

dossier

ORGANISATION

Gestion des lits et des parcours

Une dynamique en territoire breton

Depuis les années 2010, structurer les parcours patients est devenu un enjeu stratégique majeur pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, offrir la prise en charge la plus adaptée tout en gérant au mieux les ressources disponibles et en conciliant efficacité, qualité et sécurité des soins. Parallèlement, le besoin en soins urgents et/ou non programmés n'a cessé d'augmenter, faisant des services d'urgence une des portes d'entrée principale des établissements de santé. Face à cette situation, ces derniers ont dû s'adapter tout en maintenant une offre programmée et de recours sur les territoires. Après plusieurs années d'accompagnement structuré via des appels à projets, l'ARS Bretagne a entrepris la réalisation d'une cartographie des organisations et des actions menées en faveur d'une dynamique territoriale effective de gestion des lits.

Inscrite dans la mesure 12 du pacte de refondation des urgences (2020), la démarche de gestion des lits constitue un levier pour faciliter l'organisation des admissions directes non programmées, notamment celles des personnes âgées (mesure 5 du pacte). Chargée d'évaluer les mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés instituées durant l'été 2022, la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) considère la mise en place de gestionnaires des lits dans tous les établissements de santé sièges de services d'urgence et la gestion territoriale des lits d'aval comme une priorité absolue. Si le concept de gestion des lits s'est généralisé au point de devenir une évidence pour beaucoup, répondre à ce défi demande une collaboration dynamique des acteurs de santé à l'échelle territoriale, alors que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) continuent de se structurer et que les acteurs privés renforcent leur coopération depuis la crise Covid. Ainsi, tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés, de court séjour (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou d'hospitalisation à domicile (HAD), tout comme les professionnels intervenant en amont et en aval de l'hospitalisation, sont incités à coopérer sous le regard encourageant, voire sous l'impulsion directe, des agences régionales de santé (ARS) et avec des implications et attentes

nouvelles d'autres acteurs tels que les collectivités locales et territoriales.

Une action structurée à la fois au niveau des établissements et à l'échelle territoriale, associée à un accompagnement ciblé des pouvoirs publics, permet une meilleure réponse collective à ces enjeux.

Gestion des lits et des parcours

La gestion des lits poursuit un objectif double : orienter le patient vers le lieu de prise en charge adéquat et éviter le mésusage des capacités en veillant à limiter la durée d'hospitalisation aux stricts besoins du patient. Si la notion de « gestion des lits » revêt un caractère concret pour les gestionnaires hospitaliers, le concept de « parcours », associant qualité des soins, approche médico-soignante et dimension sociale de la prise en charge, est davantage porteur de sens pour les soignants. La gestion des lits, tout comme celle des parcours, renvoie *in fine* au bon usage de l'offre en soins, cette dernière étant contrainte par l'effet des doctrines d'adaptation capacitaire des années 2010, mais aussi, plus récemment, par la pression sur les ressources humaines. Ces dernières années, la gestion des lits s'est traduite par des dispositifs de dénombrement des lits vacants afin de répondre à l'impératif d'identifier où admettre les patients non programmés. Ce sont le plus souvent aux cadres de santé qu'incombe le décompte des lits vacants dans les services et leur

Fabienne BOUSREZ
Adeline JENNER
Stanislas JOHANET
ADJ Partenaire

Margaux ALLAIN
Céline BICHE
Thibaut KLEIN
Laure COMPAIN
ARS Bretagne

communication pluriquotidienne aux urgences, ou encore l'alimentation du répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour répondre aux besoins de visibilité sur le territoire. Ce dispositif, bien que rudimentaire et chronophage, pourrait, s'il est automatisé et bien renseigné, devenir un outil pour l'identification des ressources mobilisables.

Pourtant, à l'échelle d'un établissement comme d'un territoire, la gestion des lits doit être une démarche transversale et globale, intégrant de nombreux processus. Elle ne se réduit pas à placer des patients dans un lit : son déploiement impacte l'ensemble des métiers qui contribuent à la prise en charge en hospitalisation, ce qui nécessite une réelle adhésion médico-soignante. L'acronyme GDLP, soit la « gestion des lits et des parcours », semble ainsi mieux rendre compte de l'ensemble des enjeux associés, conciliant ces différentes dimensions et cette nécessaire transversalité.

