



RECOMMANDATIONS FEDORU

Hôpital en tension Synthèse FEDORU

GT4

V01 - 10/2014

Préambule

La rédaction de ce document a suivi les étapes suivantes :

- Proposition d'une version initiale par le rédacteur principal : Dr Gilles Viudes - ORU PACA
- Corrections itératives validées par Conseil d'administration de la FEDORU
- Corrections suggérées par des tiers après sa diffusion sur le site de la FEDORU (coordination@fedoru.fr).

Ce document bénéficie des mises à jour régulières itératives (Version) selon les mêmes modalités et selon une chronologie courte (au minimum annuelle).

Sommaire

I - Introduction	4
II - Définition de la situation "d'hôpital en tension"	5
III - Catégorisation des tensions hospitalières	6
IV - Détection des situations de tension	6
Les signalements	6
1. Signalement par les professionnels des services de soins	6
2. Signalement par les directions d'établissements	7
3. Signalement des situations épidémiques (InVS)	7
4. Signalements automatisés à partir des indicateurs	8
Les tensions récurrentes ou périodes propices aux tensions	8
Les indicateurs	8
Le suivi des indicateurs	16
1. Organiser la veille	16
2. Interprétation des indicateurs	17
V - Inventaire des actions "Hôpital En Tension"	18
VI - Comprendre les résistances rencontrées en pratique	25
Professionnels de santé des sites d'urgence	25
Professionnels des Agences Régionales de Santé (ARS)	26
Professionnels de santé des SAMU / Centre 15	27
Autres professionnels de santé impliqués en amont des services d'urgences	27
Autres professionnels de santé impliqués en aval des services d'urgence	28
1. Professionnels de santé des établissements disposant d'un service d'urgence	28
2. Professionnels de santé des établissements ne disposant pas d'un service d'urgence	29
Le gestionnaire des lits	29
Patients et usagers	30
VII - La traçabilité des situations de tension et des actions mises en place	32
VIII - Rédaction d'un plan d'action d'établissement	32
Plan d'action HET d'un établissement	33
1. Volet anticipation HET ou volet retour d'expérience et plan d'action préventif	33
2. Plan HET - Volet réaction "HET"	37
3. Volet exercices "HET"	41
IX - Nouvelles pistes d'actions	42
Rédaction d'un plan d'action selon la sectorisation (SAMU)	42
Rédaction d'un plan d'action pour l'ARS	42
Financement des actions HET	43
Modification des règles de financement des services d'urgences	43
X - Validation des résultats obtenus	45
XI - Conclusion	46

I - Introduction

Le dispositif “hôpital en tension” a pour objectif de permettre la continuité des missions des établissements de santé devant faire face à une situation critique de prise en charge des urgences hospitalières, sans pour autant être amené à déclencher le plan blanc.

Compte tenu de l'impact régulier de ces difficultés sur le fonctionnement des établissements de santé, la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) s'est fixé parmi ses objectifs de travailler sur la problématique d'hôpital en tension (HET).

De fait, ce sujet constitue une priorité qui s'est imposée et permet de faire connaître les différents résultats obtenus dans les établissements ou les régions. Bien sûr les publications, les propositions autour du thème de l'hôpital en tension (HET) ne manquent pas et constituent le socle de ce travail.

Aussi, il est important de préciser qu'il ne s'agit pas pour la FEDORU de s'écarter des travaux existants mais plutôt de présenter une synthèse des différentes actions engagées dans les régions et les établissements de santé pour gérer l'HET.

Les travaux de certains ORU, très impliqués sur cette problématique dans leurs régions respectives (Champagne Ardenne, Lorraine, PACA, ...) ont été particulièrement utilisés afin de profiter des retours d'expériences obtenus.

L'objectif est aussi de structurer la démarche d'analyse et de guider le professionnel dans le choix des indicateurs et des actions à produire. Nous nous essaierons ici, à une action d'inventaire et de classification des recommandations ou travaux existants. Ce catalogue d'indicateurs et d'actions sera complété par des propositions concrètes pour faciliter la mise en œuvre opérationnelle.

Cette approche ouvre des perspectives de travaux d'évaluation des résultats obtenus qui concernent particulièrement les structures en charge de l'observation des urgences.

Il manquera des indicateurs, des actions et il faudra prévoir un travail de mise à jour régulier. Il s'agit d'une première version qu'il faudra enrichir, aussi vos remarques seront les bienvenues.

Le plan retenu suit le déroulement suivant :

- Définir la tension
- Classer les tensions
- Détecter et évaluer les tensions
- Agir sur les tensions
- Définir un plan d'action spécifique et gradué
- Évaluer les actions

Nous aborderons en fin de document quelques pistes d'améliorations qui nous semblent opportunes.

II - Définition de la situation "d'hôpital en tension"

Il s'agit d'une situation exceptionnelle, conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (lits d'hospitalisation et personnels) et 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 situation de crise.

