel substituable en ambulatoire, consiste à récupérer dans un premier temps auprès du DIM le volume unités de séjours de 1 et 2 nuits, mono-rum et non rentrés par les urgences exprimé par unités de soins. Un groupe de travail avec les praticiens permettra d'affiner ce potentiel en descendant si besoin jusqu'à l'analyse du GHM. Certains séjours de 1 nuit peuvent être jugés comme non substituables d'un point de vue de prise en charge (surveillance en pédiatrie, polysomnographie...) ou d'un point de vue institutionnel, il s'agira de l'acter dans le diagnostic.

Dans notre expérience, 100% des séjours de 0 nuit sont à réaliser dans les unités ambulatoire dédiées, jusqu'à 80% des séjours de 1 nuit et 40% des séjours de 2 nuits peuvent être substituables en ambulatoire.

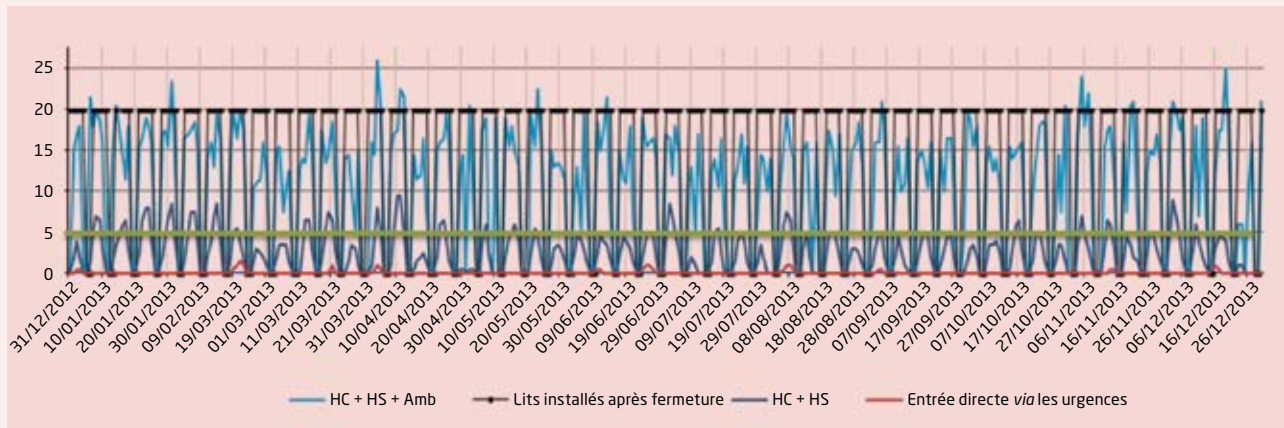
De même, il conviendra d'évaluer la pertinence et l'efficacité de l'activité de semaine, s'il y en a, afin de bien cibler les activités associées.

L'illustration ci-dessous présente un hôpital de semaine avec un taux d'occupation optimisable, réalisant essentiellement de l'activité ambulatoire.

Figure 31 : Exemple de l'analyse de l'activité d'un hôpital de semaine

- 72% de taux d'occupation
- Sur les 20 lits installés dont 6 lits fauteuils, en moyenne 5 lits sont occupés la nuit et au maximum 9,5 lits occupés la nuit sur la période
- 76% de séjours ambulatoires réalisés dans cette unité de semaine
=> correspond à l'activité d'oncologie (chimiothérapies)
- Le reste de l'activité de semaine est essentiellement de l'endocrinologie-néphrologie, et un peu de neurologie
- => **L'hôpital de semaine fonctionne plutôt comme une ambulatoire pour les 3/4 de son activité**
- => **Le personnel est adapté la nuit par rapport à l'activité de nuit qui est faible (5 lits en moyenne) = 1 IDE la nuit pour 5 patients ou transfert des patients dans les unités HC**
- => **Étudier les séjours d'HC qui reste (907 journées) pour les rebasculer dans les unités d'HC dédiées?**

Nombre de journées d'hospitalisation	3 749
Dont nombre d'ambulatoire	2 842
Dont nombre de journées hors ambulatoire	907
Nombre maximum de lits occupés la journée	26
Nombre maximum de lits occupés la nuit	9,5
Taux d'occupation maximum hors ambulatoire sur lits ouverts	47,5%



Phase 3


Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

1.3 Axe 3 : Adéquation des ressources en lits et humaines à l'activité

Outil à télécharger



TABLEAU D'AIDE AU DIMENSIONNEMENT CAPACITAIRE CIBLE (AIDICA)

Objectifs	Évaluer de manière théorique le dimensionnement cible capacitaire en hospitalisation complète et en ambulatoire pour chacune des unités
Caractéristiques	À compléter en indiquant le volume d'activité réalisée et en fixant des hypothèses d'IPDMS, de taux d'occupation et de potentiel substituable en ambulatoire
Format	Fichier Excel
Aperçu	

Un des aspects le plus structurant d'un diagnostic gestion des lits consiste à l'ajustement des capacités en lits et des ressources humaines à l'activité. La définition du schéma capacitaire cible consiste à redéployer, transformer, redimensionner et/ou regrouper les unités par type de prise en charge selon des proximités médicales entre spécialités, ou bien à soutenir les dynamiques d'activité en adaptant les capacités. Ce réajustement capacitaire doit nécessairement s'accompagner d'un travail sur l'optimisation des maquettes organisationnelles.

La démarche proposée est la suivante :

- ▶ **Réaliser une cartographie des activités MCO (identification du volume de journées réalisées) soit par :**
 - Grands champs : chirurgie, médecine, gynécologie, pédiatrie et gériatrie;
 - Domaines d'activité : disposer d'une vision médicale des activités réalisées à croiser avec les structures d'hébergement;
 - Types de prise en charge : Ambulatoire, séjours de courte durée, séjours d'hospitalisation conventionnelle, vision séjours programmés / non programmés.

▶ **Mesurer l'activité d'ambulatoire et la part de substitution de l'hospitalisation complète ou de semaine vers l'ambulatoire.**

- Identifier l'activité ambulatoire réalisée en « forain », soit dans des unités conventionnelles, soit d'hôpital de semaine;
- Chiffrer le volume de patients externe occupant un fauteuil ambulatoire;
- Se fixer un objectif de substitution en ambulatoire pour les séjours de 1 et 2 nuits monorum non entrés par les urgences;
- Identifier les séjours et activités ne pouvant pas faire l'objet de transfert (Exemple : surveillance pédiatrique, polysomnographie...);
- Se fixer un objectif de rotation pour dimensionner l'unité d'ambulatoire;
- Définir la capacité en place nécessaire sur l'activité actuelle.

▶ **Retirer pour chaque unité de soins conventionnelle, le volume de journées lits libérées suite à la substitution en ambulatoire pour les séjours de 1 et 2 nuits.**

▶ **Mesurer les écarts avec les indices de performance (DMS et occupation) et évaluer l'impact en journées lits.**

- Identifier les écarts avec les DMS de référence par segment, mesurer ainsi les journées « non justifiées »;
- Aligner les séjours réalisés sur la DMS de référence ou DMS du 2^{ème} décile, et traduire en « journée cible »;
- Mesurer le besoin en lits nécessaire à l'activité en tenant compte des cibles organisationnelles d'occupation lorsque nécessaire (les cibles souvent utilisées sont celles-ci mais restent ajustables au contexte de l'établissement : 92 % en médecine, 85 % en chirurgie, 75 % en obstétrique);
- Conserver le niveau d'occupation de l'établissement, si celui-ci est plus performant que les cibles.

▶ **Moduler ce schéma capacitaire avec :**

- Les tendances sur les activités;
- Les contraintes architecturales (faisabilité de grands plateaux de lits);
- Les besoins de santé de la population;
- L'organisation de la prise en charge patients polyopathologique et gériatrique;
- Les besoins en lits d'aval.

▶ **Analyser les maquettes organisationnelles RH** en fonction de ce dimensionnement cible.

1.4 Axe 4 : Pilotage des séjours

L'optimisation de la gestion des lits ne peut se faire sans pilotage des séjours et du parcours patient dans sa globalité, depuis son entrée jusqu'à sa sortie. Un pilotage des séjours performant se

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

traduit par une visibilité des lits en temps réel et en prévisionnel, l'existence et l'actualisation d'une durée prévisionnelle de séjour, la diffusion de tableaux de bord de pilotage au sein des pôles, et une organisation centralisée de la recherche en lit.

1.5 Retours d'expériences : bilan des problématiques rencontrées et actions mises en place par les 160 établissements accompagnés dans le cadre du programme

Les établissements du programme avaient déjà pour la plupart engagé des actions pour optimiser leur gestion des lits comme la mise en place de partenariats avec les structures d'aval (65%), la programmation conjointe du séjour et des examens complémentaires (62%), le développement de pré-admission (62%), la programmation conjointe du séjour et du bloc opératoire (66%), l'intégration des alternatives à l'hospitalisation complète dans la programmation (51%), la mise en adéquation des ressources humaines aux activités (43%), la formalisation des règles d'hébergement (32%).

Les principales problématiques rencontrées par les établissements concernent :

- ▶ le lissage insuffisant des horaires entrées et sorties (94%);
- ▶ l'insuffisance de l'anticipation des flux non programmés (85%);
- ▶ le lissage insuffisant des activités sur la semaine (86%);
- ▶ l'inadéquation entre le dimensionnement des unités médicales et les besoins en lit de la spécialité/filière (79%);
- ▶ l'inadéquation de l'unité d'hébergement au type de prise en charge (ambulatoire forain, séjours 1 nuit) (79%);
- ▶ l'insuffisance d'optimisation des flux programmés (79%);
- ▶ l'insuffisance de l'anticipation de la gestion de l'aval (82%);
- ▶ les DMS longues et supérieures à la moyenne nationale (76%);
- ▶ la saisie tardive des mouvements (69%);
- ▶ la prise en charge des patients de plus de 75 ans en dehors de l'unité adaptée (62%).

