



**HAL**  
open science

# La gestion des flux patients. Quand le ricochet des parcours de soins ondule vers la suroccupation hospitalière

Julien Avis

► **To cite this version:**

Julien Avis. La gestion des flux patients. Quand le ricochet des parcours de soins ondule vers la suroccupation hospitalière. Sciences de l'Homme et Société. 2024. dumas-04691634

**HAL Id: dumas-04691634**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04691634v1>**

Submitted on 9 Sep 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES  
**MASTER 2 MOSMS**

JULIEN AVIS

# La gestion des flux de patients

QUAND LE RICOCHET DES PARCOURS DE SOINS ONDULE VERS LA  
SUROCCUPATION HOSPITALIÈRE

SOUS LA DIRECTION DE MONSIEUR ARNAUD EVE  
MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN SCIENCES DE GESTION

## REMERCIEMENTS

Comme pour tous travaux, ce mémoire n'a pas été réalisé seul. Il est le fruit d'un processus d'assimilation des courants universitaires en sciences de gestion amorcé en 2023, pour lequel nous avons eu besoin de faire appel à différentes ressources humaines, matérielles et littéraires.

Nous tenons ici à remercier tous ceux qui nous ont accompagnés de près ou de loin dans ce travail et dans notre processus d'acculturation managériale aux fonctions de direction.

Je tiens à remercier l'Université de Rouen Normandie et plus particulièrement Monsieur Arnaud EVE, professeur des universités, maître de conférences en sciences de gestion et responsable pédagogique du master en Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales à l'IAE de Rouen, pour son accompagnement et sa grande disponibilité dans la construction de notre mémoire grâce à la mise en œuvre d'une démarche réflexive et l'aide à l'appropriation de notre thématique de recherche.

Je remercie ensuite le Centre Hospitalier du Rouvray pour son accueil et la mise à disposition de ses ressources et moyens dans la réalisation de notre étude. Je tiens par ailleurs à souligner l'engagement de ses professionnels directeurs, président de CME, praticiens hospitaliers, cadres de santé et soignants sur une thématique aussi innovante que l'amélioration des parcours de soins en psychiatrie et la gestion des flux de patients. La dynamique proactive de cet établissement est, pour nous, une véritable force et une source importante d'enseignements académiques et professionnels.

Merci enfin à mon épouse, ma famille et mes proches pour leur présence, leur soutien et leur disponibilité dans de nombreux travaux tout au long de cette année universitaire.

## GLOSSAIRE

AIG : Activité d'Intérêt Générale

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APSAR : Association des Professionnels de Santé de l'Agglomération Rouennaise

ARH : Agence Régionale Hospitalière

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BJML : Besoin Journalier Minimum en nombre de Lits

CASP : Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CBSM : Consommation de Biens et Services Médicaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies – 10<sup>ème</sup> révision

CLIC : Centre Local D'information et de Coordination

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie

CODIR : Comité de Direction

COFIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

DAF : Direction des Affaires Financières

DAM : Direction des Affaires Médicales

DAMMS : Directeur ou Direction des Affaires Médicales et Médico-sociales

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DMAIC : Définir, Mesurer, Analyser, Innover et Contrôler

DREES : Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DH : Directeur d'Hôpital

DDS : Directeur ou Direction des Soins

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DIM : Direction ou Département d'Information Médicale

DMH : Durée Moyenne d'Hospitalisation

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DMP : Dossier Médical Partagé

DSI : Direction des Systèmes d'Informations

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPS : Durée Prévisionnelle des Séjours

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRP : Distribution Resources Planning ou Planification des Ressources de Distribution

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ERP : Enterprise Resources Planning

ESMS : Établissements sociaux et médico-sociaux

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Équivalent temps plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

HAD : Hospitalisation À Domicile

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : Hôpital Patients Santé et Territoires

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

IP-DMS : Indice de Performance de Durée Moyenne de Séjour

JAT : Juste À Temps

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MRP : Material Requirement Planning ou Management des Ressources de Production

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

PCME : Président de Communauté Médicale d'Établissement

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisé pour la Psychiatrie

ROR : Répertoire de l'Offre et des Ressources en santé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Handicapées

SAS-SAMU : Service d'Accès aux Soins - Service d'Aide Médicale Urgente

SCM : Supply-Chain Management

SMART : Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste et Temporel

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

TO : Taux d'Occupation

UF : Unité Fonctionnelle d'hospitalisation

UMAPP : Unité Mobile Action Psychiatrie et Précarité

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UNACOR : Unité d'Accueil et d'Orientation

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## RÉSUMÉ

En France, le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation depuis plus de vingt ans. Dans un contexte de réduction des lits hospitaliers, cette forte croissance des besoins en soins s'accompagne d'une mise en tension chronique des capacités d'hospitalisation en soins programmés et non programmés. Dans notre étude, le Centre Hospitalier du Rouvray, établissement spécialisé en santé mentale de l'agglomération Rouennaise, fait face aux mêmes contraintes, avec un taux d'occupation qui dépasse régulièrement cent pour cent. Nous avons donc entrepris une étude approfondie des facteurs pouvant expliquer cette situation tout en cherchant à la réduire. Notre recherche s'est appuyée sur une méthodologie qualitative, chargée de confronter les concepts des parcours de soins, de la coordination, du supply-chain management et de la gestion des lits à l'expérience du terrain. Soulignons que nous avons également complété notre analyse par des données quantitatives obtenues dans le cadre d'une mission réalisée sur cette thématique dans l'établissement étudié. Selon nous, la question de la suroccupation hospitalière s'observe dans un kaléidoscope réfléchissant les parcours de vie et la manière dont les opérateurs sanitaires et médico-sociaux traitent la demande de soins, chaque fois qu'un usager entre dans le système de santé. Notre analyse commence donc par l'exploration des parcours de soins. Celle-ci met en lumière l'importance de la coordination pour renforcer et développer des parcours de soins gradués et coordonnés avec toutes les forces du territoire, en amont et en aval du recours à l'hospitalisation. Nos résultats montrent que l'établissement doit assurer la recomposition de son offre de soins interne grâce à la filiarisation et la gestion des lits et séjours longs, alors qu'il doit en externe, accompagner de nouvelles transformations organisationnelles au sein de ses propres centres de soins avec la création de centres pivots, la mise en place de créneaux d'urgences, le développement ambulatoire des suivis intensifs et le soutien aux ESMS par développement de la coordination d'appui. Le CHR pourra ainsi retrouver des marges de manœuvre organisationnelles et médico-économiques en s'adossant aux récentes réformes législatives et au projet territorial de santé mentale. Bien que nos résultats ne soient pas exhaustifs, nous affirmons que le centre hospitalier étudié entre dans une conduite d'accompagnement au changement, dont l'objectif est la mise en place d'une offre graduée et coordonnée sur le territoire associée à un pilotage performant des capacités d'hospitalisation par la gestion des lits.

**Mots clés :** pilotage stratégique et opérationnel, parcours de soins, coordination, gestion des flux de patients



## Table des matières

GLOSSAIRE .....	1
Introduction .....	1
I. Partie 1 : Cadre Théorique.....	4
1. Les réformes : de l'hôpital des séjours à l'hôpital intégré dans les parcours de santé ....	4
1.1. L'état : une politique interventionniste en ville et à l'hôpital.....	4
1.2. Le virage ambulatoire prélude au développement des logiques de parcours .....	6
1.3. De l'ambulatoire au décloisonnement sanitaire et médico-social .....	8
2. Le parcours et la coordination au service de l'utilisateur .....	12
2.1. L'essor des parcours dans l'offre de soins.....	13
2.2. La place de l'utilisateur dans les parcours .....	14
2.3. Le rôle et les modalités de la coordination dans les parcours.....	16
3. La gestion des lits à l'hôpital : une activité placée sous le prisme des parcours.....	19
3.1. Gestion des flux ou gestion des lits ? .....	19
3.2. La gestion des flux et le supply-chain management appliqués à la santé.....	22
3.3. Le pilotage stratégique des parcours de soins .....	23
3.4. La gestion opérationnelle des lits .....	26
II. Partie 2 : étude empirique et qualitative .....	33
1. Présentation du terrain d'étude et éléments de contexte .....	33
1.1. Présentation de la méthode qualitative .....	34
1.2. Choix de l'outil de recherche et programmation des entretiens .....	35
1.3. Résultats d'analyse : confrontation aux concepts et discussion .....	36
1.3.1. Le pilotage des parcours de soins .....	38
1.3.2. La gestion des lits et flux de patients .....	44
2. Préconisations en gestion de l'établissement de santé .....	51
2.1. Pilotage de la suroccupation .....	51
2.2. Gestion opérationnelle des lits et séjours longs.....	53
2.3. Modernisation et recomposition de l'offre ambulatoire .....	56
2.4. Limites et perspectives .....	59
Conclusion.....	61
Bibliographie.....	63
ANNEXES .....	67

## Introduction

En France, le nombre de passages aux urgences est en constante augmentation depuis vingt ans avec un rythme de croissance soutenu de deux à trois pour cent par an. Le volume de patients accueillis progresse continuellement pour atteindre des niveaux records avec 21 millions de prises en charge aux urgences hospitalières en 2021<sup>1</sup> contre 10.1 millions en 1996<sup>2</sup>. Selon les ARS et la DREES, une proportion importante de ces passages aux urgences ne se justifie pas et relève d'une prise en charge de ville libérale dans les territoires de santé. Ce constat questionne l'accessibilité des usagers à l'offre de soins en amont ou en aval des urgences<sup>3</sup>. C'est dans ce contexte de forte croissance de la demande de soins que les établissements participant au service public hospitalier rencontrent la crise des urgences de 2019. Demande est alors faite aux GHT d'organiser la mise en place de dispositifs de gestion des lits<sup>4</sup>. Contraint à de nouvelles transformations organisationnelles les établissements entrent en mouvement et généralisent l'anticipation des tensions pour mieux répondre aux besoins d'hospitalisations en soins non-programmés.

L'anticipation des sorties et la visibilité en temps réel de l'offre de soins par la disponibilité en lits des hôpitaux deviennent le nouveau prisme de coordination et de régulation des flux hospitaliers de patients alors que survient la pandémie à la COVID19 en 2020. Cette crise sans précédent précipite les professionnels dans de nouvelles pratiques de recherche de lits de soins critiques pour satisfaire les besoins spécifiques de nouveaux patients. Pour accompagner les établissements, le gouvernement met en place le Ségur de la santé l'année suivante. Sur la question des urgences, les dispositions du Ségur prévoient alors la création d'un dispositif « *d'ouverture de lits à la demande* » dans les établissements sanitaires comme réponse provisoire aux aléas de la suractivité. Cet outil est aujourd'hui transposé aux établissements publics spécialisés en psychiatrie grâce à la feuille de route des Assises de la Santé Mentale de mars 2023. La gestion des flux initialement souhaitée en MCO s'impose à tous avec « le renforcement » et le financement « *possible de tous les dispositifs permettant d'améliorer*

---

<sup>1</sup> (2023) Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le cahier des charges modificatif relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des urgences

<sup>2</sup> Catherine DEROCHE, Rapport n° 587, tome I fait au nom de la CE Hôpital, déposé le 29 mars 2022 : Hôpital : sortir des urgences

<sup>3</sup> Buzyn, A (2019) Pacte de refondation des urgences

<sup>4</sup> Instruction N° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits

*l'accès aux soins psychiatriques et de mieux gérer les ressources existantes » dont « la mise en place de dispositifs de gestion des lits<sup>5</sup>».*

C'est dans ce contexte singulier que débute notre recherche en septembre 2023. En effet, comme en MCO, le Centre Hospitalier du Rouvray, établissement spécialisé en psychiatrie, est confronté à l'augmentation du nombre de passages à l'UNACOR, principale porte d'entrée des usagers dans les parcours d'urgences et de soins non programmés. Sa capacité d'accueil en hospitalisation complète est régulièrement dépassée ce qui provoque une crise systémique et chronique caractérisée par la suroccupation des lits d'hospitalisation. Ce postulat est le point de départ de notre réflexion et le socle de notre recherche académique. C'est ainsi que nous avons identifié notre question de recherche :

**Quel impact la gestion des parcours de soins et la gestion des flux peuvent-ils avoir sur la mise en tension du capacitaire en lits des hôpitaux ?**

Pour répondre à cette problématique, nous avons mené deux recherches simultanées au cours de l'année. La première est académique alors que la seconde s'intéresse au registre organisationnel de l'établissement étudié. Nous présenterons ici notre travail de recherche universitaire au regard des auteurs qui nous ont permis d'organiser notre cheminement intellectuel en termes d'apports théoriques indispensables à une analyse empirique.

Notre mémoire de recherche débute en premier lieu par l'écriture de notre cadre théorique. Celui-ci éclaire notre thématique par l'exploration des concepts qui s'y associent. Nous commencerons en précisant le contexte dans lequel évoluent les établissements de santé, afin de mieux comprendre en quoi les dispositions législatives, les modes de financement et le pilotage par les organismes de tutelles impactent les orientations stratégiques des opérateurs de santé. Nous verrons avec une brève rétrospective législative comment en près de cinquante ans, l'hôpital des séjours est devenu un maillon des parcours de santé grâce aux réformes soutenant la recomposition de l'offre de soins par la réduction des lits d'hospitalisation et le développement ambulatoire.

Nous préciserons ensuite en quoi l'éclosion des parcours est aujourd'hui soutenue par la coordination des parcours de santé à travers la place qu'occupent successivement l'utilisateur et

---

<sup>5</sup> Instruction DGOS/R4/2022/189 du 21 juillet 2022 relative aux modalités d'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie pour mieux répondre aux besoins

les fournisseurs de soins dans les dispositifs ville-hôpital. Cette étape nous semble essentielle dans l'exploration du lien étroit qu'entretiennent parcours de soins, entrée de l'utilisateur dans le dispositif hospitalier et gestion des lits.

Nous achèverons logiquement cette première section par la gestion des flux et son usage actuel dans le monde hospitalier de sorte à la représenter comme un construit dyadique composé par les parcours de santé et la gestion des flux de patients. Nous verrons ainsi que son orchestration s'apprécie grâce à un management dédié à l'alignement et au pilotage des tutelles en direction des fournisseurs de soins. Nous terminerons cette étape par la gestion opérationnelle des lits en établissement de santé.

Le second chapitre de ce mémoire sera consacré à la réalisation de notre étude empirique. Nous présenterons en premier lieu, l'établissement de santé et le contexte dans lequel elle se déroule. Cela nous permettra d'établir des connecteurs logiques entre conceptualisation de la gestion des flux et parcours de santé dans notre analyse à venir. Nous exposerons ensuite la méthodologie et les outils utilisés pour interroger notre thématique sur le terrain et préciserons que celle-ci s'adosse à des données récoltées au sein de notre EPSM.

La présentation de nos données sera alors croisée aux concepts abordés dans une nouvelle section chargée de mettre en exergue les résultats à l'aune de notre conceptualisation. Nous apprécierons ainsi comment le ricochet des parcours de soins ondule vers les problématiques de suroccupation et de gestion des flux et lits dans les établissements de santé et plus particulièrement au centre hospitalier du Rouvray.

Nous émettrons subséquemment une série de recommandations stratégiques et opérationnelles rapidement mobilisables dans la gestion des flux et parcours de l'établissement. Celles-ci seront formulées à partir des données produites grâce à notre étude empirique. Nous commenterons enfin les limites et perspectives de notre recherche avant de l'achever par notre conclusion.

## I. Partie 1 : Cadre Théorique

### 1. Les réformes : de l'hôpital des séjours à l'hôpital intégré dans les parcours de santé

Il nous semble indispensable de débiter cette première partie en précisant le contexte dans lequel évoluent les établissements sanitaires depuis plusieurs décennies. Nous pourrions ainsi mieux comprendre les influences législatives et médico-économiques qui ont poussé les opérateurs de soins à réorganiser l'offre pour faire passer l'hôpital, des séjours au virage ambulatoire, puis à l'hôpital des parcours de soins.

#### 1.1. L'état : une politique interventionniste en ville et à l'hôpital

En France, la médecine hospitalière repose sur la loi Debré et l'ordonnance du 30 décembre 1958 portant création des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). C'est à travers elle que l'État renforce très tôt le rôle de l'hôpital d'après-guerre pour en faire le « *pilier du système de santé* » en matière de prévention, diagnostic et réadaptation fonctionnelle<sup>6</sup>. Jusque dans les années 1970 et dans le contexte économique favorable des « trente glorieuses », le développement des structures hospitalières s'est poursuivi avec une « *vague de construction des hôpitaux* » (Joncour, 2015,p.72), soutenue par le découpage de l'offre sanitaire en territoires géographiques avec la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Celle-ci fixe pour la première fois les capacités d'ouverture en nombre de lits des établissements et les autorisations minimales hospitalières pour les territoires. C'est dans cet environnement organisationnel que les dépenses hospitalières sont multipliées par quatre de 1950 à 1970 (Moison, 2012) alors que survient le premier choc pétrolier de 1973. L'impact sur le système hospitalier est fort ; il met un terme aux années « régaliennes de l'état providence » (Moison, 2012) invitant le législateur à réguler les dépenses de santé pour mieux contenir les déficits publics grâce à la mise en place d'un taux directeur de croissance chargé de limiter les dépenses. Le début des années 1980 est, quant à lui marqué par une volonté forte de l'État de renouveler les politiques sociales par la restructuration du système de santé. Les gouvernements successifs tentent de contrôler les dépenses de soins jusqu'à proposer de nouveaux modèles de financement comme le reste à charge des frais de santé (ticket modérateur). Ils votent le budget global hospitalier et le « forfait hospitalier » en 1982 en réponse aux effets inflationnistes du financement au prix de journée

---

<sup>6</sup> DREES. (2017). *Les dépenses de santé depuis 1950* (Vol. 1017). Récupéré sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>

qui incitait les établissements à maintenir un taux élevé d'occupation des lits ou prolonger les séjours pour répondre aux difficultés financières (Couty, 2013). **En 1996, l'État passe d'une politique de régulation des dépenses à une politique interventionniste.** Il institue la Loi de Financement de la Sécurité Sociale et l'ONDAM comme instrument d'orthodoxie budgétaire grâce aux ordonnances Juppé et dote les territoires d'outils de pilotage régionaux avec les ARH dont la mission est de planifier et rationaliser l'offre public-privé grâce aux SROS.

**En ville, et dans un objectif de régulation des dépenses, la loi du 13 Août 2004, confère une nouvelle place au médecin traitant. Grâce à elle, la notion de parcours fait son entrée dans le domaine de la santé** là où, par le passé, elle n'était restée que le fruit d'une expérimentation des ordonnances Juppé ou une tentative d'interdisciplinarité lors de la création des réseaux de santé avec la loi de Kouchner de 2002. Le parcours coordonné, outil de maîtrise des dépenses, devient un levier d'amélioration de la « *coordination et de la qualité des soins* » (Cargnello, 2019,p.69). Il est soutenu par la mise en œuvre concomitante du DMP comme instrument numérique de coordination. **Le médecin traitant devient ainsi le coordinateur de santé** (M. Bloch, 2014) **chargé d'identifier la demande de soins afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge par l'adressage des malades aux différents professionnels de santé en ville ou à l'hôpital.** Le non-respect de cette recommandation expose désormais les usagers à des majorations de tarification. À la même période, la loi « handicap » de 2005 pour l'égalité des droits et des chances tente de faire le pont entre les acteurs du sanitaire et du médico-social. Elle ouvre pour la première fois la voie au décroisement par la reconnaissance fondatrice du « handicap-psychique ». **L'utilisateur en santé mentale devient symboliquement le trait d'union entre santé et handicap.**

Dans les établissements de santé, le financement des établissements à la dotation globale prend fin en 2004 grâce à la mise en place du plan « hôpital 2007<sup>7</sup> » et l'arrivée du PMSI voté en 2002. La T2A devient l'appareil de financement des activités MCO dans les hôpitaux participants au service public hospitalier. Elle mesure les activités produites et alloue les ressources associées en regard des catégories de séjours et groupes homogènes de malades. La tarification à l'activité invite à l'efficacité et provoque rapidement l'accroissement de la productivité des soins dans les hôpitaux. Pour se conformer à l'enveloppe prévisionnelle de l'ONDAM, un mécanisme de sécurité par révision des tarifs (à la hausse ou à la baisse) est instauré en vue de limiter l'effet inflationniste du financement en cas de surproductivité. Les

---

<sup>7</sup> Plan Hôpital 2007, lettre d'information de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

pouvoirs publics souhaitent ainsi limiter la course à l'activité dans les établissements. En santé mentale, la dotation annuelle de fonctionnement perdure et voit arriver le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) comme outil de mesure des activités et instrument indispensable à de futures transformations.

## 1.2. Le virage ambulatoire prélude au développement des logiques de parcours

Favorisé par la modernisation des soins et le rétablissement plus rapide des malades, l'État amorce un nouveau virage avec le développement de l'ambulatoire. Cette nouvelle trajectoire hospitalière repose sur la réduction de la dépendance à l'hospitalisation par le développement des prises en charge sans hébergement. Par automaticité, ces nouvelles pratiques favorisent la réduction des frais de personnels et de structures associés aux soins et reportent dans le même temps, la réalisation de certains actes de soins et de suivi aux professionnels de ville (Bontemps, 2022). Pour soutenir ce nouveau virage, l'état élabore la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 comme **réforme structurelle du pilotage des territoires et de gouvernance des hôpitaux**. Elle fusionne les moyens de l'État (DDASS, DRASS, URCAM, ARH) par la création des ARS. Ces nouvelles agences régionales assurent désormais le pilotage de l'offre ville-hôpital grâce au développement des programmes régionaux d'organisation des soins (PRS/SROS). En sus, la loi encourage les hôpitaux à se fédérer sous la forme de communautés hospitalières de territoire afin de mieux organiser la complémentarité de leurs offres de soins. Pour accompagner ces mêmes changements en ville, elle étend le CPOM aux réseaux de santé et maisons de santé avec l'idée de promouvoir la gradation des soins, les parcours de santé et l'exercice territorial de la coordination<sup>8</sup>. À terme, l'objectif est double : contenir les dépenses de santé hospitalières (estimées à 78 milliards en 2009<sup>9</sup> soit 44,4% de la CBSM, dont 60 milliards pour le seul secteur public hospitalier) tout en garantissant l'accès de proximité aux soins pour les usagers. Dans un deuxième temps et pour impulser la dynamique ambulatoire, la loi réforme pour partie la T2A par l'introduction d'incitations financières puissantes. L'institution d'un tarif unique de séjour entre en vigueur pour certains actes de chirurgie conventionnelle pouvant désormais être réalisés en ambulatoire. Première d'une longue série de mesures, les incitations se multiplieront avec l'importation des « bornes basses » ou la subordination d'actes de chirurgies conventionnelles à l'accord préalable de la CPAM<sup>10</sup>. Sous

---

<sup>8</sup> DGOS.(2012). *Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?*

<sup>9</sup> Comptes nationaux de la santé. (2009). Fiche thématique, pages 4 à 5.

<sup>10</sup> Cours des comptes. (2018). Chapitre, pages 173 à 175. Le virage ambulatoire du système de santé ; de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital.

l'influence des réformes, toutes spécialités confondues, le virage ambulatoire s'installe avec la suppression de 82.000 lits d'hospitalisation à temps complet et la création simultanée de 30.000 lits à temps partiel entre 2003 et 2020<sup>11</sup>. En santé mentale, l'évolution du nombre de places dans les établissements publics suit la même tendance (-8200 lits) avec la recherche de nouvelles alternatives à l'hospitalisation comme l'hospitalisation à temps partiel. Un effet de report vers le secteur privé à but lucratif est toutefois observé avec l'ouverture de 3900 lits sur la même période. En 2020, 59600 lits d'hospitalisation à temps complet en santé mentale restent disponibles sur le territoire national. **Pour tous ces établissements, la suppression des lits devient « une opportunité de repenser globalement la prise en charge du patient autour d'une logique de parcours de soins »** (Coudrier, 2018,p.111). **Notons pour information, que cette politique posera les jalons de la gestion des flux de patients par l'ordonnement des lits que nous aborderons plus tard.** Ce virage ambulatoire et la réduction des lits dureront plus de quinze années au cours desquelles nombre d'événements viendront bouleverser la donne initiale. Alors qu'il en était encore à un stade de développement embryonnaire, le virage ambulatoire a vu apparaître de nombreux obstacles autour de lui comme :

- ⇒ Les inégalités géographiques d'accès à l'offre de soins décrites et le cloisonnement des réseaux ville-hôpital<sup>12</sup>.
- ⇒ L'allongement de l'espérance de vie
- ⇒ L'accroissement des maladies chroniques et des dépenses de santé associées
- ⇒ L'élévation annoncée de la population française à hauteur de 10% entre 2006 et 2030
- ⇒ Le choc du vieillissement démographique<sup>13</sup> à l'horizon 2020-2030 avec l'augmentation de 4.1 à 6.1 millions des personnes âgées de plus de 75 à 84 ans.
- ⇒ La pénurie des effectifs médicaux amenés à diminuer dans toutes les spécialités, en raison de la pyramide des âges et de la politique initiale de formation médicale en « Numéris clausus<sup>14</sup> ».
- ⇒ La crise des urgences hospitalières<sup>15</sup> associée à la crise de l'attractivité des professions de santé de 2019 et aux conséquences de la pandémie à la COVID19.

---

<sup>11</sup> Drees.(2022). Fiche 12 - L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé.pdf. Panorama de la DREES santé : les établissements de santé.

<sup>12</sup> B. Fragonnard.(2004). Rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

<sup>13</sup> Haut-Commissariat Au Plan (2023). Ouverture du rapport n°13 du 09 février 2023 : vieillissement de la société française et conséquences.

<sup>14</sup> Drees. (2009). Etudes et Résultats, n°679, février 2009 : la démographie médicale à l'horizon 2030 :de nouvelles projections nationales et régionales.

<sup>15</sup> A. Buzyn. (2019). Pacte de refondation des urgences « parce que chacun détient sa part de solution »



C'est dans cet environnement aux contours incertains que se développe la prise en charge ambulatoire. En filigrane de ce virage, **la loi HPST organise respectivement les soins de premier et second recours autour des médecins traitants et spécialistes. Elle restructure en profondeur l'offre régionale et territoriale des soins en plaçant le patient au cœur des dispositifs autour de l'équation distance-proximité d'accès. Les établissements de santé deviennent des plateaux techniques de troisième niveau dans un dispositif de gradation prévoyant la réduction des séjours hospitaliers grâce au développement de l'ambulatoire et l'introduction simultanée des logiques de parcours. Au quotidien cette volonté se traduit par l'organisation de filières inter-établissements grâce au projet médical partagé contractualisé lors des conventions constitutives aux GHT. Pour exemple le GHT Rouen Cœur de Seine, comporte aujourd'hui quatre filières avec la gériatrie, la périnatalité, les urgences et la pharmacie.**

Pour répondre aux difficultés rencontrées et parachever les transformations, l'État porte ensuite son attention sur les outils de planification afin de définir une stratégie d'ouverture et de décloisonnement commune aux secteurs sanitaires et médico-sociaux.

### 1.3. De l'ambulatoire au décloisonnement sanitaire et médico-social

Confrontés aux freins précédemment évoqués, les pouvoirs publics expérimentent de nouvelles réformes dans le médico-social. Il faut dans ce secteur aussi, apporter une réponse adaptée aux plus vulnérables, qu'il s'agisse des aînés ou des personnes handicapées. En 2014, le rapport Piveteau dit « zéro sans solution » souhaite la disparition des situations pour lesquelles il n'existe pas de solution institutionnelle. Il recommande la co-élaboration des politiques de territoire entre ARS – Conseil général sur la question des autorisations d'activités, financements et l'utilisation des PRS, SROS / SROMS et PRIAC comme outils intégratifs des nouvelles logiques de parcours<sup>16</sup>. Il propose en outre le rapprochement sanitaire et médico-social dans le cadre de prises en charge globales traversant le parcours de vie des bénéficiaires avec une liste de 131 propositions. En 2015, le maintien à domicile devient le nouveau modèle à renforcer pour mieux prévenir et accompagner la perte d'autonomie des aînés, avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Les actions de prévention (lutte contre l'isolement ou le suicide), la reconnaissance du statut de proche-aidant, la réforme des aides sociales (APA) et l'adaptation

---

<sup>16</sup> D.Piveteau. Rapport « Zéro sans solution » *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.*

des politiques publiques en matière de logements sont mises en place pour soutenir les plus de soixante ans. En plus du secteur de la santé, l'État rationalise et régule aussi l'offre médico-sociale afin de mieux répondre au défi démographique. La puissance publique suit ainsi les recommandations de 2010 du HCAAM prévoyant l'intégration des logiques d'accompagnement aux logiques soignantes. Pour faire face à la diminution des contributions sociales provoquées par la baisse du nombre d'actifs, le législateur doit parallèlement trouver de nouvelles ressources de financement. C'est ainsi qu'est née la cotisation additionnelle de la solidarité et de l'autonomie, reversée à la CNSA.

Fort de ces constats, le corps politique ambitionne de mieux redistribuer les dépenses publiques par la mise en place de réponses innovantes, adaptées, graduées et coordonnées. Le CPOM et l'EPRD font leur entrée dans la gouvernance financière du médico-social pour accompagner la recomposition de l'offre et le développement des « parcours de vie, de santé, d'insertion, et des parcours résidentiels » (Hardy, 2019, p.183). La démarche encourage vivement les opérateurs à mettre en œuvre de nouveaux modèles de fonctionnements « *inter-établissements ou services* » pour coordonner les prises en charge. De fait, les CPOM introduisent la volonté étatique de réformer et structurer l'offre en interne au sein même des ESMS et en externe dans les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux. **Le législateur souhaite la sortie des logiques de fonctionnement en silo et entend réunir les professionnels du sanitaire, du social, et du médico-social au profit des bénéficiaires. Le signal est donné de franchir le cap du décloisonnement des institutions et d'accélérer les transformations** souhaitées par la loi « handicap » de 2005 devenue insuffisante.