La 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, identifie la situation d'hôpital en tension en apportant les précisions suivantes :

- "Le sujet est de ne pas compromettre les missions des établissements de santé tout en faisant face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières, sans pour autant déclencher un plan d'urgence (le plan blanc). En effet, ce plan est normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées."
- "Le déclenchement intempestif d'un dispositif lourd, comme le plan blanc pour assumer la gestion d'un établissement au moment de phénomènes (le plus souvent prévisibles) comme ceux des pics d'activité liés aux pathologies hivernales, risque de dévaluer la démarche de gestion de crise réservée aux situations exceptionnelles."

Au total, le dispositif « Hôpital en tension » est un dispositif d'organisation propre à chaque établissement. Il est distinct du plan blanc (qu'il peut précéder) et propose des mesures d'adaptation de l'établissement de santé lors d'une situation ponctuelle d'inadéquation entre les besoins et les moyens d'hospitalisation disponibles.

Pour autant, ce dispositif ne saurait être considéré isolément. Il est de bon sens de l'intégrer dans une démarche plus globale de prévention qui est particulièrement mise en évidence dans le document du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (C.N.U.H) (Proposition de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Rapport du Pr P. Carli. Septembre 2013). Les différentes publications de la MEAH¹ (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) et les travaux actuels de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des Établissements de santé et médico-sociaux) sur la gestion des lits participent à la même idée.

¹ MEAH : Réduire les temps de passage aux Urgences : Guides de bonnes pratiques & La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience.

III - Catégorisation des tensions hospitalières

Le retour d'expérience des régions les plus actives dans le domaine de l'HET nous amène à proposer une catégorisation des tensions hospitalières selon les mécanismes qui les génèrent, afin de prendre en compte le caractère polymorphe des situations rencontrées. Cette classification doit permettre de structurer l'analyse des causes et par voie de conséquence, d'adapter et de systématiser les actions mises en œuvre.

Les causes de situation "hôpital en tension" sont multiples. Elles concernent le pré-hospitalier, les établissements de santé de court séjour et l'aval.

Une situation de tension hospitalière peut être individualisée dans une ou plusieurs des catégories suivantes :

1. Tension "affluence"
 - a) épidémique
 - b) saisonnière ou hebdomadaire
2. Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
 - a) défaut « structurel » (inadéquation avec l'activité régulière, congés, mouvement social,)
 - b) défaut "charge en soins" (un ou plusieurs patients en séquence de réanimation)
3. Tension "carences de lits d'aval"
 - a) en hospitalisation "conventionnelle"
 - b) en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs)
 - c) en psychiatrie (chambre d'isolement)
 - d) en pédiatrie
 - e) en maternité

L'examen des déclarations de tension enregistrées en région PACA est à l'origine de la description fine des situations de tension par carence des lits d'aval. Cette catégorie est indirectement liée aux tensions de catégorie 2 (défaut d'effectifs soignants aux urgences - charge en soins) puisque les patients qui attendent une admission en chambre d'isolement, en soins critiques ou en pédiatrie, consomment les ressources des services des urgences et alimentent la mécanique de saturation.

Nous verrons plus loin (Plan d'action HET d'un établissement) que cette classification permet d'améliorer la spécificité des actions en fonction des situations de tension rencontrées.

IV - Détection des situations de tension

Les signalements

1. Signalement par les professionnels des services de soins

Ce signalement peut être qualifié "d'alerte tension" ou de "pré-tension". Il faut rappeler en préambule que seul le chef d'établissement (ou son représentant) peut déclencher le plan "Hôpital en tension".

L'organisation d'un circuit de signalement fiable des situations de tension par les professionnels des services de soins doit donc être orientée vers le directeur de l'établissement ou son représentant et être encadrée par les institutions.

L'expérience montre cependant qu'il est inéluctable que l'ARS ou le SAMU-Centre 15 soit parfois sollicités directement. Il est alors indispensable qu'une procédure régionale règle les modalités d'une rétro-information sans faille entre direction d'établissement, ARS et SAMU-Centre 15.

La région PACA propose sur ce principe un outil de déclaration en ligne qui informe systématiquement la direction de l'établissement, l'ARS, les SAMU et permet une visibilité aux partenaires "utiles".

Exemple de déclaration d'alerte par un professionnel

Établissement :	<input type="text"/>
Déclarant :	<input type="text"/>
Email déclarant :	<input type="text"/>
Téléphone d'astreinte du déclarant :	<input type="text"/>
DÉCLARÉE LE	16 septembre 2014 14:17
MOTIF DE L'ALERTE	Pas de lit disponible en médecine et en chirurgie. Accumulation des patients non hospitalisés hier pour manque de lits.

Source : Répertoire opérationnel ROR PACA

La traçabilité de ces alertes et des déclarations de tension représentent une mine d'informations nécessaires pour conduire l'évaluation de l'action d'une région ; la centralisation et la formalisation des signalements constituent ainsi la première brique de l'évaluation de l'action HET d'un établissement ou d'une région et à ce titre doit être promue.

