

ETUDE PLURIELLE DU PHENOMENE DE *BED BLOCKERS* A L'HOPITAL

AUDE LOILIER¹, HERVE PINGAUD²

¹ CHEF DE PROJET « PATIENTS COMPLEXES-SEJOURS LONGS », DEPARTEMENT DE L'ACTION SOCIALE, ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS (AP-HP), Paris, France
aude.loilier@aphp.fr

² CNRS LGC, INU CHAMPOLLION-ISIS, UNIVERSITE DE TOULOUSE
Place de Verdun, Albi, France
herve.pingaud@univ-jfc.fr

Résumé – Dans une période clé où des tensions sont apparues dans la gestion des flux de patients en milieu hospitalier, induisant des ruptures de leurs parcours, nous étudions un phénomène connu : les « *bed blockers* ». Notre démarche vise à les assimiler à des patients en situation complexe dont le parcours est bloqué. Les causes de ce phénomène sont d'abord discutées sur cette base. Puis, nous proposons une ébauche de cadre d'ingénierie pour débloquer ces situations et gagner en capacité de lits. Nous abordons plus particulièrement l'impact de l'inclusion de critères sociaux dans une prise de décision nécessairement multipartite.

Abstract – In a period where hospitals have difficulties to manage with patient flows, leading to disruptions in the pathways of those that cannot have access to care services, we are studying the known phenomenon of "bed blockers". Our approach aims at assimilating them to patients in complex situations for whom the pathway is frozen. The causes of this phenomenon are first discussed on this basis. Then, we propose to draw a first engineering framework to unblock these situations and gain bed capacity. In particular, we address the impact of including social criteria in a necessarily multi-stakeholder decision-making process.

Mots clés - *Bed blocker*, parcours bloqué, ingénierie système, ingénierie sociale, situations complexes

Keywords – *Bed blocker*, disrupted pathway, systems engineering, social engineering, complex situations

1 CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Les politiques publiques qui se construisent en France à partir du 19^{ème} siècle organisent l'intervention de l'Etat à partir de l'identification d'un besoin d'une population et de la mise en place d'un dispositif pour y répondre. Les ordonnances de 1945 qui fondent le système de sécurité sociale couvrent alors quatre « risques » identifiés : la maladie, la famille, l'accident du travail et la vieillesse.

Cette structuration des politiques publiques a d'abord été déclinée sous forme de réponses cloisonnées aux besoins identifiés des populations. Mais ce cloisonnement a montré des limites, notamment pour des personnes qui viennent cumuler les difficultés (maladie, handicap, logement, isolement, précarité...). Et qui vont supposer de mobiliser des connaissances à la croisée des politiques publiques. La territorialisation de l'action publique instituée par la loi dite Hôpital Patient Santé Territoire (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009), et l'inscription des prises en charge dans une logique de parcours, renforcée par la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016), va nécessiter d'apporter des réponses individualisées, décloisonnées et coordonnées. Ces évolutions réglementaires prennent à la fois en compte les besoins des patients, placés au centre des dispositifs d'accompagnement, mais également des données de leur environnement de vie. La coordination apparaît aujourd'hui comme le moteur principal de régulation de l'action publique dans la vision d'un Etat stratège [Dhume, 2010]. Mais c'est un changement d'ampleur manifeste qui ne va pas sans poser des problèmes dans le passage à l'acte, et qui se heurte frontalement à la culture des acteurs et à l'enracinement de ceux-ci dans leurs pratiques professionnelles. La lecture d'une

réalité opérationnelle censée découler de cette vision apparaît comme « complexe » à la majorité de ceux qui analysent le fonctionnement de notre système de santé. Car, sur deux décennies, ce train de réformes successives a généré beaucoup de changements, modifié l'organisation et a remis en cause des frontières d'intervention des secteurs traditionnels (sanitaire, médico-social et social), induisant la reconfiguration des rôles et des espaces où ils opèrent.

Dans ce contexte de restructuration globale, l'hôpital voit ses missions recentrées sur le soin. L'articulation avec les acteurs de ville s'impose alors comme une condition indispensable au maintien de la fluidité des parcours de patients, incluant des épisodes qui sont des parcours hospitaliers.

Promulguée en 2001, la Loi Organique relative aux Lois de Finance (loi n°2001-692 du 1 août 2001) introduit la notion de performance dans la gestion de l'action publique, centrée sur une logique économique et gestionnaire. La diminution de la durée des hospitalisations devient alors un indicateur clé de la performance du système hospitalier. Dans ce contexte, la présence de patients dits « *bed-blockers* » renvoie à un échec, à la fois dans l'organisation des parcours hospitaliers, mais vient également remettre en cause la performance de l'établissement en augmentant les durées moyennes de séjour (DMS) limitant *de facto* les admissions.

C'est acquis, les processus d'individualisation [Elias. 1991], puis de singularisation [Martuccelli, 2010], viennent interroger la place de l'individu dans les politiques publiques, et bousculent logiquement les modes de régulation sociale. Autrement dit, si l'usager est aujourd'hui placé au centre des dispositifs, cette évolution modifie la façon de penser l'action dans toutes ses dimensions : ses acteurs, son espace et les

relations qui les relient. S'ajoute à ce paysage un périmètre revisité : le patient qui réside trop longtemps à l'hôpital est un citoyen à réinscrire sur un territoire. La gestion des flux de patients est dès lors couplée au pilotage de leurs parcours personnalisés. Toute rupture de flux devient une anomalie.

Ce terme « *bed-blockers* » a fait son apparition dans les années 50 au Royaume Uni et ne répond encore aujourd'hui à aucune définition officielle en France. Pourtant la crise pandémique a mis l'accent sur le caractère critique de la gestion fine du dimensionnement du nombre de lits et de l'allocation de ces lits. Pour l'hôpital, ce terme anglais renvoie à une présence *intra-muros* de patients ne nécessitant plus de soins hospitaliers, mais dont l'orientation vers des structures d'aval ou un retour à domicile n'est pas possible.