Dans les EPSM, la logique de parcours est renforcée par l'article 69 de loi de modernisation de 2016 qui introduit le fait que l'offre doit assurer « *proximité, accessibilité territoriale et continuité des soins psychiatriques* » par les soins ambulatoires de proximité et le soutien des équipes pluriprofessionnelles. La loi réaffirme les pratiques de sectorisation avec les Centres Médico-Psychologiques et les hôpitaux de jour situés à proximité des lieux d'habitation. Rappelons que ces derniers sont une partie de l'arsenal psychiatrique de secteur institué par la loi de 1985 relative à la sectorisation. La vocation du secteur psychiatrique est d'assurer « *un mode d'organisation privilégié permettant aux établissements hospitaliers publics et privés participant au service public de mettre à la disposition d'une population résidant sur une aire géographique donnée une gamme de prestations diversifiées de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion, notamment dans le cadre des équipements et services définis par l'arrêté du 14 mars 1986, au sein desquels le centre médico-*

*psychologique assure une fonction de pivot.* ». (Bauduret, 2022,p.14) La mission de ces centres de secteur est de permettre la réalisation des soins de santé primaires de la population, le suivi post-hospitalisation des usagers et le développement des partenariats par le découplage sanitaire, social et médico-social.

A la même période, dans les établissements de santé, les contraintes économiques jouent à nouveau le rôle d'accélérateur du changement. La CBSM est estimée à 199.3 milliards d'euros en 2018, soit 8% du PIB (Cargnello, 2019). Pour y remédier, primeur est faite à la prévention qui doit « *innover pour mieux soigner en proximité* »<sup>17</sup>. Le fil conducteur du texte est simple : le patient gagne en qualité de vie si la prévention limite ou repousse la survenue de maladies évitables. Le bénéfice est double pour l'État qui agit dans la maîtrise des dépenses tout en préservant la santé des citoyens. La puissance publique impose alors de nouvelles règles aux industriels (nutriscore, paquet de cigarette neutre...), finance l'accès aux soins (généralisation du tiers-payant). Dans un second temps, la loi oblige les établissements publics de santé à se constituer en GHT pour mutualiser leurs fonctions supports et développer l'offre ambulatoire à l'échelle régionale. **L'État passe ainsi de la recommandation de 2009, à l'injonction et accélère la mise en œuvre des parcours par l'interdépendance, la coopération et la nécessité de coordination qu'elle crée entre les opérateurs de santé.** De nouvelles incitations financières à la qualité voient le jour pour ouvrir l'hôpital vers l'extérieur grâce à la création d'indicateurs de processus tels que le « *délai d'envoi des courriers* » aux médecins traitants « *en fin d'hospitalisation* » (Aubert, 2022,p.23).

Pousser par les recommandations du HCAAM, la crise des urgences ou la pandémie à la COVID-19, l'État accompagne la constitution de réseaux « *stables, visibles et lisibles* » (Aubert, 2022,p.23) dans les parcours de soins. Grâce à la loi « *Ma santé 2022*<sup>18</sup> », il incite dorénavant les professionnels libéraux à se regrouper sous forme de CPTS ou maisons de santé afin de rassembler et fluidifier l'accès des usagers à l'offre des soins. L'exercice libéral isolé doit devenir une exception ; **ces nouvelles structures centrées sur l'articulation graduée et coordonnée des parcours entre la ville et hôpital concourent désormais au désengorgement des services d'urgences par la gestion des flux de patients grâce au retour remarqué de la permanence des soins ambulatoires dans le parcours de santé (PDSA).** Après un retrait initial en 2002 sous l'effet de la loi « *Mattéi* » la prise en charge des malades

---

<sup>17</sup> Ministère de la santé et de la prévention (2016). Dossier de presse : loi de modernisation du système de santé de 2016, Axe 2, page 10. Récupéré sur [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116\\_dp\\_loi-de-sante.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf)

<sup>18</sup> Ministère du travail, de la santé et des solidarités : *Ma santé 2022 : un engagement collectif* – Récupéré sur <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022>

redevient donc possible en ville et en horaires de garde chaque soir de la semaine (jusque 22h) et le samedi matin. Dans le même temps et pour lutter contre les effets des déserts médicaux, la « stratégie nationale e-santé 2020 » facilite l'accès aux soins et aux professionnels « à toute heure et à distance » avec la création du numéro unique 116-117 dédié à l'orientation des patients en demande de soins non programmés et non urgents. La régulation continue des soins urgents évolue quant à elle avec l'intégration des SAMU au Service d'Accès aux Soins (SAS) via le numéro 15.

### L'éclosion du numérique en santé donne le « la » aux parcours

Bien que ce ne soit pas l'objet de notre étude, notons à cette occasion que la stratégie du numérique est aussi à l'initiative de ces récents changements. Elle donne le « LA » au développement des parcours depuis 2012 avec des plans successifs (Jacquet, 2019) qui ont pour objectif d'ouvrir l'hôpital à son environnement par le numérique en termes d'usages (applications et services métiers) et de lieux où s'exercent la production des soins (la ville et l'hôpital). Le déploiement en demi-teinte du dossier médical partagé (DMP) aura ainsi cédé sa place à l'application « Mon espace santé » qui collige les informations du DMP et agrège de nouvelles fonctionnalités comme l'agenda des rendez-vous du parcours de soins, le magasin en ligne d'application e-santé et la messagerie sécurisée « MS Santé » destinée aux échanges entre acteurs de soins. Soutenu par le développement de la RGPD, le plan « Hop'EN<sup>19</sup> » et le « Ségur du numérique en santé<sup>20</sup> » ont ainsi facilité la mise en place d'un cadre de convergence des modèles de communication et d'interrelation des structures (MCO, SSR, PSY, HAD...) par la mise en œuvre de l'interopérabilité définie par la cour Européenne comme l' « *l'aptitude d'organisations disparates et diverses à interagir en vue de la réalisation d'objectifs communs ...par l'échange de données entre leurs systèmes de TIC respectifs* ». L'association francophone des logiciels libres ajoute que les interfaces numériques doivent pouvoir « *fonctionner avec d'autres produits ou systèmes existants ou futurs et ce sans restriction d'accès ou de mise en œuvre* »<sup>21</sup>. Cette recommandation d'interopérabilité est également en marche dans le médico-social soutenu par la CNSA et l'accompagnement de l'agence du numérique en santé. Dans un avenir proche, les applications métiers et l'alignement des systèmes d'information renforceront à nouveau la coordination des parcours par l'interconnexion des administrations publiques ou

---

<sup>19</sup> DGOS. (2019). Feuille de route du numérique, programme « Hop'EN », politique nationale relative aux systèmes d'informations hospitaliers.

<sup>20</sup> Agence du numérique en santé (2023), Comprendre le Ségur du numérique en santé.

<sup>21</sup> DNIM (2015) Référentiel d'Interopérabilité, version 2.0 : « standardiser, s'aligner et se focaliser pour échanger efficacement ».

privées, l'identification capacitaire en lits ou matériels des établissements grâce à l'alimentation numérique du répertoire technique de l'offre des soins (ROR) et la mise en relation des usagers avec les établissements et professionnels de terrain.

**Bien qu'elle ne soit pas exhaustive, nous pouvons dire au terme de cette rétrospective législative que depuis cinquante ans, la puissance publique réorganise l'offre de soins en réformant la tarification, la gouvernance, l'offre et les activités de soins. L'État est ainsi passé d'une logique de « *rationnement* » par la régulation des coûts à une logique de « *décloisonnement* » centrée sur les parcours et la coordination (Aubert, 2022,p.21). Aujourd'hui le décloisonnement libéral (CPTS, MSP...), social (DAC...), sanitaire (GCS, GHT...) médico-social (GCSM...) est de mise, porté par l'harmonisation des outils de planification, de gestion et le développement du numérique en santé. L'hôpital des séjours est devenu un maillon des parcours ; il s'imbrique dans la supply-chain de la santé que nous aborderons ultérieurement. Nous allons voir que cette métamorphose structurelle s'appuie sur une logique récente de parcours plaçant la prévention et le patient au cœur des préoccupations. C'est ainsi que, depuis plus de vingt ans, l'utilisateur de soins passe de la position du malade allongé à celle du citoyen debout capable de prendre en main son destin, de son parcours de vie à son parcours de santé.**

## 2. Le parcours et la coordination au service de l'utilisateur

Comme nous venons de le voir, la logique des parcours de soins s'est installée progressivement dans l'espace public dès le début des années 2000, sous l'influence des réformes et rapports successifs du HCAAM. Véritable changement de paradigme elle transforme l'hôpital des séjours en hôpital des parcours de santé centrés sur les personnes plutôt que sur la dimension curative des soins. Pour accompagner cette transformation, le pouvoir central s'est doté d'un arsenal législatif incitant établissements et professionnels au changement de posture et de doctrine. De nos jours, cette volonté est traduite dans le code la santé publique qui précise que le parcours est un « *élément constitutif des politiques de santé* » (Varroud-Vial, 2019). L'article L1411-1 ajoute en outre que les parcours visent « *la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population [...] afin de concourir à l'équité territoriale*<sup>22</sup> ». Nous allons maintenant interroger

---

<sup>22</sup> Légifrance (2024), Article L1411-1 - Code de la santé publique

cette notion de parcours afin de mieux en préciser les modalités à travers le prisme patient-coordination.

## 2.1. L'essor des parcours dans l'offre de soins

Comme évoqué précédemment, le concept des parcours est né des évolutions du système de santé et du besoin des usagers de s'affranchir des contraintes environnementales dans leur prise en charge. Ils se définissent<sup>23</sup> par « *une prise en charge globale [...] de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement* ». Initialement agencé sur « *l'équilibre des comptes de l'assurance maladie* », la notion de parcours s'est renforcée autour de trois grandes périodes de gouvernementalités (Aubert, 2022,p.20) intégrant tour à tour les logiques de décloisonnement et de coordination (Cargnello, 2019) avec :

Le parcours de soins (2004 à 2009) d'abord centré sur la « consultation de premier recours » puis les soins programmés et non programmés d'hospitalisation (SSR, HAD, USLD, EHPAD...). A cette époque, le médecin traitant est la voie d'accès aux parcours tandis que la HAS organise la standardisation des prises en charge ville-hôpital par la protocolisation (chemin clinique) et la mise en œuvre du « *disease management* ». Ce dernier soutient alors le virage ambulatoire par la responsabilisation des professionnels (éducation thérapeutique du patient) et du patient dans son « *auto-prise en charge* » (Morin, 2010, p.583).

Le parcours de vie de 2010 à 2012 : il intègre le parcours de soins précités et s'intéresse à l'ensemble des actions liées aux déterminants de santé, qu'ils soient sociaux (scolarisation...), environnementaux (logement...) ou familiaux. Dans ce registre des parcours, la trajectoire de l'utilisateur s'observe par la place qu'il occupe successivement à différentes périodes. Son parcours n'est pas linéaire, il subit les « *transitions* », « *tournants* » et « *bifurcations* » de la vie (Charruault, 2020, p.20). La coordination et la coopération des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux y est indispensable pour développer une offre globale, territoriale chargée d'accompagner les usagers. Notons que la politique de santé mentale « *embrasse les parcours de soins et de vie* » (Bauduret, 2022, p.16). Elle est placée sous le « *signe*

---

<sup>23</sup> ARS (2016), Rapport « Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers ; lexique de A à Z ».

*du décloisonnement* » et propose la sortie de l'hospitalo-centrisme grâce à la mise en œuvre des politiques de santé mentale déclinée depuis les PTSM en direction de la psychiatrie de secteur et des structures ambulatoires.

Le parcours de santé de 2013 à 2020 : Il combine des stratégies d'amont et d'aval entre opérateurs du sanitaire, du social ou du médico-social. Les actions coordonnées œuvrent dans les champs de la prévention, de l'accompagnement, du retour ou du maintien à domicile avant ou après le recours aux soins au service des parcours de vie. Cette troisième évolution des parcours s'appuie sur une « *approche populationnelle* » par groupes de patients avec la structuration de filières dans l'offre ville-hôpital (CPTS, MSP, GHT, filières de soins...), la gradation et la coordination des prises en charge des plus simples aux plus complexes. Ce développement des parcours est alors soutenu par des incitations financières communes à la ville et aux établissements de santé dans l'ONDAM.

**Nous comprenons ici que l'approche parcours dépasse et transforme les représentations mentales du soin. Elle s'appuie sur un profond changement des croyances en santé hospitalo-centrées et en complète les imperfections par l'anticipation et la mise en œuvre d'initiatives transversales reposant sur la coordination des actions au plus proche de l'utilisateur et de ses lieux de vie. Ce changement de paradigme est le fruit de trente années de réformes et révolutions qui ont conduit l'hôpital à passer des séjours aux parcours et le patient à évoluer du statut de malade à celui d'utilisateur.**

## 2.2. La place de l'utilisateur dans les parcours

Aujourd'hui, penser parcours suppose de prendre en compte la singularité de l'utilisateur et sa capacité à prendre des décisions, faire des choix autonomes ou accompagnés dans la gestion de ses besoins en santé à différents moments de son existence. Il faut ainsi considérer le parcours de soins à travers l'homme qui l'arpente et sa santé selon la définition qu'en donne l'OMS<sup>24</sup> c'est-à-dire celle « *d'un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette description nous invite à estimer que la santé est la résultante d'un ensemble de processus variables et successifs faisant passer l'individu d'un état à un autre au cours de sa vie. **De ce fait, la santé publique s'insère en amont des parcours des soins avec des actions de promotion de la santé. Elle est le socle du maintien en santé alors qu'en aval, le parcours de soins est un outil de prise en charge**

---

<sup>24</sup> OMS (2024), consulté le 04 juin 2024, <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>

**chaque fois que survient une demande ou une altération en santé.** Comprendons que la santé repose sur une grande diversité de facteurs contributifs comme l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, l'environnement... Pour la maintenir, il faut intervenir en périphérie de toutes ces composantes grâce à des actions coordonnées alliant prévention, promotion de la santé et organisation graduée des soins de premiers recours jusqu'aux plateaux techniques. Agir pour son maintien, suggère le concours de professionnels capables d'interagir dans la prise en charge ou la mise en relation de l'utilisateur et de ses proches avec l'environnement de santé qu'il soit social, médico-social ou sanitaire. Conformément à l'esprit des lois (de 2002, rénovant le médico-social et de 2005 pour l'égalité des droits et des chances) les projets de santé ne s'envisagent plus à l'intérieur des structures mais autour de celles-ci en s'ouvrant sur la cité et les dispositifs afférents (Richard, 2022). C'est ainsi que se dessinent en ville les opportunités de prise en charge globale des usagers par la prévention et l'accompagnement à l'aulne de l'inclusion et de la désinstitutionalisation (Guaquère, 2019). En pratique, ce constat nous conduit à subordonner le parcours de santé, à plusieurs facteurs étroitement liés à l'utilisateur lui-même ou à son environnement direct tels que :

- ✓ L'état de santé, son évolution et son évaluation à chaque étape du parcours de vie (fonctions cognitives, intellectuelles, relationnelles, dispositions physiques et physiologiques).
- ✓ L'identification des besoins en santé de l'utilisateur par le patient acteur pour lui-même ou le(s) tiers concourant à sa prise en charge
- ✓ Le potentiel d'implication de l'utilisateur dans sa prise en charge par l'appréciation de son degré d'autonomie, d'accompagnement (proche-aidant) ou de dépendance.
- ✓ La capacité du système à combiner des parcours standardisés / protocolisés (au sens de la HAS) ou personnalisés (prises en charge complexes) en y intégrant les capacités d'auto-gestion du patient (Aubert, 2021) ou de ses proches aidants dans l'identification des difficultés liées à l'enchaînement des étapes de prises en charge.
- ✓ La complémentarité des compétences dans la coordination des parcours.

Comprendons que le parcours est un processus complexe centré sur le patient, ses proches, l'évaluation fine de ses besoins initiaux et les interactions avec l'environnement et les professionnels de terrain. Nous allons maintenant observer en quoi l'élaboration des parcours raisonne avec les logiques de coordination et coopération.



### 2.3. Le rôle et les modalités de la coordination dans les parcours

La coordination des soins se définit comme une « **action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.** Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »<sup>25</sup>. Selon Jaeger cité par Sebai (2016, p.226) la coordination est une « obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir [...] résultant des obligations morales et politiques de la « coopération ». La première identifie la demande de soins et organise une réponse par un ensemble d'interactions synchrones contribuant à l'allocation de ressources pour y faire face. **La coordination relève du statut professionnel et du pouvoir symbolique du coordinateur. Elle correspond ensuite à un ensemble d'activités de coopération situées à l'interface de l'offre et de la demande de soins. Elle vise la continuité des soins par la répartition des ressources et la complémentarité des compétences entre acteurs de santé.** Elle repose pour cela sur la cohérence d'ensemble de trois niveaux d'actions (Le Boterf, 2008) :

Savoir coopérer : par la construction d'une vision partagée, l'usage d'un langage commun dans la communication (orale ou numérique) et l'apprentissage collectif basée sur l'analyse des résultats et « les retours d'expérience ».

Pouvoir coopérer : grâce à la mise en place d'un pilotage chargé d'orchestrer l'atteinte des objectifs par la mise en relation et la régulation des réseaux. Dans ce registre, chaque acteur doit savoir ce qu'il attend de l'autre afin de préserver son rôle dans l'ordonnancement des tâches.

Vouloir coopérer : par l'instauration managériale d'un climat de confiance valorisant la complémentarité, la compétence collective et la valeur ajoutée qui en résulte en termes de service rendu.

**Nous allons maintenant clarifier les modalités d'initiation de la coordination pour mieux comprendre comment elle se réalise dans les parcours de soins.**

---

<sup>25</sup> DGOS (2012) Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Récupéré sur [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf)

L'action de coordonner dépend donc de la coopération et de la capacité des organisations à définir des objectifs communs, identifiables et identifiés par l'usager et les professionnels. Selon l'étude de Sampson & al. (2015) nous pouvons aussi affirmer que le processus de coordination n'est pas l'exclusivité d'un seul acteur. Elle peut en effet être initiée par :

**Le patient** en direction du médecin traitant qui joue un rôle de coordinateur secondaire en réalisant l'adressage aux spécialistes (psychiatre, cardiologue...). Ce modèle repose sur la transmission précise des données cliniques entre professionnels permettant à chacun d'exercer son rôle de façon indépendante. Notons que dans cette étude, la maladie mentale impacte l'auto-coordination puisque dans 50% des cas le patient ne prend pas rendez-vous, ne s'y rend pas ou n'appelle pas le spécialiste. Le transport peut aussi avoir un effet dissuasif sur la capacité des usagers à se rendre au rendez-vous (par le rapport entre l'éloignement et l'accessibilité versus la maladie). Coordonner son propre réseau pour le patient implique de disposer de capacités personnelles et d'une motivation suffisante. Ces dernières sont directement en lien avec l'état de santé physique et mental. Pour mieux évaluer cet état et déterminer la capacité du patient à être son propre coordinateur, le médecin traitant peut alors utiliser des outils d'évaluation du patient.

**Les fournisseurs de soins** : comme le médecin traitant ou le spécialiste exerçant sur un même plateau technique. Ce modèle de coordination semble pertinent pour la gestion des parcours complexes dans le cas où le patient est limité dans ses capacités d'auto-coordination.

**Un tiers participant à la prise en charge** : comme un membre du réseau, (défini comme le regroupement de plusieurs filières) de **la famille** ou du parcours de santé à l'image d'**une infirmière** qui ne fait donc pas partie de la relation dyadique médecin-patient. Le tiers joue un rôle d'information, de programmation et d'orientation. Toujours selon la même étude, la réalisation d'ordonnances et l'adressage aux urgences des patients dépressifs ou schizophrènes sont significativement inférieurs lors du recours à un tiers. Nul besoin que celui-ci soit un spécialiste de la médecine ; il doit toutefois bien connaître les exigences liées à la fourniture du service de santé. **Le tiers est particulièrement utile en santé mentale et dans la gestion de cas complexes du fait de l'incapacité des patients à s'auto-coordonner.**

Ces différentes formes d'initiation doivent également bénéficier d'une structuration de l'offre pour s'exprimer librement.

## L'organisation des dispositifs de coordination ville-hôpital

Elle s'organise autour de la complémentarité des actions et des compétences et se dessine autour de trois échelons selon la place occupée par l'utilisateur dans le système de soins. En ville ou à l'hôpital, tous sont mis au service de la qualité et de l'efficacité des soins dans les parcours pour limiter la survenue de ruptures avec (Aubry, 2007):

- ⇒ **Le pilotage de la coordination** des organisations et structures de santé, chargées de **former et manager les hommes** tout en étant capable de **communiquer sur leur offre** en développant simultanément une nouvelle **valeur ajoutée par la mutualisation et le développement des coopérations** avec d'autres structures.
- ⇒ **La coordination de proximité** réalisée au plus proche de l'utilisateur grâce à l'écriture et la mise en œuvre du projet de soins à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Dans ce cas, le projet **repose sur l'interdisciplinarité souhaitée entre les acteurs du domicile, les structures sanitaires, sociales ou médicosociales.**
- ⇒ **La coordination d'appui** centrée sur les réseaux de santé (HAD, SSIAD...) et de coordination (MAIA, CLIC, SAMSAH...) avec **l'articulation des expertises** en santé par « *le conseil, le soutien ou le compagnonnage* ». Par définition, cette coordination est destinée aux acteurs de proximité ; **elle veille à l'analyse des situations et propose l'adoption de postures adaptées.** Elle est aujourd'hui particulièrement utile dans les DAC qui regroupent l'ensemble des dispositifs pour la gestion des situations complexes. Par extension aux nouvelles formes d'appui, nous pouvons y associer le recours aux équipes mobiles dirigées des EPSM vers les structures médico-sociales comme proposé par l'agence nationale d'appui à la performance.
- ⇒ **La coordination hospitalière par la cellule d'ordonnement**<sup>26</sup> : dont l'objectif est d'assurer l'organisation du séjour hospitalier et la trajectoire du patient dans le parcours de soins. Nous précisons les modalités de fonctionnement de cette cellule dans la section dédiée à la gestion des flux et aux recommandations de l'ANAP.

Ces différentes strates de coordination s'entremêlent autour de l'utilisateur et d'une grande diversité de professionnels aux rôles distincts et pourtant si complémentaires. Complétons

---

<sup>26</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

maintenant ces informations par un détour vers la gestion des flux de patients lors du recours à l'hospitalisation. Nous allons voir que ce mode de gestion tisse un lien étroit avec les parcours de santé et la coordination des professionnels de terrain chargés de concourir à la délivrance des soins.

### 3. La gestion des lits à l'hôpital : une activité placée sous le prisme des parcours

Dans cette partie, notre recherche prend une nouvelle dimension. En nous questionnant sur la place de la coordination, nous y avons secondairement intégré la question de la disponibilité de l'offre hospitalière dans un environnement ville-hôpital marqué par des contraintes médico-économiques à l'égard de la démographie médicale et de la raréfaction des lits d'hospitalisation. Dès lors, ces points d'intérêt suggèrent de nous intéresser à la capacité de réponse des opérateurs/fournisseurs chaque fois que survient un besoin en santé. C'est la raison pour laquelle nous allons dorénavant nous intéresser à la gestion des flux de patients pour mieux comprendre en quoi la fluidité du parcours impacte les flux de patients entrants et sortants lors du recours à l'hospitalisation. Cette partie sera ensuite l'occasion de préciser en quoi la gestion des flux hospitaliers télescope les parcours de santé avec le supply-chain management.

#### 3.1. Gestion des flux ou gestion des lits ?

La gestion des flux est une évolution naturelle des méthodes de production de masse mise en œuvre par le Taylorisme du début de XXème siècle, pour faciliter l'accroissement des capacités de production d'après-guerre. Elle naît initialement de besoins simples comme la nécessité de gérer des stocks et se complexifie à partir des années 1950 avec l'informatisation et le développement des puissances de calculs. Résultante d'une longue série de transformations, elle est définie comme « *toutes sortes de techniques et de moyens indispensables à l'optimisation de l'ensemble des activités qui vont de la fabrication d'un produit à sa mise à disposition pour un client* » (Balmana, 2001, p.2) En pratique, elle repose dans l'industrie sur le traitement des flux d'information et a aggloméré avec le temps les différents modes de production industriels tels que le MRP, MRP2, ERP, DRP (Balmana, p.6-10). Avec le DRP, la gestion des flux rencontre « le lean » management et la production en « Juste à temps » (Balmana, 2001, p.9). Aujourd'hui, ces différents modes de production et management reposent toujours sur trois modèles de gestion développés en fonction du moment où survient l'information de commande ou d'achat défini comme déclencheur des activités de production

(Balmana, 2001, p.3). **Par analogie, ce traitement de l'information est transposable à la gestion des flux de patients dans le système de santé hospitalier :**

**La gestion à « flux-poussé »** fait référence au fait que la production est indépendante du déclencheur d'activité (commande ou achat). Autrement-dit, il faut produire pour vendre, le produit est remplacé lors de sa sortie du stock, c'est la gestion en « *stock-replenishment* ». Par extension l'hôpital produit des soins d'hospitalisation sans gestion prévisionnelle des flux de patient. Chaque patient sortant est alors systématiquement remplacé par un nouvel entrant.

**La gestion à « flux tiré »** qui repose sur une gestion prévisionnelle. L'atteinte d'un niveau de commande préalablement défini détermine la production souhaitée en vue du réapprovisionnement, il s'agit de la gestion en « *reorder-point* ». Dans ce registre, la demande de soins des usagers tire l'outil de production des soins. L'atteinte d'un certain seuil en demande d'hospitalisation provoque la mise en place de stratégies en vue de produire des soins par le réapprovisionnement de la ressource en lits.

**La production « Juste à temps »** est une évolution récente du « *flux-tiré* » aussi appelé flux tendu. Elle propose de produire au plus proche de la commande client pour réduire le gaspillage et limiter coûts de production ou de stockage associés. Le JAT « *visé à fabriquer le produit en quantité juste nécessaire, au moment voulu et disponible à l'endroit voulu* » (Lyonnet, 2015,p.12). Nous reconnaissons dans cette formule la volonté de proposer : « le bon soin, au bon moment et au bon endroit » également traduite aujourd'hui dans la chaîne logistique du médicament avec « le bon médicament, au bon patient, au bon endroit ». Comprenons alors que l'hôpital et les parcours de soins produisent aussi en juste à temps. Cette méthode repose sur deux principes :

- **Le lissage de la production** qui consiste à produire chaque jour un nombre identique d'unités de la « structure produit » afin d'éviter l'impact des aléas du marché dans la gestion des ressources humaines avec la sur ou la sous-activité. Par extension le lissage de la production peut correspondre à la libération minimale d'un nombre de lits quotidien permettant de réduire l'impact des flux de patients. Nous verrons que cette recommandation existe avec le BJML<sup>27</sup> souhaité par la DGOS.
- **Le kanban** que nous pouvons traduire du japonais au français sous le terme d'étiquette.

---

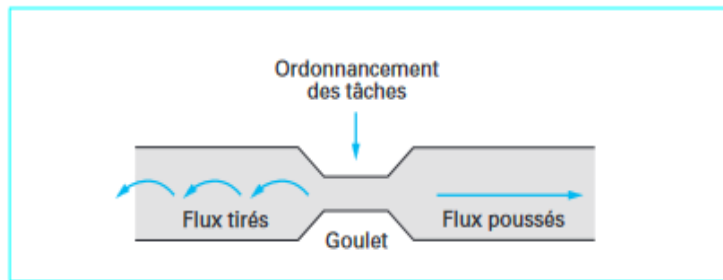
<sup>27</sup> DGOS (2019) CIRCULAIRE n° R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

Le kanban est utilisé dès qu'une pièce de la structure produit est consommée dans le processus de fabrication. Il devient le déclencheur d'activité en amont des postes de production. En pratique, l'étiquette « kanban » est déposée sur le container vide du poste de production d'aval de façon à être visible par le fournisseur d'amont. L'identification du Kanban par l'opérateur d'amont provoque alors le lancement des procédures de réapprovisionnement du poste d'aval grâce à la livraison des pièces manquantes dans un nouveau container.

En appliquant cette méthode à l'hôpital, il faudrait donc produire tous les jours un nombre minimum de lits disponibles pour accueillir les flux de patients. Le Kanban évoluerait ici grâce aux outils numériques de gestion « des flux synchrones » ou autrement dit, les solutions numériques capables d'offrir une visibilité en temps réel et à distance de la ressource en lits.

Notons au passage que ces modes de gestion des flux s'insèrent tous dans une **logique de pilotage associée à la satisfaction de l'expérience client grâce à la prise en compte de la « réactivité apparente »** et de « **la réactivité souhaitée** » (Balmana, 2001,p.3). La première correspond au juste temps de production nécessaire pour répondre à la commande client tandis que la seconde l'ajuste au délai d'attente raisonnablement estimé par le client dans la satisfaction de son propre besoin. En périphérie de ces deux composantes, l'entreprise organise la gestion des flux par la maîtrise des « *cycles d'obtention* » (Balmana,2001, p.3) correspondant à l'ensemble des temps supplémentaires situés hors ateliers de production comme le temps de préparation, d'emballage, de facturation ou de transports. A la lumière de ces informations nous comprenons que la qualité et l'expérience patient sont des leviers que l'hôpital doit aussi mobiliser dans sa gestion des flux de patients. C'est donc pour toutes ces raisons que les parcours de soins s'organisent à partir de l'exigence de qualité due au patient dans la satisfaction de ses besoins en santé.

