

CRISE SANITAIRE

Comment la crise COVID a-t-elle été le catalyseur de la gestion des lits ?

Le rôle de la COVID-19 a déjà été nettement cité en tant que catalyseur de l'innovation sanitaire : santé numérique selon l'OMS, politique du grand âge selon *Le Monde*, recherche en vaccination pour *Les Echos*... Plus près du patient, la crise a également été l'occasion, pour de nombreux hôpitaux, d'enfin opérer le virage vers une gestion des lits telle que recommandée depuis plus de cinq ans par l'ANAP.

LE COVID A MIS EN ÉVIDENCE LES DÉFAUTS D'UNE GESTION DES LITS LACUNAIRE

En effet, avant même le début de la crise, le capacitaire national en lits et le manque de ressources humaines étaient régulièrement décriés comme insuffisants par la communauté hospitalière. Quand la première vague COVID du printemps 2020 est venue ajouter à cette fragilité, la mise sous-tension des capacités d'accueil hospitalières dans certaines régions (Grand Est, Ile-de-France...) a fait cruellement ressortir les conséquences d'une gestion des lits trop sommaire ou mal outillée.

Les urgences sont devenues de plus en plus difficiles à désengorger

Face à un afflux soudain de patients dont une grande majorité auraient été « naturellement » orientés vers la pneumologie, la difficulté des urgences à fluidifier les sorties depuis les lits-portes est rapidement devenue critique. En cause, toutes les pertes de réactivité imputables à une gestion insuffisante ou mal organisée : incapacité à maximiser le temps d'utilisation des lits (sorties tardives, décalage entre sortie et nettoyage, problèmes de programmation, hyper spécialisation qui ne permet plus de mutualiser...) et difficulté à communiquer sur leur disponibilité en temps réel.

Les réorganisations soudaines de services ont créé une grande confusion

Du jour au lendemain, ou presque, des services entiers ont été transformés en service COVID, quitte à abandonner tout ou partie de leur activité (déprogrammations massives en chirurgie et en médecine, par exemple). Dans le même temps, des services existants ont vu exploser leur capacitaire (au CHSF, le nombre de lits de réanimation a été multiplié par trois en quelques semaines !). Dans un contexte de changements fréquents et majeurs de la répartition du capacitaire, la gestion « habituelle » de beaucoup d'hôpitaux, fondée sur des coups de fil de personne à personne et l'expérience des cadres de santé de service, a été tout de suite mise à mal. Il est rapidement devenu difficile pour un service donné de savoir s'il pouvait envoyer ses patients à qui, ou à l'inverse qui informer quand une capacité d'accueil se libérait.

Les insuffisances de suivi du parcours patient se sont transformées en sujet critique

Dans un contexte d'une pathologie extrêmement contagieuse, il a fallu appliquer strictement des circuits distincts et la marche en avant, mais aussi suivre l'isolement des patients en préventif au regard des différentes symptomatologies d'une maladie jusqu'alors inconnue (et non pas dans quelques cas rares de maladies fortement contagieuses en infectiologie). Conséquence directe, il est tout de suite devenu impératif

Marie-Paule SAULI

Directrice des soins

Jérôme BROLI

Directeur du parcours patient

Centre Hospitalier Sud-Francilien

Clara LANGLOIS-GEY

Consultante senior

Agathe WILQUIN

Consultante senior

Pierre DAGEN

Directeur
GovHe

de pouvoir consolider la vision de tous les déplacements de chaque patient dans l'hôpital et de sectoriser les services de soins pour identifier correctement les services COVID, tout particulièrement pour les individus dont les comorbidités demandaient une prise en charge croisée (COVID et Diabète, par exemple). Ce défi a culminé dans l'impératif de saisir tous les patients COVID+ dans la base SI-VIC (*Suivi d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles*). En l'absence d'un outil de saisie avec une fonction d'historique, le remplissage a été jugé difficile, parcellaire, voire faux au terme de la première vague ; ce qui fait courir un risque administratif et financier pour l'hôpital, mais aussi et surtout un risque sanitaire. En effet, un suivi optimisé du parcours patient est indispensable à la bonne adaptation des protections et affectations des personnels hospitaliers, et donc à la prévention de leur propre santé.

La notion de gestion territoriale a été nettement pénalisée par l'absence de gestion locale

quand les limites des capacités locales ont été atteintes, il a fallu entrer dans une réflexion territoriale (au niveau régional, et parfois national pour les patients de réanimation). Bien entendu, un tel fonctionnement ne pouvait être déployé sans disposer d'un état des lits fiable à grande échelle. L'exemple de l'Île-de-France est parlant à ce titre, puisqu'une cellule de gestion des lits régionale a été mise en œuvre sous l'impulsion de l'ARS ; pour atteindre sa mission, il lui a fallu compter sur un engagement très important de ses membres, souvent volontaires, simplement parce que l'information de la disponibilité des lits de chaque site était souvent délicate à obtenir de manière fiable. Dans un monde idéal où chaque site aurait déjà été équipé d'une cellule de gestion outillée, ce travail aurait pu être effectué en routine par simple compilation des outils de chacun.

