

UNIVERSITÉ ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences de gestion

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de

MASTER EN SCIENCES DE GESTION

Option : Management des établissements de santé

Thème

***Analyse du processus de gestion des lits hospitaliers :
cas des services de maternité et de gynécologie de
l'unité Targa Ouzemmour du CHU de Bejaia***

Réalisé par :

ADOUANE Selma

MERADI Kenza

Encadré par :

M. MESSAILI Moussa

Membre de jury :

Président : M. ALLACHE Abdelmadjid

Examineur : M. CHALANE Smail

Rapporteur : M. MESSAILI Moussa

Année universitaire : 2023/2024

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon Dieu, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce travail.

Nous adressons également nos sincères remerciements à notre encadrant, Monsieur MESSAILI Moussa, pour son aide, ses conseils et pour sa présence tout au long de ce travail.

Nous remercions aussi tout le personnel de l'unité Targa Ouzemmour pour leur accueil et explications durant notre période de stage.

Ainsi que tous ceux, famille(s) et amis(es) qui nous ont encouragés et soutenus pendant la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Ma mère, qui a été mon pilier tout au long de cette aventure académique, ton soutien inconditionnel et tes prières ont été ma source d'inspiration et de courage.

A mon père, merci pour ta présence constante tout au long de mon parcours académique. Ton soutien et tes encouragements m'ont porté à chaque étape.

A mes chères sœurs Fouzia, Yasmine et Samira.

A toute ma famille.

A tous mes amis : Kenza, Melissa, Adel, Adem et Asma.

Et à toutes les personnes qui m'aiment.

SELMA

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Ma mère, pour son amour infini et ses encouragements constants.

*Mon père, qui m'a toujours donné la force nécessaire dans les moments difficiles,
merci pour ta bienveillance.*

Mes sœurs Malak et Mounia.

Mon frère Zakaria.

A toutes la famille.

Et à tous mes amis : Selma, Lynda, Sara et Yidir.

KENZA

Introduction générale

Chapitre 01: Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits..... 4

Section 01 : Les concepts fondamentaux de la gestion des lits d'hospitalisation 4

Section 02 : Pratiques opérationnelles de la gestion des lits d'hospitalisation 20

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art 32

Section 01 : Analyse de la gestion des lits d'hospitalisation dans quelques pays du monde.32

Section 02 : Les principaux constats tirés des études empiriques 40

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité

Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine 43

Section 01 : Présentation de l'organisme d'accueil et du cadre méthodologique..... 43

Section 02 : Analyse et interprétation des résultats 47

Conclusion générale

Liste des abréviations

ANAP : Agence National d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CRT: Current Reality Tree

DEM : Dossier Electronique du Malade

DMS : Durée Moyenne de Séjour

Gynéco : Gynécologie

DSP : Direction de la Santé et de la Population.

EC : Evaporating Cloud

EPH : Etablissement Public Hospitalier

EHS : Etablissement Public à caractère Spécialisé

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

ETP : Equivalent Temps Plain

FRT : Future Reality Tree

GHR : Grossesse à Haut Risque

IQR: Intervalle Interquartile

ISO : Organisation Internationale de Normalisation

MCHS: Mayo Clinic Health System

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDCA: Plan, Do, Check, Act

PRT : Prerequisite Tree

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés

TMH : Taux de Mortalité Hospitalière

TOC : Theory of constraints

TOM : Taux d'Occupation Moyen des lits

TRL : Taux de Rotation des Lits

TT : Transition Tree

UDEs : UnDesirable Effects

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale

Dans le monde entier, la demande de soins de santé dans les services hospitaliers augmente de manière croissante. Cependant, il n'en va pas de même pour la disponibilité des ressources. La gestion des ressources hospitalières est parmi les préoccupations des établissements de santé dans le monde, et en particulier, les établissements de santé algériens. Leur objectif principal est d'améliorer la qualité des soins et d'offrir une bonne prise en charge des patients ainsi qu'un accès équitable pour l'ensemble de la population.

Dans ce contexte, la gestion des lits d'hospitalisation est l'une des problématiques majeure que rencontrent les établissements de santé. En effet, le lit est une ressource stratégique de l'hôpital. C'est d'abord une ressource matérielle, un actif physique qui permet l'accueil des patients. Mais, le lit constitue surtout un actif fondamental et symbolique pour l'hôpital. C'est une unité d'œuvre, une unité de référence pour le calibrage des ressources soignantes : « combien de lits par infirmière ? », pour l'activité : « quel est le taux d'occupation des lits ? », comme pour la définition des projets architecturaux : « un bâtiment de combien de lits ? », c'est aussi un symbole de territoire voir de pouvoir pour les médecins : « j'ai un service de tant de lits ». (GAUTHERET, 2013)

Le lit est aussi le lieu des soins hospitaliers, l'endroit autour duquel se développe l'organisation hospitalière. La gestion des lits est donc le cœur même de l'activité des hôpitaux. Or, cette gestion, parce que souvent routinière, se fait dans des conditions qui doivent être améliorées. (ALAMI & al, 2013)

L'intérêt du sujet de recherche

- C'est un sujet toujours d'actualité vu son importance dans le contexte de la gestion de la capacité hospitalière ;
- La situation des hôpitaux algériens en termes de gestion des ressources et de la demande croissante des soins de santé ;
- Rareté des travaux universitaires traitant ce sujet en Algérie.

Objectifs de recherche

Cette étude vise à :

Introduction générale

- Identifier et à analyser les contraintes et les défis rencontrés en matière de gestion des lits au sein de l'unité Targa Ouzemmour tout en proposant des solutions d'amélioration ;
- Déterminer le rôle de la gestion des lits dans le fonctionnement de l'unité Targa Ouzemmour et la prise en charge de ces patientes ;
- Enrichir la littérature existante sur la gestion des lits.

Au regard des travaux existants à ce sujet, notre étude portera sur la question suivante : **quelles sont les contraintes qui entravent la gestion des lits dans l'unité Targa Ouzemmour de la wilaya de Béjaïa, et quelles solutions peuvent être envisagées pour améliorer son fonctionnement ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous avons posé les questions secondaires suivantes :

- Quels sont les défis de la gestion des lits auxquels l'unité Targa Ouzemmour est confrontée ?
- Dans quelle mesure le service chargé de la gestion des lits au sein de l'unité Targa Ouzemmour utilise-t-il les indicateurs de productivité pour améliorer la qualité des soins ?
- Quelles mesures peuvent être prises pour améliorer l'efficacité de la gestion des lits ?

Afin de structurer notre travail de recherche, nous avons élaboré trois hypothèses qui feront l'objet d'une vérification sur le terrain :

Hypothèse 01 : L'unité Targa Ouzemmour de la wilaya de Bejaia pourrait être confrontée à des défis liés à la surpopulation, les contraintes techniques, les variations saisonnières et les retards dans les procédures d'admission et de sortie.

Hypothèse 02 : Au regard de l'importance de la ressource lit dans le bon fonctionnement des services de soins, les responsables chargés de celle-ci devraient prêter une attention particulière et attentive aux indicateurs de productivité afin d'améliorer le processus de gestion des lits et de ce fait, la qualité de prise en charge des patientes.

Hypothèse 03 : La mise en œuvre de mesures visant à lever les contraintes qui pèsent sur le processus de gestion de lits, notamment celles qui concerne le rehaussement de leur

Introduction générale

disponibilité, (telles que la coordination entre les établissements dans la même région à court terme, ainsi que la rénovation des infrastructures à long terme) pourrait contribuer à améliorer l'efficacité de la gestion des lits.

Démarche méthodologique

Afin d'atteindre notre objectif de recherche qui contribuera à confirmer ou infirmer ces hypothèses nous avons suivi deux méthodes de recherches :

- Une recherche documentaire basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques ;
- Une méthode quantitative basée sur la collecte et l'analyse des données recueillies auprès de l'unité Targa Ouzemmour ;
- Une méthode qualitative fondée sur des observations directes et des entretiens exploratoires auprès des responsables de l'unité Targa Ouzemmour.

Plan de rédaction

Pour atteindre l'objectif fixé, notre recherche comportera trois chapitres présentés comme suit :

Le premier chapitre sera consacré à la présentation des fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits. Ce chapitre comporte deux sections : la première section traitera les concepts fondamentaux de la gestion des lits. La deuxième section abordera les pratiques opérationnelles de cette thématique.

Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation d'une revue de littérature de certains travaux effectués sur la gestion des lits en premier lieu. En second lieu, nous allons traiter les principaux constats tirés de la revue de littérature des études empiriques.

Dans le troisième chapitre, nous allons présenter le cadre méthodologique et l'unité Targa Ouzemmour dans la première section. Ainsi que l'interprétation des résultats de notre étude dans la deuxième section.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Introduction

La gestion efficace des lits d'hospitalisation est un processus important pour assurer la qualité des soins et l'efficacité opérationnelle dans les établissements de santé. La gestion des lits est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, elle permet de minimiser les files d'attente, d'assurer un accès rapide et équitable aux soins, et de maintenir un service de qualité en évitant la surcharge. Une bonne gestion garantit également la disponibilité des lits qui permet un traitement au bon moment, ce qui contribue ainsi à l'amélioration de l'état de santé des patients et l'amélioration de la qualité des soins. Cependant, malgré son importance, cette discipline a toujours été une préoccupation pour les hôpitaux.

L'objectif de ce chapitre est de donner un fondement théorique et conceptuel ainsi que les pratiques opérationnelles de la gestion des lits d'hospitalisation. Dans la première section, nous allons examiner les définitions, les modèles conceptuels, les dimensions et les indicateurs de productivité associés à la gestion des lits. Dans la deuxième section, nous cherchons à fournir une compréhension approfondie des défis et des perspectives liés à cette gestion essentielle.

Section 01 : Les concepts fondamentaux de la gestion des lits d'hospitalisation

Dans cette section, nous allons aborder les concepts fondamentaux de la gestion des lits. Nous commencerons par quelques définitions de cette pratique, puis nous allons explorer ses objectifs ainsi que les cadres théoriques appliqués à cette thématique. De plus, nous allons étudier les indicateurs de productivité hospitalière et les différents niveaux et dimensions de la gestion des lits.

1 Définitions de la gestion des lits d'hospitalisation

Le « bed management » est un concept anglo-saxon. Il a d'abord été mis en place dans les hôpitaux britanniques pour organiser les admissions des patients sur listes d'attente et plus récemment, pour accélérer les admissions des patients en attente d'hospitalisation aux urgences. Cette fonction de « bed management » s'est peu à peu exportée dans d'autres pays du monde. (*Gautheret, 2013*)

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Dans son rapport sur la gestion des lits des hôpitaux et des cliniques, la MEAH définit la problématique de la gestion des lits ainsi : « il s'agit de gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durées, fiabilité de la programmation...), sous contrainte de ressources ». (MEAH, 2008)

Selon *Boaden et al (1999)*, « la gestion des lits est l'allocation et la fourniture des lits, en particulier dans un hôpital où les lits dans les services spécialisés sont une ressource rare ».

Selon l'ANAP « la gestion des lits est une thématique incontournable qui vise à appréhender le parcours du patient dans sa globalité en amont et en aval de son hospitalisation ». (ANAP, 2015)

Le management des lits peut se définir comme un outil de gestion des admissions, des séjours, des transferts et des sorties réalisés par un hôpital. S'il est possible d'appréhender le management des lits comme un processus quasi industriel, il est également indispensable de le considérer comme un outil modulable de façon à répondre aux besoins de santé. (Magali., 2009)

2 Les objectifs de la gestion des lits

La gestion des lits a une grande importance pour assurer le bon fonctionnement dans un établissement de santé et l'amélioration de l'efficacité opérationnelle, parmi ces objectifs on trouve :

- ✓ La satisfaction des patients : cela peut inclure leur perception de la rapidité de l'admission, du confort des installations, et de la qualité des soins ;
- ✓ La prévision de la capacité : consiste à anticiper et à planifier les besoins futures en terme de lits ;
- ✓ Améliorer l'accès aux soins de santé en temps voulu, en réduisant les listes d'attente ;(Matos, 2019)
- ✓ Mieux utiliser les ressources disponibles (personnels et capacité d'hébergement) ; (Baru & al, 2015)
- ✓ l'objectif du « Bed Management » est l'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

activités non programmées des structures d'urgences ou des patients adressés par des médecins correspondants pour une hospitalisation rapide (*Bernard & al, 2019*);

- ✓ Réduire les temps d'attente pour les patients en garantissent une admission rapide et une rotation efficace des lits ;
- ✓ Assurer la planification stratégique : implique de prendre des décisions anticipées et éclairés pour répondre efficacement à la demande des patients.

3 Cadres théoriques et modèles appliqués à la gestion des lits

Dans ce point, nous aborderons les différentes théorie appliquée a la gestion des lits telle que la gestion de qualité, théorie des contraintes, et la files d'attente ainsi que le modèle de simulation qui ont pour objectif d'améliorer l'efficacité opérationnelle pour assurer une prise en charge efficace des patients.

3.1 Théorie de la gestion de la qualité et le cycle PDCA

Selon l'ISO 9000, la qualité peut être définit comme « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* ». (*Moukhafi, 2019*)

Le management de la qualité ou gestion de la qualité, est une discipline du management qui rassemble l'ensemble des concepts et méthodes visant à satisfaire les clients d'un organisme et à fournir des produits et services correspondant à leurs attentes.

Assurer une amélioration continue de la qualité constitue l'un des objectifs majeurs de toute entité, et ne peut pas être le fruit du hasard. Cela passe par l'utilisation de méthodes et outils de qualité adaptés à la situation et à l'objectif recherché. (*Moukhafi, 2019*)

William Edwards Deming est considéré comme l'un des piliers de la gestion de la qualité, dont les contributions ont été fondamentales pour le développement de méthodes et d'outils de qualité. Notamment, il est à l'origine du célèbre cycle PDCA.

3.1.1 Le cycle PDCA ou roue de Deming

Deming a présenté ce modèle d'amélioration continue en juillet 1950 au comité directeur du Keidanren, c'est pourquoi il est connu dans l'industrie japonaise comme le Cycle de Deming, bien que ce soit une création de Shewhart. C'est une méthode pour aider à

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

apprendre, ainsi que pour conduire l'amélioration d'un produit ou d'un processus. (*Massot, 1999*)

Le cycle comporte quatre étapes dont les noms : Plan, Do, Check, Act, sont traduits par : Préparer, Développer, Comprendre, Agir.

- **Etape 1 « Plan »** : Dès le lancement d'une amélioration (produit, procédé ou processus), il est nécessaire de se projeter pour tester l'idée, l'expérimenter et la valider. Les risques cachés peuvent être un départ précipité ou insuffisamment préparé.

Le court-circuitage de cette étape, sous prétexte d'avancer plus vite dans la réalisation, relève de la roulette russe. « *PLAN* » est le bon investissement.

- **Etape 2 « Do »** : Effectuer les essais et les tests conformément aux protocoles. Etre rigoureux sur les plans d'expérience, les paramètres de mesure, les contrôles à réaliser et leurs limites de contrôle. Maîtriser les processus de réalisation et assurer une bonne traçabilité des faits et des événements.
- **Etape 3 « Check »** : Vérifier, analyser et comprendre les résultats. Sont-ils dans les limites attendues ? Sont-ils conformes aux spécifications objectives ? Qu'est-ce qui a bien marché ? Qu'est-ce qui a posé problème ? Devons-nous reprendre un nouveau départ ?
- **Etape 4 « Act »** : Décider les résolutions en connaissance de cause, à la suite des résultats présentés. Adopter l'amélioration ou la modification proposée. Si nécessaire, introduire un nouveau cycle pour apporter une évolution supplémentaire, le nouveau protocole devant bien préciser les différences au niveau des règles et conditions d'essai modifiées. Lancer le nouveau cycle d'amélioration. (*Chardonnet & Dominique., 2014*)

3.1.2 La qualité et la santé

Pour l'OMS, la qualité c'est « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (Moukhafi, 2022)

Dans le secteur hospitalier, la qualité représente un concept multidimensionnel. Parmi ces dimensions on s'intéresse à la dimension servicielle qui représente l'ensemble des installations et équipements utilisés dans le système de santé.

Les installations et équipements doivent assurer aux patients un certain confort, être agréables et propres et respecter l'intimité et la confidentialité.

A cet égard, Catrice-Leroy souligne que « *si le malade est généralement incompetent pour juger des bases scientifiques et des aspects techniques des traitements qui lui sont prodigués, il retient la manière dont il a été accueilli, s'il a ou non été informé de ce dont il souffre et de ce qu'on va lui faire, il peut apprécier la politesse et la sollicitude des médecins et des infirmiers à son égard, la rapidité avec laquelle on répond à un appel de sa part, le confort de son installation, le silence nocturne de la chambre, la qualité de la nourriture* ». (Hiki, 2008)

Parmi les divers éléments des installations et équipements, on retrouve les lits d'hospitalisation qui sont indispensables dans les établissements de santé. En effet, la gestion des lits d'hospitalisation est étroitement liée à la qualité des services de santé.

Une bonne gestion des lits permet de fournir des soins de meilleure qualité. En affectant les patients aux lits appropriés en fonction de leur besoin, les établissements de santé peuvent s'assurer que les malades reçoivent les soins dont ils ont besoin au bon moment. Cela conduit à la fourniture des soins de qualité en temps opportun aux patients, tout en réduisant les risques de surcharge des services, d'erreurs médicales et d'infections nosocomiales.

3.2 La théorie des files d'attente

La théorie des files d'attente trouve son origine dans les efforts du statisticien et ingénieur Danois A.K Erlang en 1909. IL s'agit d'une étude mathématique du comportement des files d'attente. (Bastero & Martinez, 2009)

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

3.2.1 Définition de la théorie des files d'attente

La théorie des files d'attente est une technique de la recherche opérationnelle qui permet de modéliser un système admettant un phénomène d'attente, de calculer ses performances et de déterminer ses caractéristiques pour aider les gestionnaires dans leurs prises de décisions. (*kebbas, 2013*)

La théorie des files d'attente est surtout utilisée dans l'industrie : banque, douane, supermarché, pharmacies, fast-food, etc. il est évident que si une personne n'est pas satisfaite du temps de service, elle va tout simplement ailleurs. (*Shen & et al, 2022*)

Elle relève du calcul des probabilités : les arrivés et les départs des clients de la file sont analysée comme un processus typique.

Généralement, une file d'attente est la donnée d'une (ou plusieurs) unités de services où arrivent des clients qui demandent une certaine durée d'utilisation de cette unité (le service demandé par les clients). Quand les clients peuvent accéder à cette unité de service, ils patientent dans une file d'attente en attendant d'être servis. La file d'attente peut éventuellement n'accepter qu'un nombre fini des clients, dans ce cas les clients trouvant la file pleine à leur arrivée sont rejetés par le système. Un client peut être servi pendant une certaine période puis abandonné par le serveur. Le service résiduel d'un client est la durée du service qui reste à effectuer, quand celui-ci est nul, le client quitte la file d'attente.

3.2.2 Le comportement d'une file d'attente

Cinq caractéristiques permettent de décrire le comportement d'une file d'attente :

1. Le processus d'arrivée des clients;
2. Le processus de service;
3. La discipline de service de la file d'attente, c'est-à-dire la manière dont les clients sont choisis pour recevoir leur service;
4. La capacité du système, c'est-à-dire le nombre total de clients pouvant se trouver dans le système à une instante donnée
5. Le nombre de serveurs. (*kebbas, 2013*)

La théorie des files d'attente est utilisée dans le domaine de la santé notamment, la gestion des lits d'hospitalisation. Elle permet de gérer efficacement les flux de patients et

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

d'optimiser l'utilisation des lits disponibles. Grâce à cette théorie, les hôpitaux peuvent prévoir la demande de lits d'hospitalisation à des différents moments, elle permet d'améliorer l'efficacité opérationnelle en réduisant le temps d'attente, et d'optimiser la capacité d'utilisation des ressources tout en améliorant la qualité des soins.

3.3 Le modèle de simulation

La simulation est une méthode d'analyse et de modélisation qui permet de représenter le comportement d'un système réel.

3.3.1 Définition de la simulation

La notion de simulation peut se définir par :

- Technique informatique permettant de reconstituer le déroulement d'un phénomène à partir d'une modélisation mathématique (système d'équations) et de l'introduction de quelques paramètres dont la valeur est choisie par l'utilisateur.
- Technique permettant de simuler par ordinateur des événements futurs probables. On peut retenir ainsi une estimation des taux de rendement et des indices de risque.
- Activité de formation destinée à refléter la réalité, qui peut aller d'un simple jeu de rôles à une invasion militaire factice.
- Reproduction artificielle ou représentation figurée d'un phénomène.

3.3.2 Les critères et les buts de la simulation d'une simulation

Les critères d'une simulation sont les suivants :

Le modèle est un élément fondamental de la simulation. Sa manipulation a pour but de présenter des **diverses solutions** d'un problème.

La simulation est une méthode pratique, pour le choix des solutions, au moment de la prise de décision.

Les buts de la simulation sont les suivants :

- L'analyse de système : expliquer le fonctionnement du système réel ;

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

- La construction des systèmes : comparer plusieurs modes de construction des systèmes ;
- L'entraînement et enseignement. (*Barka, 2006/2007*)

La logistique hospitalière est également un champ d'application qui se prêt bien la construction de modèles de simulation, par le fait que l'optimisation des ressources (équipements, ressources humaines). (*CAVELAN, 2011*)

La simulation peut aider à prévoir la demande de lits et identifier les goulots d'étranglement. Cela peut contribuer à améliorer l'efficacité opérationnelle et à garantir que les patients reçoivent des soins en temps réel.

3.4 La théorie des contraintes

La théorie des contraintes est le nom donné à une série de techniques de résolution de problèmes et d'aide à la décision crée par le Docteur Eliyahu M. Goldratt au début des années 1980.

La théorie des contraintes est appliquée à la planification de la production, au contrôle de la production, à la gestion de projet, à la gestion de la supply chain, au contrôle de gestion et aux indicateurs de performance dans les entreprises, mais également au sein d'organisations à but non lucratif, d'hôpitaux, d'entrepôts militaires. (*Jaeck, 2014*)

La TOC considère les systèmes et les sous-systèmes sous la forme d'une chaîne. La chaîne est composée de maillons et la force totale de l'ensemble de la chaîne est déterminée par le maillon le plus faible (et non le plus fort). Une chaîne est aussi forte que son maillon le plus faible. A tout moment, il n'y a qu'un seul maillon faible. Si la chaîne doit être améliorée, les efforts doivent se concentrer sur le maillon le plus faible. Goldratt appelle ce maillon le plus faible « contrainte ». (*Bonatsos, 2019*)

Il y a deux larges catégories de contraintes : les contraintes physiques et les contraintes pratiques (*Brennan, 2010*).

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Les Cinq Etapes de Focalisation s'occupent généralement des contraintes physiques, tandis que les contraintes pratiques sont principalement traitées par un ensemble d'instruments que l'on nomme les Outils du Processus de Réflexion. (*Bonatsos, 2019*)

3.4.1 Les 5 étapes de Focalisation (*Souza & al, 2016*)

➤ Etape 1 : Identifier les contraintes du système

Selon *Corbett (1997)*, il existe toujours une ressource qui limite le flux maximal et un maillon faible de la chaîne. Dans cette première étape, les contraintes existantes dans le système doivent être identifiées, il n'est pas possible d'augmenter la performance du système ou la force de la chaîne sans identifier le maillon le plus faible qui détermine sa force. Une fois le recours contraint identifié, son utilisation doit être maximisée ; (*Camacho & Guerreiro, 2003*)

➤ Etape 2 : Décider comment exploiter les contraintes du système

L'essentiel de l'étape 2 consiste à maximiser les performances du système en tenant compte de la contrainte (c'est-à-dire en obtenant le meilleur résultat possible dans les limites de cette condition). Après avoir décidé comment gérer les ressources contraintes, la question se pose de savoir ce qu'il faut faire avec la grande majorité des ressources qui n'ont pas de contraintes ; (*Camacho & Guerreiro, 2003*)

➤ Etape 3 : Subordonner tout le reste à la décision précédente

Les ressources contraintes (c'est-à-dire les goulots d'étranglement) déterminent les performances du système. Les autres ressources doivent fonctionner au rythme de la contrainte (ni plus vite, ni plus lentement). Les matériaux ne doivent pas manquer pour que la contrainte fonctionne, sinon le rythme s'arrêterait et les performances du système dans son ensemble seraient affectées. Quel que soit le type de contrainte, il convient de trouver un moyen de réduire son effet limitatif sur le système ; (*Camacho & Guerreiro, 2003*)

➤ Etape 4 : Augmenter les contraintes du système

Selon *Guerreiro (1999)*, si à la fin de la troisième étape, une contrainte existe, elle doit être augmentée ou surmontée, ce qui permet d'ajouter des ressources au système. Cette étape

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

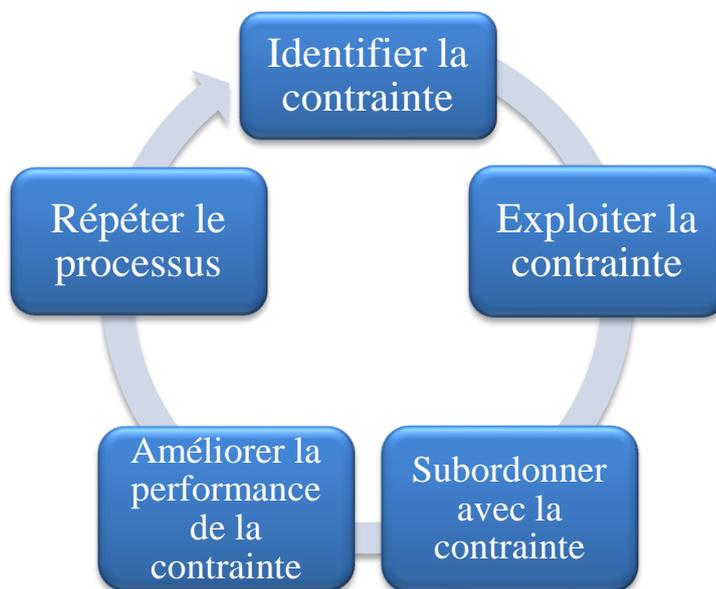
implique d'investir davantage dans la contrainte en acquérant plus de machines, en embauchant plus du personnel, en augmentant le nombre d'équipes, etc. (Guerreiro, 1999)

- **Etape 5 : Si la contrainte est rompue, revenez à l'étape 1 et ne permettez pas à l'inertie de contraindre le système**

Si une contrainte a été surmontée à l'étape précédente, il faut revenir à la première étape et recommencer car une nouvelle contrainte doit certainement être brisée. L'organisation doit savoir vivre avec les contraintes. Les ignorer serait une grave erreur. Elles doivent être reconnues et gérées de manière à ce qu'elles deviennent une opportunité pour l'organisation. (Camacho & Guerreiro, 2003)

Le diagramme ci-dessous montre les Cinq Etapes de Focalisation, il s'agit d'un processus cyclique.

Figure 1 : Les étapes de focalisation de la TOC.



Source : (Tabish & syed, 2015)

3.4.2 Les Outils du Processus de Réflexion (Bonatsos, 2019)

Les outils du processus de réflexion sont utilisés lorsqu'une contrainte n'est pas apparente ou qu'elle est difficile à localiser. Cette méthode identifie les causes profondes des effets

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

indésirables (appelés UDEs), puis les éliminer sans en créer de nouveaux. Elle répond à trois questions essentielles pour la TOC : que faut-il changer ? Par quoi faut-il le changer ? Et quelles sont les actions qui entraîneront le changement ?

