

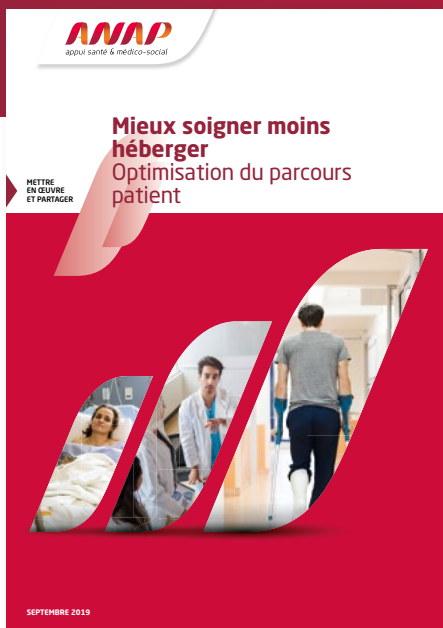
ANAP

appui santé & médico-social

ZOOM SUR...

Mieux soigner moins héberger

Optimisation du
parcours patient



**Mieux soigner
moins héberger**Optimisation du
parcours patient

INTRODUCTION

Dans le cadre du projet de l'optimisation du parcours patient en établissement de santé, les équipes de l'ANAP ont accompagné trente-deux équipes hospitalières volontaires. Ces dernières étaient toutes animées d'une volonté d'améliorer la qualité des prises en charge selon trois axes réunis par deux fils rouges.

Le premier porté par le slogan « Pas une heure de plus que nécessaire pour mon patient à l'hôpital » a conduit ces équipes à travailler sur l'ajustement des durées de séjour et sur le développement des prises en charge ambulatoires substitutives dans une optique exclusive de qualité des soins.

Le deuxième fil rouge, qui tire les conséquences du premier, peut sembler banal mais est particulièrement ambitieux : « Le bon patient au bon endroit ». En clair, éviter à tout prix toute hospitalisation inadaptée. Une exigence qui nécessite de revoir l'offre hospitalière au regard de l'évolution des besoins (post-urgence, polypathologie, dépendance).

Ce document « Zoom sur » et le guide de mise en œuvre qui lui est associé sont issus de retour d'expériences d'évolutions apportées par des équipes dans leur établissement.

Pourquoi?

POUR UNE JUSTE DURÉE DE SÉJOUR

Jusqu'à une période récente, la durée de séjour du patient n'était pas une préoccupation. Les contraintes économiques, l'évolution des techniques et la demande des usagers ont mis au premier plan ce sujet qui est d'abord celui de la qualité des soins.

Se donner des objectifs de qualité des soins

Tant dans les services hospitaliers qu'auprès des tutelles notamment financières, le sujet de la durée de séjour était teinté d'une préoccupation de places (« *Il me faut des lits pour les urgences* ») et d'équilibre budgétaire (« *Votre déficit s'explique en partie par un indice de performance de durée moyenne de séjour trop élevé* »). Il est vrai que la tarification à l'activité valorise mieux, dans certaines limites, les séjours courts. L'idée qu'un maintien inutile d'un patient à l'hôpital puisse être un facteur de non qualité des soins est encore trop peu répandue y compris au sein des équipes médico-soignantes.

Les effets délétères d'un séjour hospitalier ont été abondamment décrits surtout sur des populations fragiles. Rien n'indique que les impacts d'une hospitalisation sur un patient moins fragile ou sur son entourage soient négligeables.

Les enjeux de l'ajustement de la durée de séjour dans les unités d'hospitalisation conventionnelle sont doubles : répondre à la demande des patients dont la plupart souhaite retourner le plus vite possible dans leur milieu de vie et minimiser les complications liées à l'hospitalisation. Ces dernières sont au nombre de quatre.

Quatre possibles complications liées à l'hospitalisation

Déficit
cognitif

Perturbation de
la vie sociale

Démobilisation
de l'entourage

Passivité
des patients

- **Le déficit cognitif**: les équipes gériatriques ont maintes fois démontré les effets d'une hospitalisation sur la performance cognitive des personnes âgées. Toutefois, ces études ne font pas de parallèle précis entre l'âge du patient et la gravité du déficit engendré. Elles insistent plutôt sur le poids du déficit cognitif pré-existant pour expliquer l'aggravation produite par le séjour.
- **Une perturbation de la vie sociale**: l'hospitalisation est une « parenthèse » dans la vie sociale et elle est susceptible de provoquer des ruptures professionnelles, familiales, sociales et affectives.
- **La démobilisation de l'entourage**: les personnes âgées ou fragiles vivant à domicile bénéficient le plus souvent (même si de moins en moins) du soutien de leur famille, de leur entourage et/ou d'aidants. Ce soutien, parfois très lourd, est indispensable à l'équilibre fragile de la plupart de ces patients dans leur environnement quotidien. L'hospitalisation met provisoirement fin aux modalités et à l'intensité de ces soutiens. La prolongation du séjour et/ou la dégradation du patient (cognitive, autonomie) sont des facteurs d'irréversibilité de cette démobilisation devant faire anticiper d'autres modalités de prises en charge en aval.
- **Une « soumission » et une passivité des patients**: la « prise en charge » hospitalière du patient peut laisser penser à ce dernier qu'il lui suffit de se soumettre et d'attendre la fin de son séjour. On est loin de l'objectif de faire du patient l'acteur de sa prise en charge!