Pour y répondre, un certain nombre d'actions ont été retenues :

Actions mises en œuvre dans le cadre du Programme National Gestion des Lits	Nb d'ES ayant retenu l'action	%
Sorties le matin	128	88%
Visibilité des lits	99	68%
DPS	92	63%
Anticipation sortie / aval	78	53%
Développement Ambu / HDJ / Alternative HC	76	52%
Règles hébergement (programmation et déprogrammation)	71	49%
Séjours longs	71	49%
Réorganisation capacitaire y compris vacances	67	46%
Partenariats Aval	60	41%

Pilotage séjour (cellule...)	58	40%
Pré-admission	46	32%
Programmation + bloc + exam complémentaire	36	25%
Orga bloc + PMT	32	22%
Lisser programmation	30	21%
Développement ou revue HdS	27	18%
Adéquation RH y compris PDS	25	17%
Filières	24	16%
Développement HAD	18	12%
Programmation depuis les urgences (HDJ)/consult/ambu/HC)	18	12%
Amont : lien ville	12	8%

2. Prioriser les actions

Outil à télécharger

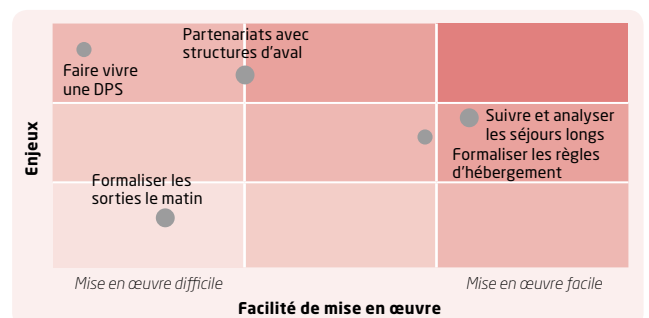


MATRICE DE PRIORISATION

Objectifs	Synthétiser les actions stratégiques en fonction de leurs enjeux et de leur difficulté de mise en œuvre.
Caractéristiques	À compléter
Format	Fichier Excel
Aperçu	

À l'issue du diagnostic sont identifiés les différents leviers d'actions, qui peuvent s'avérer nombreux. Il apparaît alors opportun de prioriser les actions afin de cibler celles à retenir dans un premier temps. La matrice de priorisation, permet de réaliser cette identification d'actions prioritaires en fonction de

Figure 32 : Illustration d'une matrice complétée avec les actions de mise en œuvre



Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

2 critères que sont la facilité de mise en œuvre et les enjeux (gains potentiels) pour l'établissement. Cette démarche peut être réalisée avec l'équipe projet, voire lors d'une réunion plus élargie avec des acteurs de terrain.

3. Anticiper les risques

L'analyse de risques sur un projet permet d'anticiper les difficultés en élaborant des actions préventives, d'adapter les mesures à prendre face à un problème identifié et donc, *in fine*, de favoriser l'atteinte des objectifs du projet. Cette étape-là, lorsqu'elle est réalisée, peut servir à prioriser les actions, à construire et orienter la communication du projet.

La démarche d'analyse de risques consiste à :

- ▶ **Établir l'inventaire des risques** et définir pour chacun leur typologie. S'agit-il d'un risque d'ordre :
 - Rationnel : non-respect des délais, difficulté de recueil des données, surcoûts...;
 - Politique : orientation du projet en fonction des positions d'acteurs clés;
 - Émotionnel : refus de changer les habitudes, retard et absences de certains acteurs dans les groupes de travail, non transmission d'information...;
 La typologie des risques impactent directement les types de solution à mettre en œuvre.
- ▶ **Classer les risques** en fonction de leur probabilité et criticité;
- ▶ **Définir les actions à engager**, et éventuellement prévoir un plan B pour les risques très critiques et très probables. Pour chacun des risques, on se posera ces 3 questions successives : Peut-on l'éliminer? Peut-on en limiter les effets? Doit-on modifier le déroulement du projet?
- ▶ **Identifier les points critiques du projet**, c'est-à-dire les phases ou étapes du projet où les risques sont renforcés;
- ▶ **Réviser la table des risques** : la liste des risques n'est pas statique, il faut la réviser régulièrement.

4. Formaliser le plan d'actions

Le principe du plan d'actions est de lister les actions prioritaires retenues et pour chacune d'entre elles, de définir succinctement l'ensemble des sous-actions à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif, les dates de début et de fin, les responsables ainsi que les contributeurs et le statut.

La désignation de pilotes d'actions et de contributeurs est indispensable ensuite dans la phase de mise en œuvre du projet. Un projet Gestion des lits est transversal, et le binôme ne peut évidemment pas être responsable de l'ensemble des actions. Il doit coordonner les actions pilotées par des acteurs désignés dans le plan d'actions.

Selon les actions, il faut bien choisir le profil de la personne en charge et des contributeurs qui pourront constituer le groupe

Outil à télécharger



TRAME DE SYNTHÈSE DE DIAGNOSTIC ET DE PLANS D'ACTION AU FORMAT PPT

Objectifs	Disposer d'une trame de support de présentation du diagnostic aboutissant sur les pistes d'actions retenues. Cette présentation peut être utilisée en Directoire pour faire valider le diagnostic et plan d'actions.
Caractéristiques	À compléter et adapter par l'établissement
Format	Fichier Excel
Aperçu	

Outil à télécharger



TRAME DE PLAN D' ACTIONS AU FORMAT EXCEL

Objectifs	Disposer d'un fichier de suivi d'avancement des actions et sous actions retenues par l'établissement, ainsi que les personnes responsables de leur mise en œuvre.
Caractéristiques	À compléter
Format	Fichier Excel
Aperçu	

de travail. Aussi, et à titre d'exemple on peut identifier les profils suivants par action :

- ▶ Pour une action sur la maîtrise des durées de séjour : un binôme cadre et praticien, l'assistante sociale, un membre de la commission des séjours longs si elle existe, un représentant du SSR en contributeur;
- ▶ Pour une action sur l'accès au plateau technique : un radiologue ou un urgentiste;
- ▶ Pour une action sur la mise en place d'une filière polyopathologique, gériatrique ou une unité de médecine polyvalente : un gériatre, un praticien de médecine interne;
- ▶ Pour une action sur le pilotage des séjours : DSIO, contrôleur de gestion, IDE de flux ou gestionnaire de lit;
- ▶ Pour une action sur le redimensionnement capacitaire : directeur, directeur des soins, contrôle de gestion, président de CME.

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

Les dates de début et de fin d'actions peuvent permettre de réaliser un plan de déploiement (GANTT). Si certaines actions ont été initiées sur des services pilotes, il faudra dans un

deuxième temps, veiller à les déployer sur l'ensemble des services de l'établissement et ce déploiement se planifie dans le temps.

Figure 33 : Plan d'actions du CHU de Toulouse

N°	ACTIONS / Sous-actions	Date de début	Date de fin	Responsable	Contributeur(s)	Statut	Remarques
ACTION 1 : RÉDUIRE LES JOURNÉES D'HOSPITALISATION DES SÉJOURS LONGS POUR CHAQUE PÔLE							
1.	Faire un audit des séjours longs par pôle						
1.1	Extraction des séjours longs IPDMS>1.3	01/06/2014	15/06/2014	DIM	DIM des pôles, médecins cliniciens	En attente	Pôles Spé med et Gériatrie. Les 2 autres pôles seront inclus à partir de septembre
1.2	Analyse des dossiers <i>a posteriori</i> type RMM. Staff	20/06/2014	14/07/2014	À définir	Médecins cliniciens, cadres, assistantes sociales	En attente	Responsables seront définis lors de la réunion du 15 mai
2.	Mettre en place des actions avec les établissements d'aval et service social						
2.1	Identifier les services d'aval et les correspondants	01/06/2014	15/06/2014	Service social	Cadres des services, établissements et services extérieurs	En attente	Faire un recensement des conventions existantes et de leur contenu
2.2	Identifier les difficultés d'adressage aux services extérieurs	01/06/2014	15/06/2014	Cadre sup du pôle	Médecins cliniciens, assistantes sociales, IDE, cadres	En attente	
2.3	Identifier les procédures de transfert des patients et en faire une analyse critique avec les établissements d'aval	15/06/2014	15/07/2014	Directeur du pôle	Médecins cliniciens, assistantes sociales, IDE, cadres + référents d'établissements d'aval	En attente	Avec appui du groupe projet Gestion des lits
2.4	Préciser les modalités d'accueil dans les structures d'aval, leurs difficultés et les procédures d'adressage	20/08/2014	30/10/2014	Directeur du pôle	Médecins cliniciens, assistantes sociales, IDE, cadres + référents d'établissements d'aval	En attente	Avec appui du groupe projet Gestion des lits
ACTION 2 : POURSUIVRE LE PLAN D'ACTIONS CHIRURGIE AMBULATOIRE POUR LE PÔLE ILM							
1.	Diffuser le tableau de bord chirurgie ambulatoire trimestriel	15/07/2014		DIM	Chirurgiens du pôle pour analyse avec exécutif du pôle	En cours	
2.	Faire une revue de dossiers des GHM à tarifs uniques pris en charge en hospit complète	Mensuel		Référent chirurgie ambulatoire	Chirurgiens orthopédistes, anesthésistes, IDE de programmation, cadre de l'ACA, DIM	En attente	
3.	Développer la chirurgie ambulatoire post-urgences en traumatologie						
3.1	Définir les situations cliniques aux urgences pouvant relever de chirurgie ambulatoire		15/06/2014	Médecin	Urgentistes, orthopédistes, anesthésistes	En cours	Appui groupe projet chirurgie ambulatoire
3.2	Définir les procédures de CS anesthésique, programmation de bloc et programmation de l'UCA		30/06/2014	Médecin	Anesthésistes, cadre de l'UCA, conseil de bloc	En cours	Appui groupe projet chirurgie ambulatoire
3.3	Mettre en place les outils d'information du patient		30/09/2014	Cadre de CS?	Cadre UCA, urgentiste, orthopédistes, anesthésistes,	En attente	Appui groupe projet chirurgie ambulatoire
ACTION 3 : QUESTIONNER LA PERTINENCE DES HÔPITAUX DE SEMAINE							
1.	Identifier les séjours courts qui pourraient relever de l'ambulatoire						
1.1	Identifier les séjours courts 0 nuit ou 1 nuit	01/09/2014	15/09/2014	DIM	DIM du pôle	En attente	
1.2	Analyser les dossiers pour voir si possible de les passer en ambulatoire	15/09/2014	10/10/2014	Médecin référent de l'hôpital de jour	DIM, médecins cliniciens, cadres, assistantes sociales	En attente	
2.	Programmer les séjours de façon à avoir une occupation lissée sur les 5 jours d'ouverture						
2.1	Identifier les séjours pouvant être programmés en fin de semaine	01/09/2014	30/09/2014	Cadre de l'hôpital de semaine	Médecins, cadres, IDE de programmation	En attente	
2.2	Identifier les besoins d'exams complémentaires pour améliorer la programmation des plateaux techniques	01/09/2014	30/09/2014	Cadre de l'hôpital de semaine	Médecins, cadres, IDE de programmation + imagerie, biologie, explo fonctionnelles	En attente	