Ainsi, par exemple en Ile de France, les réponses institutionnelles à cette difficulté misent sur une notion de complexité systémique. En témoigne la mise en place des Cellules de Régulations des Situations Hospitalières Complexes (CARSIC) par l'Agence Régionale de Santé Ile de France pour répondre à la problématique des parcours dits bloqués dans les établissements de santé, ou encore, plus localement à l'AP-HP, par la mise en place de cellules pluridisciplinaires de gestion des sorties *complexes*, ou la création du poste occupé par un des auteurs, de chef de projet « *patients complexes- séjours longs* » au Département de l'Action Sociale.

Si l'expression "*bed-blockers*" est assez naturellement significative de l'état du système, elle entraîne logiquement un besoin de répondre à des questions très concrètes :

- Q1 : Quelles sont les problématiques qui rendent impossible la mise en œuvre d'un projet de sortie pour certains patients ?
- Q2 : A quelles difficultés spécifiques, mettant en échec les solutions habituelles, les professionnels sont-ils confrontés pour déverrouiller le système ?

Les deux questions peuvent être lues par le prisme d'une gestion de risques, avec une relation à l'espace des causes pour la première question, et à l'espace des traitements curatifs pour la seconde.

Si cet article a pour objet d'analyser plus en finesse ce phénomène de « *bed-blockers* », notre démarche d'analyse a été inspirée par un travail de recherche publié dans la même série de conférences en 2020 et qui traitait d'un retour d'expériences sur l'ingénierie des parcours de patients en situation complexe [Pingaud & al., 2020]. Cet article proposait, entre autres, un modèle conceptuel et un processus de reprise en charge. A partir de cette base, et sous l'hypothèse qu'un parcours bloqué pointe effectivement un patient en situation complexe, il s'agit ici d'étayer notre raisonnement en incluant une complexité intrinsèque à l'organisation qui le reprendra en charge, puisque l'épisode du parcours est principalement du ressort de l'hôpital. Car plusieurs acteurs doivent prendre collégialement des décisions afin de définir un plan de soins du patient et lui permettre de sortir d'une forme d'immobilisme dans son parcours individuel. Mais ces acteurs relèvent de plusieurs champs d'action dépassant ce périmètre de l'hôpital : sanitaire, médico-social et social. Chemin faisant, notre raisonnement s'appuiera sur un cadre conjuguant ingénierie système et ingénierie sociale pour structurer nos idées et présenter nos résultats. C'est ce choix qui explique la qualification de « plurielle » utilisée dans le titre de notre communication.

Le second chapitre, exploite des définitions de « *bed blockers* », les qualifie comme une problématique particulière

dont il faut expliciter les causes. Le rapport à la complexité inhérente au système est alors introduit en relation avec le sujet.

Le troisième chapitre utilise notre modèle conceptuel de caractérisation du patient en situation complexe pour représenter la situation du patient bloqué. Corrélativement, ce modèle remettra en évidence le caractère multifactoriel d'une telle caractérisation. L'analyse de ces causes croisera les quatre dimensions structurantes de la complexité. En deuxième intention, nous plaiderons pour un environnement de prise en charge qui est aussi marqué par la complexité.

C'est au quatrième chapitre que nous traiterons du facteur humain comme principal enjeu de ces prises de décision. Il est impératif de bien formuler les problèmes à résoudre dans toute leur pluralité, de se fixer un cap en explicitant les critères qui vont présider à la décision, c'est-à-dire à la production d'un plan de soins singulier par lequel la sortie de l'hôpital redevient possible. Utilisant la notion de satisfaction des parties prenantes, nous montrerons les tensions qui s'installent lors du diagnostic comme lors de la conception du plan de soins. En écho, nous plaiderons pour qu'un croisement fertile entre ingénierie sociale et ingénierie système donne naissance à un cadre formel véhiculant des pratiques nouvelles de coopération entre acteurs engagés dans ce pilotage.

Nous tirerons des conclusions et dresserons des perspectives de poursuite de ce travail au dernier chapitre.

2 DU LIT AU PARCOURS BLOQUE

2.1 Une appellation porteuse de multiples sens

Peu étudiée par les chercheurs en France, l'analyse des causes et des caractéristiques du phénomène des « *bed-blockers* » a fait l'objet de plusieurs travaux à l'échelle internationale.

Le terme en lui-même est l'objet d'un débat. Aux Etats Unis ou au Canada, on retrouve des synonymes comme « *back-up* », « *backlogs* », « *longstays* », « *outliers* » ou encore « *delayed discharges* ». Au Royaume-Uni, il a été officiellement remplacé par le terme de « *delayed transfer of care* » ou « *delayed discharge* » en 2001. La définition suivante a été arrêtée par leur ministère de la Santé : « *Un 'transfert retardé' se produit lorsqu'un patient est prêt à être transféré d'un lit d'hôpital pour soins aigus, mais occupe toujours ce lit. Un patient est prêt pour le transfert lorsque les conditions suivantes sont réunies :*

- *une décision clinique est prise indiquant que le patient est prêt pour le transfert,*
- *Une décision est prise par une équipe pluridisciplinaire indiquant que le patient est prêt pour le transfert,*
- *le patient est transférable en toute sécurité ».*

Cette définition a d'abord le mérite de déplacer la responsabilité du patient vers le système qui le prend en charge. Elle désigne en effet l'incapacité des acteurs du système de santé à mettre en œuvre la sortie (ou le transfert). Elle focalise bien l'analyse et les propositions de réponse sur une propriété de fluidification des parcours.