Prendre en compte les réticences pour mieux les contourner

Ce n'est pas parce qu'une prise en charge est adaptée à l'état de santé du patient qu'elle suscite un enthousiasme généralisé...

Il y a d'abord le patient qu'on a pu mettre en état de cocooning et qui vit la perspective d'une sortie comme une épreuve d'insécurité et d'affrontement des difficultés du quotidien. Il y a parfois aussi la famille qui a pu se sentir libérée d'une charge en soins qu'elle devra désormais assumer et qui peut ressentir une peur d'assurer cette responsabilité. La fixation précoce d'une date prévisionnelle de sortie – quasi contractuelle – permet de prévenir les risques d'enkystement du patient et de sa famille.

Il y a également le sentiment chez les professionnels de santé et les familles que « restreindre » la durée de séjour aux stricts besoins du patient procède d'une volonté prioritaire de faire des économies, quitte à sacrifier la qualité. Mais les économies ne sont pas toujours l'ennemie de la qualité ! L'expérience montre au contraire qu'un séjour hospitalier court et bien planifié rempli mieux ses objectifs de soins qu'une hospitalisation à durée indéfinie...

Il y a enfin la nécessité – bien réelle – de « faire de la place » pour un patient issu des urgences dont on ne sait pas s'il relève de la spécialité du service et combien de temps il restera hospitalisé. Qu'un service puisse être mieux apte à accueillir les urgences de sa spécialité est plutôt une bonne nouvelle. En revanche le fléau des « hébergements¹ » de patients relevant d'une autre spécialité est un sujet à traiter au niveau de l'établissement.

Faire de la durée de séjour un enjeu d'équipe médico-soignante

L'ajustement des durées de séjour à la stricte nécessité des besoins de santé – mais parfois aussi sociaux – du patient est un sujet d'équipe, terme regroupant les soignants, les praticiens et ce qu'on appelle les fonctions transversales (assis-

tante sociale, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue...). Cette équipe devra d'abord vaincre les freins de l'habitude : « on a toujours fait comme ça ». Elle devra également surmonter une idéologie sécuritaire, comme si le patient était plus en sécurité à l'hôpital que chez lui. Enfin, chacun devra se poser la question de la synergie de son action au sein de l'équipe : un travail collectif sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux est de nature à diminuer nombre d'espaces temps effectués qui ne sont pas utiles aux patients... et aux professionnels.

Il existe cependant un argument qui fédère gestionnaires, soignants et praticiens, c'est celui de la capacité d'une unité à répondre aux besoins en lits. L'ajustement du séjour aux besoins du patient, permettant le plus souvent d'anticiper les disponibilités en lits, est un facteur d'efficacité de la structure dont l'équipe est le plus souvent fière.



1. Dans la présente publication, on entend par hébergement : « le placement d'un patient dans une unité de soins ne répondant pas à tous ses besoins de soins ».



Pourquoi ne pas étendre à la population des patients de médecine, les bénéfices qu'ont ressentis les patients de chirurgie ambulatoire ?

Comment?

DÉVELOPPER L'AMBULATOIRE

L'idée que la prise en charge d'un patient puisse se réaliser en une seule journée n'est pas nouvelle. La chirurgie ambulatoire s'est progressivement substituée, dans les pays industrialisés, à plus de la moitié des séjours d'hospitalisation conventionnelle. Ce développement des prises en charge ambulatoires a permis de réduire significativement les capacités d'hospitalisation conventionnelle en chirurgie.

Le développement des prises en charge en hôpital de jour de médecine ne suit pas la même trajectoire. D'abord parce que nombre d'équipes médicales ont fait ou font encore de l'ambulatoire en hospitalisation conventionnelle. Ensuite parce que la prise en charge d'un patient sans nuitée, que ce soit pour un bilan ou un traitement est beaucoup moins une affaire de performance médicale qu'un vrai défi organisationnel.

Les prises en charge substitutives

Outre son effet positif sur la qualité du service rendu et sur la posture proactive du patient dans son parcours de soins, la prise en charge ambulatoire est destinée à remplacer l'hospitalisation conventionnelle et non à s'ajouter à elle. Surtout en médecine, la tentation est forte d'intégrer en hôpital de jour des patients de « médecine ambulatoire », cette dernière se définissant comme les soins médicaux exercés en ville ou en consultations externes hospitalières. L'addition de séjours complémentaires à l'hospitalisation conventionnelle correspondrait de fait à une augmentation de l'offre de soins, contraire à la volonté des pouvoirs publics. Toutefois nombre de praticiens estiment qu'une prise en charge en hôpital de jour, voire en hospitalisation conventionnelle, qui permettrait d'éviter de nombreux déplacements en consultations externes à des patients fragiles serait légitime. Par ailleurs si

les règles sont claires en chirurgie (actes éligibles, dispensation d'une anesthésie...), elles le sont beaucoup moins pour les patients de médecine. Les textes réglementaires ne sont pas parvenus, à ce jour, à clarifier pleinement les conditions de prises en charge tarifaires en hôpital de jour de médecine.