2. Signalement par les directions d'établissements

Le signalement "d'alerte tension" ou de "pré-tension" par les directeurs d'établissement est à classer dans la catégorie des actions précoces et non pas des alertes. L'implication du directeur d'établissement suppose en effet que la cellule de veille ou un professionnel de l'établissement aient déjà signalé une difficulté. L'engagement du directeur est déjà une action qui le conduit à anticiper, à mettre en place les premières mesures, à tracer sa démarche.

3. Signalement des situations épidémiques (InVS)

Le signalement des périodes épidémiques constitue une mission spécifique de l'InVS qui vaut signal d'alerte. La connaissance des situations d'épidémie par la cellule de veille « hôpital en tension » de chaque établissement est un pré requis indispensable. Les actions qui en découlent peuvent permettre d'anticiper les difficultés, à l'image de ce que pratiquent couramment les services de pédiatrie lors de période de bronchiolite.

La connaissance de ces alertes est obtenue grâce à l'action de l'InVS et des CIRE en région ; la mise en place de systèmes automatiques de diffusion de l'alerte vers les établissements est un enjeu stratégique important. Certaines régions relaient déjà ces informations quotidiennes grâce aux espaces numériques régionaux de santé (ENRS) fréquentés par les professionnels de santé. On peut imaginer améliorer encore la diffusion de ces indicateurs en les publiant sur les mêmes supports que les indicateurs spécifiques HET abordés dans le paragraphe suivant.

4. Signalements automatisés à partir des indicateurs

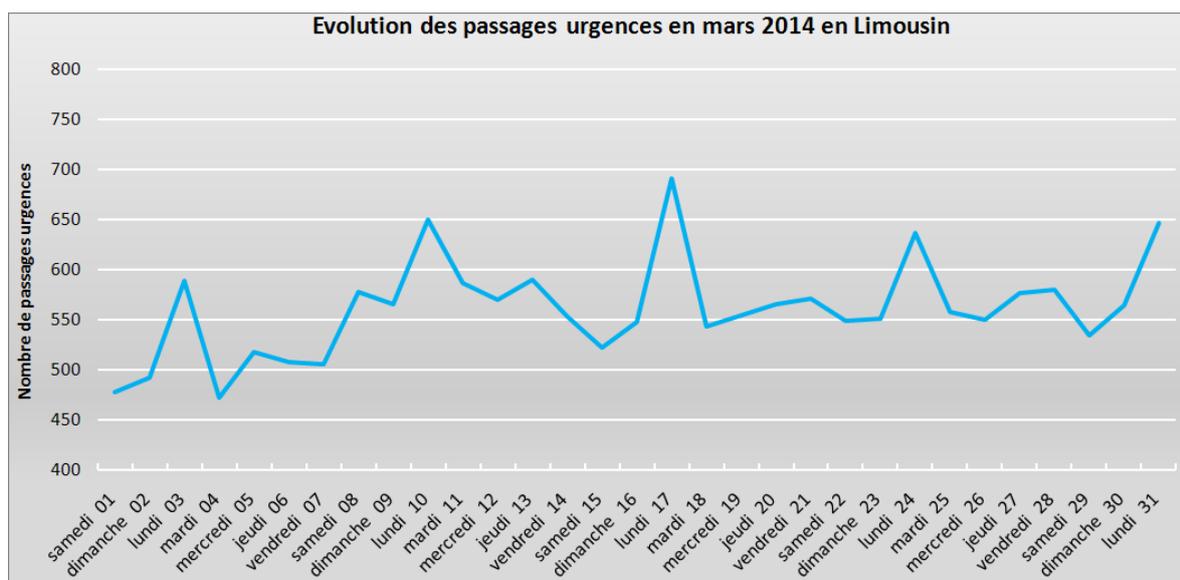
La collecte d'indicateurs adaptés à la détection des situations d'HET permet d'imaginer un signalement automatisé. Celle-ci est en place dans plusieurs régions mais tous s'accordent à conserver une analyse par des professionnels pour valider les signaux ainsi obtenus. Nous détaillerons cet aspect particulier de l'alerte au paragraphe traitant des indicateurs.

Les tensions récurrentes ou périodes propices aux tensions

Il n'est pas toujours nécessaire de disposer d'une batterie d'indicateurs pour anticiper des problématiques de tension.

Il existe des situations où les difficultés sont prévisibles ; les mécanismes sont bien identifiés et démontrés par les données d'urgences :

- Période de ponts
- Période de congés scolaires
- Période de week-end et lundi
- Grand rassemblement
- Fermetures de lits (mono ou pluri établissements)



Source : ORU LIMOUSIN - Visualisation des pics d'activité du lundi

Dans ces cas, on veillera au moins à ne pas diminuer les effectifs présents et à garantir une veille efficace et une implication de tous. Ces recommandations seront détaillées dans le paragraphe "Définition de la situation "d'hôpital en tension" sur les plans d'action".