- **L'arbre actuel de réalité -Current reality tree (CRT)-** : Il aide les systèmes à éliminer un effet indésirable (UDE) afin de déceler le problème majeur ou la cause critique essentielle.
- **Le Nuage d'Evaporation -Evaporating Cloud (EC)-** : Il permet aux systèmes et aux structures de résoudre des conflits cachés qui entretiennent habituellement des problèmes chroniques.

Le CRT et l'EC permettent de répondre à la première question : que faut-il changer ?

- **Le futur arbre de réalité -Future reality tree (FRT)-** : Il sert pour les organisations à vérifier qu'une action produit les résultats escomptés. De même, il identifie et supprime toute nouvelle conséquence défavorable induite par l'action.

Le FRT aide à répondre à la deuxième question : par quoi faut-il le changer ?

- **L'arbre des prérequis -Prerequisite tree (PRT)-** : Il aide les organisations à mettre en œuvre une résolution en fournissant une séquence recommandée de tâches à effectuer et en cernant des obstacles potentiels.
- **L'arbre de transition -Transition tree (TT)-** : Il offre aux structures un plan d'action détaillé, étape par étape, pour appliquer une décision.

Le PRT et le TT permettent de répondre à la troisième question : quelles sont les actions qui entraîneront le changement ?

3.4.3 La TOC dans les hôpitaux et les établissements de santé

La TOC peut être appliquée avec succès aux organismes de soins de santé pour résoudre les problèmes de gestion des capacités, réduire la durée de séjour des patients hospitalisés et accroître la satisfaction des services offerts, ainsi que pour réévaluer et définir les mesures de base nécessaires pour guider les décisions et fournir un retour d'information sur l'amélioration. La TOC contribue de manière significative à la détection des goulots

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

d'étranglement au sein des systèmes et aux efforts de normalisation du flux de patients, augmentant ainsi la capacité totale des hôpitaux. (Tabish & syed, 2015)

L'application de la théorie des contraintes dans le contexte de la gestion des lits d'hospitalisation permet d'identifier l'ensemble des contraintes qui entravent son efficacité opérationnelle, ainsi que les causes profondes de ces goulots d'étranglement, et de proposer des solutions telles que : la réduction des délais d'attente, l'amélioration de la qualité des produits et services, l'amélioration des processus de flux de patients et la maîtrise des fluctuations saisonnières.

En utilisant cette approche, les gestionnaires et les managers des établissements de santé peuvent prendre des décisions éclairées leur permettant d'améliorer les soins de santé et l'expérience des patients.

4 Les dimensions de la gestion des lits

Il existe plusieurs dimensions de la gestion des lits. Dans ce qui suit, nous allons aborder 3 principales dimensions.

4.1 La régulation au quotidien des lits

Dans ce cadre, la mise en place d'une cellule centralisée vise par rapport à l'organisation actuelle, à disposer d'une vision globale de l'état des lits en temps réel et ainsi accélérer l'hospitalisation des patients en provenance du SAU.

Le gestionnaire de lits affecte les patients en fonction des orientations médicales, décidées au quotidien ou formalisées dans une cartographie médicale d'orientation et des lits disponibles. Dans ce cadre, la cellule de gestion des lits peut aussi être chargée du déclenchement de la procédure hôpital en tension, par exemple lorsqu'un taux d'occupation très élevé se conjugue à un fort afflux de patients aux urgences. (GAUTHERET, 2013)

4.2 Programmation des séjours

Dans ce cas, la cellule de gestion des lits organise la programmation prévisionnelle des entrées programmées. Il peut s'agir de coordonner la programmation des lits avec celle du bloc mais aussi du temps médical disponible. La programmation implique une notion d'anticipation. En incluant la maîtrise des entrées programmées et en s'appuyant sur un

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

modèle statistique éprouvé, la gestion des lits pourrait permettre d'anticiper les inadéquations entre l'activité prévisionnelle et la capacité en lits de certains pôles et rechercher des solutions en amont, évitant ainsi les déprogrammations de dernière minute. (GAUTHERET, 2013)

4.3 La planification des capacités de l'établissement

En effet, la production et surtout l'analyse des indicateurs d'occupation des lits, en lien avec le département de l'information médicale, peuvent être utilisées à des fins d'aide à la décision concernant les évolutions capacitaires de l'établissement. De plus, les données issues d'une gestion organisée des lits peuvent constituer une base utile pour argumenter la stratégie de l'établissement auprès de l'ARS.

Par exemple, elles peuvent permettre d'objectiver un manque de lits dans certaines disciplines et ainsi justifier des projets d'investissement ou des demandes d'autorisation de certaines activités. (GAUTHERET, 2013)

5 Les niveaux de la gestion des lits

La problématique de la gestion des lits hospitaliers porte sur trois niveaux hiérarchiques (Dierdonck, 1995) :

- **La gestion au niveau stratégique** consiste à déterminer à long terme une capacité en lits et en chambres en fonction d'un ou plusieurs axes d'évolution future de l'établissement, le but étant de satisfaire la demande annuelle de soins tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles ainsi que des rémunérations dégagées par l'activité ;
- **La gestion tactique** se concentre à moyen terme sur l'élaboration de pré-plannings d'admissions, sur les prévisions de la demande ainsi que sur l'estimation des besoins en ressources matérielles et humaines suivant différentes saisonnalités. Il est donc important de considérer la flexibilité des flux programmés tout en mesurant l'impact qu'auront les urgences au sein de cette planification ;
- **La gestion opérationnelle** des lits doit quant à elle traiter des problèmes de répartition de ressources et les problèmes d'affectation des patients aux lits des services, ceci à court terme. La MEAH (2008) a édité un recueil des bonnes pratiques

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

organisationnelles, abordant plusieurs des pistes de réflexion en matière de pilotage de la gestion des lits.

6 Les indicateurs de productivité hospitalière

6.1 Définition des indicateurs de productivité hospitalière

Le concept « indicateur de productivité hospitalière » est considéré comme un outil de pilotage et d'aide au dialogue et de la qualité. (Yeghni, 2021)

Les indicateurs de productivité hospitalière sont des outils d'aide à la décision qui permettent aux responsables des établissements de santé de suivre et d'évaluer l'avancement dans l'atteinte des objectifs pour une gestion hospitalière efficace.

Dans la littérature scientifique, plusieurs indicateurs sont utilisés pour mesurer la productivité hospitalière.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les principaux indicateurs couramment utilisés, à savoir : la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation moyen des lits et le taux de rotation des lits.

- **Taux d'occupation moyen des lits « TOM »**, est le pourcentage moyen d'occupation d'une capacité litière, il est calculé en rapportant les journées d'hospitalisation au nombre de lits fonctionnels pendant une durée donnée (généralement mensuelle ou annuelle) afin d'indiquer le degré de l'utilisation des lits disponibles durant cette période et de montrer le rendement et l'efficacité de l'établissement hospitalier en question. Pour un hôpital public, quand le taux d'occupation moyen des lits varie entre 70 à 80%, est l'image d'un bon rendement. Cela signifie que tous les lits ont été occupés toute l'année, en moyenne à 70 - 80%. Ce coefficient concerne donc le lit et donne une bonne idée du rendement de l'hôpital. S'il est plus élevé, on peut considérer que l'hôpital est insuffisant pour répondre aux besoins. Quand le coefficient est supérieur à 100%, dans ce cas, il est urgent d'installer des lits supplémentaires.

L'indicateur TOM se calcule comme suit (Yeghni, 2021) :

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

$$\text{TOM} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre de lits} \times 365} * 100$$

- **La durée moyenne de séjour « DMS »**, est un indicateur de productivité qui mesure l'efficacité des soins et de la gestion des ressources hospitalières. La DMS est le nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital sur les unités de soins normaux et intensifs. Ces principaux objectifs est d'identifier les durées réelles de séjour et de posséder de l'information pour éviter les journées injustifiées (*Bourmicht, 2019*).

La DMS se calcule en divisant le nombre totale de jours passés en hospitalisation par l'ensemble des patients au cours de l'année par le nombre des admissions ou des sorties (les admissions avec sortie le jour même ne sont pas prises en compte).

$$\text{DMS} = \frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre de sortie de la période}}$$

TOM et DMS doivent toujours être analysés ensemble car ils peuvent varier dans des sens opposés, l'amélioration de l'un peut s'expliquer par la dégradation de l'autre (*Yeghni, 2021*)

- **Taux de rotation « TR »**, est une mesure qui évalue le nombre de fois qu'un lit est occupé par un patient au cours d'une période données. Il se calcule par le rapport entre le nombre d'admission sur la capacité litière. (*Yeghni, 2021*)

$$\text{TR} = \frac{\text{Admission}}{\text{Lits}}$$

TR augmente linéairement avec le TOM et diminue hyperboliquement avec l'accroissement de la DMS.

6.2 L'importance des indicateurs de productivité hospitalière

Les indicateurs de productivité hospitalière permettent à la direction de l'hôpital : (*Medina & et al, 2017*)

- ✓ De connaître les variations dans le nombre de lits disponibles pendant une période, qui est un élément dynamique car il implique toutes les ressources disponibles à l'hôpital

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

pour prendre soins de leurs patients, depuis la capacité médicale jusqu'au dernier composant matériel nécessaire. Par conséquent, les lits d'hôpital sont liés à la capacité des services médicaux de l'hôpital ainsi qu'au soutien administratif.

- ✓ D'estimer la demande annuelle potentielle en lits d'hôpital dans le but de préparer le budget.
- ✓ D'évaluer le degré d'utilisation des lits d'hôpitaux via la DMS et indirectement, la qualité des services car des durées d'hospitalisation excessives peuvent refléter, entre autres causes, des déficiences techniques. Les jours d'internement varient cependant en fonction des pathologies et des spécialités, c'est la raison par laquelle cet indicateur a peu d'utilité lorsqu'on veut mesurer la permanence moyenne du groupe hospitalisé.
- ✓ D'évaluer et prendre des mesures correctives pour éviter les séjours prolongés, au-delà de ce qui est acceptable, qui peut être dû à un diagnostic ou un traitement inadéquat, l'inefficacité des services de soutien (radiologie, laboratoire, etc.), à des problèmes d'organisation du travail médical et/ou à des retards dans la fourniture de médicaments ou à des retards dans l'approvisionnement en médicaments de la chambre, etc.
- ✓ De calculer le pourcentage d'occupation. Cet indicateur permet d'établir des plans pour l'utilisation maximale des lits hospitaliers, de connaître les services où l'utilisation des lits est excessive ou insuffisante, de maintenir le taux d'occupation optimal et d'adapter les installations aux besoins de l'hôpital.

Ce pourcentage est modifié en fonction de la taille de l'hôpital. Dans un hôpital disposant de peu de lits, un revenu l'augmente considérablement, alors que dans un hôpital à nombreux lits, il ne le modifie guère. C'est pourquoi, il est utile de calculer les pourcentages d'occupation pour chaque service ou spécialité.

- ✓ D'adopter les mesures nécessaires pour corriger les facteurs susceptibles de modifier le pourcentage d'occupation, tels que le nombre de lits insuffisant ou excessif, ralentissement de l'activité et/ou des retards de sortie pour des raisons sociales ou administratives.
- ✓ D'évaluer le rendement des lits, soit en général pour l'ensemble de l'hôpital, soit pour un service ou une spécialité.
- ✓ De connaître la répartition des lits d'hôpitaux entre les services ou les spécialités, par rapport au nombre total de lits d'hôpitaux disponibles. Elle fournit des informations sur la répartition des lits disponibles qui ne coïncide pas toujours avec la demande.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Pour cette raison, il est opportun que cet indicateur soit comparé avec les résultats de la période de permanence, de la rotation des lits et du pourcentage d'occupation des lits qui indiquent la pression de la demande afin d'obtenir une meilleure appréciation de l'utilisation efficace de la ressource en lits.

- ✓ Permettre l'utilisation adéquate des ressources pour la bonne prise en charge des patients hospitalisés et d'évaluer l'importance accordée aux services de diagnostic et/ou de traitement.

6.3 Les limites des indicateurs de productivité

Les indicateurs possèdent des limites et peuvent s'avérer inefficaces s'ils ne sont pas pertinents pour les objectifs spécifiques de l'organisation, s'ils sont invalides c'est-à-dire s'ils ne mesurent pas ce qu'ils sont censés mesurer, ou s'ils sont mal interprétés.

De plus, même les indicateurs les plus pertinents peuvent ne pas être utiles si les décideurs ne les utilisent pas activement pour prendre des décisions ou apporter des améliorations.

Les indicateurs TOM et DMS sont peu sensibles et peu spécifiques, surtout si l'on s'intéresse à leurs valeurs moyennes : leur évolution est lente et peut être la conséquence de la variation d'un nombre significatif de paramètres (case-mix, procédures, pratiques médicales, environnement...). Ils sont donc peu adaptés au pilotage opérationnel.

Il est par conséquent indispensable de monitorer ponctuellement, notamment durant des démarches d'amélioration des organisations, d'autres indicateurs ciblés vers des objectifs clés, afin tout à la fois d'avoir un pilotage précis et de permettre un retour rapide vers les équipes des progrès réalisés (*MEAH, 2008*).

Section 02 : Pratiques opérationnelles de la gestion des lits d'hospitalisation

Cette section a pour objectif de traiter trois principaux points. En premier lieu, nous allons aborder le sujet de la gestion des flux de patients. Ensuite, les enjeux liés à la gestion des lits. Et enfin, nous allons présenter les bonnes pratiques d'amélioration de la gestion des lits.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

1 La gestion des flux de patients

La problématique de la gestion des flux à l'hôpital se retrouve dans chacune des étapes du passage d'un patient à l'hôpital : son admission programmée ou non-programmée, son hospitalisation et enfin sa sortie de l'hôpital. La démarche de gestion des lits est née des difficultés rencontrées à chaque niveau de ce parcours-patient.

Le manque de visibilité sur la disponibilité des lits et un manque d'organisation dans leur gestion peuvent entraîner des ruptures de parcours de soins, comme par exemple des transferts dans un autre hôpital ou des déprogrammations.

Le temps passé à trouver un lit adapté à la pathologie du patient est autant de temps médical et soignant en moins pour le patient, il entraîne de fait un temps long passé au SAU en attente d'hospitalisation et des entrées tardives dans les unités de soins.

L'absence d'anticipation du besoin de lits d'aval est une autre difficulté rencontrée dans la gestion des lits : elle trouve sa source dans des sorties non-anticipées, et des programmations de séjours peu développées. Cela entraîne alors une inadéquation entre l'activité dans les unités de soins et le personnel médical et soignant disponible (*Bernard & al, 2019*).

1.1 Définition du flux de patients

Le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. C'est pourquoi, chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu. (*CAILAVET & Bachellez, 2010*)

Le flux de patients est défini donc comme le mouvement des patients dans un établissement de santé, du point d'admission au point de sortie. (*Kassie, 2023*)

1.2 Influence des flux de patients sur le processus de management des lits (*Magali, 2009*)

La gestion des lits hospitaliers peut s'apparenter à un processus industriel de fabrication où le circuit du patient représenterait le processus de fabrication pour lequel il conviendrait

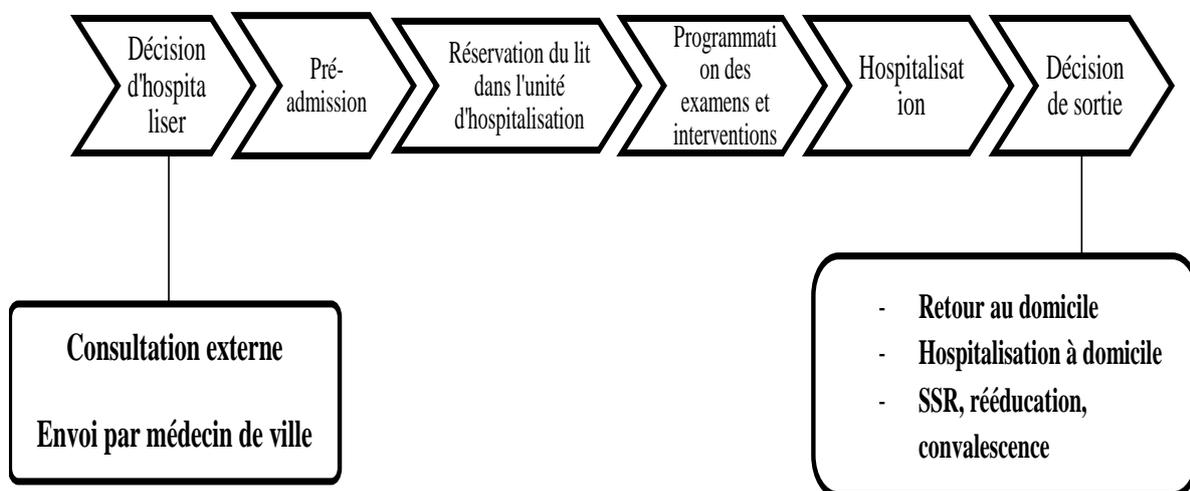
Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

d'identifier les facteurs les plus contributifs à l'allongement de la durée de séjour (défaut de fabrication), de rechercher les leviers d'amélioration (paramétrage du processus de fabrication) et de les décliner sur l'ensemble des unités de soins (chaînes de production). Dans ce contexte, l'unité de soins est l'unité de production et le lit devient alors l'unité d'œuvre de l'établissement.

Deux types de séjour peuvent être globalement modélisés :

- le séjour en hospitalisation programmé ;
- le séjour en hospitalisation d'urgence.

Figure 2 : Modélisation du séjour en hospitalisation programmée



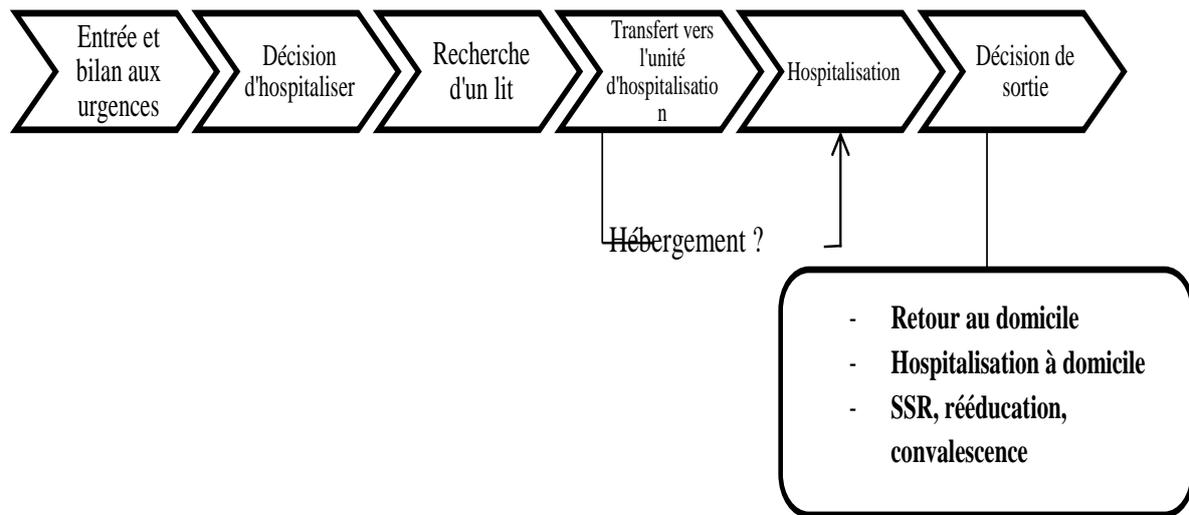
Source : (Magali., 2009)

La performance de la gestion des lits en hospitalisation programmée dépend de l'efficacité de chacune des phases de l'hospitalisation (admission, séjour, sortie). Le directeur d'hôpital

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

doit veiller à la bonne coordination de l'ensemble des phases et à l'anticipation des unes sur les autres.

Figure 3: Modélisation du séjour en hospitalisation d'urgence



Source : (Magali., 2009)

L'hospitalisation en urgence pose une double problématique. D'une part, l'établissement ne dispose d'aucune maîtrise sur les flux d'arrivée des patients, d'autre part, il doit faire face aux capacités d'accueil limitées des unités de soins.

1.3 L'importance d'anticiper les flux de patients (ALAMI & al, 2013)

Ressources fondamentale, le lit conditionne l'activité : s'il n'y a pas de lit disponible, il n'y a pas d'admission de patients et l'hôpital peut alors se retrouver dans une situation où il doit déprogrammer des patients ou en transférer vers d'autres structures.

La nécessité d'optimiser les flux de patients doit donc avoir pour ambition :

- d'améliorer la prise en charge de patients par l'allocation adaptée, rapide et coordonnée d'un lit. Les délais d'attente aux services d'accueil et des urgences (SAU) sont ainsi réduits et les déprogrammations des services de spécialités évitées ;

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

- de réduire le temps de gestion des lits des équipes soignantes (cadres, médecins, secrétaires..) et de diminuer les tensions entre les services ;
- d’obtenir, par la maîtrise de l’activité, une meilleure adéquation des ressources dans une contrainte d’allocation optimisée de celle-ci aux hôpitaux.

2 Les enjeux liés à la gestion des lits d’hospitalisation (*Magali., 2009*)

Bien que la gestion des lits soit une activité opérationnelle essentielle dans tous les hôpitaux, beaucoup d’entre eux rencontrent des problèmes à cet égard. Cette activité apparemment simple est tout sauf cela.

Dans cette partie nous allons explorer les différents enjeux auxquels font face les établissements de santé publics.

Il s’agit tout d’abord d’un enjeu médical, en termes d’activité et de recrutement, puisque la capacité en lits et la discipline pour laquelle ils sont autorisés sont déterminantes pour mener à bien le projet médical de l’établissement.

C’est également un enjeu organisationnel, aussi bien depuis l’aiguillage du malade aux urgences jusqu’à l’anticipation des hospitalisations programmées, l’accessibilité aux services médico-techniques, l’organisation des consultations, etc. Par conséquent, l’ensemble des étapes du circuit du patient doit être protocolisé et connu de tous.

Le management des lits comporte également un enjeu économique, avec notamment la nouvelle importance prise par l’indicateur de la DMS dans le cadre de la mise en place de la tarification à l’activité (T2A). Le management des lits n’affecte pas que la capacité globale de l’établissement, elle a également des impacts sur les coûts, la qualité et l’accessibilité des soins.

Le passage à la tarification à l’activité a impliqué un changement paradigme dans les établissements de santé. Ainsi, avec la dotation globale, l’indicateur central de suivi de l’activité de l’établissement était le taux d’occupation des lits. Au-delà de l’activité, la T2A introduit la notion de performance illustrée par un indicateur majeur : la DMS. Un séjour prolongé entraîne des coûts supérieurs aux recettes pour l’établissement. Ainsi, la DMS est devenue un indicateur clé d’une gestion des lits efficiente (*GAUTHERET, 2013*).

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Enfin, la gestion des lits est également l'objet d'un enjeu de pouvoirs locaux aussi bien internes qu'externes, dans la délimitation de territoires informels. En interne, les chefs de pôle se partagent la capacité en lits et militent chacun en ce qui le concerne pour sauvegarder leurs activités. En externe, les établissements se concurrencent pour obtenir auprès des autorités de tutelles des autorisations de création et/ou renouvellement d'activité et donc des capacités en lits d'hospitalisation.

3 Les bonnes pratiques de la gestion des lits

La gestion des lits est une pratique à la fois technique d'organisation, de management et stratégique.

Dans ce point nous présenterons quelques pratiques et actions proposées par l'étude qui a été menée par la MEAH, étude qui a été faite sur un échantillon constitué de huit établissements hospitaliers, sont des actions de management, qui ayant trait à la planification, à la programmation et enfin à la régulation.

3.1 Les pratiques de management et de pilotage sont des mesures relatives à l'organisation (MEAH, 2008)

3.1.1 Mettre en place une cellule d'ordonnancement

Les objectifs auxquels peut contribuer la cellule d'ordonnancement peuvent être et doivent être définis : augmenter l'activité, le taux d'occupation (TO), diminuer la durée moyenne de séjour, limiter les déprogrammations, désengorger le service des urgences. L'intérêt de cette action est primordial dans le sens où la cellule d'ordonnancement sert de support au développement, puis à la mise en œuvre en routine des meilleures procédures de gestion des lits.

Sa mise en œuvre, passant par une réflexion sur la mutualisation des lits, sur les modalités de programmation de l'activité, se heurte en premier lieu au fait que son objectif est d'optimiser l'utilisation des lits, pouvant faire craindre à l'ensemble des acteurs, soit de se retrouver face à un afflux d'activité non désirée, soit de perdre un certain nombre de marges discrétionnaires (organisation de leur activité, orientation de leur recrutement).

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

3.1.2 Développer la gestion prévisionnelle des lits

Cette pratique consiste à mettre en place à la fois un outil de partage de l'information relative à l'occupation prévisionnelle des lits des unités du pôle et une démarche pour mettre à jour cet outil avec les pré-admissions, le suivi des mouvements et la mise à jour des dates prévisionnelles de sortie.

La gestion prévisionnelle des lits a pour objectifs d'utiliser au mieux la capacité d'hospitalisation, faciliter la programmation des séjours par une meilleure connaissance des disponibilités, réguler l'accès aux lits, admettre les urgences et limiter les déprogrammations.

3.1.3 Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel

La connaissance de l'occupation des lits à chaque instant est un véritable atout pour gérer les lits. En effet, un des facteurs complexifiant la gestion des lits tient à la multiplicité des acteurs qui peuvent à tout instant mobiliser ou libérer un lit. Par conséquent, il est impossible pour un acteur de maîtriser cette information, variable à chaque instant.

Toutes les tentatives d'optimisation sans connaissance en temps réel des mouvements sont vouées à l'échec. La pratique consiste à proposer aux gestionnaires des lits de l'établissement une connaissance exacte de l'occupation des lits (voire de l'occupation prévisionnelle).

La performance de la gestion des lits implique quatre processus d'enregistrement dans le système d'information hospitalier :

- Toutes les entrées ;
- Toutes les sorties ;
- Toutes les pré-admissions (et toutes les déprogrammations) ;
- Date prévisionnelle de sortie (ou la durée prévisionnelle de séjour).

3.2 Les pratiques ayant trait à la planification (MEAH, 2008)

3.2.1 Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée

Il est fréquent d'observer des situations où, au sein d'un établissement, certains services ont un taux d'occupation très élevé, et d'autres relativement faible, ou encore où certains

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

services se trouvent en mesure d'accueillir des patients d'autres spécialités. Ces situations signifient que la demande a évolué et que l'offre doit s'adapter.

Le développement de la chirurgie ambulatoire et le vieillissement de la population font que les services de médecine polyvalente sont souvent débordés, tandis que ceux de chirurgie voient leur taux d'occupation diminué.

L'établissement doit attribuer ses capacités en lits aux services, voire de préférence aux pôles en fonction du besoin, ce qui permet de réduire la déprogrammation des patients par suite d'un engorgement du service, l'hébergement du patient en dehors du service le mieux adapté et un taux d'occupation faible.

3.2.2 Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé

Dans de nombreuses spécialités, les activités urgentes et programmées entrent en concurrence. Les leviers d'amélioration sont donc à rechercher du côté d'une mise en commun de lits pour faire face à cette activité et d'une évolution des pratiques de programmation.