Ce qu'il reste à faire en chirurgie

Tout a-t-il été dit et écrit sur la chirurgie ambulatoire ? Peut-être ! Mais force est de constater, que sur le terrain, il reste encore beaucoup à faire :

- ▶ D'abord sur le potentiel de développement y compris sur les actes traceurs et les gestes simples malgré la procédure de mise sous accord préalable ;
- ▶ Ensuite sur les relations souvent conflictuelles entre le programme opératoire et les exigences liées aux prises en charge ambulatoires ;
- ▶ Enfin l'organisation des conditions de sortie (visite, signature...) reste la « maladie chronique » des unités de chirurgie ambulatoire, même chez les « majors ».

Il existe plusieurs enjeux d'évolution pour la chirurgie ambulatoire :

- ▶ Les conditions d'accompagnement post-opératoire et de sortie des patients sont dans la pratique très variables. Certains praticiens délèguent à l'équipe d'infirmières d'im-



Mieux soigner moins héberger

Optimisation du parcours patient

portantes responsabilités qu'il importe de clarifier tant sur le plan réglementaire que dans le cadre de procédures;

- ▶ L'accroissement des indications de prises en charge ambulatoire d'actes chirurgicaux invite à réfléchir sur les nécessaires évolutions des infrastructures des unités de chirurgie ambulatoire et des blocs opératoires lorsqu'ils sont dédiés;
- ▶ Une réponse ambulatoire à des urgences chirurgicales différables reste encore trop souvent handicapée par des problèmes organisationnels;
- ▶ La répartition de l'offre de chirurgie ambulatoire sur le territoire se heurte à des considérations de masse critique d'activité permettant de « faire tourner » une unité de chirurgie ambulatoire. Il n'y a pas de réponse univoque à cette problématique. Mais le maintien d'une activité isolée de chirurgie ambulatoire, après fermeture d'une activité de chirurgie conventionnelle, peine à faire ses preuves.

Enfin si l'intérêt économique du développement de la chirurgie ambulatoire a souvent été mis au premier plan par les pouvoirs publics, il ne faut pas oublier les effets bénéfiques du développement d'une sorte « d'esprit ambulatoire » qui a heureusement déteint sur les pratiques d'hospitalisation conventionnelle, expliquant notamment l'engouement pour la réhabilitation améliorée après chirurgie.

Les prises en charge ambulatoire en médecine

Pourquoi ne pas étendre à la population des patients de médecine les bénéfices qu'ont ressentis les patients de chirurgie ambulatoire? Et pourquoi ne pas aussi profiter, pour les séjours de médecine, des mêmes effets économiques bénéfiques que ceux qui ont été constatés après le développement de la chirurgie ambulatoire? Plus prosaïquement, combien peut-on espérer supprimer de lits de médecine en développant les hôpitaux de jour?

Ce n'est pas de la chirurgie ambulatoire médicalisée

Hélas! il ne suffit pas de remplacer le mot de « chirurgie » par celui de « médecine » pour obtenir les mêmes résultats. D'abord parce que s'il existe d'un côté un challenge médico-chirurgical, de l'autre, en médecine, le défi d'une prise en charge de jour est uniquement organisationnel: programmation et gestion des multiples interfaces et circuits.

De plus la très grande majorité des patients d'hospitalisation conventionnelle en médecine n'est pas éligible à une prise en charge ambulatoire. Leur état de santé, leur condition sociale ou le mode d'entrée par les urgences – même si ce dernier ne devrait pas être un motif d'exclusion – ne sont pas incitatifs à une prise en charge ambulatoire. Pour autant, de l'avis de praticiens rencontrés, il existe certainement des indications de prises en charge ambulatoires substitutives en médecine même si leur nombre ne pourra atteindre les chiffres enregistrés en chirurgie.

Quelles formes pour l'hôpital de jour de médecine?

Comme pour la chirurgie, la création d'un hôpital de jour de médecine est soumise à autorisation et fait l'objet d'une procédure réglementaire comportant la publication d'un règlement intérieur et la nomination d'un coordinateur médical. Dans la pratique il existe une très grande variété d'hôpitaux de jour: mono disciplinaire rattaché au service d'hospitalisation conventionnelle, pluridisciplinaire de taille moyenne, multidisciplinaire de grande taille. Leur disponibilité est également variable, au gré des besoins et des disponibilités de personnel: certains ne sont ouverts que quelques jours par semaine et/ou fermés certains mois de l'année. Sans oublier les hôpitaux de jour médico-chirurgicaux se trouvant principalement dans les établissements de petite taille. Quant à la distinction entre hôpital de jour diagnostic et une structure ambulatoire uniquement thérapeutique, elle reste théorique. Quel est le meilleur modèle? Question fréquemment posée essentiellement par les gestionnaires. En effet, les praticiens aimeraient bien avoir chacun leur hôpital de jour plutôt que de « courir » dans une trop lointaine et trop étrange structure mutualisée. Le gestionnaire, lui, se pose surtout des questions d'efficacité et d'économie d'échelle.

Tout ceci n'empêche pas le maintien d'un très grand nombre de séjours forains. Et heureusement! Serait-il légitime de garder la nuit à l'hôpital un patient qui n'a pas besoin d'y être et qui, pour diverses raisons n'a pas pu être admis en hôpital de jour?