Les indicateurs

Les indicateurs de "tension hospitalière" utilisés par les ORU sont particulièrement nombreux. Il faut remarquer que la quasi-totalité des indicateurs proposés concerne la situation de tension dans les services d'urgence et sur les lits d'aval. La notion de tension sur l'activité des SAMU est peu documentée mais les données disponibles sont prometteuses et confirment l'intérêt d'approfondir cette problématique avec les services concernés et leur représentation.

Nous proposons de distinguer cinq types d'indicateurs :

- **Indicateurs "amont"** : ils alertent sur une augmentation du recours aux soins non programmés.
- **Indicateurs "urgence"** : ils témoignent de l'intensité de l'activité aux urgences.
- **Indicateurs "hospitalisation à partir des urgences"** : ils évaluent la trajectoire des patients qui sont hospitalisés à l'issue de leur prise en charge aux urgences.
- **Indicateurs "disponibilité des lits d'aval des urgences"** : ils représentent la disponibilité en lit des établissements de santé.
- **Indicateurs "d'aval des services de court séjour"** : ils témoignent du flux des services de court séjour vers les établissements de SSR, le domicile, les structures ville hôpital, les EHPAD.

Ces indicateurs doivent permettre d'anticiper, de détecter ou de suivre l'évolution des situations de tension. A ce titre, ils doivent être disponibles en permanence et bénéficier d'une mise à jour automatique la plus fréquente possible. Il s'agit d'un enjeu important qui préoccupe les observatoires régionaux des urgences qui sont souvent en charge, au niveau régional, de la mise en place opérationnelle et du suivi des indicateurs HET.

Le retour d'expérience des régions peut se résumer ainsi :

- Les indicateurs opérationnels doivent s'appuyer sur le format RPU (résumé de passage aux urgences) et bénéficier à terme d'une fréquence élevée de remontées vers les concentrateurs régionaux (10 à 15 mn).
- La mise en place d'une structure de type ORU (Recommandation pour mise en place d'un ORU) améliore la collecte des RPU.
- Des données supplémentaires décrivant l'activité des urgences peuvent être utilisées en respectant les règles d'anonymisations des données sous la forme d'un RPU étendu (Cf recommandations FEDORU).
- La donnée "CCMU" n'est pas exploitable.
- L'exploitation des données SAMU est prometteuse et doit respecter un format national à définir et une fréquence de collecte élevée.
- Les données de lits disponibles doivent être inventoriées par unités de soins afin de leur donner un sens opérationnel (action HET) au delà de la veille HET. La fréquence de mise à jour doit être aussi proche que possible du temps réel, même si cette performance n'est atteinte actuellement par aucune région.
- Certains indicateurs de tension révèlent également les efforts d'organisation produits par l'établissement pour adapter l'offre à la charge.

Cette analyse exclut de fait des paramètres qui sont pourtant intéressants en premier examen mais pour lesquels on ne peut raisonnablement espérer une collecte fiable sans occasionner une charge excessive de travail.

Pour exemple, le décompte du nombre de brancards libres reflète parfaitement la difficulté d'un service, mais cette information suppose une collecte manuelle, sauf à être relevée dans le format RPU étendu ou de manière ponctuelle lors d'épisode de tension. En l'attente, il est possible de s'appuyer sur la description du nombre de patients présents en comparaison à l'antériorité.

Le temps écoulé entre « fin théorique de la prise en charge aux urgences » et « admission dans les services d'aval » peut être analysé de la même façon. Il est pourtant évident que cette collecte tracerait avec précision les difficultés d'organisation avec les unités d'aval. L'examen du temps de passage pour les patients hospitalisés calculé à partir de l'heure d'admission dans le service d'aval représente un indicateur disponible dans le RPU et permet d'évaluer moins difficilement la même situation.

Ces deux exemples illustrent la difficulté à définir une liste idéale d'indicateurs ; nous proposons en conséquence une analyse systématique des indicateurs habituellement cités en identifiant ceux qui peuvent être déduits de données collectées automatiquement (RPU, SAMU, ...). Nous proposons enfin un panel d'indicateurs qui peuvent constituer un socle à une démarche d'analyse systématique des situations de tension.

Chaque indicateur est caractérisé selon les critères suivants :

- Numéro
- Libellé
- Fréquence idéale de recueil
- Précisions et informations attendues
- Indicateurs proches
- Type d'indicateur (amont, ...)
- Seuil définit selon l'antériorité
- Source de données automatisées
- Complexité de recueil

TABLEAUX INDICATEURS

TYPE D'INDICATEUR : AMONT

N°	Libellé	Fréquence de recueil idéale	Indic. proches	Seuil définit selon l'antériorité	Sources de données automatisées	Complexité de recueil	Indic. de détection	Indic. de suivi de tension	Indic. d'organisation	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
1.1	Nombre de DRM (Dossier de Régulation Médicale) SAMU par 24h	Quotidien		Antériorité	Logiciel SAMU	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
1.2	Nombre de DRM ouverts à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	Logiciel SAMU	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
1.3	Nombre de DRM avec orientation vers un service d'urgence à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	Logiciel SAMU	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
1.4	Nombre de SMUR engagés à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Non	Logiciel SAMU	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
1.5	Nombre de VSAV régulés à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	Logiciel SAMU	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
1.6	Alerte InVS - Épidémie	Quotidien		Non		Elevée : Collecte manuelle	x				x	