ACTION 4 : RETRAVAILLER LE CIRCUIT PATIENT UHCD/PUG/PUM							
1.	Préciser la typologie des patients relevant du PUG et du PUM						
1.1	Décrire les case-mix actuel et les différences entre PUG et PUM	01/06/2014	15/06/2014	DIM	Médecins PUG et PUM, urgentistes, cadres	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
1.2	Préciser les indications respectives PUG et PUM dans la perspective d'ouverture de l'URM. Discuter l'intérêt du passage par l'UHCD	15/06/2014	30/06/2014	2 médecins responsables des post-urgences	Urgentistes, cadres, chefs de pôles	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
2.	Mettre en place les protocoles d'adressage depuis les urgences	01/07/2014	15/09/2014	Médecin urgentiste	Médecins post-urgences, cadres, services transports internes	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
3.	Mettre en place un staff quotidien pour la gestion des orientations	01/10/2014	30/10/2014	Médecin urgentiste	Urgentistes, cadres, médecins post-urgences, service social	En attente	
ACTION 5 : DÉVELOPPER LES MOUVEMENTS DU MATIN ET DU WE							
1.	Définir la cible de sortie du matin : horaires et nb de sorties	01/06/2014	30/06/2014	Cadre sup du pôle	Médecins, cadres	En attente	
2.	Anticiper le mode de sortie du patient (domicile, établissement médico-social, autre établissement de santé...)	01/06/2014	30/09/2014	Cadre	Médecins, cadres, service social, secrétaires, transporteurs externes	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
2.1	Établir les processus de sortie pour chaque modalité	01/06/2014	30/09/2014	Cadre	Médecins, service social, IDE, secrétaires	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
2.2	Préparer les informations nécessaires à la sortie à la pré-admission	01/06/2014	30/09/2014	IDE de programmation	Cadre, médecins, service social, IDE	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
3.	Définir le processus d'enchaînements sorties/entrées (rotation rapide des lits)						
3.1	Organisation du bio nettoyage	01/06/2014	30/09/2014	Cadre sup du pôle	Cadres des services,	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
3.2	Définir les critères d'occupation des lits libérés, priorisations	01/06/2014	30/09/2014	médecin référent du programme	Médecins, cadres, service des urgences	En attente	
ACTION 6 : TRAVAILLER LES DURÉES PRÉVISIONNELLES DE SÉJOUR							
1.	Analyser les durées de séjours par GHM et les IPDMS correspondants	01/06/2014	30/06/2014	DIM	DIM et médecins cliniciens	En attente	
2.	Élaborer les DPS pour les principaux diagnostics ou GHM	01/09/2014	30/10/2014	DIM	DIM et médecins cliniciens	En attente	Chirurgie orthopédique et neurochirurgie
3.	Utiliser les DPS pour les programmations de séjours en pré-admission						
3.1	Prévoir la saisie de la DPS dans le système d'information	01/01/2015	30/06/2015	DSIO?	Médecins, IDE programmation, DSIO, bureau des entrées		Nécessité d'un outil de programmation non disponible à ce jour
ACTION 7 : RETRAVAILLER ET HARMONISER LES MISSIONS DES IDE DE PROGRAMMATION							
1.	Cartographier les missions des différents professionnels dans le processus de programmation	01/09/2014	30/10/2014	Direction des soins	IDE de programmation, cadre des CS, secrétariats, bureaux des entrées, médecins	En attente	Appui du groupe projet Gestion des lits
2.	Identifier les paramètres à prendre en compte dans la programmation des séjours						
2.1	Avoir une visibilité du présentisme des médecins	01/09/2014	30/10/2014	DAM		En attente	Tableau de bord disponible?
2.2	Avoir une connaissance des lits nécessaires à l'aval des urgences, yc la saisonnalité	01/09/2014	30/10/2014	DIM	Validation par pôles	En attente	
3.	Formaliser les fiches de programmation	01/09/2014	30/10/2014	Direction des soins	Validation par pôles	En attente	
ACTION 8 : MENER UNE RÉFLEXION SUR LE SI DES DISPONIBILITÉS EN LITS							
1.	Mettre en place un outil unique de visibilité des lits disponibles						
1.1	Fiabiliser les données, par une saisie en temps réel. Sensibiliser les personnels à la qualité des données.	01/09/2014	31/12/2014	Bureau des entrées	Cadres et soignants	En attente	
1.2	Automatiser les mouvements sur le SI à partir de la saisie des mouvements effectuée dans les services cliniques	01/01/2015	30/06/2015	DSIO	DSIO, bureau des entrées, cadres	En attente	
ACTION 9 : MODIFIER LES SYSTÈMES DE GESTION DES LITS (BED MANAGER? OUTILS?)							
1.	Mener la réflexion sur le système de gestion des lits avec les pôles concernés	01/09/2014	30/10/2014	Chefs de projet	Groupe projet, équipes de pôles du périmètre	En attente	
2.	Proposer les scénarios d'optimisation de la gestion des lits						
2.1	Rencontrer les établissements qui ont mis en place un système de gestion des lits	01/09/2014	30/10/2014	Chefs de projet	Groupe projet et équipes de pôles	En attente	
2.2	Proposer les scénarios en examinant faisabilité financière et acceptabilité	01/10/2014	31/12/2014	Chefs de projet	Groupe projet et équipes de pôles	En attente	

Phase 3


Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

5. Définir des indicateurs pour évaluer les résultats attendus par action

Outil à télécharger



GRILLE D'INDICATEURS PAR ACTION

Objectifs	Relier les indicateurs à suivre en fonction des actions retenues par l'établissement
Caractéristiques	Descriptif
Format	Fichier Excel
Aperçu	

Comme dans tout projet, il faut anticiper, dès la phase de diagnostic, l'évaluation des actions qui seront mises en œuvre par le biais d'indicateurs de performance. Ces indicateurs doivent faire l'objet :

- ▶ de la définition d'une valeur cible de façon à évaluer la marge de progression à atteindre;
- ▶ d'un suivi régulier avec une planification de la fréquence de remontée;
- ▶ d'une justification des évolutions des indicateurs afin de garantir une évaluation pertinente et de qualité, et de mettre en place les éventuelles actions correctrices.

Aussi, ils doivent être définis par le contrôleur de gestion en concertation avec les praticiens et cadres de santé afin qu'ils se les approprient : par exemple un IPDMS ne parle pas d'emblée à un praticien, la méthodologie de calcul et l'objectif de chaque indicateur doivent être clairement explicités.

Une des bonnes pratiques pour engager les acteurs consiste à inscrire les objectifs à atteindre dans les contrats de pôle s'ils existent.


Un catalogue d'indicateurs (liste non exhaustive et à adapter) vous est proposé ainsi qu'une grille croisée des indicateurs à suivre en fonction des actions choisies.

46

Outil à télécharger



CATALOGUE D'INDICATEURS DE PERFORMANCE EN MATIÈRE DE GESTION DES LITS

Objectifs	Se doter d'une vision globale de l'occupation des lits au niveau de l'établissement, et mesurer les impacts des actions mises en place
Caractéristiques	Descriptif. Catalogue (non exhaustif) de fiche d'indicateurs relatifs à la gestion des lits avec des indicateurs globaux et des indicateurs opérationnels
Format	Power Point
Aperçu	