Pour l'AP-HP, une analyse sur cette population menée en 2022, sur l'ensemble de ses sites, dans les services de médecine ou de chirurgie et en unité de rééducation, concernant les patients médicalement sortants de plus de quinze ans, fournit un taux de 1,9% de patients en durée de séjour supérieure à 30 jours en Médecine chirurgie Obstétrique et 60 jours en Service de Soins et de Réadaptation, la fourchette allant de 0,22% à 17,3% selon les sites. Le choix du seuil de 30 jours et 60 jours est propre à l'établissement. Si ce

nombre de patients est faible, leur durée de séjour redonne de l'importance au nombre de nuitées.

Parmi d'autres sources de controverse qui entourent l'expression « *bed-blockers* », il est aussi fait état du périmètre d'analyse de la situation. Ainsi, l'idée d'une sortie rapide comme principal indicateur de performance témoignerait d'une vision centrée sur la seule gestion hospitalière, puisque seul le coût de l'épisode hospitalier est évalué, au détriment du coût global pour le système de santé [Millard et Mc Lean 1994]. Or, il peut croître si le transfert est un échec, soit parce qu'il est inapproprié, soit parce qu'il n'est pas fait avec efficacité. Cela conduit d'ailleurs souvent à un retour à l'hôpital par les urgences. Un dialogue avec l'Assurance Maladie en France nous a montré que cette instance inclut les patients en multi morbidité faisant des séjours multiples dans des services différents de l'hôpital, et à fréquence élevée, dans ses décomptes.

Par ailleurs, cette expression porte trop souvent en elle la difficulté d'anticiper le moment de la sortie, en donnant une prédominance à l'évaluation médicale sur le reste de l'équipe pluridisciplinaire [Manzano, 2010] dans laquelle les acteurs du social doivent entrer en jeu. La marge d'interprétation autour de la décision de sortie laissera, selon les cas, une place à la naissance de scénarios différents pour la suite du parcours, et créera même des divergences entre les acteurs sur la suite dudit parcours. Par exemple : le patient stabilisé l'est-il au regard du besoin de soin, au regard des besoins en compensation¹ et des aménagements possibles au domicile, ou encore des deux ?

2.2 Sur la trace des causes de blocage

Parmi les études qui portent sur les causes identifiées de blocage, on retiendra :

- Une étude réalisée entre 1993 et 2003 au Royaume-Uni qui identifie 3 causes : (1) les causes internes à l'hôpital (attente d'un avis, attente de la décision d'un tiers) ; (2) l'absence de place en service de réadaptation ; (3) les autres raisons (attente de financement pour la mise en place du projet du patient, logement, difficultés liées aux patients ou aux soignants) [Glasby, 2004]

- L'explication de la situation ne peut être attribuée à une seule cause, mais à une conjonction de celles-ci. Le blocage est lié à un/e combinaison de plusieurs facteurs causaux [Hubbard-2004]

- Un lien est très souvent établi entre la durée moyenne de séjour et la présence de difficultés sociales du patient (raison familiale, financière, de lieu de vie) – [Couilliot, Gryson et Gougnard, 2014].

Dans leur ensemble, ces études se concentrent sur les caractéristiques individuelles des patients. Un consensus semble toutefois se dégager sur des groupes de population parmi ces « *bed blockers* ». Ainsi, les personnes âgées en lien avec une augmentation de la dépendance et des besoins perçus comme sociaux, les patients atteints de maladie chronique, et les personnes atteintes de maladies mentales ou cognitivement déficientes, formeraient une majorité de cas [Manzano, 2010]. Tous ces éléments concourent à une vraie diversité de situations, qui échapperait ainsi à une logique de spécialité médicale et va de fait au-delà de ces groupes particuliers de patients. Il nous semble donc incontournable de reconnaître ce caractère transversal du phénomène en regard de l'organisation de l'hôpital, et de cultiver une approche systémique dans l'analyse du sujet.

Le tableau 1 fait écho à cet état de fait. Il recense les résultats d'une étude réalisée par l'AP-HP en 2019 sur les difficultés d'orientation des patients. Quatre classes de la colonne de gauche (lignes 1,2,3 et 5) font référence à la situation individuelle du patient et de son entourage. Quatre classes pointent des interactions entre structures dans l'optique d'un transfert (lignes 4, 6, 7 et 8)

La condition de l'individu ainsi que les transferts entre structures médicales et médico-sociales, dans une optique de parcours, sont donc majoritairement à l'origine de ces situations.

Le recours au champ du social est donc une fois de plus réaffirmé dans le pilotage du parcours, et plus spécialement ici dans un besoin impératif de prendre une décision présidant à son déblocage.

2.3 Les facteurs de complexité

Les quatre facteurs à la source de la complexité (cf. figure 1), et dont nous avons fait usage pour caractériser un patient en situation complexe [Pingaud et Lamine, 2020], lèvent une partie du voile sur ce qui rend le déblocage difficile. En effet, même si la décision clinique a été prise, la suite du parcours pose problème.

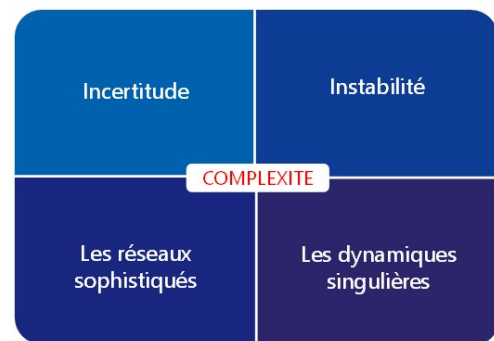


Figure 1 - Les quatre sources de complexité

Il suffit de relire le tableau 1 avec l'idée de faire une mise en relation avec ces facteurs de complexité pour illustrer leur influence sur la situation :

- (1) L'absence d'identité, d'ouverture de droit ou l'absence de régularité font peser une incertitude sur l'état civil, la couverture sociale en santé et le lieu de future résidence du patient
- (2) La définition du projet et les mesures de protection sont des sources d'instabilité car ils peuvent provoquer un rejet du retour au domicile ou une non acceptation des suites de la sortie par un tiers ;
- (3) Le patient sans domicile fixe est source de dynamiques singulières en lien avec les difficultés spécifiques d'un public dont on peut difficilement préjuger des comportements.
- (4) La désignation de ressources institutionnelles chargées d'accueillir le patient sortant relève d'une problématique de travail en réseau, et donc de coopération entre des entités qui ne sont pas juridiquement dépendantes, mais qui gèrent l'orientation.