TYPE D'INDICATEUR : URGENCE

N°	Libellé	Fréquence de recueil idéale	Indic. proches	Seuil définit selon l'antériorité	Sources de données automatisées	Complexité de recueil	Indic. de détection	Indic. de suivi de tension	Indic. d'organisation	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
2.1	Nombre de patients par médecin des urgences à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Nombre de patients par IDE des urgences à un instant donné	Antériorité	RPU étendu	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x	x			x
2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures	Quotidien	Nombre d'admissions de patients des urgences sur 7 jours.	Antériorité	RPU	Faible : Connecteur logiciel existant	x				x	
2.3	TOP ou nombre de patients présents	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	. Nombre de patients de plus de 75 ans . Nombre de patients de moins de 1 an	Antériorité	RPU toutes les 10 à 15 mn	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x			x	
2.4	Nombre de patients présents depuis plus de 6h	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	RPU toutes les 10 à 15 mn	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x		x		
2.5	Nombre de patients en attente de lit, présent sur un brancard à un temps donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle	x	x		x		
2.6	Nombre de patients en attente de prise en charge	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	RPU toutes les 10 à 15 mn	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x		x	x	
2.7	Nombre de patients en UHCD	Quotidien ou mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité		Moyenne : Connecteur logiciel	x	x	x	x		
2.8	Nombre de patients en attente de biologie ou d'imagerie	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe	x				x	
2.9	Nombre de patients selon le code gravité identifié au tri IOA	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité	RPU étendu	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x	x		x	
2.10	Durée Moyenne de présence aux urgences	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	. Plus long temps de séjour parmi les patients présents au urgences (en minutes) . Nombre de patients présents depuis plus de 24h	Antériorité		Faible : Connecteur logiciel existant	x	x	x		x	
2.11	Nombre de patients pris en charge par un médecin à un instant donné.	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Délai écoulé depuis le dernier patient pris en charge par un médecin	Antériorité	RPU étendu	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x	x			x
2.12	NEDOCS	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	La charge d'occupation à 15h/capacité d'accueil du service des urgences (nombre de patients pouvant être installés simultanément dans le service en salle d'examen et en zone d'attente organisée)	Non	RPU étendu	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x		x	x	x

TYPE D'INDICATEUR : HOSPITALISATION À PARTIR DES URGENCES

N°	Libellé	Fréquence de recueil idéale	Indic. proches	Seuil définit selon l'antériorité	Sources de données automatisées	Complexité de recueil	Indic. de détection	Indic. de suivi de tension	Indic. d'organisation	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
3.1	Nombre de patients en attente de prise en charge dans un lit d'hospitalisation à un instant donné	Recueil en cas de tension		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle	x	x		x		
3.2	Nombre de lits libérables	Mesure horaire en cas de période de tension.		Non		Élevée : Collecte manuelle		x		x		
3.3	Délai écoulé depuis la dernière admission en service de court séjour	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Non	RPU toutes les 10 à 15 mn	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x		x		
3.4	Le temps d'attente moyen entre la décision d'admission et l'admission dans un service d'aval	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Non		Élevée : Collecte manuelle	x	x	x	x		
3.5	Nombre de patients en attente de lit à un instant donné	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle	x	x		x		
3.6	Nombre de transferts par défaut de lits depuis 24h dont HAD	Mesure quotidienne ou horaire en cas de période de tension.		Antériorité	RPU	Faible : Connecteur logiciel existant	x	x	x	x		
3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences	Quotidien	.Nombre d'hospitalisation depuis 3 jours	Antériorité	RPU	Faible : Connecteur logiciel existant	x	x	x	x		
3.8	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences par unité d'aval	Quotidien	.Taux d'hospitalisation en provenance des urgences par service d'aval . Nombre d'hospitalisations de patient des urgences . Nombre d'hospitalisations dans le service (J-1 J-7)	Antériorité	RPU étendu	Moyenne : Connecteur logiciel	x	x	x	x		