**Au regard du sujet qui nous interroge, nous pensons que la performance globale du parcours patient influence directement la tension sur les lits à l'hôpital. De fait, la défaillance d'un seul processus parcours entraine l'arrivée du patient à la porte d'entrée des urgences hospitalières. Selon nous et au regard de la théorie des contraintes (Balmana, 2001), les urgences hospitalières sont soumises à un goulet d'étranglement pour lequel les directions doivent être en capacité de piloter une stratégie de production et de planification de la ressource en lits par la gestion des flux de patients avec le concours des professionnels de terrain et des partenaires de santé sur le territoire.**



Pilotage en mode OPT – TOC BALMANA, 2001

**Nous comprenons maintenant que la gestion des lits s’apprécie au regard de la gestion des flux. L’une est le miroir de l’autre ; les deux sont les facettes d’une même pièce mise au service des parcours de santé. Les urgences sont ainsi tiraillées entre les flux d’amont (en provenance de la ville et des partenaires) et la gestion des flux d’aval correspondant à l’orientation interne des usagers vers les unités de soins chaque fois qu’un lit se libère. L’aval de l’aval est ensuite à coordonner lors de la sortie avec les différents opérateurs du territoire. Nous allons maintenant nous intéresser à l’organisation de la gestion des flux en prenant la supply-chain de la santé et son management pour angle de lecture. Initialement développé dans l’industrie, le SCM de la santé est une des réponses possibles pour produire des soins adaptés en limitant les risques de ruptures de prises en charge grâce à la coordination des chaînes logistiques et le pilotage des flux de patients dans les parcours de soins. Cette partie nous autorisera ensuite à illustrer la gestion opérationnelle des lits au regard des recommandions de l’ANAP.**

### 3.2. La gestion des flux et le supply-chain management appliqués à la santé

Dans l’industrie, la supply-chain peut être considérée comme un *"alignement d'acteurs indépendants qui amènent des produits ou services jusqu'aux clients"* (Babei, 2022,p.60) en intégrant le consommateur comme dernier acteur. En supply chain management de la santé, le client devient patient. Selon Bentahar (2019,p13) il est défini par *« une stratégie de management agile des flux patients, physiques [...] et informationnels, en allant du fournisseur jusqu’aux utilisateurs finaux, afin de créer une valeur durable pour le patient »*

Pour répondre aux besoins de ce nouveau consommateur, le SCM de la santé à l’hôpital regroupe la gestion de l’ensemble des flux liés à la prise en charge et aux traitements, de l’approvisionnement à l’acheminement en passant par la gestion des stocks, la mise à disposition de produits et services de santé. Le SCM hospitalier (Sebai, 2016) intègre ainsi

l'ensemble des processus d'assemblage dans la mise à disposition des soins chargés de concourir au maintien en santé dans les parcours. La qualité fait donc intrinsèquement partie de son ADN puisqu'il repose sur le caractère approprié de la prestation délivrée à l'utilisateur au travers des obligations médicales et de la satisfaction qui en découle. **La production des soins de santé est donc une affaire de performance globale. Elle dépend de la mise en cohérence des actions des différents opérateurs et professionnels dans la mise à disposition et l'approvisionnement des différentes composantes du soin. La faiblesse d'un seul des membres de la supply-chain de santé risque de provoquer la rupture de prise en charge et/ou l'aggravation de l'état de santé.** Dans ce contexte particulier, le SCM de la santé est chargé d'organiser le **pilotage des flux d'information** dans les activités concourant à la satisfaction du patient (prise de rendez-vous, acheminement d'une thérapeutique...) en y associant la gestion des flux physiques (patients dans leur parcours, instruments médicaux de soins, gestion du linge...). C'est ainsi que le management des flux de patients se retrouve au cœur d'autres activités périphériques dans la chaîne de soins comme le nettoyage, la gestion du linge, la restauration... (Bentahar, 2019). Ce constat interroge les possibilités de coordonner toutes ces activités à l'hôpital en prenant en compte les demandes de soins programmées ou non et initiées par le patient ou un tiers en amont et en aval ou à l'occasion du recours à l'hospitalisation. Selon nous, c'est donc avec le SCM que la maxime suivante consacrée aux parcours prend tout son sens : *« ce n'est plus à l'utilisateur de s'adapter au système mais au système de s'adapter à l'utilisateur »*<sup>28</sup>.

### 3.3. Le pilotage stratégique des parcours de soins

En référence à Sampieri-Teissier, nous prenons le parti de fusionner dans cette section les apports du SCM au regard de la pandémie à la COVID19 (Sampieri-Teissier, 2020). En 2019, la pandémie à la COVID19 porte un coup de projecteur sans précédent sur la supply-chain de la santé. Le besoin en approvisionnement, masques, respirateurs, lits de réanimation ou lits de soins critiques impose une nouvelle contextualisation des pilotages stratégiques et plusieurs niveaux de coordination. La gestion des flux s'impose face à l'arrivée massive de patients à l'hôpital et la montée en charge des drive-in de test RT-PCR. Deux versants de la supply-chain émergent alors avec le management *« de la demande de soins »* (selon l'évolution pandémique) et celui de son offre, notamment en réanimation, afin de permettre *« la soutenabilité du système*

---

<sup>28</sup> Santé.gov (2022) Parcours de santé, de soins et de vie ; une approche globale au plus près des patients.



*de santé c'est-à-dire sa capacité à dégager une capacité de lits* » (Sampieri-Teissier, 2020,p130). Deux supply-chain co-existent alors avec (Sampieri-Teissier, 2020) :

**Le SCM en santé** dont l'objectif est focalisé sur **la chaîne logistique par l'approvisionnement, le transport, la gestion des stocks** (masques, respirateurs, tests, vaccins...) et la réduction des couts/gaspillages par l'étude des achats et la mise en place d'actions centrées sur les fournisseurs, distributeurs et producteurs de soins.

**Le SCM de la santé** qui s'intéresse à la **coordination des parcours de soins dans une « logique d'accessibilité et de continuité des soins » par la recherche en lits**. L'expérience patient est ainsi placée au cœur des préoccupations par le déploiement d'actions de coordination.

Les opérations à réaliser pour y parvenir, nécessitent ici, le décloisonnement des acteurs en charge des financements et politiques publiques ainsi que la rencontre des différentes structures et partenaires pouvant intervenir dans la prise en charge du patient. Selon Sampieri-Teissier (2020), le pilotage stratégique d'une supply chain requiert alors deux niveaux de coordination :

- ✓ La coordination par le pilotage stratégique et horizontal entre planificateurs tutélaires tels que les ministères, DGS, DGOS, ARS... Hors crise COVID19, nous pouvons dire au regard de nos recherches que cette coordination s'exprime à travers les PRS/SROS et les outils de contractualisation cités plus tôt.
- ✓ La coordination verticale descendante et ascendante entre agences de tutelles et établissements sanitaires

Ces deux niveaux autorisent ensuite une mobilisation horizontale des établissements grâce au **pilotage tactique prévoyant l'allocation de ressources et moyens**.

Selon Fabbe-Costes et Lancini cités par Babeï (2022,p62), le SCM de la santé hospitalier repose sur la transversalité des organisations. Ce management poursuit l'idée de *« synchroniser et optimiser la gestion des flux de patients, d'informations, de médicaments ou produits assimilés et de déchets »* entre établissements et services de soins par l'application de trois grandes pratiques :

L'échange et le partage d'informations : *« opérationnelles, tactiques et stratégiques »* (Mentzer et al. cités par Babeï, 2022, p.62) en temps utile au coordonnateur des soins comme

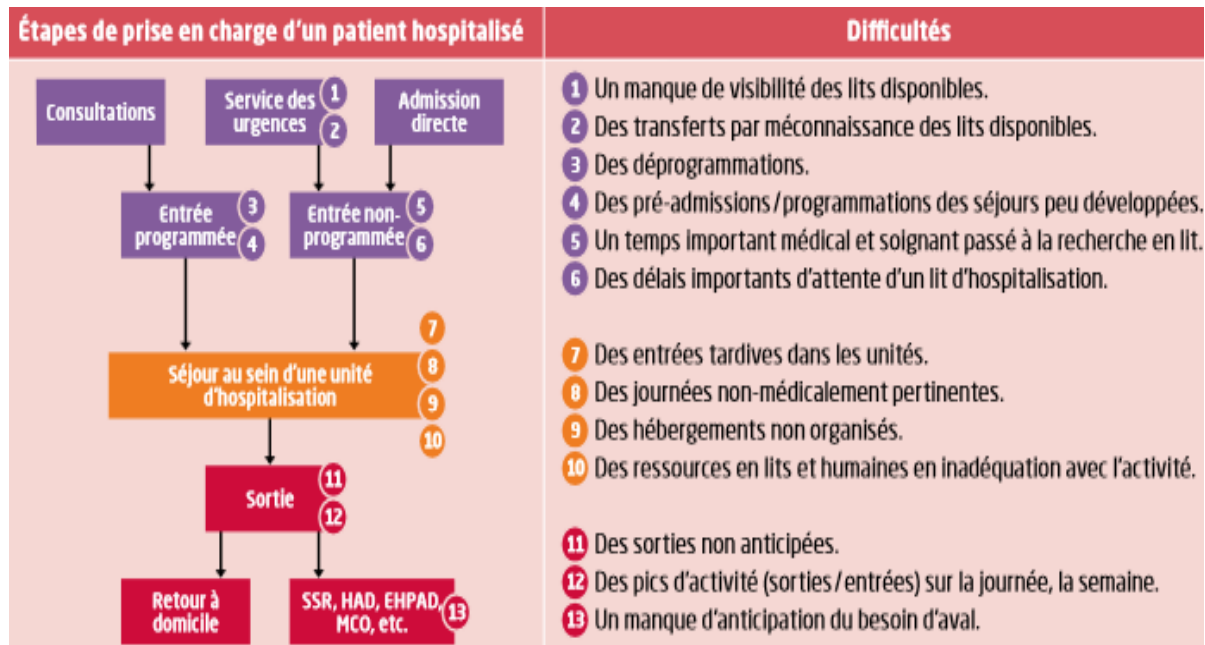
facteur clé de réussite. L'information peut être livrée sous différentes formes avec la communication formelle ou informelle et doit toujours être « *crédible, précise et pertinente* ». La gestion partenariale des relations avec les autres opérateurs et professionnels est indispensable. Dans cette étape, les relations doivent pénétrer le cadre organisationnel pour faciliter la gestion des stocks, l'approvisionnement, l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), ou la responsabilité sociale des entreprises (RSE). C'est ici que s'exprime la gestion de l'aval des hôpitaux.

L'orientation patient basée sur la relation « patient-hôpital » et l'ensemble des démarches systémiques de coordination permettant de créer de la valeur ajoutée par la qualité des soins et le retour en santé de l'utilisateur. Ce management correspond à l'organisation de la ressource en lits par le bed-management que nous allons aborder.

**Ces explications mettent en exergue l'intérêt du Supply-Chain Management dans la gestion des flux de patients. En effet, l'ordonnancement des lits s'imbrique dans les parcours de soins lors du recours à l'hospitalisation. Cette activité opérationnelle s'exprime comme une conséquence du pilotage stratégique et un résultat des relations entretenues dans la gestion des partenariats, l'orientation patient, le partage des informations à l'intérieur des unités, des GHT ou à l'extérieur avec les ESPIC ou les ESMS. Le management de la supply-chain s'intéresse ainsi à l'ensemble des activités à l'intérieur de l'hôpital tout en assurant la coordination des parcours de l'hôpital vers les territoires et inversement. Nous pouvons maintenant nous diriger vers une série de recommandations émises par l'ANAP et l'ATIH dans l'aide opérationnelle à la gestion des flux de patients. Précisons à cet égard que la gestion des lits est, selon nous, une traduction du lean healthcare (Zaghmouri, 2022) mis au service de la continuité des soins par la maîtrise des durées de séjours et l'organisation des parcours de la supply-chain santé. Par conséquent, le bed-management est chargé d'anticiper la production des lits en vue d'approvisionner les urgences et unités d'hospitalisation dans la fourniture d'un service de santé en prenant en compte la question des parcours de soins en amont et aval de l'hospitalisation (Soulier, 2022).**

### 3.4. La gestion opérationnelle des lits

Selon les recommandations de l'ANAP<sup>29</sup>, la gestion des lits est une réponse aux « défis des établissements » en matière de fluidification des parcours. Ces défis sont représentés dans une infographie que nous présentons ici pour sa pertinence :



L'activité de gestion des lits propose donc d'agir sur le parcours patient, la durée des séjours hospitaliers et le dimensionnement des capacités d'hospitalisation. Cette gestion doit assurer le décloisonnement des unités de soins avec les urgences et une meilleure coopération avec le service social, les structures d'amont (la ville) et d'aval (les partenaires médico-sociaux). (Nous retrouvons ici le fonctionnement horizontal des services SCM ainsi que le pilotage tactique et stratégique). L'émergence d'une « culture de gestion des lits » est ici indispensable à l'alignement des unités de soins vers une gestion prévisionnelle et une anticipation des séjours. Selon l'ANAP, les outils de planification comme **les contrats de pôle ont démontré leur intérêt dans l'atteinte des objectifs fixés aux services.**

#### Le pilotage stratégique de la gestion des lits

Différents pré-requis sont nécessaires à la mise en place d'une politique de gestion des lits comme :

- ✓ Le portage stratégique du projet autour du pilier DH-PCME-Direction des soins

<sup>29</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

- ✓ Le montage d'une équipe projet constituée du PCME / Contrôleur de gestion / Département d'Information Médicale (DIM) et de la Direction des systèmes d'information (DSI). Notons que le contrôle de gestion assure le suivi et l'analyse de l'activité et des indicateurs dont le taux d'occupation (défini comme le nombre de journées théoriques sur le nombre de journées réalisées) et le suivi de la Durée Moyenne des Séjours au regard de l'IPDMS (indice de performance nationale).
- ✓ La présentation et le suivi projet devant les instances COPIL et Directoire
- ✓ L'engagement de tous les acteurs (stratégiques et opérationnels) dans une conduite de changement soutenu par un plan de communication et des objectifs cibles à atteindre.
- ✓ L'élaboration d'un diagnostic partagé des problématiques de terrain et la mise en œuvre d'un plan d'actions concerté

### La fluidification opérationnelle des parcours patients

Elle doit s'intéresser à :

- ✓ La mise en place d'une gestion prévisionnelle centralisée soutenue par la visibilité en temps réel du nombre de lits et le regroupement des activités par filières de soins (urgences, gériatrie...) qu'ils soient programmés ou non.
- ✓ L'écriture d'un thésaurus médical des règles d'adressage hors unité de référence en cas de tension sur les lits. Cette pratique évite la perte de temps et les appels inutiles pour convenir des accords médicaux pour la prise en charge d'un usager en dehors de son secteur. Il est un élément facilitateur pour les bed-managers dans la gestion quotidienne des flux
- ✓ Le recours aux entrées directes comme possibilité de désengorgement des urgences
- ✓ Une évaluation précoce des besoins sociaux de l'utilisateur
- ✓ L'anticipation des sorties au matin afin d'accueillir le flux de patients en provenance des urgences au plus tôt
- ✓ L'adaptation des modes d'hospitalisation aux prises en charge : recours à l'ambulatoire (CMP et suivi), aux temps partiels (Hôpitaux de jour et de semaine)
- ✓ Réorganiser les unités en fonction des modes de prises en charge (soins libres et soins sans consentement) et spécialités (filières)

Le travail de la cellule de gestion des lits et le bed-management sont soutenus par un dispositif « hôpital en tension » en cas de flux important de patients aux urgences et la mise en place de filières.

### La structuration des parcours et filières à l'intérieur de l'établissement

Ce travail consiste en l'élaboration de parcours en filières chargés d'assurer la trajectoire des patients à l'intérieur des établissements en post-urgence immédiat. L'équipe projet à l'initiative de cette action est composée des médecins spécialisés, cadres placés sous l'autorité de la direction des soins et professionnels du DIM. L'objectif est de fluidifier le parcours patient. Lors de la mise en œuvre opérationnelle, l'évaluation est assurée par le suivi des indicateurs de DMS ou d'IP DMS en regard des groupes homogènes de malades. Les filières sont dimensionnées pour répondre aux besoins en santé d'un volume de malades pertinent, défini grâce à l'identification des pathologies les plus représentées dans le recours à l'hospitalisation. Ce même critère permet la mise en place de la DPS à l'intérieur de la filière.

Le schéma capacitaire doit également intégrer les spécificités territoriales de santé de l'établissement.

L'évaluation de l'existant ou filières à venir peut-être réalisée grâce :

- ✓ Au suivi des indicateurs de TO et DMS par unité de soins ainsi que séjours courts (une à deux journées) pouvant éventuellement être reportés en ambulatoire.
- ✓ Au suivi de la DMS en unité de courte durée

Ces évaluations soutiennent la suppression, l'augmentation ou le redéploiement des lits dans certaines filières.

### Mise en cohérence des ressources humaines avec l'activité

L'allocation des ressources humaines assure la prise en charge du patient « *au bon endroit, au bon moment* » en fonction de critères logistiques objectivés comme les entrées/sorties, nombres de lits disponibles. La mise en place de maquettes organisationnelles soutient la maîtrise de la masse salariale et la disponibilité des compétences nécessaires sur les lieux de soins. Le pilotage des ressources est assuré par une équipe-projet composée du directeur des soins et DRH associés au CSS, PCME et DAM. Ils définissent ensemble :

- ✓ Le dimensionnement en ETP par unité et nombre de lits
- ✓ La formation des professionnels
- ✓ La communication anticipée des plannings à trois mois pour limiter le risque de fermeture des lits et le changement de pratiques en cas absence des professionnels.

Le contrôle des ETP est assuré par le suivi des indicateurs :

- ✓ Indicateurs de recours au remplacement

- ✓ D'écart entre ETP rémunérés et ETP cibles
- ✓ ETP présents par lit occupé

### La coordination des séjours par la cellule de gestion des lits

Basée sur les évolutions de la supply-chain, ce type de coordination interface l'opportunité qu'offre le lean management (chasse au gaspillage) dans des établissements contraints par l'embolisation des lits. Les professionnels de cette cellule ont pour objectifs de mieux gérer les flux de « patients » et « d'informations » dans les soins non programmés et programmés (Fermon, 2015). L'équipe a pour mission la programmation des séjours, la recherche en lits et l'ordonnement de ces deux activités avec les unités d'hospitalisation (programmée ou non). Elle identifie la demande de soins et l'oriente vers la solution la plus adaptée en fonction des ressources disponibles en temps réel. L'objectif est de décloisonner les unités autour des coordinateurs qui y interviennent. En EPSM, le bed-manager peut également réadresser le patient en suivi ambulatoire après évaluation médicale.

- ✓ Les retours d'expérience montrent que ces cellules sont essentiellement organisées autour de soignants (65%) et d'administratifs (26%) choisis pour leurs compétences relationnelles, rejoignant ici la question primordiale de la gestion des relations partenariales en SCM de la santé évoquée plus tôt. Le pilotage de la cellule est assuré par un référent médical qui assure les arbitrages litigieux. Des liens hiérarchiques de subordination doivent exister entre les membres de la cellule pour éviter tout conflit.
- ✓ Dans l'idéal l'équipe dispose d'outils numériques de coordination pour une vision en temps réel.
- ✓ Elle fonctionne en horaires de journée de 8h00 à 18h00 pour correspondre aux périodes d'affluences généralement identifiées à l'hôpital.
- ✓ En absence d'une cellule dédiée, l'établissement identifie un interlocuteur aux urgences et dans les unités de soins
- ✓ Nous ajoutons ici la création du BJML<sup>30</sup> demandé par la DGOS 2019/235 aux ARS sous le mandat d'Agnès Buzyn. Cet indicateur permet d'anticiper les tensions en aval des services d'urgences par le lissage de l'activité (évoqué plus tôt avec le « *lean management* » et « *le juste à temps* »).

---

<sup>30</sup> DGOS (2019) CIRCULAIRE n° R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

## Préparation à la sortie et anticipation du parcours d'aval

La sortie requiert une grande coordination en lien avec toutes les professions au sein des unités d'hospitalisations. Elle doit donc être anticipée au plus tôt par la mise en place d'une date prévisionnelle de sortie qui donne le rythme organisationnel du séjour aux professions : médecins, cadres, infirmiers, assistants sociaux, secrétariats, agents de nettoyage et de brancardage...La sortie peut être reportée en fonction de l'état clinique mais la DPS initiale permet au bed-manager de suivre les sorties et les informations attendues dans sa recherche en lits. Les recommandations suivantes sont toujours à observer sous le prisme du lean dans le SCM de la santé avec le besoin d'optimisation et la chasse au gaspillage des ressources (quant au risque de basculer sur des séjours non pertinents).

- ✓ Les sorties doivent être réalisées le matin et suivies en termes de pilotage par des indicateurs de DMS et taux de sortie avant 14h00 au sein des unités. Les familles ou tiers doivent être prévenu au plus tôt par l'annonce d'un délai estimé de prise en charge énoncé dès l'admission. Les outils de checks-list de sortie sont utiles pour éviter les oublis et risques de rupture de soins en aval (prévenir l'aide au portage des repas, les aides à domiciles, infirmières libérales, courriers de liaison, rendez-vous de suivi...).
- ✓ Les besoins d'aval sont identifiés dès l'entrée aux urgences par une fiche d'évaluation reprenant l'ouverture des droits de santé, la situation sociale du patient, ses habitudes de vie... Cette évaluation détermine un score qui a pour effet de prioriser le délai d'intervention des assistants de service sociaux. Cette évaluation influence directement les demandes à adresser aux structures d'aval (par exemple avec le logiciel trajectoire) et la programmation des transports en vue de limiter les risques de ne pas en trouver le jour J.
- ✓ Le bionettoyage des chambres post-hospitalisations et le brancardage sont des informations à considérer dans la prévision de disponibilités pour la cellule de gestion. Ces informations sont des signaux à l'attention des bed-managers signifiant qu'un lit se libère. Notons qu'ils correspondent au management des flux physiques de patients dans la chaîne logistique en SCM de la santé.
- ✓ Un salon de sortie peut être dédié aux patients sortants en vue de libérer les lits pour les opérations de nettoyage et de mises à disposition. Notons que, dans ce cas l'état du patient doit-être satisfaisant pour éviter que l'arrivée d'un patient des urgences soit compromise par le changement dans l'état clinique du patient sortant. En termes de qualité, le recueil de l'expérience patient peut être effectué à ce moment par le remplissage du questionnaire de satisfaction.

### Partenariats avec les établissements d'aval

Les structures d'aval de type EHPAD, HAD, SMR...doivent être observées comme des alternatives à l'hospitalisation une fois la phase aigüe traitée. Elles sont choisies et adaptées aux nouveaux besoins des usagers en post-hospitalisation. Cela permet de libérer le plateau technique hospitalier au bénéfice de nouveaux entrants. Pour « formaliser » les partenariats, une équipe projet composée des chefs de pôles et directeurs d'établissements doit-être mise en place. Les rencontres peuvent aussi impliquer les assistantes sociales.

- ✓ Les résultats partenariaux doivent en théorie réduire les journées d'hospitalisation non pertinentes.
- ✓ Un suivi des indicateurs : dont la DMS, le taux et le délai d'acceptation des demandes doit permettre aux établissements de rester vigilants quant à la réussite des coopérations.

### Le suivi des séjours longs

Selon l'ANAP la notion de séjours longs doit-être définie au sein des établissements ainsi que la DMS prévisionnelle par pathologie. La mise en place d'une cellule des séjours longs facilite la gestion de ces parcours patients. Cette cellule est composée du DIM, DAF/DAM, d'un praticien hospitalier et d'un cadre supérieur de santé. La cellule assure ainsi l'étude et le suivi des dossiers de patients ainsi que les opportunités de sortie en aval de l'hospitalisation. Pour ce faire la cellule se réunit régulièrement et élabore des plans d'actions en fonction de l'avancée des dossiers. La stratégie proposée vise :

- ✓ L'identification et le listing des séjours longs par le DIM
- ✓ L'analyse des causes par une revue de dossier
- ✓ Le suivi des dossiers
- ✓ L'élaboration de comptes rendus de réunions et l'identification des leviers et bonnes pratiques facilitant la sortie des patients en situation de séjours prolongés.

### En conclusion de nos recherches conceptuelles

Nous pouvons désormais affirmer que les établissements de santé sont soumis à un environnement économique et démographique instable. Traversé par un grand nombre de réformes législatives et le bouleversement du numérique en santé, l'hôpital des séjours est devenu un maillon des parcours de soins. Cette intégration récente dans les parcours nécessite aujourd'hui de nouveaux ajustements pour lesquels les hôpitaux doivent élargir leur vision organisationnelle grâce à la co-construction de parcours à l'intérieur des établissements



(filières) et l'élaboration de partenariats tournés vers l'extérieur en direction de la cité et des autres opérateurs sanitaires ou médico-sociaux. La gestion des flux est donc une activité de coordination des sous-processus d'assemblages des parcours de soins mise au service des usagers grâce au supply-chain management de la santé. Dans ce registre, l'environnement hospitalier s'interface avec la ville aux points d'entrée des hôpitaux que sont les services d'urgences et services de soins programmés ou non. C'est à cet endroit qu'émerge la pratique de gestion des lits située aux confluent de multiples contraintes. Sa réussite dépend donc de la structuration de l'offre à l'intérieur des hôpitaux et de l'organisation territoriale des parcours de soins en amont et en aval de l'hospitalisation. **Nous comprenons désormais que les parcours de santé et la gestion des flux entretiennent une relation dyadique. La défaillance d'un seul de ces deux ensembles provoque la mise en tension du second.** Ces concepts étant désormais maîtrisés, nous allons maintenant présenter notre méthodologie d'analyse en débutant la partie suivante par la présentation du Centre Hospitalier du Rouvray, établissement dans lequel se déroule notre recherche consacrée à la gestion des lits et aux parcours de soins.

## II. Partie 2 : étude empirique et qualitative

### 1. Présentation du terrain d'étude et éléments de contexte

Situé en Seine Maritime dans la commune de Sotteville-lès-Rouen, le Centre Hospitalier du Rouvray est le 2<sup>ème</sup> établissement public de santé mentale de France en termes de file active. Acteur incontournable de l'offre de soins régionale et départementale, il représente respectivement 21% et 46% de la contribution aux différentes prises en charges psychiatriques des adultes, enfants et des adolescents en 2021<sup>31</sup>. Trente-neuf mille cent quatre-vingt-dix-sept patients y ont été pris en charge sous différents modes en 2022<sup>32</sup> pour un territoire démographique représentant environ 700.000 habitants répartis sur la Métropole Rouen Normandie, Elbeuf, Pays de Caux et Pays de Bray. Sur le plan statistique, le besoin en hospitalisation temps plein de cet EPSM est 15% plus élevé que la moyenne nationale avec un taux de recours de 323 journées pour 1000 habitants en 2020. En 2023, lors de notre recherche, l'établissement est confronté à une suroccupation chronique de ses lits d'hospitalisation avec une augmentation de 4% de sa file active à fin 2022 et un taux d'occupation d'environ 103% de janvier à juillet 2023. En octobre 2023, 4918 passages ont été enregistrés en unité d'accueil et d'orientation (UNACOR) soit 4% de plus que l'année précédente avec un taux de 49% d'hospitalisation (UNACOR et unités de soins incluses). Au quotidien, cette réalité se traduit par une sollicitation forte des praticiens hospitaliers et cadres de santé dans la programmation des sorties nécessaires à l'accueil de nouveaux patients en provenance des urgences UNACOR. Le déclenchement chronique du dispositif « Hôpital En Tension » (219 jours sur 244 sur la période observée) témoigne de cette mise en tension récurrente des 423 lits d'hospitalisation de soins non-programmés. Au début de notre recherche, l'établissement recense 170 patients en situation de séjours longs soit un tiers de sa capacité d'accueil en hospitalisation complète non programmée hors lits d'urgences psychiatriques. Malgré leur faible représentation dans la file active de l'établissement, ces patients contribuent malgré eux à l'embolisation des lits en hospitalisation temps plein. Ils présentent un problème de pertinence des soins dans le recours à l'hospitalisation prolongée accompagné d'un risque accru de désocialisation (Coldefy & Nestrigue, 2014). Notons pour information que l'établissement dispose également d'une offre de soins d'alternatives à l'hospitalisation avec 33 CMP, 20 CATTP et 42 unités

---

<sup>31</sup> Rapport d'activité du Centre Hospitalier du Rouvray 2022

<sup>32</sup> Source ANAP, PSY-DIAG (2024), consulté le 03.05.2024, [https://privatedata.anap.fr/views/PSY-DIAG\\_16953944305240/tdb1-Cartoglobale?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y](https://privatedata.anap.fr/views/PSY-DIAG_16953944305240/tdb1-Cartoglobale?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y)

d'hospitalisation à temps partiels de jour (loi de sectorisation de 1985 évoquée précédemment). Trente-sept mille patients ont été suivis dans ces dispositifs en 2022. A l'aulne de notre recherche, un audit organisationnel réalisé par l'ANAP précise que le taux d'occupation moyen de ces hôpitaux de jour est d'environ cinquante pour cent. Il s'accompagne d'un manque de visibilité des créneaux de consultation chargés de recevoir des patients non hospitalisés en CMP dans un délai de 72h lors du non recours à l'hospitalisation. **Ces premiers éléments de situation nous semblent importants pour mieux comprendre le cadre dans lequel se déroule notre recherche et le choix de la méthodologie académique retenue pour l'étudier.**

### 1.1. Présentation de la méthode qualitative

L'offre de soins proposée au CHR, s'inscrit dans un environnement complexe au sein duquel se télescopent gestion interne de l'organisation des soins (unités de soins et activités ambulatoires) et organisation territoriale de l'offre par les opérateurs sanitaires ou médico-sociaux extérieurs à l'établissement. Cette particularité fait naître un besoin épistémologique et ontologique de compréhension des phénomènes liés à la mise en tension de la ressource en lits. La recherche et l'analyse ontologique « *désigne la manière dont la réalité est envisagée en tant que construit social* » chez un répondant alors que l'étude épistémologique qualifie « *la relation entre le chercheur et l'objet de recherche* » (Giordano, 2003, p. 18). Comme évoqué par Kohn (2014), la recherche qualitative est un outil utile pour interroger largement les systèmes de santé dans leurs intrications avec leur environnement. Nous pensons que cette méthode encourage l'expression libre des professionnels rencontrés en s'organisant autour de questions simples qui facilitent l'appropriation de l'outil et la digression du discours de l'interviewé dans les pas du chercheur. Concrètement, l'enquête qualitative débute sous une forme générale avec des questionnements comme : « *qu'est-ce qui se passe ? quelles sont les dimensions du concept ? quelles variations peuvent exister ? pourquoi est-ce que cela se passe ?* » (Kohn, 2014,p.69). Sans conformisme, la démarche qualitative vise ensuite l'exploration et l'analyse du discours recueilli chez des répondants échantillonnés et rencontrés dans leur environnement pour leur représentativité quant au sujet d'étude. De fait, elle rassemble une grande énumération de données à travers le langage et convoite la recherche de leviers pertinents et mobilisables dans le cadre d'une recherche en sciences de gestion (Barthélemy, 2012). C'est donc naturellement que nous avons choisi cette méthodologie académique avant de repérer les instruments de recherche qualitative chargés d'accompagner notre étude empirique.