Une démarche multidimensionnelle

La GDLP repose sur de nombreux processus :

- le repérage des capacités disponibles et leur communication, au jour le jour, idéalement en temps réel, aux bons interlocuteurs ;
- l'identification du besoin spécifique de soins du patient et la définition du lieu le plus adapté de prise en charge, s'appuyant sur un bon usage de l'expertise médicale mais aussi de toutes les autres ressources hospitalières ;
- la définition des durées prévisibles des séjours sans méconnaître l'indispensable adaptation aux besoins de chaque patient ;
- la régulation quotidienne de l'offre en lits, s'appuyant sur une instance fonctionnelle disposant d'indicateurs consensuels et partagés ;
- un ajustement interdiscipline de l'offre structurelle en lits et places à l'évolution des besoins et, *in fine*, l'amélioration de la corrélation « activité/ressources », reposant quant à elle sur une institutionnalisation de la réflexion.

Des nombreuses forces en présence, aux rôles et intérêts conciliables

Les établissements de santé sont les premiers impactés par une gestion des lits et des parcours plus ou moins bien structurée. En leur sein, il convient de distinguer les décideurs (directeurs, instances médicales) des acteurs directs de la prise en charge. Une étroite articulation entre chaque niveau, stratégique et opérationnel, est donc nécessaire pour « faire bouger les lignes » et donner du sens au collectif médico-soignant. Enfin, à l'heure où la tarification à l'activité (T2A) demeure le mode de financement majoritaire des soins, les logiques de concurrence prennent encore souvent le pas sur celles de coopération. Les intérêts convergents doivent alors être rappelés. Les acteurs de l'amont et de l'aval occupent une place croissante dans une logique de parcours, l'hôpital devant désormais se concentrer sur les étapes aiguës de la maladie. Pourtant, leur capacité de prise en charge est également contrainte, avec une diminution de la disponibilité de médecins généralistes et de certains spécialistes ainsi qu'une contraction de l'offre SMR. La structuration de l'offre

de soins de ville via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constitue néanmoins une occasion de mieux articuler les stratégies à l'échelle territoriale.

Les GHT, outils de la coopération territoriale hospitalière publique, peuvent de plus en plus s'appuyer sur les projets médico-soignants partagés pour construire des filières de prise en charge, édicter des règles de fonctionnement homogènes et déployer des outils numériques concertés voire territorialisés. Si l'établissement support est souvent identifié comme légitime pour conduire les travaux, l'aboutissement de ces dispositifs dépend du niveau d'intégration du GHT. Enfin, la question d'un leadership des établissements supports de GHT pour une démarche territoriale de gestion des lits questionne leur relation avec les offreurs privés, qu'il est indispensable d'intégrer et de responsabiliser.

Les ARS, devant répondre à la fois aux directives de leur ministère de tutelle et aux besoins des territoires sur lesquels s'exprime la pression d'accès aux soins, portent les demandes d'information et d'action auprès des établissements. Elles s'attèlent à stimuler la coordination entre les établissements, qu'il s'agisse de réunions de situation en période de tensions, d'appels à projets dédiés ou encore de l'inscription de cette problématique dans le dialogue de gestion. Dotées de crédits permettant d'accompagner les projets de gestion des lits, elles peuvent les utiliser pour faire lever sur les organisations, si tant est qu'elles puissent s'assurer de cibler les bons projets et disposer des moyens d'évaluer les crédits délégués. Les collectivités territoriales peuvent également être impliquées, soit en tant que membre des instances de régulation (commission régionale de la santé et de l'autonomie [CRSA] et commission spécialisée de l'offre de soins [CSOS]), en tant que soutien au développement

de l'offre de proximité, notamment coordonnées (CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles [MSP] notamment) ou en tant que financeurs d'investissement dans l'innovation et le numérique.

