

<https://ressources.anap.fr/gestion-des-lits/publication/1474-gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-2-mise-en-oeuvre-et-bilan>

Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

Sommaire

1. Principaux enseignements et...
 - 1.1. S'engager dans la démarch...
 - 1.2. Les prérequis nécessaires...
 - 1.3. Les facteurs de réussite...
 - 1.4. Des résultats encouragean...
2. Les fiches actions une aide...
 - 2.1. FICHE 1 : Développer la p...
 - 2.2. FICHE 2 : Optimiser une u...
 - 2.3. FICHE 3 Optimiser une uni...
 - 2.4. FICHE 4 Justifier la pert...
 - 2.5. FICHE 5 Justifier la pert...
 - 2.6. FICHE 6 : Mettre en place...
 - 2.7. FICHE 7 Renseigner dès la...
 - 2.8. FICHE 8 : Mettre en place...
 - 2.9. FICHE 9 : Mettre en place...
 - 2.10. FICHE 10 : Préparer la s...
 - 2.11. FICHE 11 Mettre en place...
 - 2.12. FICHE 12 : Suivre les sé...
 - 2.13. FICHE 13 : Structurer un...
 - 2.14. FICHE 14 : Mettre en adé...**
 - 2.15. FICHE 15 : Mettre en adé...
 - 2.16. FICHE 16 : Structurer u...
3. On en parle
 - 3.1. Témoignage de la Clinique...
 - 3.2. Les urgences au Queen's H...
 - 3.3. 3. Le big-data australien...

↪ 2. Les fiches actions une aide à la mise en oeuvre du projet

↪ 2.14. FICHE 14 : Mettre en adéquation les ressources en lits à l'activité

AJUSTEMENT DES RESSOURCES

Avant-propos

Cette fiche a pour objectif de mettre en regard le capacitaire avec l'activité réelle ou prévisionnelle de l'établissement.

Par adéquation des ressources, on entend :

- Le redéploiement de lits entre spécialités / unités ;
- Voire la suppression (ou l'augmentation de lits) ;
- Les transformations des modes de prises en charge et des capacités associées.

Il ne s'agit donc pas de restreindre la capacité à accueillir mais bien d'adapter les ressources aux différents modes de prise en charge des patients tout en respectant la qualité des soins à niveau d'activité équivalente ou prévisionnelle.

Équipe-projet

- Directeur des soins ;
- Président de CME ;
- DIM ;
- Contrôle de gestion.

Enjeux

- Avoir un juste dimensionnement des unités d'hébergement ;
- Soutenir les dynamiques d'activité.

Intérêt de l'action			Difficulté de mise en œuvre			Délai d'obtention des 1 ^{ers} résultats (en mois)		
Faible	Moyen	Fort	Faible	Moyenne	Forte	< 3	3 à 6	> 6
<ul style="list-style-type: none"> • Permettre au patient d'être accueilli dans la spécialité et la structure de prise en charge adéquates; • Permettre à un établissement en phase de reconstruction ou de rénovation de cibler au plus juste son programme capacitaire. 			<ul style="list-style-type: none"> • Freins liés aux contraintes architecturales de l'établissement; • Freins des praticiens liés à une modification à la baisse du capacitaire; • Difficulté de faire accepter la perte de la notion de service/lits dédiés en cas de mutualisations et de regroupements d'activités. 					

Indicateurs de suivi

- Taux d'occupation par service ;
- IP-DMS par service ;
- Nombre de journées de patients hébergés ;
- DMS en Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ;
- Taux de rotation UCA (Unité de chirurgie ambulatoire) ;
- Nombre de séjours forains ;
- Taux d'ambulatoire ;
- Nombre de séjours d'1 et 2 nuits pour identifier le potentiel substituable en ambulatoire.