6. Annoncer la prochaine étape de mise en œuvre

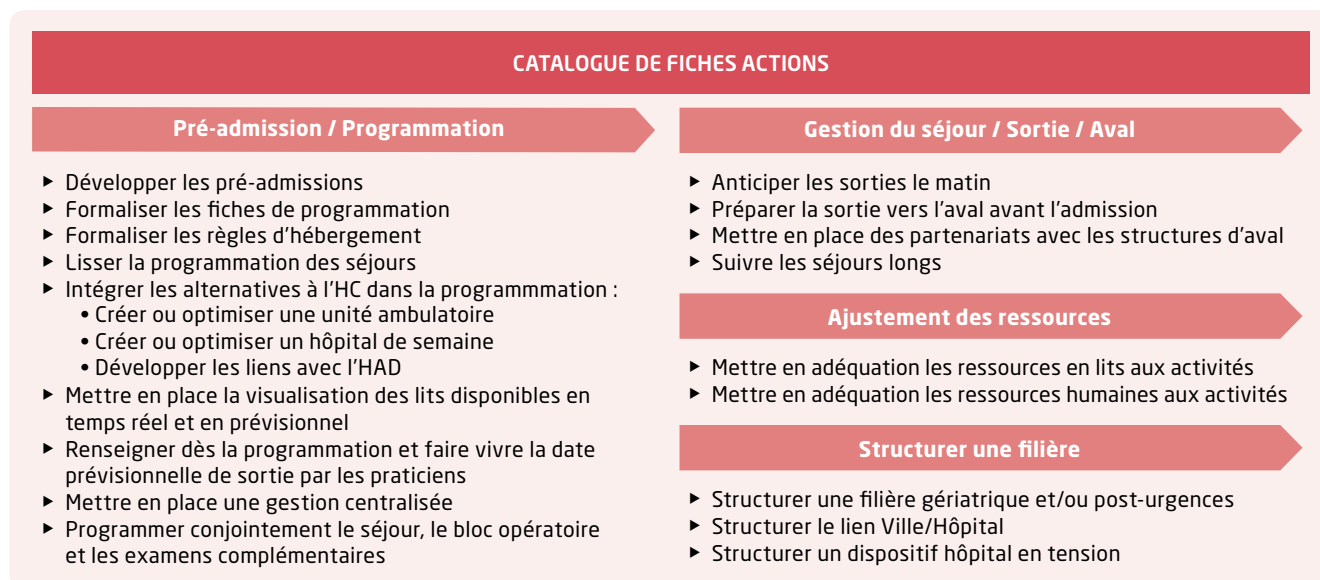
Une fois le diagnostic et plan d'actions présenté et validé, la phase de mise en œuvre peut alors être lancée. Chaque pilote d'action aura en charge de rédiger une fiche action détaillée et de lancer les groupes de travail pour mener à bien les actions et atteindre les résultats attendus. Cette étape de mise en œuvre fera l'objet d'une seconde publication fin 2015, mettant à disposition des utilisateurs, un catalogue de fiches actions détaillant les étapes de la mise en œuvre de chacune des actions avec les indicateurs à suivre et les facteurs clés de succès; et auxquelles seront associés des kits outils pratiques et opérationnels que vous pourrez vous approprier, adapter à votre contexte ou problématique et déployer au sein de votre établissement (modèle de check liste de sortie, fiche de poste d'un gestionnaire de lit, méthodologie d'élaboration de règles d'hébergement, charte de fonctionnement d'une unité médicale post-urgences...).

Pour vous donner un aperçu de la prochaine publication, ci-après une illustration des thématiques qui seront abordées dans le catalogue de fiches actions.

Phase 3

Du diagnostic vers l'identification du plan d'actions

Figure 34 : Extrait du catalogue de fiches actions proposées par l'ANAP



Nous espérons que vous trouverez dans cette démarche et ces outils une aide pour votre projet de Gestion des lits. Bonne élaboration de diagnostic!

Annexes

Annexe 1 - Illustration de la grille de questionnaire utilisée par le CH de Compiègne

Cartographie des problématiques

SERVICE
Chef service/cadre

Critères de notation
non concerné
jamais
parfois
souvent
toujours

	Problématiques	cotation	commentaires
Séjours patient	File d'attente importante pour être hospitalisé		
	Taux élevé de déprogrammations		
	DMS longues		
	Inadéquation de l'unité d'hébergement au type de prise en charge (ambulatoire forain, séjours 1 nuit ayant pu relever d'un hôpital jour)		
	Prise en charge de patients en dehors de l'unité adaptée à la prise en charge		
	Insuffisance de l'anticipation de la gestion de l'aval		
	Insuffisance de lits d'aval		
	Insuffisance d'anticipation des sorties		
Activités	Lissage insuffisant des activités sur la semaine		
	Délai d'obtention d'examens complémentaires long		
	Délai d'obtention d'avis spécialisés long		
	Faible taux d'occupation des lits d'hospitalisation		
	Inadéquation entre le dimensionnement du service et les besoins en lit de la spécialité		
	Sorties le week-end réalisées		
	Délai entre la sortie annoncée et la sortie effective (chiffrer le délai moyen)		
Données	Saisie des mouvements dans hexagone et dx care faite en temps réel 5 jours d'ouverture		
	Identifier les séjours pouvant être programmés en fin de semaine		

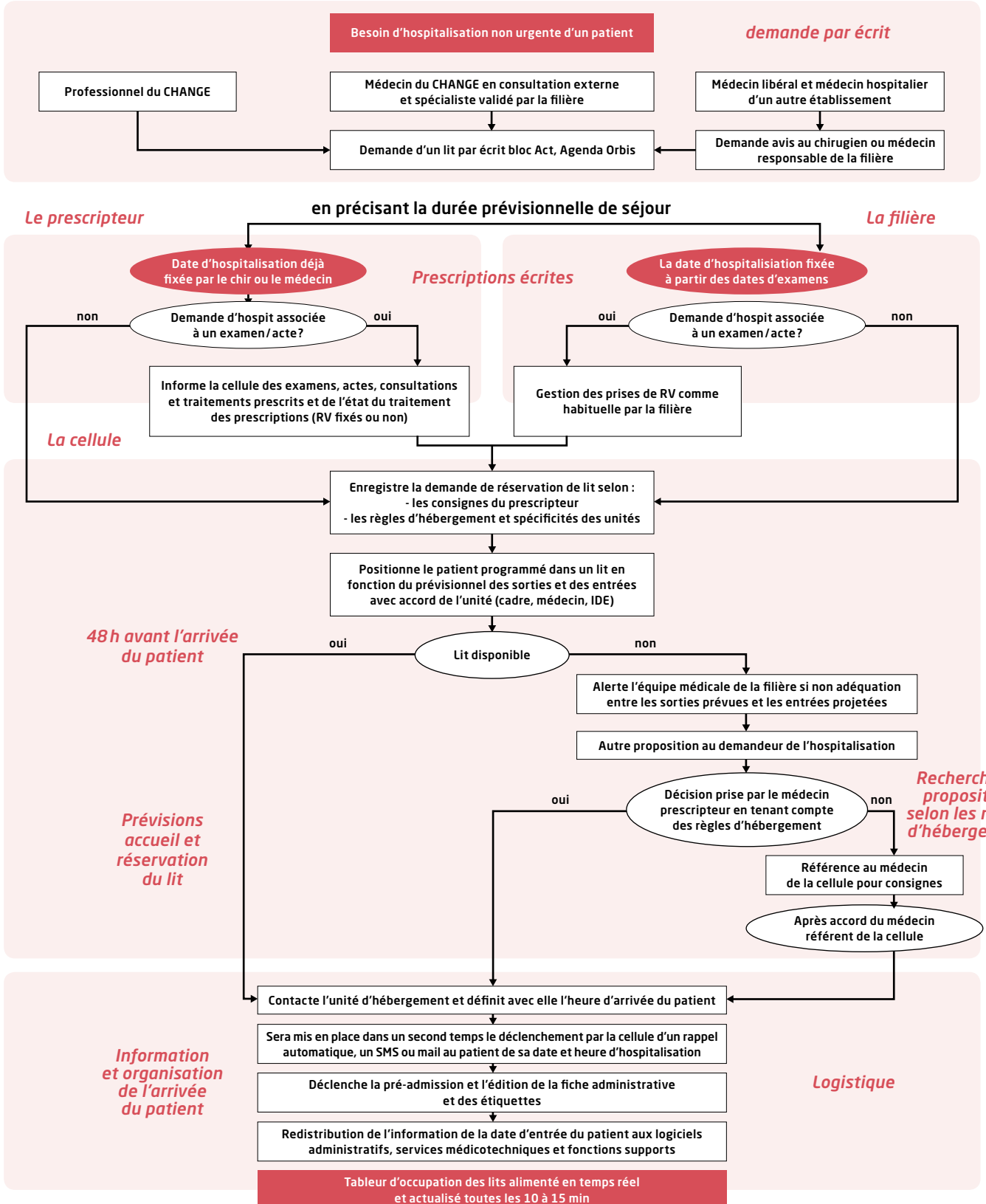
Quelles sont vos pistes d'amélioration ?

Annexes

Annexe 2 - Illustration d'un processus cible sur les entrées directes non urgentes, établi par le CH d'Annecy Genevois (CHANGE)

Principe de base : Toute hospitalisation de patient passe par une réservation de lit auprès de la cellule

Entrée directe non urgente & programmée au-delà des 48h



Annexes

Annexe 3 - Liste non exhaustive de données à recueillir pour le diagnostic**Données en termes d'occupation et de durée de séjour**

- ▶ Nombre de lits par unité et par mode de prise en charge
- ▶ Nombre de journées de fermetures de lits et motifs (facultatif) par unité
- ▶ Taux d'occupation distinct Médecine - Chirurgie-Obstétrique (MCO) et par unités de soins
- ▶ Taux de rotation en ambulatoire distinct Médecine et Chirurgie et par unité de soins (veiller si possible à isoler les séances)
- ▶ IPDMS distinct MCO et par unité de soins, IPDMS par mode d'entrée et de sortie
- ▶ IPDMS selon les GHM les plus fréquents
- ▶ Volume et part des séjours longs avec IPDMS > X (cible à définir par l'établissement)
- ▶ Suivi des hébergements par unité de soins
 - Nombre de patients hébergés dans une unité ne relevant pas de sa spécialité de prise en charge
 - Nombre de patients relevant de la spécialité hébergés dans une autre unité
- ▶ Taux de déprogrammation
- ▶ Taux de transfert vers un établissement extérieur pour faute de place

Données en termes de type de prise en charge

- ▶ Séjours de 0 nuit réalisés en hospitalisation complète (séjours dits « forain »)
- ▶ Séjours de 1 nuit, voire 2 nuits monorum non entrés par les urgences servant de base pour évaluer avec les praticiens le potentiel substituable en ambulatoire

Données en termes de flux patients

- ▶ Taux d'entrées directes par les urgences et le différentiel avec le taux d'entrées débutant par un passage aux urgences (ce qui permet d'évaluer le pourcentage de passage en UHCD)
- ▶ Volume et destination pour les mutations internes
- ▶ Volume des patients de plus de 75 ans par unité de soins
- ▶ Mode d'entrée et de sortie par unité de soins
- ▶ Taux de sorties et d'entrées réalisées le matin par unité de soins
- ▶ Heures d'entrée et sortie par unité de soins

