

**HOPITAL EN
TENSION**

**ORGANISATION D'UN
ETABLISSEMENT EN
TENSION**

Recommandation régionale du
Réseau des Urgences Champagne
Ardenne



Version 2 - Septembre 2015

Table des matières

1	INTRODUCTION, DEFINITIONS.....	4
1.1.	Définition de la notion de « tension hospitalière ».....	4
1.2.	Le dispositif « Hôpital en tension », de quoi s'agit-il ?.....	5
2	METHODE DE TRAVAIL DU RESURCA	6
3	DETECTION DES TENSIONS : LES INDICATEURS.....	6
3.1.	Les indicateurs retenus	7
3.2.	Mise à disposition des indicateurs	7
3.3.	Interprétation des indicateurs.....	9
4	ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE	9
5	PREPARER L'ETABLISSEMENT	10
5.1.	Objectifs.....	10
5.2.	Éléments attendus.....	10
5.3.	Actions préventives	10
6	LES DIFFERENTES PHASES DU PLAN HOPITAL EN TENSION	12
6.1.	Phase de VEILLE.....	12
6.2.	Phase REACTIVE PRECOCE (de « pré-tension »).....	13
6.3.	Phase HOPITAL EN TENSION	16
7	LEVÉE DU DISPOSITIF.....	18
8	RETOUR D'EXPERIENCE	18
9	LE GESTIONNAIRE DE LITS	18
9.1.	Objectif de la mise en place d'un gestionnaire de lits.....	19
9.2.	Modalités de mise en œuvre.....	19
9.3.	Les enjeux.....	19
10	ROLE DE L'ARS	20
10.1.	Veille au niveau régional.....	20
10.2.	Rôle d'analyse de la situation régionale.....	20
10.3.	Rôle opérationnel de coordination régionale	21
10.4.	Rôle d'information et de communication	21
10.5.	Retour d'expérience Régional.....	21
11	ANNEXES.....	22
11.1.	Le Groupe de Travail.....	22
11.2.	Références.....	23
11.3.	Règlementation en vigueur	24
11.4.	Glossaire des abréviations.....	24
11.5.	Lettre de mission de l'ORU-CA (juin 2015).....	25

1 INTRODUCTION, DEFINITIONS

Les situations de saturation des lits d'hospitalisation sont fréquentes dans nos établissements et sont source d'engorgement des structures d'urgences et de désorganisation de nos établissements. Ces situations sont de plus en plus fréquentes et plus seulement limitées à la période hivernale.

Dès 2013, le RESURCA avait identifié cette thématique de travail et publié la première version de ces recommandations. Depuis, cette thématique a mobilisé au niveau national professionnels, syndicats, sociétés scientifiques et ministère, permettant de faire évoluer les mentalités et la reconnaissance de la problématique.

En région, nos établissements tentent de s'organiser ou ont au minimum mis en œuvre des actions pour faire face à ces situations. Une enquête déclarative auprès des établissements de santé de la région dotés d'une structure d'urgence réalisée au 31 décembre 2014 a permis de déterminer que :

- 2 établissements disposent d'un plan HET formalisé, 3 établissements sont en cours de rédaction et les 10 autres ne possèdent pas de plan HET ;
- Seuls 3 établissements sur les 15 interrogés disposent d'une cellule de gestion des lits.

La mise à jour de ces recommandations s'est enrichie des réflexions menées dans le cadre de la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) : www.fedoru.fr, ainsi que des pistes de propositions du CNUH.

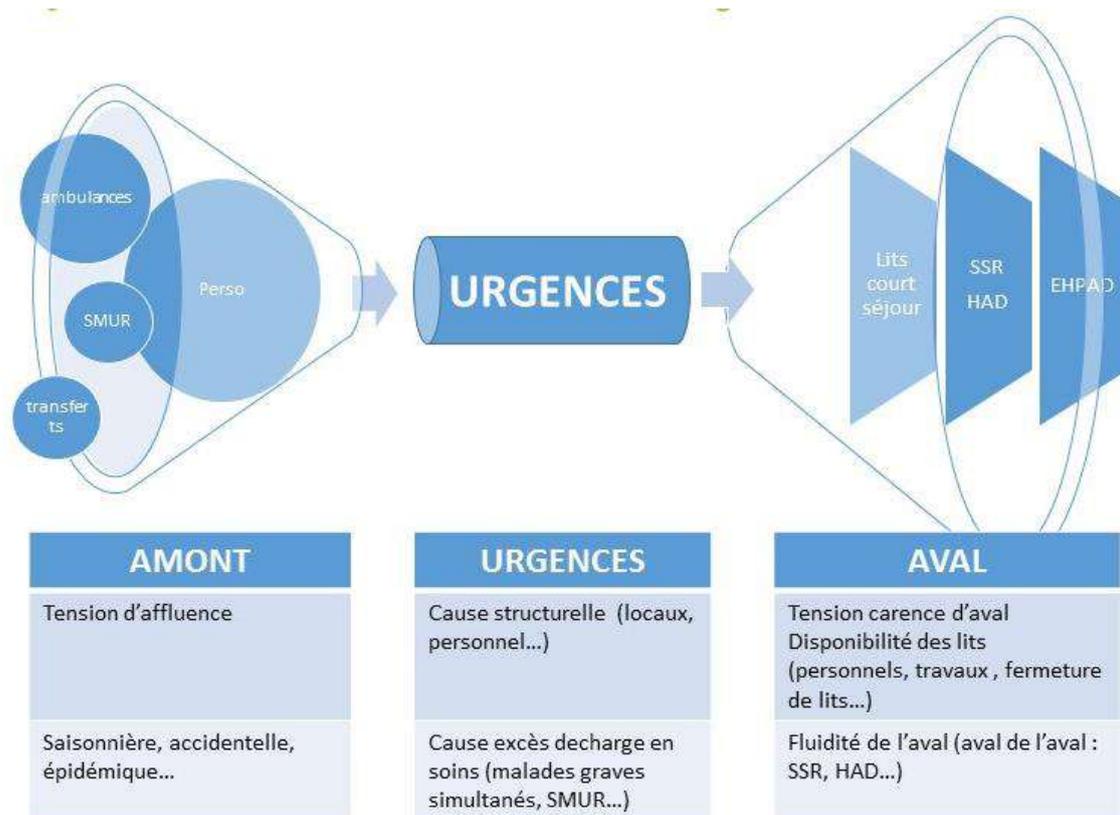
Elle intervient par ailleurs dans une démarche régionale plus large. En effet en juin 2015, l'ARS a missionné l'Observatoire Régional des Urgences – Champagne-Ardenne (ORU-CA) afin d'élaborer un plan d'action régional hôpital en tension. La démarche consiste à réaliser un état des lieux de la situation de chaque établissement disposant d'une autorisation de médecine d'urgence et de formaliser des propositions pour chacun d'eux afin de réduire, anticiper et améliorer les situations de tension hospitalière (annexe).