Appréciation du potentiel de développement

Pour construire les filières de patients au sein de l'hôpital de demain, il est important d'anticiper les modes de prise en charge envisageables. Parmi ces derniers, le transfert en hôpital de jour de médecine des patients d'hospitalisation conventionnelle doit être au premier plan: pour quels actes,

quelles pathologies et dans quels délais est-il raisonnable de proposer une prise en charge ambulatoire substitutive?

Diverses méthodes ont été proposées

L'une d'elles, de bon sens, consiste à repérer les séjours programmés et très courts d'hospitalisation conventionnelle et à se demander quelles seraient les conditions de passage en ambulatoire. Facile pour les séjours sans nuitée! Pas plus compliqué pour les séjours d'une nuit avec une rentrée inutile la veille. De complexité croissante, évidemment, pour les séjours de deux nuits et plus.

Une autre méthode revient à comparer les prises en charge ambulatoires par groupe homogène de malades. Elle suppose que les outils du programme médicalisé du système d'information qui classe les patients sur le plan tarifaire puissent aussi être pertinents pour évaluer la « lourdeur » des patients et donc leur aptitude à être transféré en hôpital de jour.

On sait qu'il n'en est rien. Par exemple, la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques sera plus complexe à mettre en œuvre dans une zone socialement défavorisée. De plus, la description des patients ne peut s'arrêter au diagnostic principal et doit intégrer les diagnostics associés.

Toutes les méthodes fondées sur des argumentaires chiffrés peuvent être contestables et peu porteuses de sens pour les professionnels. Elles ont quand même un intérêt: présentées comme une approche et non comme une vérité et en invitant les équipes soignantes à les contester, elles peuvent servir de base introductive à la réflexion et inviter ces dernières à se saisir du sujet avec leurs propres méthodes.

Encore une fois, la « bonne » méthode semble celle qui consiste à demander à ceux –praticiens et soignants– qui vont la mettre en œuvre de se prononcer sur les typologies de patients susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour. Généralement, un passage en revue des





pathologies les plus récurrentes permet d'apporter une réponse rapide qui peut être assortie de délais de faisabilité liés à une gestion améliorée des interfaces (en particulier imagerie et pharmacie à usage intérieur).

Il faut prendre garde à ne pas surévaluer le potentiel de développement des prises en charge ambulatoires en médecine en se laissant emporter par une dynamique trop ambitieuse. Il nous a été donné d'observer des établissements ayant surestimé leurs besoins en places d'hôpital de jour, se trouver ensuite tentés de rechercher des patients pour les occuper, au détriment de la pertinence de cette prise en charge (transfert de consultations externes).

Reste un sujet délicat, celui de la tarification actuelle des prises en charge ambulatoires. Il n'est pas rare qu'un patient d'hospitalisation conventionnelle placé en hôpital de jour ne puisse pas bénéficier d'un tarif en groupe homogène de séjour, ce qui est très défavorable à l'établissement. Même

punition pour le patient dont le bilan réalisé n'est pas à la hauteur des exigences tarifaires soit parce que ce bilan allège le diagnostic initial, soit parce que les investigations prévues n'ont pas pu être toutes réalisées.

Les prises en charge intermédiaires

Il existe un grand nombre de patients nécessitant des investigations ou des traitements qui ne requièrent pas un environnement d'unité de chirurgie ambulatoire ou d'hôpital de jour de médecine. Certains d'entre eux sont pris en charge en consultations externes dont ils peuvent bouleverser le rythme. D'autres sont accueillis malgré tout en hôpital de jour de médecine ou en unité de chirurgie ambulatoire. Dans tous les cas, ces patients ne bénéficient pas d'un tarif en groupe homogène de séjour. C'est pourquoi certains traitent ces patients en hospitalisation conventionnelle...

Pour autant, le lieu de prise en charge de ces patients dits intermédiaires pose question. Leur nombre (à évaluer systématiquement dans chaque établissement) et les besoins de soins qu'ils requièrent pourraient justifier d'un circuit spécifique afin qu'ils ne perturbent pas les consultations externes et les unités ambulatoires. En revanche, lorsque le nombre de ces patients est trop faible, certains établissements continuent de les accueillir dans les unités ambulatoires de médecine et de chirurgie.

Les conditions tarifaires concernant l'ambulatoire étant en cours de révision, il y a lieu de penser que certains actes, prises en charge ou traitements pourraient perdre l'actuel tarif groupe homogène de séjour. C'est un risque à anticiper si l'on veut prévoir un circuit dont l'environnement moins coûteux et tout aussi efficient est adapté à ces patients dits intermédiaires.



Adapter en permanence l'offre aux nouveaux besoins : un exercice difficile et nouveau pour les hospitaliers.

Quelle méthode?

ADAPTER L'OFFRE HOSPITALIÈRE POUR MIEUX ACCUEILLIR LE PATIENT

Le besoin global en lits d'hospitalisation conventionnelle des établissements de santé est d'abord affecté par la réduction continue de la durée de séjour et le transfert en ambulatoire d'une partie croissante de l'activité. Par ailleurs, l'offre hospitalière doit s'adapter à l'évolution des besoins des patients, de leur mobilité, des progrès médico-techniques, de la redistribution géographique des populations, des exigences sociologiques des usagers mais aussi des professionnels de santé. Autant dire que cette offre devrait s'adapter en permanence aux nouveaux besoins. Un exercice difficile et culturellement nouveau pour les hospitaliers.