Données en termes de flux d'aval

- ▶ Demandes d'aval :
 - Volume et part des demandes effectuées
 - Taux d'acceptation
 - Taux de refus pour faute de place
 - Délai entre la date d'admission souhaitée dans la structure d'aval et la date réelle d'admission (pour mesurer le délai d'allongement de la DMS pour attente de lit d'aval)
 - Délai de réponse par la structure d'aval par patient (si plusieurs demandes sont effectuées, le calculer sur la 1^{ère} structure qui répond quelque soit la réponse)
- ▶ Taux d'équipement en structure d'aval : Nb de lits SSR pour 1 000 habitants

Pour aller plus loin

Certaines données peuvent nécessiter un recueil manuel et faire l'objet d'un audit ponctuel sur 3-4 semaines sur un ou deux services ciblés en fonction des difficultés rencontrées par l'établissement. À titre d'exemple :

- ▶ Évaluer le temps de recherche en lit (en ETP)
- ▶ Vérifier la fiabilité de l'information les lits déclarés et ceux réellement disponibles (GAM/urgences/services)
- ▶ Mesurer le nombre de lits brancard en moyenne par jour dans l'établissement
- ▶ Mesurer le délai entre la date d'admission du patient nécessitant une demande d'aval et la date à laquelle la demande est faite
- ▶ Évaluer l'impact du passage de l'équipe mobile de gériatrie dans les services ou aux urgences sur la DMS du patient
- ▶ Évaluer le volume d'entrées directes dans les services
- ▶ Évaluer le taux de réhospitalisation à 48h pour le même motif
- ▶ Mesurer le délai de réfection de la chambre
- ▶ Mesurer le délai de temps d'attente du transport
- ▶ Évaluer aux urgences le nombre de patients sans diagnostic précis ne relevant pas d'une spécialité mais plus de la médecine polyvalente et d'un séjour de courte durée

50

Annexe 4 - Autres outils ANAP en lien avec la thématique gestion des lits**Sur la thématique du Système d'information (SI) :**

- ▶ un outil d'autodiagnostic de l'existant SI et de son usage en matière de gestion des lits
- ▶ un cahier des charges type SI Gestion des lits

Sur la thématique de la chirurgie ambulatoire, OPEERA, qui analyse :

- ▶ l'impact de la substitution des actes d'hospitalisation conventionnelle vers la chirurgie ambulatoire sur le plan médico-économique
- ▶ des scénarii de développement de la chirurgie ambulatoire

Sur la thématique de stratégie d'établissement d'amélioration de la performance, Ælipce, qui permet de :

- ▶ réaliser un état des lieux de son organisation
- ▶ évaluer et mesurer la performance d'une organisation au quotidien, d'un projet de réorganisation
- ▶ optimiser son organisation au regard de l'activité actuelle et de ses prévisions d'évolutions avec une estimation du capacitaire
- ▶ construire des scénarii d'organisation soignante (maquettes soignantes, dimensionnement des équipes en ETP et chiffrage des coûts RH).



Tous les outils sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP.

www.anap.fr

Annexes

Annexe 5 - Illustration du guide méthodologique ANAP d'analyse des documents, utilisé par le CH de Dax

Pour pouvoir échanger autour de la gestion des lits au niveau institutionnel, chaque unité va réaliser une analyse de son activité. Le binôme porteur du projet ANAP (J. FABRE et C. DEHEZ) réalise en parallèle le même travail et une rencontre permettra de compléter et affiner le diagnostic porté quant à la gestion des lits au CHDAX périmètre : Médecines - Chirurgies - HDJ et Gynécologie.

Les ressources humaines affectées à l'unité (médicales et paramédicales) correspondent aux effectifs moyens rémunérés, pour l'instant ces données ne sont pas à exploiter.

Plusieurs outils vont vous permettre de mener cette réflexion :

- ▶ Un support de rédaction :
 - le document « Excel »,
 - il peut être complété et modifié,
 - les principaux items à explorer sont repris.
- ▶ 3 tableaux de bord :
 - Tableau de bord par Pôle / Service,
 - Tableau de bord par unité d'hébergement (Analyse des Mouvements Entrée / sortie),
 - Analyse des modes Entrée / sortie
 - Dans quels services sont hébergés les patients du service?
 - Les patients hébergés dans le service dépendent de quelle(s) unité(s)?

1 - Tableau de bord par Pôle / Service

Quelques précisions / à ces indicateurs :

Indicateurs clefs		
	Brut	Corrigé
Taux d'occupation	91,7%	93%
Nombre d'hospitalisations sur la période	1 764	
DMS des RUM, hors séances et hors ambulatoire	5,97	
IP-DMS (HospiDiag)	0,99	
Taux d'entrées directes des urgences	36%	
Taux de séjours débutant par un passage aux urgences	49%	

Taux d'occupation prenant en compte la fermeture de lits.

Indice de performance, c'est la comparaison de la DMS du service à la DMS nationale :
< 1 : bonne performance,
> 1 : moins bonne performance,
= 1 : performance égale à moyenne nationale.

Concerne les patients entrés directement par les urgences + ceux passés par les lits portes ou tout autre service de soin.

51

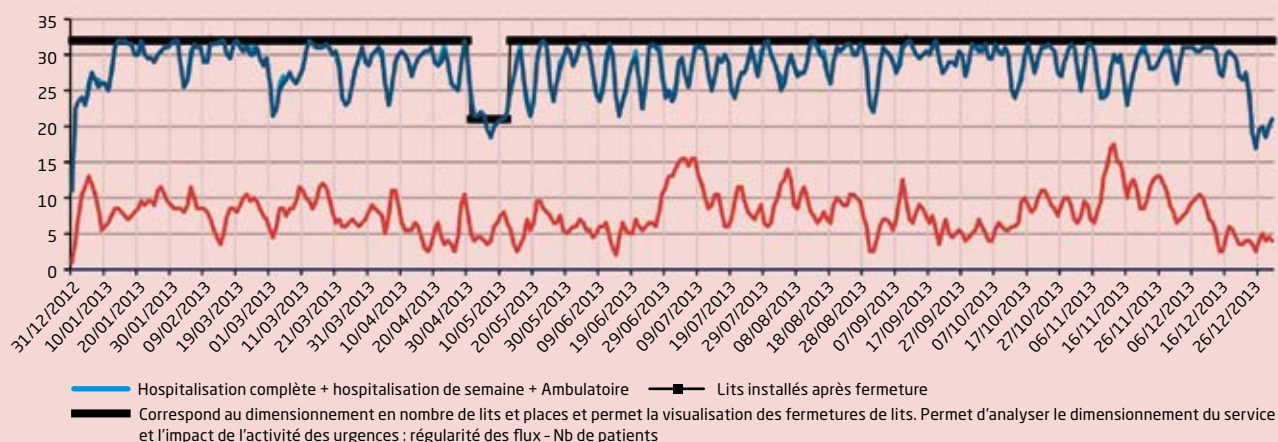
Si l'IPDMS est > 1 cela correspond à des DMS > à la moyenne nationale : les causes sont à rechercher car cela impacte le taux d'occupation des lits et peut être un levier d'action.

Indicateurs en journées (sur la période)	
Nombre de journées d'hospitalisation	10 712
Dont nombre d'ambulatoire	6
Dont nombre de journées hors ambu.	10 706

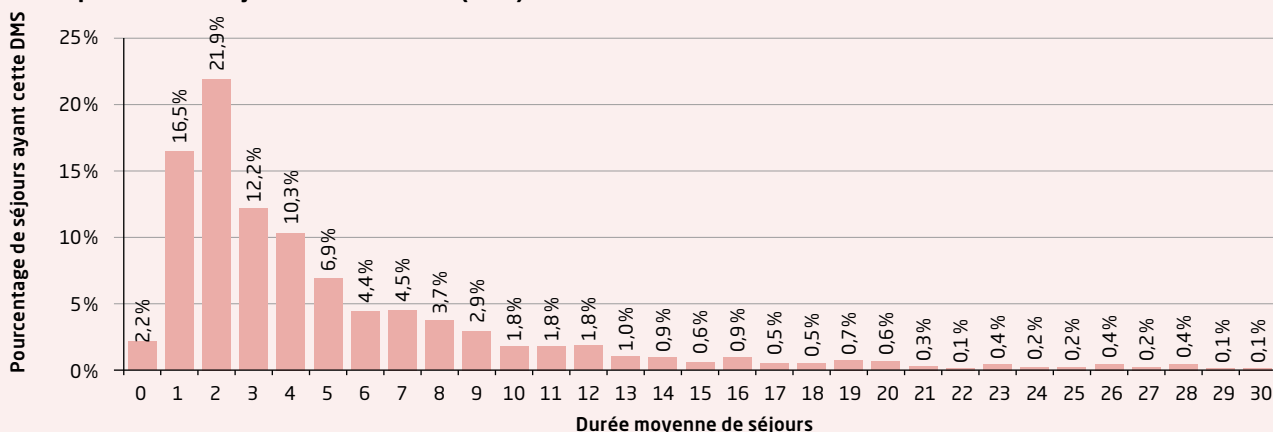
Correspond à des séjours 0 nuit. Pour les secteurs concernés représente l'ambulatoire forain.

Annexes

Nombre de lits occupés sur la période



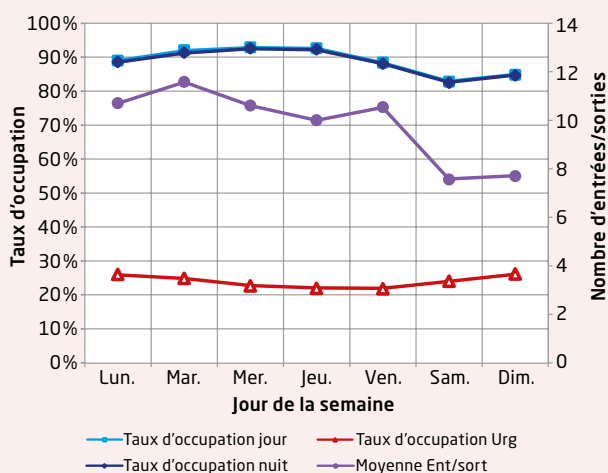
Répartition des séjours selon leur DMS (RUM)



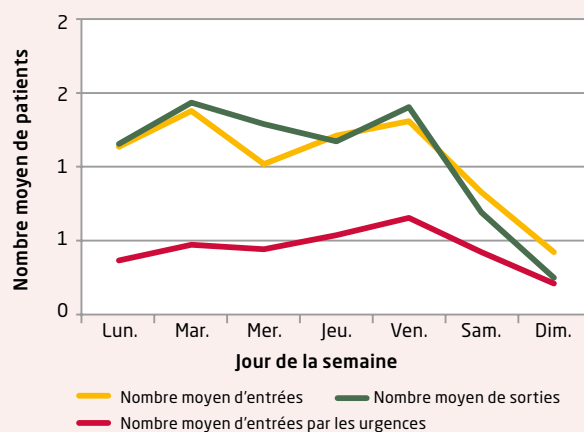
52

Permet de cibler le taux d'hospitalisations longues, quelles causes? Types de patients? Fréquence?