1.1. Définition de la notion de « tension hospitalière »

Il s'agit d'une situation exceptionnelle, conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (structure, personnels, lits d'hospitalisation...) d'un établissement et le flux de patients présents aux urgences et/ou les besoins immédiats d'hospitalisations non programmées. Ce dysfonctionnement de la gestion des flux de patients représente une situation critique pour un établissement, pouvant évoluer vers une crise.

Cette situation est le plus souvent la résultante de facteurs associés qui peuvent être classés de la manière suivante – les causes peuvent être cumulatives :

- Affluence de patients dans le service (liée à une épidémie, à une saisonnalité ou hebdomadaire...);
- Insuffisance de personnel :
 - défaut structurel (inadéquation avec l'activité, congés, mouvement social, épidémie...);
 - défaut par « charge en soins » (patients « lourds », en séquence de réanimation...);
- Carence de lits d'aval : déficit du flux sortant dans les différents secteurs.



« Hôpital en tension : un problème de tuyauterie... »

Les conséquences de cette situation sont parfois graves :

- Augmentation de la morbi-mortalité¹
- Stagnation aux urgences ou dans les couloirs des patients, saturation de la structure d'urgence, augmentation des durées de passage, patients séjournant plus de 24h sur un brancard en attente ;
- Répartition inadéquate des patients dans des services non adaptés au motif et au diagnostic d'hospitalisation ;
- Sécurité du patient mise en jeu et surveillance inadaptée des patients :
 - consécutives au retour à domicile en l'absence de disponibilité en lits ;
 - patient pris en charge aux urgences et dont l'état nécessiterait une hospitalisation ;
- Retard de prise en charge spécialisée avec allongement des DMS ;
- Perte de temps et d'énergie pour les personnels des urgences et les services de soins ;
- Insatisfaction des patients et du personnel.

1.2. Le dispositif « Hôpital en tension », de quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'un dispositif d'organisation propre à chaque établissement, intégré au plan blanc, proposant des mesures d'adaptation de l'établissement de santé lors d'une situation ponctuelle d'inadéquation entre les besoins et les moyens disponibles en hospitalisation.

¹ Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Richardson DB. Et al. MJA, 2006, 18 4, 213 - 6

Le dispositif « hôpital en tension » doit permettre à l'établissement d'éviter de compromettre ses missions, tout en faisant face à une situation critique de régulation de l'activité non programmée et tout particulièrement des urgences hospitalières, sans pour autant déclencher le plan blanc.

Il s'agit donc tout d'abord d'identifier le plus précocement possible ces situations, puis de mettre en œuvre un panel de mesures exceptionnelles (humaines, organisationnelles ou logistiques) permettant de gérer le flux des patients, de maintenir la continuité des soins, sans fragiliser la sécurité des patients et des professionnels.

Pour autant ce dispositif ne saurait être considéré isolément. Il est nécessaire de l'intégrer dans une démarche plus globale de l'établissement mettant en œuvre des mesures de prévention afin d'améliorer l'organisation des flux de patients laissant une place à l'activité programmée et non-programmée.

2 METHODE DE TRAVAIL DU RESURCA

Un groupe de travail multidisciplinaire rassemblant des représentants des directeurs d'établissement, de la conférence des présidents de CME, des cadres de santé, de l'ARS et des urgentistes s'est réuni régulièrement afin d'élaborer la première version de ces recommandations et outils publiés en décembre 2013.

En 2014 et 2015, le RESURCA a participé aux réunions du groupe de travail N°4 de la FEDORU dont les premiers travaux ont été publiés en octobre 2014 : « hôpital en tension - Synthèse de la FEDORU » (http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2014/02/GT4_Hopital_en_tension-1.pdf).

En parallèle, les indicateurs de tension identifiés par le groupe de travail ont été développés.

L'actualisation des recommandations et la validation des indicateurs ont été soumises au groupe de travail en septembre 2015.

3 DETECTION DES TENSIONS : LES INDICATEURS

Les recommandations nationales suggèrent l'élaboration et le suivi de tableaux de bord afin de mieux identifier les situations de tension. Ainsi la synthèse FEDORU relative aux situations Hôpital En Tension propose une liste quasiment exhaustive des indicateurs permettant d'identifier et de suivre les tensions.

Afin d'être véritablement opérationnels, ces indicateurs doivent être :

- automatisés,
- fiables,
- consultables en ligne,
- s'appuyant sur des données déjà disponibles.

Le groupe de travail du RESURCA a fait le choix de travailler sur des indicateurs issus des données du RPU et du Répertoire Opérationnel des Ressources mis en place en Champagne-Ardenne au cours du premier semestre 2015. De cette manière, il est possible d'extraire les indicateurs à partir des données disponibles de ce système, permettant une mise en œuvre rapide sans développement majeur.

Un groupe technique s'est ensuite mis en place associant représentant de l'ARS, du GCS SIS-CA et du RESURCA afin de permettre le développement de ces indicateurs.

3.1. Les indicateurs retenus

- ⇒ HET1 : La disponibilité en lits
- ⇒ HET 2 : Le nombre de passages aux urgences J-1
- ⇒ HET 3 : La moyenne de durée de passage des patients hospitalisés à partir des urgences J-1
- ⇒ HET 4 : Le taux d'hospitalisation après urgences (nb d'hospitalisations/nb de passage) J-1
- ⇒ HET 5 : La charge d'occupation à 15h/capacité d'accueil du service des urgences (nb de patients pouvant être installés simultanément dans le service en salle d'examen et en zone d'attente organisée)

Des seuils ont été calculés pour chaque indicateur et par établissement pour déterminer le niveau de tension (0 : absent, 1 : pré-tension, 2 : tension).