## 1.2. Choix de l'outil de recherche et programmation des entretiens

Nous avons ainsi identifié, trois grandes familles d'outils en recherche qualitative avec (Kohn, 2014) :

**L'entretien individuel** : au sein duquel l'interviewé et le chercheur s'entretiennent en présentiel ou distanciel autour d'un guide structuré à partir d'une question initiale suivie de points et concepts à aborder. Dans ce registre l'interviewer facilite la parole de l'interviewé. Il réagit en miroir aux échanges en vue afin de faciliter la verbalisation des opinions et l'expression du répondant.

**Le focus group** : qui s'attache à recueillir les verbatim de plusieurs participants au sein d'un groupe de professionnels choisis pour leurs profils. Cet outil propose une collecte des données centrée autour des croyances socio-professionnelles des répondants à l'égard du thème traité. Le chercheur peut sélectionner plusieurs groupes hétérogènes en fonction de l'étude réalisée, il doit toutefois veiller à l'homogénéité des profils au sein de chaque groupe enquêté.

**L'observation** : qui s'oriente sur la recherche active d'informations permettant de mieux comprendre les « *situations complexes* ». Elle repose sur une collecte des documents de terrain et l'usage d'outils tels que les « *check-list* ».

En cohérence avec les besoins de notre étude, nous avons fait le choix de l'entretien individuel semi-directif. Nous avons sélectionné cinq répondants, managers et opérateurs du soin, en suivant la méthodologie proposée en formation avec un échantillonnage compris entre trois et six interviews. Nous proposons maintenant de présenter ces professionnels dans un tableau récapitulatif organisé au regard de leurs caractéristiques socio-démographiques (**Annexe 1**).

Tous les entretiens de notre étude ont été réalisés en présentiel. Nous avons pris contact avec les répondants via les secrétariats pour la prise de rendez-vous avec les médecins et directeurs. La prise de rendez-vous avec le cadre de santé s'est déroulée à l'occasion d'un échange professionnel lié à notre mission dans l'établissement que nous préciserons dans la partie suivante. Tous les professionnels ont accepté de nous rencontrer environ quarante-cinq minutes ; tous ont eu le libre choix du lieu de l'entretien. Ces derniers se sont donc intégralement déroulés dans leur environnement direct au sein de leurs bureaux respectifs, dans un cadre connu, rassurant et sécurisant. Comme suggéré par Kohn (2014) nous avons utilisé une grille d'entretien réalisée à partir d'une question de démarrage ouverte et non restrictive afin de suggérer l'envie de converser (**annexe 2**). Nous avons ensuite adopté une posture

positiviste (Delacroix & al, 2021, pp. 27-55) en vue de recueillir des matériaux expérientiels chez des professionnels considérés comme sachant. L'emploi de l'énoncé « selon vous ... » dans notre formulation initiale a permis l'instauration d'un climat de confiance propice à l'échange, grâce auquel, nous avons cheminé et digressé avec notre interlocuteur au grès de relances conceptuelles. C'est ainsi que nous avons exploré les représentations mentales des différents interrogés en prenant le parti d'identifier les caractéristiques qui les composent dans notre thématique des parcours de soins et de la gestion des flux avec le bed-management. Bien que notre volonté initiale soit forte face à une thématique complexe, nous avons compris au cours des entretiens qu'il fallait aussi adopter une posture projective (Delacroix & al, 2021, pp. 27-55) pour mieux dépasser « *les réponses de façade* ». Il nous est ainsi arrivé d'utiliser des relances à compléter tel que « le bed-management pour vous c'est... » afin de plonger plus en profondeur vers le cœur de notre recherche dont nous allons bientôt exposer les résultats.

### 1.3. Résultats d'analyse : confrontation aux concepts et discussion

Avant de débiter notre présentation, nous souhaitons ici attirer l'attention de notre lecteur sur les conditions dans lesquelles s'est déroulée notre recherche universitaire. Nous allons voir dans le point suivant qu'elle est le fruit d'une méthodologie qualitative à laquelle nous apportons ponctuellement des compléments d'informations quantitatives souvent situés en annexe et obtenus lors d'un mandat de mission en gestion et recherche organisationnelle. Les résultats sont donc issus d'une étude académique complétée par l'opportunité d'une exploration concomitante des symptômes organisationnels liés à notre problématique.

#### Avant-propos méthodologique entre recherche universitaire et organisationnelle

Les résultats que nous exposeront s'appuient ici sur les principes d'une analyse lexicale regroupant nos données en fonction des parties du discours auxquelles ils appartiennent grâce à l'extraction des unités de sens : les verbatim (Delacroix & al, 2021). Ce n'est donc pas le choix des mots qui a retenu notre attention mais le contexte dans lequel ils ont été prononcés et parfois l'articulation entretenue entre un verbatim et un thème secondaire enchevêtré aux concepts énoncés. Nous avons ainsi conservé l'intégralité des verbatim lors de nos retranscriptions et analyses sans aucune exclusion. Celle-ci a été réalisée en entonnoir en dirigeant notre attention des thèmes vers les sous-thèmes pour mieux analyser catégories et unités du discours. Pour plus de facilité dans la présentation des résultats, nous avons sélectionné les verbatim les plus représentatifs de nos concepts dans le positionnement et le

discours de nos répondants. Notre présentation ne sera donc pas exhaustive. Comme évoqué précédemment, nous intégrerons ponctuellement des données quantitatives secondaires produites dans le cadre d'une démarche organisationnelle d'amélioration continue DMAIC Lean Six Sigma relative au mandat qui nous a été confié par l'établissement en parallèle de notre étude universitaire. Cette méthode s'organise en cinq étapes (**annexe 4**) avec l'emploi de techniques et outils statistiques dont l'objectif est la mise sous-contrôle de l'écart-type (Sigma) d'un processus dont l'écart est mesuré jusqu'à six fois (Six). Nous pensons que les informations secondaires obtenues lors de ces travaux sont à même d'explicitier certains facteurs organisationnels de suroccupation dans l'hôpital étudié. Précisons que la présentation de nos résultats DMAIC s'est déroulée après les entretiens de l'étude qualitative afin de ne pas contrefaire la posture de nos répondants. En effet notre recherche universitaire a été conduite de septembre 2023 à avril 2024 en parallèle de notre mandat organisationnel qui s'est achevé par une présentation de nos propositions aux instances hospitalières en CODIR et directoire le 10 mai 2024. Les résultats de l'étude que nous allons présenter sont donc le fruit d'une recherche académique et organisationnelle en gestion pour lesquelles nous formulerons et avons déjà formulé certaines recommandations professionnelles aux instances de l'hôpital.

Initialement libellée pour être : « Selon vous, comment peut-on expliquer et améliorer la mise en tension du capacitaire en lits de l'établissement ? » nous avons décidé de modifier notre énoncé au gré de nos recherches pour l'ouvrir davantage et l'amener au plus près des pratiques de terrain avec la formulation suivante : « Que pouvez-vous me dire de la suroccupation à l'hôpital ? ».

Cette interrogation a été le point d'ancrage de nos cinq entretiens. Elle nous a conduit aux résultats suivants que nous développerons et confronterons successivement à nos concepts. En préalable à notre analyse, nous recommandons de prendre connaissance des résumés de nos entretiens (annexe 3). La section suivante portera sur l'analyse des résultats liés au pilotage des parcours de soins. Nous aborderons ensuite la gestion des lits et la vision du bed-management chez nos répondants.

### 1.3.1. Le pilotage des parcours de soins

#### Le pilotage stratégique des projets de modernisation de l'offre DH-PCME-DDS

**Mr A :** (T.1.1.5) « c'est à nous de proposer aux ARS ... à partir du moment où on est en phase avec les médecins et les soignants... les ARS nous suivent. Ce qu'il faut faire, c'est travailler en transparence les uns avec les autres et en confiance. C'est comme ça que ça marche aussi avec nos tutelles ... elles apprécient beaucoup quand on prend des initiatives, quand on est innovant »

**Mr B :** (T.1.1.5) « on travaille au projet établissement (référence au DH), on va essayer de se questionner et de travailler autrement...ça me prend beaucoup de temps de travailler avec le PTSM pour peut-être des résultats qui ne sont pas encore tangibles...ici, on a la chance d'avoir l'oreille de l'agence...il faut décloisonner et travailler avec les forces existantes sur le territoire de la métropole qui sont nombreuses ». Mr B complète à propos de la modernisation des filières hospitalières : (T.1.1.5) « la réforme des autorisations nous dit attention en service fermé aucun patient en service libre. Le contraire n'est pas vrai ».

**Mme C :** (T.1.1.5) « la réforme avec la tarification à l'activité est porteuse pour le financement de l'ambulatoire ».

Ces trois témoignages démontrent que la coordination des projets est assurée en SCM (Sampieri-Teissier, 2020) par le pilotage stratégique et horizontal du couple législateur-ARS avec les réformes des autorisations<sup>33</sup> et du financement<sup>34</sup> en psychiatrie qui définissent un cadre d'exercice et des opportunités médico-économiques de développement. Le pilotage vertical descendant s'organise sur le socle d'une confiance réciproque ARS-établissement indispensable au pouvoir-coopérer (Le Boterf, 2008). Nous voyons que ce pilotage est réalisé à l'échelle d'un système (Sampieri-Tessier,2020). Il soutient l'adoption d'une posture proactive et innovante dans la conduite de projets avec le report mécanique des moyens tactiques vers l'ambulatoire suggéré plus tôt par Mr A.

#### Développement de la coopération ville-hôpital-ESMS vision stratégique des directeurs DH-DDS

**Mr A :** (T1.1.7) « il faut développer le 2ème cercle avec les CPTS, le DAC, les CLSM...essayer de prendre en charge en première ligne...tout ce travail avec la ville... il faut être membre des CPTS comme APSAR ...en tant qu'invité permanent... dans une relation gagnant-gagnant.: les projets, c'est aussi le CHR avec d'autres institutions...son GHT avec le CHU...et il y a des

---

<sup>33</sup> Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie

<sup>34</sup> Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

*gens qui savent faire du médico-social, du social, du handicap bah il faut qu'on travaille avec ces structures d'aval aussi ...car ça on ne sait pas faire ».*

**Mme C :** (T1.1.7) *« il faut aller vers les différents prestataires dont les médecins généralistes avec les CPTS... il nous faut aussi beaucoup plus de conventions et de partenariats médico-sociaux...pour des sorties programmées...on a un certain volume d'établissements avec lesquels on a des conventions mais on pourrait en avoir davantage ».*

Comme Isabelle Aubert (2022), nos deux directeurs estiment qu'il faut décloisonner les parcours de soins grâce à la coopération interdisciplinaire avec le réseau ville-hôpital et les ESMS. Leurs verbatim portent l'essence même de la loi « handicap de 2005 », devenue un trait d'union symbolique avec la reconnaissance fondatrice du handicap psychique. Nous comprenons, vingt ans plus tard que le décloisonnement des institutions et des réseaux de santé reste en cours d'élaboration avec l'éclosion récente des CPTS avec lesquelles il faut désormais conventionner en sus des ESMS. Dans la vision de nos répondants A et C, le conventionnement permettra de combiner stratégies d'amont et d'aval (Cargnello, 2019) grâce à la coordination d'appui ou de proximité (Aubry, 2007) et la mise en place d'actions coopératives favorisant l'émergence, le développement ou le renforcement d'une valeur ajoutée dans les parcours de santé. (Aubry, 2007).

#### Développement opérationnel de la coopération : traitement de la demande de soins urgente et adressage ville-CHR-CHU-ESPIC

**Mr A :** (T.1.1.8) *« si on avait de la télé-expertise organisée pour les généralistes...avec des psychiatres ça nous éviterait beaucoup d'arrivées à l'UNACOR ou au CHU »*

**Mr B :** (T.1.1.8) sur la question de la prise en charge des urgences hospitalières *« il y aura une complémentarité le jour où on aura une capacité d'admission à 48h, l'admission à 5 jours elle ne sert à rien<sup>35</sup> ... ».* (T.1.1.7) *« Pour moi la collaboration est bonne avec l'ESPIC XX...mais elle n'est pas satisfaisante avec l'ESPIC YY qui a un comportement irrespectueux de l'hôpital...je ne fais pas de demande à YY, sauf si un patient me le demande. Je suis déçu de la qualité des soins...pour l'instant c'est tous les soins de recours ici, zéro soin de recours là-bas ».* Mr B poursuit sur l'adressage vers l'UNACOR de patients en provenance des urgences du CHU (T1.1.7) *« Il faut qu'on mette en place un volet psychiatrique d'accès aux soins SAMU-Psy...une sorte de régulation de l'adressage des urgences ...faite avec des médecins de ville... une sorte de Doctolib. Le médecin du SAMU prend le créneau et adresse les personnes vers un généraliste...comme la crise d'angoisse ce n'est pas très grave en soi et ça peut se gérer en consultation ».*

---

<sup>35</sup> En référence à l'ESPIC YY



**Mme C :** (T1.1.8) « *aux urgences du CHU il faut une meilleure orientation vers le CASP ou les CMP...la porte d'entrée à l'hôpital pour le public lambda c'est le CHU* » ... « *on devrait pouvoir orienter nos consultations des urgences vers un CMP ou un hôpital de jour* »

**Mme D :** A propos de l'augmentation du nombre de passages aux « urgences » de l'UNACOR et du lien supposé avec les CMP (T.1.1.8) : « *c'est plus facile de venir aux urgences 24/24 que de venir dans une structure de jour qui ferme à 17h* »

**Mme E :** (T.1.1.8) « *on a une demande du PCME qui souhaite ouvrir des créneaux dans les CMP...je l'ai fait... on a tellement de patients que les créneaux d'urgences je les prends aussi pour mes suivis réguliers et éviter certaines hospitalisations quand les personnes vont mal. ... Des fois ça m'est arrivé que le médecin de l'UNACOR me demande de voir un patient sur le CMP mais rapidement ça veut dire dans les jours qui viennent, donc ça se justifie d'avoir un créneau dans une à deux semaines maximum...et je ne sais pas concrètement ce qu'il se fait dans les autres CMP* »

Limiter l'arrivée aux urgences par une meilleure coordination du premier recours (Bloch, 2014) est une question essentielle pour nos cinq répondants. Nous avons choisi ces verbatim car ils illustrent le besoin de développer la coopération dans plusieurs dimensions (Ville-CHU-ESPIC-CMP-UNACOR) grâce à la mise en œuvre d'actions conjointes des professionnels pour mieux orienter le patient dans le système de santé (Sebai, 2016). L'identification des ressources de chaque territoire et structure est alors indispensable à une pratique transversale de coordination qui doit ensuite interfacer et répartir les moyens dans l'offre de soins (Sebai, 2016). Comme nous le voyons avec Mr B, la qualité des relations partenariales avec l'établissement YY est un obstacle à la coordination effective des parcours. Les relations ne pénètrent pas le cadre organisationnel du CHR (Babei, 2022) freinant ainsi l'orientation du patient. La complémentarité des compétences quant à la question du traitement des urgences à 48h avec cet ESPIC ne semble pas assurée. En SCM, cette observation pourrait être interrogée via le pilotage stratégique des couples ARS-établissements (Sampieri-Teissier, 2020). En ambulatoire, la demande de créer des créneaux d'urgences formulée par le PCME (Mme E) souligne la volonté de l'établissement de mieux coordonner ses activités dans ses propres filières ambulatoires (coordination UNACOR-CMP-HJ) mais aussi le besoin de mettre en place une obligation fonctionnelle et morale de coopération (Sebai, 2016) par la définition d'une règle (en référence à Mme E) chargée d'harmoniser la quantité, le délai et la gestion des rendez-vous. Selon Sebai (2016), cette étape est indispensable au développement effectif de la coopération dans la pratique de coordination. Ajoutons que le traitement des flux d'informations (Bentahar, 2019) est intimement lié à ces propositions puisque la visibilité des rendez-vous devra être assurée. Les projets de développement inter CHR-ESPIC, CHU-CHR sont nombreux dont celui de mieux réguler l'adressage aux urgences avec le SAS-SAMU-Psy et l'appui à la médecine de

ville par la télé-expertise ou la coordination médecin-traitant vers médecin spécialiste. Toutes ces données rejoignent les affirmations d'Aubry (2007) avec le besoin de développer la coopération et les parcours de santé (Cargnello, 2019). Les fournisseurs de soins doivent ainsi se coordonner pour proposer une vision alignée des parcours de santé en facilitant le partage des informations « *opérationnelles, tactiques et stratégiques* » (Babei, 2022). Notons aussi que la coopération et les relations partenariales peuvent être réinterrogées au sens du savoir, du vouloir et du pouvoir coopérer pour tous nos répondants (Le Boterf, 2008). En effet, la définition d'une vision partagée, d'un pilotage par objectif et l'instauration d'un climat de confiance devra être développée avec la médecine de ville, le CHU, les ESPIC, les CMP et les HJ, au risque de reproduire le modèle de coopération dysfonctionnel avec l'établissement YY.

Au regard du verbatim confié par Mr A, nous proposons une analyse complémentaire des flux de patients se présentant aux urgences afin de préciser les établissements prioritaires avec lesquels travailler une coopération mise au service de la coordination des parcours (annexe 10 et 11).

### Développement de la coordination par les dispositifs de proximité et d'appuis

**Mr A :** (T1.1.9) « *l'hospitalisation est réservée aux cas de recours...il vaut mieux le penser comme ça, gradation des soins en fait, le soin au plus proche du patient...c'est à construire avec les CMP pivots et les structures de proximité...Il faut moins de patients suivis ici, plus de patients pris en charge au plus près de chez eux... Dans les centres pivots il faut offrir une palette de soins avec nos filières et nos spécialités...il faut positionner nos IPA beaucoup plus en amont aussi, en appui des structures de ville* ».

**Mr B :** A propos des CMP pivots (T1.1.9) « *ça va rester centré sur les psychoses, l'idée c'est d'amener les patients vers plus d'autonomie, moins de handicap et une accessibilité à une vie sociale, à l'emploi* » ... A propos de la coordination médecin traitant vers le spécialiste « *il faut aussi coopérer avec le médecin généraliste, j'ai un médecin généraliste qui m'interpelle, je suis médecin spécialiste...je réponds rapidement de manière réactive aux demandes qui me sont formulées par les acteurs de santé de ville* ».

**Mme C :** (T1.1.9) « *En plus des CMP pivots, il y aura des antennes CMP pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer...Il faut remettre l'hospitalisation dans le parcours de soins et pas de façon centrale comme une figure imposée...il faut s'adosser le plus possible à des maisons de santé avec des dispositifs d'infirmiers libéraux pour que nos patients psychiatriques aient un suivi somatique... on a un objectif de 40 IPA avec 4 IPA formées par an en plus des recrutements extérieurs...On les implante sur les CMP pivots, maisons de santé près des généralistes ça ne serait pas impensable d'avoir une IPA... comme sur nos antennes et CMP* ».

**Mme D :** à propos de la contribution que peuvent apporter les IPA dans le relais post-consultation immédiate des urgences (T1.1.9) « *Il y aura aussi les IPA qui vont venir dans la boucle et vont pouvoir voir du monde* ».

**Mme E :** (T.1.1.9) parle de sa coopération avec la médecine libérale « *On a pas mal d'adressage de médecins traitants dans mon CMP avec souvent un courrier...dans 90-95 % des cas des suivis qui durent...car le médecin généraliste a déjà fait un tri* ».

La coordination et la gradation des soins sont ici enchevêtrées à tous les verbatim de nos répondants. Dans leur vision, le CHR fournisseur de soins devient pilote d'une coordination de proximité (Cargnello, 2019) pour les usagers grâce aux CMP et centres pivots mais aussi coordinateur d'appui pour les professionnels de terrain grâce au positionnement des spécialistes en centres pivots et le soutien des IPA. Ces dernières permettront d'articuler les expertises en santé par « *le conseil, le soutien ou le compagnonnage* (Aubry, 2007) en direction de la cité et des dispositifs afférents (Richard, 2022). Ajoutons que deux verbatim importants et homogènes interrogent l'étude préalable que devra réaliser l'établissement dans son cycle d'accompagnement au changement pour assurer la mise en œuvre effective de la coordination dans les CMP et centres pivots :

**Mr B :** à propos des CMP : « *nos équipes de secteur elles ont été réduites à peau de chagrin ces dernières années* »

**Mme D :** « *les équipes de secteur, c'est peau de chagrin euh ce qui fait que les personnes souhaitant avoir des rendez-vous sont dans des délais d'attente trop importants* » ... « *on a fusionné les CMP et ça oblige des personnes à se déplacer et parfois la mobilité ne favorise pas d'aller vers l'ambulatorie* ».

Notons l'emploi de la formule lexicale réduite à « peau de chagrin » pour deux répondants. Empruntée au roman d'Honoré de Balzac<sup>36</sup>, cette expression invite à la réflexion quant au dimensionnement de ces structures en ressources humaines et professionnelles face à l'appauvrissement supposé et le risque d'en manquer dans la recomposition de l'offre ambulatoire. Comme nos auteurs, Mme D souligne la nécessité de prendre en compte les compétences d'auto-coordination des usagers de santé mentale (Sampson & al, 2015) dans le positionnement territorial des CMP antennes et pivots. Les CMP pivots seront des structures de coordination des parcours complexes (Sebai, 2016) pour le CHR qui se positionne désormais en tant que fournisseur de soins au plus proche de la médecine de ville (Sampson & al, 2015). Ces nouvelles structures devront elles aussi manager les flux physiques et informationnels (Bentahar, 2019) dont le transport (les dessertes en ambulances du territoire,

---

<sup>36</sup> Larousse encyclopédie des œuvres, Honore De Balzac (1831) : La peau de chagrin

les transports en commun...) et la visibilité numérique des rendez-vous afin de faciliter l'orientation et garantir l'accessibilité aux soins dans les parcours (Sampieri-Teissier, 2020).

### Développement de la coordination par la communication de l'offre

**Mr A :** (T.1.1.6) « *C'est très compliqué ce maillage, tous ces acronymes, c'est complexe, on ne s'en rend pas compte quand on baigne dedans...pour l'extérieur on n'est pas très visible, pas très lisible* ».

**Mr B :** (T.1.1.6) « *la demande des médecins généralistes à partir du moment où ils savent qu'on est là, et qu'on répond euh...c'est fluide* ». Il ajoute à propos du projet SAMU-Psy : « *il y aura une campagne d'information quand ça va l'ouvrir sinon les gens ne vont pas savoir que ça existe* ».

**Mme C :** (T1.1.6) « *il y a toute une communication sur le CASP, l'UMAPP...il faut communiquer sur l'offre au plus près du terrain* »

**Mme D :** (T1.1.6) « *il y a un manque cruel de communication au niveau de la diffusion de l'information ça ne va pas du tout si on communiquait mieux sur le parcours patient ça serait plus fluide, on gagnerait du temps, le patient serait plus rapidement pris en charge et puis il y aurait des orientations un peu plus adaptées* ». Elle ajoute à propos de la création de créneaux d'urgences UNACOR-CASP (T.1.1.6) : « *on a eu un petit loupé avec le CASP ils ont ouvert des créneaux d'urgence et on l'a su trois semaines plus tard* ».

Quatre répondants sur cinq évoquent le concept de la communication. Tous considèrent qu'il faut rendre l'offre de soins lisible et visible qu'elle soit actuelle ou à venir. Cette observation rejoint les observations d'Aubry (2007) pour qui le pilotage de la coordination passe par une meilleure communication des opérateurs de santé sur leur offre de soins. Ajoutons avec l'observation de Mme D que cette communication concerne également le CHR à l'intérieur de ses propres dispositifs et le pilotage managérial des informations par l'encadrement.

**Le développement des parcours de soins au CHR est donc une réalité pour tous les acteurs de l'organisation qu'ils soient agents stratégiques de l'organisation (DH-DDS-PCME) ou professionnels de soins (PCME-CS et médecin). Cette convergence peut devenir le socle d'une conduite de projet dédiée à de futures transformations. Notons qu'à l'heure où nous écrivons ces lignes, l'établissement débute un groupe de travail chargé d'identifier les leviers mobilisables dans le management des parcours en filières de soins-non programmés. Ce groupe est porté par la direction, la communauté médicale, les cadres et professionnels de terrain. Il reprend en préambule les recommandations que nous avons formulé à l'occasion de notre présentation en CODIR et directoire. La structure dispose donc de nombreux atouts pour développer son offre. Les freins identifiés lors de nos**

**entretiens feront l'objet de recommandations dans une section dédiée à la discussion. Dirigeons-nous désormais vers le management interne des flux de patients avec la gestion des lits mise en place chaque fois que se présente le besoin en hospitalisation dans le parcours de vie d'un usager.**

### 1.3.2. La gestion des lits et flux de patients

Le soin hospitalier est produit à partir d'une ressource indispensable à l'hébergement : le lit. Il faut donc envisager le lit comme l'un des ingrédients de fabrication des soins au même titre que peuvent l'être les thérapeutiques, les ressources médicales, les infirmières ou les services logistiques... Le lit compose donc la structure du produit soin (Balmana, 2001). Nous allons nous intéresser à cette ressource en termes de disponibilité, d'occupation et de pilotage.

#### La réduction et la rotation des lits face à la DMH et à la recomposition de l'offre de soins

Nous commençons ici par présenter le point de vue de quatre professionnels pour qui la réduction des lits est un facteur favorisant de la suroccupation. Ce choix de présentation nous est imposé par quatre répondants qui abordent cette thématique en réponse immédiate à notre question ouverte. Nous verrons à cette occasion que Mr A. dévoile son positionnement stratégique et tactique (Sampieri-Teissier, 2020) sur ce point :

**Mr B :** (T.1.1.3) « *il y a eu des fermetures de lits hein, c'est quand même tout à fait une des raisons... les directeurs ont toujours considéré qu'il y avait trop de lits* ».

**Mme D :** (T1.1.3) : « *il y a un manque de lits puisqu'en 2020, il y a eu une fermeture de lits... peut-être même une vingtaine avec la fermeture de l'unité XX* ».

**Mme E :** expose un propos qui s'apparente à la réduction des lits : (T1.1.3) « *On essaye de pallier à un manque de lits* ». Elle complète cette information avec une autre représentant la difficulté à faire tourner les lits. Nous retenons ce verbatim pour les pistes organisationnelles qu'il suggère dans nos recommandations à venir (T1.1.2) : « *Il y a certaines unités ou ils devraient être trois ou quatre médecins, donc le médecin a beau voir autant de personnes qu'il peut, c'est obligatoire qu'il n'avance pas aussi vite que quatre médecins* ».

**Mr A :** Deux verbatim abordent la gestion des capacités d'hospitalisation en lits pour Mr A. Ils sont immédiatement adossés à l'opportunité de recomposer l'offre ambulatoire et témoignent du positionnement stratégique de cet acteur sur la question (T.1.1.3) : « *il ne faut pas ouvrir plus de lits, il faut que les gens soient pris en charge au plus près de chez eux, c'est comme ça qu'on pourra recomposer notre offre vers l'ambulatoire* ». Mr B ajoute : « *...et notre DMH qui continue à augmenter...elle a pris trois jours l'année dernière ...la DMH moyenne c'est aux alentours de trois semaines euh... on n'y est pas...* ».

