

## Le bed manager

### Bed Manager

J. Louis · I. Fournier

© SRLF et Springer-Verlag France 2014

Le ministère a lancé en mai 2013 le programme « Gestion des lits d'aval » dans 150 hôpitaux, afin de soulager les services d'urgences et améliorer l'accueil des patients, l'Agence régionale de santé (ARS) indiquant les services d'urgences pour lesquels existe une priorité certaine. De façon générale, même sous-occupés, les services ont toujours été très réticents à accueillir les patients d'autres services sur-occupés, l'argument souvent avancé étant la spécialisation du personnel et des équipements, argument évidemment rarement justifié.

Effectivement, depuis toujours, le téléphone est « l'ami » de l'urgentiste qui passe des heures dans une journée à chercher des lits pour « placer » des patients. Or l'urgentiste et les urgences doivent retrouver leur vocation première : les soins. La gestion des hospitalisations et des filières des patients n'est plus depuis longtemps la seule préoccupation du service des urgences mais celle de tous les services d'hospitalisation. Il fallait donc une entité spécifique qui se charge de cette mission, activité à plein temps. Les prémices du *bed manager* étaient bel et bien là !

Au centre hospitalier d'Annecy, ces tâches se sont progressivement retrouvées dans la mise en place d'un poste dédié à la gestion des lits. Aux balbutiements, un infirmier coordinateur faisait un simple relevé de la disponibilité des lits, deux fois par jour, puis les besoins se faisant plus pressants, un poste dédié a été créé. À ce poste, un « infirmier de flux » a été missionné pour gérer à la fois « l'offre et la demande ». Au sein même du service des urgences, cet infirmier anticipait les besoins d'hospitalisation et recherchait en temps réel les disponibilités de lits de l'établissement. L'adéquation entre les besoins et les disponibilités s'est ainsi beaucoup améliorée, la gestion se faisant avec une vue globale de la situation, de par ce poste spécifique. Enfin, cette gestion des lits nécessitait de connaître le circuit des patients, en

précisant leur pathologie, leur filière estimée, le service et le spécialiste qui devaient les prendre en charge. Un recueil exhaustif s'imposait donc !

Dès lors, les choses se sont rapidement accélérées, l'époque de la simple « liste des dispo » devenant bel et bien révolue. Les besoins avaient évolué et les outils se devaient de suivre. L'infirmier de flux recueillait toutes les hospitalisations de patients transitant par les urgences avec leur motif d'hospitalisation, leur filière de prise en charge, le service d'accueil, l'adaptation ou non de la filière (en sachant, par exemple, si un patient relevant d'une prise en charge médicale a bien effectivement été mis dans un service de spécialité médicale), l'ouverture d'un lit supplémentaire, l'heure de la demande de place... L'exhaustivité était atteinte puisque ce recueil se faisait en relai avec l'infirmier de flux, le jour, et le cadre de soins, de nuit. Un interlocuteur unique gérait alors, à tout instant, les hospitalisations du service des urgences 24 heures sur 24 !

Ce recueil n'est utile que s'il est mis à disposition de tous. Les informations répertoriées sur un fichier informatisé, comprennent l'identification des patients, le diagnostic de prise en charge aux urgences, la filière dont ils dépendent, le service de prise en charge, la filière de soins adaptée ou non ainsi que le recours ou non à un lit supplémentaire. Ce fichier est actualisé et envoyé par mail tous les jours à 8h00 à tous les responsables de filière (secrétariat, cadre de soins et médecin de chaque spécialité). Chaque patient hospitalisé via les urgences est identifié, localisé et répertorié par le médecin de la filière ad hoc.

Un état des lieux très précis de l'activité d'hospitalisation du service des urgences est fait. Est déterminé le nombre d'hospitalisations selon les jours de la semaine, les périodes de l'année, et même à quel moment de la journée. De même sont identifiées les filières les plus sollicitées et celles qui sont le plus vite saturées. Émergent alors de nouvelles questions. Ainsi, les lits supplémentaires reflètent-ils le taux d'hospitalisation via les urgences ou via les entrées directes ? Ce dernier point amène à la conclusion suivante : l'hospitalisation n'est pas la préoccupation d'un seul service mais bel et bien celle de tout un établissement hospitalier.

---

J. Louis (✉) · I. Fournier  
CH Annecy Genevois, service des urgences, SAMU, SMUR  
e-mail : jlouis@ch-annecygenevois.fr

CHU Cochin Saint-Vincent de Paul, site Cochin, service de réanimation chirurgicale, Paris, France

Désormais, dans notre établissement et à partir de notre expérience locale concernant la mise en place d'une cellule de gestion des lits de l'établissement, il ne reste plus que quelques heures de travail et de réunions pluridisciplinaires pour arriver au *bed manager* dans toute sa splendeur !

Reflet d'un besoin de plus en plus pressant bien que déjà ancien, cette notion de *bed manager* n'est cependant pas une nouveauté de 2013. À l'hôpital Saint-Joseph à Paris, le *bed manager* existe depuis avril 2010 : réelle révolution culturelle, elle a progressivement été mise en œuvre pour aboutir le 1<sup>er</sup> mars 2012 à la création de quatre *bed managers* pour 534 lits. Les urgences représentent certes environ 30 % de cette activité, mais malgré la gestion d'une proportion importante de patients hospitalisés, le projet n'a pas été rat-

taché au service des urgences ni à un pôle isolé ; il est resté projet d'hôpital.

Le *bed manager* gère de façon prévisionnelle les entrées et sorties de patients, optimise les admissions et les séjours et diminue les transferts vers l'extérieur de l'hôpital. Il s'agit en effet d'atteindre l'objectif de zéro déprogrammation. Néanmoins, le *bed manager* ne pourra pas imposer un seul patient dans l'hôpital s'il n'a pas d'autorité. Il doit pouvoir trancher entre les hospitalisations programmées et non programmées, mais ceci reste difficile à réaliser en pratique. Il peut aider à fluidifier mais ce n'est pas qu'une question d'organisation, c'est aussi une question de moyens. Il doit être légitimé par tout l'établissement.

Le *bed manager* est notre avenir, favorisons-le !