GDLP : trois piliers clés

La structuration d'une démarche de gestion des lits et des parcours à l'échelle d'un établissement ou à l'échelle d'un territoire repose essentiellement sur trois piliers :

- **une gouvernance structurée**, qui permet de faire converger l'inscription de la gestion des lits dans le cadre stratégique, la mise en œuvre d'une réponse opérationnelle et le pilotage de sa performance. Elle doit être bien identifiée et légitime, tant à l'échelle de l'établissement que du territoire. Elle peut reposer, en mode projet, sur une gouvernance dédiée (Copil projet, équipe projet) avant d'être incarnée en routine par les instances conventionnelles (directoire, commission médicale d'établissement ou collègue soignant à l'échelle de l'établissement, comité stratégique, commissions médicale ou soignante de groupement à l'échelle du GHT). On notera cependant qu'il n'existe pas d'instance réglementaire permettant la participation des acteurs privés et publics, hospitaliers et non hospitaliers à l'échelle du territoire et qu'une telle instance doit alors être créée *ex nihilo* ;

- **des dispositifs ou cellules dédiés et adaptés en volume et en compétences** : ils visent à organiser la circulation de l'information et le portage des décisions d'orientation, ainsi que les projets d'évolution des organisations. Ces dispositifs prennent la forme de cellules de gestion des lits et des parcours à l'échelle des établissements. Ils tendent à se structurer autour de la direction des soins et de l'encadrement soignant. Leur périmètre d'action varie, allant généralement de la mesure des capacités à la gestion des parcours intra-hospitaliers ou encore à l'articulation avec les partenaires du territoire pour fluidifier les sorties. En cela, ces cellules sont reconnues comme une base indispensable à l'optimisation de la gestion des lits et des parcours territoriaux. Elles facilitent le repérage des acteurs à solliciter et constituent un relais pour les décisions d'orientation territoriale ;

- **des outils informatiques performants** : différents de simples tableaux de suivi des capacités, ils permettent désormais une véritable planification des ressources. Les systèmes d'information de gestion des lits se sont développés pour répondre aux besoins de visibilité des disponibilités capacitaires, avec notamment des fonctionnalités de projection théorique des sorties des patients dès leur entrée ou d'activation des fonctions de bionettoyage pour mettre à disposition rapidement le lit tout juste libéré. Comme tout système d'information, ces outils ne sont utiles que si une évolution des pratiques a été conduite en amont : acculturation des médecins à la projection d'une durée prévisionnelle de séjour, organisation des équipes de nettoyage pour se déployer en fonction des signaux de libération des lits, etc.

Des modèles d'organisation variés

L'organisation de la GDLP au sein de l'établissement peut prendre différentes formes, qui évoluent selon les besoins, les ressources et le niveau de maturité de la structure. **FIGURE 1** Sont présentées ci-dessous certaines formes d'organisation repérées dans les établissements, ainsi que leurs avantages et inconvénients.

FIGURE 1

GDLP : cinq organisations repérées dans les établissements bretons

Avantages et inconvénients

MODALITÉ 1 Pas de cellule. Mission de GDL confiée aux cadres des urgences ou IDE dans les services		MODALITÉ 2 1 ou des cadres de GDL qui assurent la circulation de l'information		MODALITÉ 3 1 cadre de GDL + des IDE de flux décentralisées		MODALITÉ 4 Cellule structurée GDL Cadre + IDE + AS +/- temps médical		MODALITÉ 5 Cellule intégrée GDL + parcours/avec ou sans dimension territoriale	
+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
<ul style="list-style-type: none"> • Agilité • Plus adaptée aux structures de petite taille • Peu de consommateurs en RH 	<ul style="list-style-type: none"> • Lisibilité du dispositif pour l'externe : cellule territoriale, partenaires d'aval • Faiblesse décisionnelle au niveau opérationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Agilité, adaptable à toutes les tailles d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Recrutement • Relations externes personne dépendante • Risque d'épuisement • Pas d'actions sur les flux 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion directe dans les services par des personnes identifiées, acculturation dans les services • Vision globale au niveau des unités sur l'ensemble des flux 	<ul style="list-style-type: none"> • Profils de poste non homogène • Pas de pilotage des parcours et des compétences • Pas de vue d'ensemble • Ressources humaines non optimisées • Pas de lisibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Agilité, adaptable à toutes les tailles d'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la juste taille • Financement des moyens dédiés • Risque de désresponsabilisation des services 	<ul style="list-style-type: none"> • Vision d'ensemble • Pilotage structuré • Interlocuteur unique pour les services, meilleure lisibilité des recours possibles • Temps des PS dans les services optimisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition de la juste taille • Financement des moyens dédiés • Risque de désresponsabilisation des services. Lien étroit à maintenir • Périmètre large et nombreux intervenants : pilotage fort nécessaire