A bien des égards, le patient bloqué est donc assimilable à un patient en situation complexe. Le déblocage serait une reprise en charge.

¹ c'est à dire les aides apportées de toute nature

Tableau 1- Typologie des difficultés rencontrées par le patient et faisant obstacle à son orientation
 (Source : département de l'Action Sociale et direction de la Stratégie et de la Transformation de l'AP-HP, 2019)

Absence d'identité	Sans identité connue Identité connue, mais non vérifiée
Ouverture de droit	Non recours (complexité administrative, manque d'informations) Absence de domiciliation administrative Absence d'ouverture de droits en sécurité sociale Absence de financement du projet de vie pour personnes âgées ou handicapées Accès impossible aux documents et non activation des démarches (isolement et état ne permettant pas de se déplacer au domicile) Absence de versement des aides attribuées
Mesure de protection pour majeurs vulnérables	Attente d'ouverture d'une mesure de protection judiciaire et de la désignation d'un mandataire judiciaire par un juge des tutelles Absence de réponse dudit mandataire
Définition du projet de soin et/ou de vie	Projet difficile à définir pour le patient (plusieurs orientations possibles, mais pas compatibles, absence de dispositif répondant aux besoins du patient, multi-morbidité.) Désaccord dans la définition du projet de soin entre famille - équipe de soins - membre d'une même équipe ou deux unités d'un site, ou d'un groupement hospitalier de territoire
Patient sans domicile fixe	Avec nécessité de soins Sans nécessité de soins
Attente d'orientation vers une structure médico -sociale	Patient de plus de 65 ans (Etablissement personnes âgées) et patient de - de 65 ans (en dérogation d'âge), Unité de soins de longue durée Patients de moins de 65 ans (Etablissement personnes Handicapées)
Attente d'une orientation vers une structure médicale	Service de Médecine, Chirurgie et Obstétrique vers Service de Soins et de Réadaptation ou unité de soins spécifique, Soins Médicaux et de Réadaptation /Médecine Physique et Réadaptation vers Hospitalisation à Domicile ou Service de Soins Infirmiers à Domicile Unité cognitivo-comportementale Soins palliatifs
Absence de régularité de séjour (ressortissant étranger)	Avec nécessité de soin ou orientation médico-sociale Rapatriement sanitaire

Si les caractéristiques des parcours bloqués à l'hôpital résultent bien souvent de la rencontre entre des problématiques en lien avec cette situation individuelle du patient, ils sont à analyser au regard du contexte dans lequel les professionnels exercent leur accompagnement, d'une part, et des difficultés spécifiques que cet accompagnement génère, d'autre part.

3 INGENIERIE DE PARCOURS BLOQUES

3.1 Le blocage fruit d'une situation complexe

La modélisation du parcours de patients est un sujet dont les chercheurs se sont emparés. Ces parcours ne sont pas, par nature, préformatés, mais préférentiellement représentés comme des trajectoires possibles avec des points de bifurcation (ex : par des connecteurs en langage BPMN) que sont les décisions prises sur l'orientation du patient et au fil de l'eau. Notre sujet interpelle des décisions du pilotage qui portent sur une situation non voulue et s'apparente à une volonté de réagir des parties prenantes de la situation sur une bifurcation qui tarde. Nous abordons ici la réponse à la question Q1.

Ce poids du champ social dans la prise de décision que nous avons souligné supra, nous rappelle que la décision est prise pour un système sociotechnique et collectivement par une équipe pluridisciplinaire intra et/ou inter organisationnelle. La mécanique de prise de décision doit être appréhendée dans le contexte de plusieurs acteurs. En cela, elle fait référence à trois conditions définissant la théorie des jeux coopératifs : (1) Le niveau d'information de chacun, (2) la confrontation de son objectif individuel (et de sa propre vision de la suite du parcours) à l'objectif obligatoirement partagé du déblocage, (3) le processus décisionnel selon lequel le groupe va négocier pour dégager une solution, sont autant de dimensions factuelles

qui plaident pour une analyse plus détaillée de cette partie du système.

L'analyse des difficultés de chaque cas va mobiliser des connaissances multiples, difficilement mobilisables par un seul point de vue. C'est un prérequis au pilotage du parcours.

On peut repérer trois périmètres impliqués dans la prise de décision, avec du plus local au plus global :

- L'unité de soin impliquée auprès du patient et de sa famille au moment du soin ;
- Le groupement hospitalier de territoire lorsque plusieurs unités sont engagées dans la mise en place du projet de soin du patient ;
- Les acteurs du territoire à impliquer ou impliqués dans la mise en place du projet de soin/ de vie du patient quand il faut trouver une structure hors-GHT ou préparer un retour au domicile avec un réseau de soins qualifié. Ce périmètre inclus également les acteurs du secteur social et médico-social. L'autonomie des acteurs et l'absence de centre de décision clairement identifié suppose alors un engagement fort des parties prenantes dans un principe d'acceptabilité partagée.