TYPE D'INDICATEUR : DISPONIBILITÉ DES LITS D'AVAL

N°	Libellé	Fréquence de recueil idéale	Indic. proches	Seuil définit selon l'antériorité	Sources de données automatisées	Complexité de recueil	Indic. de détection	Indic. de suivi de tension	Indic. d'organisation	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
4.1	Nombre de lits disponibles par service	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe	x	x		x		
4.2	Nombre d'admissions avant 12h	Mesure quotidienne ou horaire en cas de période de tension.	Nombre de sorties des lits de MCO avant 12h	Antériorité	RPU	Faible : Connecteur logiciel existant		x	x	x		
4.3	Nombre d'admissions à horaire tardif	Quotidien		Antériorité	RPU	Faible : Connecteur logiciel existant		x	x	x		
4.4	Nombre d'admissions programmées avec DMS cible	Quotidien		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x	x		
4.5	Nombre de journées non pertinentes	Quotidien	.Nombre de séjours de plus de 10 jours et de plus de 30 jours .Détecer les séjours de plus de 30 jours hors réanimation	Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x	x		
4.6	Nombre de patients déprogrammés	Quotidien		Non		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x	x		
4.7	DMS par service	Hebdomadaire		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x	x		
4.8	Nombre de médecins présents pour chaque unité un jour donné	Quotidien		Antériorité		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x		x	
4.9	Pourcentage de lits d'aval fermés dans l'établissement par rapport au nombre de lits d'aval de l'établissement.	Quotidien		Antériorité	Serveurs Régionaux de Veille et d'Alerte (SRVA)	Faible : Connecteur logiciel existant			x	x		
4.10	Nombre d'admissions programmées selon les jours de la semaine	Hebdomadaire		Antériorité	Système d'information hospitalier (GAM)	Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe			x	x		

TYPE D'INDICATEUR : AVAL DES SERVICES DE COURT SÉJOUR

N°	Libellé	Fréquence de recueil idéale	Indic. proches	Seuil définit selon l'antériorité	Sources de données automatisées	Complexité de recueil	Indic. de détection	Indic. de suivi de tension	Indic. d'organisation	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"
5.1	Nombre de demandes de place en SSR en cours	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Nombre de demandes de places en SSR avec date d'admission programmée dans les 7 jours.	Antériorité	Logiciel de réservation de places SSR régionaux	Moyenne : Connecteur logiciel	x			x		
5.2	Nombre de patients hospitalisés en attente de place en EHPAD à un instant donné	Recueil en cas de tension		Non		Élevée : Collecte manuelle	x			x		
5.3	Nombre de patients en soins critiques en attente place en MCO ou autre à un instant donné	Recueil en cas de tension		Non		Élevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe	x			x		

Le suivi des indicateurs

1. Organiser la veille

1.1. Veille par l'établissement

Les recommandations prévoient le suivi des indicateurs de chaque site par une cellule de veille permanente au sein de l'établissement. Il faut rappeler que l'organisation et les missions des cellules de veille sont très bien décrites dans la 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.

Cahier spécifique
L'établissement de santé en tension

fiches de recommandations

36 **fiche**

Pistes de travail
Une cellule de veille (émanation de la commission des admissions et des soins non programmés) est opérationnelle. Les participants à cette cellule restreinte sont prédéfinis.

- Le directeur ou son représentant (direction de la qualité, direction de la gestion des risques, coordination générale des soins...) et le médecin responsable du service d'accueil des urgences ou son représentant évaluent le tableau de bord établi quotidiennement.
- Le tableau de bord permet de mesurer les écarts et préciser la situation de tension au sein de l'établissement grâce à un recueil d'indicateurs sélectionnés.

- La situation de l'établissement est analysée en considérant l'environnement :
 - quels sont les flux prévisibles de patients ?
 - quelles sont les situations de tension observées dans d'autres établissements (serveur du réseau régional ?).

La cellule de veille de l'activité de l'établissement

Source : 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.

Pour autant, le dénombrement des cellules de veille ou de crise réellement organisées et opérationnelles quotidiennement reste une inconnue au plan national. Ce décompte permettrait pourtant de vérifier l'implication de chaque structure pour la prise en charge des problématiques de tension hospitalière ; les plus ambitieux proposent la saisie quotidienne (sur un formulaire simplifié) des conclusions et actions de la cellule de veille via le serveur régional de veille et d'alerte. Cet indicateur constituerait un complément de premier ordre des données déjà exigées.

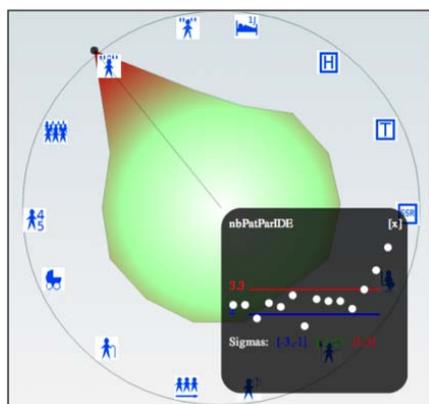
1.2. Veille au niveau régional

Les ARS sont particulièrement concernées par la problématique d'HET et donc par la veille des indicateurs ; cette mission est assurée par la CVAGS (Cellule de veille et d'alerte de l'ARS) qui peut solliciter l'établissement en cas de besoin. Une région organise cette veille, non seulement en interne, mais aussi avec le concours des médecins urgentistes qui assurent tour à tour une veille régionale des indicateurs. Cette veille est réalisée quotidiennement, y compris les week-ends et jours fériés et apparaît dans le schéma régional de la permanence des soins. Un compte-rendu est produit quotidiennement à destination de l'ARS et des établissements concernés. Cette démarche est en cours d'évaluation mais elle participe grandement à la multiplication des déclarations de tensions par les établissements et à la mise en place d'actions HET déclenchées précocement.