Prendre en compte les évolutions tendanciennes

Outre les évolutions concernant l'ajustement de la durée de séjour et le développement des prises en charge ambulatoires, de nombreuses tendances, pas toujours bien documentées et évaluées, affectent le système hospitalier.

Il y a d'abord le développement d'un consumérisme médical et l'augmentation de l'exigence des patients. Les besoins et les aspirations de ce qu'il est convenu d'appeler la patientèle ne sont pas faciles à appréhender ne serait-ce parce que celle-ci évolue, en dehors des urgences, dans le supermarché de la santé public et privé. Les usagers n'hésitent plus à franchir, pour convenance personnelle, de longues distances pour trouver une offre de soins équivalente à celle disponible dans leur proximité. Cette précarité de la demande (parfois rattachée à la performance de praticiens) incite à réviser régulièrement l'offre en soins hospitaliers.

Le vieillissement de la population est bien connu et analysé. Il s'accompagne d'une grande fréquence d'états polyopathologiques et d'un cortège de pathologies chroniques en forte expansion qui nécessitent de réorganiser les flux de patients. La désertification médicale d'une part et la volonté de certains médecins libéraux de se dégager de la permanence des soins résultent des mêmes évolutions sociologiques que celles qui affectent les professionnels de santé de l'hôpital. Elles conduisent un nombre croissant d'usagers vers les urgences hospitalières.

La sur-spécialisation médicale correspond à la fois aux attentes de la population (accéder au spécialiste référent) et à celles des praticiens (exercer son hyper-compétence). Elle répond aussi à la nécessité d'un entretien des connaissances et des compétences qui ne peut plus être généraliste.



Toutes ces évolutions visibles ou non, mesurables ou non, doivent conduire chaque établissement à s'interroger en permanence sur la pertinence de son offre au regard de ces tendances.

Des unités de médecine et de chirurgie spécialisées souvent surdimensionnées

Les services de spécialités ont été dimensionnés pour la plupart il y a longtemps. Plutôt que d'adapter leur capacité en lits aux évolutions des besoins, certains « territoires » ont été maintenus quitte à y accueillir des patients ne relevant pas de leur spécialité. De ce fait, leur taux d'occupation peut faire illusion puisque leurs lits inutilisés pour la spécialité accueillent des patients dits « hébergés ».

Mais dans les faits, ces services, dont la capacité en lits n'a souvent pas été remise en question, sont en réalité fréquemment surdimensionnés par rapport aux besoins spécifiques auxquels ils doivent répondre.

Le placement d'un patient dans une unité qui n'est pas adaptée à ses besoins de soins peut induire des conséquences graves sur la qualité de sa prise en charge : faute de compétences à son chevet, il est dépendant de la disponibilité aléatoire d'un spécialiste éloigné dont l'intervention devrait être réglée par « une charte d'hébergement ». Son suivi médical est moins régulier. Sa durée de séjour s'allonge. L'équipe médico-soignante de la discipline qui accueille ce patient, non formée à la prise en charge de ses besoins, se sent en insécurité et peut être gagnée par un sentiment de ne plus exercer pleinement la discipline pour laquelle elle a été formée.

Des besoins de prise en charge en médecine post-urgence en forte croissance

Les services d'urgence accueillent de plus en plus de patients âgés et polypathologiques. Ceux d'entre eux qui n'entrent pas dans les critères d'admission en gériatrie sont difficiles à orienter lorsqu'ils ne présentent pas une pathologie dominante aiguë. Dans ce cas, ils devraient être admis dans une unité de médecine polyvalente plutôt que d'être « hébergés » dans des services spécialisés. Ils y seraient pris en charge par des équipes médico-soignantes dédiées, formées et compétentes.

Reconfigurer l'offre hospitalière

Recomposer l'offre en lits d'un établissement n'est pas une fin en soi.

Pour convaincre les professionnels et leur faire partager la démarche, l'objectif de ce qui apparaît souvent comme un grand déménagement doit être parfaitement clair et porteur de sens. Il s'agit de tenir compte de l'évolution des besoins en lits d'hospitalisation conventionnelle. C'est donc bien à un redéploiement de l'ensemble de son offre que la communauté hospitalière est appelée.

Donner du sens à la recomposition des lits

Tout travail de reconfiguration de l'offre d'un établissement commence par un bilan objectif. D'un côté une analyse tendancielle des besoins, de l'autre l'état qualitatif et quantitatif du « capacitaire » de l'établissement. Ce n'est pas la peine d'aller plus loin tant que ce bilan n'est pas validé et partagé, et pour cela il faut prévoir un peu de temps de dialogue médico-administratif :

- ▶ Le temps de constater que de plus en plus de patients de chirurgie et de médecine spécialisée peuvent être pris en charge en ambulatoire ;
- ▶ Le temps de mesurer qu'il reste bien souvent des marges pour éviter que des patients restent à l'hôpital pour cause de mauvaise programmation et organisation des soins ;
- ▶ Le temps de constater que le mélange des patients relevant d'une seule spécialité avec ceux âgés et souvent polypathologiques n'est satisfaisant ni pour ces derniers, ni pour les professionnels qui les prennent en charge ;
- ▶ Le temps de faire réfléchir les équipes sur l'avantage qu'il y aurait d'associer deux spécialités d'intérêt proche au lieu de les diluer avec des patients « hébergés » ;

- ▶ Le temps de se mettre d'accord sur l'individualisation de deux flux: celui des patients requérant des soins spécialisés et celui des patients souvent issus des urgences ayant besoin d'une prise en charge plus holistique.