Parmi les acteurs impliqués, l'assistant de service social à l'hôpital est membre à part entière de l'équipe de soins (Article L1110-12 du code de la santé publique). Si l'hôpital est le théâtre de son action, ce professionnel s'appuie sur les ressources du territoire pour réaliser ses missions « *d'aider les patients, les personnes accueillies et les familles, qui connaissent des difficultés sociales, à prévenir ou surmonter ces difficultés, à maintenir ou retrouver leur autonomie, et éventuellement à faciliter leur insertion sociale et professionnelle.* » (Décret n° 2014-101 du 4 février 2014). Le service social à l'hôpital étant un dépositaire des évolutions des politiques en matière de santé publique, il peut être vu comme "*marginal sécant*" au sens où

les professionnels du social sont “parties prenantes de plusieurs systèmes d’action en relation les uns avec les autres” [Crozier et Friedberg, 1977] : la relation avec le patient et sa famille, l’équipe de soin, et l’offre territorialisée.

Si l’équipe se construit à partir d’individualités (chaque professionnel exerce avec son cadre conceptuel et éthique, ses références et son cadre réglementaire), l’équipe pluridisciplinaire ne peut se définir par la juxtaposition de celles-ci. La prise de décision suppose de dépasser des zones de tension et de contradiction pour faire place à un espace de négociation nécessaire à la réduction des écarts entre les différentes visions du plan de soins.

Chemin faisant, l’individualisation des prises en charge vient donc interroger la notion d’équipe pluridisciplinaire. Le territoire devient le périmètre d’intervention pluridisciplinaire qui n’est plus contenu entre les murs des institutions traditionnelles, appelant à revisiter les modalités de coopération des institutions et des acteurs entre eux afin qu’elles ne participent pas à renforcer les causes de blocage.

3.2 Génération de dynamiques singulières

Passons par des exemples pour illustrer la lecture d’une telle volonté de pilotage dans une vision large de l’espace et du temps dans lesquels le parcours doit s’inscrire.

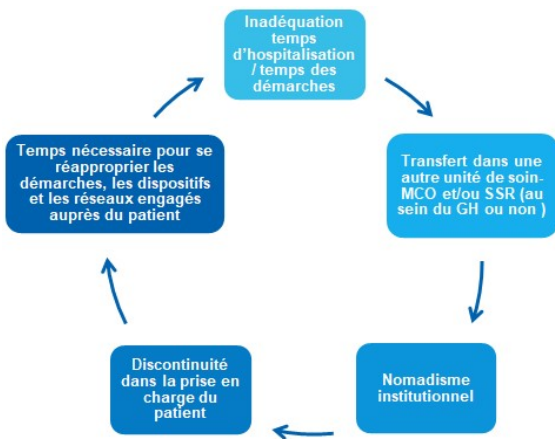


Figure 2-a - Exemple de conjugaison des facteurs de complexité - Effet du temps.

La figure 2-a illustre le rapport au temps dans une dynamique de réseau où le transfert depuis l’hôpital vers une structure de soins de suite et de réadaptation (SSR) doit être réalisé. Ce transfert déplace physiquement le patient, mais il entraîne aussi avec lui des exigences d’activités de soins, de soutien psychologique et social que les structures d’accueil doivent orchestrer. Cette mise en condition voulue comme symétrique peut se révéler inadaptée et prend du temps. D’où une inadéquation entre fenêtre de temps souhaitée pour le transfert et temps associé aux démarches et processus administratifs afférents qui est explicative d’une sorte de cercle vicieux. Ce que nous pourrions appeler un déphasage temporel.

C’est la dynamique d’orientation qui est évoquée dans la seconde illustration (cf. Figure 2-b). Le choix d’une structure en aval de l’hôpital peut être cornélien. Si la liste des exigences de l’équipe pluridisciplinaire peut être dressée sans difficulté, il se peut qu’aucune ressource institutionnelle ne soit en mesure de satisfaire toutes ces exigences. Dès lors, il faut accepter une décision d’affectation du patient sur son parcours

qui sera dégradée par rapport à un idéal inatteignable. Cette boucle vicieuse est d’autant plus critique que la réalité opérationnelle s’inscrit souvent dans un cadre de raréfaction de ces ressources. Et que les ressources pressenties peuvent être peu enclines à accepter un patient sans avoir en leur possession tous les attributs de sa prise en charge. C’est une situation de potentiel errément spatial ou de nomadisme si la sortie n’est pas correctement préparée.

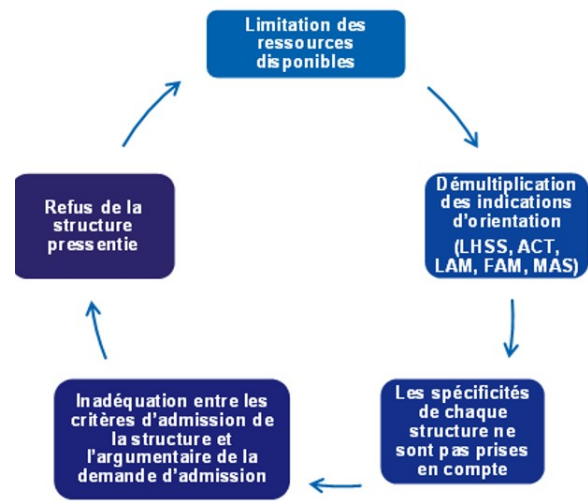


Figure 2-b - Exemple de conjugaison des facteurs de complexité Effet d’un déphasage spatial.

Nous savons que le pilotage du parcours de patients en situation complexe conduit à une dynamique d’adaptation récurrente du plan personnalisé coordonné de soins. Casser les cercles vicieux que nous évoquons implique de caractériser la prise de décision, avec en premier lieu l’énonciation des critères qui doivent guider la recherche de solutions. Car ceux-ci sont multiples et sont souvent à l’origine de tensions du fait du rapport entre objectif individuel et objectif du collectif que nous avons déjà évoqué plus haut.