Taux d'occupation brut par jour de la semaine



Répartition hebdomadaire entrées/sorties de cette responsabilité médicale

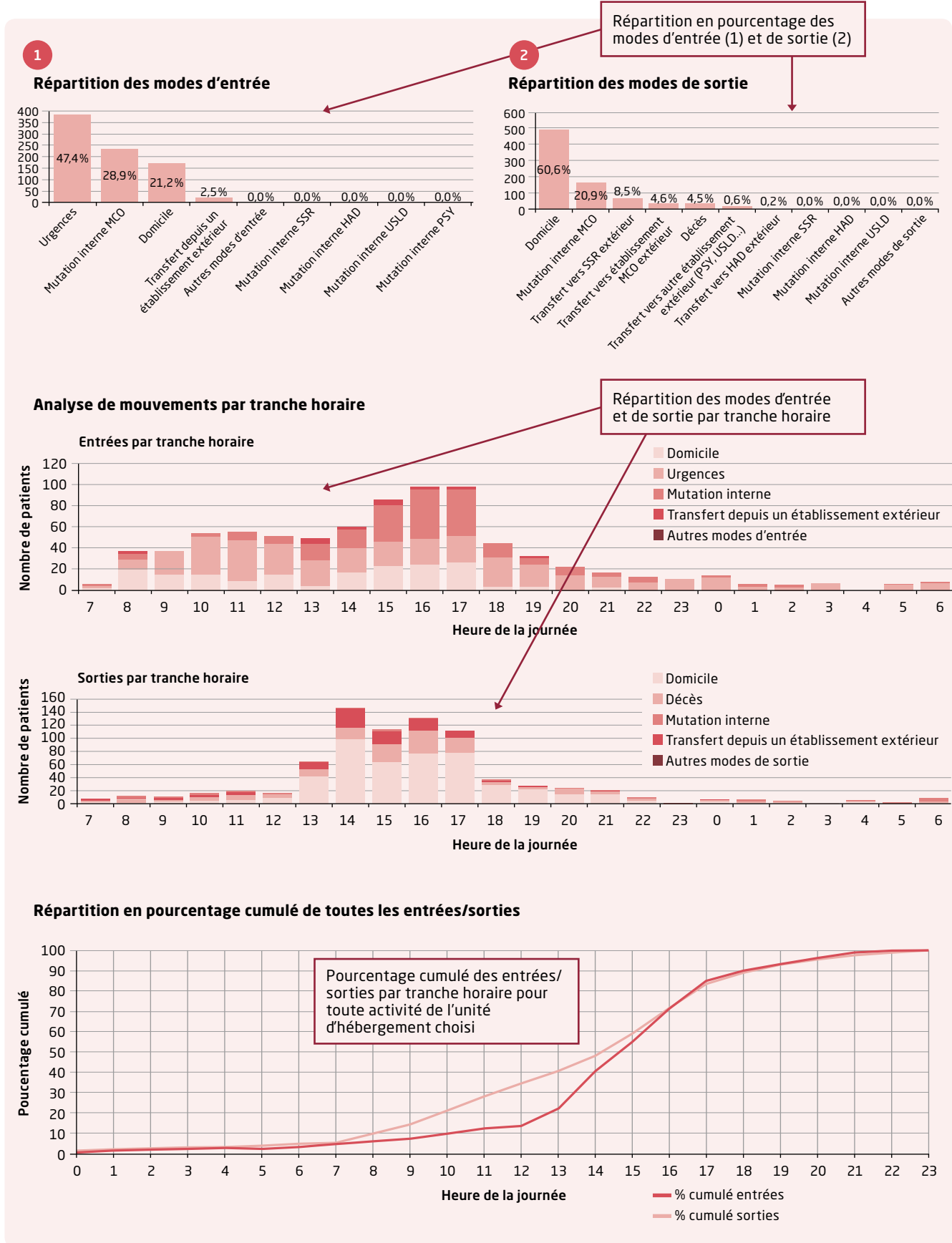


Permet de voir les mouvements (entrées + sorties), les taux d'occupation jour et nuit, le % d'hospitalisations issues des urgences.

Ce graphique permet de préciser le lissage de l'activité et mesurer le besoin en lits.

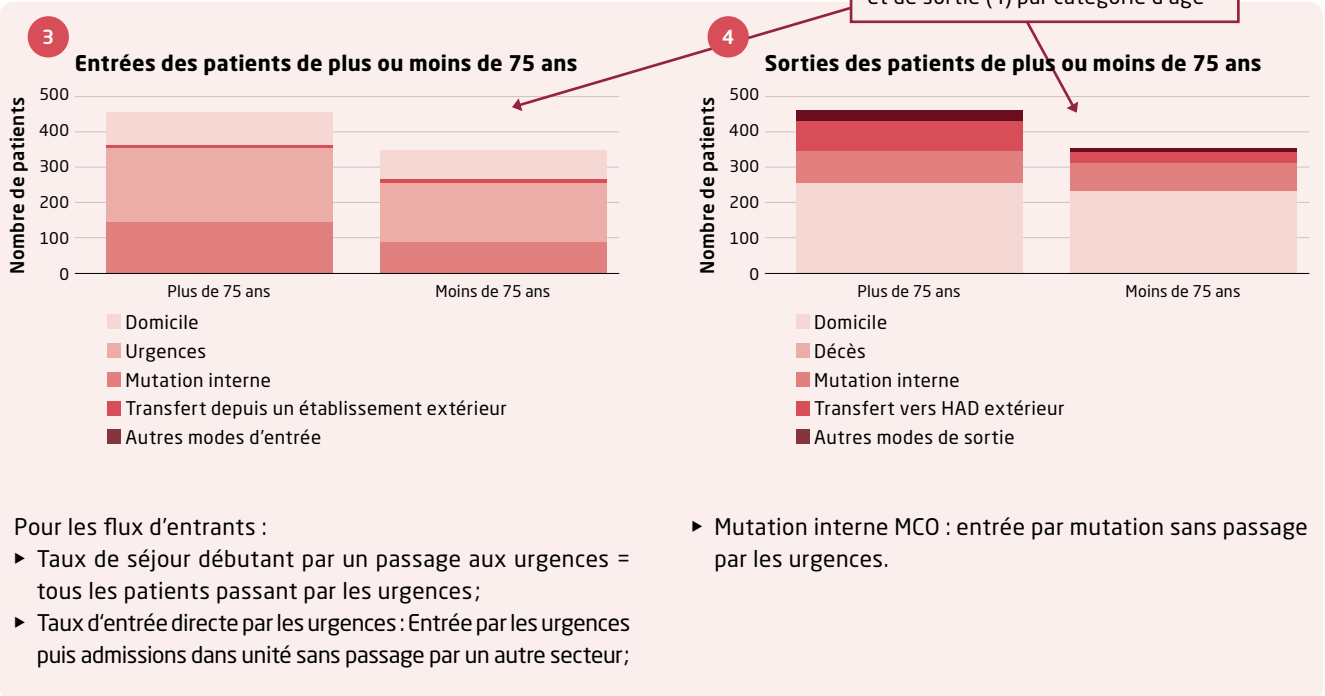
Annexes

2 - Tableau de bord par unité d'hébergement (Analyse des mouvements entrée / sortie)



Annexes

Répartition des modes d'entrée (3) et de sortie (4) par catégorie d'âge



3 - Analyse de la répartition des hébergements par responsabilité médicale

54

2 documents concernant la localisation des patients hébergés

- Dans quels services sont hébergés les patients du service ?
- Les patients hébergés dans le service dépendent de quelle(s) unité(s) ?

Nom du service	Service 1			
	Aile 1	Aile 2		
Taux occupation	83,70%	103,00%		
Taux occupation corrigé	84%	103		
IPDMS	1,00	1,04		
1 ACTIVITÉ				
Votre analyse IPDMS / Taux d'occupation				
2 SÉJOURS TRÈS LONGS				
<i>Quelles en sont les causes principales? Est-ce fréquent?</i>				
3 ACTIVITÉ PAR JOUR DE LA SEMAINE				
3a / Taux d'occupation brut / jour				
3b / Répartition hebdomadaire E/S dont celles des urgences				
Quelle en est votre analyse?				
4 ACTIVITÉ AMBULATOIRE EN NB DE JOURNÉES	2	9		
<i>Quelle en est votre analyse?</i>				