DE NOMBREUX OBSTACLES

Bien sûr, on pourrait se demander pourquoi il a fallu une telle crise pour débloquer la situation ; mais ce serait faire preuve de simplisme que de se dire qu'il manquait juste une incitation. Si la gestion des lits n'avait pas encore été déployée dans nombre d'hôpitaux, c'est que de nombreux obstacles s'y opposaient :

La notion de « propriété » des lits au service

Traditionnellement, chaque service a autorité sur ses lits. Une telle organisation est la conséquence logique de la responsabilité médicale, chaque patient étant sous la responsabilité du médecin qui l'a accepté dans le service (le chef de service, le plus souvent). Toutefois, dans de nombreux cas, cette notion de responsabilité s'est transformée en une notion de propriété, dans laquelle on pense aux « lits du service » et plus aux « lits de l'hôpital ». A cet héritage plutôt « médical » vient s'ajouter un effet pervers de la tarification à l'activité, qui décourage les services d'accepter des patients type « *bed blockers* » susceptibles de dégrader les indicateurs d'activité du service⁽¹⁾. Cette limite est totalement tombée à l'occasion de la crise, qui a mené à redessiner presque quotidiennement les contours des services. De fait, cela a permis une réactivité très importante vis-à-vis du capacitaire, salvatrice dans les zones les plus contaminées. On est passés quasi-instantanément d'une gestion des lits par micro-périmètres ayant chacun la capacité à empêcher un placement, à une organisation commune à tout l'hôpital qui visait à trouver l'attribution de lits la plus bénéfique à l'ensemble plutôt qu'à l'une des parties.

Les difficultés de communication et de visibilité

Un des points de blocage connu à la mise en œuvre de la gestion des lits est la difficulté à toucher le bon interlocuteur, et d'une façon adaptée. Il faut non seulement informer les professionnels concernés tout en tenant compte des modes de communication adaptés à chacun. Dans des cas plus rares mais plus conflictuels, la mise en œuvre de la gestion des lits est vécue comme un acte intrusif, parce qu'elle donne une vision d'ensemble à chacun sur les lits des autres. La résistance à sa mise en place est alors en grande partie liée à ce changement, vécu (pas entièrement à tort) par les chefs de service comme une perte d'indépendance. Entretenir un certain flou dans l'état des lits (en temps réel comme en prévisionnel) permet de s'en servir comme d'un facteur d'ajustement, à la fois pour

(1) Ce dispositif de remaniement des services en fonction des besoins de prise en charge de la COVID 19 a été facilité aussi par le fait d'une mono-pathologie, un plan blanc et une pandémie mondiale.

s'assurer d'éviter tout risque de déprogrammation, pour augmenter la flexibilité, et parfois pour ajuster la charge de travail à l'effectif – ce qui est parfaitement compréhensible dans des services aux effectifs paramédicaux sous-dimensionnés comme on en trouve dans chaque hôpital. Ici, le fait que l'une des premières mesures à avoir été adoptée dans les hôpitaux de première ligne était la tenue d'une réunion quotidienne permettant de partager l'état de chaque service et de définir en séance ce qu'il pouvait contribuer à l'ensemble a totalement fait tomber cet obstacle, parce que c'était la seule solution afin d'éviter l'implosion des services les plus directement touchés par l'accueil de patients (Pneumologie, Gériatrie, Réanimation...). Le passage en direct à un pilotage commun centré autour de la Direction Générale, de la Présidence de CME et de la Coordination des Soins a nettement facilité cette transition d'une gestion de service à une gestion d'institution. En revanche, on constate déjà une volonté de retour à l'ancien modèle, qui redonne du mou au niveau du service quitte à pénaliser l'ensemble – peut-être parce que la transition vers une relation institution-services post-crise n'a pas été suffisamment anticipée dans le feu de l'action.

L'absence de ressources dédiées

Il serait trompeur et malhonnête de faire croire que la résistance venait unilatéralement du corps médical. Dans de nombreux hôpitaux, la volonté d'investir dans une vraie organisation, avec ce que cela implique de coûts RH (cellule de gestion des lits, donc gestionnaires à embaucher) et matériels (postes dédiés, local proche des urgences, outil SIH...), a été un frein majeur dans un contexte de budgets contraints. Mais face à un besoin de soin augmentant à très grande vitesse et sans possibilité de reporter les prises en charge, la nécessité de soulager le temps médical en faisant économiser aux médecins et aux cadres de santé le temps « perdu » à chercher des lits – évalué à jusqu'à six heures par semaine ! – est devenue évidente. D'autant plus évidente, d'ailleurs, qu'il est rapidement apparu que les problèmes évoqués en première partie ne seraient de toute façon pas résolus sans dispositif dédié.