Cette analyse met en exergue les stratégies passées quant au pilotage tactique (Sampieri-Teissier, 2020) de la ressource en lits. Mr A. en poste depuis deux ans affirme son positionnement vis-à-vis de la réduction antérieure des lits (annexe 7). Il donne le cap à suivre avec un projet de recomposition de l'offre de soins qui s'accompagne mécaniquement d'un effet de report des moyens et ressources vers l'ambulatoire avec le déploiement suggéré de nouveaux dispositifs. Nous allons voir qu'il fait ici allusion au maillage ville-hôpital des CMP et des hôpitaux de jour liés à la loi de sectorisation de 1985 encadrant les activités ambulatoires (Bauduret, 2022). Conformément aux recommandations de l'ANAP, nous prenons donc la décision de poursuivre en considérant désormais que la maîtrise de la DMH<sup>37</sup> est un levier de performance pour l'établissement face à la réduction antérieure du capacitaire en lits (annexe 7). Ajoutons que cette diminution des moyens semble devenir un outil de redistribution des moyens vers l'ambulatoire.

### Le pilotage stratégique et opérationnel du bed-management

Pour information, lors notre recherche, le bed-management est assuré par Mme D en sus de ses missions de gestion des équipes de soins à l'UNACOR. Elle utilise un outil bureautique (tableur Excel®) mis à disposition du corps des cadres de santé via un dossier partagé en réseau consultable avec des droits en lecture, écriture et édition. L'outil souffre de dysfonctionnements et rend complexe la visibilité des lits puisque chaque cadre le complète aléatoirement en fonction de ses possibilités ou temps de présence. Malgré une règle institutionnelle de remplissage obligatoire à 09h00, 14h00 et 17h00, il est courant que ce tableau ne soit complet qu'à partir de 11h30-12h00 (90% du temps lors de notre étude qui se déroule de septembre 2023 à mai 2024). En journée, la coordination des lits est exclusivement réalisée par Mme D à l'aide du tableur Excel® et d'interactions téléphoniques régulières avec les cadres de santé des unités.

**Mr A :** (T2.1.1) : *« il faut qu'il y ait à un moment donné une sorte de cellule...avec un staff. Comme en MCO, l'ordonnancement est nécessaire...Pour moi un bed-manager c'est quelqu'un qui peut faire de l'accueil, du tri et de l'orientation. Il nous faut une meilleure visibilité sur nos lits vacants et pour ça il faut des outils numériques »* ... *« il y a un préalable, c'est une lettre de mission signée du PCME, de la direction générale ...avec la direction des soins... Le bed-manager doit avoir toute autorité, pour discuter... si on en met un qui est obligé d'avoir 36.000 appels pour autorisation... ça ne marche pas ...Il y a tout un travail à faire pour ça »*.

**Mr B :** à propos du bed-management : (T2.1.1) : *« je n'ai pas des idées très claires sur ce sujet... »*. Il poursuit toutefois en donnant plusieurs informations : *« avec la meilleure volonté*

---

<sup>37</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan



*du monde on est sur un truc qui est au doigt mouillé aujourd'hui...Si on arrive au jeudi matin et qu'il y a 2 places... là faut commencer à mobiliser les troupes parce que sinon on va taper dans le mur le weekend...pour lisser euh...il faut être capable d'avoir une sorte... de euh ...Je sais que dans l'unité XX, on a un tableau ou on se dit il y a les sorties cette semaine ».*

**Mme C :** (T2.1.1) « *il nous faut un organe de coordination de gestion des lits et qu'il soit en lien avec les CMP et Pivots et CHU...il y a une question d'anticipation à avoir dans la gestion des lits, j'avouerai que c'est le propre de tous les hôpitaux ...Il faut une validation très institutionnelle du trio DG, PCME, DDS...car le bed-manager va remettre en question les modes d'adressage... Un bon bed-manager se doit d'interroger et suivre la prise en charge et le parcours patient. « Il faut penser la sortie dès l'arrivée : il nous faut un outil commun de gestion des flux de patients, un outil informatique de disponibilité des lits et aussi des rendez-vous ».*

**Mme D :** (T2.1.1) « *aux urgences il y aurait du tri à faire, par exemple beaucoup de demandes de consultations pourraient relever de la psychologue en extra, pour moi il faudrait un bed-manager pour réorienter tout ça. Il faut une meilleure visibilité au niveau des lits...et que les patients soient vus et qu'au plus tard à 12h30 les patients soient sortis comme ça aux urgences on pourrait adresser nos patients en consultation ! ».*

**Mme E :** (T.2.1.1) « *Il faut quelqu'un dont c'est le rôle car ça prend beaucoup de temps à la cadre de l'UNACOR... (à propos de l'adressage) il pourrait y avoir une réunion de travail là-dessus pour essayer d'établir certains critères et que ce soit harmonisé sur tout le CHR... Il y a certains endroits c'est compliqué. On priorise avec qui est le plus malade et pas avec qui est le moins agressif, qui consomme le moins de stupéfiants, qui n'est pas SDF, ou ce genre de choses... »* Un autre verbatim nous semble important puisqu'il fait écho aux recommandations de l'ANAP et s'associe à l'absence de réponse du PCME sur le même point : (T.2.1.1) « *si on anticipe et que le patient ne sort pas, ça nous fait perdre du temps... on doit refaire une ordonnance, une lettre de sortie qui ne sera plus du tout la même. C'est pour ça qu'on ne prépare pas les papiers la veille...Si le patient veut sortir le matin je m'adapte, je fais les papiers dès que j'arrive le matin. Mais je n'anticipe pas ».*

Nous voyons ici que le pilotage stratégique nécessaire au portage institutionnel du bed-management est assuré par deux des trois acteurs clés<sup>38</sup> (Mr A et Mme C en l'absence du PCME). Nous percevons également le besoin de faire du tri et de l'orientation aux urgences alors que la composition d'une cellule d'ordonnancement reste à préciser pour quatre répondants dont nos directeurs. Mr A, Mmes C, D et E se rejoignent sur le besoin de positionner un bed-manager capable d'arbitrer les adressages grâce à l'écriture d'un thésaurus médical faisant autorité. Cette notion correspond aux préconisations de l'ANAP et aux enjeux de pouvoir qu'il faudra maîtriser pour accéder à une mise en place fonctionnelle de la coordination (Sebai, 2016). Nos répondants proposent également le suivi des flux informationnels (Bentahar,

---

<sup>38</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

2019) de gestion des lits grâce à l'acquisition d'un logiciel dédié comme le recommande l'ANAP. Quatre interviewés rejoignent ainsi l'idée de créer une cellule d'ordonnancement. Nous attirons toutefois l'attention sur le fait que Mr B et Mme E (médecins, dans notre échantillon) n'ont pas de vision du bed-management ou une vision partielle, contrairement à Mr A, Mme B et C. En effet, la recommandation de suivi des entrées, séjours et sorties par la mise en place d'une date prévisionnelle de sortie<sup>39</sup> n'est pas réalisée pour Mr B et manque de pertinence pour Mme E. Avec Mme D, Mme C. est la seule répondante à parler d'anticipation dans la gestion des lits tandis que Mme D précise un besoin de disponibilité en lit à partir de 12h30 pour les urgences. Le manque d'anticipation du besoin journalier minimum en nombre de lits limite ici la production de cette ressource en « juste à temps » (Balmana, 2001) comme le recommande par ailleurs la DGOS<sup>40</sup>. Nous proposons de compléter ces informations par l'identification quantitative du besoin journalier minimum en lits par jour de la semaine réalisé à ce jour sur 52 semaines glissantes du 30.11.2022 au 01.12.2023. (Annexe 9).

### L'occupation des lits : les séjours longs

Nos répondants ont tous évoqué l'embolisation des lits par des patients en situation de séjours prolongés.

**Mr A :** (T.1.1.4) : « 290 c'est tous les patients de plus de 290 jours qui stagnent dans l'hôpital et occupent actuellement 170 lits...pas loin de 55 patients (parmi les 170) sont là depuis plus de 5,10 voire 15 ans...ça veut que dire que 55 lits ne sont plus du tout actifs. On pourrait les fermer du jour au lendemain si les patients n'étaient pas là...on n'en sentirait pas le manque... si on récupérait la moitié euh...25 ça fait une unité d'hospitalisation quand même hein ce n'est pas rien » ... « Si on fait sortir ces patients on arrive à récupérer une respiration, on peut peut-être transférer nos moyens sur le virage ambulatoire vous voyez...et amorcer la pompe ».

**Mr B :** (T.1.1.4) : « on devrait plus en avoir (des 290) sauf peut-être quelques-uns bloqués pour des problématiques médico-légales et encore ce n'est même pas sûr ...s'il y en a 30 qui sortent bah c'est 30 lits qu'on va récupérer ! ». La poursuite des échanges explicite : « on a un patient qui avait été incarcéré pour homicide...on sait qu'il a un potentiel de dangerosité même si c'est très ancien, ... 10 ans qu'il vivait dans les bois. Bah celui-là quand il arrive on ne se dit pas tiens il va faire un forfait 8 jours ! ... Le temps de le soigner...d'ouvrir des droits sociaux, il y en a pour un an ! Si ces patients, c'est cent lits qui tournent un peu moins vite peut être que ça

---

<sup>39</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

<sup>40</sup> Circulaire n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire



vaudra le coup de faire des projets de soins dans les unités où on travaille vraiment sur la compensation du handicap ».

**Mme C :** (T1.1.4) « il y a les problématiques de patients au long cours que l'on a depuis plus de 290 jours ... en sachant que l'hôpital se structure aussi en filières spécifiques et généralistes ... Il y a tout un travail d'accompagnement social à faire ... Plus vite on identifie à l'admission les problématiques sociales moins on fait en sorte que la sortie de ce patient soit compliquée... il faut travailler avec les familles... et avoir un travail structuré avec les assistances sociales ».

**Mme D :** (T.1.1.4) : « ça embolise des lits sur des temps très longs (les 290) ... il y a un bon travail d'accompagnement social à faire avec ça... qu'il y ait une sorte de réunion hebdomadaire pour parler des projets...avoir une cellule ça permettrait de suivre et réinterroger régulièrement les projets ».

**Mme E :** (T.1.1.4) A propos de patients sans papiers : « C'est très compliqué d'avoir toutes les informations historiques...en préfecture...on n'arrive pas à faire avancer les choses avec la préfecture ou la MDPH parfois malgré le fait qu'on est déjà un partenariat je crois... il faudrait avoir accès aux informations administratives et sociales rapidement pour ne pas perdre du temps » ... A propos des opportunités de placement en ESMS : (T.1.1.4) « J'ai l'exemple d'un patient très chronique pour lequel on fait une demande MAS ... il a la cinquantaine donc il est entre deux...assez âgé pour aller à la MAS, on risque de se prendre un refus mais trop jeune pour aller en EHPAD, donc on attend un refus de la MAS pour éventuellement demander l'EHPAD quand il aura bientôt soixante ans quoi ». Pour « l'orientation FAM-MAS...on est dans des délais...qui peuvent prendre plusieurs mois voire plusieurs années ».

Ces éléments montrent que les « + de 290jours » (annexe 7) sont un des facteurs favorisant la suroccupation. Notons le retour du thème de l'asphyxie et de l'arrêt circulatoire dans le verbatim de Mr A. Sur ce point, la vision du PCME évoque la filiarisation recommandée par l'ANAP<sup>41</sup> et souligne qu'elle fait partie des opportunités d'actions. Il imagine à l'heure de notre interview une centaine de lits spécialisés pour des patients en situations légitimes de séjours prolongés. Notons que cette filiarisation est abordée par nos répondants sous la dénomination de psychiatrie polyvalente qui fait idéalement appel à un service de réhabilitation psychosociale renforcé également adossé aux CMP pivots cités précédemment. Ces verbatim démontrent l'importance de piloter la coordination par « la programmation des étapes de suivi » (Sebaï, 2016), le développement des coopérations extérieures (Aubry, 2007) et la complémentarité des compétences (Le Boterf, 2008) administratives, sociales et médico-sociales. Cette vision de la coopération permettra au CHR fournisseur de soins d'assurer une

---

<sup>41</sup> ANAP (2016 p.67) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

meilleure coordination des parcours (Sampson & al, 2015) pour ces patients de « + de 290 jours ».

### La filiarisation et la modernisation de la sectorisation comme levier d'amélioration des parcours

Pour information, le CHR dispose déjà de filières spécialisées en soins programmés dont certaines ont été créées par un effet de report des moyens lors de la réduction antérieure des lits en soins programmés. Ces filières spécifiques (addiction, gérontopsychiatrie, unités pour malades difficiles, psychoses résistantes, unité régionale des troubles thymiques, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, unités pour détenus hospitalisés...) complètent l'offre de psychiatrie générale des 20 unités de soins non programmés composant 410 lits d'aval de l'UNACOR. Les verbatim étant très nombreux sur cette question, nous décidons d'en retenir l'essentiel par l'agglomération de citations relatives à la filiarisation et à la modernisation de la sectorisation en intra-hospitalier.

**Mr A** : (T2.1.2) « *Comme au CHU avec Colonna, il nous faut aussi une unité de court séjour pour être l'aval de l'UNACOR, il reste une durée d'hospitalisation à définir* »... « *et nos filières on va peut-être en développer quelques-unes de plus, comme le premier épisode... avoir des unités fermées ou unités ouvertes avec le nouveau décret des autorisations... et les filières, elles sont hors secteur puisqu'elles profitent à tous...on va garder la psychiatrie polyvalente qui restera sectorisée par rapport à nos centres pivots* ».

**Mr B** : (T2.1.2) « *En spécialisant quelques unités on peut avoir **une bouffée d'oxygène** avec des lits qui vont tourner plus vite...C'est un vrai boulot à la fois avec le DIM et le Contrôle de gestion, les CS et CSS pour essayer de faire un estimatif...c'est toujours un peu compliqué de toiletter le secteur en psychiatrie, mais peut-être qu'il faut simplement le moderniser et se dire que ce qui a été conçu dans les années soixante-dix n'est plus d'actualité* ».

**Mme C** : (T2.1.2) : « *L'hôpital doit se structurer en filières spécifiques et généralistes... on va être plus attentif aux problématiques sociales et d'accompagnement et aux difficultés des structures d'aval avec les unités de psychiatrie générale.... Il faut aussi moderniser la sectorisation, la penser différemment par rapport à l'ambulatoire* ».

**Mme D** : (T2.1.2) « *il faudra des filières générales pour les personnes qui ne rentreront pas dans la case des filières... Il faut vraiment retravailler les projets et mettre le paquet au niveau du médico-social* »

**Mme E** : (T2.1.2) « *dans ces filières générales on va garder une espèce de grande sectorisation. Je pense que ça pourrait avoir un intérêt...avec la sectorisation on gagne du temps car on connaît les patients en fait* » (en référence aux « + de 290 jours »).

Cent pour cent des répondants abordent la filiarisation. Mr A, évoque l'unité de courte durée chargée de devenir un aval de l'UNACOR pour une patientèle spécifique (Projet UHCD). Cette unité « poumon » devrait assurer un rôle de tampon concernant certains profils de patients dont les séjours de courte durée (en soins libres) pourraient être rapidement réadressés vers l'ambulatoire. Notons que le seuil DMS recommandé par l'ANAP n'est pas encore fixé lors de notre entretien et que ce travail est réalisé avec une équipe projet conforme aux préconisations de l'agence<sup>42</sup>. La question de l'orientation vers cette unité interroge à nouveau la présence d'une cellule d'ordonnancement de tri, d'orientation et d'adressage. De son côté, Mr A. souligne l'importance du SCM dans le pilotage stratégique des filières (Sampieri-Teissier, 2020) grâce au couple horizontal législateur-ARS représenté par la réforme des autorisations en psychiatrie et la modernisation des unités ouvertes ou fermées (unités distinguant les patients en soins libres des patients en soins sans consentement). Le besoin de moderniser la sectorisation en intra-hospitalier et en ambulatoire résonne avec l'ambition d'une coordination pilotée par le CHR dans la recomposition interne de sa propre offre de soins. Notons que Mme E estime qu'il faut garder un modèle de sectorisation pertinent au regard des avantages de ce fonctionnement comme celui de mieux connaître les usagers proches de leur domicile. Les verbatim choisis pour Mme C, Mme D reprennent les mêmes constats en intégrant entre les lignes l'ensemble des unités à vocation générale qui seront chargées d'accueillir la patientèle qui « *ne rentre pas dans la case* » de la filiarisation. Ajoutons également, qu'en lien avec les propos de Mr B dans notre section dédiée au séjours longs, les unités devront prévoir le renforcement d'une offre polyvalente dédiée T.1.1.4 « *cent lits qui tournent un peu moins vite peut être que ça vaudra le coup de faire des projets de soins dans les unités où on travaille vraiment sur la compensation du handicap* ».

**En complément de ces informations, nous proposons un diagramme de flux patients (annexe 12). Ce schéma présente les différents points d'entrée de l'utilisateur dans le parcours de soins hospitaliers au CHR et témoigne des effets de la sectorisation sur les parcours. Il montre en outre qu'après son admission dans une unité XX, le patient peut être réorienté vers un nouveau service d'hospitalisation YY correspondant au lieu de sa domiciliation dans un secteur géographique (UF de secteur). Son séjour reprend alors et se poursuit au gré de déplacements ou transferts multiples. En effet, chaque unité de secteur peut décider en autonomie de reprendre un patient déjà admis dans une autre unité de subsistance (hors secteur) faute de lits. Cette particularité spécifique aux établissements**

---

<sup>42</sup> ANAP (2016 p.67) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan

**psychiatriques complexifie la gestion des lits de Mme E pour qui la visibilité des places n'est pas assurée du fait de nombreux transferts entre unités organisés aléatoirement entre 09h00 et 12h00. Ces derniers retardent la gestion des flux de patients admis en hospitalisation à l'UNACOR dès 09h00 le matin (annexe 8).**

**Mme D** nous avait confié un verbatim d'opinion sur le besoin de moderniser la sectorisation : « *les patients ne sont pas des personnes qui ont un numéro gravé sur le front, ce sont des personnes qui ont besoin de soins et on avancerait à un moment donné si on faisait fi du secteur* » dans l'hôpital.

Nous allons maintenant rassembler les informations obtenues lors de notre analyse qualitative et quantitative pour émettre une série de recommandations.

## 2. Préconisations en gestion de l'établissement de santé

Comme nous l'avons vu avec notre cadre théorique et notre analyse empirique, la gestion des flux est une problématique complexe corrélée aux parcours patients et au bed-management. Dans notre étude, la gestion des flux de patients se manifeste par le symptôme d'une suroccupation chronique. Nous proposons maintenant de formuler des recommandations de gestion organisationnelle, non pas en suivant la catégorisation traditionnelle en pilotage stratégique, opérationnel et tactique, mais en regroupant trois champs d'action : le pilotage de la suroccupation, la gestion opérationnelle des lits et des séjours longs, et la modernisation de l'offre ambulatoire. Nos recommandations ne sont pas exhaustives. Par choix, elles s'intéressent principalement à des leviers mobilisables rapidement ou à moyen terme.

### 2.1. Pilotage de la suroccupation

Au CHR, les stratégies passées de réduction des lits rencontrent aujourd'hui une problématique de suroccupation pour le volant restant des 423 lits de soins non programmés. Ce capacitaire est désormais embolisé par une partie de patients en situation de séjours longs et une augmentation remarquable de la DMH de 3 jours en 2023 par rapport à son niveau de 2017 (annexe 7). Ces deux problématiques cumulées provoquent un goulet d'étranglement (Balmana, 2001) pour lesquels plusieurs leviers peuvent être mobilisés rapidement et à moyens constants dans l'attente des projets de filiarisation ou de recomposition de l'offre ambulatoire :

**Amélioration du TO via un objectif de réduction de la DMH** : cet objectif doit être positionné au sein du contrat de pôle de psychiatrie de l'adulte dans l'établissement. Pour formuler un objectif SMART, nous estimons qu'une réduction de 1.5 jours sur 2025 permettrait

à l'établissement de retrouver un volant virtuel de 12 lits d'hospitalisation. En effet l'élévation de la DMH correspond à ce jour à 24 lits d'hospitalisation (annexe 7). Selon nous, l'ouverture de lits ordinaires priverait l'établissement du report des moyens et ressources recherché pour les projets de recomposition de l'offre ambulatoire, alors que dans le même temps, d'autres leviers existent pour faciliter l'accès aux soins en extrahospitalier. Notons que certaines primes financières, comme l'intéressement collectif, existent pour inciter les praticiens à atteindre l'objectif et valoriser leurs contributions dans ce registre.

**La rotation des lits :** Nous souhaitons revenir sur le verbatim de Mme E pour qui la dotation en personnel médical n'est pas la même dans toutes les unités. Pour ce praticien, l'inégalité en nombre d'ETP est un frein dans le suivi et la sortie des patients. Nous proposons donc que la DAMMS, la DRH et la DDS réinterrogent les effectifs RH et tableaux de bord pour évaluer le lien dotation en ETP/DMH des unités d'admissions dont la DMH est supérieure à l'indice de performance national de 30 jours. Ce travail devra croiser certaines informations dont : le nombre de lits et places des unités par densité démographique des territoires desservis, profils de soins des patients accueillis (critères CIM 10, soins libres ou sans consentement, déterminants sociaux), répartition médicale en nombre d'ETP et statuts (PH, Dr Junior, interne...). Cette action immédiate pourra être remobilisée pour l'identification des mêmes besoins lors de projets de filiarisation. Il sera donc un investissement immédiat pour la répartition des ressources humaines présentes et à venir.

**Lissage de l'activité - date prévisionnelle de sortie :** Notre étude témoigne d'un manque de coordination entre les unités de soins et l'UNACOR. Selon les propos recueillis, cette incohérence perçue, proviendrait d'un manque d'anticipation des sorties que notre analyse quantitative objective secondairement (annexe 8). Conformément aux recommandations de l'ANAP, il est indispensable de parler de la sortie dès l'admission. Par conséquent il serait intéressant d'estimer la durée prévisionnelle d'un séjour avec les patients, familles ou tiers participant à la prise en charge dès l'entrée à l'hôpital, ceci afin de mieux la préparer. Comme évoqué lors de nos recommandations en directoire et CODIR, les sorties pourraient être réalisées le matin afin de libérer des lits pour le flux de patients entrant à l'UNACOR (annexe 8). La mise en place d'un besoin minimum journalier minimum en lits (annexe 9) peut également être proposée, avec un objectif sectoriel de disponibilité d'un lit par jour pour deux unités (admissions et moyens séjours) dans le contrat de pôle (estimation moyenne de 10 à 12 lits par jour pour l'établissement hors entrées directes). Cette mesure associée aux autres recommandations permettrait à l'établissement de retrouver des marges de manœuvre dans

l'attente des projets de modernisation de son offre. Sur le plan opérationnel nous invitons à la mise en place d'une réunion quotidienne courte dynamique dans les unités de soins, animée par les cadres de santé autour des médecins et personnels paramédicaux à propos des patients pour lesquels une préparation à la sortie sera envisagée et ciblée. Développer l'usage des « stand-up meeting<sup>43</sup> » utilisés en lean management pourrait également être un atout complémentaire de levée des irritants sur ces questions périphériques dans le quotidien des équipes.

**Par ailleurs, le déclenchement chronique de « l'hôpital en tension »** croisé à un taux d'occupation de 107.3% en février 2024, témoigne de la difficulté à maîtriser la durée moyenne des hospitalisations. Bien que le lissage de l'activité soit pour nous un élément clé pour libérer quotidiennement des lits en aval de l'UNACOR, nous pensons que la production de lits disponibles s'appuie également sur la capacité des unités de soins à faire des relais de prise en charge vers l'ambulatoire dès que l'état clinique d'un patient le permet. Nous préconisons donc la mise en place d'un groupe de travail chef de pôle / médecin / DIM / contrôle de gestion / cadres pour identifier les critères CIM 10 diagnostics des patients favorisant le dépassement de l'indice de performance entre 30 et 60 jours, pour lesquels il serait utile déployer des suivis spécifiques et intensifs correspondant aux profils CIM 10 des patients retenus.

## 2.2. Gestion opérationnelle des lits et séjours longs

**Mise en place d'une cellule de suivi des séjours longs** : cet organe institutionnel recommandé par l'ANAP, pourrait être une force pour l'établissement dans sa gestion des lits. En effet, le CHR dispose de nombreuses ressources avec des conventions médico-sociales déjà existantes et des filières spécialisées telles que la gérontopsychiatrie. Certains praticiens hospitaliers sont également présents dans des structures d'aval grâce à la réalisation d'activités d'intérêt général. Nous pensons donc qu'un organe de gestion des séjours longs piloté par la DAMMS et la DDS pourrait mettre à profit le réseau de ces praticiens tout en facilitant le suivi et le traitement des dossiers. Idéalement composée d'au moins un psychiatre, un cadre supérieur de santé, un représentant des affaires médico-sociales et un professionnel du contrôle de gestion, cette cellule aurait toute autorité pour interroger les trajectoires des patients. Rappelons-nous, que pour au moins cinquante-cinq patients en situation de séjours prolongés, le maintien en hospitalisation complète n'a plus de valeur ajoutée et présente un risque accru de désocialisation (Coldefy & Nestrigue, 2014). Nous pensons qu'une cible prioritaire devrait être établie avec l'identification de 24 des « 55 » dossiers pour 2025. Le choix de ces dossiers relève en partie

---

<sup>43</sup> <https://leansixsigmafrance.com/blog/un-stand-up-meeting-efficace/>

des chances de succès de placement en ESMS au regard des modalités et critères d'admission (obtention réussie des notifications MDPH, âge des usagers, financement du placement, capacité à exprimer son auto-détermination dans le projet...). Un objectif de placement réussi de 8 à 10 lits courant 2025 permettrait d'améliorer la suroccupation en complément de toutes les actions précitées.

**Identification des facteurs de risque, « bed-blockers »** : nous profitons de la proposition précédente pour ajouter que le CHR ne dispose pas d'outil d'évaluation des problématiques sociales pourvoyeuses de séjours prolongés. Nous proposons donc que la DAMMS pilote la création d'un outil spécifique à l'évaluation de ces risques (patients vulnérables, majeurs protégés ou non, avec ou sans suivi éducatif, familles, conditions de ressources...) avec le service social du CHR. L'usage de cet outil devra être systématisé et suivre le patient dans son parcours dès l'entrée à l'UNACOR. Nous pensons que cet outil peut être rempli par l'assistante de service social de l'UNACOR pour les cas complexes ou les infirmiers qui réalisent le premier entretien d'accueil lors de l'admission en hospitalisation.

**Séjours longs et conventionnement avec les structures d'aval - mise en place d'une réunion trimestrielle** : comme évoqué par nos répondants, l'établissement doit à nouveau conventionner avec les ESMS pour développer des opportunités en aval de l'hospitalisation. Nous suggérons que les pilotes de la cellule des séjours longs aguerris au suivi des situations, soient également des relais pour discuter les opportunités de placements lors de réunions trimestrielles entre le CHR et les ESMS. Comme la direction, nous pensons qu'il est important de conventionner mais aussi d'intégrer et inviter ces partenaires dans une instance partenariale. Le décroisement et l'appui aux ESMS est, pour nous, la pierre angulaire d'une coordination intégrative des parcours par le renforcement d'une vision partagée autour des attentes et besoins de chaque opérateur. Cette instance sera un lieu privilégié d'amélioration de la coordination d'appui par le soutien des équipes mobiles du CHR aux ESMS grâce à la complémentarité des compétences de chaque partie prenante.

**Dispositifs d'appuis à la coordination en direction des ESMS** : Deux avancées peuvent être réalisées. La première consisterait au développement ou à la reconstitution des équipes mobiles existantes conformément aux préconisations émises par l'ANAP en novembre 2023. Plus de dix équipes mobiles composent cette « nébuleuse » pour laquelle l'offre est peu visible et/ou lisible en interne et en externe. Nous estimons donc qu'un travail de reconstitution permettrait de rediriger une partie des équipes mobiles (dont l'équipe mobile handicap) en appui des situations de soins. En effet, bien que le format de notre étude n'ait pas permis de faire

ressortir ces verbatim, Mr A et Mme C font état d'une psychiatrie relativement isolée fonctionnant encore en « *vase clos* » (T.1.1.2). De son côté, Mme C, parle d'un besoin de déstigmatiser les prises en charge psychiatriques en ESMS pour mieux réussir les placements. Selon nous, cette réussite passe par la coordination d'appui des équipes mobiles aux patients placés en ESMS. Pour ce faire, l'établissement devra réinterroger la composition et les missions de ces équipes en fonctions d'objectifs préalablement définis avec la DAMMS, la DRH et la DDS.

**Partenariat CHR-Préfecture pour les séjours longs en situation irrégulière** : Au regard des nombreuses connexions dont dispose l'établissement avec sa filière dédiée aux détenus et sa convention hôpital-police-justice, nous estimons que cette problématique peut être questionnée rapidement avec l'administration préfectorale et d'autres dispositifs comme les centres de rétention administrative afin d'éviter que des séjours ne se prolongent pour des raisons administratives.

**Partenariat MDPH-CPAM** : Au regard des informations de Mme E et C, les partenariats doivent être réinterrogés tant les délais d'attente sont importants dans le traitement des demandes (notification, obtention d'informations sur les droits ouverts...) au sein des organismes administratifs, CPAM, ou autres, dédiés à la perte d'autonomie et au handicap. Selon nous, les établissements de santé doivent bénéficier d'un guichet d'entrée unique performant au sein des institutions administratives (MDPH/CPAM). Par conséquent, nous pensons utile de relancer les échanges autour de cette thématique avec les partenaires du territoire afin d'éviter que des séjours ne se prolongent pour des motifs administratifs.