Annexes

Nom du service	Service 1			
5 ENTRÉES : ORIGINE DES PATIENTS				
		Aile 1	Aile 2	
Taux de séjour débutant par un passage aux urgences		78%	72%	
<i>Dont Taux entrées directes par les urgences</i>		42%	41,20%	
<i>Dont passage Urgences + autre service (UHCD - Réa - Médecine...)</i>		78-42 = 36%	72-41,2 = 30,8%	
Mutation interne MCO hors passage SAU	40,7-36 = 4,7%	4,70%	4,70%	35,5-30,8 = 4,7%
Domicile		7,20%	12,60%	
Transferts		8,80%	10,70%	
Autres		1,30%		
	Total	100,00%	100,00%	
6 HEURES D'ENTRÉES ET ORIGINE DES PATIENTS				
<i>Quelle est votre analyse?</i>				
7 SORTIES ET DESTINATIONS				
		Aile 1	Aile 2	
Domicile	61,60%	74,50%		
Mutation interne MCO	21,90%	8,60%		
Transferts SSR	2,60%	5,80%		
	<i>Transferts SSR extérieur 0,8%</i>			<i>Transferts SSR extérieurs 3%</i>
	<i>Transferts interne SSR 1,8%</i>			<i>Transferts internes SSR 2,8%</i>
Transfert MCO extérieur	11,90%	6,40%		
Décès	1,50%	4,00%		
Autres	0,50%	0,60%		
	100,00%	99,90%		
<i>Votre analyse des types de sorties et impact sur activité</i>				
8 HEURES DE SORTIES ET DESTINATIONS				
<i>Quelle est votre analyse?</i>				
9 ÂGE DES PATIENTS / MOUVEMENTS				
<i>Quelle est votre analyse?</i>				
10 HÉBERGEMENTS				
		Aile 1	Aile 2	
Total journées		1759	9796	
Nb journées dans le service		1759	9432	
Nb patients hébergés hors services			364	
Nb patients que vous hébergez pour un autre service		10	152	
<i>Quelle est votre analyse par rapport aux tableaux d'hébergement?</i>				
VOTRE SYNTHÈSE GÉNÉRALE				

Liste des participants au Programme

Alsace

- ▶ **Hungler Dominique**, Centre Hospitalier d'Altkirch
- ▶ **Bouayad-Agha Karim, Bacquez Brigitte**, Groupe Hospitalier Saint Vincent
- ▶ **Henry Sylvain, Jodin Ghislaine**, Centre Hospitalier Intercommunal De La Lauter - Wissembourg
- ▶ **Mahe Antoine, Kaelbel Marie**, Hôpitaux Civils de Colmar
- ▶ **Ostermann Michele, Zehnacker Huguette**, Clinique Ste Odile

Aquitaine

- ▶ **Biance Nicolas, Rambault Sylvie**, Hôpital d'instruction des Armées Robert Picque
- ▶ **Fabre Jean, Dehez Christine**, Centre Hospitalier de Dax-Côte D'argent
- ▶ **Messer Nathalie, Roumat Marie-Christine**, CH Sud Gironde
- ▶ **Oui Benoit, Bernard Régis**, Centre Hospitalier de la Côte Basque
- ▶ **Pouyanne Isabelle, Bessonnet Catherine**, Centre Hospitalier de Pau
- ▶ **Queron Véronique, Delmas Véronique**, Polyclinique Francheville
- ▶ **Bœnec Brigitte, Ostengo Marine**, Polyclinique Les Chênes

Auvergne

- ▶ **Bouiller Marc, Caminati Béatrice**, Centre Hospitalier Émile Roux
- ▶ **Hernandez Gilles, Dumez Véronique**, Centre Hospitalier Moulin Yzeure

Basse-Normandie

- ▶ **Bozier Alain, Tellier Gérard**, Centre Hospitalier Avranches-Granville
- ▶ **Diop Cheikh Tidiane, Montambault Christophe**, Centre Hospitalier Intercommunal des Andaines
- ▶ **Herrou Laurence, Banchet Fabienne**, CHU de Caen

Haute-Normandie

- ▶ **Massol Valérie, Ferrand Rémy**, Centre Hospitalier de Dieppe
- ▶ **Mme Randrianasolo, Illien Sandrine**, Clinique des Ormeaux

Bourgogne

- ▶ **Affi Ali, Rivoire Isabelle**, Centre Hospitalier de Mâcon
- ▶ **Charles Jean Yves, Loriau Roselyne**, CH Autun
- ▶ **Chevre Arnaud, Vandroux Jean-Louis**, Hospices Civils de Beaune : Hôpital Philippe Le Bon
- ▶ **Cotte Jean Luc, Berly Émilie**, Polyclinique Sainte Marguerite
- ▶ **Duche Monique, Macarez Karine, Chirol Ghislaine**, CH Auxerre
- ▶ **Germond Boisserie, Hanh Clement Marylise**, Centre Hospitalier de Joigny
- ▶ **Gonzalez Gilles, Desanlis Sylvie**, CH de Sens
- ▶ **Lefebvre Pascal, Tixier Sebastien**, Centre Hospitalier de Paray Le Monial
- ▶ **Renaudin Francois, Garcia Noël**, Centre Hospitalier de l'agglomération de Nevers
- ▶ **Roy Elisabeth, Billon Peggy**, Centre Orthopédique Médico Chirurgical de Dracy Le Fort
- ▶ **Tabyaoui Samir, Sniezek Sylvie**, Centre Hospitalier Montceau Les Mines
- ▶ **Rolland Jean M, Godignon Virginie**, Centre Hospitalier du Tonnerrois

Bretagne

- ▶ **Goetghebeur David, Lamour Jeannine**, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest
- ▶ **Gouin Jean Luc, Lemesle Michèle**, Centre Hospitalier de Cornouaille
- ▶ **Grassin Frederic, Tanguy Gisèle**, Hôpital d'instruction des Armées Clermont-Tonnerre
- ▶ **Joncquez Xavier, Leledy Nathalie**, Centre Hospitalier de Bretagne Sud
- ▶ **Poncet Sandrine, Dauny Matthieu**, Centre Hospitalier de Redon
- ▶ **Van Assche Patrick, Tanguy Véronique**, Centre Hospitalier de Saint Brieuc

Centre

- ▶ **Janin Patrick, Demois Béatrice**, SA Pôle Santé Leonard de Vinci
- ▶ **Nicola Walid, Molla Sylvie**, Centre Hospitalier de l'agglomération Montargoise
- ▶ **Pichon Éric, Mariotat Marie-Claire**, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours
- ▶ **Revue Éric, Dehmouche Veronique**, Center Hospitalier de Chartres
- ▶ **Saudeau Laurence, Noel Catherine**, Centre Hospitalier Jacques Cœur
- ▶ **Soulat Louis, Blondet Évelyne**, Centre Hospitalier de Chateauroux

Champagne-Ardenne

- ▶ **Berger Philippe, Rollet Delphine**, Centre Hospitalier Chalons en Champagne
- ▶ **Brabant-Viau Amélie, Ferriere François**, CHU Reims
- ▶ **Girardin Matthieu, Landrin Maria**, Centre Hospitalier de Charleville Mezieres
- ▶ **H'maidi Anouar, Cappele Sophie**, Centre Hospitalier de Vitry Le François
- ▶ **Leflon Laurent, Clerge Linda**, Auban-Moët Centre Hospitalier Epernay

Corse

- ▶ **Cesari Jacques, Laurent Soad**, SA Cliniques d'Ajaccio
- ▶ **Hassam Jazil, Casta Élisabeth**, Centre Hospitalier de Bastia

Franche-Comté

- ▶ **Gibellini Lidya, Stadler Christophe, Dianon Catherine**, Centre Hospitalier Louis Pasteur (Dole)
- ▶ **Magy-Bertrand Nadine, Colombo Rita**, CHRU Besançon
- ▶ **Roquel Vincent, Gandrey Christophe**, Polyclinique du Parc

Île-De-France

- ▶ **Vinter Christine, Tissier-Launay Anne**, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Hôpitaux Universitaires Paris Centre
- ▶ **Cremades Serge, Dominguez Carole**, Hôpital d'instruction des Armées Bégin
- ▶ **Delacroix Isabelle, Delpont Joëlle**, CH Intercommunal de Créteil
- ▶ **Garnier Virginie, De Bernardy Mylène**, Centre Hospitalier de Longjumeau
- ▶ **Khen-Dunlop Naziha, Guilloux Myriam**, Hôpital Universitaire Necker - Enfants Malades

Liste des participants au Programme

- ▶ **Laubreaux Chantal, Arnoux Emmanuelle**, Clinique Sainte Marie
- ▶ **Limal Nicolas, Lecaz Maud**, Hôpital Henri Mondor
- ▶ **Menn Anne Marie, Lemasçon Pascale**, Centre Hospitalier Victor Dupouy
- ▶ **Nicolet Éric, Russo Marie-Jo**, Centre Hospitalier Sud Francilien
- ▶ **Segouin Christophe, Beaugrand Élisabeth**, Hôpitaux Universitaires Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal
- ▶ **Simon Nicolas, Manen Mylène**, Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy - Saint Germain en Laye
- ▶ **Thervet Éric, Mouren Véronique**, Groupe Hospitalier Paris Ouest
- ▶ **Thomas Laurent, Seille Véronique**, Hôpital Saint Camille
- ▶ **Youssef Mustapha, Rubbens Nelly**, Centre Hospitalier de Gonesse

Languedoc-Roussillon

- ▶ **Garcia Yves, Romero Michel**, Centre Hospitalier de Perpignan
- ▶ **Mora Michel, Rumeau Jérôme**, Centre Hospitalier de Narbonne
- ▶ **Mostafa Magalie, Ghisalberti Michèle**, Languedoc-Santé Clinique Saint-Louis
- ▶ **Pioch Claude, Cassagne Martine**, Les Hôpitaux du Bassin de Thau
- ▶ **Richard Patrick, Gleizes Georges**, CHU de Nîmes

Limousin

- ▶ **Beaujean Sisti Françoise, Poignet Sol Esther**, Centre Hospitalier de Tulle
- ▶ **Caporal Pierre, Vingès Sylvie**, Centre Hospitalier de Brive La Gaillarde
- ▶ **Cueille Nathalie, Loubignac Marie Noëlle**, Centre Hospitalier Roland Mazoin
- ▶ **Dumas Thierry, Garraud Pierrette**, Centre Hospitalier de Guéret
- ▶ **Rivière Christophe, Tarnaud Valérie**, SAS Clinique Émailleurs Colombier site du Colombier
- ▶ **Tensaouti Abdel, Guillaume Brigitte**, Centre Hospitalier Ussel