Renoncer définitivement à la pratique de l'hébergement

Il ne sera pas très difficile de persuader les équipes spécialisées de renoncer à l'accueil de patients « hébergés ». Démunis des compétences pour prendre en charge ces derniers, praticiens et soignants redoutent en outre de ne plus disposer de lits pour admettre leurs patients programmés. Ces craintes souvent justifiées peuvent conduire nombre d'équipes à des stratégies de contournement pour éviter de prendre en charge des patients « hébergés ».

Développer et valoriser les unités de médecine polyvalente et post-urgence

Pour autant, la nécessité de mieux accueillir des patients de plus en plus âgés et polypathologiques impose aux commu-



nautés hospitalières de réfléchir aux structures les plus adaptées pour prendre en charge ces patients complexes en fonction du contexte territorial. C'est la vocation de deux types d'unités créées par redéploiement des lits de médecine et de chirurgie spécialisée:

- ▶ Des unités de médecine post-urgence, destinées à prendre en charge sur une durée limitée des patients en attente soit d'une orientation définitive au sein de l'établissement, soit d'un retour à domicile;
- ▶ Des unités de médecine polyvalente, chargées d'accueillir et de traiter des patients polypathologiques issus des urgences ou non.

Redimensionner les unités spécialisées quitte à les regrouper

Heureusement désertées par les patients qui ne relèvent pas de leurs compétences et par ceux relevant de l'ambulatorio, les unités de médecine et de chirurgie spécialisées devraient avoir, à activité constante, un besoin capacitaire moindre. Un constat qui peut déboucher sur plusieurs types de scénarios:

- ▶ Le regroupement avec une ou plusieurs autres spécialités: il s'agit de juxtaposer au sein d'un même espace architectural deux équipes médico-soignantes médicales ou chirurgicales conservant leur autonomie (même si des coopérations sont envisageables);
- ▶ La mutualisation de deux ou plusieurs unités: c'est un regroupement au sein duquel les équipes soignantes sont indifférenciées et les ressources matérielles partagées. Tous les stades intermédiaires peuvent exister entre regroupement et mutualisation;
- ▶ Les plateaux d'activité mutualisée répartie par flux: il s'agit de regrouper les patients en fonction de leur typologie de parcours: admission non programmée versus programmée, hospitalisation de courte durée versus hospitalisation plus longue. Ces modalités concernent surtout la chirurgie.



Points clés

LES INCONTOURNABLES

Engager une communauté hospitalière dans une réflexion conduisant à une évolution de grande ampleur de son offre de soins est un projet d'envergure, nécessitant une soigneuse préparation et un déploiement méthodique.

L'ANAP propose quelques sujets de réflexion issus de son expérience auprès des équipes hospitalières accompagnées. Les uns ont trait aux principes méthodologiques qui semblent avoir été efficaces dans la conduite du changement dans les établissements. Les autres attirent l'attention sur les conséquences induites par la recomposition proposée de l'offre hospitalière.

Engager le changement

La pire des méthodes serait l'injonction venue d'en haut : résistances et échec assurés. Et si les bonnes idées se trouvaient en bas ?

Convaincre plus que contraindre

Tout projet de changement génère ses contributeurs et ses opposants. Celui d'une recomposition de l'organisation hospitalière n'échappe pas à la règle et si « il n'y a pas d'opposant », c'est que l'on ne les a pas vus. Et donc reconnus et écoutés. Une opposition peut participer à la construction, mais si elle est ignorée alors elle risque de s'exprimer de façon chronique à bas bruit, à distance ou à un moment très inopportun du projet. Cette opposition sera alors plus difficile à gérer et il sera difficile de la rapporter à ses causes racines.

Pourquoi convaincre ?

- ▶ Parce que c'est plus efficace : un professionnel de santé convaincu peut emmener le changement beaucoup plus loin que s'il est contraint ;
- ▶ Parce que les risques de la recomposition de l'organisation hospitalière sur la qualité des soins et les conditions de travail des équipes sont mieux prévenus par des professionnels convaincus ;
- ▶ Parce que c'est plus pérenne : un changement imposé se relâche dès que la contrainte s'efface ;
- ▶ Parce que cela ouvre la voie à un déploiement ou une diffusion : un pair convaincu pourra convaincre ses collègues ;
- ▶ Cependant, une conduite de conviction requiert des moyens pédagogiques importants et le changement sera progressif et plus lent.

Pourquoi contraindre ?

Une contrainte bien documentée, expliquée et partagée, est souvent nécessaire pour initier et donner du sens au changement.