Cette pratique permet de connaître avec précision les flux d'activité programmée et urgente, planifier les ressources pour les urgences, réduire les temps de passage aux urgences et limiter les déprogrammations d'admissions programmées.

3.2.3 Développer la poly-compétence des équipes soignantes

La poly-compétence se fait sur la base du volontariat, des échanges interservices et le développement d'un programme de formation.

Cette pratique a pour objectif d'identifier les professionnels capables et souhaitant pouvoir intervenir dans différents services de spécialités, adapter les ressources humaines à l'activité programmé, limiter les recours à l'intérim et développer la gestion des lits.

3.2.4 Clarifier et partager les étapes du processus de sortie

La sortie du patient est une étape clé de son séjour. Sa préparation et sa réalisation impliquent l'ensemble des professionnels de l'hôpital, le patient lui-même, sa famille, les transporteurs, etc. Le jour de la sortie, le patient doit être prêt, c'est-à-dire que tous les documents sont prêts et que son entourage est prévenu.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

La mise en place de cette pratique permet de clarifier les différentes étapes et les responsabilités de chaque acteur impliqué, contribuant ainsi à réduire la durée de séjour.

3.2.5 Mettre en place un salon de sortie

Faire sortir les patients le matin est une bonne pratique, elle permet de libérer les lits pour accueillir de nouveaux patients plus tôt et donc d'utiliser au mieux la première journée d'hospitalisation et de contribuer au désengorgement du service des urgences.

Cette pratique permet de disposer d'une capacité d'attente où organiser au mieux la transition du patient de l'hôpital vers son nouveau lieu d'accueil en permettant de faire plus de mouvement le matin.

Le point de vue du patient doit prévaloir dans une telle approche : celui du patient sortant qui souhaite évoluer dans un espace et un rythme différents de celui d'un service de soins, celui du patient en attente d'un lit qui souhaite y accéder rapidement au meilleur moment de la journée.

L'acceptabilité pour les soignants et aussi à prendre en compte, un tel salon peut contribuer au fait qu'ils n'aient pas l'impression de « mettre le patient dehors ».

Il faut prendre en compte aussi la disponibilité d'espace pour accueillir ce salon, s'il sera partagé avec d'autres services ou non, quels types de patients et de personnels seront concernés et comment les admissions seront gérées.

Les pratiques et actions ayant trait à la programmation des admissions (MEAH, 2008)

3.2.6 Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire

L'activité programmée représente la majeure partie de l'activité des établissements de santé publics et privés. « Cette activité, à l'inverse des urgences, n'est pas subie et constitue donc l'une des clés de l'optimisation de l'organisation hospitalière ». (Mazier, 2009)

Cette pratique a comme objectifs de :

- ✓ Limiter les journées d'hospitalisation non pertinentes avant une intervention ;
- ✓ Diminuer les déprogrammations au bloc faute de place en unité d'hospitalisation;

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

- ✓ Maîtriser les DMS.

3.2.7 Développer les pré-admissions

Le processus de pré-admission permet de réserver un lit à une date donnée et pour une durée donnée (qui est la durée prévisionnelle de séjour, estimée par le médecin lors de la consultation qui a conduit à décider de l'hospitalisation ou de l'intervention).

Cette pratique est à différencier de la pré-admission administrative, qui poursuit d'autres objectifs (notamment de recouvrement) et qui doit être réalisée par le patient. Elle a pour objectif de transmettre les informations nécessaires au responsable de la gestion des lits pour qu'il puisse programmer l'admission au mieux (lissage de l'activité, jour d'admission, anticipation de l'aval, programmation des examens bloquants...).

3.2.8 Reprogrammer des prises en charge non urgentes

Il n'est pas rare de découvrir, au décours d'une hospitalisation pour un motif donné, l'existence d'une autre pathologie ou le déséquilibre d'une pathologie chronique, qui mériterait une mutation du patient dans un service différent une fois sa première pathologie prise en charge.

La comparaison de la répartition des durées de séjours entre séjours mono- et multi-unités met en évidence le fait que les durées de séjours des séjours multi-unités sont beaucoup plus dispersées.

Cette pratique a comme objectif de diminuer la variabilité des durées de séjour pour les séjours multi-unités et améliorer le confort du patient.

3.3 Les pratiques ayant trait à la régulation (MEAH, 2008)

3.3.1 Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie du patient

Dès la sortie du patient, la remise en état est réalisée, sans se préoccuper de la présence ou non d'un patient dans la foulée. Cette pratique impose une organisation particulière pour les soignants, la nécessité pour les médecins de partager l'information le plus tôt possible avec l'équipe et celle de s'assurer que le patient et ses proches sont également prévenus à l'avance.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Cette stratégie permet d'organiser le travail des équipes d'entretien pour être en mesure d'accueillir au plus tôt un patient programmé ou non dès que le système d'information affiche qu'un lit a été libéré par le patient précédent.

3.3.2 Prévenir au plus tôt la famille et le patient de la date et de l'heure de sortie

La date prévisionnelle de sortie est communiquée à la famille. Tout allongement ou tout raccourcissement est signalé au plus tôt à la famille. La veille, la sortie est rappelée à la famille. Elle est confirmée sitôt la visite du médecin réalisée en début de matinée.

L'horaire de sortie est important, il doit être explicité dans le livret d'accueil et rappelé par un affichage mural.

3.3.3 Renseigner et faire vivre la « Date Prévisionnelle de Sortie » (ou « Durée Prévisionnelle de Séjour »)

La durée prévisionnelle de séjour est un moyen de gérer au mieux les réservations de lits et d'augmenter de ce fait le taux d'occupation. Son renseignement au plus tôt et son ajustement tout au long du séjour du patient doit permettre de fiabiliser l'information sur la gestion des lits et de favoriser la régulation (admission des urgences, anticipation de la sortie,...) et la programmation.

Pour les patients programmés, le praticien doit indiquer sur le formulaire de prise en charge la durée prévisionnelle du séjour lors de la consultation compte tenu de la pathologie et de la situation du patient.

Pour les patients non programmés (entrée directe ou mutation depuis les urgences), dans les 48 heures après l'admission un médecin doit déterminer la durée prévisionnelle du séjour et la saisir dans le système d'information.

Par la suite, et lors de chaque visite, le médecin doit réévaluer la date prévisionnelle et partager à nouveau l'information.

Cette pratique a pour objectifs de partager une information importante qui est la date de sortie, ainsi que fiabiliser l'information pour la gestion des lits.

Chapitre 01 : Fondements théoriques et conceptuels de la gestion des lits

Conclusion

La gestion des lits est sans aucun doute très importante pour le bon fonctionnement des établissements de santé, mais elle est encore plus importante dans le cas des hôpitaux publics où les ressources sont rares, de sorte que chaque lit doit être utilisé au maximum.

Il est donc important de connaître tous les aspects qui influencent la bonne gestion des lits et de les contrôler de manière approfondie pour optimiser l'utilisation de cette ressource.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Introduction

La revue de littérature ou l'état de l'art, c'est l'état des connaissances d'un domaine à un moment donné. Il se présente sous la forme d'une synthèse résumant l'ensemble des travaux et solutions connus du domaine. (*Scribbr.fr*)

Réaliser un état de l'art implique un travail bibliographique précis et une analyse des publications majeures en rapport avec le thème choisi.

L'état de l'art de la gestion des lits est un domaine en évolution visant à optimiser l'utilisation des ressources tout en garantissant des soins efficaces et rapides aux patients.

Une coordination précise entre les différents services hospitaliers est nécessaire pour assurer le bon déroulement de l'admission, du transfert et de la sortie des patients.

Ce chapitre explore l'état de l'art en matière de gestion des lits d'hospitalisation et passe en revue les recherches existantes décrivant les approches et les méthodes permettant d'optimiser ce processus. Il décrit les méthodes de recherche utilisées, l'objet de recherche et les résultats obtenus. Premièrement, nous allons présenter quelques études menées dans divers pays. Ensuite, nous allons examiner l'intérêt de ces revues de littérature en démontrant leur importance dans le contexte de la gestion des lits.

Section 1 : Analyse de la gestion des lits d'hospitalisation dans quelques pays du monde

Cette section vise à analyser la gestion des lits d'hospitalisation à travers différentes études menées dans divers pays, tels que l'Algérie, la France, Brésil, Etats-Unis et l'Asie.

1 La gestion des lits en Algérie

Titre de l'étude: Etude de l'activité hospitalière de la wilaya de Béjaïa à travers les indicateurs de productivité des établissements publics de santé. (*Boumenir & chabouni, 2022/2023*)

C'est un mémoire de fin de cycle qui examine une étude menée au sein du CHU et 5 EPH de la wilaya de Béjaïa durant l'année 2022/2023.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

L'objet : était de s'intéresser à la performance des établissements de santé en étudiant les indicateurs d'activité et les facteurs de production sur une période de 5 ans (2018/2022) entre le CHU et les 5 EPH de la wilaya de Béjaia.

La problématique centrale abordée dans cette étude était la suivante : quels sont les indicateurs de productivité dans les hôpitaux publics dans la wilaya de Béjaia ?

Méthodologie : l'étude a reposé sur une approche compréhensive et descriptive basée sur des recherches bibliographiques et une étude de cas réalisée au sein du CHU de Béjaia et des 5 EPH de la wilaya.

Les résultats

- Le CHU de Béjaia a enregistré un TOM très élevé atteignant les 80% ce qui peut entraîner une saturation et des défis en terme de gestion des ressources. Cependant, les EPH ont enregistré un TOM inférieur à 70% ce qui suggère une sous-utilisation des lits en raison de plusieurs facteurs y compris le recours au secteur privé et le manque d'effectif ;
- La DMS la plus courte est enregistrée à l'EPH d'Amizour avec 2 jours en moyenne, tandis qu'au CHU elle varie entre 3 et 6 jours. Cependant, les autres EPH enregistrent des séjours courts de 4 jours ;
- L'ETP par lit a augmenté dans tous les établissements étudiés. L'EPH d'Aokas a 3 infirmiers par lit, tandis que l'EPH de Kherrata en a 2, mais la plupart des autres établissements ont un seul infirmier par lit. Cette croissance du personnel paramédical est plus dynamique dans les EPH que dans le CHU ;
- Insuffisance du nombre de médecins par lit, en partie à cause de l'émigration vers d'autres pays, ce qui peut créer une pénurie de médecins spécialistes dans le secteur public ;
- Absence d'un système d'information hospitalier dans tous les établissements de santé étudiés, ce qui pourrait affecter la pertinence des indicateurs et la prise de décisions.

Titre de l'étude : La gestion des lits hospitaliers cas de CHU Khellil Amrane de Béjaïa (*Yahiaoui, 2010/2011*)

L'objet : l'objectif de l'étude était d'identifier les modalités de la gestion des lits et de déterminer le rôle essentiel de celle-ci pour assurer une adéquation entre l'offre et la demande.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Méthodologie : l'étude est basée sur une recherche bibliographique approfondie sur les différents aspects de la gestion des lits hospitaliers, ainsi qu'une collecte de données au niveau du CHU et auprès de la DSP de la wilaya de Béjaïa.

Résultats

- Une mauvaise affectation des lits et leur distribution non équitable entre les différents services ;
- Une faible capacité d'accueil des patients en raison d'insuffisance de lits ;
- Le taux d'occupation moyen des lits est de 54,07%, ce qui indique une sous-utilisation de cette ressource ;
- Absence d'adéquation entre le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre de lits ;
- Durant la période d'étude (2007-2010), et d'après les calculs effectués dans cet organisme sur la fourniture des lits, une somme importante a été allouée à l'achat de 416 lits, mais qui ont ensuite été orientés vers le stock.

Titre de l'étude : Le contrôle de gestion des indicateurs de productivité hospitalière : Cas de l'EPH de Jijel (*Yeghni, 2021*)

Cet article examine une étude menée au sein de l'EPH de Jijel en Algérie pour analyser les indicateurs de productivité hospitalière.

Objet : l'objectif de l'étude était d'identifier et analyser les indicateurs de productivité hospitalière ayant un impact sur le budget de fonctionnement de l'établissement public hospitalier de Jijel, afin de garantir la qualité des services et des soins.

Problématique centrale : comment les services de soins peuvent renforcer le système de santé en agissant sur les principaux indicateurs de productivité hospitalière favorable au changement ?

Méthodologie

- Approche conceptuelle pour mieux maîtriser la problématique et préciser les concepts utilisés dans l'étude ;
- Analyse de l'évolution des indicateurs de productivité de l'année 2000 à 2019 ;
- Application d'un modèle économétrique à l'EPH de Jijel et la présentation des résultats obtenus à travers le logiciel Eviews.10.0

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Résultats

- Au cours de la période de 2000 à 2009, la DMS est restée stable variant entre 4.77 jours et 4.48 jours. Ensuite, à partir de 2010, elle a commencé à diminuer jusqu'à la fin de l'année 2019, atteignant 3.08 jours ;
- Le TMH a connu des variations au cours de l'année 2000 jusqu'à 2019, passant de 2.16% jours en 2000 jusqu'à 2.62% jours en 2019 ;
- En 2016, le TOM a atteint un niveau optimal avec un taux de 71.48%, tandis qu'en 2019, il a baissé à 64.30% à cause du transfert des patients au secteur privé et une diminution du nombre de malades admis à l'hôpital ;
- Au cours de la période 2000 jusqu'à 2013, le TR est passé de 45.80 en 2000 jusqu'à 45.73 en 2013. Ensuite, de 2014 à 2019, ce taux a presque doublé par rapport à l'année 2000, atteignant un pic de 92.44 en 2016 ;
- Après l'application du modèle économétrique, il n'a été constaté que les indicateurs de productivité hospitalière suivants : nombre de jours d'hospitalisation, taux moyen d'occupation des lits, taux de mortalité et le taux de rotation des lits ont un impact significatif sur le budget de fonctionnement de l'hôpital. C'est pour cela que le responsable de l'établissement de santé devrait se concentrer pour gérer efficacement les ressources.

2 La gestion des lits en France

Titre de l'étude : Problématique de la gestion des lits d'hospitalisation : Etat des lieux en Belgique et comparaison avec la France. (*Gossart & al, 2012*)

Objet de l'étude était d'analyser la problématique de la gestion des lits d'hospitalisation en Belgique et en France, en identifiant les différentes contraintes et enjeux associés à la gestion quotidienne des lits, ainsi que de proposer des perspectives d'amélioration pour celles-ci.

Méthodologie : les chercheurs ont adopté une approche qualitative comprenant des visites d'une quinzaine d'hôpitaux belges et français afin d'apprendre concrètement le processus d'affectation des lits et comprendre les principaux problèmes vécus quotidiennement.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Résultats

Tableau 1 : les principaux résultats de l'étude.

Problèmes	Pistes d'amélioration
Sortie tardive des patients et congestion des urgences.	Collaboration accrue entre les acteurs hospitaliers pour améliorer la gestion des lits.
Besoin d'amélioration de la gestion des lits et des ressources.	Réflexion sur le nombre optimal des lits et collaboration avec d'autres établissements.
Retard dans les examens à l'attente de la libération de la chambre provoquent du stress pour le patient.	Signalement précoce des sorties des patients pour optimiser l'occupation des lits réduisant ainsi les temps d'attente.
Impact financier de la tarification à l'acte sur les coûts hospitaliers en particulier pour les lits.	Evolution des propositions selon des critères quantitatifs et qualitatifs.

Source : Réalisé par nos soins à partir de l'étude (*Gossart & al, 2012*)

Titre de l'étude : Gestion informatisée des lits : état des lieux et analyse à priori des impacts multicritères. (*Rakotondranaivo & sophie, 2022*)

L'étude a été menée au CHRU Nancy pour introduire des changements positifs dans la gestion des lits avant et après l'application du logiciel.

Objet : l'étude visait également à analyser les impacts potentiels de l'informatisation de la gestion des lits, en se concentrant sur les critères multicritères en prenant compte les perceptions des différents partis prenants impliqués dans le processus.

Méthodologie

- La distribution de 57 questionnaires pour recueillir les perceptions de différentes parties prenantes ;
- L'élaboration des grilles de recueil de données pour une analyse qualitative et quantitative ;
- L'analyse des réponses par catégorie d'acteurs pour évaluer la perception des impacts et une comparaison des réponses données par les acteurs pour chaque critère.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Résultats

Avant l'application du logiciel

- Les échanges téléphoniques pour obtenir l'information sur la disponibilité des lits ;
- Les patients admis via les urgences devaient attendre de longues périodes avant d'être hospitalisés ;
- La gestion manuelle des lits ce qui entraînait des inefficacités et des retards dans la prise de décision ;
- Les flux entrants et sortants n'étaient pas bien suivis, ce qui rendait la planification des lits disponibles complexe.

Après l'application du logiciel

- Toutes les informations sur la disponibilité des lits sont consultable à la fois en lecture prévisionnelle et en temps réel à partir du logiciel, ce qui facilite ainsi l'admission rapide des patients ;
- Une communication plus fluide entre les différents services, ainsi qu'une prise de décision plus rapide ;
- Une meilleure planification des admissions et des sorties, contribuant à une gestion efficace des flux de patients.

3 La gestion des lits aux Etats-Unis

Titre de l'étude : Optimisation de la gestion des lits d'hospitalisation dans un hôpital communautaire rural : Une initiative d'amélioration de la qualité. (*Bartlett & al, 2023*)

C'est un article scientifique traite d'une étude menée dans la région du Mayo Clinic Health System dans le sud-ouest du Minnesota, aux Etats-Unis, par un groupe de chercheurs et de professionnels de la santé. Cette région rurale comprend deux centres de soins aigus et trois hôpitaux d'accès critique. L'étude a été menée dans ces cinq établissements de santé.

Objet de l'étude : était d'améliorer la répartition des lits d'hospitalisation entre différents types d'hôpitaux afin d'optimiser les soins de santé régionaux. Cela impliquait d'attribuer de manière proactive les lits aux patients atteints de maladies graves dans les grands centres et d'optimiser la capacité des petits hôpitaux en accueillant des patients moins critiques.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Méthodologie : cette étude a adopté une méthodologie intégrée. En utilisant une approche agile de gestion de projet, une série de cycle PDCA composée de 2 essais réalisés au cours du deuxième trimestre 2022, une approche proactive de placement des patients et une analyse approfondie des données.

Résultats

- La réduction du taux de transfert total des patients hors de la région depuis les 4 hôpitaux, passant de 71% à seulement 10% après l'essai 1 ;
- Malgré la fermeture d'une moyenne de 22 lits d'hospitalisation par jour au cours de l'essai 2 en raison du manque de personnel infirmier, les admissions au MCHS de Mankato sont restées à 97% de la moyenne historique ;
- Malgré cette fermeture de 22 lits par jours, le nombre de lits occupés par les services a augmenté passant de 0 à 30 lits après l'essai 2, ce qui signifie que les hôpitaux ont pu surmonter les défis liés au manque de lits ;
- Une meilleure répartition des patients entre les différents hôpitaux de la région précédemment sous-utilisés, entraînant ainsi une amélioration dans la prise en charge des patients.

4 La gestion des lits au Brésil

Titre de l'étude : La gestion des lits d'hôpitaux : Une analyse sous l'angle de la théorie des contraintes. (*Souza & al, 2016*)

Cet article traite d'une étude menée dans un grand hôpital privé à but non lucratif composé de 9 unités de soins réparties entre la capitale et les villes rurales de Rio Grande Do Sul au Brésil.

L'objet de l'étude : était d'améliorer la gestion des lits d'hôpital à l'aide de la théorie des contraintes.

Méthodologie : cette étude a adopté une méthodologie exploratoire et descriptive en se concentrant sur l'application de l'Arbre des Réalités Actuelles, un outil de la théorie des contraintes.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Résultats

En utilisant l'arbre des réalités actuelles (CRT en anglais), les chercheurs ont pu identifier plusieurs causes principales qui entraînent des effets indésirables, ce qui implique des relations causales claires, telles que :

- le manque de linge de lit entraîne l'augmentation de temps de nettoyage de lits.
- Une équipe de transport insuffisamment dimensionnée entraîne des retards dans le temps de transport des patients que ce soit de la réception, du service des urgences ou de l'unité de soins intensifs à la chambre.
- Si un délai d'émission des résultats d'examen pour les patients hospitalisés est observé, cela entraînera un retard dans la collecte des effets personnels du patient en vue de sa libération ou de son transfert interne. Cette situation prolongera ainsi inutilement le séjour du patient à l'hôpital et retardera la libération des lits pour les nouveaux patients.
- Tous ces effets indésirables sont liés à l'absence de planification et de critères concernant la gestion des lits. Pour cette raison, une étude continue est nécessaire pour améliorer la gestion des lits d'hospitalisation.

5 La gestion des lits en Asie (Bhutan)

Titre de l'étude : Initiative d'amélioration de la qualité pour répondre à la pénurie de lits dans le service de maternité à l'hôpital national de référence. (Thimphu, Bhutan) (*Sangey & al, 2022*)

Objet : L'objectif était d'augmenter le taux de sortie post-opératoire au deuxième jour pour les patientes ayant accouché par césarienne à faible risque de 0 à 25% en deux mois, tout en réduisant également le nombre de patients obstétricaux en attente d'admission quotidiennement.

Méthodologie : l'étude a été menée dans un service d'obstétrique d'un hôpital au Bhutan, utilisant l'analyse des arêtes de poisson pour comprendre les retards de sortie de l'hôpital. Les interventions ont été réalisées sur une durée de 8 semaines en utilisant le cycle PDCA. Les résultats ont été évalués avant et après l'intervention à l'aide de tests statistiques pour déterminer leur signification.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Résultats

- Le taux de sortie post-opératoire le deuxième jour après l'intervention a augmenté jusqu'à une valeur médiane de 65,5 % (IQR : 45–80), avec une tendance à la hausse observée à partir de la troisième semaine du projet.
- Par rapport à la période pré-intervention, le nombre quotidien moyen de patientes obstétricales en attente d'admission a diminué de manière significative au cours du premier et du deuxième mois, respectivement ($p = 0,0002$, $p = 0,0017$).
- Dans l'ensemble, le nombre quotidien moyen de patientes obstétricales en attente d'admission a diminué de manière statistiquement significative, passant d'une médiane avant l'intervention de 6,0 (IQR : 0-7) à une médiane post-intervention de 1,0 (IQR : 0-2). Significatif à $p = 0,0001$.

Section 02 : Les principaux constats tirés de la revue de littérature des études empiriques

1 Comprendre la gestion des lits hospitaliers : Une synthèse des études empiriques

Ces revues de littérature fournissent une analyse approfondie et comparative de la gestion des lits d'hospitalisation dans différents aspects géographiques et organisationnels. En examinant les données provenant de recherches empiriques, ces revues ont permis de mettre en lumière divers défis et opportunités liés à la gestion des lits. Voici un intérêt de l'ensemble de ces études :

Les revues analysées ont adopté plusieurs approches pour comprendre les problématiques de la gestion des lits.

Premièrement, certains articles se sont basés sur la théorie des contraintes pour identifier les contraintes qui limitent la gestion efficace des lits, tels que le manque de la ressource lit et la difficulté de planification en raison des variations imprévisibles dans les flux de patients, manque de coordination interne, mauvaise allocation des lits et mauvaise répartition des lits entre les services.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Plusieurs revues ont intégré les concepts de la gestion de la qualité et le cycle PDCA qui les ont aidés à résoudre les problèmes d'une manière proactive, tels que la sous-utilisation ou la sur-utilisation des lits, et ce qui a permis de réduire les temps d'attente et améliorer la qualité des soins ainsi que la satisfaction des patients.

D'autres études ont utilisé des modèles mathématiques et informatiques pour optimiser la gestion des lits, ce qui peut aider les gestionnaires à prendre des décisions basées sur des données quantitatives.

Tandis que certaines études ont utilisé une approche analytique basée sur l'analyse des données et des indicateurs de performance, comme le TOM, DMS, TR et ETP par lit pour évaluer la gestion des lits d'hospitalisation.

2 L'importance des revues de littérature pour notre étude

Les revues de littérature examinées ont permis d'offrir un aperçu précieux des défis et perspectives qui peuvent être rencontrés dans ce domaine de la gestion des lits.

D'abord, l'ensemble de ces revues nous a permis une compréhension et une analyse approfondie des indicateurs de productivité associés à la gestion des lits hospitaliers, y compris le taux d'occupation moyen des lits, le taux de rotation, la durée moyenne de séjour et le ratio personnel/lits, considérés comme des éléments clés et essentiels pour l'évaluation de l'efficacité opérationnelle des établissements de santé.

De plus, l'analyse de ces études de cas a permis d'exposer quelques défis rencontrés dans plusieurs environnements hospitaliers, qu'il s'agisse des défis de nature administrative, technique, financière, ressources humaines ou bien opérationnelle.

D'autre part, l'analyse documentaire a permis d'identifier un certain nombre de bonnes pratiques ainsi que des solutions pour une bonne optimisation et une planification efficace de la gestion des lits hospitaliers.

Enfin, ces revues de littérature ont fourni une base solide pour orienter notre propre étude sur la gestion des lits dans la clinique de maternité de la wilaya de Béjaïa. En prenant en compte les conclusions tirées des études précédentes, nous avons la possibilité de développer une méthodologie efficace pour optimiser l'utilisation des lits hospitaliers dans la clinique de maternité.

Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art

Conclusion

En conclusion, la gestion des lits d'hospitalisation est une préoccupation partagée internationalement. Plusieurs études ont traité de ce sujet, qui est considéré comme un aspect critique de la prestation des soins, influençant ainsi la qualité des services, l'expérience des patients et l'efficacité opérationnelle des établissements de santé.

**Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits
d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour
AIT MOUKHTAR Nacereddine**

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Introduction

Après avoir présenté dans les deux chapitres précédents le cadre théorique et les revues de littérature sur la gestion des lits, ce chapitre se focalisera sur le traitement des résultats obtenus durant notre stage pratique.

Nous avons choisi dans le cadre de ce travail, l'unité Targa Ouzemmour du CHU de Béjaïa dans le but de vérifier les hypothèses de notre recherche et de répondre à la problématique énoncée au départ. Pour cela, nous avons divisé ce chapitre en deux sections. La première section sera consacrée à la présentation du cadre méthodologique et de l'organisme d'accueil, tandis que la deuxième section présentera l'analyse et l'interprétation des données obtenues.

Section 01 : Présentation du cadre méthodologique et de l'organisme d'accueil

1 Présentation du cadre méthodologique

Pour bien mener notre recherche sur la gestion des lits d'hospitalisation, nous avons effectué une étude de cas au sein du service de maternité et service de gynécologie de l'unité Targua Ouzemmour du CHU de Bejaïa. Notre méthodologie combine une analyse quantitative et qualitative en utilisant plusieurs outils de collecte de données.

- **Analyse des données :** nous avons procédé à une analyse des indicateurs de productivité hospitalière et quelques indicateurs de la qualité des soins à partir des données collectées auprès du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour. Nous avons étudié les évolutions mensuelles de ces indicateurs sur une période de 28 mois, allant du 1 janvier 2022 jusqu'au 30 avril 2024.

Les indicateurs de productivité hospitalière analysés sont : le taux d'occupation moyen des lits (TOM), la durée moyenne de séjour (DMS), et le taux de rotation des lits (TRL).

Les principaux indicateurs de qualité des soins examinés sont : le taux de réadmission, et le taux de mortalité.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

- **Observation directe** : l'observation directe a été faite pour identifier les différentes contraintes auxquelles l'unité Targa Ouzemmour fait face.