3.3 Une caractérisation soutenant le diagnostic du patient

L’objectivation de la situation du patient en parcours bloqué peut réutiliser le modèle conceptuel que nous avons imaginé et mis à l’épreuve pour le patient en situation complexe [Pingaud et Lamine, 2020]. Le processus de pilotage débutera donc par une caractérisation la plus exhaustive possible de cette situation. A cette fin, les inducteurs de complexité (médicale, psycho-sociale) et les composantes associées à chaque inducteur (cf. tableau 2) résument l’ensemble des classes d’information où des données doivent être colligées par une équipe pluridisciplinaire en responsabilité.

Il est donc recommandé de capitaliser sur les attributs de ces différents concepts du tableau 2 pour profiler le patient bloqué, comme nous avons su profiler le patient en situation complexe. Ceci amènera à construire un référentiel de telles caractéristiques dont l’utilité est évidente, car il permettra de ne pas partir de la page blanche à chaque étude de cas. Cette démarche est connue dans le monde médico-social où les gestionnaires de cas développent ce type de pratiques. Notre proposition consiste donc à adopter une démarche similaire à l’hôpital, et dans le cas du sujet qui nous intéresse. Le renseignement des attributs est confié à plusieurs acteurs et alimente une carte de profil du patient (et de son parcours) qui est donc multifactorielle, par construction.

Tableau 2 - Modèle conceptuel de caractérisation du patient en situation complexe [Pingaud et Lamine, 2020]

Complexité	Le patient présente un niveau de complexité en fonction de son état de santé, de sa situation psycho-sociale, au sein d'un parcours de soins
Complexité médicale	Le patient présente un niveau de complexité médicale qui est lié à ses pathologies et aux traitements associés.
Composante de spécialité	La discipline médicale compétente sur la pathologie et pour l'organe affecté
Complexité psycho-sociale	Le patient présente un niveau de complexité psycho-sociale en fonction de ses conditions de vie et de ses relations sociales.
Composante sociale	Il s'agit de préciser l'environnement social dans lequel le patient vit.
Composante psychologique	Conscience du profil psychologique du patient et de sa personnalité

3.4 La complexité est aussi celle de l'environnement de prise en charge

Les difficultés rencontrées dans cette recherche d'un déblocage sont donc multiples et s'appuient sur des facteurs de complexité à la fois en lien avec la situation individuelle du patient, mais également en lien avec l'environnement dans lequel se déroule la prise en charge. Et c'est une hypothèse que nous posons.

Face à ces difficultés, les professionnels acteurs de la prise en charge des patients et de la mise en œuvre des parcours doivent mobiliser leurs pratiques et adapter leur organisation afin de dépasser une partie des difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Mais l'observation du terrain nous a appris que cet espace de prise de décision est donc lui-même à la source de cette complexité. Comme nous l'avons proposé pour la caractérisation du patient bloqué, nous appliquons les quatre facteurs de complexité à une lecture de l'environnement de prise en charge de cette étape du parcours.

Tableau 3 : Exemple de pratiques professionnelles et d'organisation mises en place pour dépasser les difficultés rencontrées

Facteurs de complexité	Exemple de difficultés rencontrées	Exemple de pratiques professionnelles ou d'organisations
Instabilité	Absence de visibilité des dispositifs mobilisables en lien avec la dynamique de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> . Recentrage des actions des professionnels vers les dispositifs les plus anciens, ainsi que ceux donc les critères d'inclusion sont les plus larges . Création d'un poste de coordinatrice patient complexe sur le périmètre d'un établissement hospitalier . Rencontres partenariales organisées à l'échelle d'une site hospitalier
Incertitude	Absence de maîtrise des délais de traitement des demandes d'admission, d'ouverture de droit	Démultiplication des demandes et des indications d'orientation Demande d'appui multiple, recherche de contact "privilegié"
Dynamiques singulière	Interdépendance de l'ensemble des démarches du plan de soin Succession d'étape, accumulation des temps nécessaires à chaque étape	Synthèse avec les partenaires extérieurs Rencontres partenariales organisées par le service social hospitalier au niveau d'un site hospitalier Interpellation de la direction de l'institution d'appartenance des acteurs concernés par la direction du site hospitalier pour tenter "d'imposer" l'admission du patient par exemple
Réseaux sophistiqués	Le patient présente une pathologie principale, des pathologies secondaires et des problématiques administratives et sociales multiples : les professionnels ne sont pas dans leur réseau habituel	Partage d'informations lors d'échange informel Prise de contact avec les professionnels de génération identique (réseau construit)

Si les pratiques professionnelles et les nouvelles modalités d'organisation témoignent d'une dynamique d'adaptation permanente des acteurs, elles peuvent se montrer peu efficaces, peu efficaces ou encore générer des boucles de rétroaction. Les éléments de la seconde colonne du tableau 3 sont corrélés aux exemples des figures 2-a et 2-b.

Il est par ailleurs intéressant d'observer le caractère souvent non transposable des pratiques professionnelles et des organisations : ce qui permet de dépasser une difficulté sur un site ne le permet pas forcément sur un autre site ; ceci vaut

également pour les réponses construites par les professionnels sur la base de leur expérience.

Cette analyse invite là aussi à capitaliser sur des pratiques professionnelles de déblocage capturant à la fois le contexte dans lequel l'action se déroule, mais également l'expérience vécue, offrant ainsi l'espace de négociation nécessaire à un "apprentissage collectif de la conceptualisation conjointe" [Duran et Thoenig., 1996].

4 SOUTENIR LA SORTIE PAR DE NOUVELLES PRATIQUES COLLECTIVES DE PRISE DE DECISION

4.1 Un cadre d'ingénierie émancipé

Capitaliser sur le patient, comme sur son environnement seraient donc des voies qui permettraient de baliser le processus de déblocage. Peut-on aller plus loin dans la modélisation de cette prise de décision collective ? Nous posons la question d'un cadre d'ingénierie qui regrouperait ces connaissances de manière structurée et qui préconiserait une démarche collective pour répondre à cette question, et plus largement à la question Q2. A cette fin, nous investiguons une piste originale qui hybride deux formes d'ingénierie. C'est un chantier que nous ouvrons et qui n'est qu'une première esquisse sur ce chemin d'une généralisation de la problématique.