La coordination territoriale de la gestion des lits peut elle aussi prendre différentes formes et gagnera à se structurer dans chaque territoire, en fonction des dynamiques existantes. Selon les cas de figure identifiés sur les plans régional et national, elle repose sur :

- un temps de coordination régionale en période de tension sous l'égide de l'ARS le plus souvent ;
- une coordination à la seule échelle du territoire du GHT afin de solutionner des difficultés ponctuelles entre acteurs publics ;
- une approche territoriale plus structurée avec des réunions interacteurs pour identifier les difficultés et les solutions ;
- des ressources humaines dédiée, avec le recrutement de coordonnateurs ou chefs de projets territoriaux ;
- une feuille de route territoriale qui définit une organisation cible et un plan d'actions permettant de l'atteindre.

Des freins et des leviers communs aux logiques intra et interétablissement

En matière de gouvernance

● Les principaux freins

- Une thématique dont la dimension stratégique est parfois insuffisamment valorisée dans le portefeuille des projets de l'établissement.
- La faible implication des médecins dans les discussions même lorsqu'un cadre structuré existe. Cette situation peut être due à un manque de temps dédié, un désintérêt pour les sujets liés à la gestion, notamment des lits, ou une segmentation disciplinaire générant des intérêts divergents, voire un désintérêt global.
- La difficulté à instaurer une instance de dialogue consacrée à la gestion des lits en dehors du cadre des GHT ou des tensions régulées par l'ARS.

● Les leviers identifiés

- Un portage stratégique tripartite direction générale/direction des soins/CME.
- Une forte incitation de l'ARS à structurer la concertation autour de la gestion des lits à un niveau stratégique.
- Une mobilisation du corps médical permettant d'identifier et de réduire l'opposition entre spécialités ou entre établissements, tout en mettant en évidence des intérêts communs à agir, touchant en principe à des enjeux de qualité de prise en charge, de fluidité des parcours et d'adéquation des orientations aux besoins des patients.
- La bonne connaissance mutuelle, permettant d'instaurer un climat de confiance entre les acteurs et d'assurer des relations fluides.

En termes d'organisation des dispositifs

● Les principaux freins

- L'identification des moyens humains est freinée par des enjeux de financement. Ces ressources humaines transversales sont plus complexes à légitimer que celles dédiées aux soins, particulièrement à l'échelle territoriale, pour laquelle aucun financement de droit commun n'est

prévu. À l'échelle d'un établissement, un tel investissement doit *in fine* se justifier par son impact sur la durée moyenne de séjour et la libération des capacités.

- La rareté de profils adaptés pour des postes de chargés de mission, à l'échelle d'un établissement ou d'un territoire, et la difficulté à les fidéliser. En effet, ces personnes chargées de concevoir et de déployer une feuille de route territoriale doivent disposer de qualités relationnelles, de compétences en gestion de projet mais également être légitimées au sein d'instances de discussions opérationnelles et stratégiques.
- Un positionnement institutionnel parfois insuffisant, particulièrement pour les cellules de gestion des lits au sein des établissements. Ce problème est exacerbé lorsque leurs missions se limitent au dénombrement des lits et à la gestion des urgences, au détriment d'une approche globale axée sur la fluidification des parcours, notamment pour les parcours complexes. C'est pourquoi ces ressources peuvent gagner à faire l'objet d'un rattachement à un management stratégique et transversal, qui veillera à engager les professionnels au-delà des seules cellules et du service des urgences.

● Les leviers identifiés

- Capitaliser sur les expériences en partageant les fiches de poste et en favorisant les interactions entre pairs.
- Adapter les dispositifs sur la base des retours d'expérience.
- Évaluer les résultats pour démontrer l'impact financier et conforter le modèle économique.

- Mesurer l'efficacité des dispositifs à travers des indicateurs pertinents et des rituels d'analyse pour objectiver l'impact de la GDPL sur la qualité des soins.
- La mobilisation du corps médical est un levier incontournable pour asseoir la légitimité des cellules de GDLP et augmenter l'impact de leur action auprès des services de soins. S'appuyant sur l'objectivation des résultats obtenus, elle passe par l'identification de leaders médicaux acquis à l'intérêt pour le corps médical d'être associé à la définition des processus et des outils de gestion des lits et des parcours.