Nous avons classé les contraintes identifiées selon leur nature : ressources humaines, techniques, administratives, hygiène et entretien, budgétaires, autres. Cette méthode nous a permis de collecter des données en temps réel sur le processus de gestion des lits, ainsi que la description du parcours de soins au sein de cet établissement de santé.

- **Entretiens** : nous avons réalisés 6 entretiens avec plusieurs responsables (chefs de services) de l'unité Targa Ouzemmour pour obtenir des informations détaillées permettant de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Les personnes interviewées étaient : chef de service du bureau des entrées, la coordinatrice de l'unité GHR et bloc d'accouchement, coordinateur principal des activités paramédicales (remplaçant la directrice de l'unité Targa Ouzemmour), chef de service des urgences, chef de l'unité post-partum, et la coordinatrice du service de gynécologie.

2 Présentation de l'organisme d'accueil

L'unité hospitalière de Targa Ouzemmour a été mise en service le 16/10/1991, appelé clinique AIT MOUKHTAR, implanté à la rue Fatima. En 2007 on lui a changé d'appellation et est devenue un établissement hospitalier spécialisé « *EHS* » Mère et Enfant. Ensuite, en 2009 elle est devenue une composante du CHU de Bejaia.

Elle traite le sujet de médecine de la femme : la procréation et l'accouchement, l'anatomie et ses soins de l'appareil gynécologique.

L'unité Targa Ouzemmour offre un service de 24/24h de procréation, d'accouchement pour répondre à la satisfaction du besoin « la santé de la mère et son nouveau-né » qu'est la nomenclature des types des commandes, un service client final de l'hôpital Mère et Enfant en appliquant les objectifs de la direction générale des entrées.

2.1 Les composantes de l'unité Targa Ouzemmour

- La direction de l'unité ;

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

- Le bureau des entrées ;
- Le mouvement du personnel ;
- Surveillance médicale ;
- Le service des urgences gynéco-obstétriques ;
- Le service de gynécologie ;
- Le service de néonatalogie ;
- Le service de maternité ;
- Le service de chirurgie infantile (CCI) ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le bloc d'accouchement ;
- La nurserie ;
- Plateau technique (laboratoire, bloc opératoire, radiologie, échographie, pharmacie).

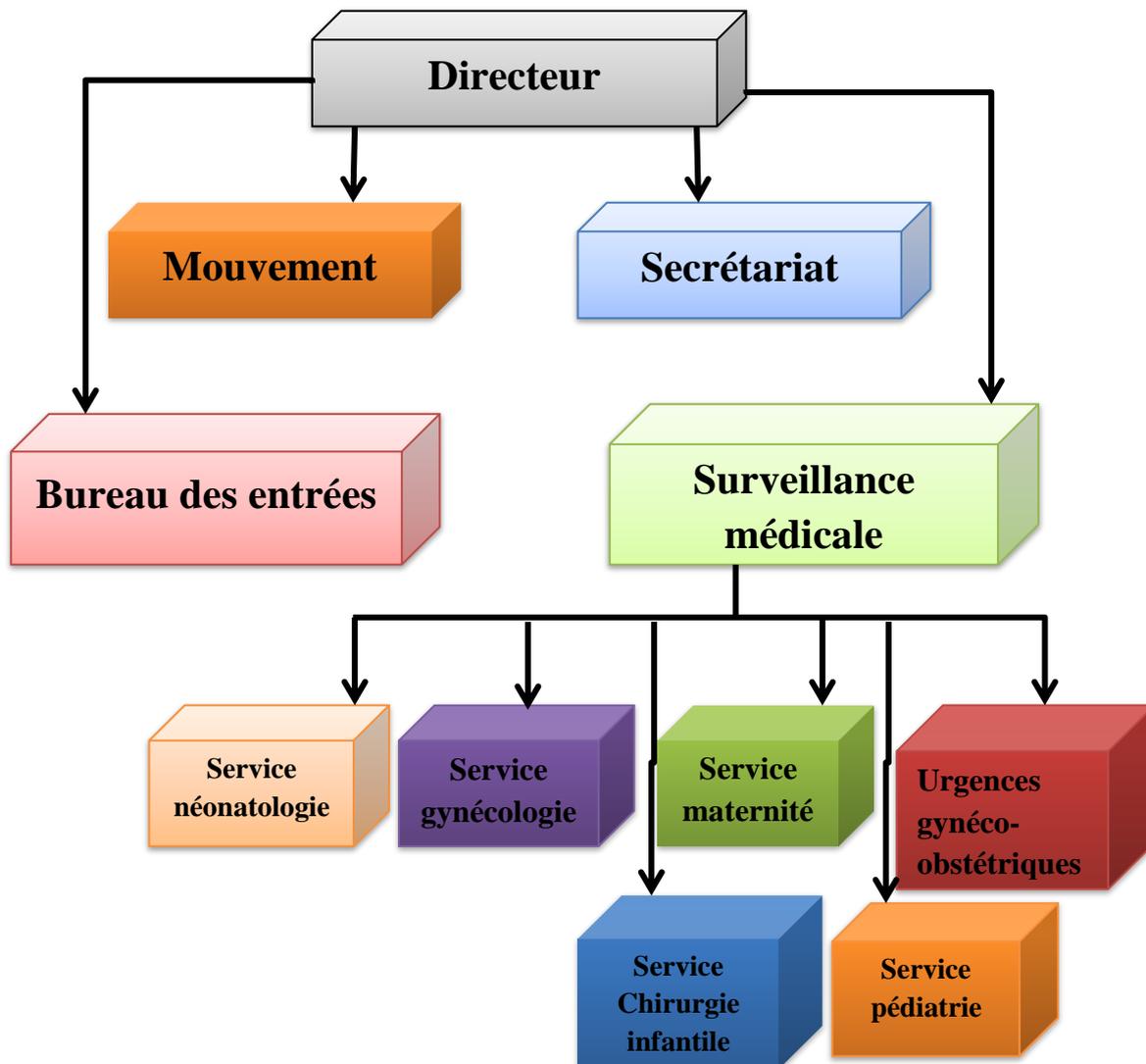
Notre étude de cas a été réalisée au sein de ces deux services de maternité et gynécologie :

Le service de maternité comporte 70 lits. Il se compose d'un service destiné à la surveillance des grossesses à haut risque (GHR), d'un bloc d'accouchement, d'un bloc opératoire, une salle de réveil, ainsi que des chambres pour les post-accouchées qui est destiné à la surveillance des femmes après l'accouchement, appelée aussi l'unité post-partum.

Le service de gynécologie comporte 32 lits. Il se compose d'un bloc opératoire, d'une salle de réveil et d'un service d'hospitalisation.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Figure 4: Organigramme de l'unité Targa Ouzemmour.



Source : Doucement interne de l'unité targa Ouzemmour.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Section 02 : Analyse et interprétation des résultats

1 Analyse du nombre d'effectifs selon le grade dans les services de maternité et gynécologie

Tableau 2 : Evolution du nombre d'effectifs selon le grade dans le service de maternité/gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).

Grade	Nombre d'effectifs (service maternité/gynécologie)		
	2022	2023	2024
Hospitalo-universitaire	3	4	4
Praticiens spécialistes	3	3	3
Praticiens généralistes	1	1	1
Personnel paramédical	73	78	81
Personnel administratif	26	28	30
Agents techniques	3	2	3
Agents polyvalents	12	15	14
Total de personnel	121	131	136

Source : Réalisé par nos soins à partir des données de la direction des ressources humaines de CHU de Béjaïa.

A partir du tableau n°2 représentant l'évolution du nombre d'effectifs selon leur grade dans le service de maternité et gynécologie durant la période janvier 2022 – avril 2024, nous remarquons une légère augmentation du nombre de personnel d'une année à l'autre.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Le groupe de médecins (professeurs, spécialistes, généralistes) semble maintenir un nombre constant au fil des années. Cependant, le nombre du personnel paramédical et administratif a enregistré une augmentation légère chaque année.

Les agents techniques et polyvalents sont particulièrement importants dans un établissement de santé, ils ont donc montré des variations d'une année à l'autre. Cette augmentation suggère une adaptation aux besoins changeants des services de maternité et gynécologie au fil du temps.

Bien que les données précédentes donnent un aperçu du nombre de personnels, mais elles ne tiennent pas en compte de l'équivalent temps plein (ETP/lit). Cela rend difficile de dire si le nombre de personnels est suffisant pour la clinique.

Sur le terrain, nous n'avons pas pu collecter des données sur ce ratio important car ce n'est pas une pratique courante. De plus, selon les responsables de l'unité Targa Ouzemmour, l'augmentation du nombre de lits ne prend pas en compte l'ajout de personnels supplémentaires, ce qui fait que la clinique fait face à un manque de personnel paramédical (infirmières, sages-femmes, aides-soignants,...).

L'équivalent temps plein par lit dans un hôpital est le nombre moyen d'heures fournies par le personnel pour chaque lit d'hôpital sur une période donnée (une semaine ou un mois), qui permet de mesurer la quantité de personnel nécessaire pour répondre aux besoins des patients par rapport au nombre de lits disponibles.

2 Analyse des indicateurs de productivité et de qualité

2.1 Le service de maternité

Tableau 3 : Disponibilité des lits par période dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).

Capacité litière	
Période	Nombre
Janv. 2022 - Août-2022	90
Sept.2022 – Avril-2024	70

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

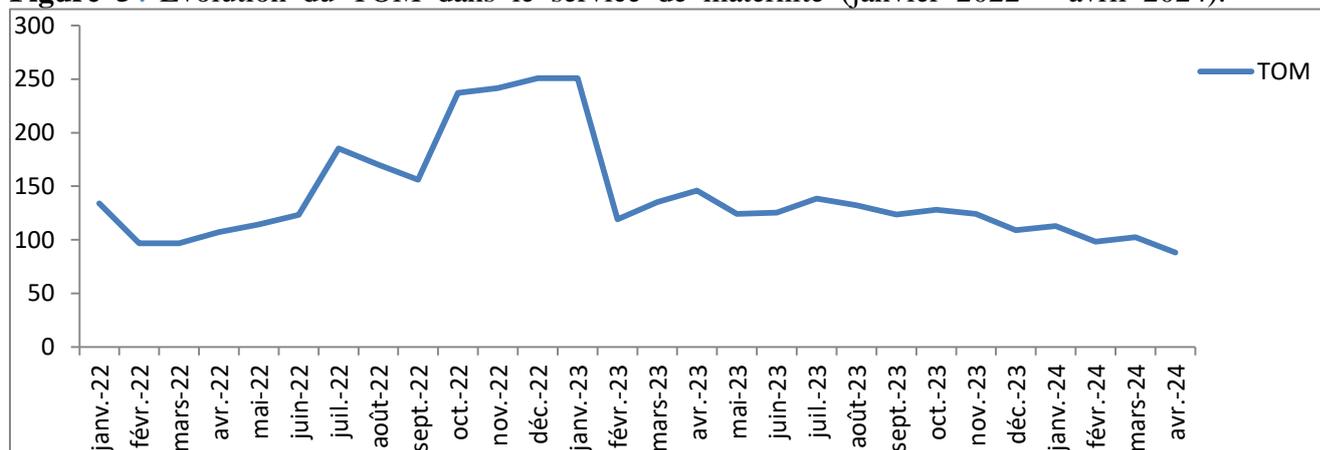
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Tableau 4 : Evolution du taux d'occupation moyen des lits dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).

Période	TOM%	Période	TOM%	Période	TOM%
Janv-22	133,89	Janv-23	250,87	Janv-24	113,02
Févr-22	96,67	Févr-23	119,21	Févr-24	98,41
Mars-22	96,83	Mars-23	135,16	Mars-24	102,46
Avr-22	107,22	Avr-23	146,03	Avr-24	88,25
Mai-22	114,44	Mai-23	124,13	/	/
Juin-22	123,17	Juin-23	125,32	/	/
Juil-22	185,16	Juil-23	138,41	/	/
Août-22	170	Août-23	132,22	/	/
Sept-22	155,95	Sept-23	123,65	/	/
Oct-22	237,14	Oct-23	127,94	/	/
Nov-22	241,59	Nov-23	124,21	/	/
Déc-22	250,87	Déc-23	108,97	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 5 : Evolution du TOM dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 04.

A partir du tableau n° 04 et de la figure n° 05 représentant l'évolution mensuelle du taux d'occupation moyen des lits dans le service de maternité, nous observons deux périodes distinctes durant la période janvier 2022 – avril 2024.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

La période janvier 2022 – janvier 2023 est caractérisée par une forte activité où le TOM a enregistré des valeurs atteignant 250,87%. Par la suite, la période février 2023 – avril 2024 a montré une tendance à la baisse malgré que la demande soit toujours élevée.

La période janvier 2022 – juin 2022 est caractérisée par une sur-utilisation de la capacité litière avec des valeurs qui varient entre 96,67% et 185,16%. De plus, à partir du mois de juillet et août 2022, l'activité a commencé à augmenter (185,16 – 170), coïncidant avec la période estivale qui se caractérise par l'augmentation de la demande et la diminution du nombre des effectifs (personnel médical, paramédical,) à cause des congés, ce qui peut accroître le coût humain (démotivation, maladies, burnout) et peut diminuer la qualité des soins prodigués. Cette demande élevée s'explique par le fait que la clinique a dépassé sa capacité litière de 90 lits.

Durant la période septembre 2022 – janvier 2023 le TOM a enregistré des valeurs très élevées, variant entre 155,95% et 250,87%. Cela est principalement dû à la diminution du nombre de lits de 90 à 70 à partir de septembre 2022, qui est expliqué selon les responsables de la clinique de maternité par la libération de l'espace dans les chambres d'hospitalisation. Ce qui a entraîné une demande qui dépasse la capacité litière de 70 lits. Cette surcharge s'explique également par le fait que la clinique est la seule dans la wilaya à disposer d'une unité de grossesse à haut risque (GHR) et d'un personnel médical qualifié.

La situation persiste malgré la création des annexes dans d'autres régions et la convention signée en 2020 entre le Ministère de Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière et les cliniques privées telles que la clinique le Rameau d'Olivier et la clinique Rachid Benmerad, pour prendre en charge les accouchements afin de diminuer la surcharge du service de maternité.

A partir du mois de février 2023 jusqu'au mois d'avril 2024, le TOM a connu une diminution progressive ainsi qu'une baisse de l'activité par rapport à la période précédente. Mais il dépasse toujours la norme recommandée (70 – 80%).

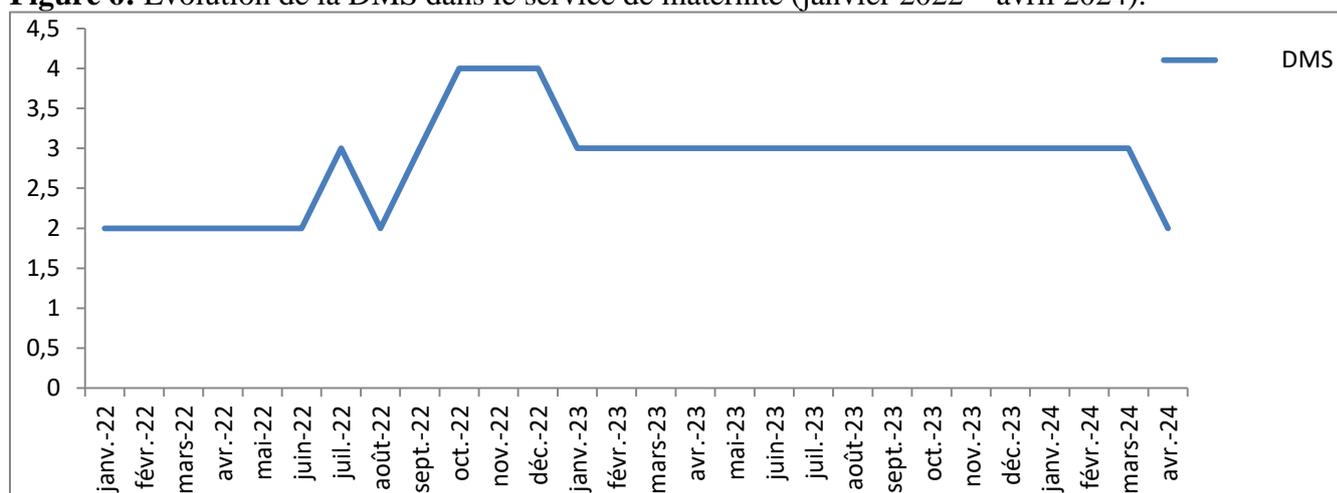
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Tableau 5 : Evolution de la durée moyenne de séjour dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).

Période	DMS	Période	DMS	Période	DMS
Janv-22	2	Janv-23	3	Janv-24	3
Févr-22	2	Févr-23	3	Févr-24	3
Mars-22	2	Mars-23	3	Mars-24	3
Avr-22	2	Avr-23	3	Avr-24	2
Mai-22	2	Mai-23	3	/	/
Juin-22	2	Juin-23	3	/	/
Juil-22	3	Juil-23	3	/	/
Août-22	2	Août-23	3	/	/
Sept-22	3	Sept-23	3	/	/
Oct-22	4	Oct-23	3	/	/
Nov-22	4	Nov-23	3	/	/
Déc-22	4	Déc-23	3	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 6: Evolution de la DMS dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 05.

A travers le tableau n° 05 et la figure n° 06 relatifs à l'évolution mensuelle de la durée moyenne de séjour dans le service de maternité durant la période janvier 2022 – avril 2024, nous remarquons que la DMS fluctue entre 2 et 4 jours.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

La période janvier 2022 – juin 2022 et le mois d'août 2022 ont enregistré des DMS stables de 2 jours. Cette situation s'explique par le fait que l'accouchement par voie basse ne nécessite pas un séjour long donc la patiente sort le même jour, et dans certaines situations en cas de césarienne sans complications, elle peut rester à la clinique pendant 24h seulement pour libérer des lits pour d'autres cas en raison de la demande élevée.

Cependant, le mois de juillet 2022 et à partir du mois de septembre 2022, une tendance haussière est observée, avec une valeur de 3 jours. Puis une augmentation portant la DMS à 4 jours durant la période octobre 2022 – décembre 2022, ce qui est considéré comme long.

Le service de maternité était donc confronté à une demande très élevée et à des séjours prolongés, causés par les retards dans les soins et les délais d'attente pour les procédures médicales et chirurgicales (césariennes, consultations, émission des résultats des bilans,..), ainsi que la complexité des cas dues à plusieurs facteurs, tels que c'est la seule clinique dotée d'une unité de grossesse à haut risque au niveau de la wilaya de Béjaïa ce qui fait que les patientes hospitalisées dans cette unité nécessitent un séjour très long (dans certaines situations il dépasse 1 mois), et les cas compliqués des autres établissements de santé de la wilaya, même ceux des cliniques privées, sont transférés vers cet établissement. Bien que la clinique prenne en charge les cas complexes justifiant en partie une DMS un peu longue, mais cela indique également des inefficacités dans la gestion des processus y compris des lacunes dans la gestion des lits, la coordination des soins et des séjours inutiles.

La période janvier 2023 – mars 2024 a enregistré une DMS stable de 3 jours. Cette valeur indique une légère diminution par rapport à la période précédente (4 jours).

Donc, la durée moyenne de séjour au sein du service de maternité n'est pas maîtrisée globalement indiquant des difficultés dans la gestion des flux de patients et les ressources disponibles y compris les lits et le personnel.

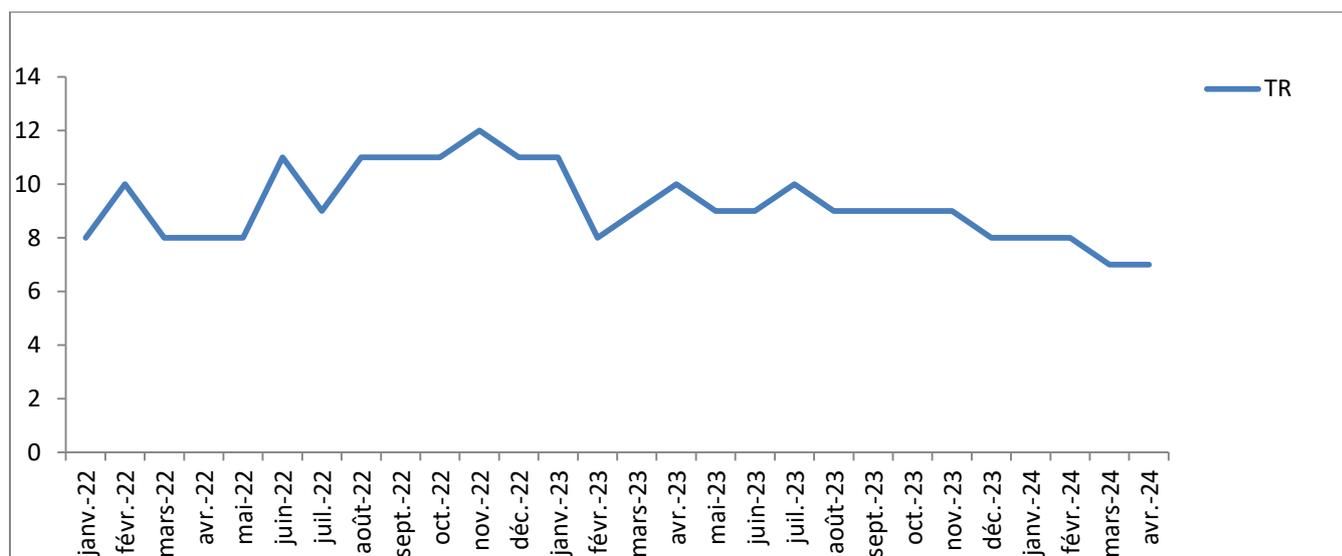
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Tableau 6 : Evolution du taux de rotation des lits dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).

Période	TR	Période	TR	Période	TR
Janv-22	8	Janv-23	11	Janv-24	8
Févr-22	10	Févr-23	8	Févr-24	7
Mars-22	8	Mars-23	9	Mars-24	7
Avr-22	8	Avr-23	10	Avr-24	7
Mai-22	8	Mai-23	9	/	/
Juin-22	11	Juin-23	9	/	/
Juil-22	10	Juil-23	10	/	/
Août-22	11	Août-23	9	/	/
Sept-22	11	Sept-23	9	/	/
Oct-22	11	Oct-23	9	/	/
Nov-22	12	Nov-23	9	/	/
Déc-22	11	Déc-23	8	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 7 : Evolution du TRL dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 06.

A partir du tableau n° 06 et la figure n° 07 représentant l'évolution mensuelle du taux de rotation des lits dans le service de maternité durant la période janvier 2022 – Avril 2024, nous

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

remarquons que cet indicateur varie entre 7 et 12 par mois, ce qui indique un coefficient de rotation élevé.

Durant toute la période d'étude, nous avons constaté une augmentation du taux de rotation des lits suivie d'une stabilisation et finalement d'une diminution à partir de février 2024.

La période janvier 2022 – mai 2022 et la période février 2023 – avril 2024 ont enregistré des TR qui varient entre 7 et 10. Ensuite, une légère augmentation de TR est observée à partir de juin 2022 jusqu'à janvier 2023, avec un pic d'une valeur de 12 en novembre 2022. Puis, le TR a diminué progressivement jusqu'à février 2024, et à partir de ce mois jusqu'à avril 2024 le TR a connu une certaine stabilité d'une valeur de 7.

La demande élevée dans le service de maternité entraîne une utilisation maximale des lits, obligeant une rotation plus fréquente de ces lits pour répondre aux besoins des patientes.

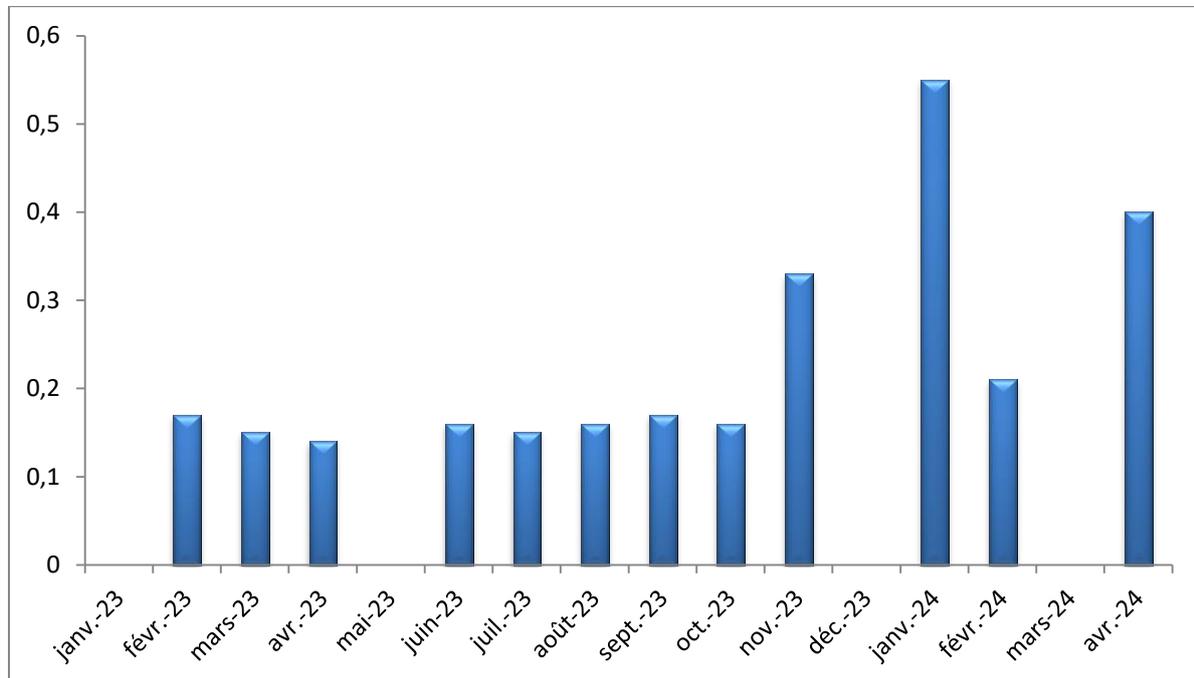
Tableau 7 : Evolution du taux de mortalité dans le service de maternité (janvier 2023 – avril 2024).

Période	Taux de mortalité	Période	Taux de mortalité
Janv-23	0,00	Janv-24	0,55
Févr-23	0,17	Févr-24	0,21
Mars-23	0,15	Mars-24	0,00
Avr-23	0,14	Avr-24	0,40
Mai-23	0,00	/	/
Juin-23	0,16	/	/
Juil-23	0,15	/	/
Août-23	0,16	/	/
Sept-23	0,17	/	/
Oct-23	0,16	/	/
Nov-23	0,33	/	/
Déc-23	0,00	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Figure 8 : Evolution du taux de mortalité dans le service maternité (janvier 2022-Avril 2024)



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 7.

Le taux de mortalité est une méthode de mesure important pour les structures de santé qui donne une idée de la qualité des soins fournis aux patients hospitalisés permettant un niveau de précision plus élevé, puisqu' il est présumé que les décès survenue sont associés aux soins hospitaliers. Il se calcule par (Boumenir & chabouni, 2022/2023) :

$$\text{Taux de mortalité} = \frac{\text{Décès de la période}}{\text{Total des départs de la période}} * 100$$

A partir de tableau n° 07 et a figure n° 08 représentant l'évolution mensuelle du taux de mortalité dans le service de maternité durant la période janvier 2023 jusqu'à avril 2024, nous remarquons que cet indicateur montre des variations notables de 0 à 0,55%. Le mois de janvier, mai et décembre 2023 et mars 2024 ont enregistré 0 décès. Cela signifie une meilleure qualité des soins et une prise en charge efficace des patientes durant cette période.