QUELQUES RECOMMANDATIONS

Face à ces défis, chaque hôpital a bien sûr adopté ses propres méthodes (et certains disposaient déjà d'une organisation et d'un outil préexistants, ce qui a bien sûr été un important avantage pour eux pour faire face à la crise). Toutefois, notre retour d'expérience sur le CHSF nous conduit à formuler les recommandations suivantes :

Malgré l'urgence, il est indispensable de **s'accorder dès le départ sur une organisation portée institutionnellement par le directeur, le référent médical (présidente de CME) et le référent paramédical (directrice des soins), présentée dans les instances et aux niveaux des services** de soins (à la fois pour éviter un rejet en bloc d'une solution jugée trop intrusive, et pour que les équipes soient au clair sur la façon dont cela va modifier leur fonctionnement). Cette organisation doit impérativement être discutée avec l'ensemble des parties prenantes, à savoir les urgences, le service aval concerné et la cellule de gestion des lits. Potentiellement et selon le degré de criticité, il peut être souhaitable d'y adjoindre la présidence de CME et la direction des soins.

Cette organisation nécessite d'être formalisée et partagée, à la fois pour des raisons de pédagogie, d'appropriation, et de prévention de potentiels désaccords. Il s'agit d'un travail à ne pas sous-estimer, qui demande la formalisation de règles d'adressage des patients en fonction des tableaux cliniques validées en fonction des attentes de chacun, d'un RACI⁽²⁾ indiquant qui a quel rôle (que ce soit dans la transmission d'information ou la saisie), et surtout l'élaboration et le partage de logigrammes précisant le fonctionnement exact de la gestion des lits, à la fois sur un plan général (pour les gestionnaires) et spécifique (pour chaque service). Corollaire de ce dernier point, il faudra **savoir adapter l'organisation à la vie réelle de chaque service**, de façon à leur permettre une adoption rapide ; en revanche, **cette adaptation ne doit concerner que les tâches qu'ils réalisent eux-mêmes**, et en aucun cas celles réalisées par les agents de la cellule, d'où la nécessité de bien définir et connaître les missions de chaque acteur.

(2) Matrice responsable, accountable, consulted et informed

Cette organisation doit être conçue pour impliquer **le moins d'actions possibles de la part des services**, pour qu'ils puissent être recentrés sur la prise en charge des patients et donc être très fortement centrée sur le rôle proactif de la cellule de gestion des lits. Par exemple, dans l'outil mis en œuvre au CHSF, les seules actions dans ce qui est attendu des services ont été un changement dans la forme du document sur lequel les cadres de jour et de nuit renseignaient la disponibilité et les sorties prévisionnelles, et pour certains services la création d'un outil excel partagé où renseigner les entrées programmées pour les secrétaires médicales.

Afin d'être immédiatement opérante, il est nettement préférable dans la mesure du possible de **s'appuyer pour la cellule de gestion des lits sur des agents ayant déjà une connaissance de l'hôpital et des acteurs** plutôt que de procéder ex nihilo. Ici, la cellule a d'abord été pensée sous le pilotage de l'ancien chef de bloc devenu directeur du parcours patient, avec une cadre de santé gestionnaire de lits en poste depuis plus d'un an sur l'établissement; les recrutements qui ont suivi ont été faits dans la même logique, avec une secrétaire médicale et une infirmière de coordination de l'UCSMIC[®]. De manière générale, il est important de comprendre qu'il n'y a pas de « profil-type » à prioriser pour la cellule de gestion des lits, et qu'il est sans doute même préférable de mélanger plusieurs types de parcours pour cumuler les compétences des personnels pour améliorer les perspectives sur le parcours patient.

(3) Unité de Court Séjour de Médecine Interventionnelle et de Chirurgie

Le bénéfique pour les services et pour les patients doit être évident, et mesurable rapidement via des allers-retours fréquents avec eux ; en particulier, il est absolument nécessaire de ne pas créer de situations de déprogrammations, et à plus forte raison de désorganisation. Autrement dit, il est préférable de déployer rapidement l'outil de gestion des lits, sur un petit périmètre, quitte à développer par la suite de nouvelles fonctions. En effet, il est nettement moins pénalisant pour les services utilisateurs d'attendre des ajouts qui viendront améliorer la qualité du service rendu et qui dans un premier temps ne sont pas indispensables à la bonne utilisation, que d'être forcés à travailler avec des données instables, en retard, lacunaires ou simplement erronées. C'est une condition sine qua non pour créer de l'engagement, ce qui devrait être au cœur de toute politique de gestion des lits.