Lorraine

- ▶ **Lemau De Talance Marc, Guery Sylvie**, Centre Hospitalier Intercommunal Émile Durkheim Épinal
- ▶ **Mougeot Martine, Stoerkel Nadine**, Hôpitaux Privés de Metz
- ▶ **Pelletier Sébastien, Beaudoin Christine**, Centre Hospitalier de Bar Le Duc
- ▶ **Poline-Kolodziej Nathalie, Laurent Delphine**, Centre Hospitalier Intercommunal de l'ouest Vosgien

Midi-Pyrénées

- ▶ **Carrez Élise, Sales Jean Jacques**, Centre Hospitalier de Rodez
- ▶ **Jacob Francois, Beguet Delphine**, Centre Hospitalier de Millau
- ▶ **Maignal Rodolphe, Pero Carole**, Centre Hospitalier d'Albi
- ▶ **Mareite Nadine, Sanchez Guastavino Nelly**, Polyclinique de l'Ormeau
- ▶ **Paquis Jean, Sintès Fabienne**, Centre Hospitalier de Montauban
- ▶ **Pichan Michel, Dandieu Jean-Christophe**, Centre Hospitalier Ariège Couserans
- ▶ **Rebeu Dartiguelongue Isabelle, Bayle Élisabeth**, Centre Hospitalier du Val D'ariège
- ▶ **Servat Martine, Pons-Prêtre Valérie**, CHU Toulouse

- ▶ **Steinbach Jean-Christophe, Mattei Hélène**, Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet

Nord-Pas-De-Calais

- ▶ **Baheu Eddy, Bastaert Franck**, Centre Hospitalier d'Hazebrouck
- ▶ **Deligne Christian, Bourdrel José**, CH Béthune
- ▶ **Desmaretz Jean-Luc, Lesage Ludovic**, Centre Hospitalier d'Armentières
- ▶ **Devienne Jacqueline, Gérard Catherine**, Centre Hospitalier d'Arras
- ▶ **Duncan Grégory, Podevin Daniel**, Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer
- ▶ **El Azouzi Abdelghani, Cadart Aurélien**, Centre Hospitalier de Dunkerque
- ▶ **Khodr Ziad, Thorel Valérie**, Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer
- ▶ **Lebel Benoit, Gourdin Catherine**, Polyclinique La Clarence Divion
- ▶ **Maisonneuve Antoine, Van Oost Sandrine**, Centre Hospitalier de Valenciennes
- ▶ **Noël Christian, Wolf Céline**, CHRU de Lille
- ▶ **Racoussot Sylvie, Guillemand Valérie**, Centre Hospitalier de Douai

Pays de la Loire

- ▶ **Lavandier Jean-Claude, Laurent Monique**, Centre Hospitalier du Nord-Mayenne
- ▶ **Barreau Dominique, Loisel Christelle**, CHI Lys Hyrôme
- ▶ **Commer Jean-Marie, Barrault Anne**, Institut de Cancérologie de l'ouest - site Paul Papin à Angers
- ▶ **Deschamps Florence, Coiscault Tony**, Polyclinique du Parc
- ▶ **Esnault Jean Luc, Martinaud Corinne**, CHD Vendée
- ▶ **Leloup Philippe, Vergnault Nathalie**, Centre Hospitalier de Saumur
- ▶ **Ranganathan Sagadopan, Bechu Gérard**, Centre Hospitalier du Haut Anjou
- ▶ **Sommereisen Jean-Philippe, Pavageau Patricia**, Centre Hospitalier de Cholet
- ▶ **Vansteene Damien, Robert Barbara**, Institut de Cancérologie de l'Ouest - Centre de lutte contre le Cancer - Site René Gauducheau à Nantes

Picardie

- ▶ **Ducroix Jean-Pierre, Engrand Michèle**, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens
- ▶ **Fiani Nasri, Bertucchi Florence**, Centre Hospitalier de Château Thierry
- ▶ **Florent Françoise, Lenfle Sylvie**, Centre Hospitalier Intercommunal Compiègne-Noyon
- ▶ **Gabis Farida, Decoudun Francis**, Groupe Hospitalier Public du sud de l'Oise
- ▶ **Hamadani Hadidja, Laly Marie-Agnès**, Centre Hospitalier de Beauvais
- ▶ **Menot Éric, Triffaux Anne-Sophie**, Centre Hospitalier de Laon

Poitou-Charentes

- ▶ **Coumau Daniel, Falconnet Cécile**, Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac
- ▶ **Hadj Aroussi Karim, Bethune Valérie**, Centre Hospitalier Camille Guérin - Chatellerault

Liste des participants au Programme

- ▶ **Longe Sarah, Bacchi Bernard**, Groupe Hospitalier La Rochelle Re Aunis
- ▶ **Ramassamy Alain, Avril Bruno, Dichamp Isabelle**, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers
- ▶ **Volard Philippe, Dumerat Béatrice**, Centre Hospitalier de Niort

Provence-Alpes-Côtes-D'azur

- ▶ **Barbeault Jean Marie, Sincholles Jacqueline**, Clinique Saint George
- ▶ **Beltran Michel, Tonellot Dominique**, Centre Hospitalier de Cannes
- ▶ **Burckel Serge, Sommereijn Astrid**, Centre Hospitalier de Digne Les Bains
- ▶ **Capodano Géraldine, Isnardi Michèle**, Institut Paoli Calmettes
- ▶ **Courtinat Corinne, Agnès Vidal**, APHM - Hôpital de La Timone
- ▶ **Colombani Philippe, Bicaill Pascale**, Centre Hospitalier de Grasse
- ▶ **Cucchi Sabrina, Andreotti Marie**, Centre Hospitalier Notre Dame de La Miséricorde
- ▶ **Delaup Jean-Pierre, Gressier Thierry**, Centre Hospitalier du Pays d'Azur
- ▶ **Delgado Gilles, Smolik Pascale**, Centre Hospitalier de Hyères
- ▶ **Ducros Laurent, Paoli Kateryne**, Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne-Sur-Mer
- ▶ **Jahjah Fayès, Guglielmo Nadine**, Hôpital privé Résidence du Parc
- ▶ **Rossi Pascal, Tabet Nicole**, APHM-Hôpital Nord
- ▶ **Straton-Ferrato Isabelle, Robin Mireille**, Centre Hospitalier de Martigues
- ▶ **Tamisier Michèle, Chardon Laurence**, Centre Hospitalier du Pays d'Aix/ Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis

- ▶ **Khalil Antoine, Bernard Christine**, Centre Hospitalier d'Arles

Rhône-Alpes

- ▶ **Beltran Sonia, Tenet Bouvier Chantal**, Centre Hospitalier de Vienne Lucien Hussel
- ▶ **Cilote Vannina, Lapish Marie**, Centre Hospitalier du Haut Bugey
- ▶ **Cortambert Philippe, Prestavoine Catherine**, Centre Hospitalier Pierre Oudot (Bourgoin Jallieu)
- ▶ **Delerce Florence, Pangallo Valérie**, Hôpitaux du Leman
- ▶ **Dufour Jean-François, Theresy Sylvie**, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
- ▶ **Dumont Odile, Cimadomo Frédérique**, Centre Hospitalier de Voiron
- ▶ **Legout Laurence, Peccoux Béatrice**, Centre Hospitalier Alpes Leman
- ▶ **Meyran Sylvie, Henry Frédéric**, Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc
- ▶ **Petit Jean-Yves, Soudieux Chantal, Tourne-Jouffret Christine**, Centre Hospitalier de Valence
- ▶ **Pidoux-Baborier Christelle, Braillon Thérèse**, Hôpital Nord Ouest
- ▶ **Rastel-Avril Évelyne, Radal Anne Marie**, CH Ardèche Méridionale
- ▶ **Robert Valérie, Fournier Pierre-Érick**, Centre Hospitalier Intercommunal Sud Léman Valserine (Hislv)
- ▶ **Roche Jean, Vergnaud Nathalie**, Centre Hospitalier de Roanne
- ▶ **Khalef Reda, Harbaoui Djamila**, Hôpital Privé de l'est Lyonnais

Glossaire

Sigle Acronyme	Libellé	Sigle Acronyme	Libellé
ARS	Agence régionale de santé	HC	Hospitalisation complète
AS	Aide-soignante	HDS	Hôpital de semaine
ASH	Agent de service hospitalier	IDE	Infirmière diplômée d'état
ASS	Assistante sociale	IPDMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
CHT	Communauté hospitalière de territoire	MCO	Médecine chirurgie obstétrique
COFIL	Comité de pilotage	PDA	Plan d'actions
CME	Commission médicale d'établissement	PM	Personnel médical
CSIRMT	Commission des soins infirmiers et rééducation médicotechniques	PMT	Plateau médicotechnique
CTE	Comité technique d'établissement	PNM	Personnel non médical
DAM	Directeur des affaires médicales	RSS	Résumé de sortie standardisé
DIM	Département d'information médicale	RUM	Résumé d'unité médicale
DMS	Durée moyenne de séjour	SAU	Service d'accueil des urgences
DPS	Date prévisionnelle de sortie	SI	Système d'information
DRH	Directeur des ressources humaines	SSR	Soins de suite et réadaptation
DSIO	Direction des systèmes d'informations	TOC	Taux d'occupation corrigé
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes	UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif	UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
ETP	Équivalent temps plein	UMPU	Unité médicale post urgence
GAM	Gestion administrative des mouvements	UNV	Unité neuro vasculaire
GHM	Groupement homogène de malade	UPUG	Unité post urgence gériatrique
HAD	Hospitalisation à domicile	USC	Unité de soins continus
HAS	Haute autorité de santé	USIC	Unité de soins intensifs et continus



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions © ANAP 2015 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Mars 2015

L'organisation du séjour du patient au sein de l'hôpital est un projet transversal qui mobilise l'ensemble des professionnels. L'optimisation de la gestion des lits en est une composante essentielle.

Cette publication s'adresse aux directeurs d'établissements sanitaires et aux professionnels en charge de l'optimisation de la gestion des lits. Elle a pour objectif de leur donner une démarche « clés en main » pour initier une démarche d'optimisation de la gestion des lits dans leur établissement.