Les mois restants de la période étudiée marquent des fluctuations entre 0,17 et 0,55% sont peut être due à la complexité des cas traités dans l'unité GHR, des complications lors de l'accouchement. Malgré cette légère augmentation du taux de mortalité, mais il reste toujours

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

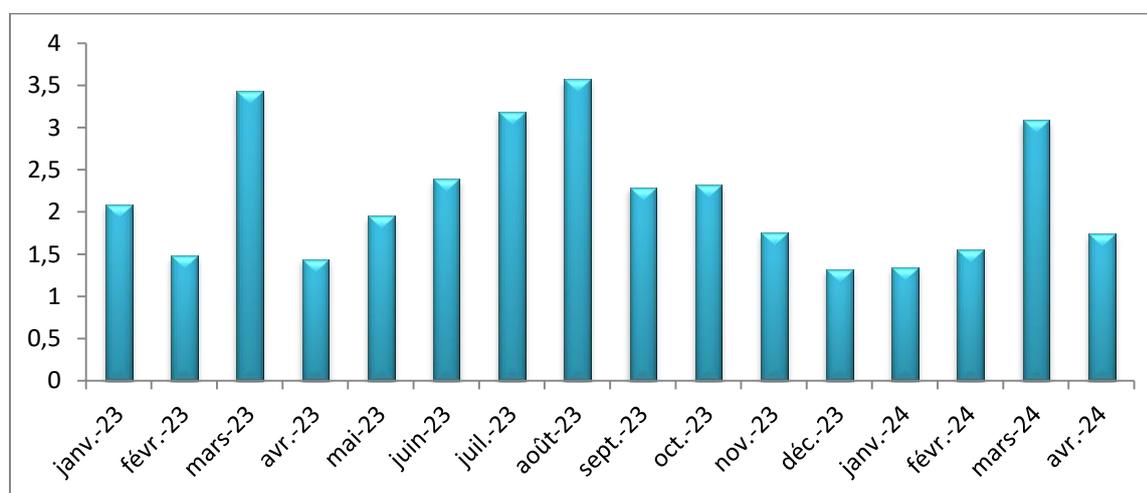
considéré comme bas. Toute diminution de celui-ci implique une amélioration de la qualité du service.

Tableau 8: Evolution du taux de réadmission dans le service maternité (janvier 2023 – avril 2024).

Période	Taux de réadmission	Période	Taux de réadmission
Janv-23	2,08	Janv-24	1,34
Févr-23	1,48	Févr-24	1,55
Mars-23	3,43	Mars-24	3,09
Avr-23	1,44	Avr-24	1,74
Mai-23	1,95	/	/
Juin-23	2,39	/	/
Juil-23	3,18	/	/
Août-23	3,57	/	/
Sept-23	2,29	/	/
Oct-23	2,32	/	/
Nov-23	1,75	/	/
Déc-23	1,32	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 9 : Evolution de taux de réadmission dans le service maternité (janvier 2023 – avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 8.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

La réadmission est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. (HAS), 2013)

Le taux de réadmission est le pourcentage de patients qui sont réadmis après avoir été initialement libérées. Il se calcule par (Bourmicht, 2019) :

$$\text{Taux de réadmission} = \frac{\text{Nombre des patients réadmis pour 30 jours}}{\text{Nombre des sortant pour 30 jours}} * 100$$

A partir de tableau n° 08 et la figure n° 09 représentant l'évolution mensuelle du taux de réadmission dans le service de maternité, nous observons des variations entre 1,32% et 3,57% avec un pic en août 2023.

Ce service est sous forte pression, en raison d'un taux d'occupation élevé, ce qui peut affecter la qualité des soins et conduire à des réadmissions. De plus, le taux de rotation élevé dans ce service pourrait entraîner des soins plus rapides, ce qui peut augmenter le risque de réadmission des patientes si elles ne sont pas complètement stabilisées avant leur sortie.

2.2 Le service de gynécologie

Tableau 9 : Disponibilité des lits par période dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).

Capacité litière	
Période	Nombre
Janv.2022-Août 2022	38
Sept.2022- Avril 2024	32

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

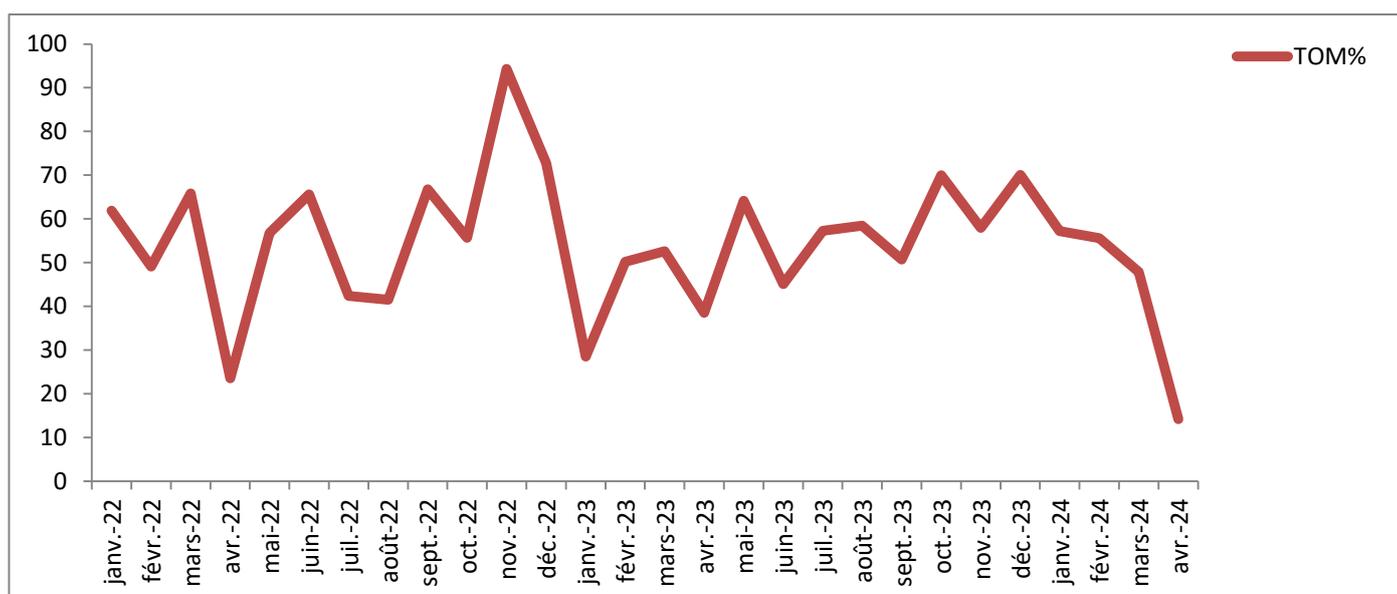
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Tableau 10 : Evolution du taux d'occupation moyen des lits (TOM) dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).

Période	TOM%	Période	TOM%	Période	TOM%
Janv-22	61,88	Janv-23	28,52	Janv-24	72,68
Févr-22	49,11	Févr-23	50,22	Févr-24	75,54
Mars-22	65,79	Mars-23	52,62	Mars-24	60,79
Avr-22	23,51	Avr-23	38,54	Avr-24	18,64
Mai-22	56,80	Mai-23	64,11	/	/
Juin-22	65,61	Juin-23	45,08	/	/
Juil-22	42,36	Juil-23	57,26	/	/
Août-22	41,51	Août-23	58,47	/	/
Sept-22	66,78	Sept-23	50,73	/	/
oct-22	55,64	oct-23	70,02	/	/
nov-22	94,28	nov-23	57,91	/	/
déc-22	72,78	déc-23	70,08	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 10 : Evolution du TOM dans le service de gynécologie (janvier 2022-Avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 10.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

A partir du tableau n° 10 et de la figure n°10 relatifs à l'évolution mensuelle du taux d'occupation moyen des lits dans le service de gynécologie durant la période janvier 2022 – avril 2024, nous observons des variations significatives de l'indicateur TOM.

Le mois de novembre 2022 a enregistré la valeur la plus élevée de 94,28% qui dépasse la norme recommandée (70-80%), ce qui signifie qu'il y ait une augmentation de l'activité durant cette période indiquant une surcharge et une sur-utilisation de la capacité litière dans ce service. Cela est peut être dû à la prise en charge des pathologies cancéreuses.

Les mois de décembre 2022, octobre et décembre 2023, janvier et février 2024 sont les périodes les plus performantes marquant une utilisation efficace des ressources.

Le reste des périodes étudiées indiquent une sous-utilisation des lits qui varient entre 66,78% et 18,64%. Bien que le nombre de lits a diminué de 38 à 32 mais dans la plupart du temps l'activité est faible, ce qui signifie que le service est doté d'une capacité litière excédentaire par rapport à la demande. Cette situation engendre une utilisation inefficace des ressources.

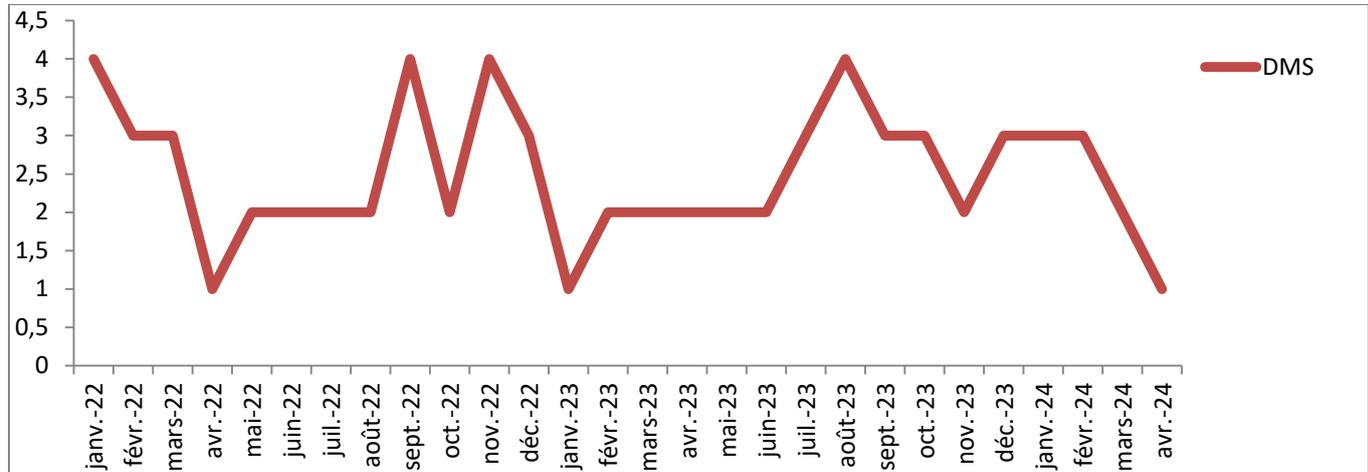
Tableau 11 : Evolution de la durée moyenne de séjour dans le service de gynécologie janvier 2022- avril 2024).

Période	DMS	Période	DMS	Période	DMS
Janv-22	4	Janv-23	1	Janv-24	3
Févr-22	3	Févr-23	2	Févr-24	3
Mars-22	3	Mars-23	2	Mars-24	2
Avr-22	1	Avr-23	2	Avril-24	1
Mai-22	2	Mai-23	2	/	/
Juin-22	2	Juin-23	2	/	/
Juil-22	2	Juil-23	3	/	/
Août-22	2	Août-23	4	/	/
Sept-22	4	Sept-23	3	/	/
Oct-22	2	Oct-23	3	/	/
Nov-22	4	Nov-23	2	/	/
Déc-22	3	Déc-23	3	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Figure 11 : Evolution de la DMS dans le service gynécologie (janvier 2022-Avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel à partir des données du tableau n° 11.

A travers le tableau n° 11 et la figure n°11 représentant l'évolution mensuelle de la durée moyenne de séjours dans le service de gynécologie durant la période janvier 2022 – avril 2024, nous observons des fluctuations remarquables entre 1 et 4 jours.

Durant les périodes avril 2022, janvier 2023 et avril 2024, la DMS a enregistré une valeur d'une journée ce qui signifie qu'elle est courte par rapport aux autre périodes étudiées.

Ensuite, les périodes marquées par une durée d'hospitalisation de 4 jours sont les mois de janvier, septembre, novembre 2022 et le mois d'août 2023. Cette valeur indique une augmentation par rapport aux autres périodes qui est peut être dû à la prise en charge des cas compliqués comme les pathologies cancéreuses (cancer du sein , le cancer du col, le cancer de l'utérus,..). Les autres périodes ont enregistré des DMS de 2 à 3 jours.

Cette variation indique que le service de gynécologie n'a pas maîtrisé sa durée moyenne de séjour au fil du temps.

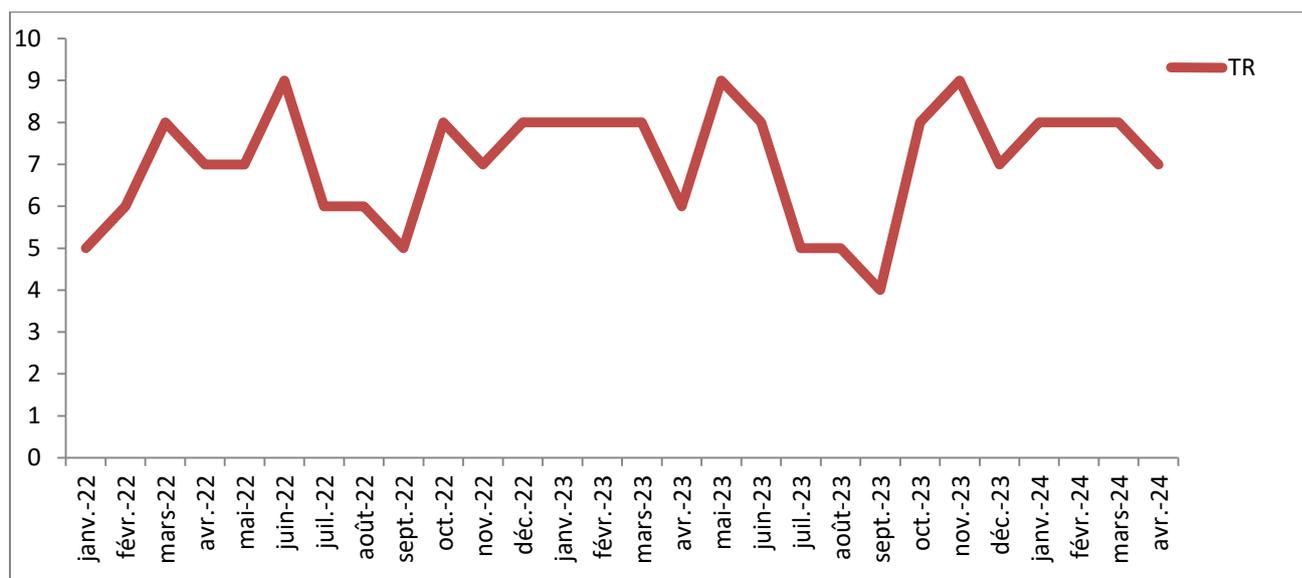
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Tableau 12 : Evolution du taux de rotation des lits dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).

Période	TR	Période	TR	Période	TR
Janv-22	5	Janv-23	8	Janv-24	8
Févr-22	6	Févr-23	8	Févr-24	8
Mars-22	8	Mars-23	8	Mars-24	8
Avr-22	7	Avr-23	6	Avr-24	7
Mai-22	7	Mai-23	9	/	/
Juin-22	9	Juin-23	8	/	/
Juil-22	6	Juil-23	5	/	/
Août-22	6	Août-23	5	/	/
Sept-22	5	Sept-23	4	/	/
Oct-22	8	Oct-23	8	/	/
Nov-22	7	Nov-23	9	/	/
Déc-22	8	Déc-23	7	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 12 : Evolution du TR dans le service de gynécologie (janvier 2022-avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel à partir des données du tableau n° 12.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Sur la base des données du tableau n° 12 et la figure n° 12 représentant l'évolution mensuelle du taux de rotation des lits dans le service de gynécologie durant la période janvier 2022 – avril 2024, nous remarquons que le TRL semble varier chaque mois entre 4 et 9.

En général, un TRL élevé indique un roulement rapide des patientes, ce qui peut être le résultat d'une DMS courte, par exemple les mois de juin 2022, mai et novembre 2023 ont enregistré une DMS de 2 jours et un TR élevé de 9 rotations.

Par contre, un TRL bas peut être associé à une DMS longue, car les lits restent occupés plus longtemps par les mêmes patientes, par exemple le mois de janvier, septembre 2022 et le mois d'août 2023 ont enregistré une DMS longue de 4 jours et un TRL court de 5.

Donc, nous constatons qu'il existe une forte relation entre la durée moyenne de séjour et le taux de rotation des lits dans le service de gynécologie.

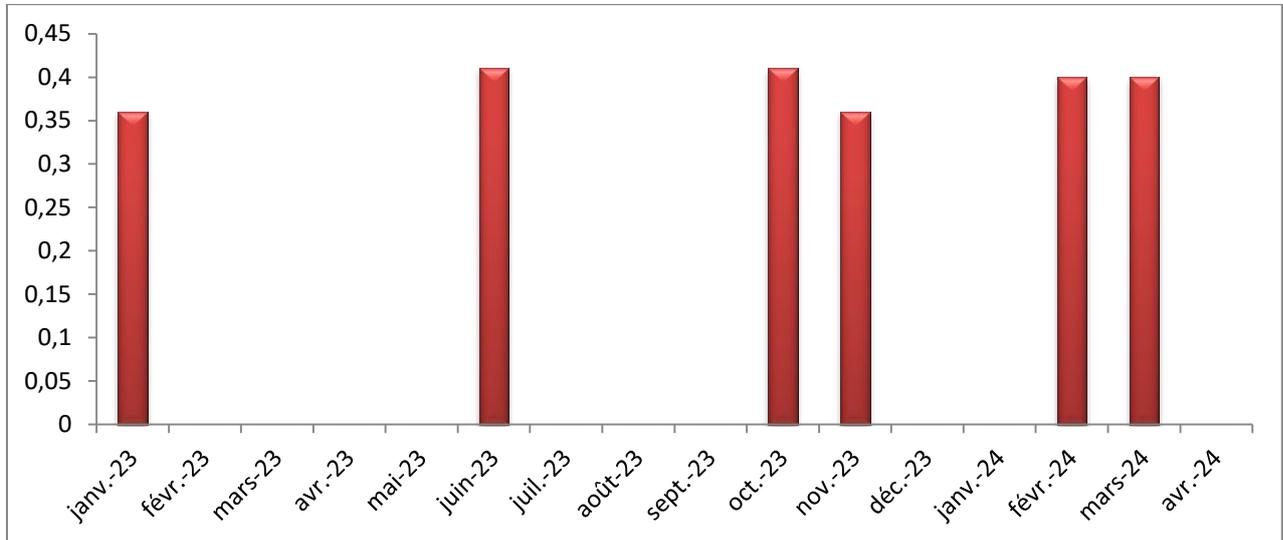
Tableau 13: Evolution taux de mortalité dans le service gynécologie (janvier 2023 – avril 2024).

Période	Taux de mortalité	Période	Taux de mortalité
Janv-23	0,36	Janv-24	0
Févr-23	0	Févr-24	0,40
Mars-23	0	Mars-24	0,40
Avr-23	0	Avr-24	0
Mai-23	0	/	/
Juin-23	0,41	/	/
Juil-23	0	/	/
Août-23	0	/	/
Sept-23	0	/	/
Oct-23	0,41	/	/
Nov-23	0,36	/	/
Déc-23	0	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Figure 13 : Evolution de taux de mortalité dans le service gynécologie (2023-2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 13.

A partir du tableau n° 13 et la figure n° 13 représentant l'évolution mensuelle du taux de mortalité dans le service de gynécologie durant la période janvier 2023 – avril 2024, nous observons que la proportion de décès mensuels varie entre 0 et 0,41%.

Les périodes janvier, juin, octobre, novembre 2023 et février, mars 2024 ont enregistré des valeurs de décès entre 0,36% et 0,41%. Ensuite, le reste de la période étudiée a atteint des valeurs de 0 décès.

Un taux de mortalité faible indique une meilleure qualité des soins et une bonne prise en charge des patientes dans le service de gynécologie grâce à sa disposition d'un personnel médical compétent.

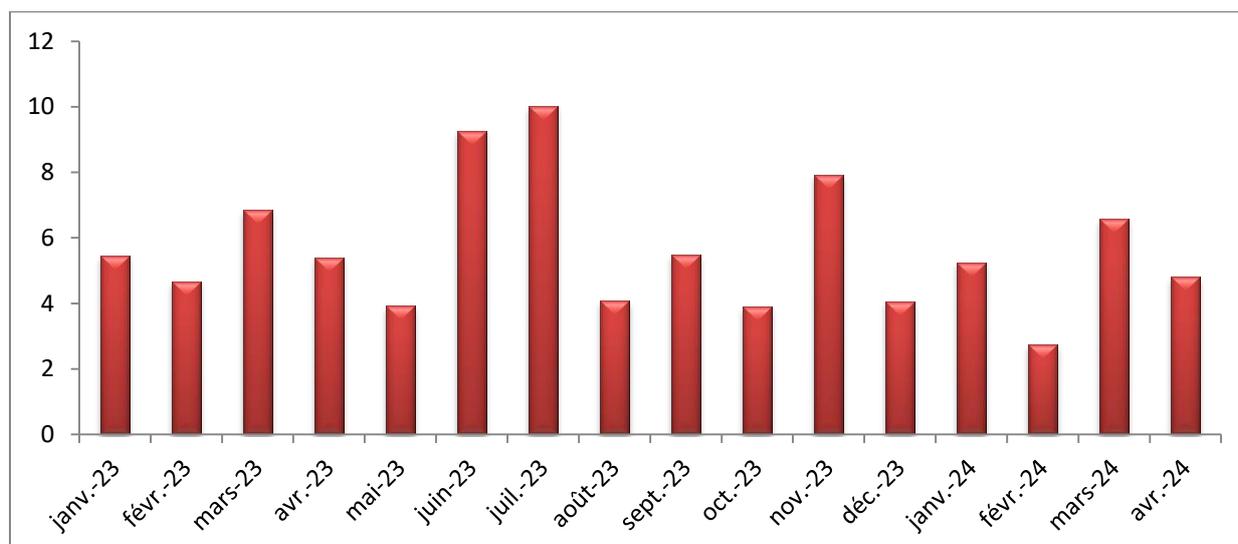
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Tableau 14 : Evolution du taux de réadmission dans le service gynécologie (janvier 2023 – avril 2024).

Période	Taux de réadmission	Période	Taux de réadmission
Janv-23	5,45	Janv-24	5,24
Févr-23	4,67	Févr-24	2,74
Mars-23	6,84	Mars-24	6,58
Avr-23	5,39	Avr-24	4,81
Mai-23	3,91	/	/
Juin-23	9,26	/	/
Juil-23	10	/	/
Août-23	4,08	/	/
Sept-23	5,47	/	/
Oct-23	3,88	/	/
Nov-23	7,92	/	/
Déc-23	4,05	/	/

Source : Réalisé par nos soins à partir des données du bureau des entrées de l'unité Targa Ouzemmour.

Figure 14 : Evolution de taux de réadmission dans le service gynécologie (janvier 2023-avril 2024).



Source : Réalisée par nos soins sur logiciel Excel, à partir des données du tableau n° 14.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Selon les données du tableau n°14 et la figure n°14 représentant l'évolution mensuelle du taux de réadmission dans le service de gynécologie durant la période janvier 2023 – avril 2024, nous remarquons des fluctuations significatives d'un mois à l'autre. Ces taux varient entre 2,74% et 10%.

Les mois de juin et juillet 2023 ont enregistré des valeurs très élevées de 9,26% et 10%, ainsi qu'un TOM faible de 45,82% et 57,26% respectivement. Cette augmentation du taux de réadmission ne s'explique pas donc par une demande élevée mais plutôt par la complexité des cas traités par ce service qui prend en charge des patientes présentant des pathologies complexes.

3 Description du parcours de soins des patientes au sein de l'unité Targa Ouzemmour

Arrivée et accueil de la patiente : la patiente arrive à la clinique et se dirige vers le bureau d'accueil et d'orientation pour déterminer la nature de sa visite. Elle reçoit un ticket pour attendre son tour, sauf en cas d'urgence et d'accident où elle est prise en charge immédiatement.

Consultation et évaluation de l'état de santé de la patiente au niveau du service des urgences

- **Salle d'urgence gynéco-obstétrique :** pour grossesses de plus de 7 mois ;
- **Salle de consultation :** pour des soins gynécologiques ou des interventions chirurgicales (fibromes,..), par rendez-vous ou lettre d'orientation ;
- **Salle d'urgence gynécologique :** pour d'autres types de consultations gynécologiques qui nécessitent une prise en charge en urgence (maladies infectieuses,..).

Après la consultation, le médecin traitant décide du traitement nécessaire par rapport au cas de la patiente, et en cas d'hospitalisation il donne son accord pour son admission.

Admission : elle se fait au bureau des admissions par la patiente ou un membre de sa famille pour l'enregistrement où une fiche navette est délivrée.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Il existe quatre (4) types d'admission au niveau de la maternité : admission normale, urgence, rendez-vous, transfert d'un autre établissement de santé.

Après l'admission, la patiente sera orientée vers le service approprié (service de maternité ou service de gynécologie).

Dans le cas d'une hospitalisation dans le service de maternité

- Si la patiente est sur le point d'accoucher elle sera transférée directement vers le bloc d'accouchement ;
- Dans le cas d'une hospitalisation pour un accouchement voie basse qui nécessite une observation ou dans le cas d'une césarienne non programmée, la patiente sera orientée vers l'unité de grossesse à haut risque (GHR). Après elle sera orienté soit vers le bloc d'accouchement, soit vers le bloc opératoire. Après l'accouchement, la patiente césarisée sera transférée dans une salle de réveil ;
- Dans le cas d'une césarienne programmée (par rendez-vous), la patiente sera orientée le jour de son accouchement vers le bloc opératoire, puis vers la salle de réveil.

Après l'accouchement, la patiente sera transférée à l'unité post-partum par un agent polyvalent (Par exemple : femme de ménage). Cependant, cette dernière ne dispose pas d'informations sur la disponibilité des lits. Par conséquent, la patiente est transportée en chaise roulante dans les couloirs, et les salles sont vérifiées une par une jusqu'à ce qu'un lit libre soit trouvé.

Dans le cas où l'unité post-partum est submergée, la patiente doit attendre dans le bloc d'accouchement ou dans la salle de réveil jusqu'à ce qu'un lit se libère, ou mettre 2 patientes par lit.