2. Interprétation des indicateurs

Pour interpréter un indicateur, il peut être nécessaire de définir des seuils d'alerte. Leur définition est habituellement obtenue en appliquant les recommandations d'un groupe d'experts ou en comparant la mesure aux données antérieures. A terme, ces seuils doivent être confrontés aux résultats obtenus sur le terrain. A ce titre, la constitution de bases de données comparant les situations de tension déclarées et les indicateurs devrait permettre d'évaluer à posteriori la pertinence des indicateurs et des seuils retenus. Dès lors, nous pourrions envisager d'harmoniser les indicateurs et définir leurs seuils respectifs au niveau national (recommandation de la circulaire du DHOS/CGR/2006/401 du 14/09/ 2006).

Exemple de seuil automatique par comparaison à l'antériorité



- L'indicateur « nombre de patients par infirmier(e) » est comparé aux valeurs stockées les mêmes jours, à la même heure, sur une période pouvant s'étendre sur plusieurs années.
- Dès lors que sa valeur dépasse deux écarts-types au-dessus de la moyenne, une alerte visuelle (ici un pic rouge sur le diagramme vectoriel) apparaît.

Source : ROR ORU PACA

V - Inventaire des actions "Hôpital En Tension"

Nous proposons ici une classification des actions proposées pour résoudre les situations de tension.

Nous différencions les "actions hôpital en tension" de réaction (curatives) et celle d'anticipation (préventives). Nous verrons que certaines de ces actions ont un intérêt mixte car elles peuvent être mises en place à titre préventif comme curatif.

Nous proposons également de qualifier les actions inventoriées en fonction des résultats attendus et des catégories de tension définies précédemment.

Afin de structurer l'inventaire, les différentes actions seront présentées selon un schéma d'analyse identique :

- Numéro de référence
- Catégories d'action
- Actions
- Catégories de tension concernées
- Résumé et difficultés attendues

Toutes ces actions ne sont pas utiles d'emblée et méritent d'être ordonnées selon différentes phases qui illustrent le caractère progressif de la démarche. Nous distinguons quatre niveaux chronologiques distincts qui complètent la description de chaque action :

- Phase prévention au quotidien
- Phase réactive précoce
- Phase réactive intermédiaire
- Phase réactive pré plan blanc

La notion de "pré plan blanc" correspond strictement aux recommandations de la 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 qui porte l'idée d'intervenir précocement et d'éviter le déclenchement intempestif des plans blancs qui sont "...normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées....".

CATÉGORIE D'ACTION - VEILLER LES INDICATEURS ET LES ALERTES

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
1.1	Mise en place de la cellule de veille de l'établissement	x	x	x	x				
1.2	Mise en place de la veille régionale	x	x	x	x				

CATÉGORIE D'ACTION - CONTRÔLER L'AFFLUENCE

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
2.2	Informers les médecins libéraux des épisodes de tension		x				x		Les médecins libéraux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Suppose une organisation forte pour transmettre l'information (envoi de SMS ou MAIL) Doute sur l'utilité dans les zones rurales.
2.3	Informers les transporteurs sanitaires (privés - SP) des épisodes de tension	x	x				x		Les transporteurs sanitaires (privés - SP) sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Il sollicite systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.
2.4	Informers les EHPAD des épisodes de tension	x	x				x		Les EHPAD sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Ils sollicitent systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.
2.5	Informers les établissements sanitaires du territoire (SSR- Hop Locaux - ...) des épisodes de tension	x	x				x		Les hôpitaux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Il sollicite systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.
2.6	Informers les patients en salle d'attente des épisodes de tension		x			x			Les patients en attente constatent souvent d'eux mêmes les situations de tension. Il convient de les informer afin qu'ils puissent opter quand cela est possible pour une prise en charge différée. Certains services affichent le délai d'attente moyen en salle d'attente
2.7	Informers le public des épisodes de tension		x				x		Le public est informé des difficultés des sites d'urgences par les médias et en salle d'attente. La recommandation de la sollicitation du médecin traitant ou du SAMU est rappelée. Mais les difficultés suivantes sont à craindre : Appel au SAMU en augmentation. Défaut de prise en charge par non sollicitation pourtant utile et ceci particulièrement dans les zones ne disposant pas de sites d'urgences alternatifs.