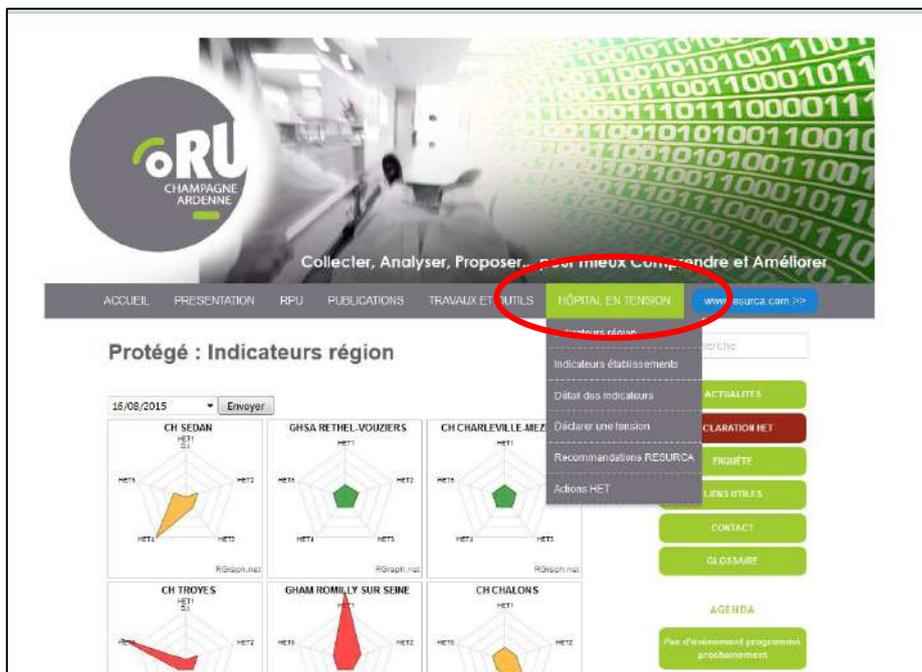
Une phase de test a été initiée dans deux établissements de la région : le ressenti des urgentistes a été confronté aux résultats des indicateurs sur une période de quinze jours. Les seuils de déclenchement ont pu ainsi être affinés.

3.2. Mise à disposition des indicateurs

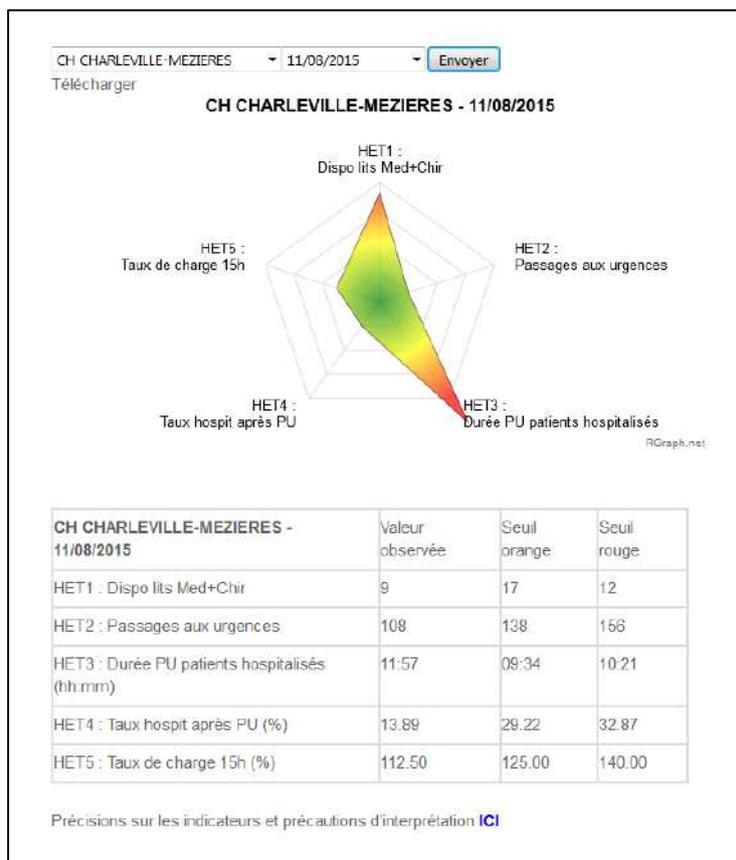
Les indicateurs ont été mis en ligne sur le site de l'ORU-CA (www.oru-ca.com) mi-juillet 2015. Ils sont calculés quotidiennement sur des données J-1 et mis à disposition à 8h30, l'accès est protégé par un mot de passe disponible sur simple demande auprès du réseau ou de l'Observatoire.

Plusieurs vues sont disponibles :

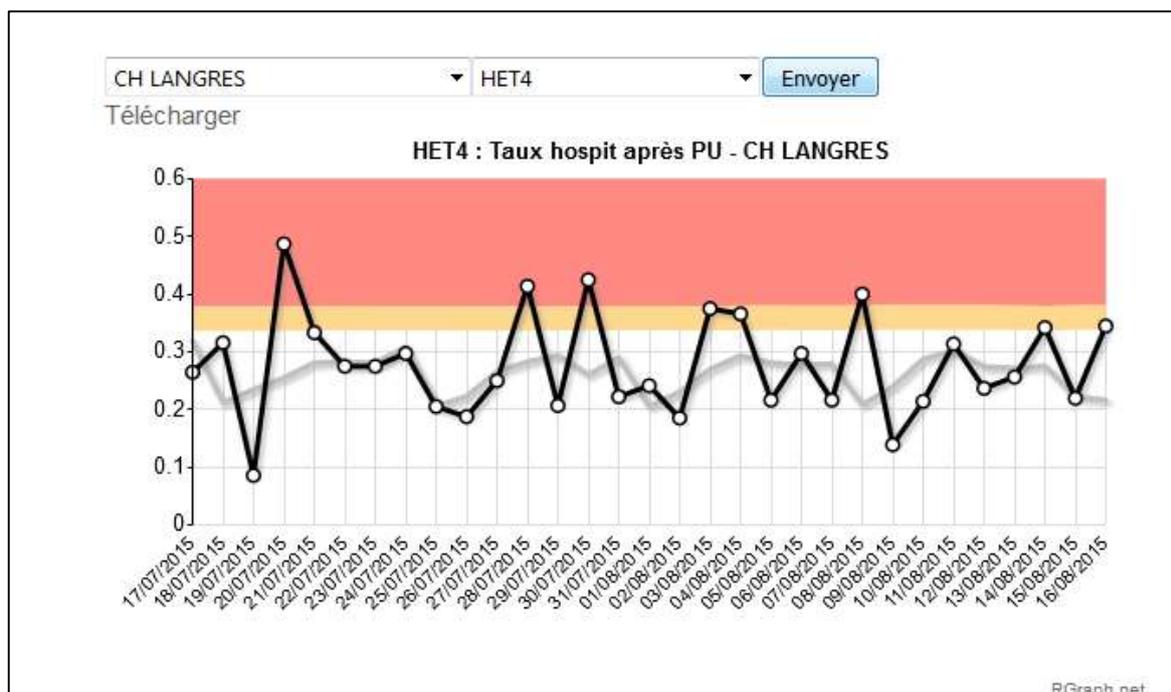
- Synthèse régionale du radar de chaque établissement ;
- Détail du radar avec tableau de valeurs chiffrées pour chaque établissement ;
- Détail de chaque indicateur pour chaque établissement avec courbe historique des 30 derniers jours.