Dans le cas d'une hospitalisation dans le service de gynécologie

La patiente sera orientée soit :

- Vers une chambre d'hospitalisation dans le service de gynécologie où elle reçoit tous les soins nécessaires durant son séjour ;

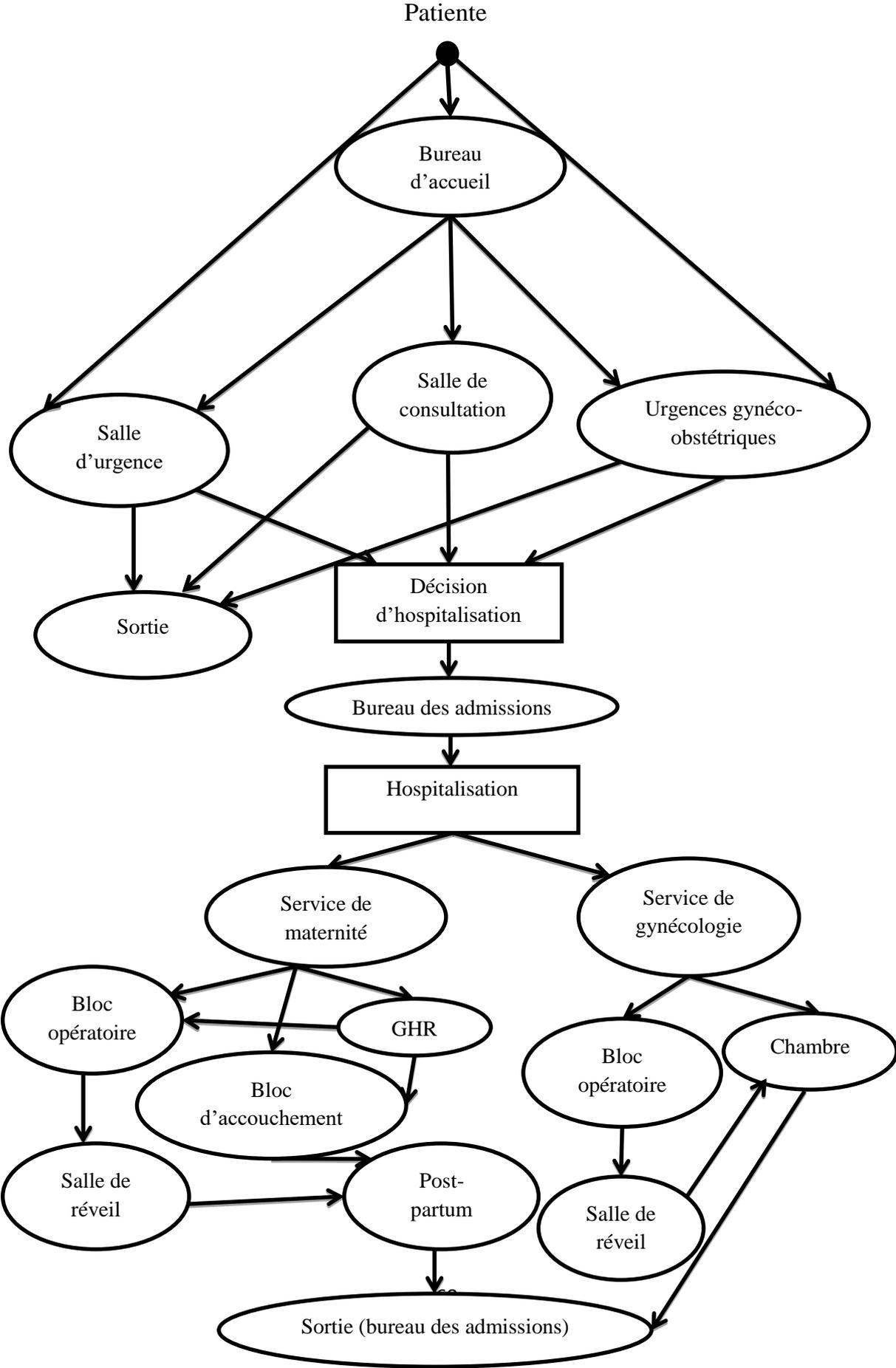
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

- Vers le bloc opératoire dans le service de gynécologie en cas d'urgence, puis dans la salle de réveil. Ensuite, elle sera transférée à une chambre d'hospitalisation.

Sortie : A la fin du séjour, la patiente ou un membre de famille doit passer au bureau des admissions afin de régler les frais d'hospitalisation et permettre de saisir la sortie, parfois, la sortie administrative est oubliée par la patiente ou membre de sa famille.

Il existe quatre (4) types de sortie dans la clinique de maternité : sortie normale, décès, contre-avis médical, évasion.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine



Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Figure 15 : Parcours de soins des patientes au niveau de l'unité Targa Ouzemmour

Source : Réalisé par nos soins.

4 Les contraintes liées à la gestion des lits au niveau de l'unité Targa Ouzemmour

4.1 Les contraintes ressources humaines

- Manque de moyens humains pour la couverture paramédicale à cause du départ massif à l'étranger, le recours au secteur privé et le manque de postes budgétaires ;
- Surcharge de travail à cause de la demande accrue : la clinique a une bonne réputation et dispose d'un personnel médical très compétent et une unité de grossesse à haut risque unique au niveau de la wilaya de Béjaïa. De plus, elle accueille des patientes des wilayas limitrophes comme Jijel ;
- Absence d'un personnel chargé de la gestion des lits : il n'existe pas un personnel spécifiquement responsable de la coordination et l'allocation des lits disponibles, cela peut entraîner des retards dans les soins et une mauvaise gestion de la ressource lit ;
- Absence d'un personnel spécialisé et le manque de formation adéquate des ouvriers professionnels en bio-nettoyage¹: le personnel de l'établissement chargé de l'hygiène des chambres d'hospitalisation ne disposent pas des connaissances et compétences nécessaires pour effectuer leur travail ;
- Manque de coordination entre les différents acteurs du même service pour assurer le bon fonctionnement et la circulation de l'information en temps réel ;
- L'inadéquation entre les profils de formation de certains personnels avec les compétences exigées ;
- Quelques employés du bureau des entrées n'ont pas des connaissances et des compétences nécessaires pour le fonctionnement de ce service.

¹ La bio-nettoyage est une méthode d'entretien des locaux qui consiste à nettoyer et désinfecter des surfaces, afin de maîtriser et limiter leur contamination.
(www.onet.fr/blog/quest-ce-le-bionettoyage)

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

4.2 Les contraintes techniques

- Manque de synchronisation entre les données réelles et celles enregistrées sur le logiciel, entraîne la nécessité de vérifier manuellement les données : cela signifie que les informations enregistrées sur le logiciel doivent aussi être enregistrées manuellement sur des registres ;
- Absence de logiciel de gestion des lits : la clinique ne dispose pas d'un système informatique spécifique pour gérer l'attribution et la disponibilité des lits afin de suivre en temps réel leur occupation ;
- La demande croissante dans le service de maternité dépasse leur capacité en terme d'espace, ce qui empêche l'ajout de nouveaux lits ;
- Utilisation inefficace des outils informatiques : le logiciel patient et le nouveau logiciel DEM (Dossier Electronique du Malade) ne sont pas exploités de la bonne manière ;
- Manque de communication et de partage d'informations entre les différents acteurs (toutes catégories confondues) ;
- Manque de visibilité globale sur la disponibilité des lits : il est difficile de savoir combien de lits sont disponibles, et ce qui peut entraîner une mauvaise gestion de cette ressource ;
- Retards dans les délais d'émission des résultats d'examens pour les patientes hospitalisées, ce qui entraîne des retards dans la sortie ;
- Manque total du matériel informatique dans l'unité post-partum, ce qui oblige les employés à enregistrer manuellement les données. cela entraîne une charge de travail et un manque d'information sur la disponibilité des lits ;
- Les lits ne sont pas dotés des équipements nécessaires comme le porte-sérum, etc.

4.3 Les contraintes liées à l'hygiène et à l'entretien

- Manque d'hygiène des chambres d'hospitalisation : les chambres ne sont pas nettoyées régulièrement et correctement ;
- La lingerie de la clinique manque de produits de désinfection appropriés pour le linge (ils se contentent d'utiliser de l'eau de javel et du savon seulement, en l'absence de désinfectants spécialisés) ;

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

- Le linge n'est pas remplacé immédiatement après la sortie de la patiente sauf s'il est dans un état insalubre, chose qui pousse la patiente à ramener de chez elle un linge propre ;
- Absence de protocole de nettoyage et de désinfection des lits et des chambres d'hospitalisation, ce qui peut entraîner un risque de propagation d'infections et de maladies entre les patientes et le personnel ;
- Manque de fournitures d'hygiène adéquates, comme des désinfectants pour les mains, des gants stériles et des masques faciaux ;
- La préparation du lit se fait dans certains cas par les membres de la famille des patientes.

4.4 Les contraintes administratives

- Certaines patientes ou membre de leur famille quittent l'établissement sans effectuer les procédures de sortie en raison de l'oubli ;
- Dans certains cas, au lieu de supprimer ou modifier la première admission enregistrée de manière incorrecte, le personnel enregistre une deuxième admission ;
- Lors de l'enregistrement de l'admission, le numéro de la chambre et le numéro du lit ne sont pas mentionnés dans la fiche navette à cause du manque d'informations sur la disponibilité des lits ;
- Retard dans la sortie des patients : cela est principalement dû à l'absence de prévisions de sortie. La sortie du patient est souvent une surprise. Il existe donc toujours un manque d'efficacité lié à la planification et à la prévisibilité de la sortie ;
- Dans certaines situations, lorsque les lits sont pleins, la patiente est admise à la clinique. Cependant, une fois arrivée au service d'hospitalisation, elle se retrouve sans place disponible. Donc, elle décide de quitter l'établissement en signant un contre-avis médical.

4.5 Les contraintes budgétaires

- Insuffisance des fonds disponibles pour le recrutement du personnel nécessaire : le manque de budget pour l'embauche du personnel (paramédical,

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

personnel d'entretien,..) entraîne des pénuries de moyens humains pour répondre à la demande de soins ;

- Les coûts des travaux de rénovation sont très élevés et ne sont pas disponibles immédiatement, ce qui retarde la rénovation des infrastructures ;
- Achat de tenues spéciales pour chaque catégorie de personnel, mais celles-ci ne sont pas utilisées conformément aux règles établies, alors qu'il existe un manque de produits de désinfection et de lavage du linge, ce qui entraîne un gaspillage des fonds ;
- La complexité des procédures de la gestion budgétaire : lors de l'acquisition des ressources, la clinique rencontre plusieurs difficultés en raison du budget restreint telles que la justification des besoins, l'analyse du marché et la complexité des procédures d'acquisition qui peuvent être longues ce qui retarde le processus d'acquisition des ressources en temps opportun ;
- Manque de moyens pour l'acquisition du matériel informatique, équipements, etc.

4.6 Autres contraintes

- Résistance du patient ou du membre de la famille à libérer le lit : par exemple, les patientes qui habitent loin, préfèrent de sortir le lendemain au lieu de sortir l'après-midi ;
- Le manque d'espace pour le placement du nombre suffisant de lits dans le service des urgences conduit à une longue file d'attente, principalement causée par l'appareil ERCF (Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal), qui prend entre 20 à 30 minutes pour chaque consultation.

5 L'analyse des entretiens menés auprès des responsables de l'unité Targa Ouzemmour

Pour mieux comprendre les problèmes et les contraintes liés à la gestion des lits, énumérés dans la section précédente, nous avons mené des entretiens directs (questions ouvertes) avec 06 responsables de l'unité Targa Ouzemmour.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Nos entretiens sont structurés autour de 11 questions portant sur 11 items, à savoir : les défis en matière de gestion des lits, la gestion de la surpopulation et outils de surveillance, retards des procédures d'admission et de sortie, utilisation des indicateurs pour la gestion des lits, etc.

Item 01 : les défis rencontrés en matière de gestion des lits

L'analyse des réponses en matière de défis rencontrés dans la gestion des lits fait ressortir une thématique commune à tous les interviewés, à savoir, **la saturation** notamment en période de forte activité et **le manque d'espace et de lits** ainsi que **le manque de personnel paramédical**.

À ce propos la coordinateur principal des activités paramédicales déclare « *l'unité GHR (Grossesse à Haut Risque) est saturée, car c'est la seule unité de ce type au niveau de la wilaya de Béjaïa* ».

« *L'unité GHR et post-partum sont archipleines, surtout pendant la saison estivale où l'activité atteint 2900 malades examinées aux urgences. Bien que cette clinique dispose de 64 lits, elle en accueille en réalité plus de 120 lits.* » Déclare aussi le chef de service des urgences. De même que la coordinatrice de l'unité GHR souligne « *Nous disposons de 25 lits dans l'unité GHR mais quand il y a une augmentation de l'activité, nous ajoutons des lits supplémentaires jusqu'à 32 pour éviter de devoir placer 2 patientes dans le même lit.* »

La saturation des unités du service de maternité pousse les responsables à installer plus d'une patiente par lit, comme le déclare le chef de service des urgences « *Nous rencontrons des problèmes de disponibilité des lits. Dans certaines situations, nous devons placer 2 patientes par lit, voire parfois 3...* ».

Cependant, comme nous l'avons mis en évidence dans la section 2 (analyse de TOM dans le service de maternité), tous les participants aux entretiens soulignent aussi une baisse relative de l'activité ayant conduit à atténuer le goulot d'étranglement au niveau de la disponibilité des lits, et cela est dû, selon eux, à l'ouverture des annexes au niveau de certaines de communes de la wilaya de Béjaïa. « *Nous n'avons pas de problèmes, surtout ces derniers temps, avec la baisse de l'activité due à l'installation des annexes dans chaque*

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

région de la wilaya de Béjaïa », « cette année nous avons connu des périodes d'accalmie par rapport aux années passées. » Déclarent, respectivement le coordinateur principal des activités paramédicales et la coordinatrice de l'unité GHR.

Cette situation avait même conduit certaines unités à diminuer le nombre de lits. *« Les jours précédents, nous n'avons rencontré aucun problème concernant la gestion des lits. D'ailleurs, nous avons réduit le nombre de lits dans cette unité post-partum à cause de la diminution de l'activité, la plupart du temps l'unité est vide. »* Souligne le chef de l'unité post-partum.

En plus des problèmes évoqués précédemment, le manque de personnel paramédical constitue un autre défi identifié par les responsables *« nous manquons d'infirmières dans l'unité GHR. »*, *« nous avons aussi quelques problèmes, surtout le manque d'effectifs du personnel paramédical, nous souffrons de cette insuffisance. »* Déclarent respectivement la coordinatrice de l'unité GHR et le coordinateur principal des activités paramédicales.

D'après les réponses des interrogatoires, la clinique de maternité fait face à la saturation des unités du service de maternité qui s'est traduit par le manque d'espace et de disponibilité des lits nécessitant parfois le placement de deux patiente par lit à cause de la demande accrue, ainsi qu'une pénurie de personnel paramédical qui aggrave encore la situation.

De plus, nous remarquons des contradictions dans les réponses des interviewés, principalement dues à une mauvaise coordination entre les différents responsables, ce qui se traduit par le manque d'information et de visibilité sur la gestion quotidienne des lits. En conséquence, il devient difficile d'identifier les défis liés à la gestion des lits d'hospitalisation.

Item 02 : la gestion de la surpopulation et les outils de surveillance

L'exploration des réponses relatives à la gestion de la surpopulation met en lumière une thématique commune à tous les interviewés, à savoir : **le partage de lits entre les patientes, l'ajout de nouveaux lits, le raccourcissement de la DMS, manque de personnel pour le fonctionnement du logiciel DEM, absence du matériel informatique.**

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

❖ La gestion de la surpopulation

Le coordinateur principal des activités paramédicales a souligné *« l'activité a diminué, mais il y a des périodes de surcharge quand même surtout ces derniers jours. Par exemple hier, nous avons eu un afflux, il n'y avait pas de lits disponibles dans le service de maternité, donc nous avons placé deux patientes par lit. »* De même, le chef de service des urgences a mentionné *« quand il faut admettre une patiente, nous n'avons pas le droit de refuser. Nous l'admettons. Si elle accepte de rester 2 par lit tant mieux, sinon elle signe un contre avis médical. »*

D'après les réponses des responsables, nous observons que durant les périodes de surpopulation, la clinique de maternité se contente soit de placer deux patientes par lit, soit l'ajout de nouveaux lits ou le raccourcissement du séjour des patientes comme le déclare le chef de l'unité post-partum *« quand il y a une demande élevée, soit nous ajoutons des lits supplémentaires dans les chambres, soit nous plaçons deux patientes par lit, soit nous autorisons des patientes qui ne présentent pas des complications à sortir. »*

Cependant, le service de gynécologie ne semble pas rencontrer de problèmes de surpopulation, comme le souligne la coordinatrice de service de gynécologie *« dans le service de gynécologie, nous ne rencontrons pas des problèmes de surpopulation. »*

❖ Les outils de surveillance de la surpopulation

D'après les réponses des interviewés, il apparaît que le logiciel DEM est l'outil de surveillance de la surpopulation utilisé dans la clinique de maternité *« quant aux outils de surveillance, nous avons mis en place le logiciel DEM, chaque service en possède un », « avec le logiciel DEM, nous pouvons surveiller le nombre de lits occupés pour gérer la surpopulation. »* Déclarent respectivement le coordinateur principal des activités paramédicales et la coordinatrice de l'unité GHR. De même, la coordinatrice du service de gynécologie le confirme *« en ce qui concerne les outils informatiques, nous avons installé le logiciel DEM. »* Cela montre une volonté d'intégrer des outils numériques pour la gestion de l'activité.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

A l'inverse, le chef de l'unité post-partum indique que « l'unité post-partum n'a même pas de matériel informatique. Nous enregistrons toutes les données sur des supports papiers. » Cette situation entraîne un problème de fiabilité des données et complique encore plus la gestion de la surpopulation.

Cependant, la coordinatrice de l'unité GHR souligne des problèmes opérationnels tels que le DEM « ne fonctionne pas correctement durant la nuit et les week-ends faute de personnel, ce qui fait que certains lits occupés ne sont pas déclarés, et les sorties des patientes ne sont pas toujours enregistrées laissant des lits occupés sur le système. Cela entraîne également un déséquilibre dans l'activité. » A ce propos, la coordinatrice du service de gynécologie rajoute que le logiciel « ne fonctionne pas 24/24h à cause du manque de personnel pour son bon fonctionnement. » Ces dysfonctionnements sont principalement dus à un manque d'un personnel dédié à l'utilisation de ce logiciel en dehors des horaires du bureau.

Ces réponses montrent que les unités du service de maternité (GHR et post-partum) ne prévoient pas de stratégies pour gérer la demande élevée, optant pour la solution la plus facile plutôt que d'adopter une approche stratégique qui résoudrait les goulots d'étranglement à leur source. De plus, malgré les fonctionnalités que comporte le logiciel DEM pour la surveillance de la surpopulation, il est inefficace en raison du manque de personnel spécialisé pour mettre à jour le système et le faire fonctionner en temps réel. Par ailleurs, l'absence du matériel informatique dans certaines unités de la clinique complique la surveillance de la surpopulation et entraîne une surcharge supplémentaire sur le personnel qui enregistre les données manuellement, ce qui peut rendre ces données peu fiables.

Item 03 : retard des procédures d'admission et de sortie

L'analyse des réponses des responsables a permis d'identifier les thématiques suivantes : **pannes d'électricité et d'imprimante, la file d'attente aux urgences, les retards d'émission des résultats et la résistance des patientes.**

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

❖ Retard des procédures d'admission

A cet égard, le chef de service des entrées affirme « *parmi les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission sont les pannes d'électricité et les pannes d'imprimante.* »

D'autres facteurs entraînent une file d'attente au niveau du service des urgences, comme l'indiquent respectivement la coordinatrice du service gynécologie et le chef de service des urgences « *les retards d'admission sont liés à la file d'attente parce que chaque consultation au niveau des urgences prend 20 min au minimum.* », « *la consultation avec l'appareil ERCF peut durer de 20 à 30 minutes ce qui entraîne parfois des retards dans les admissions.* »

❖ Retard des procédures de sortie

La section précédente qui mentionne les contraintes concernant les sorties au niveau de la clinique met en lumière la contrainte de retard d'émission des résultats, comme le confirme la coordinatrice du service de gynécologie « *les retards de sorties concerne les retards d'émissions des bilans.* » De même, le chef de service des entrées affirme « *le retard dans la délivrance des bilans.* »

De plus, le chef de l'unité post-partum souligne « *les facteurs qui retardent les sorties concernent dans certains cas la patiente qui refuse de sortir malgré l'autorisation du médecin traitant, soit parce qu'elle habite loin, soit parce que son nouveau-né est hospitalisé dans le service de néonatalogie et donc elle préfère prolonger son séjour.* »

D'après les interviewés, la clinique de maternité rencontre plusieurs contraintes en terme d'admission et de sortie. Les pannes d'électricité et d'imprimante, les files d'attente, la résistance de la patiente à la sortie, ainsi que les retards de délivrance d'examen sont des défis causés par la mauvaise gestion des ressources.

Les pannes d'électricité peuvent engendrer un problème de fonctionnement des équipements médicaux et informatiques, tandis que les pannes d'imprimante indiquent un manque de budget pour l'achat de nouveaux matériels comme il est déjà mentionné dans la section des contraintes budgétaires, ces deux contraintes entraînent un retard d'admission et donc un retard dans le traitement de la patiente.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

De plus, les longues files d'attente sont le résultat d'un manque de lits dans le service des urgences.

La résistance de la patiente à la sortie et les retards de délivrance des résultats constituent d'autres défis pour la clinique de maternité. Ces problèmes entraînent un séjour inutile suivi d'une occupation inutile de lits qui engendre un problème de surcharge.

Item 04 : utilisation des indicateurs pour la gestion des lits

L'analyse des réponses en matière d'utilisation des indicateurs met en lumière une thématique commune à savoir : **l'obligation du calcul des indicateurs et le manque de suivi** de ces derniers.

Les réponses montrent que certains interviewés s'accordent sur le rôle d'utilisation des indicateurs pour l'évaluation de l'activité, tandis que d'autres manquent d'informations sur ce sujet. Le coordinateur principal des activités paramédicales déclare « *nous devons calculer ces indicateurs afin de les transmettre au CHU.* » De plus, le chef de service des entrées le rôle essentiel de ces indicateurs est juste « *pour évaluer l'activité en les envoyant au CHU* ». De plus le chef de service de gynécologie affirme « *les données sont calculées afin de les envoyer au CHU dans le but de l'évaluation de l'activité pour chaque service.* »

A l'inverse, les chefs de service des urgences et l'unité post-partum, ainsi que la coordinatrice de l'unité GHR, s'accordent sur la même réponse « *Je n'ai pas d'informations sur ce sujet.* »

D'après les réponses des responsables de cette structure les informations sur les indicateurs sont juste calculés afin de les envoyer au CHU. Ces déclarations confirment donc l'obligation du calcul des indicateurs sans prendre en compte de l'importance de ces derniers dans l'évaluation et le suivi de l'activité pour atténuer les goulots d'étranglement qui entravent la prise des décisions dans le but d'améliorer la gestion des lits et la qualité des soins.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

Item 05 : Mesures d'optimisation de la gestion des lits

L'analyse des réponses fait ressortir une thématique commune à tous les répondants, à savoir, **l'intention de rénovation de la clinique Targa Ouzemmour, absence de coordination externe, contraintes budgétaires.**

❖ Projet de rénovation de l'infrastructure

La majorité des interviewés ont confirmé la rénovation de l'unité GHR, comme le déclarent respectivement, le coordinateur principal des activités paramédicales, le chef de service des entrées, la coordinatrice de l'unité GHR et le chef de service des urgences *« nous avons rénové l'unité GHR. »*

« Nous allons rénover le service des urgences et l'unité post-partum. », « nous allons également rénover le bloc d'accouchement, le service post-partum et le service des urgences », « Nous allons rénover l'unité post-partum » Déclarent respectivement le coordinateur principal des activités paramédicales, le chef de service des urgences et la coordinatrice de l'unité post-partum.

Cela explique la volonté de mettre en œuvre des mesures pour rénover l'infrastructure afin de gérer au mieux la demande élevée. Ce qui permet également la diminution de la surcharge et le bon fonctionnement des services comme le confirme respectivement le chef de service des entrées et la coordinatrice du service de gynécologie après avoir créé une autre structure pour le service de gynécologie *« nous avons ouvert une nouvelle structure pour le service de gynécologie, ce qui a permis de diminuer un peu la surcharge parce qu'avant, les patientes étaient 2 voire 4 par lit », « nous avons séparé le service de gynécologie du service maternité en créant cette structure, ce qui nous a permis un bon fonctionnement du service de gynécologie. »*

La mise en œuvre de telles mesures permettra à la clinique d'améliorer son efficacité opérationnelle en utilisant ses ressources (personnel, capacité litière,..) d'une manière efficace, ce qui lui permettra une prise en charge rapide des patientes et la réduction des files d'attente dans le service des urgences.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Cependant, les projets de rénovation nécessitent des ressources budgétaires importantes, ce qui retarde leur réalisation comme l'indique le coordinateur principal des activités paramédicales « *maintenant, nous attendons qu'un budget soit dégagé pour rénover.* »

❖ Coordination avec des établissements de santé

Tous les responsables ont répondu par « *non, nous n'avons pas de coordinations avec d'autres établissements de santé* », cette déclaration s'explique par le fait que la clinique de maternité est une unité de CHU comme le souligne le chef de service des urgences « *nous sommes une unité du CHU, donc il est strictement interdit de transférer des patientes vers d'autres structures.* »

D'après les réponses des responsables, nous observons qu'il y a une intention de rénovation de la structure afin de répondre aux besoins de la population et diminuer la surcharge. Cependant, les contraintes en termes de coordinations inter-établissements soulignent un défi supplémentaire en matière de gestion des flux de patientes et de surcharge.

Item 06 : la rénovation de l'unité et la coordination avec les établissements de santé du point de vue des responsables

❖ Besoin de rénovation de la structure

L'exploration des réponses des personnes interrogées met en lumière une thématique commune qui est : **le besoin de rénovation de la structure, et l'absence de coordinations externes.**

A cet égard, le coordinateur principal des activités paramédicales déclare « *en ce qui concerne la rénovation de la structure, je trouve que c'est une bonne initiative. Cela permettra d'avoir une infrastructure adéquate et à la hauteur des attentes des patients.* »

De même, le chef de l'unité post-partum souligne « *nous n'avons pas besoin d'une coordination, nous avons besoin de rénovation pour avoir de l'espace.* »

Ces déclarations indiquent un besoin urgent de rénovation de la structure de la clinique afin de créer plus d'espace, car les responsables ont exprimé que l'espace actuel est insuffisant comme le souligne le chef de service des entrées « *en ce qui concerne la*

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

rénovation, je pense qu'elle est réalisable parce que nous ne sommes pas limités par le nombre de lits, mais plutôt par l'espace. »

La rénovation de la structure permet de mieux gérer les flux de patients comme le confirme la coordinatrice du service de gynécologie « *nous n'avons pas besoins de rénovation puisque cette nouvelle structure répond toujours aux besoins des patientes. »*

❖ Coordination avec d'autres établissements de santé

D'après les réponses des responsables, nous remarquons une absence totale de coordination de la clinique de maternité avec d'autres établissements de santé malgré la surcharge qu'elle subit, comme le confirme le chef de service des entrées « *en tant qu'unité de CHU, il est strictement interdit de transférer des patientes vers d'autres structures. »*

Cette situation s'explique par le fait que la clinique est la plus dotée de ressources comme le déclare respectivement le coordinateur principal des activités paramédicales et le chef de service des urgences « *en tant qu'unité de CHU, nous ne pouvons pas avoir des coordinations avec d'autres établissements de santé parce que nous sommes les plus dotés de moyens humains et matériels »*, « *étant le seul CHU au niveau de la wilaya de Béjaïa, nous ne pouvons pas transférer des malades vers d'autres établissements parce que nous sommes les plus dotés du matériel, de moyens, etc. »*

Cependant, le chef de service des urgences suggère « *nous pouvons placer des gynécologues dans d'autres établissements pour qu'ils prennent en charge leur population. »* la mise en œuvre de cette coordination permettra de répartir les médecins gynécologues dans d'autres établissements de santé, ce qui permettra ainsi de diminuer la surcharge sur la clinique de maternité.