Kit-outil / REX

- Charte Pneumologie - saisonnalité activité - CH Arras
- Procédure validation fermeture des lits - CHSF
- Impact capacitaire saisonnalité non programmé - CH Douai

Retrouvez d'autres exemples en téléchargeant le fichier ci-dessous (archive compressée : il est nécessaire d'extraire les fichiers pour y avoir accès) :

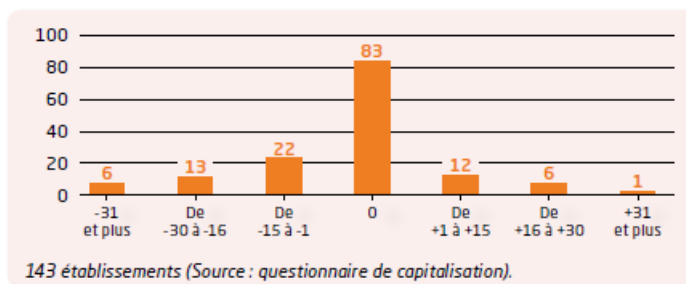
[Fiche_14_Adéquation_des_ressources_en_lits_à_l'activité](#)

Résultats obtenus

- 60 établissements ont procédé à des ajustements capacitaires en HC.

Résultats issus des questionnaires de capitalisation envoyés aux établissements du programme : en affinant leur connaissance sur les flux de patients, certains établissements ont adapté leur schéma capacitaire, en réallouant les ressources en lits par discipline ou mode de prise en charge.

Figure 19 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HC (y compris l'UMPU) ? (+ ou - de lits)



MCO :

- 1061 lits d'hospitalisation conventionnelle adaptés ou transformés (en valeur absolue), dont 50 % concernent la chirurgie ;
- 6 établissements représentent 30 % de la réduction du nombre de lits d'HC dont un CHU ;
- En chirurgie, 30 % des établissements (soit 41) ont réduit leur capacité en lits de chirurgie (dont 18 d'au moins 12 lits), ces réajustements sont souvent concomitants avec du redéploiement en ambulatoire ;
- En médecine, 40 % des établissements (soit 54) ont modifié leur capacité (dont 33 pour une augmentation, y compris pour redéploiement).

Figure 20 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en UCA ? (+ ou - de lits)

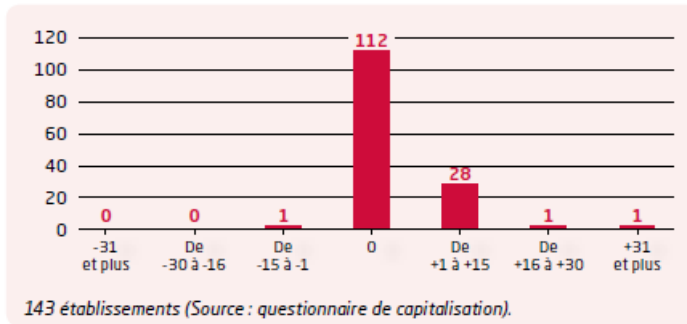
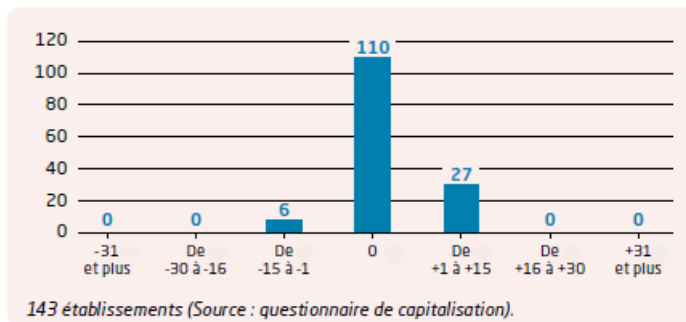


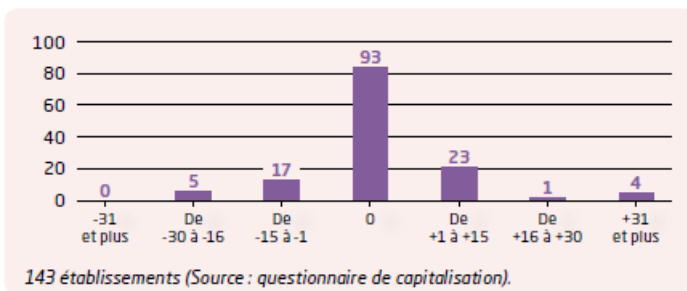
Figure 21 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HDJ ? (+ ou - de lits)



Ambulatoire :

- 20 % des établissements ont développé leur capacité d'accueil en ambulatoire (de +1 à +15 places, en médecine et en chirurgie). Les autres avaient déjà une capacité d'accueil suffisante pour absorber un développement d'activité. L'effort doit se concentrer plus sur l'optimisation de la rotation des places.