**Mise en place d'une cellule de bed-management** : un organe d'ordonnancement peut être mis en place au CHR. Il suggère toutefois l'investissement de moyens financiers dont une opportunité sur le fonds d'investissement régional (FIR). Bien que la visibilité en temps réel de la disponibilité des lits soit essentielle pour trois répondants, nous observons aussi des résistances dans les points de vue de Mr B (PCME) qui n'est pas formellement établi, et celui de Mme E, qui nous informe faire le choix de ne pas anticiper les sorties le matin. Celle-ci ajoute par ailleurs que certaines unités « choisissent » leurs patients au regard de leur profil social ou pathologique. Loin de juger cette pratique, nous pensons qu'elle est une réalité sociale, une « ficelle de métier » permettant aux équipes de faire face aux contraintes de la suroccupation à l'intérieur même de leurs unités. Selon nous, la suroccupation provoque ainsi l'émergence de pratiques cachées. Bien que l'achat d'un logiciel dédié soit indispensable et soit une de nos recommandations, nous préconisons en première intention, la définition d'un



thésaurus médical sur les modalités d'adressage et de sectorisation des patients en provenance de l'UNACOR. En l'absence actuelle de règle, le bed-manager ne fera pas autorité pour orienter les usagers en unité de soins. Cela se traduira par la nécessité de passer « 36.000 appels » comme nous le confiait Mr A (T2.1.1). Ce professionnel sera également confronté à la problématique de disponibilité des lits avant 12h00, sans un travail dédié aux heures de sortie dans les unités. Dans l'immédiat, nous proposons donc de positionner un infirmier d'accueil et d'orientation pour accompagner Mme E dans ses missions de bed-management. Dans un deuxième temps, les missions de cet infirmier d'accueil et d'orientation, pourront évoluer vers des fonctions de bed-manager grâce aux réflexions qui seront menées par le groupe de travail dédié aux « soins non programmés ». L'établissement pourra ensuite suivre les dispositions de l'ANAP avec la création d'une cellule de coordination dédiée et l'acquisition d'un logiciel associé.

**Le chemin clinique aux urgences et dans les unités, en attente de la filiarisation :**

La prise en charge d'un usager doit être optimale dès son entrée dans le parcours hospitalier. Au-delà des problématiques de flux et sectorisations rencontrées au CHR, nous pensons que la mise en place d'un chemin clinique pourrait améliorer la qualité de prise en charge et la DMH. Selon nous, une étude des opportunités de chemin clinique peut être réalisée par la communauté médicale dans l'objectif de « standardiser » certaines prises en charge pour lesquelles des recommandations de bonnes pratiques existent. Nous pensons que ce type d'actions limite la perte de chance liée à la mise en place tardive de traitements efficaces. Cette proposition s'appuie sur les échanges de terrain obtenus avec le PCME et Mme E hors étude qualitative. Selon ces professionnels, l'expertise en filiarisation représente un gain en termes de qualité et de temps passé en hospitalisation. Notons que, dans ce domaine, le Centre Hospitalier du Rouvray bénéficie de nombreuses expertises et publications universitaires pour accompagner ses équipes avec un portage des pôles adulte et enfant assuré par deux PU-PH.

**2.3. Modernisation et recomposition de l'offre ambulatoire**

**Mise en place de suivis intensifs en CMP et HJ :** Notons que des majorations financières sont proposées pour la mise en place de suivis intensifs dans le cadre de la réforme du financement<sup>44</sup> avec la dotation à l'activité. Concrètement les établissements peuvent recevoir une majoration de 20% pour les patients ayant bénéficié d'au moins quinze actes de soins sur

---

<sup>44</sup> Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

trois semaines dont douze jours actifs avec la prise en charge d'au moins deux intervenants. Selon nous, les objectifs d'amélioration du TO, DMH et de lissage de l'activité précités pourront être en partie atteints grâce aux perspectives de développement médico-économiques de cette réforme en ambulatoire. Ajoutons que la DDS devra communiquer sur l'importance du codage des actes de l'activité RIMP-P / PMSI des soignants afin d'améliorer et développer les perspectives financières de croissance liées à ces activités.

**Elargissement des horaires d'ouverture en CMP :** comme évoqué par Mme C et D, il est plus facile de se rendre aux urgences que dans une structure qui ferme après 17h00. Sur la base de ce constat, nous proposons l'élargissement horaire des plages d'accueil en CMP (jusqu'à 19h en semaine) afin de mieux accueillir la population en demande de soins spontanés et notamment les actifs peu mobiles en horaires de journée conventionnels. Nous pensons que les CMP ont ce rôle à jouer face à la difficulté d'accès aux soins dans certains territoires de santé de l'agglomération. Ce travail devra s'insérer dans un dialogue social efficace avec les différents représentants de l'établissement. Ajoutons qu'à moyens constants, cette proposition peut être réfléchié autour de la modification des horaires de travail de journée par la DRH, la DDS et les partenaires sociaux. Ils pourraient par exemple évoluer d'horaires de journée (09h à 16h40) à des horaires décalés (11h20-19h00) permettant aux soignants, infirmiers, assistant médico-administratif de débiter leur journée en alternance pour assurer l'accueil et la permanence des soins de 09h à 19h00. Notons que Mme C et Mr B, nous informent que les effectifs sont réduits à « peau de chagrin ». Par conséquent un état des lieux préalable devra être réalisé par la DRH et la DDS quant à la répartition des ressources humaines par profession exerçant en CMP.

**Concernant les hôpitaux de jour dont le taux d'occupation moyen est de 55% :** nous proposons la mise en place de relais et suivis intensifs après passage aux urgences pour des patients dont le profil est adapté à ces structures. Comme évoqué précédemment les réformes des autorisations et du financement de la psychiatrie incitent au développement de ces prises en charge en termes médico-économiques. Nous pensons que l'hospitalisation partielle peut être un recours alternatif à l'hospitalisation complète. Il s'agit ici d'inviter l'établissement à l'efficience autour d'un levier rapidement mobilisable, sous réserve de fixer un thésaurus médical (obligation fonctionnelle de la coopération nécessaire à la coordination de parcours) fixant les modalités d'adressage et d'admission dans tous les hôpitaux de jour de l'établissement. Ce travail devra être effectué autour d'une conduite d'accompagnement au

changement avec le concours de la DAMMS/DRH/DDS/DIM et d'une équipe projet composée de représentants médicaux, cadres et soignants.

**Contrôle de gestion - mesure de l'activité ambulatoire post-urgence immédiat :**

Comme suggéré lors de nos entretiens avec Mme E, la visibilité des consultations en ambulatoire en post-consultation immédiate des urgences reste faible, malgré la demande de Mr B de les généraliser. Il semble donc difficile d'adresser les patients des urgences en relais vers les CMP lors du non recours à l'hospitalisation. Nous estimons qu'après un passage aux urgences, un patient devrait être revu dans un délai de trois jours. Lors de notre enquête quantitative, nous n'avons pas objectivé la présence d'indicateurs de suivi des consultations en CMP, après leur passage en consultation aux urgences dans les outils du contrôle de gestion. Nous proposons donc à la direction de mesurer cette activité dès que possible par la création d'un indicateur de pratiques professionnelles que nous nommons : Indicateur de Consultation Post-Urgences (ICPU) avec un délai élargi à cinq jours. Nous affirmons que la présence d'indicateurs permet de monitorer une pratique professionnelle et son évolution dans le temps en termes de pilotage stratégique et opérationnel. L'établissement dispose actuellement d'un groupe de travail dédié aux soins non programmés consécutifs à nos recommandations formulées en CODIR et directoire. Nous proposons donc que ce groupe examine la visibilité des rendez-vous avec le DIM (logiciel Cortexte ®) et évalue l'opportunité de surveiller cette pratique.

**Communication et visibilité de l'offre ambulatoire :** Comme nous l'avons vu, le CH du Rouvray est un EPSM d'envergure composé d'une offre étendue. Ces unités de soins, filières, équipes mobiles, structures ambulatoires et partenariats maillent un territoire géographique et démographique important composé de multiples portes d'entrée dans les parcours de santé. Les coordonnées physiques, téléphoniques et numériques sont différentes pour chacune des structures. Nous proposons donc de débiter un groupe de travail autour de la mise en place d'un numéro unique d'accès aux soins psychiatriques ambulatoire dans les CMP, à l'image du projet réalisé par l'EPSM de Lille<sup>45</sup>. Cet établissement a fait le choix d'un numéro unique adressant les appels téléphoniques vers un serveur vocal intelligent capable de mettre l'utilisateur en relation avec son CMP de secteur. Nous pensons que cette solution limite les recherches de coordonnées fastidieuses pour des usagers souvent limités dans leur capacité d'auto-coordination (Sampson & al, 2014). Elle présente l'avantage d'être un outil de coordination des demandes en

---

<sup>45</sup> <https://www.epsm-al.fr/article/un-numero-unique-de-premier-contact-avec-les-centres-medico-psychologiques>

provenance des patients, familles ou tiers, fournisseurs de soins et praticiens libéraux grâce à une meilleure visibilité et accessibilité au réseau ville-hôpital. A l'image du projet SAS-SAMU psy évoqué par Mr B, un plan de communication efficace devra être mis en place pour faire connaître ce numéro unique à la population.

**Pour conclure cette partie, nous ajoutons que ces propositions ne sont pas exhaustives. Face à la complexité de recomposition des parcours patients, nous pensons que celles-ci sont les plus rapides à mettre en place. Selon nous, elles sont aussi les moins onéreuses en termes de moyens à l'exception du traitement des ressources humaines par profession et répartition (unités de soins, CMP-HJ) dont nous ne pouvons dire à l'heure actuelle vers quelles perspectives elles déboucheront. Face à l'effervescence des projets SAS-SAMU-Psy, CMP Pivots, Filières...nous avons fait le choix d'établir des préconisations immédiatement applicables quant à la suroccupation des lits. La direction aura la liberté de s'interroger sur le pilotage des projets relatifs aux parcours de santé. Nous allons maintenant présenter les limites et perspectives de notre étude.**

#### 2.4. Limites et perspectives

Notre première limite réside dans la complexité de notre problématique et son développement. Ce travail est le fruit d'une année de recherche et de progression dans notre cheminement intellectuel. Nous estimons avoir arpenté plusieurs sentiers et diverses trajectoires pour nous construire une représentation mentale aboutie de la gestion flux. Celle-ci a débuté avec l'étude des modes de gestion industriels des flux avant de se diriger vers ces évolutions récentes avec le supply-chain management. Cette trajectoire a forgé un socle de compréhension, dont la solidité soutient aujourd'hui notre appropriation des concepts de flux tirés, flux poussés et « Juste à temps ». Nous avons ainsi constaté, que les établissements de santé sont soumis aux mêmes exigences de maîtrise des flux que les industriels dans leurs processus de production des soins, notamment dans la gestion des parcours de santé et la gestion des lits. Cette partie occupe une part importante de notre cadre théorique. Paradoxalement, chaque section de notre cadre (parcours, coordination, SCM, gestion des flux) pourrait faire l'objet d'une étude unique. Nous avons fait l'économie de nombreuses informations mais il nous a semblé indispensable de conserver à minima ce qui construit et présente notre représentation intellectuelle de la structure produit « soins » dont l'une des composantes est la disponibilité en lits. Avec le recul, nous pourrions désormais aborder le parcours patient via le prisme du supply-chain management de la santé, qui ne fait qu'effleurer ce travail de recherche, en approfondissant

cette thématique grâce à une nouvelle étude théorique plus élaborée. Notre seconde limite provient de notre échantillonnage. Malgré cinq demandes formulées auprès de l'ARS (deux fois par téléphone, cinq fois par courriel) nous n'avons pu obtenir à ce jour de réponse favorable pour interroger un spécialiste des parcours patient au sein de l'agence. Nous pensons qu'une interview supplémentaire aurait explicité le pilotage horizontal et vertical de l'organisme de tutelle avec les établissements sanitaires et médico-sociaux puisque nos répondants font état de difficultés dans la coordination des parcours d'urgence (avec un ESPIC pour Mr A) et l'orientation vers le médico-social en aval (Mme C, Mme D, Mme E). Bien que la volonté de coopération soit évidente au CHR (SAS-SAMU-Psy, conventionnement ESMS, CPTS...), il nous semble important de connaître le point de vue de l'agence régionale quant à la répartition des autorisations en lits et places dans les établissements et éventuellement dans le fait de pouvoir disposer d'un « réservoir » de lits dédiés aux parcours et partenariats entre établissements. Selon nous, cette question non traitée soulève l'importance de la coordination inter-établissements à l'échelle des territoires de santé. Elle s'insère mécaniquement dans l'investigation du pilotage en supply-chain management. Notre troisième limite s'intéresse aux traitements des verbatim. A l'image de notre étude, le classement de ces derniers a été complexe puisque nos répondants sont impliqués dans toutes les dimensions de l'organisation de l'établissement (dans le pilotage interne avec la recomposition en filières, la modernisation de la sectorisation et de l'offre ambulatoire) et externe (pilotage des parcours). Face à une thématique précise et paradoxalement large, nous avons fait le choix de regrouper certains verbatim par unité de sens et en avons écarté d'autres par souci de respecter le format de notre recherche. En effet, nous disposons également d'autres citations chez nos répondants. La procédure « hôpital en tension » a été abordée par un seul de nos cinq répondants avec une production de données soulignant des interrogations et questionnements à voix haute. Nous avons toutefois écarté le traitement de ces matériaux pour focaliser notre attention sur l'occupation des lits et les préconisations à faire, en émettant l'hypothèse que ces dernières réduiraient secondairement le déclenchement chronique de ce dispositif. Nos professionnels ont également abordé la qualité des soins en évoquant la pertinence du recours à l'hospitalisation et à l'isolement thérapeutique, mais aussi le management des ressources humaines avec le besoin de senioriser les gardes pour mieux évaluer le besoin d'hospitaliser aux urgences. Une faible proportion de verbatim a évoqué la qualité de vie au travail. Nous prenons le parti d'en présenter un seul, situé hors traitement de catégorisation et délivré par notre PCME, qui imagine le positionnement d'un confrère dans sa décision d'hospitaliser un patient face aux flux d'usagers qui se présente en même temps en consultation aux urgences. Le collègue, se dit

(T.1.12) : « *j'hospitalise parce que j'en ai six en consultation qui attendent. Donc j'hospitalise celui qui est là qui est un peu douteux parce que j'enquille mes consultations* ». Comprenons que la suroccupation et l'augmentation du flux de patients à l'UNACOR induit des effets « pervers » sur la qualité des soins et sur la pertinence du recours à l'hospitalisation. Mr A nous confiait en sortie d'entretien que certains patients « litigieux » sont parfois hospitalisés d'emblée, faute de temps pour la prise de contact avec la famille, le CMP, ou le médecin traitant. À l'image de ce verbatim nous pensons qu'une de nos principales limites est donc ne pas avoir exploité l'entièreté des matériaux, en particulier ceux qui concernent la qualité des soins qui fait pourtant partie intégrante des attentes clients dans l'industrie et des attentes patients à l'hôpital.

## Conclusion

L'établissement étudié dans cette recherche présente une tension chronique de ses capacités d'hospitalisation en soins non programmés. Forts de ce constat, nous avons entrepris une exploration approfondie de cette problématique à travers le prisme des parcours patients et de la gestion des flux hospitaliers. Cette approche nous a permis d'éclairer les facteurs étiologiques sous-jacents de ce symptôme, que nous cherchons à réduire.

C'est ainsi que nous nous sommes d'abord orientés vers le parcours de soins. Ce voyage en direction des parcours et de la coordination débute dans la cité au plus proche du lieu de résidence des usagers chaque fois que survient une demande de soin dans un parcours de vie. L'entrée du patient dans le système de santé provoque une succession d'étapes au sein de laquelle chaque composante des soins doit avoir été préalablement définie par le management de la chaîne de santé et le développement des coopérations en amont et en aval des hospitalisations. Les projets menés par le Centre Hospitalier du Rouvray témoignent de cette volonté de construire des parcours gradués et coordonnés avec les forces du territoire. Le discours de nos répondants reflète de solides opportunités de développement des parcours de santé. Le renforcement de la coordination d'appui et de proximité dans les territoires sera construit autour d'un modèle interventionniste. La recomposition de l'offre autour des CMP antennes, CMP pivots, IPA et équipes mobiles viendra parachever les transformations ambulatoires. En plus d'être un fournisseur de soins, le CH du Rouvray deviendra un coordinateur à part entière des parcours situés à l'extérieur de ses murs grâce à la régulation des urgences et le renforcement des partenariats en ville et dans les ESMS. Pour nos répondants, le parcours de soins coordonné devient le socle d'un polyèdre pyramidal dont chacune des facettes

s'organise autour de quatre piliers : le pilotage de l'organisation hospitalière en termes de moyens et ressources, le renforcement de la coopération et le développement des relations partenariales, la gestion des lits hospitaliers et la communication de l'établissement sur l'offre qu'il propose à la communauté de son territoire. Le CH du Rouvray fait donc face à un double enjeu. En effet, la suroccupation est la résultante de plusieurs phénomènes, liés aux politiques antérieures de réduction des lits et à l'organisation actuelle de l'offre de soins. Pour sortir de la suroccupation qui siège en apex de notre polyèdre il doit simultanément moderniser et recomposer son offre en maîtrisant la performance de son organisation intra-hospitalière, par la filiarisation et l'étude approfondie de ses ressources humaines en quantité, qualité et répartition. La maîtrise de la DMH, le pilotage des indicateurs, le développement des suivis intensifs ambulatoires, les actions ciblées sur les séjours longs ainsi que la gestion des lits seront essentielles pour atteindre l'objectif de normalisation du taux d'occupation. D'autres opérations pourront être rapidement mobilisées en ambulatoire avec l'élargissement des horaires d'ouverture pour les CMP et l'harmonisation des pratiques professionnelles quant à la question des créneaux d'urgences. Comme nous l'avons vu avec nos répondants, l'organisation efficiente des parcours limite les risques de ruptures et d'arrivée des patients aux urgences hospitalières. Le recours à l'hospitalisation doit donc être pertinent pour l'utilisateur et garantir sa satisfaction en termes d'expérience dans le système de soins. Comme un galet lancé à la surface de l'eau, chaque décision prise par l'établissement doit rebondir avec efficacité vers un parcours de soins gradué et sans faille. En cas d'hospitalisation, le rebond des parcours doit ricocher sur une gestion des lits pertinente et de haute qualité.

## Bibliographie

- Aubert, I., Kletz, F. & Sardas, J. (2022). L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé : une lecture au prisme des régimes de gouvernementalité. *Gestion et management public*, 10(N3), 11-34
- Aubry, R. (2007). Les fonctions de coordination dans le champ de la santé. (S.F.S.P, Éd.)
- Balmana, G, Balmes, R. (2001). Modèles de gestion des flux. *Techniques de l'ingénieur*.
- Barthélemy, J. (2012). Pour une recherche en gestion conciliant rigueur et pertinence. *Revue française de gestion* , 269-283.
- Bauduret, J.-F. (2022). Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : de l'esprit des textes à la réalité des pratiques. (C. social, Éd.) *Pratiques en santé mentale*.
- Bentahar, O & Benzidia, S. (2019). *Supply chain management de la santé*. (EMS, Éd.)
- Bloch, M. & Hénaut, L. (2014). De la coordination aux parcours : un changement de paradigme. Dans : , M. Bloch & L. Hénaut (Dir), *Coordination et parcours: La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* (pp. 113-134). Paris: Dunod
- Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *ADSP*, 11 à 14.
- Cargnello-Charles, E. & Franchistéguy-Couloume, I. (2019). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ?. *Management & Prospective*, 36, 69-89.
- Charruault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. (C. n. familiales, Éd.) *Informations sociales*, 10 à 13.
- Coudrier, C. (2018). Architecture et ingénierie à l'hôpital - Chapitre 12. La recomposition capacitaire des lits pour gagner en efficacité. (P. d. l'EHESP, Éd.) *Architecture et ingénierie à l'hôpital*, 111 à 114.
- Couty, É. (2013). Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ? *Les Tribunes de la santé*(40), 23 à 35.
- Delacroix & al. (2021). *Marketing Research : Méthodes de recherche et d'études en marketing*. Dunod.
- Grandjean, P., & Fermon, B. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé* (éd. Dunod).
- Guaquère, D., & Joly, I. (2019). Stratégie territoriale et management à l'aune de la désinstitutionnalisation. (Dunod, Éd.) *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, 249 à 272.
- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche: Une perspective qualitative*. Editions EMS.
- Hardy, J.-P. (2019). Chapitre 7. Quel CPOM et avec quel EPRD ? (Dunod, Éd.) *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale*, 183 à 205.



- J.Babei, M. N. (2022). Initiatives durables dans un contexte supply chain management santé hospitalier. (M. P. Editions, Éd.) *Jean Babei, Moyo Nzololo*(9), 57 à 79.
- Jacquet, M.-A. (2019). Le virage numérique à l'hôpital : un processus de transformation globale. (Lavoisier, Éd.) *Gestion & Finances Publiques*(1), 37 à 43.
- Joncour, Y. (2015). Les politiques hospitalières dans la durée. L'articulation permanente entre la recherche de la performance et la rénovation des politiques publiques ». Dans B. Fermon, *Performance et innovation dans les établissements de santé* (p. 67 à 90). Dunod.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82.
- Le Boterf, G. (2008). Savoir travailler en réseau : une compétence collective à développer dans l'entreprise. *RH&M*(31), 68 à 69.
- L'utilisation de l'approche Lean Six Sigma dans l'optimisation de la sûreté. (2009). *Sécurité & Stratégie*, 1(1), 27-36.
- Lyonnet, B. (2015). Chapitre 1. Introduction au Lean management. Dans : , B. Lyonnet, *Lean Management* (pp. 7-24). Paris: Dunod.
- Moison, J. C. (2012). *Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation* (Vol. 80). Lextenso.
- Morin, L., Foury, C., Briot, P., Perrocheau, A. & Pascal, J. (2010). Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France. *Santé Publique*, 22, 581-592.
- Richard, J. A. (2022). *Coordination de parcours et liens virtuels : un nouveau « métier » à tisser ?* (Erès, Éd.) Toulouse.
- Sampieri-Teissier, N., Camman, C. & Livolsi, L. (2020). La supply chain santé est aussi une affaire d'État !. *Revue française de gestion*, 293, 127-137.
- Sampson S.E., Schmit, G., Gardner, J.W, Van Orden, J (2015, Décembre). Process Coordination Within a Health Care Service Supply Network. *Journal of Business Logistics*, 36(4).
- Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. (S.F.S.P., Éd.) 28, p. 223 à 234.
- Soulier, J.-M. (2022). *La révolution Supply Chain*. DUNOD.
- Varroud-Vial, M. (2019, 06). Les soins de proximité : une priorité. (D. F. (La), Éd.) *ADSP soins de proximité vers un exercice d'équipe*(107), 10 à 13.
- Zaghmouri, N. (2022). Le lean healthcare, de la stratégie à l'opérationnalisation. (M. P. Editions, Éd.) *Management & Avenir Santé*(9).

## Publications professionnelles

ANS (2023), Comprendre le Ségur du numérique en santé

ANAP. (2016). Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en oeuvre et bilan. (2).

ARS. (2016). *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie : pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers*. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes.

ARS (2016), Rapport « Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers

Buzyn, A. (2019). *pacte de refondation des urgences "parce que chacun détient sa part de solution"*.

Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2014). *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale*. (Irdes.fr)

Comptes nationaux de la santé. (2009). Fiche thématique, pages 4 à 5.

Cours des comptes. (2018). *Chapitre V le virage ambulatoire du système de santé ; de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital*. (ccomptes.fr)

Cours des comptes. (2018). Chapitre, pages 173 à 175. Le virage ambulatoire du système de santé ; de nouvelles transformations à engager en ville comme à l'hôpital

Deroche. C (2022) Rapport n° 587, tome I fait au nom de la CE Hôpital, déposé le 29 mars 2022 - Hôpital : sortir des urgences

Piveteau. D, Rapport « Zéro sans solution » Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

DNIUM. (2015). Référentiel Général d'Interopérabilité : standardiser, s'aligner et se focaliser pour échanger efficacement.

DREES. (2009). Etudes et Résultats, n°679, février 2009 : la démographie médicale à l'horizon 2030 :de nouvelles projections nationales et régionales.

DREES. (2017). *Les dépenses de santé depuis 1950* (Vol. 1017)

DREES. (2022). *Panorama de la DREES santé : les établissements de santé*.

DREES.(2022). Fiche 12 - L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. Panorama de la DREES santé : les établissements de santé.

Fragonard, B. (2004). *HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE*.

Haut Commissariat au Plan. (2023). *Vieillesse de la société française et conséquences*.

Ministère de la santé et de la prévention (2016). Dossier de presse : loi de modernisation du système de santé de 2016, Axe 2, page 10

Ministère du travail, de la santé et des solidarités : Ma santé 2022 : un engagement collectif

Plan Hôpital 2007, lettre d'information de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

[Loi, décrets, circulaires, instructions](#)

Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie

Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie

DGOS. (2012). *Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?*

DGOS. (2019). Feuille de route du numérique, programme « Hop'EN », politique nationale relative aux systèmes d'informations hospitaliers

DGOS. (2019). *CIRCULAIRE n°DGOS/R2/2019/235* relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées

DGOS (2021) Instruction N° DGOS/R3/2021/249 du 14 décembre 2021 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits

DGOS. (2022). *Instruction DGOS/R4/2022/189 du 21 juillet 2022 relative aux modalités d'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie pour mieux répondre aux besoins*. Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/17 du 16 août 2022, Ministère de la santé et de la prévention.