La création de l'outil doit être calquée sur le fonctionnement décidé, et permettre une réactivité importante dans la mise à jour de la structure : les agents n'auront pas le temps de transformer leur façon de gérer les lits sur un délai aussi court, et dans tous les cas leur demander de le faire reviendrait à créer une raison supplémentaire de ne pas s'engager dans la démarche et être source de démotivation. Il est donc indispensable de s'outiller avec une solution simple, ergonomique, et surtout qui corresponde aux habitudes des utilisateurs, à la fois dans la saisie (nombre d'information limité et immédiatement disponible uniquement, pas de double saisie...) et dans la lecture (tableaux de rendus, calqués sur ceux utilisés par le passé, modes de partage simple du type impression automatique ou envoi par mail en un clic...).

Enfin, il est important de garder à l'esprit que **le déploiement d'une solution dans une période de crise va fatalement venir ajouter du stress au stress** ; l'idée de faire une journée de formation aux agents par le concepteur de la solution, puis de les laisser prendre la main, est doublement fautive. Non seulement elle ne permet pas l'appropriation de l'outil et est donc facteur d'erreur, mais en plus, elle crée un risque massif d'abandon de la solution à la première difficulté rencontrée pour revenir à la méthode précédente. Par exemple, si un gestionnaire de lit décide, devant l'impossibilité de saisir une information qu'il juge importante, de travailler sur papier une journée, alors le rattrapage de cette journée dans la nouvelle solution va devenir un facteur de complexité en plus qui va très vite décourager le retour à l'organisation souhaitée. Aussi, nous avons mis en place au CHSF une période de « biseau » d'un mois où les gestionnaires de lits utilisaient la solution avec à leurs côtés, en permanence, une personne responsable de la conception et du développement de leur outil.

Au-delà de la crise COVID, il s'agit maintenant pour les hôpitaux qui ont déjà franchi le pas de la gestion des lits de se questionner sur ce qu'ils veulent faire de l'organisation mise en place ; comme beaucoup des innovations portées dans cette période, le fait qu'elle ait porté satisfaction ne suffit pas nécessairement à justifier son maintien. D'une part, le retour vers une forme de normalité va faire réapparaître les points de blocage pré-crise, voir même les rendre plus aigus dans un contexte de fatigue et de volonté compréhensible du corps médical de sortir d'un système vécu comme trop orienté sur l'efficacité et la productivité médicale. De plus, la crise a mis en exergue l'implication, l'engagement et le rôle essentiel et majeur des établissements de santé et des professionnels de santé, qui en retour sont très en attente d'une reconnaissance nationale et tutélaire pour fonctionner demain différemment avec plus de moyens RH et de matériels. D'autre part, son coût financier pourrait être difficile à justifier une fois le besoin moins critique, parce que le « retour sur investissement », même si il est très important à long terme (y compris financièrement), demande un gros travail pour être quantifié (temps médical et paramédical gagné, meilleur usage des lits, qualité de prise en charge des patients et de vie au travail...à modéliser), long, et absolument pas mesurable par comparaison; les mois de crise faisant l'objet d'un financement spécifique se rapprochant peu ou prou d'une dotation globale, ils ne pourront être comparés à leurs équivalents des années précédentes financés à la T2A. Pour autant, si votre hôpital a fait l'effort très significatif de déployer une gestion des lits, prendre le temps d'en objectiver les bénéfices pour comprendre ce qui peut en être conservé et généralisé à l'activité normale devrait être la prochaine étape. Dans un contexte actuel très centré sur l'amélioration du parcours patient, cette « première pierre » est trop précieuse pour être simplement retirée de l'édifice.

Tout savoir sur la délégation polaire en 60 fiches pratiques

Sous la coordination de **Jean GUICHETEAU**
Dr Antoine LEMAIRE, Agnès LYDA-TRUFFIER, Anne-Claude GRITTON
 Préface de **Jean-François MATTEI**



BON DE COMMANDE - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « Délégation polaire , Comment dynamiser la gestion de l'hôpital en 60 fiches pratiques », 300 pages. (ISBN 978-2-9559203-3-6) TVA : 5,5 %	HT	TTC
	61,61	65,00
	5,00	6,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
	Total	

Mme, Mlle, M.
 Nom : Prénom :
 Établissement :
 Fonction :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone : Fax :
 E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.
 A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature



69, avenue des Ternes 75017 Paris
 Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
 courriel : infodium@infodium.fr