4.1.1 L'ingénierie sociale

L'ingénierie sociale est apparue dans les années 80 en réponse à un besoin de théoriser autour d'un mouvement de restructuration de l'action publique. Nous retiendrons la définition donnée par l'association ANDELIS (Association Nationale pour le développement de l'ingénierie sociale) : *“une démarche collective d'action et de compréhension contextualisée, incluant les personnes accompagnées elles-mêmes. Elle s'appuie sur un faisceau de compétences et d'outils conceptuels et méthodologiques. Elle permet de piloter, coconstruire, accompagner et évaluer les dispositifs et organisations de l'intervention sociale, dans une visée de justice sociale”*.

Une large partie de cette définition pointe naturellement le sujet que nous étudions, et explique notre intérêt, puisque créer un plan de soins est bien une action, passe par une représentation embarquant le contexte et implique toutes les parties prenantes. Le recours au champ social influence à la fois la caractérisation du blocage et la négociation du futur plan de soins. La fin de la définition évoque une visée de justice sociale qu'il nous faut expliquer. Nous l'interprétons d'abord comme un objectif qui sous-tend la démarche. La notion de justice sociale interpelle (1) des propriétés portées par la décision que nous regroupons sous le vocable d'acceptabilité initiale des parties-prenantes. Cette acceptabilité peut probablement être graduée sur une échelle de valeurs et chaque acteur de la prise de décision peut avoir sa propre évaluation. Il est toutefois crucial de ne pas négliger des oppositions et de les traiter. (2) une acceptabilité durable du plan de soins par le patient, son entourage et les intervenants qui est une garantie pour la préservation des équilibres trouvés pendant la négociation du plan.

4.1.2 L'ingénierie système

Selon l'INCOSE, l'ingénierie système est *«une démarche méthodologique coopérative et interdisciplinaire qui englobe l'ensemble des activités adéquates pour concevoir, développer, faire évoluer et vérifier un système, c'est à dire un ensemble de produits, processus et compétences humaines apportant une solution économique et performante aux besoins des parties prenantes et acceptable par tous »*.

En traitant de la santé, nous déplaçons le curseur du produit vers le patient. Les processus et compétences humaines sont, ici aussi, au centre de notre sujet. “Faire évoluer” prend une signification toute particulière pour notre étude. Enfin, l'objectif poursuivi par cette ingénierie est globalement

l'atteinte d'une performance. Nous avons déjà commenté ce point en introduction. Cette performance se mesure à l'aune de la disponibilité des lits d'hospitalisation sur le plan des ressources et à la fluidité du parcours patient dans l'espace et le temps sur le plan opérationnel.

Considérant l'interdépendance des acteurs engagés autour du projet de la personne et les obstacles que soulèvent la prise de décision collective, le traitement du parcours bloqué ne peut être réduit à une approche relevant strictement d'une seule de ces ingénieries. Il faut trouver la jauge entre justice sociale et performance via la *“formation d'une expertise collective élaborée dans le cadre d'un débat démocratique”* [Penven, 2013], prenant en compte le contexte dans lequel se mène l'action, idéal auquel on ne saurait renoncer.

4.2 Une ébauche de cadre

Focalisons-nous sur le contenu d'un plan de soins. Tout doit être fait pour favoriser la reprise en main dans une volonté d'actions. Le plan est le résultat d'un processus décisionnel que nous abordons comme un acte de coordination entre acteurs, dans lequel le patient et sa famille doivent pouvoir trouver leur place, au sein d'un pilotage de parcours. Ce travail repose sur un partage, un échange de connaissances, et une délibération, dans le but de satisfaire le bénéficiaire ultime [Lamine, 2019]. Activités de vie, de soins et ressources engagées pour les soutenir, sont ensuite agencées dans le temps et dans l'espace. La figure 3 schématise cette acception d'un plan.

La problématique que nous abordons, cette poursuite de parcours, consiste à trouver une solution qui dépasse les causes du blocage à l'hôpital. Partant de cette analyse, il est nécessaire de proposer des activités dans chaque composante de la complexité (médicale, médico-sociale et sociale) qui effacent les causes de blocage et/ou résorbent leurs effets. De manière corrélée, il faut identifier les ressources qualifiées et disponibles qui vont faire en sorte de rendre ces activités atteignables dans un moment de partage. Cela correspond aux axes de ordonnées des deux diagrammes de Gantt de la figure 3. La combinaison de ces éléments génère un ou plusieurs scénarios qui sont élaborés dans un temps d'échange. Ceux-ci doivent alors passer par une évaluation au regard des critères portés par les deux ingénieries pour être en mesure d'alimenter un débat autour d'une solution acceptable et performante, dans un esprit de juste mesure à l'issue d'un temps de délibération.

Au sens de la théorie de GRAI [Vallespir et Doumeingts, 2004], ces temps d'échange et de partage correspondent à un cadre de décision où les objectifs de chaque ingénierie sont mis en avant, d'une part, et la délibération à un centre de décision au cœur de ce cadre conduisant vers cette juste mesure évoquée supra, d'autre part.

L'instabilité de l'accord qui caractérise la prise de décision en lien avec les caractéristiques des situations rencontrées va, par ailleurs, nécessiter une réévaluation régulière dans l'optique d'un maintien de l'acceptabilité par les parties prenantes (incluant le patient et sa famille), et supposant un réajustement du plan de soin, le cas échéant.