Les indicateurs mis en ligne sur le site de l'ORU-CA : synthèse régionale



Indicateurs : détail du radar de chaque établissement



Indicateurs : vue détail indicateur avec historique

3.3. *Interprétation des indicateurs*

La qualité de ces indicateurs dépend de celle des informations transmises par les établissements. Par exemple si un établissement ne déclare pas ses lits disponibles dans le ROR, HET1 n'apparaîtra pas pour l'établissement considéré et la mention "DI" (données insuffisantes) sera apposée sur le graphique. De la même manière, si un établissement ne renseigne pas le champ destination dans son logiciel urgences, les calculs concernant les patients hospitalisés (indicateurs HET 3 et 4) ne pourront être réalisés.

Ces indicateurs ne sont pas des outils de déclenchement d'un plan HET. La décision de déclenchement appartient à la direction de l'établissement, en s'appuyant sur les indicateurs mesurés et sur l'analyse de la situation constatée. Ces indicateurs ne sont pas suffisants pour apprécier la charge de travail de manière exhaustive, d'autres facteurs entrant en compte (sorties SMUR, effectif disponible, etc.)

Ces indicateurs doivent être interprétés dans leur globalité et non pas indicateur par indicateur. L'augmentation d'un seul indicateur n'est le plus souvent pas suffisante pour caractériser une tension.

En sus de ces 5 indicateurs, chaque établissement peut identifier des indicateurs complémentaires en fonction des données qui lui sont disponibles (automatisation, fréquence, qualité...).

4 ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La survenue d'une situation de saturation hospitalière n'a pas le même impact dans un établissement selon que celui-ci se sera ou non préparé à la gestion de cet événement. C'est le sens des recommandations et différentes réglementations concernant la gestion de crise dans les établissements de santé (annexe).

Nous proposons un « modèle type » d'organisation, gradué en fonction du niveau de tension, et faisant une place à l'anticipation, associant :

- une organisation de crise,
- des outils d'aide à la décision,
- des actions types,
- des propositions d'actions d'anticipation.

Les actions proposées dans ce document sont « génériques » et destinées à répondre à l'ensemble des situations. Elles sont donc à choisir et à décliner localement selon la taille, l'organisation de l'établissement, la fréquence et la typologie des situations de tension rencontrées.

Une fois décliné et adapté au niveau de chaque établissement ce dispositif d'organisation devra être annexé au plan blanc, après validation par les instances de l'établissement.

5 PREPARER L'ETABLISSEMENT

5.1. Objectifs

Cette phase préparatoire consiste à élaborer les différents éléments et outils qui constitueront le plan ou dispositif Hôpital en Tension.

Il s'agit donc de mettre en œuvre des actions d'anticipation qui seront activées dans les différentes phases ultérieures. Certaines actions seront également retrouvées dans les différents paragraphes « actions d'anticipation » de chacune des phases du dispositif.

La préparation de l'établissement passe également par la prévention des situations de tension. Un certain nombre d'actions peuvent être entreprises pour y parvenir.

5.2. Eléments attendus

De manière optimale, un établissement de santé devrait:

- **Mettre en place d'une cellule de veille** : en charge de la veille quotidienne de l'établissement et de la déclaration au directeur des situations de tension ;
- **Définir et organiser une cellule de crise HET** : organe décisionnel en charge d'analyser la situation et de déclencher les actions adaptées ;
- **Mettre en place une Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées (CACNP)** : au-delà de ses missions décrites dans la circulaire du 16 avril 2003, cette commission pourrait être plus précisément en charge de la validation des règles d'organisation des hospitalisations programmées et de la capacité à réserver à l'activité non-programmée, de la validation du plan HET et de ses évolutions, des démarches de retour d'expérience après période de tension afin d'adapter le dispositif HET ;
- **Rédiger un plan HET** qui précise l'ensemble de ces éléments, leur fonctionnement, etc.

Qui est en charge de ces travaux ?

Un groupe technique associant différents profils : direction, urgentistes, représentants des services d'aval, cadre de santé, qualificateur, gestionnaire des lits, est en charge de la rédaction des travaux préparatoires. Ces documents devront être validés par les instances de l'établissement.

5.3. Actions préventives

Il est indispensable de mettre en place des actions préventives, qui participent à la démarche d'appropriation de la problématique de tension par l'ensemble de l'établissement. C'est un travail de pédagogie et d'exemple qui implique particulièrement les directions, les chefs de pôle, le président de la CME, les présidents des autres commissions institutionnelles concernées et la commission des admissions et consultations non programmées (CACNP).

La CACNP peut être responsable du pilotage de la mise en place de ces actions préventives.

Il s'agit de déterminer les actions qui permettraient de diminuer la fréquence des situations de tension, en améliorant les processus de prise en charge, l'organisation de la programmation... Il s'agit donc d'actions visant à fluidifier le parcours du patient, à diminuer la DMS, etc.

Ces actions sont pour la plupart celles qui ont été décrites dans le document « *Bonnes pratiques organisationnelles de gestion des lits* » de la MEAH en 2008.

Actions à entreprendre :



Recueil d'indicateurs, d'informations

- Mettre en place et fiabiliser un relevé des lits disponibles de l'établissement ;



Communication

- Diffuser à toutes les unités le relevé des lits disponibles.



Moyens d'action

- Identifier au sein de la CME et de la direction 1 médecin (président CACNP ?...) et 1 directeur en charge de mener ce projet ;
- Mettre en place une analyse des séjours longs (pertinence d'hospitalisation) ;
- Mettre en place un « gestionnaire de lits » (Cf chapitre 9) ;
- Lisser la planification des séjours des patients dont les séjours peuvent être programmés afin d'optimiser l'occupation des lits, la DMS et la disponibilité de lits pour l'activité programmée ;
- Améliorer le processus d'hospitalisation pour anticiper l'organisation des sorties prévues à court terme (J+1 ou 2) ;
- Limiter la programmation d'admissions les lendemains de week-end et jours fériés ;
- Détecter les patients présentant une forte probabilité de difficultés de sortie pour des raisons non médicales afin de les anticiper ;
- Relever la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits) ;
- Gestion prévisionnel des ressources humaines : maintenir et/ou augmenter le nombre de personnels (service urgences et aval) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (WE, jours fériés, ponts, grands rassemblements...).

Outils d'anticipation recommandés

- ⇒ Identifier les outils de communication internes de la saturation et de la tension : comment diffuser l'information à tous afin de mobiliser les acteurs en interne ;
- ⇒ Elaborer une formation et/ou un guide HET à l'usage des directeurs/administrateurs de garde : permettre aux directeurs de connaître le fonctionnement et les outils du plan HET pour le rendre opérationnel.