Le manque de coordination explique que la clinique en tant qu'unité de CHU est la mieux équipée en ressources. Une solution proposée est de placer des gynécologues dans d'autres établissements pour prendre en charge leur population afin de réduire la surcharge dans la clinique.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Item 07: Les conventions avec d'autres établissements de santé

L'analyse des réponses fait ressortir une thématique commune à tous les interviewés à savoir : **l'absence de conventions avec d'autres établissements de santé.**

A cet égard, tous les responsables ont répondu par « *non, nous n'avons pas des conventions.* »

Même si la clinique de maternité n'a pas de conventions avec d'autres établissements de santé, mais les conventions des organismes d'assurance avec les cliniques privées ont aidé cette structure à diminuer la surcharge, parce que les patientes affiliées ont le choix d'accoucher soit dans les établissements privés soit dans les établissements publics y compris la clinique de maternité comme le confirme le chef de services des entrées « *ce sont les cliniques privées qui ont des conventions avec la CNAS et la CASNOS pour prendre en charge les accouchements. Cela a permis de diminuer un peu la surcharge dans cette structure.* »

De même, la coordinatrice de l'unité GHR confirme « *ce sont les cliniques privées comme Le Rameau d'Olivier qui ont des conventions. Donc, il y a des patientes qui choisissent d'accoucher au privé, c'est leur choix personnel parce qu'elles bénéficient de conventions avec la CNAS et la CASNOS. Cela a permis de diminuer un peu la surcharge.* »

Item 08: priorisation de l'allocation des lits en fonction des besoins

La thématique mise en évidence dans les réponses est : **l'allocation des lits en fonction de la priorité et de la gravité de chaque cas.**

Plusieurs responsables ont souligné que la gravité de chaque cas est un critère déterminant dans l'allocation des lits, le coordinateur principal des activités paramédicales mentionne que les lits sont attribués « *en fonction de la gravité de chaque cas* »

Le chef de service des urgences précise également « *la distribution des lits se fait en tenant compte de la priorité et surtout la gravité de chaque cas* ».

Ainsi, d'autres voient que l'allocation des lits se fait par rapport aux besoins spécifiques de chaque patiente, la coordinatrice de l'unité GHR indique « *nous sélectionnons les patientes*

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

en fonction de leurs besoins. Par exemple nous avons placé les patientes en état compliqué près de notre bureau. En cas de complication, nous réagissons immédiatement »

Deux réponses mentionnent des critères différents mais complémentaires, la coordinatrice du service gynécologie mentionne que l'allocation des lits se fait « *selon l'ordre de priorité* ». Ainsi que « *dans l'unité post-partum, l'admission se fait en fonction de l'ordre (ordre d'accouchement)* ».

De plus une réponse montre le manque de connaissances sur l'allocation des lits au niveau du service des entrées comme le déclare son responsable « *je n'ai pas d'information sur ce sujet* ».

En résumé, la priorisation de l'allocation des lits en fonction des besoins est importante pour offrir des soins de qualité et assurer une prise en charge rapide au niveau des urgences. Les interviewés estiment que l'allocation des lits repose sur la gravité, la priorité, et les besoins spécifiques de chaque cas. Cependant, la clinique a un problème de manque de communication entre le personnel administratif et médical qui peut entraîner des retards dans la prise en charge de leur patientes.

Item 09 : la gestion des lits du point de vue des responsables

L'analyse des réponses en matière de gestion des lits du point de vue des responsables fait ressortir une thématique commune à tous les interviewés, à savoir, **une capacité d'accueil insuffisante, surcharge du service des urgences et le manque de planification des ressources.**

A ce propos, le chef de service des entrées déclare « *Le nombre de lits disponibles ne répond pas au nombre de malades admis, il est insuffisant.* »

« *Il est inconfortable de voir 4 patientes dans une chambre, c'est trop. Ces chambres sont conçues pour accueillir 3 patientes seulement.* » Annonce également la coordinatrice de l'unité GHR.

Ces défis engendrent une inadéquation entre la capacité d'accueil et la demande des patientes, entraînant ainsi une surcharge de service des urgences comme le souligne le chef de

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

service des entrées «*Plusieurs patientes qui sont admises restent dans la salle d'observation des urgences au lieu d'être hospitalisé dans un service par manque de place.* »

Le chef de l'unité post-partum ajoute un autre niveau de détail en déclarant : « *Même si nous avons actuellement 2 patientes par lit, mais ça ne nécessite pas de rajouter des lits supplémentaires sauf si l'activité augmente vraiment.* » Cette déclaration indique une gestion de la surpopulation par le partage des lits, causée par le manque de planification des ressources pour répondre à la demande.

Cependant, d'autres responsables expriment une opinion positive « *Les services de maternité et gynécologie fonctionnent très bien* », « *Notre service gère ces lits de la bonne manière* » comme le mentionne respectivement, le coordinateur principal des activités paramédicales et la coordinatrice du service de gynécologie. Ces déclarations reflètent une satisfaction du point de vue de ces responsables qui considèrent la gestion des lits comme adéquate.

L'évaluation de la gestion des lits dans la clinique de maternité met en évidence des préoccupations partagées entre certains responsables, notamment l'insuffisance de la capacité d'accueil, la surcharge du service des urgences et le manque de planification des ressources. Tandis que d'autres expriment une satisfaction de la gestion actuelle des lits dans leur établissement. Cette divergence dans les avis indique des lacunes de communication et des différences dans l'interprétation des défis de la situation réelle, ce qui complique la résolution des problèmes existants.

Item 10 : Protocoles d'amélioration de la gestion des lits

L'analyse des réponses en matière de protocole d'amélioration de la gestion des lits mis en évidence **l'absence de suggestions d'amélioration.**

A ce propos, le chef de service des urgences déclare « *nous avons un protocole pour programmer les césariennes à 39 semaines, sauf en cas de complication. Sinon dans le cas normal, si la patiente arrive le jour même de la césarienne programmée, elle sera prise en charge et opérée le même jour.* » Cependant, le reste des responsables ont répondu par « *Non, nous n'avons pas* » cela indique l'absence de suggestions d'amélioration de gestion des lits.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

A l'exception d'un protocole déjà en place pour les césariennes programmées, l'évaluation des réponses des responsables sur la mise en place de protocoles d'amélioration de la gestion des lits confirme une absence notable de suggestions. Cette absence indique un manque de formation et de connaissances sur le domaine de la gestion des lits et la méconnaissance des enjeux de cette thématique qui a conduit à une ignorance en pensant que la situation actuelle est acceptable.

Item 11 : Les contraintes budgétaires rencontrées en terme d'acquisition des équipements

Les réponses analysées indiquent une thématique commune à tous les responsables qui est **la contrainte d'espace plutôt que de budget, absence de contraintes liées à l'achat des lits, complexité des procédures budgétaires.**

A cet égard, plusieurs responsables ont mentionné le problème d'espace dans leurs unités.

Le chef de service des urgences déclare « *en réalité nous disposons des lits supplémentaires, mais nous sommes confrontés à un problème d'espace* ».

De même, la coordinatrice de l'unité GHR a mentionnée « *non, nous sommes plutôt confrontés à une limitation d'espace.* »

Par ailleurs, certains interviewés confirment que la clinique n'a pas de problèmes concernant l'acquisition des lits, telle que la déclaration du chef de service des urgences « *nous ne rencontrons pas des difficultés budgétaires en ce qui concerne l'achat des lits* ».

De même, la coordinatrice de service gynécologie a mentionné « *nous n'avons pas de problèmes concernant l'acquisition des lits. Ils sont toujours disponibles* ».

De plus, le chef de l'unité post-partum confirme « *non, dès que nous demandons, nous recevons tous ce dont nous avons besoin* ».

Cependant, suite à notre mise en lumière de la complexité des procédures budgétaires dans la partie qui mentionne les contraintes budgétaire la coordinatrice de service gynécologie confirme que « *oui, c'est très difficile d'avoir quelque chose comme le matériel informatique. Il faut toujours justifier* ».

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacreddine

En analysant les réponses des responsables, nous constatons que la clinique de maternité est confrontée à un problème de complexité des procédures budgétaires. Cela se traduit donc par l'absence de projets de rénovation de la structure pour résoudre le problème de manque d'espace.

6 Discussion des principaux résultats de l'étude

La gestion des lits est une composante essentielle de tout établissement de santé, car elle influence directement la capacité à fournir des soins de qualité et répondre aux exigences des patients. Sa complexité réside dans plusieurs défis qui entravent son efficacité y compris, la demande croissante des soins, la gestion des flux de patients, etc.

Suite à notre étude au niveau de l'unité Targa Ouzemmour du CHU de Béjaia, et en se basant sur les résultats obtenus par l'observation directe, l'analyse des indicateurs de productivité et de qualité ainsi que les entretiens menés auprès des responsables de l'établissement, nous sommes arrivés à déterminer ce qui suit :

La saturation du service de maternité en raison de la surpopulation et le manque d'espace pour l'ajout de nouveaux lits constitue un véritable problème pour la clinique. Le taux d'occupation moyen des lits dans le service de maternité montre une sur-utilisation des lits variant entre 88,25% et 250,87% dans la plupart du temps, ce qui entraîne une pression excessive et le placement de 2 à 3 patientes par lit. Cette situation peut engendrer plusieurs problèmes liés à la qualité et à la sécurité des soins pour les patientes y compris la propagation des infections nosocomiales ainsi qu'une mauvaise gestion des flux de patients. De plus, les variations saisonnières, en particulier durant la période estivale aggrave encore la situation.

A l'inverse, le service de gynécologie ne rencontre pas ces problèmes parce qu'il s'agit d'un service récemment rénové, avec une faible demande et un taux d'occupation généralement faible qui diminue jusqu'à 18,64%. Ce qui indique une sous-utilisation de ce service et une capacité excédentaire de la ressource lit.

La sur-utilisation du service de maternité et la sous-utilisation du service de gynécologie avec un taux de rotation élevé dans les deux services fait référence à une mauvaise gestion des ressources hospitalières et une inefficacité dans la gestion des flux de patientes. Cette

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

situation est causée par l'absence totale de suivi des indicateurs de productivité par les responsables de cette unité. Ces derniers sont réalisés uniquement par obligation, ce qui se traduit par une gestion désordonnée des lits et des décisions prises de manières désorganisée.

La pénurie de personnel paramédical dans les deux services constitue un autre défi identifié par les responsables durant les entretiens. Rajoutant à ça, l'établissement ne prend pas en compte l'équivalent temps plein, une pratique complètement négligée par la clinique. Ce qui rend difficile la planification des ressources humaines nécessaires pour le bon fonctionnement de ces services.

La mortalité hospitalière a diminué régulièrement par la prise en charge des patientes dans les services étudiés. Le service de gynécologie maintient généralement un taux de mortalité de 0%, tandis que le service de maternité connaît des fluctuations entre 0% et 0,55%. Cela indique que la qualité des soins dans ces deux services reste globalement bonne, surtout en gynécologie même dans les conditions difficiles.

En ce qui concerne les problèmes techniques, l'unité Targa Ouzemmour fait face à plusieurs contraintes de nature technique qui entravent son efficacité en matière de gestion des lits. De plus, les retards dans les procédures d'admission et de sortie sont également un défi majeur. Ces effets indésirables sont essentiellement liés à plusieurs facteurs tels que la longue file d'attente au niveau du service des urgences, les délais d'émission des résultats et la résistance des patientes à la sortie à cause du manque de prévision sur la date et l'heure de sortie, ainsi que l'utilisation inefficace du logiciel DEM et le manque de fiabilité des données qui est dû principalement aux erreurs faites lors de leur enregistrement sur le logiciel, y compris l'enregistrement des indicateurs de productivité et de qualité.

Par ailleurs, la coordination externe avec d'autres établissements de santé est totalement absente, justifiée par le fait que la clinique Targa Ouzemmour est une unité du CHU.

Enfin, le besoin de rénovation de l'infrastructure constitue un autre challenge pour l'unité Targa Ouzemmour. La mise en œuvre de tels projets nécessite des investissements coûteux. Cependant, le problème principal réside dans la complexité des procédures budgétaires qui retardent la mise en œuvre de tels projets.

Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine

Conclusion

A travers cette étude approfondie sur le processus de la gestion des lits au sein de l'unité Targa Ouzemmour du CHU de Béjaia, et après l'analyse des données, nous avons constaté que le service de maternité et le service de gynécologie font face à plusieurs contraintes.

Les données recueillies révèlent une gestion des lits sous pression et des dysfonctionnements à plusieurs niveaux, avec une sur-utilisation du service de maternité et une sous-utilisation du service de gynécologie. De plus, les deux services rencontrent des contraintes de plusieurs natures, notamment de nature ressource humaine (manque de personnel paramédical et d'entretien,..), de nature technique (manque de fiabilité des données, utilisation inefficace des logiciels,..), de nature d'hygiène (absence de protocoles de nettoyage des lits,..), etc.

Enfin, les entretiens soulignent une nécessité de réformes structurelles pour améliorer le fonctionnement du service de maternité et la qualité des soins prodigués aux patientes. Ainsi que la mise en œuvre des stratégies de coordinations avec d'autres établissements de santé afin de diminuer la surcharge.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans le cadre de cette recherche, l'objectif principal était d'identifier et d'analyser les contraintes et les défis rencontrés en matière de gestion des lits au sein de l'unité Targa Ouzemmour tout en proposant des solutions d'amélioration. Pour cela, nous avons adopté une démarche quantitative et qualitative pour étudier la thématique en profondeur.

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé plusieurs outils d'investigation : l'analyse des données, l'observation directe et les entretiens.

Les résultats obtenus lors de la recherche sur le terrain révèlent que la première hypothèse est partiellement confirmée. L'unité Targa Ouzemmour de la wilaya de Béjaia est confrontée à des défis liés aux contraintes techniques comme le manque de fiabilité des données et l'utilisation inefficace des logiciels, ainsi qu'aux variations saisonnières notamment en période estivale et des retards dans les procédures d'admission et de sortie y compris les longues files d'attente au niveau du services des urgences et le manque de prévision sur la date et l'heure de sortie. En ce qui concerne le problème de surpopulation, il est vérifié au niveau du service de maternité qui fait face à des problèmes de saturation et de manque d'espace avec un taux d'occupation toujours élevé dépassant la norme recommandée (70-80%). A l'inverse, le service de gynécologie ne montre pas les mêmes problèmes de surpopulation et fonctionne avec un taux d'occupation beaucoup plus faible qui a diminué jusqu'à 18,64% en avril 2024.

La deuxième hypothèse est infirmée, car l'unité Targa Ouzemmour n'est pas dotée d'un personnel chargé de la gestion des lits et manque de suivi et d'utilisation des indicateurs de productivité. Les données collectées et les entretiens menés auprès des responsables montrent une absence d'intention à ce sujet. La sur-utilisation du service de maternité et la sous-utilisation du service de gynécologie indiquent une distribution non équitable des lits entre les deux services, montrant ainsi des relations non vérifiées entre la durée moyenne de séjour et le taux de rotation des lits. Par exemple lorsque la DMS augmente le TR tend également à augmenter.

Les résultats de notre étude confirment la troisième hypothèse partiellement. En effet, la mise en place des mesures telles que la coordination entre les établissements de santé de la même région, ainsi que la rénovation des infrastructures pourrait contribuer à améliorer

Conclusion générale

L'efficacité de la gestion des lits dans le service de maternité. Le besoin de rénovation était exprimé par les responsables durant les entretiens à cause du manque d'espace dans ce service.

De même, la coordination avec d'autres établissements de santé pourrait également améliorer la situation en gérant au mieux les lits et en permettant le transfert des patientes vers d'autres structures si nécessaire, pour libérer des lits pour de nouvelles patientes, ce qui pourrait réduire un peu la surcharge de ce service. Par contre, le service de gynécologie étant récemment rénové et ne rencontre pas des problèmes de surpopulation, la mise en œuvre de telles mesures ne va rien apporter parce que les ressources (lits) de ce service sont gérées d'une manière inefficace.

Afin de remédier aux contraintes identifiées durant notre présente étude, et pour améliorer la gestion des lits dans le service de maternité et gynécologie de l'unité Targa Ouzemmour, nous avons suggéré ce qui suit :

- Fiabiliser l'enregistrement des données et le partage d'informations en temps réel ;
- Mettre en place des programmes de formation continue pour tous les niveaux de personnel pour une bonne maîtrise du logiciel DEM ;
- Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée ;
- Investir dans un logiciel spécifique à la gestion des lits, permettant de suivre en temps réel l'occupation et la disponibilité des lits ;
- Intégrer des discussions sur ce sujet dans les réunions d'équipe régulières et encourager les échanges sur les défis et les solutions possibles ;
- Prévenir au plutôt la famille ou la patiente de la date et l'heure de la sortie ;
- Mettre en place un salon de sortie ;
- Définir et suivre les indicateurs de productivité et de qualité ;
- Créer une cellule de gestion des lits ;
- Maintenir la ressource humaine y compris le personnel paramédical en mettant en place des politiques de motivation, de rémunération, etc.

Conclusion générale

Les limites de l'étude

Notre recherche a eu des obstacles et des limites comme :

- Le temps consacré à notre étude était limité ;
- Difficulté dans la collecte des données en raison de leur absence comme l'indicateur équivalent temps plein ;
- Des problèmes dans la fiabilité des données recueillies, ce qui nous a amené à recalculer certains indicateurs ;
- Méconnaissance du sujet de la gestion des lits auprès de certains responsables, ce qui a nécessité de fournir des clarifications pour les questions durant les entretiens.

Cependant, dans notre recherche nous n'avons pas utilisé toutes les étapes de la théorie des contraintes. Pour cela, il est nécessaire de souligner que l'étude que nous avons effectuée n'est qu'un traitement annoncé du sujet. D'autres études plus approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, telles que :

- L'utilisation des programmes linéaires et des modèles de simulation afin de mieux comprendre et améliorer le processus de la gestion des lits ;
- Utilisation de la théorie des files d'attente pour surmonter les goulots d'étranglement liés à la gestion des lits notamment dans le service des urgences ;
- Essai d'analyse de l'impact de la gestion des lits hospitaliers sur la qualité des soins en examinant les indicateurs de qualité.

Bibliographie

Bibliographie

- (HAS), H. a. (2013, Juin). Fiche parcours réhospitalisation évitables.
- ALAMI, & al. (2013). Gestion prévisionnelle des entrées et sorties : une nouvelle approche de la gestion des lits ». In Gestions Hospitalières. (526).
- ANAP. (2015, mars). gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 1 : cadrage, diagnostic et plan d'actions.
- Barka. (2006/2007). Modélisation et simulation d'un système hospitalier, cas du service pharmacie du CHU d'Oran, mémoire de fin d'études.
- Bartlett, & al. (2023). "Optimizing inpatient bed management in a rural community-based hospital: a quality improvement initiative." BMC Health Services Research,.
- Baru, & al. (2015). « Systematic Review of Operations Research and Simulation Methods for Bed Management ». p. 298-306.
- Bastero, & Martinez. (2009). « La Optimizacion De Los Circuitos Hospitarios En La Gestion De Camas.
- Bernard, & al. (2019). « Bed Manager : Mission, profil et activité ». p. 11.
- Bonatsos. (2019). Application de la Théorie des contraintes (TOC) dans le secteur des soins de santé privé à Chypre. Thèse de doctorat, Université de Strasbourg, Ecole Doctorale Augustin Cournot, HuManiS.
- Boumenir, & Chabouni. (2022/2023). Etude de l'activité hospitalière de la wilaya de Béjaïa à travers les indicateurs de productivité des établissements publics de santé.
- Bourmicht. (2019). Indicateurs nationaux, commission d'évaluation FHL-CNS.
- Brennan. (2010). The McGraw-Hill 36-hour course: Operations management, McGraw Hill Professional.
- CAILAVET, & Bachellez. (2010). Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. p. 5.
- Camacho, & Guerreiro. (2003). Teoria des Restrições aplicada na prestação de serviços-0 caso de uma entidade hospitalar.
- CAVELAN, G. (2011). « La simulation des flux en milieu hospitalier ».

- Chardonnet, & Dominique. (2014). PDCA et performance durable : 60 fiches pratiques de mise en œuvre. 2e éd. Revue et Augmentée, Eyrolles.
- Dierdonck, R. e. (1995). Hospital Resource Planning : concepts, feasibility and framework.
- Gautheret, J. (2013, Décembre). "D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours : L'optimisation de la gestion de la ressource lit au CHU de Nîmes.". Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Gossart, & al. (2012). « Problématique de la gestion des lits d'hospitalisation : état des lieux en Belgique et comparaison avec la France ».
- Guerreiro. (1999). A meta da empresa: seu alcance sem mistérios.atlas.
- Hiki, E. (2008). Proposition et validation d'un modèle d'amélioration continue pour les processus hospitaliers . p. 54.
- Jaeck, P. (2014). Pratiques Managériales et « Theory Of Constraints » : Le cas d'une Entreprise de Taille Intermédiaire (ETI) Française dans le secteur des services . Thèse de doctorat, Université de Strasbourg, Ecole Doctorale Augustin Cournot, HuManiS.
- Kassie. (2023). Developing a patient flow visualization and prediction model using aggregated data for a healthcare network cluster in Southwest Ethiopia ». PLOS Digital Health.
- kebbas.S (2013). « Contribution à la correction et l'amélioration de la qualité de service dans une entreprise publique, en utilisant les réseaux de files d'attente » mémoire de magister.
- Magali, R. (2009). « Management des lits et durée moyenne de séjour : Exemple de recherche d'optimisation au centre Hospitalier d'Avignon ». Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. p. 7.
- Matos, D. C. (2019). « Proposta de um modelo de gestão de camas para melhoria da eficiencia de um departamento de ciruriga num hospital central ».
- Mazier. (2009). "Problématique d'affectation et d'admissions des patients dans les hôpitaux". p. 38.
- MEAH. (2008). La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : Bonnes pratiques organisationnelle et retours d'expériences. p. 37.
- Medina & al. (2017). « Productivity indicators in public hospitals »“Visión de Futuro” Año 14, Volumen N° 21, N° 2. p. 73-74.

- Melbouci. (2015). La Gestion De La Ressource Humaine Hospitalière : Entre Contraintes et Impératifs de Modernisation, cas du CHU de Tizi Ouzou. p. 135.
- Moukhafi, S. (2019). Management de la qualité : Fondements théoriques. Revue Marocaine de Gestion et d'Economie.
- Moukhafi, S. (2022, Février). Qualité des soins : Principes et méthodes de base. Revue d'Economie, Gestion et Société.
- Rakotondranaivo, A. Sophie, P. (2022). Gestion informatisée des lits : Etat des lieux et analyse a priori des impacts multicritères. 10ème conférence Francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, Oct 2020, Valenciennes, France.
- Sahar, M. (2019). Management de la qualité : Fondements théoriques. Revue Marocaine de Gestion et d'Economie.
- Sangey, & al. (2022). « Quality improvement initiative to address bed shortage in the maternity ward at the National Referral Hospital “ Health Science Reports.
- Scribbr.fr . (s.d.).
- Shen, & al. (2022). Regionalized Management of Medicine. Springer Nature.
- Souza, & al. (2016). Hospital bed management : An analysis from the perspective of the theory of constraints.
- Tabish, & syed. (2015, Janvier). Securing the Future : A Systems Approach to Continuous Improvement in Health Care by Applying the Theory of contraintes. International Journal of science and Research (IJSR).
- Van Dierdonck R, R. A. (1995). Hospital Resource Planning : Concepts, feasibility and framework.
- www.onet.fr/blog/quest-ce-le-bionettoyage. (s.d.).
- Yahiaoui. (2010/2011). La gestion des lits hospitaliers : Cas du CHU Khellil Amrane de Béjaia.
- Yeghni. (2021). "Le contrôle de gestion des indicateurs de productivité hospitalière : Cas EPH de Jijel". 827-845.

Liste des tableaux

– Tableau 1 : les principaux résultats de l'étude.	36
– Tableau 2 : Evolution du nombre d'effectifs selon le grade dans le service de maternité/gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).	47
– Tableau 3 : Disponibilité des lits par période dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).	48
– Tableau 4 : Evolution du taux d'occupation moyen des lits dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).	49
– Tableau 5 : Evolution de la durée moyenne de séjour dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).	51
– Tableau 6 : Evolution du taux de rotation des lits dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).	53
– Tableau 7 : Evolution du taux de mortalité dans le service de maternité (janvier 2023 – avril 2024).	54
– Tableau 8: Evolution du taux de réadmission dans le service maternité (janvier 2023 – avril 2024).	56
– Tableau 9 : Disponibilité des lits par période dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).	57
– Tableau 10 : Evolution du taux d'occupation moyen des lits (TOM) dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).	58
– Tableau 11 : Evolution de la durée moyenne de séjour dans le service de gynécologie janvier 2022- avril 2024).	59
– Tableau 12 : Evolution du taux de rotation des lits dans le service de gynécologie (janvier 2022 – avril 2024).	61
– Tableau 13: Evolution taux de mortalité dans le service gynécologie (janvier 2023 – avril 2024).	62
– Tableau 14 : Evolution du taux de réadmission dans le service gynécologie (janvier 2023 – avril 2024).	64

Table des figures

– Figure 1 : Les étapes de focalisation de la TOC.	13
– Figure 2 : Modélisation du séjour en hospitalisation programmée	22
– Figure 3: Modélisation du séjour en hospitalisation d’urgence	23
– Figure 4: Organigramme de l’unité Targa Ouzemmour.....	46
– Figure 5 : Evolution du TOM dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024)..	49
– Figure 6: Evolution de la DMS dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).....	51
– Figure 7 : Evolution du TRL dans le service de maternité (janvier 2022 – avril 2024).	53
– Figure 8 : Evolution du taux de mortalité dans le service maternité (janvier 2022-Avril 2024).....	55
– Figure 9 : Evolution de taux de réadmission dans le service maternité (janvier 2023 – avril 2024).	56
– Figure 10 : Evolution du TOM dans le service de gynécologie (janvier 2022-Avril 2024).....	58
– Figure 11 : Evolution de la DMS dans le service gynécologie (janvier 2022-Avril 2024).....	60
– Figure 12 : Evolution du TR dans le service de gynécologie (janvier 2022-avril 2024).	61
– Figure 13 : Evolution de taux de mortalité dans le service gynécologie (2023-2024). 63	
– Figure 14 : Evolution de taux de réadmission dans le service gynécologie (janvier 2023-avril 2024).....	64
– Figure 15 : Parcours de soins des patientes au niveau de l’unité Targa Ouzemmour.....	69

Liste des Annexes

Annexe n° 01 : Guide d'entretien.

Annexe n° 02 : Réponses des responsables aux entretiens.

Annexe n° 03 : Tableau illustrant les thématiques des entretiens.

Annexe n° 04 : Fiche navette de patient.

Annexe n° 05 : Mouvement journalier.