Figure 22 : De combien de lits avez-vous modifié vos capacités en HDS ? (+ ou - de lits)



HDS :

- 15 % des établissements réduisent des capacités (HDS non adapté, transformation en ambulatoire ou HC) ;
- 20 % des établissements augmentent leur capacité (activités spécifiques programmées adaptées à l'HDS).

Clés de la réussite

- Prendre en compte dans le dimensionnement : des cibles d'activité, de performance et de qualité, la saisonnalité, les caractéristiques du territoire de santé de l'établissement et de ses contraintes architecturales ;
- Mettre en place un planning d'absences prévisionnelles des équipes médicales permettant d'ajuster

et d'anticiper les fermetures de lits ;

- Mettre en place une méthode simple et co-construite par le contrôleur de gestion et le DIM ;
- Anticiper la communication auprès des acteurs de terrain pour expliquer la logique de construction du schéma capacitaire.

Conseils de l'ANAP :

Définir et partager des cibles (activité, taux d'occupation et IP DMS / DMS, à titre d'exemple) :

- L'IP DMS cible peut correspondre à celui des établissements du 2e décile (source Hospi Diag) par grand champs
- Les taux-cibles d'occupation / de rotation communément utilisés sont :

- Un taux d'occupation entre 90 et 95 % en médecine, 85 % en chirurgie et en obstétrique ;

- Un taux de rotation de 1,25 en HDJ médical et 1,5 en chirurgie ambulatoire, à moduler en fonction des spécificités et actes de l'établissement.

Par principe, les cibles fixées sont élevées, il convient d'ajuster le curseur en fonction du contexte de l'établissement.

Fiches associées

- Fiche 15 : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité ;
- Fiche 16 : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET) ;
- Fiche 2 : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire ;
- Fiche 3 : Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine ;
- Fiche 4 : Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine.

« Et dire qu'il ne s'agissait que d'inverser 2 localisations pour regrouper les patients par mode de prise en charge »

« Le changement est en marche ! »

PLAN D'ACTIONS

Définir le dimensionnement capacitaire global et l'organisation-cible :

1. Analyser les évolutions de l'activité et du positionnement territorial de l'établissement

Par établissement et par grand champ MCO, en représentant de manière dynamique le positionnement de l'établissement sur son territoire de santé :

- Analyse des différents segments d'activité MCO du bassin de santé ;
- Identification des segments en développement, ceux à consolider ;
- Évaluation de la robustesse des hypothèses de croissance d'activité retenues ;
- Identification des axes de coopérations.

2. Réaliser une cartographie des activités MCO de l'établissement

- Par site et par grands champs MCO, et par spécialité médicale ;
- Analyse par type de prise en charge : hospitalisation complète et ambulatoire ;
- En isolant de l'analyse les services « soumis à autorisation en lits » ou « relevant d'une prise en charge spécifique » (réanimation polyvalente, néonatalogie, soins palliatifs).

3. Mesurer l'activité ambulatoire et évaluer les potentiels ambulatoires théoriques de « substitution » (d'HC, HDS vers l'ambulatoire) et de développement de l'activité « externe »

- Évaluer le potentiel théorique de substitution d'HC, HDS vers l'ambulatoire ;
- En chirurgie :

- Identifier l'activité ambulatoire réalisée en « forain », soit dans des unités conventionnelles, soit en hôpital de semaine ;

- Évaluer le potentiel de « substitution » en ambulatoire selon la méthodologie DGOS (cf. fiche « Optimiser une unité de chirurgie ambulatoire ») pour se fixer un objectif de « substitution » ;

- En médecine : les objectifs de « substitution » seront précisés en fonction des spécialités

médicales et des actes pratiqués ;

- Évaluer le potentiel théorique de développement de l'activité par conquête de part de marché (en chirurgie et en médecine).