6 LES DIFFERENTES PHASES DU PLAN HOPITAL EN TENSION

6.1. Phase de VEILLE

6.1.1 Objectif

L'établissement organise une veille quotidienne (y compris le week-end) de l'activité de l'établissement afin d'identifier le plus précocement possible les critères prédictifs d'une saturation.

6.1.2 Les indicateurs d'activités

Chaque établissement peut mettre en place des tableaux de bord rassemblant des données journalières d'activité des urgences, des services de soins et de la disponibilité en lits. Ces données viennent en complément des indicateurs de tension automatisés mis à disposition des établissements sur le site de l'ORU-CA.

6.1.3 Qui est en charge de la surveillance ?

- **Aux Urgences** : le médecin responsable des urgences et le cadre de santé mettent en place une organisation permettant une veille quotidienne des indicateurs.
- **Au sein de l'établissement** : la cellule ou la/les personnes en charge de la gestion des lits. Elle peut mettre en corrélation l'évolution des indicateurs de tension et la prévision de l'activité programmée de l'établissement.
- **Au sein de la direction** : l'administrateur de garde.

6.1.4 La cellule de veille

Constituée au minimum d'un représentant de la direction et des urgences, elle se réunit quotidiennement, idéalement sous forme d'un point téléphonique de quelques minutes.

Elle analyse les indicateurs de tension et juge de l'existence de critères en faveur d'une tension. Elle signale alors au directeur cette situation en vue de déclencher le plan HET.

6.1.5 Déclaration d'une tension ressentie

Les Urgences ou la cellule Gestion des lits peuvent être à l'origine d'une déclaration de « tension ressentie » fruit de l'observation de l'évolution de l'activité non identifiée par les indicateurs (issues des données J-1). La déclaration se fait au directeur de garde qui, après avoir pris connaissance de la situation, a la charge de confirmer la nécessité de passer au niveau supérieur du dispositif afin d'analyser la situation plus précisément et d'adapter l'organisation de l'établissement.

6.1.6 Outils d'anticipation

- ⇒ Identifier les indicateurs de tension validés, propres à l'établissement ;
- ⇒ Décrire le mode de signalement d'une « tension ressentie » et son schéma de communication au sein de l'établissement.

6.2. Phase REACTIVE PRECOCE (de « pré-tension »)

Définition : il s'agit d'une situation où la saturation n'est pas encore présente, mais pressentie au vu du niveau des indicateurs de tension ou d'une déclaration de tension ressentie. Le directeur réunit une cellule de crise restreinte pour y répondre.

6.2.1 Cellule de crise restreinte

Composition proposée :

- le directeur ou son représentant,
- le responsable des urgences ou son représentant,
- le directeur des soins ou son représentant,
- le président de CME ou son représentant,
- personne(s) ressource(s) selon besoin : service social, gestionnaire des lits.

Missions :

- Confirmer la situation de suractivité ou pré-tension et demander le déclenchement du plan HET ;
- Effectuer un recensement précis de l'activité des urgences, des besoins en hospitalisation des patients aux urgences et à l'UHCD, de la disponibilité en lits de l'hôpital, de l'activité programmée actuelle et à venir, des particularités en cours dans l'établissement (fermeture de lits, sous-effectif, congés de personnels, de praticiens...);
- Analyser la typologie de la suractivité détectée ;
- Assurer la communication en interne et en externe (ARS et partenaires) ;
- Décider du passage à la phase HOPITAL EN TENSION du dispositif, en cas de dégradation de la situation ou devant des indicateurs indiquant une tension confirmée.

Fréquence de réunion :

- La cellule de crise restreinte échange une fois par jour pour analyser l'évolution de la situation et le suivi opérationnel des mesures internes déclenchées. Un compte rendu des décisions est élaboré à l'issue de chacune de ces rencontres.

6.2.2 Déclarer une tension

Sur avis de la cellule de crise, le directeur déclenche le plan hôpital en tension.

Il déclare à l'ARS cette situation en utilisant le formulaire en ligne sur le site de l'ORU-CA (<http://www.oru-ca.com/declarer-une-tension/>).

Il communique ensuite cette décision.

6.2.3 Actions à entreprendre



Recueil d'indicateurs, d'informations :

- Dimensionner les besoins d'aval des urgences et veiller à leur mise à jour : Identifier quel est le nombre journalier moyen de lits dont la SU a besoin ?
- Mettre en œuvre un relevé des disponibilités en lits de l'établissement trois fois par jour en période de tension;
- Effectuer un bilan des sorties prévisibles à trois jours, recenser les patients en attente de sortie vers une structure d'aval ;



Collecter, Analyser, Proposer... pour mieux Comprendre et Améliorer

ACCUEIL

PRESENTATION

RPU

PUBLICATIONS

TRAVAUX ET OUTILS

HÔPITAL EN TENSION

[www.resurca.com >>](http://www.resurca.com)

Déclarer une tension

Recherche

DÉCLARATION DE TENSION HOSPITALIÈRE

Formulaire à remplir par le Directeur de l'établissement ou son représentant.

Établissement*

CH Charleville-Mézières

Déclarant*

Directeur

Si autre, préciser

Préciser la fonction exacte de la personne qui effectue la déclaration.

Nom - prénom du déclarant*

Nom - prénom du déclarant*

Email du déclarant*

Objet du signalement*

- Déclaration d'une situation de tension
 Levée du plan HET de l'établissement

Type de tension (plusieurs réponses possibles)*

- Tension amont (=affluence)
 Tension liée à la structure / charge en soins
 Tension aval (=disponibilité en lits)

Précisions sur la situation

ACTUALITES

DECLARATION HET

LIENS UTILES

CONTACT

GLOSSAIRE

AGENDA

Pas d'évènement programmé prochainement

Formulaire de déclaration en ligne (www.oru-ca.com)

- Relever quotidiennement les disponibilités d'accueil des principaux établissements partenaires de l'aval de l'établissement (Hôpitaux locaux, SSR, EHPAD, HAD) afin de favoriser les transferts dans les meilleurs délais ;
- Envisager avec le CRRA 15 les éventuelles possibilités de réorientation du flux des patients régulés vers d'autres SU ;
- Établir un bilan prévisionnel de l'évolution de la suractivité.

Communication :



- Etablir un compte-rendu de relevé des décisions des réunions de la cellule de crise ;
- Informer les services d'aval des urgences de la situation et des demandes d'adaptation nécessaires ;
- Informer l'ARS de déclenchement du plan HET via le formulaire en ligne ;
- Informer les principaux établissements partenaires de l'aval de l'établissement (Hôpitaux locaux, SSR, EHPAD, HAD) et les établissements sanitaires du territoire de la situation et de son évolution ;
- Informer le CRRA 15 de l'évolution de la situation.

