

La gestion des flux

ou quand l'activité hospitalière tente de se réguler

Comment répondre aux besoins de santé croissants de la population calédonienne, à l'heure où le CHT fait face à une capacité d'accueil insuffisante liée notamment à des écueils structurels ? Fermeture ou pas de plusieurs dizaines de lits, toutes les plateformes hospitalières modernes conduisent depuis une dizaine d'années une réflexion sur la gestion des lits. Au CHT, une étape est franchie et elle est d'autant plus importante que ce type de poste est mis en place majoritairement en secteur privé en métropole. Joëlle Ballande vient d'être nommée cadre supérieur de santé chargée de la gestion des flux.

Une nécessaire régulation de l'activité hospitalière

« **E**n France, les hôpitaux disposent de moyens financiers alloués en fonction de l'activité de soins. En Nouvelle-Calédonie, nous fonctionnons selon un budget global. Nous nous sentons moins soumis à la notion de rentabilité par lit (pertinence de l'hospitalisation). En revanche, le volume de patients s'accroît, du fait de l'évolution de la demande de soins liée au vieillissement de la population, mais aussi à l'accroissement démographique », expose Joëlle Ballande. Pour rappel, le CHT a vu la fermeture de 90 lits d'hospitalisation en novembre 2005, dans le cadre du plan de sauvegarde de l'établissement. Une nouvelle organisation s'est développée avec la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation de jour. Malgré cette évolution, le CHT dispose aujourd'hui d'une capacité d'accueil de 458 lits contre 477 au 1^{er} janvier 2005.

Le retard à la mise en œuvre du médipôle de Koutio impose à l'établissement de développer des solutions d'attente permettant de répondre aux besoins de santé de la population. Le CHT est l'hôpital de référence pour les îles, le Nord, ainsi que pour Wallis et Futuna et le Vanuatu.



Joëlle Ballande, Marie-France Michel et Christian Bulot lors de la signature de la convention avec l'ASAMAD.



Des solutions alternatives

Pour pallier cette difficulté de places, Joëlle Ballande peut être contrainte à mettre en œuvre la procédure de dédoublement de lits, après décision du directeur de l'établissement ou de son représentant. Elle réfléchit, en collaboration avec l'ensemble des professionnels, à des solutions en externe à travers le développement du partenariat avec les professionnels extrahospitaliers ou appartenant à d'autres établissements de soins.

Par exemple, le service Gériatrie du CHS de Nouville peut recevoir certains patients. Parallèlement, de plus en plus de sociétés d'aide à domicile bénéficient de l'agrément CAFAT. Enfin, le 11 mai dernier, Christian Bulot, directeur du CHT et Marie-France Michel, présidente de l'ASAMAD (Association d'Aide au Maintien à Domicile) ont signé, en présence de Joëlle Ballande (photo ci-dessous), une convention d'objectifs et de moyens dans le cadre de la prise en charge des patients sortant d'hospitalisation et nécessitant la mise en place d'un soutien à domicile urgent, le plus souvent des personnes âgées dépendantes.



Son périmètre de recrutement est donc conséquent. Sous le terme "gestion des lits" sont étroitement associées plusieurs dimensions, stratégique, financière, médicale et de qualité. L'objectif de la gestion des lits est de gérer au mieux une capacité d'accueil afin de prendre en charge un volume de patients, tout en respectant des critères de qualité multiples (qualité des soins, délais, durées, programmation ...), en utilisant au mieux les ressources disponibles. Elle concerne l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement, mais aussi les structures et réseaux de soins extra-hospitaliers existants, susceptibles de proposer une alternative à l'hospitalisation ou de permettre la sortie du patient dans les meilleures conditions.

COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE DES URGENCES

Attelée à cette mission, le quotidien de Joëlle Ballande commence, dès le matin, par un passage dans chaque unité d'hospitalisation (ou appel téléphonique si pas de possibilité de se déplacer) du site Gaston

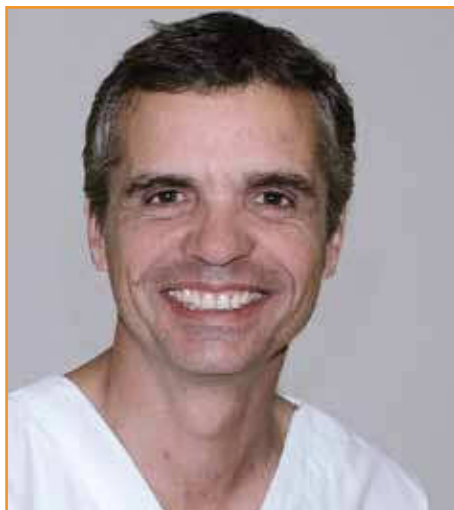
Bourret et par un contact téléphonique pour les unités fonctionnelles extérieures. L'objectif : faire un point sur la disponibilité en lits. Joëlle Ballande se rend ensuite vers les urgences afin de transmettre la situation en lits disponibles pour les admissions. Elle est interpellée lorsque l'équipe des urgences rencontre des difficultés à placer les patients.