4. Dimensionner l'unité de chirurgie ambulatoire et l'unité de médecine ambulatoire

- Calculer un nombre de séjours-cibles à réaliser en HDJ et en unité de chirurgie ambulatoire ;
- À partir du nombre de séjours réalisés en forain par spécialité ;
- En ajoutant le potentiel de « substitution » en ambulatoire ;
- En ajoutant le potentiel de développement par conquête de part de marché ;
- Appliquer un taux de rotation-cible par type d'activité et selon le case-mix : X % en chirurgie ambulatoire et X % en médecine ambulatoire ;
- Calculer le nombre de places de chirurgie ambulatoire et d'HDJ nécessaires.

5. Mesurer les écarts avec les indicateurs de performance (DMS et occupation) puis évaluer l'impact en journées / lits

- Identifier les écarts avec les IPDMS de référence par spécialité ;
- Évaluer les séjours qui doivent faire l'objet d'une meilleure maîtrise des durées de séjours ;
- Aligner les séjours réalisés sur une IPDMS-cible et les traduire en nombre de « journées-cibles » :

- À titre d'illustration, l'IPDMS-cible pourrait être celle du 2e décile (source Hospi Diag) ;

- Sauf exception, conserver les IPDMS de l'établissement lorsqu'ils sont inférieurs à la cible.

- Viser un taux d'occupation-cible par spécialité : à titre d'illustration, le TO-cible pourrait être de 85 % en chirurgie et obstétrique et de 90-95 % en médecine ;
- Calculer le nombre de lits nécessaires en hospitalisation conventionnelle sur la base des TO et IPDMS-cibles.

6. Définir et dimensionner les regroupements d'unités et les mutualisations d'activités

- Proposer une approche de mutualisation cohérente des lits et places :

- Avec le projet médical et la prise en charge médicale et soignante ;

- Au regard des mutations et mutualisations possibles de spécialités tant en hospitalisation conventionnelle qu'en hospitalisation de jour et en UCA.

- Envisager des regroupements d'unités en médecine et en chirurgie par type de prise en charge, selon les proximités médicales entre spécialités et en termes de prise en charge soignante ;
- Redimensionner les unités de médecine et de chirurgie (28-30 lits) en tenant compte des contraintes architecturales et des capacités d'optimisation organisationnelle ;
- Moduler ce schéma capacitaire en fonction :

- Des besoins de santé de la population et de leur impact sur les évolutions d'activité ;

- Des contraintes architecturales (faisabilité de grands plateaux de lits).

7. Adapter les maquettes organisationnelles en mettant en adéquation les ressources humaines à l'activité

Mettre en oeuvre les organisations cibles :

- Définir les modalités de mise en oeuvre (unités-pilotes, étapes, déploiement, calendrier, rôles) ;
- Définir un plan de communication et le mettre en oeuvre ;
- Mettre en oeuvre les organisations cibles (lits et éventuelles RH associées : cf. fiche « Mettre en adéquation les ressources humaines aux activités »)

Évaluer les organisations-cibles et les ajuster selon les besoins

Vous pouvez télécharger cette fiche au format pdf en cliquant sur le lien suivant :

[Fiche_14_gestion_des_lits](#)

Ressources associées

MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL

FICHE 3 Optimiser une unité d'hospitalisation de jour de médecine

↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

RETOUR D'EXPÉRIENCE, TÉMOIGNAGE,**EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS**

Impact capacitaire saisonnalité non programmé - CH Douai

MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS

Charte Pneumologie - saisonnalité activité - CH Arras

MÉTHODE, EXEMPLE ISSUS D'ES ET D'ESMS

Procédure validation fermeture des lits - CHSF

MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**FICHE 15 : Mettre en adéquation les ressources humaines à l'activité**

↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**FICHE 2 : Optimiser une unité d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire**

↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**FICHE 4 Justifier la pertinence d'une unité d'hospitalisation de semaine**

↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

OUTIL

AIDICA - Outil d'aide au dimensionnement capacitaire

MÉTHODE, KIT DE PRODUCTIONS, OUTIL**FICHE 16 : Structurer un dispositif Hôpital en tension (HET)**

↳ Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 2 : Mise en œuvre et bilan

Glossaire

ANAP

CHU

CME

DGOS

DMS

DIM

HC

HDJ

HDS

HET

IPDMS

MCO

RH

REX

TO

UCA

Date de parution : 24/05/2016

Télécharger la production