Moyens d'action :



- Organiser l'hébergement de patients dans des services non conformes à la pathologie (hospitalisation inadaptée, par ex : patient de médecine en chirurgie) ;
- Mettre en place un renfort d'effectif au tri, afin de l'accélérer et de permettre des réorientations précoces, de planifier des RDV pour les prises en charges qui peuvent être faites en ambulatoire ;
- Demander aux spécialités de créer des créneaux de rendez-vous pour accueillir des patients non-programmés réorientés à partir des urgences ;
- Demander aux services d'aval de faciliter la prise en charge des patients en attente des urgences, d'accélérer les sorties (Cf. moyens d'anticipation de la sortie, Guide ANAP – annexe), de dynamiser les recherches de solution d'aval, de retarder les demandes de programmation d'hospitalisation ;
- Favoriser les sorties et admissions matinales ;
- Organiser des « salons de sortie » temporaires dans les unités de soins. Il s'agit d'une zone (une salle d'attente, une zone de couloir...) aménagée pour accueillir des patients en attente de sortie. Ce dispositif doit permettre de libérer plus précocement les lits d'hospitalisation et les rendre ainsi disponibles pour les patients en attente aux urgences. (Cf. Guide ANAP Gestion des lits – annexe) ;
- Dédier dans chaque unité de soins un quota de lits réservés aux hospitalisations non programmées provenant des urgences ;
- Organiser les ressources logistiques (nettoyage, remise en état des chambres...) en fonction des décisions mises en œuvre.

6.2.4 Outils d'anticipation

- ⇒ Déterminer la composition de la cellule de crise restreinte (par fonction et non nominativement) ;
- ⇒ Élaborer un tableau de bord « type » de la gestion des lits : nombre de lits installés, lits supplémentaires possibles, lits occupés, lits réservés à H24, lits réservés > H24, patients

programmés, sorties programmées, patients en attente de transfert vers un établissement d'aval ;

- ⇒ Mettre en œuvre une procédure / système d'information permettant une gestion facilitée et en temps réel de la mise à jour du tableau de bord, directement par les secteurs de soins ;
- ⇒ Anticiper et formaliser par écrit la mise en œuvre des salons de sortie : identification du lieu (mutualisation pour plusieurs services), du mobilier, profil du patient, organisation (cf. annexe) ;
- ⇒ Disposer d'une liste à jour des établissements d'aval (établissements de santé ou médico-social en mesure d'accueillir des patients hospitalisés et de permettre le désengorgement des services de soins de l'établissement), leurs coordonnées, modalités d'admission programmée ou en urgence.

6.3. Phase HOPITAL EN TENSION

Définition :

Cette phase est déclenchée par le directeur, sur avis de la cellule de crise restreinte en cas de dégradation d'une situation de pré-tension ou devant des indicateurs confirmant la situation d'établissement en tension.

6.3.1 Cellule de crise

Composition proposée :

- Membres de la cellule de crise restreinte ;
- Président de la CACNP ;
- Représentants de pôles / ou services les plus impactés par la suractivité et les mesures prises pour y faire face (l'implication médicale doit en particulier être privilégiée car indispensable pour la bonne application des mesures prises).

Fréquence de réunion :

- La cellule de crise restreinte se réunit une fois par jour pour analyser l'évolution de la situation, prendre les décisions nécessaires et effectuer le suivi opérationnel des mesures internes déclenchées ;
- Les premiers jours de la crise, deux réunions par jour peuvent être nécessaires, ou une seconde réunion journalière sous la forme d'une cellule restreinte plus opérationnelle.

Missions :

- Préciser la situation justifiant l'activation de cette phase, analyser la typologie de la suractivité détectée ;
- Adapter les décisions engagées à l'évolution de la saturation ;
- Coordonner les actions dans l'établissement ;
- Décider d'un éventuel renfort ponctuel de personnel ;
- Etablir un plan de communication interne et externe ;
- Décider du déclenchement d'un plan blanc en cas de nécessité ;
- Décider de la levée du plan HET.

6.3.2 Actions à entreprendre

Recueil d'indicateurs, d'informations



- Rassembler tous les éléments nécessaires pour préciser le niveau de tension, et en assurer le suivi quotidien ;
- Recenser avec précision les déprogrammations, afin de permettre après la crise, un plan de programmation gradué dans les délais les plus brefs.

Communication



- Etablir un compte-rendu de relevé des décisions des réunions de la cellule de crise ;
- Réaliser une communication quotidienne en interne et en particulier vers les services de soins afin de les informer de l'évolution de la situation ;
- Informer les principaux établissements partenaires de l'aval de l'établissement (Hôpitaux locaux, SSR, EHPAD, HAD) et les établissements sanitaires du territoire du déclenchement de la phase Hôpital en tension et de son évolution dans le temps ;
- Prévoir une information régulière du SAMU ;
- Prévoir la communication d'un point de situation régulier des décisions prises à l'ARS par mail et/ou par téléphone.

Moyens d'action



- Accélérer les sorties anticipées ;
- Adapter les effectifs aux urgences et dans les services d'aval ;
- Activer la filière rapide de prise en charge (circuit court) des urgences avec du personnel des services d'aval et/ou internes ou médecins d'astreintes ;
- Mettre en place une consultation non programmée de médecine générale (hors PDSA et en dehors des locaux des urgences), permettant de soulager l'activité des urgences de ces patients ;
- Transformer les secteurs HDJ ou HDS en secteur d'hospitalisation conventionnel ;
- Ré-ouvrir des lits (fermés) avec rappel ponctuel de personnels ;
- Ouvrir des lits supplémentaires (1 ou 2 lits par service sans personnel supplémentaire) ;
- Différer des hospitalisations programmées ;
- Effectuer une déprogrammation ponctuelle : médicale, médico-chirurgicale, médico-technique.

6.3.3 Outils d'anticipation

- ⇒ Déterminer la composition de la cellule de crise (par fonction et non nominativement).
- ⇒ Établir un formulaire de communication type reprenant les principaux points : état des indicateurs de tension, niveau de tension, actions entreprises, prévision d'évolution, coordonnées des personnes référentes.
- ⇒ Elaborer un schéma de flexibilité des capacités d'accueil des services (où peut-on ajouter des lits supplémentaires avec ou sans personnels, quels sont les secteurs HDJ ou HDS pouvant passer en hospitalisation conventionnelle,...)

7 LEVEE DU DISPOSITIF

La levée du dispositif hôpital en tension est décidée par le directeur après stabilisation de la situation (progressive après plusieurs jours consécutifs d'amélioration de la situation de saturation de l'établissement et de suractivité des urgences).

Une communication est nécessaire vers les services, les partenaires, l'ARS (formulaire de déclaration de la levée du dispositif HET).

Une reprogrammation progressive est organisée dans les meilleurs délais.