Table des matières

DEDICACE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

Introduction générale	1
Chapitre 01	4
Introduction	4
Section 01 : Les concepts fondamentaux de la gestion des lits d'hospitalisation	4
1 Définitions de la gestion des lits d'hospitalisation.....	4
2 Les objectifs de la gestion des lits.....	5
3 Cadres théoriques et modèles appliqués à la gestion des lits.....	6
3.1 Théorie de la gestion de la qualité et le cycle PDCA	6
3.1.1 Le cycle PDCA ou roue de Deming.....	6
3.1.2 La qualité et la santé.....	7
3.2 La théorie des files d'attente.....	8
3.2.1 Définition de la théorie des files d'attente.....	9
3.2.2 Le comportement d'une file d'attente.....	9
3.3 Le modèle de simulation.....	10
3.3.1 Définition de la simulation	10
3.3.2 Les critères et les buts de la simulation d'une simulation.....	10
3.4 La théorie des contraintes	11
3.4.1 Les 5 étapes de Focalisation (<i>Souza & al, 2016</i>)	12
3.4.2 Les Outils du Processus de Réflexion	13

3.4.3	La TOC dans les hôpitaux et les établissements de santé	14
4	Les dimensions de la gestion des lits	15
4.1	La régulation au quotidien des lits.....	15
4.2	Programmation des séjours.....	15
4.3	La planification des capacités de l'établissement.....	16
5	Les niveaux de la gestion des lits.....	16
6	Les indicateurs de productivité hospitalière.....	17
6.1	Définition des indicateurs de productivité hospitalière	17
6.2	L'importance des indicateurs de productivité hospitalière.....	18
6.3	Les limites des indicateurs de productivité.....	20
	Section 02 : Pratiques opérationnelles de la gestion des lits d'hospitalisation	20
1	La gestion des flux de patients.....	21
1.1	Définition du flux de patients	21
1.2	Influence des flux de patients sur le processus de management des lits	21
1.3	L'importance d'anticiper les flux de patients	23
2	Les enjeux liés à la gestion des lits d'hospitalisation	24
3	Les bonnes pratiques de la gestion des lits	25
3.1	Les pratiques de management et de pilotage sont des mesures relatives l'organisation .	25
3.1.1	Mettre en place une cellule d'ordonnancement	25
3.1.2	Développer la gestion prévisionnelle des lits.....	26
3.1.3	Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel.....	26
3.2	Les pratiques ayant trait à la planification	26
3.2.1	Allouer les lits aux différentes spécialités en fonction de l'activité constatée...	26
3.2.2	Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé	27
3.2.3	Développer la poly-compétence des équipes soignantes	27
3.2.4	Clarifier et partager les étapes du processus de sortie.....	27
3.2.5	Mettre en place un salon de sortie.....	28

Les pratiques et actions ayant trait à la programmation des admissions (<i>MEAH, 2008</i>)	28
3.2.6 Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire..	28
3.2.7 Développer les pré-admissions.....	29
3.2.8 Reprogrammer des prises en charge non urgentes	29
3.3 Les pratiques ayant trait à la régulation	29
3.3.1 Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie du patient.....	29
3.3.2 Prévenir au plus tôt la famille et le patient de la date et de l'heure de sortie.....	30
3.3.3 Renseigner et faire vivre la « Date Prévisionnelle de Sortie » (ou « Durée Prévisionnelle de Séjour »)	30
Conclusion.....	31
Chapitre 02 : La gestion des lits d'hospitalisation : Etat de l'art	32
Introduction	32
Section 1 : Analyse de la gestion des lits d'hospitalisation dans quelques pays du monde.....	32
1 La gestion des lits en Algérie.....	32
2 La gestion des lits en France	35
3 La gestion des lits aux Etats-Unis	37
4 La gestion des lits au Brésil	38
5 La gestion des lits en Asie (Bhutan)	39
Section 02 : Les principaux constats tirés de la revue de littérature des études empiriques	40
1 Comprendre la gestion des lits hospitaliers : Une synthèse des études empiriques.....	40
2 L'importance des revues de littérature pour notre étude	41
Conclusion.....	42
Chapitre 03 : Etude empirique sur la gestion des lits d'hospitalisation : Cas de l'unité Targa Ouzemmour AIT MOUKHTAR Nacereddine.....	43
Introduction	43
Section 01 : Présentation du cadre méthodologique et de l'organisme d'accueil	43
1 Présentation du cadre méthodologique	43

2	Présentation de l'organisme d'accueil	44
2.1	Les composantes de l'unité Targa Ouzemmour	44
Section 02 : Analyse et interprétation des résultats.....		47
1	Analyse du nombre d'effectifs selon le grade dans les services de maternité et gynécologie	47
2	Analyse des indicateurs de productivité et de qualité	48
2.1	Le service de maternité.....	48
2.2	Le service de gynécologie	57
3	Description du parcours de soins des patientes au sein de l'unité Targa Ouzemmour.....	65
4	Les contraintes liées à la gestion des lits au niveau de l'unité Targa Ouzemmour.....	69
4.1	Les contraintes ressources humaines	69
4.2	Les contraintes techniques.....	70
4.3	Les contraintes liées à l'hygiène et à l'entretien.....	70
4.4	Les contraintes administratives	71
4.5	Les contraintes budgétaires	71
4.6	Autres contraintes	72
5	L'analyse des entretiens menés auprès des responsables de l'unité Targa Ouzemmour ..	72
6	Discussion des principaux résultats de l'étude	86
Conclusion.....		88
Conclusion générale.....		89
Bibliographie		
Liste des tableaux		
Liste des figures		
Table des matières		
Annexes		

Annexes

Annexe 01

Guide d'entretien

Question 01 : quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Question 02 : comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité/gynécologie et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

Question 03 : quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Question 04 : comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Question 05 : avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé ? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

Question 06 : selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

Question 07 : existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Question 08 : comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?

Question 09 : pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Question 10 : avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Question 11 : rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Annexe 02

Entretien n° 01

Date d'entretien : 19 mai 2024

Personne rencontrée : Coordinateur principal des activités paramédicales (remplaçant la directrice de l'unité)

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

L'unité GHR (Grossesse à Haut Risque) est saturée, car c'est la seule de ce type au niveau de la wilaya de Béjaïa. Cependant, nous avons réduit le nombre de lits dans l'unité post-partum en raison de sa sous-utilisation.

Nous avons aussi quelques problèmes, surtout le manque d'effectifs du personnel paramédical, nous souffrons de cette insuffisance ». Cependant, il n'y a personne à blâmer, car le problème réside dans le manque de profils.

A part ça, nous n'avons pas de problèmes, surtout ces derniers temps, avec la baisse de l'activité due à l'installation des annexes dans chaque région de wilaya de Béjaïa.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

L'activité a diminué, mais il y a des périodes de surcharge quand même surtout durant la période estivale. Hier, nous avons eu un afflux et il n'y avait pas de lits disponibles dans le service de maternité, donc nous avons placé 2 patientes par lit.

Quant aux outils de surveillance, nous avons mis en place le logiciel DEM.DZ, chaque service en possède un. Il a dépassé la période d'essai.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Nous avons un problème de file d'attente au niveau des urgences dû à l'appareil ERCF (Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal), qui ralentit le processus de consultation des patientes et peut prendre jusqu'à 40 minutes. Mais nous n'avons pas des sorties tardives.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans les services de maternité et gynécologie ?

Nous devons calculer ces indicateurs afin de les transmettre au CHU pour élaborer la planification de la carte hospitalière. Ces données sont essentielles pour évaluer le budget, les besoins en personnel et en matériel. Elles sont utilisées au niveau ministériel pour projeter l'avenir des hôpitaux.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

L'unité GHR a été rénové il y a moins d'un an. Maintenant, nous attendons qu'un budget soit dégagé pour rénover le service des urgences et l'unité post-partum.

Nous n'avons pas de coordination avec d'autres établissements.

Question 06 : Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

En tant qu'unité de CHU, nous ne pouvons pas avoir des coordinations avec d'autres établissements de santé parce que nous sommes les plus dotés de moyens humains et matériels, et comme je vous ai déjà dit, l'activité a diminué ces derniers temps donc nous n'avons pas de problèmes de disponibilité des lits.

En ce qui concerne la rénovation de la structure, je trouve que c'est une bonne initiative. Cela permettra d'avoir une infrastructure adéquate et à la hauteur des attentes des patients.

Question 07 : Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Non, nous n'avons pas de conventions avec d'autres établissements de santé.

Question 08 : Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?

En fonction de la gravité de chaque cas.

Question 09 : Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Les services de maternité et gynécologie fonctionnent très bien.

Question 10 : Avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Non, nous n'avons pas.

Question 11 : Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Je ne peux pas répondre à cette question car elle ne relève pas de mes responsabilités. Dans notre unité, nous nous concentrons principalement sur la gestion de l'activité.

Entretien n° 2

Date de l'entretien : 26 mai 2024

Personne rencontrée : Chef de service des entrées

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Ce n'est pas à notre niveau, il faut voir au niveau de chaque unité d'hospitalisation.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité/gynécologie ? Quels sont les outils utilisés pour surveiller et gérer la surpopulation des patients et les variations saisonnières ?

Ce n'est pas à notre niveau, nous sommes uniquement responsables des admissions et des sorties.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Parmi les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission sont les pannes d'électricité et les pannes d'imprimante. Nous n'avons pas de gros problèmes à ce sujet.

Les retards dans les procédures de sortie se déroulent au niveau des services d'hospitalisation, comme le retard dans la délivrance des bilans. Par exemple, si le médecin décide de faire sortir une patiente mais que son bilan n'est pas encore disponible, la patiente ne peut pas sortir.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Pour suivre le nombre de patientes admises chaque jour, et évaluer l'activité chaque mois.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé ? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

Oui, nous avons rénové l'unité GHR et ouvert une nouvelle structure pour le service de gynécologie, ce qui a permis de diminuer un peu la surcharge parce qu'avant, les patientes étaient 2 voire 4 par lit. Concernant la coordination avec d'autres établissements de santé, non, nous n'avons pas.

Question 06 : Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

En tant qu'unité de CHU, il est strictement interdit de transférer des patientes vers d'autres structures. En ce qui concerne la rénovation, je pense qu'elle est réalisable parce que nous ne sommes pas limités par le nombre de lits, mais plutôt par l'espace.

Question 07 : Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Nous n'avons pas de convention, ce sont les cliniques privées qui ont des conventions avec la CNAS et la CASNOS pour prendre en charge les accouchements. Cela a permis de diminuer un peu la surcharge dans cette structure.

Question 08 : Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?

Je n'ai pas d'informations sur ce sujet.

Question 09 : Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans le service de maternité/gynécologie?

Le nombre de lits disponibles ne répond pas au nombre de malades admis, il est insuffisant. Plusieurs patientes qui sont admises restent dans la salle d'observation des urgences au lieu d'être hospitalisé dans un service par manque de place. Nous espérons qu'une solution sera trouvée pour ce problème.

Question 10 : Avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Non.

Question 11 : Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Je ne peux pas répondre à cette question, elle ne relève pas de ma responsabilité.

Entretien n° 03

Date d'entretien : 21 mai 2024

Personne rencontrée : Coordinatrice de l'unité GHR et bloc d'accouchement

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Nous disposons de 25 lits dans l'unité GHR mais quand il y a une augmentation de l'activité, nous ajoutons des lits supplémentaires jusqu'à 32 pour éviter de devoir placer 2 patientes dans

le même lit. Cependant, cette année nous avons connu des périodes d'accalmie par rapport aux années passées.

Nous manquons d'infirmières dans l'unité GHR, nous avons que deux sages-femmes.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

Nous gérons le plus normalement. Chaque patiente doit être prise en charge, même durant la période estivale qui se caractérise par l'augmentation du nombre de malades.

Avec le logiciel DEM, nous pouvons surveiller le nombre de lits occupés pour gérer la surpopulation. Malheureusement, il ne fonctionne pas correctement durant la nuit et les week-ends faute de personnel, ce qui fait que certains lits occupés ne sont pas déclarés, et les sorties des patientes ne sont pas toujours enregistrées laissant des lits occupés sur le système. Cela entraîne également un déséquilibre dans l'activité.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Ce n'est pas à notre niveau.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité ?

Je n'ai pas d'informations sur ce sujet.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

Nous avons rénové l'unité GHR.

Non, nous n'avons pas de coordinations.

Question 06 : Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

Ce n'est pas à notre niveau.

Question 07 : Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Non, nous n'avons pas, ce sont les cliniques privées comme Le Rameau d'Olivier qui ont des conventions. Donc, il y a des patientes qui choisissent d'accoucher au privé, c'est leur choix personnel parce qu'elles bénéficient de conventions avec la CNAS et la CASNOS. Cela permet de diminuer un peu la surcharge.

Question 08 : Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'attribution des lits en fonction des besoins des patientes ?

Nous sélectionnons les patientes en fonction de leurs besoins. Par exemple, nous avons placé les patientes en état compliqué près de notre bureau. En cas de complication, nous réagissons immédiatement.

Question 09 : Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans votre service ?

Il est inconfortable de voir 4 patientes dans une chambre, c'est trop. Ces chambres sont conçues pour accueillir 3 patientes seulement.

Question 10 : Avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Non, nous n'avons pas.

Question 11 : Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Non, nous sommes plutôt confrontés à une limitation d'espace. La clinique est conçue pour 64 lits, et la structure ne peut pas accueillir un nombre aussi élevée de malades.

Entretien n° 04

Date d'entretien : 21 mai 2024

Personne rencontrée : Chef de service des urgences

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Nous rencontrons des problèmes de disponibilité des lits. Dans certaines situations, nous devons placer 2 patientes par lit, voire parfois 3. A plusieurs reprises, des patientes hospitalisées, après leur admission au service, refusent de rester lorsqu'elles ne trouvent pas de lit, même si elles nécessitent d'être prises en charge. Elles quittent donc l'établissement en signant un contre avis médical.

L'unité GHR et post-partum sont archipleines, surtout pendant la saison estivale où l'activité atteint 2900 malades examinées aux urgences. Bien que cette clinique dispose de 64 lits, elle en accueille en réalité plus de 120 lits.

Avant, nous étions obligé d'augmenter le nombre de lits pour faire face à la surcharge, mais après la création des annexes, nous avons pris la décision de réduire le nombre de lits à son niveau idéal (64 lits). Malgré cela, l'activité reste toujours élevée. Par exemple, hier, les patientes étaient encore 2 par lit, et ce n'est qu'après la sortie de certaines patientes que quelques places se sont libérées.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

Quand il faut admettre une patiente, nous n'avons pas le droit de refuser. Nous l'admettons. Si elle accepte de rester 2 par lit tant mieux, sinon elle signe un contre avis médical.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Le facteur qui cause des retards dans les procédures d'admission est la consultation avec l'appareil ERCF qui peut durer de 20 à 30 minutes. En ce qui concerne les procédures de sortie, elles ne relèvent pas de mon domaine de responsabilité.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité ?

Je n'ai aucune information sur ce sujet.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

Oui, nous avons déjà rénové l'unité GHR, et nous allons également rénover le bloc d'accouchement, le service post-partum et le service des urgences.

Nous n'avons aucune coordination avec d'autres établissements de santé parce que nous sommes une unité du CHU, donc il est strictement interdit de transférer des patientes vers d'autres structures.

Question 06 : Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

Non, nous pouvons placer des gynécologues dans d'autres établissements pour qu'ils prennent en charge leur population.

Etant le seul CHU au niveau de la wilaya de Béjaïa, nous ne pouvons pas transférer des malades vers d'autres établissements parce que nous sommes les plus dotés du matériel, de moyens, etc.

Question 07 : Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Nous n'avons pas des conventions avec d'autres établissements.

Question 08 : Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'attribution des lits en fonction des besoins des patientes ?

La distribution des lits se fait en tenant compte de la priorité et surtout de la gravité de chaque cas.

Question 09 : Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Etant chef de service des urgences, je m'occupe uniquement de ce service. Donc, cette question ne relève pas de mon domaine de responsabilité.

Question 10 : Avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Malgré que l'accouchement est imprévisible, mais nous avons un protocole pour programmer les césariennes à 39 semaines, sauf en cas de complication. Sinon dans le cas normal, si la patiente arrive le jour même de la césarienne programmée, elle sera prise en charge et opérée le même jour.

Question 11 : Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Nous ne rencontrons pas des difficultés budgétaires en ce qui concerne l'achat des lits. En réalité, nous disposons des lits supplémentaires, mais nous sommes confrontés à un problème d'espace. Ici dans le service des urgences, nous manquons d'espace pour installer 4 lits. Donc, le service est doté de 3 lits seulement.

L'architecture du service des urgences est inadéquate et inappropriée.

Entretien n° 05

Date d'entretien : 28 mai 2024

Personne rencontrée : Coordinatrice de service gynécologie

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Avant la séparation des services de gynécologie et de maternité, nous rencontrions des problèmes, mais depuis la séparation, nous n'avons rencontré aucun problème jusqu'à présent. La gestion des lits est devenue facile.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité/gynécologie et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

Dans le service de gynécologie, nous ne rencontrons pas des problèmes de surpopulation.

En ce qui concerne les outils informatiques, nous avons installé le logiciel DEM, mais il ne fonctionne pas 24/24h à cause du manque de personnel pour son bon fonctionnement.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

Les retards d'admission sont liés à la file d'attente parce que chaque consultation au niveau des urgences prend 20 min au minimum.

Les retards de sorties concerne les retards d'émissions des bilans.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Les données sont calculées afin de les envoyer au CHU dans le but de l'évaluation de l'activité pour chaque service.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé ? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

En fin 2022, nous avons séparé le service de gynécologie du service maternité en créant cette structure, ce qui a permis un bon fonctionnement du service gynécologie.

Nous n'avons pas des coordinations avec d'autres établissements de santé.

Question 06 : selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

Nous n'avons pas besoins de rénovation puisque cette nouvelle structure répond toujours aux besoins des patientes.

Question 07 : existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Non, nous n'avons pas.

Question 08 : comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?

Selon l'ordre de priorité.

Question 09 : pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans votre service ?

Notre service gère ces lits de la bonne manière.

Question 10 : avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Non.

Question 11 : rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Oui, c'est très difficile d'avoir quelque chose comme le matériel informatique. Il faut toujours justifier. Cela prend beaucoup de temps, mais nous n'avons pas de problèmes concernant l'acquisition des lits. Ils sont toujours disponibles.

Entretien n° 06

Date d'entretien : 29 mai 2024

Personne rencontrée : Chef de l'unité post-partum et bloc opératoire

Question 01 : Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?

Les jours précédents, nous n'avions rencontré aucun problème concernant la gestion des lits. D'ailleurs, nous avons réduit le nombre de lits dans cette unité post-partum à cause de la diminution de l'activité, la plupart du temps l'unité est vide. Mais aujourd'hui, nous avons une forte activité. L'unité post-partum et la salle de réveil sont pleines, et nous avons dû placer 2 patientes par lit.

Question 02 : Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité/gynécologie et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?

Quand il y a une demande élevée, soit nous ajoutons des lits supplémentaires dans les chambres, soit nous plaçons deux patientes par lit, soit nous autorisons des patientes qui ne présentent pas des complications à sortir.

Question 03 : Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?

L'admission ne se fait pas à notre niveau. En ce qui concerne les facteurs qui retardent les sorties, ça concerne dans certains cas la patiente qui refuse de sortir malgré l'autorisation du médecin traitant, soit parce qu'elle habite loin, soit parce que son nouveau-né est hospitalisé dans le service de néonatalogie et donc elle préfère prolonger son séjour.

Question 04 : Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité/gynécologie ?

Je n'ai pas d'informations sur ce sujet.

Question 05 : Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé ? Existe-t-il des projets futurs ou des discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?

Nous allons rénover l'unité post-partum.

Question 06 : Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?

Nous n'avons pas besoin d'une coordination, nous avons besoin de rénovation pour avoir de l'espace.

Question 07 : Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?

Non, nous n'avons pas.

Question 08 : Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?

Dans l'unité post-partum, l'admission se fait en fonction de l'ordre (par ordre d'accouchement).

Question 09 : Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans votre service ?

Même si nous avons actuellement 2 patientes par lit, mais ça ne nécessite pas de rajouter des lits supplémentaires sauf si l'activité augmente vraiment.

Question 10 : Avez-vous de suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?

Non.

Question 11 : Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?

Non, dès que nous demandons, nous recevons tous ce dont nous avons besoin.

Annexe 03

Items	Questions	Thématiques
Les défis rencontrés en matière de gestion des lits.	Quels sont les défis rencontrés par votre établissement en matière de gestion des lits ?	Saturation, manque d'espace et de lits, manque de personnel paramédical.
La gestion de la surpopulation et les outils de surveillance.	Comment la clinique gère-t-elle les périodes de surpopulation dans le service de maternité/gynécologie et quels sont les outils utilisés pour surveiller cette surpopulation ?	Partage de lits entre les patientes, ajout de nouveaux lits, raccourcissement de la DMS, manque de personnel pour le fonctionnement du logiciel DEM, absence du matériel informatique.
Retard des procédures d'admission et de sortie.	Quels sont les facteurs qui causent des retards dans les procédures d'admission et de sortie ?	Pannes d'électricité et d'imprimante, file d'attente aux urgences, retards d'émission des résultats, résistance des patientes à libérer le lit.
Utilisation des indicateurs pour la gestion des lits.	Comment la clinique utilise-t-elle actuellement les informations sur les indicateurs pour optimiser l'utilisation des lits dans le service de maternité/gynécologie ?	Obligation du calcul des indicateurs et l'absence de suivi de ces derniers.
Mesures d'optimisation de la gestion des lits	Avez-vous déjà tenté de mettre en œuvre des mesures telles que la rénovation des infrastructures ou la coordination avec d'autres établissements de santé ? Existe-t-il des projets futurs ou des	Intention de rénovation de la clinique Targa Ouzemmour, absence de coordination externe, contraintes budgétaires

	discussions en cours concernant la mise en œuvre de mesures similaires ?	
La rénovation de l'unité et la coordination avec les établissements de santé du point de vue des responsables.	Selon vous, est-il réaliste de mettre en œuvre des stratégies telles que la coordination entre les établissements de la région et la rénovation des infrastructures pour augmenter la disponibilité en lits ?	Besoin de rénovation de la structure, absence de coordinations externes.
Les conventions avec d'autres établissements de santé.	Existe-il des conventions avec d'autres établissements de santé, privés ou publics pour accueillir les patientes venues d'autres régions ou établissements de santé ?	Absence de conventions avec d'autres établissements de santé.
Priorisation de l'allocation des lits en fonction des besoins.	Comment la clinique de maternité priorise-t-elle l'allocation des lits en fonction des besoins des patientes ?	Allocation des lits en fonction de la priorité et de la gravité de chaque cas.
La gestion des lits du point de vue des responsables.	Pouvez-vous partager votre point de vue sur la gestion actuelle des lits dans le service de maternité/gynécologie ?	Capacité d'accueil insuffisante, surcharge du service des urgences, manque de planification des ressources.
Protocoles d'amélioration de la gestion des lits.	Avez-vous des suggestions concernant la mise en place des protocoles spécifiques pour améliorer la gestion des lits ?	Absence de suggestions d'amélioration.
Les contraintes budgétaires rencontrées en terme d'acquisition des équipements.	Rencontrez-vous des contraintes budgétaires concernant l'acquisition des lits, matériel informatique, linge,..?	Contrainte d'espace plutôt que de budget, absence de contraintes liées à l'achat des lits, complexité des procédures budgétaires.

Hopital :

FICHE NAVETTE

IDENTIFICATION DU PATIENT

1. N° D'ADMISSION

2. GROUPE SANGUIN

3. AGE

4. Nom : 5. Nom de /fille 6. Prénom

7. Service 8. Nom et qualité du chef de service

9. Date d'entrée : 10. Heure d'entrée :

11. Nom de salle : 12. N° lit :

13. Nom, Prénom et qualité du médecin traitant :

14. Mode d'entrée : 15. Code entrée:

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)

16. Service	17. Date d'entrée	18. Heure d'entrée	19. Nom de salle/N° lit	20. Médecin traitant
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SORTIE

CADRE RÉSERVÉ AU PRATICIEN

1. Date de Sortie 2. Heure de Sortie

3. Mode de Sortie : 4. Code de Sortie

5. Diagnostic ou motif d'Entrée :

6. Diagnostic Sortie :

14. Code C.I.M : 8. Code G.H.M

Nom, Prénom et Grade du praticien Visa du chef Service

Date et Cachet

Signature,

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9 N° de facture : 10 Date : 11. Montant total de Prestation

12. N° De Quitance : 13 Part S.S : 14 Part Patient :

15. Nature du document de sortie : 16 N° Document :

17. Etablissement d'Accueil : 18 N° Prise en charge (Santé) :

19. Mineur accompagné à sa sortie par :

Nom, Prénom et fonction du Signataire Date et cachet

Signature,

Annexe 05

Ministère de la santé, de la population et de la réforme Hospitalière

MOUVEMENT JOURNALIER DU 17 AVRIL 2024

Service	Nombre deLits	Restant A 00H	Entrant	Sortant	T,MALADE	arde Malade	TOTAL
Maternité	70	138	12	13	137	0	137
Gynécologie	32	16	12	6	22	3	25
Néonatalogie	58	29	4	4	29	8	37
Pédiatrie	38	30	20	21	29	29	58
CCI	24	15	18	13	20	20	40
Total	222	228	66	57	237	60	297

المركز | المستشفى الجامعي لبيجة
التجارية العامة
الوحدة الإستشفائية تاركة أوزمور
المرجع.....م | ج | ب | م / ق | 2024

Centre Hospitalo-Universitaire de Bejaia
Direction Générale
Unité Hospitalière Targa euzemour
REF/ CHUBAUTO/BE/2024

DECES/ DEPOT DE CORPS/ INHUMATION/ PLACEMENT/ AUTRES/
09 NAISSANCES 04 CES

00 décès en néonatalogie
00 décès en gynécologie
00 décès en pédiatrie
01 miu en maternité
00 décès en PU pédiatrie
00 décès en chirurgie infantile
00 décès en maternité

La Directrice d'unité

POUR EXTRAIT COPIE CERTIFIE CONFORME
LE CHEF DE BUREAU DES ADMISSION ET L'ETAT CIVIL

Résumé

L'objectif de cette étude était d'identifier et d'analyser les contraintes et les défis liés au processus de la gestion des lits dans le service de maternité et le service de gynécologie de l'unité Targa Ouzemmour du CHU de Bejaïa.

Il s'agit d'une étude de cas débutée par des observations directes faites au niveau du service de maternité et de gynécologie, suivie d'une analyse des indicateurs de productivité et de qualité collectés auprès de cette structure, ainsi que par la réalisation des entretiens auprès des responsables de ces deux services.

D'après les résultats, nous avons constaté que l'unité Targa Ouzemmour est confrontée à plusieurs défis en matière de gestion des lits qui entravent son bon fonctionnement.

Mots clés : gestion des lits, flux de patients, contraintes, indicateurs, théorie des contraintes, service de maternité, gestion hospitalière, CHU de Bejaïa, Algérie.

Absract

The aim of this study was to identify and analyze the constraints and challenges associated with the bed management process in the maternity and gynecology departments of the Targa Ouzemmour unit of the UHC of Béjaïa.

This case study began with direct observations in the maternity and gynecology departments, followed by an analysis of productivity and quality indicators collected from this structure, as well as interviews with the managers of these two departments.

Based on the results, we found that the Targa Ouzemmour unit faces a number of bed management challenges that are impeding its operation.

Key words: bed management, patient flow, constraints, indicators, theory of constraints (TOC), maternity ward, hospital management, UHC of Bejaïa, Algeria.