DGOS (2022) Instruction /R4/2022/189 du 21 juillet 2022 relative aux modalités d'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie pour mieux répondre aux besoins

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

## ANNEXES

ANNEXE 1 : TABLEAU ET RESUME DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONNELS INTERROGES : .....	68
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN .....	70
ANNEXE 3 : INFORMATIONS THEMATIQUES ET LEXICALES DES ENTRETIENS : .....	71
ANNEXE 4 : METHODOLOGIE DMAIC LEAN SIX-SIGMA.....	74
ANNEXE 5 : ANALYSE DE LA SUROCCUPATION .....	75
ANNEXE 6 : ANALYSE DE L'ACTIVITE A L'UNACOR .....	76
ANNEXE 7 : ANALYSE QUANTITATIVE DE LA REDUCTION DES LITS ET SEJOURS LONGS.....	77
ANNEXE 8 : COORDINATION DES HEURES DE SORTIE ENTRE UNACOR ET UF .....	78
ANNEXE 9 : IDENTIFICATION DU BJML.....	79
ANNEXE 10 : IDENTIFICATION DES MODES D'ADRESSAGE AU CHR .....	80
ANNEXE 11 : DIAGRAMME DE PARETO – ETUDE STATISTIQUE DE L'ADRESSAGE .....	81
ANNEXE 12 : DIAGRAMME DE FLUX – TRAITEMENT DE LA DEMANDE DE SOINS ET PARCOURS DE SOINS AU CHR .....	82
ANNEXE 13 : TABLEAU DE CATEGORISATION DES VERBATIM .....	83
ANNEXE 14 : CHECK-LIST DE MEMOIRE IAE DE ROUEN .....	88
ANNEXE 15 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE A UN ENTRETIEN .....	89

Annexe 1 : Tableau et résumé des caractéristiques socio-démographiques des professionnels interrogés :

Présentation	Sexe	Âge	Fonctions et description du parcours professionnel	Ancienneté fonction et poste
Mr A	M	57 ans	Directeur d'établissement sanitaire et médico-social. Mr A est devenu directeur après une carrière traversant les catégories professionnelles du soin : infirmier pendant douze ans, cadre puis cadre supérieur de santé et directeur des soins pendant dix ans. Il est ensuite devenu directeur d'hôpital avec un exercice en CH-GHT et a été directeur en EPSM avant de rejoindre le CH du Rouvray	7 ans en direction d'hôpital – Directeur au CHR depuis 2 ans
Mr B	M	51 ans	Mr B est médecin PCME. Il a fait son internat au CHR avant de devenir chef de clinique et praticien hospitalier. Il a pris la responsabilité d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie détachée au CHU en 2007 et est devenu chef de pôle en 2009 avant d'assurer la présidence de CME récemment. Son parcours traverse les grandes fonctions opérationnelles et managériales du soin	21 ans en médecine au CHR – PCME depuis du CHR depuis 4 ans
Mme C	F	59 ans	Mme A présente un parcours qui sillonne également le soin : infirmière, cadre puis cadre supérieur de santé avant d'évoluer vers la fonction de cadre de pôle et de directrice des soins – Elle a assuré ses fonctions dans un EPSM sanitaire et médico-social avant son arrivée au CHR	Directrice des soins depuis 11 ans – Depuis 3 ans au CHR
Mme D	F	52 ans	Parcours infirmier pendant 13 ans, puis cadre de santé en unité de moyens et longs séjours, puis cadre en unité d'admission. Elle est désormais la cadre de santé de l'Unité d'Accueil et d'Orientation assimilable à des urgences psychiatriques pour l'établissement enquêté.	Cadre de santé depuis 13 ans au CHR – depuis 4 ans à l'UNACOR
Mme E	F	31 ans	Mme E est médecin spécialiste en psychiatrie. Elle a fait son internat au CHR avant de prendre la fonction de praticien hospitalier. Elle exerce en unité d'admission psychiatrique	Praticien hospitalier depuis 2 ans – 2 ans le poste

## Annexe 1 (suite)

Comme nous pouvons le voir notre tableau, 100% des professionnels interrogés sont des représentants du soin, 80% ont plus de 50 ans et 80% d'entre eux ont évolué des soins au management dans leur fonction. Dans notre échantillon, la majorité des répondants sont des femmes (60%) et 60% des interviewés ont pratiqué la profession d'infirmier avant de se diriger vers le management dans l'encadrement de proximité (20%) et les fonctions de direction (40%). Parmi les répondants deux des cinq professionnels (40%) sont des praticiens hospitaliers dont l'un dispose d'un positionnement mixte à la fois stratégique et opérationnel grâce à des fonctions cumulant présidence de CME (pour lesquelles il siège en directoire) et activités professionnelles de médecin spécialiste. Notons par ailleurs que 100% des interrogés occupent leur poste depuis 2 à 4 ans alors que 3 répondants ont un parcours professionnel mono-activité dans le CH étudié (1 PCME, 1 médecin et 1 cadre de santé). Cette particularité nous autorise à dire que ces interrogés bénéficient d'une expertise et d'une connaissance fine de l'établissement intéressante à croiser au pilotage vertical ascendant et descendant de l'établissement. Parallèlement, deux interrogés sont des directeurs avec une expérience significative de plus de 5 et 10 ans dans leur fonction actuelle (sept ans pour le directeur hospitalier et onze ans pour la directrice des soins)

**Notre échantillon nous semble donc intéressant pour questionner notre problématique puisqu'il incorpore à la fois ligne stratégique et opérationnelle. Nous allons voir au fur et à mesure de nos avancées que notre outil méthodologique et cette pluralité d'acteurs facilite la récolte de données pertinentes et mobilisables. En effet, les interrogés proposent une conceptualisation de notre problématique située à l'interface des soins et du pilotage de l'organisation. Nous verrons que cette vision autorise l'identification de freins et leviers opérationnels rapidement mobilisables pour déployer les parcours de soins et le bed-management.**

Annexe 2 : Grille d'entretien

**Identité Répondant :**      **Âge :**      **Profession :**      **Ancienneté et parcours dans la fonction :**

**Question d'amorce :** Que pouvez-vous me dire de la suroccupation à l'hôpital ?

<p><b>THEME 1 : PARCOURS ET COORDINATION</b> Sous-thèmes :</p> <p>SCM : pilotage de la coordination des parcours et vision stratégique</p> <p>SCM : pilotage vertical et horizontal (Dont positionnement sur la question gestion des lits)</p> <p>SCM : coopération ville-hôpital Dont positionnement du CHR dans son offre ambulatoire</p> <p>SCM : Coopération dans les parcours d'urgences</p> <p>SCM : Coopération de proximité et d'appui</p> <p>SCM : coopération et communication de l'offre</p>	<p><b>THEME 2 : COORDINATION ET GESTION DES LITS</b> Sous-thèmes :</p> <p>Pilotage opérationnel de la gestion des lits et leviers stratégiques</p> <p>L'occupation des lits : éléments de contexte (loi, stratégies antérieures de réduction des lits, projets...) TO, DMH, DMS, DPS, heures de sortie, lissage de l'activité, visibilité des lits</p> <p>Séjours longs et données associées</p> <p>Leviers : projets Filiation de la psychiatrie – Modernisation de l'offre</p> <p>Leviers Ambulatoires CMP-HJ-CMP pivots</p> <p>Leviers Partenariats Urgences CHU – Ville</p>
---	---

### Annexe 3 : Informations thématiques et lexicales des entretiens :

**Mr A :** L'entretien a duré 00h49 :57. Il débute par la production immédiate de verbatim associés à la représentation mentale d'un hôpital malade et à l'arrêt dans son activité ou ses projets. L'emploi du champ lexical de l'inactivité et de maladie sont utilisés pour décrire la suroccupation avec les 4 verbatim suivants que nous regroupons : (T.1.1.1) « *il faut gérer nos pics de tensions... on se repose sur nos lauriers...il faut créer un électro-choc...s'attaquer à la cause, agiter cet établissement en lançant beaucoup de projets...* ». Mr A. ajoute que la situation est chronique ; il dirige ensuite son discours vers les parcours de soins, les partenariats à développer et la modernisation de l'offre hospitalière comme levier d'action contre la suroccupation : (T1.1.2) « *c'est notre problématique quotidienne que l'on a à gérer...gérer les tensions et tout l'aval de l'hôpital* ». L'entretien s'achève sur un deuxième temps associé à sa vision du bed-management en termes de pilotage et missions. Nous retenons que Mr A. ambitionne l'impulsion de nouveaux projets comme moyens de s'attaquer aux symptômes que d'une maladie représentée par la suroccupation. Ajoutons que ce professionnel propose aussi d'agir sur la qualité et la pertinence du recours à l'hospitalisation par des actions centrées sur management des ressources médicales de l'UNACOR.

**Mr B :** entretien d'une durée de 01h15 :57 La thématique des parcours de soins et de la réduction des lits est abordée d'emblée après un premier constat de chronicité proche de celui du directeur avec les verbatim suivants : (T1.1.1) « *on est débordé* », « *aujourd'hui on est en situation de blocage* ». Le champ lexical employé décrit un embouteillage face au flux de patients entrants dans le système là où le directeur fait allusion à un trouble du rythme cardiaque avec la maladie. Le propos est ici complété par la préoccupation ou l'incertitude avec l'unité suivante (T1.1.1) « *je ne sais pas si on va avoir la capacité de faire face à ce flux* ». Par la suite, Mr B est le seul interviewé à digresser vers des indicateurs de file active pour expliquer la suroccupation. Pour cette raison, nous décidons de les présenter dans ce résumé : « *la demande de soins a augmenté de 3% par an depuis 20 ans...notre file active a doublé...nos capacités de prise en charge, elles n'ont pas doublé ! ...Il y a 25 ans, les hôpitaux psychiatriques prenaient 80% des patients schizophrènes, des bipolaires décompensés, aujourd'hui c'est 35 à 40% ... et sont arrivés toute une population de dépressifs, de gens anxieux, de situations de crises, en lien avec des facteurs psychosociaux* ». Mr B, établi un lien étroit entre l'analyse de cette file-active et sa vision des projets pour l'établissement qu'il présente successivement tout au long de notre entretien. Il dresse par ailleurs le même constat que Mr A quant à la qualité et la pertinence du



recours à l'hospitalisation lors des consultations à l'UNACOR avec le management des ressources médicales. Le concept de bed-management et de la gestion des flux ne sont pas évoqués spontanément. L'entretien est ponctué d'un hors sujet d'environ 15 minutes entre la 40<sup>ème</sup> minute et la fin de la première heure. Ce constat nous a invité à une question directe de relance dans le dernier quart d'heure pour obtenir des éléments associés à la gestion des lits.

**Mme C :** entretien d'une durée de 00h46 :22. Elle expose le problème de suroccupation et le met en lien avec une problématique de coordination dans les parcours de soins en amont et en aval de l'hospitalisation, ajoutant une représentation sociétale du phénomène d'augmentation du flux de patients : (T1.1.2) « *notre capacité en lits est vite saturée et... notre dispositif de lien avec l'aval est à mon sens à ce jour pas encore suffisamment structurée...il y a un flux de plus en plus dense de l'arrivée de patients, de façon spontanée et deuxièmement d'adressage des urgences du CHU... ..on a aussi des patients qui arrivent pour des renouvellements de traitement à l'UNACOR ce n'est pas sa vocation...Le mal-être sociétal fait que la population va moins bien* ». La conversation s'oriente subséquemment en direction des parcours de soins, de la modernisation de l'offre hospitalière et du bed-management qui occupent l'ensemble de l'interview. Notons que cette interviewée présente un grand nombre de verbatim relatifs à la coordination de proximité et d'appuis à travers la mobilisation dans le discours, de la profession « d'infirmière en pratique avancée » qu'elle aborde à huit reprises. Mme C. est la représentante principale de cette proposition puisque seul Mr A fait appel à cette notion avec un seul verbatim.

**Mme D :** Entretien d'une durée de 00h42 :40. Elle commence en évoquant la réduction des lits hospitaliers que nous traiterons ultérieurement. Elle émet à son tour une hypothèse sociétale pour expliquer l'augmentation des flux de patients en provenance du territoire : (T1.1.2) « *les gens ne vont pas bien aujourd'hui* ». Comme chez Mr A et Mr B, le champ lexical de la maladie est également utilisé pour décrire le phénomène de suroccupation : « *on est étranglé puisqu'en aval on ne libère pas de lits pour les urgences* ». Notons que la métaphore de l'étranglement repose sur une action mécanique. Par conséquent des leviers sont à mobiliser pour lever l'asphyxie. Pour Mme D, le phénomène est chronique, elle propose des actions opérationnelles à partir de données empiriques quant au parcours patient et au bed-management avec l'identification de leviers mobilisables en interne ou en externe de l'UNACOR. Une partie des échanges est enfin consacrée à l'émergence de nouveaux concepts en termes de management de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail. Mme D sera avec Mme E la représentante principale de ces nouveaux concepts dans les parcours.

**Mme E :** Entretien de 00h32 :31. L'échange s'installe autour du même constat de chronicité que les autres répondants quant à la problématique suroccupation. Mme E. évoque rapidement les parcours de soins et le bed-management. Comme Mme D, elle fait un lien direct entre suroccupation et qualité de soins qui occupe une part importante du discours. Pour ce médecin la manifestation de la suroccupation est également chronique avec une impression d'augmentation non expliquée du flux de patients : (T1.1.2) : « *Avant la suroccupation j'ai l'impression que c'était de temps en temps, maintenant c'est tous les jours... On a une demande qui va croissante* ».

**Synthèse des orientations :** Cent pour cent des répondants font état d'une problématique chronique alors que 60% d'entre eux (dont les membres du directoire en la personne du DH et PCME) l'associent à une maladie ou un trouble auquel il faut s'attaquer face à l'embolisation capacitaire (lexique de l'embouteillage, de la réanimation avec l'électrochoc et de l'étranglement ou l'étouffement avec l'asphyxie qui en résulte). Tous les répondants perçoivent une augmentation constante de la demande de soins que nous objectivons également grâce à notre M-DMAIC (Annexe 4). La mise en lien de la suroccupation avec la thématique des parcours de soins pour 100% des professionnels souligne la trajectoire que peut amorcer l'établissement dans l'élaboration des parcours de santé d'amont et d'aval (Cargnello Charles, 2019) mais aussi la modernisation et la filiarisation de l'offre de soins hospitalière<sup>46</sup>. Le bed-management est évoqué spontanément par 4 des 5 répondants (exception faite de Mr B). Notons que de nouveaux concepts périphériques aux parcours sont abordés avec la qualité et la pertinence du recours à l'hospitalisation. Nous allons maintenant nous engager dans une analyse approfondie des sous-ensembles des parcours de soins et du bed-management. Prenons le parti de considérer que l'ensemble des propos et verbatim réaccueillis font partie d'une conduite de projet liée à l'établissement dans sa globalité. En effet, tous les répondants interrogent ou présentent leur activité en cheminant vers des réflexions, des actions ou des orientations passées, en cours et à venir chargées de lever le nature abscons de la suroccupation. Tous utilisent de façon récurrente l'injonction : "il faut..." pour exprimer leur intention d'agir (annexe 13).

---

<sup>46</sup> ANAP (2016) Gestion des lits : vers une nouvelle organisation, tome 2 mise en œuvre et bilan



Source : <https://www.shutterstock.com>

Les différentes étapes peuvent-être décrites de la manière suivante<sup>47</sup>:

- **Define** : définir le périmètre du projet et l'équipe projet en identifiant la voix du client c'est-à-dire ses attentes et son opinion quant à la problématique rencontrée
- **Measure** : récolter les informations clés relatives à la problématique en vue de mesurer ces composantes
- **Analyse** : traiter les données mesurées précédemment en identifiant leur variable et les opportunités d'amélioration qui en résultent
- **Improve** : Proposer la mise en place d'actions correctives vis-à-vis du processus ciblé à l'aide d'une matrice de gain-cout-effort exigé par l'organisation.
- **Control** : déplacer la pérennisation des actions vers les professionnels de terrain en plaçant le processus sous contrôle (au sens de monitoring) au sein de l'organisation

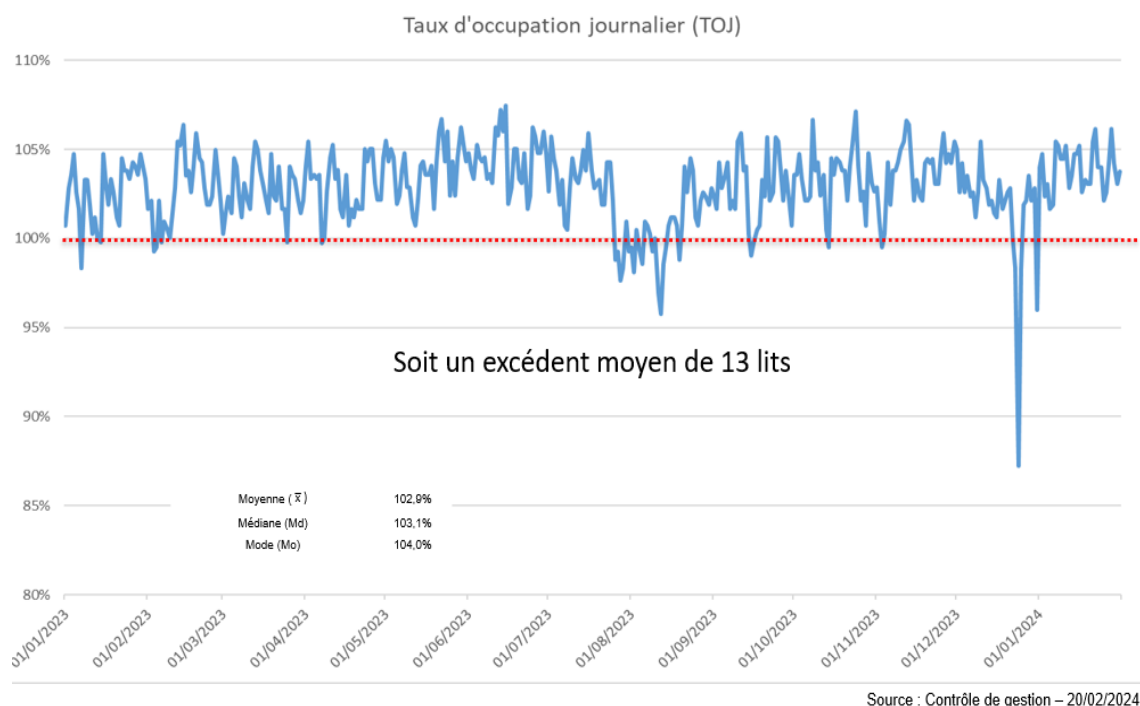
Cette méthode a été choisie en concertation avec la direction des projets de l'établissement et avec le soutien méthodologique de son ingénieur. Elle vise ici, l'étude du taux d'occupation au sein duquel s'insère mécaniquement la DMH.

---

<sup>47</sup> « L'utilisation de l'approche Lean Six Sigma dans l'optimisation de la sûreté », *Sécurité et stratégie*, vol. 1, no. 1, 2009, pp. 27-36.

### Annexe 5 : Analyse de la suroccupation

Représentation graphique du taux d'occupation et identification de l'excédent moyen en lits d'hospitalisation de janvier 2023 à janvier 2024 (en mois glissants).

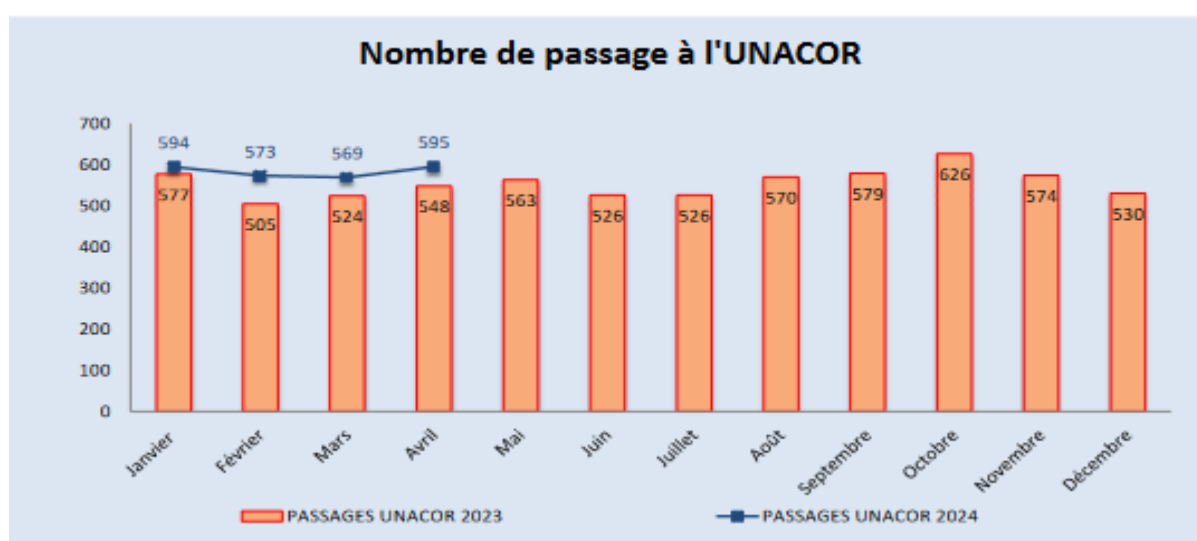


Nous voyons ici que l'établissement est en suroccupation chronique puisqu'il dépasse 100% de sa capacité d'hospitalisation sur la période observée. Ce graphique signifie par ailleurs qu'environ 13 patients sont accueillis quotidiennement dans des conditions d'hébergement non-ordinaires. En effet pour la mesure de ce TO, seuls les lits des chambres ordinaires des unités sont comptabilisés. Pour information, les chambres d'isolement (par définition fermées lorsqu'elles sont occupées par des patients en situation de crise) détournées de leur usage par une utilisation ouverte lors des épisodes de tension comptent en partie dans les conditions de réalisation de cet excédent d'accueil ainsi que la pratique exceptionnelle de « doubler » les chambres d'un nouveau lit à l'UNACOR.

## Annexe 6 : Analyse de l'activité à l'UNACOR

Tableau récapitulatif : Mesure de l'activité en nombre de passages et hospitalisation suite à consultation

	à fin avril		Evol
	2023	2024	
<b>Nb de passages à l'UNACOR (hospit &amp; ambu)</b>	<b>2154</b>	<b>2331</b>	<b>8,2%</b>
<i>Dont Nb d'hospitalisations (UNACOR &amp; services)</i>	1240	1235	<b>-0,4%</b>
<i>Dont Nb d'hospitalisations UNACOR (UF 4301)</i>	839	842	<b>0,4%</b>
<i>Dont Nb de prises en charge n'ayant pas générée d'hospitalisation</i>	914	1096	<b>19,9%</b>



Nous observons ici que le nombre de passage à l'UNACOR est en constante progression de 2023 à 2024 et notamment sur les premiers mois de l'année. Cette augmentation n'est pas suivie d'une élévation du recours à l'hospitalisation, confirmant ainsi que cette unité joue un rôle de tampon et parvient à maintenir le niveau de recours à l'hospitalisation (-0.4%) face à une demande de consultation (nombre de passage) qui augmente. Au total, 53% des patients consultants à l'UNACOR sont hospitalisés dont 36,1 % au sein de cette unité de 12 lits ordinaires. Le flux de patients restant est ensuite dirigé vers les unités de soins de l'établissement.

## Annexe 7 : Analyse quantitative de la réduction des lits et séjours longs

Tableau 1 : Analyse croisée de la suroccupation avec la réduction des lits au regard des indicateurs d'activités

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	evolution	
								2023 versus 2022	2023 versus 2017
Nb jours	177 750	176 207	176 658	164 107	158 915	156 177	157 699	1,0%	-11,3%
File active	4 102	4 126	3 889	3 472	3 601	3 571	3 403	-4,7%	-17,0%
DMH	43,3	42,7	45,4	47,3	44,1	43,7	46,3	6,0%	6,9%
Nb de journées en lit	487	483	484	448	435	428	432	1,0%	-11,3%
Nb lits au 31 déc	467	465	465	465	442	422	423	0,2%	-9,4%

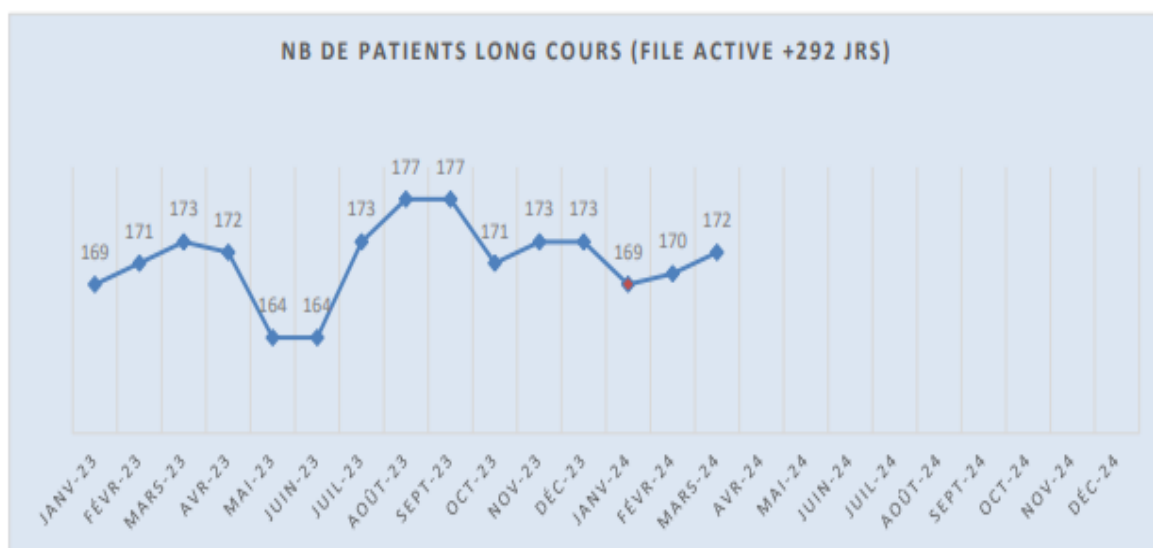
Périmètre : UFs d'hospitalisation à temps plein adulte (hors UFs spécifiques)

Comme nous pouvons le voir, l'établissement a perdu 44 lits d'hospitalisation en soins-non programmés entre 2017 et 2023 (avec effet de report partiel vers des filières spécifiques en soins programmés) ce qui se traduit par une baisse constante du nombre de journées réalisées. Notons toutefois que ce nombre de journées traduit en nombre de lits dépasse toujours la capacité d'hospitalisation sur ces six années. De son côté la DMH augmente de 3 jours par rapport à son niveau de 2017 soit l'équivalent de 24 lits d'hospitalisation temps plein.

Tableau 2 : Occupation des lits par les patients en situation de séjours prolongés

### **Evolution du nombre de patients long cours\***

patients présents + de 290 jours au cours des 12 derniers mois



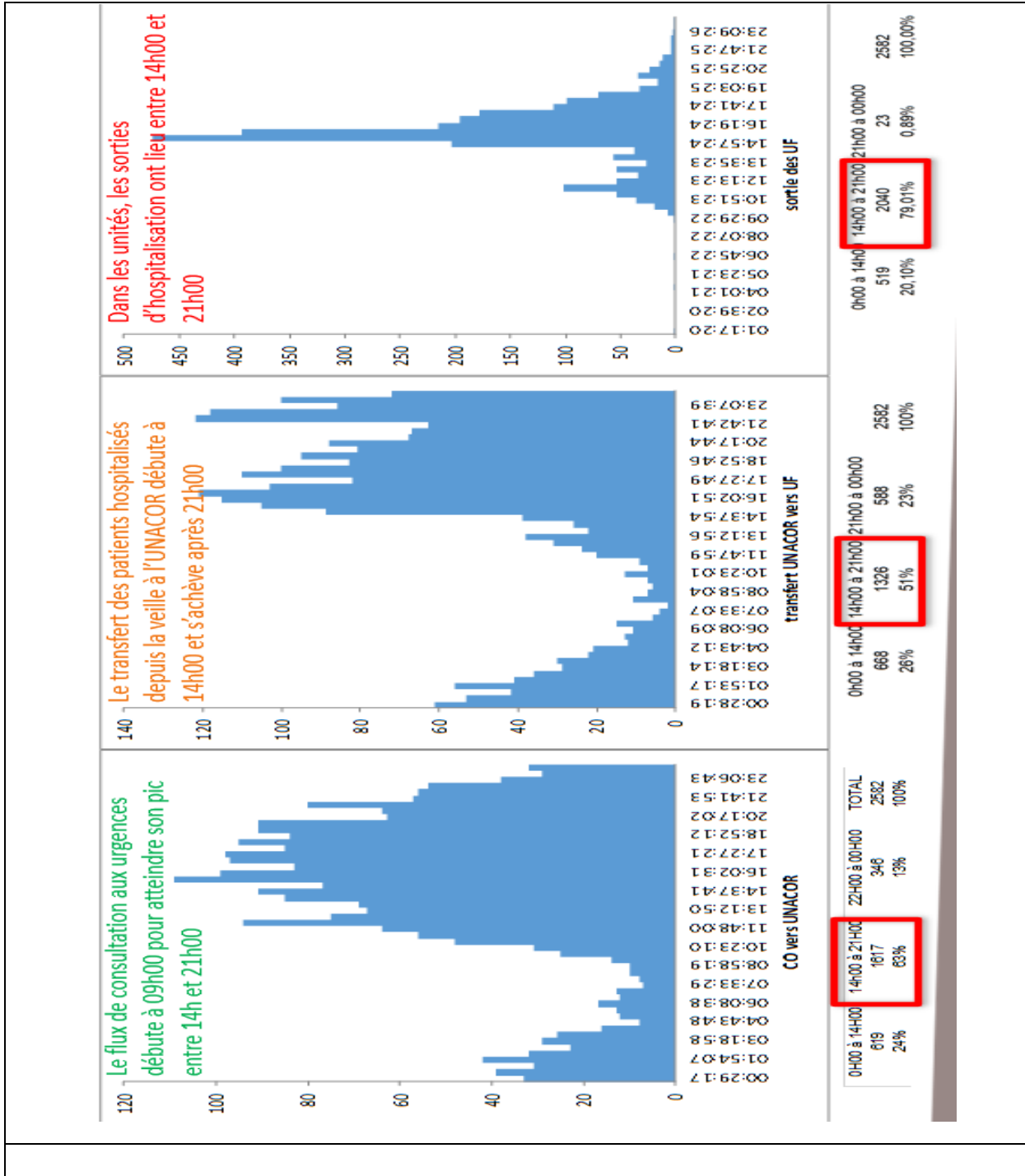
Annexe 8 : Coordination des heures de sortie entre UNACOR et UF

Représentation graphique de la gestion des lits entre l'UNACOR et les unités de soins (UF) sur 12 mois glissants 2023-2024 :

Heure d'arrivée du flux de patients en consultation à l'UNACOR

Heure des transferts de patients de l'UNACOR vers les UF

Heure des sorties d'hospitalisation des patients dans les UF



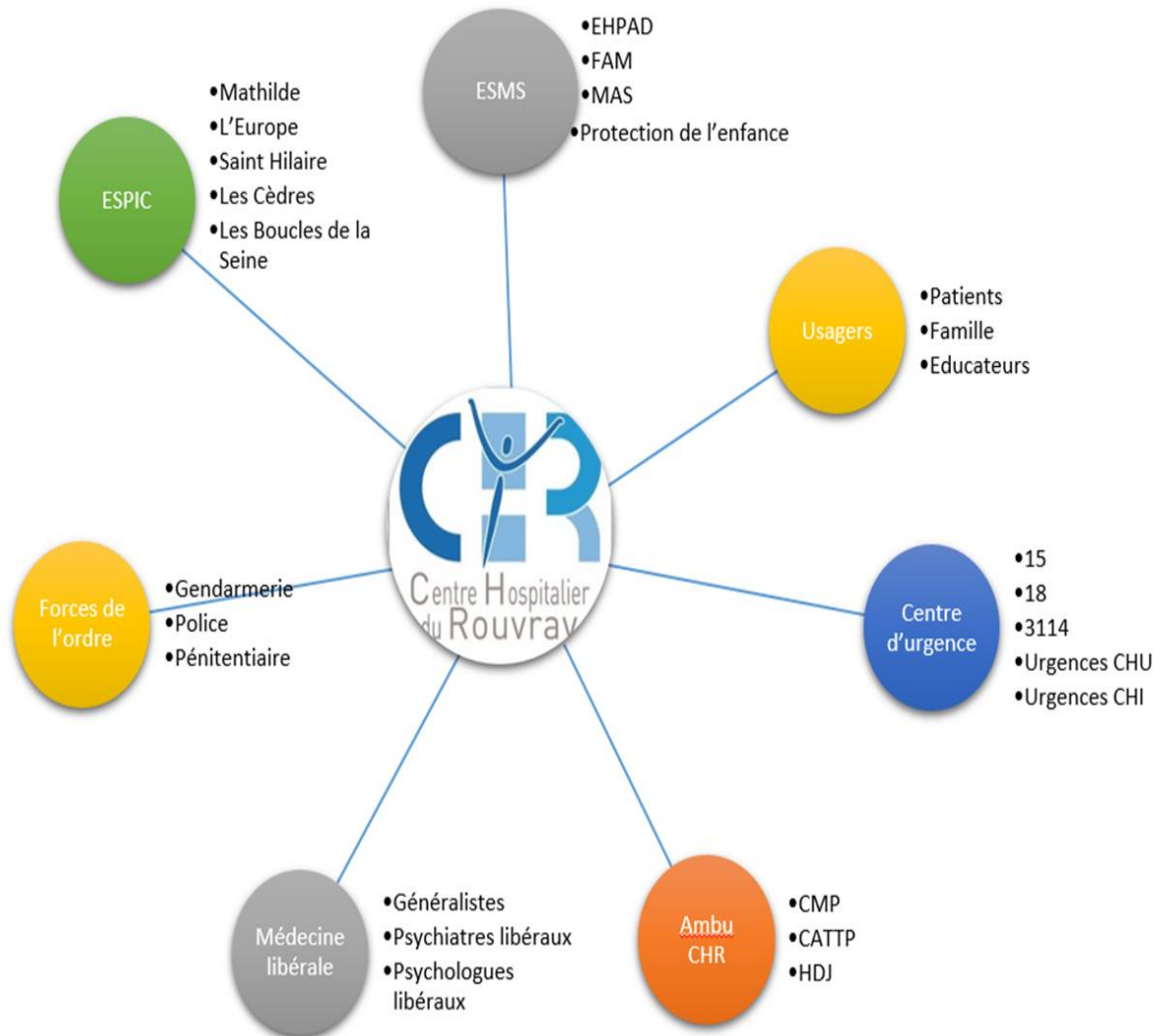
Annexe 9 : identification du BJML

Représentation du nombre de consultations (CO) sur 52 semaines glissantes du 31.11.2022 au 01.12.2023 et identification du BJML au regard du nombre de patients pris en charge en hospitalisation (PEC) par jour de la semaine