Impliquer les équipes terrain

Les bonnes idées de changement sont souvent issues de ceux qui vont le mettre en application. En revanche les in-



*Une opposition ignorée
risque de s'exprimer à un moment
très inopportun du projet.*



jonctions venues d'ailleurs devront passer par une phase pédagogique longue et incertaine avant « d'embarquer » les professionnels.

Tout projet de transformation d'une structure de soins doit associer, dès sa conception, le plus grand nombre des acteurs qui vont être concernés. L'objectif est non seulement de faire en sorte que l'équipe qui va le vivre s'approprie le projet mais aussi qu'elle y intègre ses « bonnes idées ». Il faut notamment prêter attention aux « sans grades » de terrain, très rarement consultés et pourtant parfois porteurs d'un bon sens que ne pourra jamais avoir seul un gestionnaire dans son bureau. Trop souvent les projets venus d'en haut, suspect d'une logique économique exclusive, sont d'emblée rejetés. Irrémédiable ? Même à ce stade, il n'est pas trop tard pour engager une concertation large visant à enrichir ou ajuster le projet. Une phase délicate qui devra s'affranchir du soupçon d'une « consultation bidon » sur un dossier qui est « déjà plié ».

Gérer les conséquences d'une nouvelle offre hospitalière

Bousculer des habitudes historiques, même en ayant associé le plus grand nombre de professionnels concernés, nécessite

d'anticiper les impacts du changement pour en prévenir les effets délétères.

Mutualisation

L'adaptation de l'offre hospitalière à l'évolution des prises en charge pose inévitablement, à un moment ou à un autre, la question de la mutualisation qui pourrait se définir comme l'association de plusieurs spécialités médicales et/ou chirurgicales partageant les mêmes ressources (hors médicales) dans un même espace architectural. Historiquement, la première mutualisation est celle qui s'exerce dans les services de réanimation polyvalente accueillant des patients adultes de tout l'établissement. Un service de pédiatrie est aussi souvent un lieu de mutualisation réussie. En revanche, la mutualisation qui s'observe tant dans les unités ambulatoires qu'en hospitalisation conventionnelle n'est pas toujours bien accueillie.

La mutualisation chirurgicale dans les unités de chirurgie ambulatoire n'a jamais posé beaucoup de problèmes même si certaines équipes auraient préféré avoir leur unité à eux. Probablement est-ce dû au caractère fédérateur du chemin clinique quasi-identique de ces patients. Peut être également que la présence transversale et modératrice des anesthés-

sistes réanimateurs y est pour quelque chose. Mais alors comment expliquer que la mutualisation chirurgicale en hospitalisation complète puisse être plus conflictuelle ?

La mutualisation s'exerce avec plus de complexité en médecine, y compris lorsqu'on souhaite mutualiser les prises en charge ambulatoires avec à la clé un meilleur soutien logistique et de programmation, dont ne peuvent bénéficier les hôpitaux de jour monodisciplinaires de petite taille.

Quant à fondre deux spécialités médicales dans la même unité, il faut généralement des arguments très solides pour arriver à convaincre les équipes à fusionner. Peut-être qu'en médecine le syndrome envahisseur-envahi est-il perçu avec plus d'acuité ? Peut-être également que des chemins cliniques trop différents (ou l'absence de chemins cliniques) servent à justifier la « spécificité » des patients de chaque spécialité ? Certains utilisent l'étape intermédiaire de l'hôpital de semaine pour favoriser l'apprentissage de la vie ensemble.

Polycompétence

Dans les unités d'hospitalisation conventionnelle, la mutualisation de spécialités peut générer des résistances parmi les praticiens qui assimilent souvent la polycompétence des équipes soignantes à une perte d'expertise de la part de ces dernières. Une anticipation de la préparation des soignants à la polycompétence mais aussi une pédagogie vis-à-vis des praticiens permettent le plus souvent d'apaiser les craintes. Une unité qui regroupe plusieurs spécialités médicales ou

chirurgicales et dont les lits ou places sont mutualisés et non sectorisés va comporter une seule équipe soignante au regard de plusieurs praticiens spécialistes, voire sur-spécialistes. Cette équipe va donc devoir acquérir des compétences beaucoup plus larges que celles dont elle disposait dans une unité monodisciplinaire. Cette montée en charge de la polycompétence des soignants doit être l'aboutissement d'un processus bien anticipé. Celui de l'évaluation des compétences individuelles qui ne doit oublier aucun métier de l'équipe et doit déboucher sur un plan d'action pouvant comporter diverses modalités telles la formation ou le tutorat.

Redéfinir les gouvernances des unités mutualisées

Le partage des ressources au sein d'une unité mutualisée nécessite plus que jamais la mise en place de règles communes garanties par une gouvernance clairement identifiée. Ces règles, qui définissent le partage des ressources et les droits et devoirs de chacun, doivent être formalisées dans une charte de fonctionnement élaborée préalablement par le plus grand nombre. En hôpital de jour et en unité de chirurgie ambulatoire cette charte est réglementaire.

La gouvernance de l'unité mutualisée doit faire appel à un binôme responsable qui doit adopter plutôt une posture de coordination qu'une posture de pouvoir. Cette gouvernance associe au mieux une instance délibérative composée des différents représentants des spécialités associées.