Des facteurs de succès identifiés par les acteurs

- **L'interconnaissance des acteurs :** la confiance, souvent issue des relations étroites développées dans des contextes critiques comme la crise Covid, est fréquemment citée comme un catalyseur des coopérations. Elle repose sur une meilleure compréhension des périmètres d'intervention et des rôles de chacun. Cette interconnaissance et cette confiance

constituent un socle essentiel pour bâtir des engagements. Elles favorisent également la fluidité des échanges, facilitant ainsi la création de passerelles et l'orientation des patients.

- **Des démarches structurées au sein des établissements :** pour permettre aux acteurs du territoire de collaborer efficacement et de diriger leurs patients en toute confiance, une gestion des parcours intra-établissement est cruciale. Ces structures varient en fonction de la taille, des ressources et du positionnement des établissements, mais elles demeurent un facteur clé de réussite pour la coopération territoriale.

- **Un engagement des acteurs au niveau stratégique :** la coopération territoriale en matière de gestion des lits exige un investissement collectif, impulsé, voire piloté principalement par les chefs d'établissement. Leur implication est d'autant plus forte qu'elle est soutenue par l'ARS. Les responsabilités sont dès lors à clarifier :

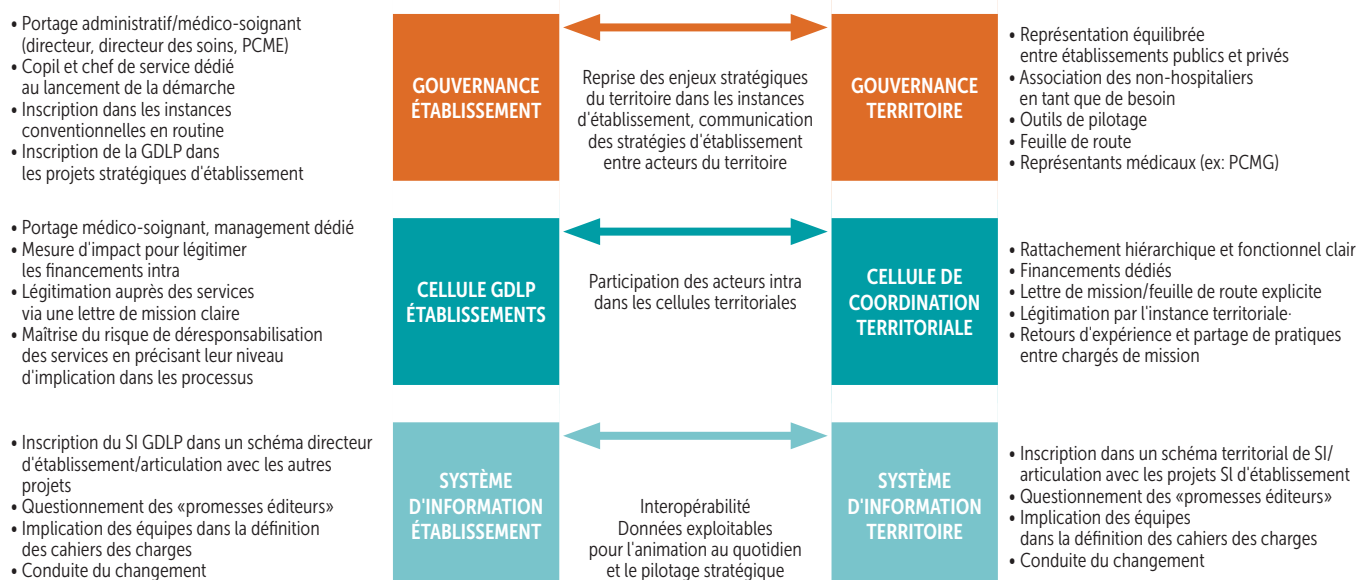
- l'ARS se charge du « quoi », par exemple solliciter formellement une organisation territoriale de la gestion des lits, une gouvernance territoriale définie ;
- les établissements se chargent du « comment », notamment la composition précise des instances, leurs modalités et fréquence des rencontres, l'élaboration des fiches de poste, le recrutement, le choix des outils.

- **Un accompagnement ciblé des pouvoirs publics :** les ARS, en ciblant les accompagnements, peuvent renforcer ces projets d'organisation territoriale. Ce soutien financier sera d'autant plus efficace qu'il s'appuiera sur une compréhension fine et partagée des organisations locales, des dynamiques en jeu et des besoins spécifiques liés à la gestion des lits et des parcours.