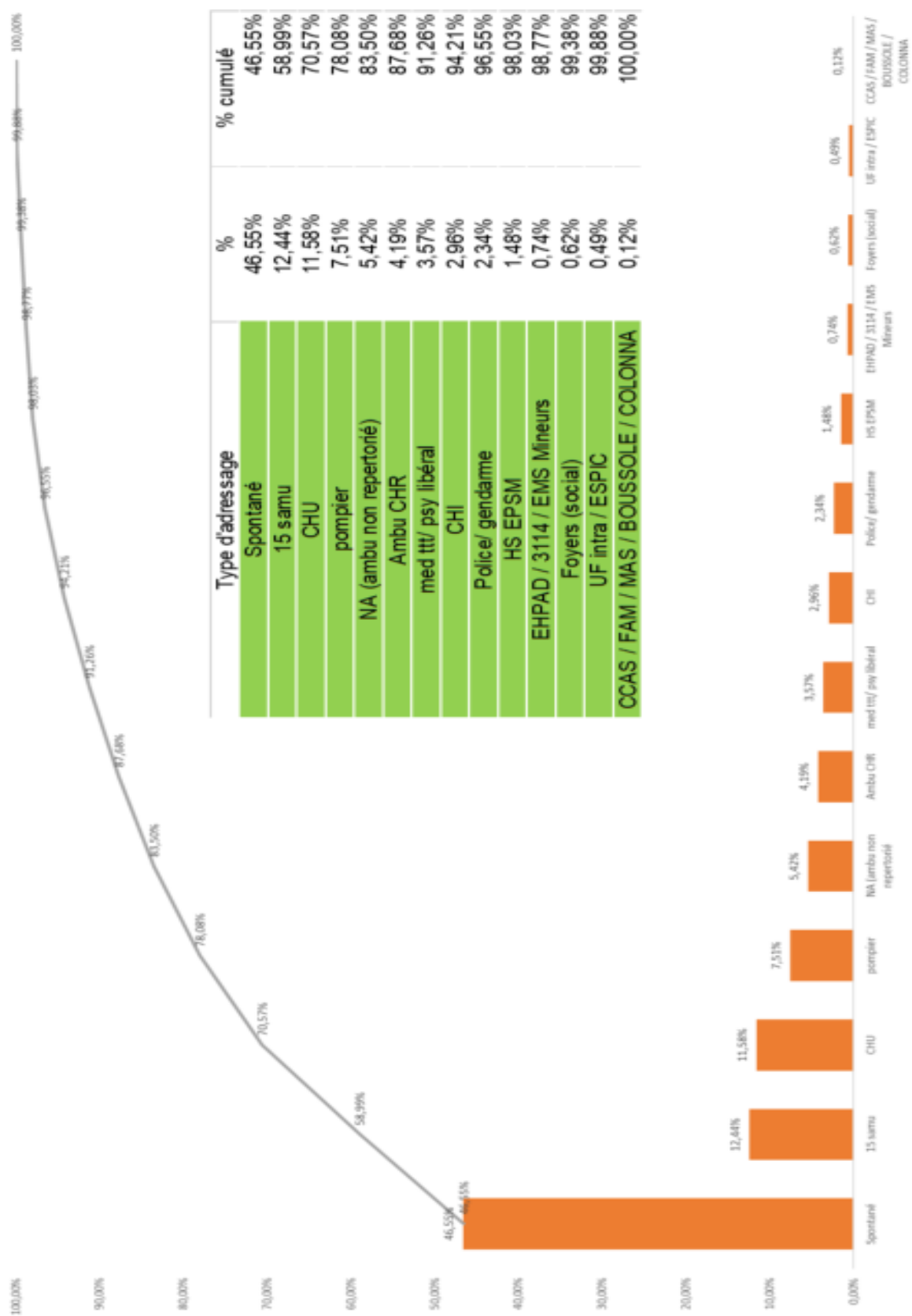
	Nombre de CO 4380	Nbre de récurrence	Nombre moyen de CO par jour de la semaine	Nombre de PEC CHR	Nombre de lit moyen d'hospitalisation nécessaire par journée
lundi	1112	52	21,38	595	11,4
mardi	1088	52	20,92	567	10,9
mercredi	1008	52	19,38	548	10,5
jeudi	1021	52	19,63	571	11,0
vendredi	945	52	18,17	518	10,0
samedi	723	52	13,90	383	7,4
dimanche	697	52	13,40	344	6,6
<b>Total général</b>	<b>6594</b>		<b>126,81</b>	<b>3526</b>	<b>67,8</b>



Annexe 10 : Identification des modes d'adressage au CHR



Annexe 11 : Diagramme de PARETO – étude statistique de l’adressage





Annexe 13 : Tableau de catégorisation des verbatim

catégories	Directeur	PCME	DDS	CS UNACOR	Médecin d'unité
1.1.1 Contexte lexical suroccupation HET	<p>(1) <b>contexte lexical</b> : On se repose sur nos lauriers (1) <b>contexte lexical</b> : Il faut créer un électro-choc...s'attaquer à la cause, agiter cet établissement en lançant beaucoup beaucoup de projets (1) <b>contexte lexical doute</b> : on doit essayer de mieux gérer les pics d'activité</p>	<p>(1) <b>contexte lexical</b> on est débordé (1) <b>contexte lexical</b> : aujourd'hui on est en situation de blocage (1) <b>contexte lexical doute</b> : je ne sais pas si on va avoir la capacité de faire face effectivement à ce flux de patients</p>	<p>(1) <b>contexte lexical</b> : les gens ne vont pas bien aujourd'hui</p>	<p>(1) <b>Contexte impression lexical (asphyxie)</b> : on est étranglé puisqu'en aval on ne libère pas de lits pour les urgences</p>	
1.1.2 Contexte suroccupation HET Chronicité	<p>(1) <b>contexte chronicité</b> : "c'est notre problématique quotidienne que l'on a à gérer...gérer les tensions et tout l'aval de l'hôpital" (1) <b>contexte psychiatrie</b> : "la psychiatrie vivait en vase clos"</p>	<p>(1) <b>Contexte chronicité</b> : ça fait maintenant des années qu'on est en situation de de saturation</p>	<p>(1) <b>réduction des lits</b> : notre capacité en lits est vite saturée et notre dispositif de lien avec l'aval est à mon sens à ce jour pas encore suffisamment structuré... (1) <b>Contexte Parcours</b> ville-hôpital : il y a un flux de plus en plus dense de l'arrivée de patients de façon spontanée et deuxième d'adressage des urgences du CHU...on a aussi des patients qui arrivent pour des renouvellements de traitement à l'UNACOR ce n'est pas sa vocation (1) <b>contexte impression sociale de la chronicité</b> : Le mal-être social fait que la population va moins bien</p>	<p>(1) <b>Contexte impression Chronicité</b> : Avant la suroccupation, j'ai l'impression que c'était de temps en temps, maintenant c'est tous les jours (1) <b>Contexte impression chronicité</b> : un nombre de patient qui augmente d'année en année (pas d'indicateur mais une impression contrairement à PCME - CS) (1) <b>contexte chronicité</b> : On a une demande qui va croissante (1) <b>contexte suroccupation temps médical</b> : Il y a certaines unités où ils devraient être trois ou quatre médecins, donc le médecin a beau voir autant de personnes qu'il peut, c'est obligatoire qu'il n'avance pas aussi vite que quatre médecins</p>	
1.1.3 réduction des lits	<p>(3) <b>vision directeur gestion lits</b> : il ne faut pas ouvrir plus de lits, il faut que les gens soient pris en charge au plus près de chez eux, c'est comme ça qu'on pourra recomposer notre offre vers l'ambulatoire DMH : et notre DMH qui continue à augmenter... elle a pris trois jours l'année dernière ... la DMH moyenne c'est aux alentours de trois semaines eti... on n'y est pas...</p>	<p>(1) <b>Contexte réduction des lits</b> : il y a eu des fermetures de lits hein, c'est quand même tout à fait une des raisons (1) <b>Contexte réduction des lits</b> : « les directeurs ont toujours considéré qu'il y avait trop de lits »</p>		<p>(2) <b>Contexte réduction des lits</b> : il y a un manque de lits puisqu'en 2020 il y a eu une fermeture de lits peut être une vingtaine avec la fermeture de l'unité Eole (1) <b>contexte réduction des lits</b> : une unité de 20 lits qui a été fermée bon bah à un moment donné</p>	<p>(1) <b>Contexte réduction des lits</b> : On essaye de pallier à un manque de lits</p>

catégories	Directeur	POME	DDS	CS UNACOR	Médecin d'unité
1.1.4 Occupation des lits	<p>(4) 290 c'est tous les patients de plus de 290 jours qui stagnent dans l'hôpital et occupent actuellement 170 lits...pas loin de 55 patients (parmi les 170) sont là depuis plus de 5,10 voire 15 ans...ça veut que dire que 55 lits ne sont plus du tout actifs. On pourrait les fermer du jour au lendemain si les patients n'étaient pas là...on n'en sentirait pas le manque... si on récupérerait la moitié euh...25 ça fait une unité d'hospitalisation quand même hein ce n'est pas rien (1) levier 55 Si on fait sortir ces patients on arrive à récupérer une respiration, on peut peut-être transférer nos moyens sur le virage ambulatoire vous voyez...et amorcer la pompe</p>	<p>(1) 290 on devrait plus en avoir (des 290) sauf peut-être quelques-uns bloqués pour des problématiques médico-légales et encore ce n'est même pas sûr...s'il y en a 30 qui sortent bah c'est 30 lits qu'on va récupérer ! (1) 290 on a un patient qui avait été incarcéré pour homicide...on sait qu'il a un potentiel de dangerosité même si c'est très ancien, ... 10 ans qu'il vit dans les bois. Bah celui-là quand il arrive on ne se dit pas tiens il va faire un forfait 8 jours ! ... Le temps de le soigner...d'ouvrir des droits sociaux, il y en a pour un an ! Si ces patients, c'est cent lits qui tournent un peu moins vite peut être que ça vaudra le coup de faire des projets de soins dans les unités où on travaille vraiment sur la compensation du handicap</p>	<p>(1) 290 il y a les problématiques de patients au long cours que l'on a depuis plus de 290 jours... en sachant que l'hôpital se structure aussi en filières spécifiques et généralistes... Il y a tout un travail d'accompagnement social à faire... Plus vite on identifie à l'admission les problématiques sociales moins on fait en sorte que la sortie de ce patient soit compliquée... il faut travailler avec les familles... et avoir un travail structuré avec les assistances sociales</p>	<p>(1) 290 ça embolse des lits sur des temps très longs... il y a un bon travail d'accompagnement social à faire avec ça... qu'il y ait une sorte de réunion hebdomadaire pour parler des projets... (1) 290 cellule de séjours longs: Avoir une cellule ça permettrait de suivre et réinterroger régulièrement les projets</p>	<p>(4) 290 C'est très compliqué d'avoir toutes les informations historiques... en préfecture... on n'arrive pas à faire avancer les choses avec la préfecture ou la MDPH parfois malgré le fait qu'on est déjà un partenaire je crois... il faudrait avoir accès aux informations administratives et sociales rapidement pour ne pas perdre du temps... « J'ai l'exemple d'un patient très chronique pour lequel on fait une demande MAS... il a cinquante ans il est entre deux... assez âgé pour aller à la MAS, on risque de se prendre un refus mais trop jeune pour aller en EHPAD, donc on attend un refus de la MAS pour éventuellement demander l'EHPAD quand il aura bientôt soixante ans quoi ». Pour « l'orientation FAM-MAS... on est dans des délais... qui peuvent prendre plusieurs mois voire plusieurs années</p>
1.1.5 Coordination supply-chain	<p>(4) ARS : c'est à nous de proposer aux ARS... à partir du moment où on est en phase avec les médecins et les soignants... les ARS nous suivent. Ce qu'il faut faire, c'est travailler en transparence les uns avec les autres et en confiance. C'est comme ça que ça marche aussi avec nos tutelles... elles apprécient beaucoup quand on prend des initiatives, quand on est innovant »</p>	<p>(1) Photage parcours projet détaillé : on travaille au projet établissement (référence au DH), on va essayer de se questionner et de travailler autrement... ça me prend beaucoup de temps de travailler avec le PTSM pour être des résultats qui ne sont pas encore tangibles... ici, on a la chance d'avoir l'oreille de la gérance... il faut décider et travailler avec les forces existantes sur le territoire de la métropole qui sont nombreuses (1) réforme moyens</p> <p>ressources : la réforme des autorisations nous dit attention en service fermé aucun patient en service libre. Le contraire n'est pas vrai</p>	<p>(1) Réforme moyens ressources : la réforme avec la tarification à l'activité est porteuse pour le financement de l'ambulatoire</p>		

catégories	Directeur	PCME	DDS	CS UNACOR	Médecin d'unité
	<p><b>(4) communication</b> : C'est très compliqué ce maillage, tous ces acronymes, c'est complexe, on ne s'en rend pas compte quand on baigne dedans... pour l'extérieur on est pas très visibles, pas très lisible.</p>	<p><b>(1) communication</b> : « la demande des médecins généralistes à partir du moment où ils savent qu'on est là, et qu'on répond euh...c'est fluide ». Il ajoute à propos du projet SAMU - Psy : « il y aura une campagne d'information quand ça va ouvrir sinon les gens ne vont pas savoir que ça existe ».</p>	<p><b>(1) Communication</b> : il y a toute une communication sur le CASP, TUMAP... il faut communiquer sur l'offre au plus près du terrain</p>	<p><b>(1) communication interne CHR</b> : on a eu un petit coupé avec le CASP ils ont ouvert des créneaux d'urgence et on l'a su trois semaines plus tard <b>(1) communication psy-ville</b> : il y a un manque cruel de communication au niveau de la diffusion de l'information ça ne va pas du tout si on communiquait mieux sur le parcours patient ça serait plus fluide, on gagnerait du temps, le patient serait plus rapidement pris en charge et puis il y aurait des orientations un peu plus adaptées</p>	
1.1.6 communiquer sur l'offre					
1.1.7 Développement de la coopération ville hôpital	<p><b>(6 regroupés) Conventionnement gradation</b> : « il faut développer le 2ème cercle avec les CPTS, le DAC, les CLSM... essayer de prendre en charge en première ligne... tout ce travail avec la ville... il faut être membre des CPTS comme APSAR...en tant qu'invité permanent... dans une relation gagnant-gagnant : les projets, c'est aussi le CHR avec d'autres institutions...son GHF avec le CHU...et il y a des gens qui savent faire du médico-social, du social, du handicap bah il faut qu'on travaille avec ces structures d'aval aussi...car ça on ne sait pas faire ».</p>	<p><b>(5) CHR-ESPIC</b> : « Pour moi la collaboration est bonne avec l'ESPIC XXX... mais elle n'est pas satisfaisante avec l'ESPIC YY qui a un comportement irrespectueux de l'hôpital...je ne fais pas de demande à XX, sauf si un patient me le demande. Je suis déçu de la qualité des soins...pour l'instant c'est tous les soins de recours ici, zéro soin de recours là-bas »</p>	<p><b>(3 conventionnement EMS</b> : <b>(1) CHU</b> : il faut travailler l'adressage vers l'UNACOR avec les urgences du CHU <b>(1) Compétences ville-hôpital</b> : il faut aller vers les différents prestataires dont les médecins généralistes avec les CPTS... il nous faut aussi beaucoup plus de conventions et de partenariats médico-sociaux...pour des sorties programmées...on a un certain volume d'établissement avec lequel on a des conventions mais on pourrait en avoir d'avantage</p>	<p><b>(1) conventionnement CPTS</b> : Je ne connais pas bien tout ça bonnement <b>(1) CHU existant</b> sur évaluer de personnes et faire le tri</p>	

catégories	Directeur	PCME	DDS	CS UNACOR	Médecin d'unité
1.1.8 Développement de la coopération urgences	<p>(2) Urgences télé-expertise : si on avait de la télé-expertise organisée pour les généralistes...avec des psychiatres ça nous éviterait beaucoup d'arrivées à FUNACOR ou au CHU</p>	<p>(1) Urgences-ESPIC : il y aura une complémentarité le jour où on aura une capacité d'admission à 48h, l'admission à 5 jours elle ne sert à rien... (4) Urgences CHR-CHU Il faut qu'on mette en place un volet psychiatrique au service d'accès aux soins SAMU... une sorte de régulation de l'adressage vers les urgences...faite avec des médecins de ville... une sorte de Doctolib. Le médecin du SAMU prend le créneau et adresse les personnes vers un généraliste...comme la crise d'angoisse ce n'est pas très grave en soi et ça peut se gérer en consultation"</p>	<p>(1) Urgences CHU : « aux urgences du CHU il faut une meilleure orientation vers le CASP ou les CMP...la porte d'entrée à l'hôpital pour le public lambda c'est le CHU » (1) CMP urgences : on devrait pouvoir orienter nos consultations des urgences vers un CMP ou un hôpital de jour</p>	<p>(2) Urgences CMP : c'est plus facile de venir aux urgences 24/24 que de venir dans une structure de jour qui fermée à 17h</p>	<p>(6) Urgences CMP on à une demande du PCME qui souhaite ouvrir des créneaux dans les CMP...je l'ai fait... on a tellement de patients que les créneaux d'urgences je les prends aussi pour mes suivis réguliers et éviter certaines hospitalisations quand les personnes vont mal... Des fois ça m'est arrivé que le médecin de FUNACOR me demande de voir un patient sur le CMP mais rapidement ça veut dire dans les jours qui viennent, donc ça se justifie d'avoir un créneau dans une à deux semaines maximum...et je ne sais pas concrètement ce qu'il se fait dans les autres CMP</p>
1.1.9 Développement de la coopération de proximité et d'appui	<p>(6) pivot med ttt-spécialiste : « l'hospitalisation est réservée aux cas de recours...il vaut mieux le penser comme ça, gradation des soins en fait, le soin au plus proche du patient...c'est à construire avec les CMP pivots et les structures de proximité...Il faut moins de patients suivis ici, plus de patients pris en charge au plus près de chez eux... Dans les centres pivots il faut offrir une palette de soins avec nos filières et nos spécialités...il faut positionner nos IPA beaucoup plus en amont aussi, en appui des structures de ville ».</p>	<p>(1) pivot-med ttt-spécialiste : « ça va rester centré sur les psychoses, l'idée c'est d'amener les patients vers plus d'autonomie, moins de handicap et une accessibilité à une vie sociale, à l'emploi »... « il faut aussi coopérer avec le médecin généraliste, j'ai un médecin généraliste qui m'interpelle, je suis médecin spécialiste...je réponds rapidement de manière réactive aux demandes qui me sont formulées par les acteurs de santé de ville ».</p>	<p>(8) pivot med ttt-spécialiste. En plus des CMP pivots, il y aura des antennes CMP pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer...Il faut remettre l'hospitalisation dans le parcours de soins et pas de façon centrale comme une figure imposée...il faut s'adosser le plus possible à des maisons de santé avec des dispositifs d'infirmiers libéraux pour que nos patients psychiatriques aient un suivi somatique... on a un objectif de 40 IPA avec 4 IPA formées par an en plus des recrutements extérieurs... On les implante sur les CMP pivots, maisons de santé près des généralistes ça ne serait pas impensable d'avoir une IPA... comme sur nos antennes et CMP ».</p>	<p>(1) Pivot -IPA : Il y aura aussi les IPA qui vont venir dans la boucle et vont pouvoir voir du monde ». (1) contexte et avis Pivots : les équipes de secteur, c'est peu de chagrin euh ce qui fait que les personnes souhaitent avoir des rendez-vous dans des délais d'attente trop importants »...« on a fusionné les CMP et ça oblige des personnes à se déplacer et parfois la mobilité ne favorise pas d'aller vers l'ambulateur</p>	<p>(1) med ttt-spécialiste : on a pas mal d'adressage de médecins traitants dans mon CMP avec souvent un courrier...dans 90/95 % des cas ce sont des suivis qui durent plusieurs consultations car le médecin généraliste a déjà fait un tri</p>



catégories	Directeur	PCME	DDS	CS UNACOR	Médecin d'unité
	<p>(4) <b>Photage opérationnel</b> : « il faut qu'il y ait à un moment donné une sorte de cellule... avec un staff. Comme en MCO, l'ordonnancement est nécessaire... Pour moi un bed-manager c'est quelqu'un qui peut faire de l'accueil, du tri et de l'orientation. Il nous faut une meilleure visibilité sur nos lits vacants et pour ça il faut des outils numériques » ... « il y a un préalable, c'est une lettre de mission signée du PCME, de la direction générale ... avec la direction des soins... Le bed-manager doit avoir toute autorité, pour discuter... si on en met un qui est obligé d'avoir 36.000 appels pour autorisation... ça ne marche pas... Il y a tout un travail à faire pour ça »</p>	<p>(1) <b>vision PCME, me répond après 1h00 d'entretien sur relances direct de ce qu'il pense du bed-management</b> : j'ai pas des idées très claires, ce qui est certain avec la meilleure volonté du monde on est sur un truc qui est au doigt mouillé aujourd'hui... Si on arrive au jeudi matin et qu'il y a 2 places... il faut commencer à mobiliser les troupes parce que sinon on va taper dans le mur le weekend... pour liser euh... il faut être capable d'avoir une sorte... de euh je sais qu'à Coloma, on a un tableau ou on se dit il y a les sorties cette semaine</p>	<p>(4) <b>Photage opérationnel vision</b> : il nous faut un organe de coordination de gestion des lits et qu'il soit en lien avec les CMP et Pivots et CHU... il y a une question d'anticipation à avoir dans la gestion des lits... j'avouerais que c'est le propre de tous les hôpitaux... Il faut une validation très institutionnelle du trio DG, PCME, DDS... car le bed-manager va remettre en question les modes d'adressage... Un bon bed-manager se doit d'interroger et suivre la prise en charge et le parcours patient. « Il faut penser la sortie dès l'arrivée : il nous faut un outil commun de gestion des flux de patients, un outil informatique de disponibilité des lits et aussi des rendez-vous »</p>	<p>(1) <b>vision bed-manager</b> : aux urgences il y aurait du tri à faire, par exemple beaucoup de demandes de consultations pourraient relever de la psychologue en extra, pour moi il faudrait un bed-manager pour réorienter tout ça. Il faut une meilleure visibilité au niveau des lits... et que les patients soient vus et qu'au plus tard à 12h30 les patients soient sortis comme ça aux urgences on pourrait adresser nos patients en consultation !</p>	<p>(1) <b>DPS</b> : si on anticipe et que le patient ne sort pas, ça nous fait perdre du temps... on doit relâcher une ordonnance, une lettre de sortie qui ne sera plus du tout la même. C'est pour ça qu'on ne prépare pas les papiers la veille... Si le patient veut sortir le matin je m'adapte, je fais les papiers dès que j'arrive le matin. Mais je n'anticipe pas (1) <b>vision bed-manager</b> : il faut quelqu'un dont c'est le rôle car ça prend beaucoup de temps à la cadre de l'UNACOR, c'est pas possible qu'il pourrait y avoir une réunion de travail là-dessus pour essayer d'établir certains critères et que ce soit harmonisé sur tout le CHR... Il y a certains endroits où il y a des points de difficultés et c'est compliqué. On priorise avec qui est le plus malade et pas avec qui est le moins agressif, qui consomme le moins de stupéfiants, qui n'est pas SDF, ou ce genre de choses</p>
2.1.1 Portage stratégique		<p>(5) <b>filiarsation et modernisation</b> : En spécialisant quelques unités on peut avoir une bouffée d'oxygène avec des lits qui vont tourner plus vite... C'est un vrai boulot à la fois avec le DIM et le Contrôle de gestion, les CS et CSS pour essayer de faire un estimatif... c'est toujours un peu compliqué de tolérer le secteur en psychiatrie, mais peut être qu'il faut simplement le moderniser et se dire que ce qui a été conçu dans les années soixante-dix n'est plus d'actualité</p>	<p>(5) <b>Filiarsation et modernisation</b> : L'hôpital doit se structurer en filière spécifiques et généralistes... on va être plus attentif aux problématiques sociales et d'accompagnement et aux difficultés des structures d'aval avec les unités de psychiatrie générale... Il faut aussi moderniser la sectorisation, la penser différemment par rapport à l'ambulatorio</p>	<p>(1) <b>Filiarsation psy générale</b> : il faudra des filières générales pour les des personnes qui ne rentreront pas dans la case des filières... Il faut vraiment retravailler les projets et mettre le paquet au niveau du médico-social (1) <b>opinion</b> : sectorisation : les patients ne sont pas des personnes qui ont un numéro gravé sur le front, ce sont des personnes qui ont besoin de soins et on avancerait à un moment donné si on faisait fi du secteur</p>	<p>(1) <b>filiarsation</b> dans ces filières générales on va garder une espèce de grande sectorisation. Je pense que ça pourrait avoir un intérêt... avec la sectorisation on gagne du temps car on connaît les patients en fait</p>
2.1.2 Filiarsation et modernisation	<p>(1) <b>filiarsation et modernisation</b> : Comme au CHU avec Coloma, il nous faut aussi une unité de court séjour pour être l'aval de l'UNACOR, il reste une durée d'hospitalisation à définir »... « et nos filières on va peut-être en développer quelques-unes de plus, comme le premier épisode... avoir des unités fermées ou unités ouvertes avec le nouveau décret des autorisations... et les filières, elles sont hors secteur puisqu'elles profitent à tous... on va garder la psychiatrie polyvalente qui restera sectorisée par rapport à nos centres pivots »</p>				



**CHECK-LIST MÉMOIRE MASTER MOSMS**  
**A RENSEIGNER ET A INTEGRER AU MEMOIRE**

Cette check-list vise à vous aider à bien repérer les principaux points dans votre mémoire au cours de sa rédaction, il vous appartient de vous assurer que le reste des éléments auxquels il convient d'être attentif sont bien présents dans votre document.

ai-je fait émerger une problématique pertinente (justifiée, légitimée) répondant à une préoccupation du secteur, énoncée de façon explicite sous forme d'une question ?

ai-je effectué une conceptualisation creusée appuyée sur une littérature académique en gestion pertinente et récente soigneusement choisie (répondant au nombre de références académiques attendu : livres et articles) me permettant de traiter ma problématique ?

ai-je présenté ma grille de codage/d'analyse ?

ai-je décrit l'approche qualitative de la recherche et la méthodologie de recueil des données par entretiens ?

ai-je présenté les résultats « bruts » (*i.e.* des verbatims) de mon étude (consécutivement au codage/à l'analyse réalisé via la grille) ?

ai-je discuté de façon approfondie mes résultats en les confrontant à ma conceptualisation, selon mon point de vue argumenté, et en ayant rebouclé avec la problématique ?

ai-je proposé des préconisations concrètes discutées au niveau master et non de simples intentions) ?

ai-je présenté les limites et les perspectives de mon étude (et non celles du stage) ?

ai-je vérifié que les références mentionnées dans le corps de texte sont bien présentes dans la bibliographie ?

ai-je intégré le guide d'entretien en annexe ?

**Formulaire de consentement éclairé à la participation à un entretien**

Je soussigné(e),

Monsieur/Madame.....  
déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer à cet entretien, dans le cadre de la réalisation de l'étude de Monsieur/Madame....., étudiant(e) du Master Management des Organisations Sanitaires et Médico-Sociales de l'Université de Rouen Normandie, dans le cadre de la réalisation de son mémoire dont le thème est :  
.....  
.....

J'accepte donc d'être enregistré(e) et autorise Monsieur/Madame..... à utiliser les données recueillies dans le cadre de son mémoire et de ses éventuels prolongements. Ce(tte) dernier(e) s'engage à rendre anonyme l'ensemble des données recueillies.

Fait à..... Le ...../...../..... en 2 exemplaires.

Signatures :

Le/la participant(e)

L'étudiant(e)