EN CAS DE CRISE : UNE COMMISSION SPÉCIFIQUE

En cas de situation de crise (saturation des lits d'hospitalisation par exemple), la commission de régulation des flux de patients est sollicitée, à la demande du gestionnaire de flux. Dans ce cas, une cellule restreinte de la commission précitée, composée du président de la CME, du directeur, du gestionnaire de flux et d'autres professionnels, en fonction de la nature des difficultés, se réunit afin de statuer sur une issue. Par exemple, une déprogrammation du bloc peut être envisagée en cas de nécessité absolue. ■

Les urgences

Porte d'entrée du CHT, les Urgences sont au premier plan du problème de manque de lits. « Statistiquement, un patient sur trois qui passent le seuil des urgences devra être hospitalisé », constate Jean-Michel Levêque, médecin urgentiste. Après les examens radiologiques et biologiques, la localisation géographique d'hospitalisation se pose. « Deux fois par jour, nous recevons la liste des lits disponibles mais aucune anticipation n'est possible à notre niveau. Seule la gestionnaire des flux est en mesure de nous faire part d'une future place disponible ». Il devient rare de pouvoir placer le patient dans le service concerné. Pour certains services saturés comme la Cardiologie, un véritable parcours du combattant s'enclenche pour le patient, qui peut d'ailleurs rapidement se transformer en jeu des chaises musicales. Du service d'hébergement temporaire accolé aux Urgences comme l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) ou le SHUT (Service d'Hospi-



talisation des Urgences Temporaires) à un service conventionnel souvent transitoire, le cheminement peut être très compliqué. Actuellement un tiers des patients hospitalisés à partir des Urgences est d'abord admis en UHCD ou au SHUT par

défaut de place dans un service adapté ; un tiers est hospitalisé dans un service conventionnel en hébergement ; le dernier tiers enfin est hospitalisé dans le service adapté mais souvent au prix d'une longue attente dans les couloirs des Urgences.

Pour Jean-Michel Levêque et ses confrères des Urgences, « le plus problématique en attendant de résoudre le problème des flux : assurer la continuité des soins dans des locaux inadaptés ». « L'hôpital est devenu beaucoup trop petit » poursuit-il, « avec une perte de 40 % de lits par habitant au cours des 20 dernières années ». Les Urgences de Gaston Bourret sont devenues le point de passage obligé de toutes les admissions non programmées et 60 % des admissions totales de l'hôpital passent par les Urgences alors que ce chiffre n'est que de 30 % en métropole. Dans ces conditions, le Service d'Accueil des Urgences est lui-même devenu trop petit et les délais de prise en charge et d'attente aux Urgences ne font qu'augmenter d'année en année. ■

LA CME

La commission médicale d'établissement est concernée par cette question des flux comme tous les autres sujets qui touchent aux soins, leur organisation, leur qualité... La CME est composée d'une cinquantaine de membres, tous médecins, dont par exemple l'ensemble des chefs de service. Elle a des représentants au conseil d'administration de l'établissement. Son président (actuellement Olivier Axler), élu pour trois ans, est désigné pour représenter la CME au sein de la Commission des Urgences et des Admissions non Programmées (COMURAMP).

Le service de chirurgie orthopédique

Service le plus important en terme de capacité en lits, 50, la Chirurgie Orthopédique se retrouve bien souvent en situation d'unité d'hébergement pour les patients en attente de place dans le service référent. « Avant la mise en place d'une activité gestion des flux, nous pouvions parfois avoir un patient hébergé sur une période de deux, trois voire cinq jours dans l'unité. Certains patients passaient même l'intégralité du séjour chez nous. Aujourd'hui, la période transitoire dépasse rarement 24 heures » déclare avec soulagement Chantal Barousse, cadre.

Lorsqu'un patient subit une mauvaise orientation, les cadres infirmiers du service font appel à Joëlle Ballande et coordonnent leurs efforts afin de "réorienter" le patient dans le bon service. La gestionnaire des flux à une vision globale des lits disponibles sur l'ensemble de l'hôpital, ce qui simplifie les trajets pour le patient et augmente l'efficacité des prises en charge. Au final, le constat est le même, qu'il émane des



Urgences ou des services conventionnels comme la Chirurgie Orthopédique : « la durée de séjour est inexorablement allongée et la qualité des soins forcément altérée ». ■

Joëlle Ballande

Après l'obtention de son diplôme d'État d'infirmière en 1991, Joëlle Ballande a passé sept ans en néonatalogie. En 1999, elle obtient son diplôme d'État de puéricultrice au CHU de Rouen. Réaffectée en néonatalogie à son retour, elle passe 18 mois en réanimation et médecine néonatale, protection maternelle et infantile (PMI) et maternité. Elle rejoint ensuite le SICS (Service Infirmier de Compensation et de Suppléance) de septembre 2001 à août 2002 en tant que faisant fonction de cadre de santé d'après-midi et de nuit. De 2003 à 2006, de retour de formation cadre à l'IFCS du CHU de Rouen, elle exerce au sein du service des Urgences de Gaston BOURRET puis est affectée de 2006 à fin 2009 en néonatalogie. Elle occupe le poste dédié à la gestion des flux depuis sa création en décembre 2009, en tant que faisant fonction de cadre supérieur de santé. Fin avril 2010, après réussite au concours sur titre, elle est nommée cadre supérieur de santé. Dans le cadre de sa mission de gestionnaire de flux, elle est associée à l'équipe du SICS (cadres de santé et équipe paramédicale) dont elle est la référente.