- **Un dialogue de gestion basé sur des indicateurs robustes :** ce dialogue, adossé à des systèmes d'information fiables, est indispensable pour identifier les besoins et piloter les

FIGURE 2

Principes structurants d'un modèle de gestion des lits et des parcours à l'échelle des établissements et des territoires



actions. Il doit s'appuyer sur une connaissance approfondie des contextes et projets, et couvrir les aspects suivants :

- pilotage et gouvernance : les instances mobilisées, les indicateurs, les actions qui en découlent ;
 - ressources dédiées : les compétences, rôles et responsabilités déployés pour organiser la gestion des lits à l'échelle des établissements et des territoires ;
 - relations : les relations permettant de fluidifier les parcours des soins non programmés et urgents en amont, l'aval de l'hôpital ;
 - outils : les outils informatiques en place, les solutions en projet, leur niveau de déploiement et leur visibilité sur la disponibilité des lits ;
 - organisation en situation de crise : les interactions et mécanismes de décision sont prévus en cas de tensions hospitalières ou de pic d'activité.
- **Une gestion de projet bien identifiée** : une coordination territoriale efficace de la gestion des lits repose sur une gestion de projet structurée, facilitée par l'engagement stratégique des acteurs. Cette gestion peut évoluer :
- en phase initiale, elle est souvent fortement portée par les directions ;
 - en phase de routine, elle peut être confiée à des chargés de mission.
- **L'engagement de la communauté médicale** : bien qu'essentiel, cet engagement demeure l'un des leviers les plus complexes à activer. Impliquer les médecins dans la gestion des lits nécessite d'en démontrer la valeur ajoutée pour les parcours de soins et pour les services eux-mêmes.

L'exemple de l'ARS Bretagne

Une démarche structurante en gestion des lits

L'analyse des travaux conduits par l'ARS Bretagne permet d'illustrer les nombreuses interactions générées par une démarche structurée de gestion des lits, les projets qu'elle peut engendrer, ainsi que les modalités organisationnelles à même d'optimiser son impact. Depuis 2020, l'ARS Bretagne déploie en effet des crédits aux établissements publics et privés du territoire afin de soutenir leurs projets de gestion des lits. En 2024, une évaluation de ces crédits a été conduite, suivie d'une cartographie des organisations en place au sein des établissements et des territoires.

Des objectifs de visibilité et d'adéquation de l'accompagnement régional

Les objectifs portés par l'ARS Bretagne ont été les suivants :

- **acquérir une visibilité homogène sur les dynamiques en cours**, en tenant compte des différents contextes locaux ;
- **identifier les besoins spécifiques des acteurs pour accompagner de manière ciblée et efficace** la structuration territoriale de la gestion des lits.

Pour chaque établissement et chaque territoire, l'ARS Bretagne s'est ainsi dotée d'une cartographie qualitative répondant aux questions suivantes : quelle est la gouvernance qui régit les relations entre les acteurs ? Quels dispositifs sont déployés pour favoriser les interactions entre acteurs et la bonne orientation des patients ? Quels systèmes d'information sont déployés ?

La gestion des lits ne se réduit pas à placer des patients dans un lit : son déploiement impacte l'ensemble des métiers qui contribuent à la prise en charge en hospitalisation.

À l'issue de ce travail d'analyse, un modèle économique adapté aux niveaux de maturité des établissements et des territoires a pu être approché sous forme de crédits d'amorçage pour impulser la création ou le renforcement des cellules de gestion des lits dans les établissements et les territoires qui n'en disposent pas encore. Le déploiement d'un système d'information dédié à la gestion des lits a également été proposé.

Ces ressources, amenées à se réunir régulièrement, doivent contribuer à la cartographie des organisations existantes, tout en favorisant des échanges fréquents et structurés entre les différents acteurs de la prise en charge. En routine, cela leur permet de proposer toutes les évolutions organisationnelles permettant de fluidifier les parcours, et de s'en faire le relais au sein de leurs établissements.

Vers une gouvernance partagée et des liens renforcés

L'un des enjeux majeurs de cette dynamique territoriale de gestion des lits est de permettre la formation d'une gouvernance *ad hoc*, conçue par et pour les acteurs de terrain. Ce modèle vise à renforcer les liens entre les professionnels impliqués, à instaurer une concertation régulière et à ancrer durablement une dynamique de coopération territoriale en matière de gestion des lits et des parcours. ●