8 RETOUR D'EXPERIENCE

A périodicité régulière et en particulier après une période de tension importante, il est souhaitable que l'établissement organise un retour d'expérience des situations de tension.

La CACNP peut être le lieu de ce REX.

L'objectif est d'analyser le déroulement des événements : circonstances, solutions retenues, points forts et points perfectibles du dispositif... Cette analyse permettra de proposer une évolution du plan hôpital en tension.

Une communication large des conclusions doit être réalisée en interne. Il s'agit en particulier de valoriser l'implication des différents acteurs.

9 LE GESTIONNAIRE DE LITS

Il s'agit d'un ou de plusieurs professionnels qui assistent le directeur d'établissement dans sa mission d'optimisation du fonctionnement de l'établissement. Son rôle principal est de maintenir et de diffuser une information précise sur la disponibilité en lits de l'établissement (en temps réel et en prévisionnel) mais aussi de proposer une assistance à la recherche de lits ou de veiller à l'équilibre entre admissions programmées et non programmées qui ne peuvent être différées.

Nombre d'établissements connaissent la difficulté rencontrée quotidiennement pour connaître l'état exact de disponibilité des lits. Le recours à l'appel direct de chaque unité par téléphone est souvent le seul moyen d'en avoir une estimation sans pouvoir contrôler la véracité de la réponse.

Le gestionnaire de lit doit donc mettre en place des moyens fiables pour connaître cette disponibilité, en garantir une mise à jour aussi proche du temps réel que possible et contrôler régulièrement la qualité des données (comparaison entre données recueillies, données du système d'information de gestion administrative du patient et relevé sur site).

L'inventaire des lits gagne à être diffusé à tous les acteurs, tant en intra qu'en extra établissement. Cette diffusion peut être réalisée à l'aide du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR – www.ror-ca.fr). Tous les établissements de la région renseignent au moins une fois par jour la disponibilité des lits au sein du ROR. Cette information permet notamment une vision régionale de la saturation des établissements et le calcul des indicateurs HET.

Le relevé régional des « lits chauds » (réanimation, USIC, UNVA) est réalisé 3 fois par jour par les 4 SAMU de la région et saisi dans le ROR.

9.1. *Objectif de la mise en place d'un gestionnaire de lits*

- L'optimisation de la disponibilité des lits dans tout l'établissement pour les activités programmées comme pour les activités non programmées des structures d'urgences ou des patients adressés par des médecins correspondants ;
- L'optimisation du fonctionnement du bloc opératoire et de l'ensemble du plateau technique, tout particulièrement l'imagerie, avec pour objectif un lissage des activités et une meilleure fluidité des parcours patients.

9.2. *Modalités de mise en œuvre*

- Prérequis : l'établissement et notamment la CME doit définir des règles de gestion des lits entre les services qui accueillent les malades et les urgences. Ces règles précisent notamment les modalités d'admission, les responsabilités réciproques, les bonnes pratiques en terme de sortie d'hospitalisation (anticipation, heure de sortie...), etc.
- Le dispositif de gestion des lits doit être indépendant du service d'accueil des urgences. Il est localisé physiquement dans un endroit différent de l'hôpital. Cette indépendance est nécessaire pour que le dispositif soit à l'usage de l'ensemble de la communauté médicale et non pas limité à la filière urgence. Le flux des lits d'aval des urgences devient donc une des composantes des flux entrants dans l'hôpital.
- Le dispositif se concrétise par une cellule de gestion des lits qui monitoré les lits disponibles, anticipe les entrées et sorties et s'adapte très rapidement aux évolutions.
- Le gestionnaire de lits a une autorité déléguée par la CME et la Direction. Il représente l'ensemble des activités. Il a des correspondants dans tous les pôles. Ces correspondants fournissent quotidiennement des informations opérationnelles sur les besoins (admissions prévues, urgences ...) et les disponibilités en lits (sorties, lits fermés ...). Il coordonne l'ensemble des admissions.
- Une cellule de coordination peut être constituée autour du gestionnaire de lits, afin d'analyser les données et difficultés, de proposer une adaptation des règles et de donner une légitimité au difficile travail du gestionnaire de lit. La présence du président ou vice-président de CME y est souhaitable. Il est l'autorité de recours pour le gestionnaire en cas de conflit.

9.3. *Les enjeux*

Au-delà de l'amélioration de la gestion de la disponibilité des lits et du parcours patient, il existe de véritables enjeux institutionnels derrière la mise en place d'un gestionnaire des lits.

Appuyé par une véritable dynamique d'établissement et une gestion projet, d'autres enjeux source d'une meilleure efficacité de l'établissement peuvent être identifiés :

- Amélioration de la qualité et la sécurité des soins : le bon patient au bon endroit, au bon moment ;
- Diminution des hospitalisations inadaptées (hébergement faute de place) ;
- Adaptation des capacités d'hospitalisation conventionnelle aux flux de patients et à leurs variations ;
- Lissage de l'activité programmée ;
- Optimisation des interfaces (recours aux plateaux techniques et avis spécialisés) ;
- Diminution des déprogrammations ;
- Diminution de la DMS ;
- Augmentation du taux d'occupation.

De nombreux outils permettant d'y parvenir sont détaillés dans un guide de la MEAH (La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience. Avril 2008 – cf. références).

10 ROLE DE L'ARS

10.1. Veille au niveau régional

- Les ARS sont particulièrement concernées par la problématique d'HET et donc par la veille des indicateurs ; cette mission est assurée par la CRDS (Cellule Régionale de Défense et Sécurité).
- Cette veille est réalisée pour **le niveau national** tous les mardis, sur la base d'indicateurs régionaux (réponse hebdomadaire à l'enquête du Département d'Urgence Sanitaire (DUS)).
- Elle est réalisée quotidiennement pour **le niveau régional**, en vue de détecter des phénomènes de tension locaux, en raison des phénomènes épidémiques ou climatiques (canicule)...

L'ARS veille des indicateurs provenant de plusieurs sources :

- Données d'activité des SU issues des RPU (ORU-CA),
- Disponibilité des lits (ROR),
- Indicateurs de tension (ORU-CA),
- Surveillance épidémiologique populationnelle (SURSAUD) exploité par la CIRE/InVS,
- Données d'indicateurs régionaux sur ARDAH.

10.2. Rôle d'analyse de la situation régionale

L'ARS doit avoir une vision globale des situations de tension des établissements de la région.

Dans ce but, elle doit connaître les établissements en difficulté et évaluer :

- Nombre d'établissements en difficulté,
- Nombre d'établissements ayant déclenché leur dispositif « hôpital en tension », recueil des mesures prises dans les établissements,
- Nombre d'établissements ayant déclenché leur plan blanc.