Densification des soins

La diminution continue de la durée de séjour des patients hospitalisés, depuis plusieurs décennies, et, plus récemment, le développement des prises en charge ambulatoires ont abouti à ne conserver en hospitalisation conventionnelle que les patients les plus complexes dans un temps plus court. Cette tendance aboutit à accélérer la rotation sur un même lit de patients en phase aiguë. Ce phénomène de densification des soins, pourtant ancien, n'a jamais fait l'objet d'une étude objective de la charge en soins quotidienne. Il est probable que la poursuite d'un travail sur les durées de séjour et le développement des prises en charge ambulatoires va continuer à alourdir la charge en soins dans les unités d'hospitalisation. Cette tendance doit conduire à porter attention aux effets des nouvelles organisations sur les besoins en ressources humaines tant quantitatifs que qualitatifs (métiers de coordination).



REMERCIEMENTS

L'ANAP tient à remercier, pour leur engagement dans la réflexion ayant conduit à la rédaction du présent travail :

Les équipes des établissements suivants :

- ▶ Centre hospitalier Bretagne Atlantique - Vannes
- ▶ Centre hospitalier d'Albi
- ▶ Centre hospitalier d'Arras
- ▶ Centre hospitalier de Pays de Ploërmel
- ▶ Centre hospitalier de Saint-Denis
- ▶ Centre hospitalier de Versailles - Le Chesnay
- ▶ Centre hospitalier départemental de Vendée - La Roche-sur-Yon
- ▶ Centre hospitalier du Mans
- ▶ Centre hospitalier régional universitaire de Lille
- ▶ Centre hospitalier Sud Francilien - Évry
- ▶ Centre hospitalier universitaire de Caen
- ▶ Centre hospitalier universitaire de Nice
- ▶ Centre médico-chirurgical et de réadaptation des Massues - Lyon
- ▶ Clinique Jean Le Bon - Dax
- ▶ Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon - Paris
- ▶ Hôpital Avicenne - Bobigny
- ▶ Hôpital d'instruction des armées de BEGIN - Saint-Mandé
- ▶ Hôpital Louis Mourier - Colombe
- ▶ Institut de cancérologie de Lorraine - Vandœuvre-lès-Nancy
- ▶ Polyclinique de la Clarence - Divion

Les relecteurs du premier manuscrit :

- ▶ **Dr. D. Balzach** (CH Bretagne Atlantique)
- ▶ **Pierre Bertrand** (CH Arras)
- ▶ **Dr. J.-M. Bereder** (CHU de Nice)
- ▶ **Dr. C. Godreuil** (HIA Begin)
- ▶ **Dr. M.A. Khuong** (CH de Saint Denis)
- ▶ **J.-M. Lignel** (CHU de Nantes)
- ▶ **A.-G. Paul** (CHU de Nice)
- ▶ **S. Moracchini** (HIA Begin)

L'ANAP remercie également la société LENOVO sans qui ce travail n'aurait pu être mené à bien.



AUTEURS DE LA PUBLICATION :

*Fabienne Bousrez, Sylvie Cottin,
Stanislas Johanet, Carine Pitrat- Hassan*



PEFC™ 10-31-1482 / Certifié PEFC / pefc-france.org

Conception et réalisation : Efil - www.efil.fr / **Édition :** Octobre 2019 / **Crédit photos :** ANAP / **Imprimé sur papier PEFC**

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 : « Zoom sur - Mieux soigner moins héberger - Optimisation du parcours patient © ANAP 2019 » et respecter l'intégrité du contenu.

L'offre hospitalière doit s'adapter aux besoins de la patientèle. D'un côté les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts et les prises en charge ambulatoires se développent, même s'il reste encore des marges de progrès à faire sur ces deux axes.

D'un autre côté, une patientèle vieillissante, fréquemment polypathologique, de plus en plus nombreuse et entrant souvent en urgence, peine à trouver à l'hôpital une offre de soins adaptée à ses besoins.

Ainsi, il est utile de s'interroger sur ces évolutions tendanciennes et de préparer les établissements de santé à optimiser leur offre de soins pour faire face aux besoins de leur territoire.

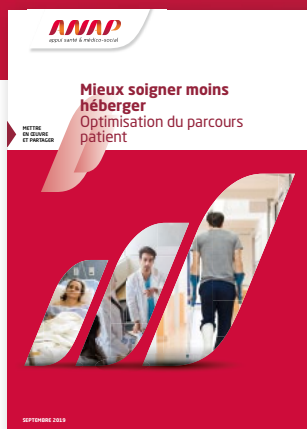
Ce document « Zoom sur », et le guide de mise en œuvre qui lui est associé, sont issus de retour d'expériences d'évolutions apportées par des équipes dans leur établissement.



contact@anap.fr

Cette publication propose une aide à la mise en œuvre pour adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins.

La publication est disponible en téléchargement sur le site : www.anap.fr



ZOOM SUR...

Mieux soigner moins héberger

Optimisation du
parcours patient

Retrouvez les publications de l'ANAP
sur www.anap.fr et suivez l'ANAP
sur twitter [@anap_sante](https://twitter.com/anap_sante) et sur [in](https://www.linkedin.com/company/anap)

Agence Nationale d'Appui
à la Performance des établissements
de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Italie - 75013 Paris
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr
www.anap.fr