Organisation de l'encadrement supérieur au sein de l'établissement

L'équipe se compose comme suit :

6 cadres supérieurs de santé : **1** pour le plateau technique (Urgences, Réanimation, Soins Intensifs) poste vacant à ce jour ;

1 pour le secteur de chirurgie (Chirurgie Orthopédique, Viscérale et spécialités chirurgicales) et bloc opératoire GB ;

1 pour le secteur de médecine (Pneumologie, Neurologie, Hépatogastro-Entérologie, Cardiologie, CMCP et CRF) ;

1 dédié à la mission transversale de gestion des lits ainsi qu'à celle de l'équipe du SICS ;

1 pour le site de Magenta (Hémodialyse, Néphrologie, Médecine Interne, Néonatalogie, pédiatrie, bloc opératoire, DAMSP).

1 cadre supérieur sage-femme pour le secteur Gynécologie, Obstétrique.

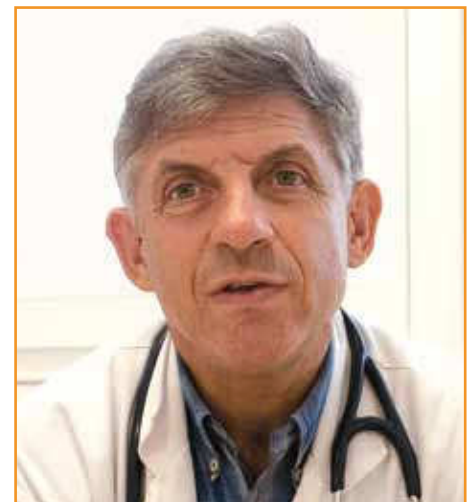
Parallèlement **2** cadres de santé, l'un pour l'après midi, l'autre pour la nuit, assurent l'accompagnement du Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS).

Se parler entre pairs

« **M**on rôle en tant que président de la CME est d'être désigné comme médiateur auprès de mes confrères dans les services, pour essayer d'appuyer le règlement d'une difficulté ponctuelle. » explique Olivier Axler, cardiologue depuis 10 ans au CHT et actuellement président de la CME. « Il faut en effet comprendre la difficulté des médecins qui ont à organiser les hospitalisations des patients dans leur service, venant de l'extérieur (patients programmés) et des patients des Urgences, lorsqu'il y a un manque de lits, comme c'est très souvent le cas. Ceci est exacerbé, lorsque des patients d'autres services hospitalisés dans un service inadapté, par manque de place dans le service référent, ne peuvent pas regagner ce service. En effet, le CHT manque de lits, à peu près 30 en moyenne, mais compte tenu de l'ouverture de Koutio en 2015-2016, les décideurs ne veulent pas créer de nouveaux bâtiments, et nous devons donc trouver des solutions alternatives. Parmi celles-ci, l'augmentation de sortie des patients chaque jour permettrait de gagner des lits. Tout l'enjeu est donc de savoir faire la part entre les patients dont l'état de santé

permet d'anticiper une sortie et ceux qui doivent impérativement rester hospitalisés. L'intérêt est d'assurer une adaptation permanente aux patients des Urgences devant être hospitalisés. Il s'agit donc de faire sortir les patients moins malades afin de prendre les plus malades attendant aux Urgences sans lit. Ce travail est difficile, prend du temps chaque jour, et chaque médecin en charge de patients hospitalisés devrait se prêter avec toute sa disponibilité à cet art à risque, et ce dans des horaires de sortie raisonnables ».

Les membres de cette commission ont la pleine conscience du travail à mener, et de la difficulté de la communication avec les médecins voulant faire au mieux pour garder les patients au maximum afin de leur assurer une sécurité optimale. « Nous devons communiquer avec eux, afin de signaler la grande précarité des patients attendant aux Urgences depuis des heures sur un brancard, en phase aiguë de leur maladie, et leur inconfort se rajoutant à l'impossibilité pour les médecins des Urgences de traiter d'autres patients, puisque leurs lits sont pleins. » C'est ce travail de médiation que Joëlle Ballande et Olivier Axler pratiquent



chaque jour, en expliquant aux divers acteurs de santé du CHT, paramédicaux et médicaux, en précisant qu'il s'agit bien là d'une démarche "Qualité", et non pas "Antiquité", comme cela est parfois perçu. « Si ces quelques lignes peuvent faire gagner quelques lits, et diminuer l'attente des patients aux Urgences, nous aurons atteint le but que nous nous sommes fixé ». ■