10.3. *Rôle opérationnel de coordination régionale*

L'ARS a un rôle opérationnel dans le suivi des déclenchements de plan hôpital en tension :

- Proposer un contact régulier avec la direction de l'établissement tant que la tension est maintenue ;
- Si la situation le justifie, l'ARS peut agir sur les établissements voisins d'une structure en tension pour mettre en place une organisation de « tension solidaire » :
Elle informe les établissements environnants et les professionnels de santé de la situation et peut demander à un ou plusieurs d'entre eux (publics et privés) de déclencher leur dispositif HET par solidarité dans le but de libérer des places d'hospitalisation et de faciliter la prise en charge de patients adressés par l'établissement en difficulté ;
- Elle peut proposer une adaptation de l'organisation des soins en PDSA ou dans les maisons médicales afin de participer aux mesures de désengorgement des structures d'urgences ;
- L'ARS est en charge de la levée du dispositif tension solidaire.

Si la tension est généralisée sur la région, l'ARS peut suggérer le déclenchement des plans blancs des établissements, voire le déclenchement du dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles).

10.4. *Rôle d'information et de communication*

L'ARS a un rôle :

- D'interface avec la préfecture, le niveau zonal et le DUS ;
- De communication sur le suivi de la situation :
 - A tous les établissements de santé de la région,
 - Aux établissements médico-sociaux et aux médecins libéraux,
 - Aux transporteurs sanitaires,
 - Aux médias.

10.5. *Retour d'expérience Régional*

L'ARS est en charge de l'organisation de retour d'expérience associant établissements, réseau des urgences et ARS à périodicité adaptée et définie par les acteurs. Les objectifs de ce REX régional sont d'analyser le déroulement des événements, les mesures locales et régionales qui ont été menées, de faire évoluer le dispositif régional et de favoriser les échanges d'expérience entre établissements.

11 ANNEXES

11.1. *Le Groupe de Travail*

Rachida ABID
Philippe BERGER
Carole CAROLET
David CHAMBON
Mathias CHENAYER
Arnaud DEVILLARD
Sébastien GROSJEAN
Elisabeth LAGILLE
Yves LECLABART
Agathe MEROT CARTIER
Céline MORETTO
Marc NOIZET
David PILLAY
Béatrice PILLON
Véronique SIMON
Nicolas VILLENET
Pierre WILLEM

11.2. Références

- DHOS : L'établissement de santé en tension, éléments opérationnels de veille de l'activité quotidienne dans les établissements de santé et les seuils de déclenchement du Plan blanc. 2005 http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/hopital_tension.pdf
- FEDORU : Hôpital en Tension, synthèse FEDORU. G VIUDES – Février 2015. <http://www.fedoru.fr/les-recommandations/>
- MEAH : Réduire les temps d'attente et de passage aux Urgences : Guides de bonnes pratiques. http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_theme/88/id_fiche/4150
- MEAH : La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience. Avril 2008. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Gestion_des_lits.pdf
- ANAP : Gestion des lits : vers une nouvelle organisation - Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions.
- CNUH : Proposition de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport du Pr P Carli. Septembre 2013. <http://www.resurca.com/le-cnuh-diffuse-des-recommandations-pour-ameliorer-laval-des-urgences/>
- CNUH : Comment améliorer les flux au sein des services des urgences – Coordinateur Pr. J. SCHMIDT – Janvier 2013
- CNUH : Proposition concernant le diagnostic des services d'urgences en tension ; Coordinateur Pr. P. CARLI –
- SUDF : Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? Pr. RIOU - Septembre 2012
- SFMU : L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Coordinateur : G. POTEL – Mai 2005

11.3. Règlements en vigueur

- **Circulaire DGS/DUS/DSC/DGT/DGCS/DGOS/2011/161 du 22 avril 2011**
relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2011 du plan national canicule et à l'organisation de la Permanence Des Soins (PDS) propre à la période estivale.
- **Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007**
relative à la prise en charge des urgences et ses quatre annexes.
- **Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006**
relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé, des Plans Blancs élargis et son annexe : le guide Plan Blanc et gestion de crise (guide d'aide à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé et des Plans Blancs élargis).
- **Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003**
relative à la prise en charge des urgences et son annexe : les principes d'organisation des urgences et de la Permanence Des Soins.

11.4. Glossaire des abréviations

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CACNP	Commission d'admission et des consultations non programmés
CME	Commission médicale d'établissement
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CNUH	Conseil nationales des urgences hospitalières
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hôpital de jour
HDS	Hôpital de semaine
HET	Hôpital en tension
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
ORU	Observatoire régional des urgences
RESURCA	Réseau régional des urgences Champagne Ardenne
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
RPU	Résumé de passage aux urgences
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SU	Structure d'urgences
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée

11.5. Lettre de mission de l'ORU-CA (juin 2015)



Vendredi 26 juin 2015
Contact : Nicolas Villenet
Tél : 03 26 66 77 13
Email : nicolas.villenet@ars.sante.fr

Lettre de mission - « Plan d'actions Hôpital en Tension »

Maitrise d'ouvrage : ARS Champagne-Ardenne

Maitrise d'œuvre : ORU-CA

Objectif : Afin de limiter, anticiper et gérer dans les meilleures conditions les situations de tension des établissements de santé de la région, l'ARS confie la réalisation d'une mission à l'ORU concernant la préparation des établissements de santé aux situations de tension.

Livrables :

- Définition du calendrier du projet ;
- Actualisation de l'état des lieux réalisé par le RESURCA en septembre 2013 sur les structures d'urgences de la région Champagne-Ardenne ;
- Formalisation de préconisations par établissement afin de réduire, anticiper et améliorer les situations de tension hospitalière ;
- Suivi des solutions mises en œuvre par les établissements ;
- Test sur une partie des solutions mises en œuvre dans le cadre du plan « hôpital en tension » par les établissements de santé, avec restitution des résultats aux établissements et l'ARS ;
- Séance de restitution à la FHF, la FHP, l'ARS et les établissements de santé disposant d'une autorisation en médecine d'urgence de Champagne-Ardenne.

Calendrier : L'objectif est d'accompagner les établissements afin de réduire, anticiper et améliorer les situations de tension dès l'hiver 2015/2016 avec une restitution finale pour le deuxième trimestre 2016. A cette fin, l'ORU pourra, après accord des directeurs d'hôpitaux concernés, se rendre dans les différents établissements afin de réaliser un état des lieux.

**Le Directeur Général pi de l'ARS
Champagne-Ardenne,**

Benoît CROCHET



Pour plus d'informations, contactez-nous :

RESEAU REGIONAL DES URGENCES CHAMPAGNE ARDENNE

Centre Hospitalier

51 rue du Commandant Derrien – BP 80501

51005 Châlons-en-Champagne

contact@resurca.com

www.resurca.com