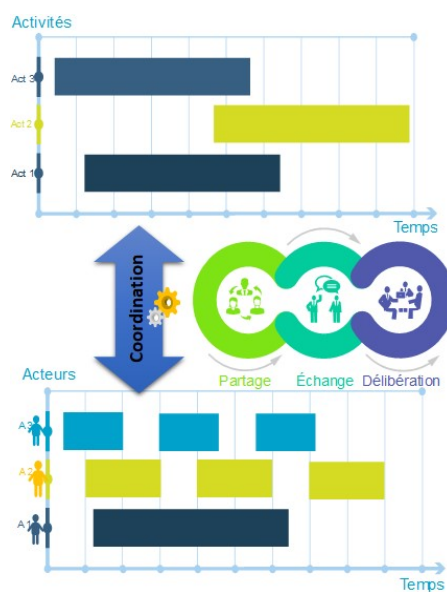
5 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Notre étude met en évidence un problème original, le décrit et contribue à le comprendre et à le résoudre, par une prise de recul et une lecture des pratiques. Le cadre d'ingénierie qui naît de ce travail est un chantier débutant et ouvert qui est né de ces

réflexions partagées entre les deux auteurs. Il reste encore du travail pour le concevoir et en faire un recours théorique accepté dans le système de santé.

Parmi les perspectives de développement que nous imaginons, nous citerons les pistes suivantes :

- L'analyse proposée porte sur la reprise du plan de soin des parcours bloqués à l'hôpital, impliquant un engagement fort des acteurs dans la prise de décision collective. La réalisation des activités en découlant se situe dans un contexte de forte autonomie des membres de l'équipe pluridisciplinaire, mais ne peut s'affranchir des interdépendances. Le consensus s'impose comme modalité de prise de décision et suppose alors de penser toute opposition comme révélatrice des tensions à dépasser entre les différents scénarios de la reprise en charge. Il s'agira dès lors de penser aux conditions qui favorisent la coopération selon trois piliers : (1) l'aménagement du cadre d'action qu'il suppose, (2) l'articulation des périmètres d'action entre eux et (3) la méthodologie que cela implique en s'appuyant sur une démarche de capitalisation prenant en compte le patient, son environnement et les pratiques des professionnels. Notons que les modules de gestion de lits qui sont développés par les éditeurs de système d'information du monde de la santé ont nettement évolué ces derniers temps. Nous avons examiné les logiciels qui sont classés comme les plus pertinents par l'ANAP en 2022 (Rapport en ligne sur le site de l'Agence). Nous avons eu le plaisir de constater que les structures de données recouvrent notre modèle du tableau 2 et que les séjours à temps longs font l'objet d'une collecte de données particulières où des données externes à l'hôpital, et sur le champ social, sont dans les tables de la base de données. Premiers émois sur le chemin du déblocage et de cette capitalisation ?
- Le périmètre d'action est large (unité-> GHT-> territoire) et implique tout à la fois une dépendance des contraintes rencontrées par chacun, et une absence de capacité d'agir des acteurs sur des contraintes extérieures qui ne relèvent pas de leur propre périmètre d'action. La question des délais de traitement d'une mesure de protection des personnes vulnérables en est une illustration. Trouver une jauge entre justice sociale et performance passe ainsi par une prise en compte des contraintes pour la construction de critères de performance qualifiables de "justes" ;
- La proposition originale d'articuler ingénierie système et ingénierie sociale interroge également les liens entre le système de pilotage et le système opérationnel. Si l'ingénierie système compartimente décision et exécution, il s'agirait d'aller plus loin dans l'analyse pour comprendre en quoi l'ingénierie sociale, par son intérêt pour le changement, articule de façon intense et systématique ces deux dimensions du système et l'intérêt de cette question en lien avec le problème posé.



- Figure 3 - La conception d'un plan de soins pour le déblocage - un acte de coordination revisité

6 REFERENCES

- DHUME X., SONZOGNI, F. (2010). Du travail social au travail ensemble, 2e édition. ASH Edition, 50-58.
- ELIAS, N.(1991), La société des individus, Fayard, 308 p
- COUILLOT M.F., GRYSON N., GOUIGNARD S., (2014), Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et réadaptation gériatrique, *La revue de gériatrie*, pp 215-221
- PENVEN A (2013). L'ingénierie sociale : expertise collective et transformation sociale, Eds Eres, 25-34
- PINGAUD H., LAMINE E. (2020) Retour d'expériences en ingénierie des parcours de patients en situation complexe. *Actes de MOSIM'20*, Agadir. 8 p. {hal-03053698}
- MARTUCELLI D. (2010) La société singulariste, Edition Armand Colin, 264 p
- MANZANO A. (2010) From Bed-Blocking to Delayed Discharges, *Health Services Management Research* 23(3):121-7
- MILLARD PH., MAC LEAN S. (1994) Modelling Hospital Resource Use: a Different Approach to the Planning and Control of Health Care Systems. London: Royal Society of Medicine Press
- GLASBY J, LITTLECHILD R, PRYCE K. (2004) a narrative review of the literature on delayed hospital discharges. *Br J Soc Work*
- LAMINE E. (2000) Définition et regard universitaire sur la coordination en santé, *Conf. Plénière de l'Université d'été de la coordination en santé*, INUC, Albi²

²<https://media.univ-jfc.fr/channels/CoordinationSante/media/MEDIA191017093437969>

- HUBBARD G, HUBY G, WYKE S, THESMESS T (2004)
Research Review on Tackling Delayed Discharge.
Edinburgh : Scottish Executive Social Research,
- DURAN, P., THOENIG J.C. (1996), L'état et la gestion
publique territoriale, *Revue Française de sciences
politiques*, pp. 580-623
- CROZIER M, FRIEDBERG E. (1977), l'acteur et le système,
Paris, Seuil, 436 pages
- VALLESPER B., DOUMEINGTS G. (2002) La méthode
GRAI, *Actes de l'Ecole de printemps en Modélisation
d'Entreprise*, Ecole des Mines d'Albi-Carmaux