CATÉGORIE D'ACTION - AMÉLIORER LE TRI DES PATIENTS À L'ADMISSION AUX URGENCES

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
3.1	Mise en place de renfort d'effectif sur le tri		x	x	x		x		Il pourra s'agir de renfort infirmier, médicaux ou/et administratif en complément de l'infirmier d'accueil et d'orientation qui devrait déjà être prévu (recommandation professionnelle). Cette mesure permet notamment d'informer efficacement les personnes en situation d'attente et de détecter les prises en charge différables.
3.2	Planifier les rendez vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée		x		x	x			Des plages de rendez vous précoces de médecine générale voire spécialiste sont réservées afin de pouvoir se contenter d'une prise en charge minimale d'emblée avec reconvoication précoce vers un autre circuit. Cette solution est difficile à mettre en place mais elle fonctionne bien pour épargner les équipes en période de PDS.

CATÉGORIE D'ACTION - RÉORIENTER LES PATIENTS AMBULATOIRES VERS D'AUTRES MODES DE PRISE EN CHARGE

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
4.1	Mise en place de Maison médicale de garde		x	x	x				Il existe une organisation permettant d'orienter (Centre 15) ou de réorienter (SU) les patients vers une prise en charge libérale en période de PDSA. Ceci permet d'espérer une diminution des flux pour les patients de moindre gravité aux urgences.
4.2	Renfort des effectifs en maison médicale de garde existante		x	x	x				Une organisation permet d'augmenter en cas de besoin les ressources de la maison médicale de garde (épidémie ..). mais cela suppose : une bonne disponibilité médicale et des locaux une indemnisation astreinte PDSA supplémentaire et épisodique.
4.3	Mise en place de consultations non programmées de médecine générale hors PDSA.		x		x				Il existe une organisation permettant d'orienter (Centre 15) ou de réorienter (SU) les patients vers une prise en charge de médecine générale hors PDSA.

CATÉGORIE D'ACTION - REPÉRER LES LITS DISPONIBLES PLUS FACILEMENT

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
5.1	Inventaire des lits disponibles en hospitalisation conventionnelle	x			x				Décompte par validation sur le terrain des lits par un membre de la direction. Il est souhaitable que cet inventaire des lits soit automatisé même si cet action essentielle peut être réalisée manuellement. La qualité des données recueillies doit être évaluée soigneusement.
5.2	Inventaire des lits disponibles en réanimation & SI & SC	x			x				Idem 5.1
5.3	Inventaire des lits disponibles en maternité	x			x				Idem 5.1
5.4	Inventaire des lits disponibles en pédiatrie	x			x				Idem 5.1
5.5	Inventaire des lits disponibles en EHPAD	x			x				Admission temporaire sur un lit laissé libre par un patient hospitalisé.
5.6	Inventaire des lits disponibles en HAD	x			x				
5.7	Inventaire des lits disponibles en SSIAD	x			x				
5.8	L'inventaire précis des places (par unités de soins) est assuré au niveau du répertoire opérationnel des ressources (régional) accessible à tous.	x			x				
5.9	Mise en place d'une organisation assurant notamment la gestion de l'hospitalisation programmée et non programmée (réservation, inventaire,)	x			x				Fonction présente 7j/7j - Mise en œuvre d'une centrale de réservation - Mise en place d'un gestionnaire des lits
5.10	La recherche de place est assurée par l'établissement	x			x				Cette organisation est en place systématiquement en cas de tension et idéalement quotidiennement.

CATÉGORIE D'ACTION - AMÉLIORER L'ACCÈS AUX LITS D'HOSPITALISATION

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
6.1	Lits d'hospitalisation dédiés aux urgences : UHCD	x			x				
6.2	Organisation de sorties et d'admissions matinales et en début d'après midi	x			x				Il s'agit d'admettre précocement les patients car l'expérience montre qu'une part importante des tensions se résolvent paradoxalement en fin de soirée et témoignent d'un défaut d'organisation et d'adaptation aux besoins.
6.3	Des lits d'hospitalisation sont planifiés quotidiennement dans les services au profit des urgences ; admissions planifiées selon l'heure de la journée. Programmé le non programmé	x			x				Créer des unités de post urgence à DMS cible courte (72h)
6.4	Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	x			x				Organiser des « salons de sortie » permanents ou 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 Sur la gestion des lits – annexe 7.2), Il peut n'être mis en place qu'en phase de tension pour accélérer la disponibilité en lit.

CATÉGORIE D'ACTION - AMÉLIORER L'ACCÈS AUX LITS D'HOSPITALISATION (suite)

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
6.5	Lits réservés au quotidien "admission par les urgences" dans les services définis en tenant compte des données d'antériorité de besoin en hospitalisation du service d'urgence.	x			x				Des lits d'hospitalisation sont planifiés quotidiennement dans les services au profit des urgences ; admissions planifiées selon l'heure de la journée. Programmer le non programmé Mise en place d'une équipe centralisée de préparation des chambres après sortie. Les organisations actuelles s'appuient souvent sur des équipes de chaque service avec parfois une implication du personnel soignant dans ces tâches.
6.6	Processus de remise en situation opérationnelle accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	x			x				
6.7	Procédure de libération de lits en hospitalisation conventionnelle	x				x			
6.8	Procédure de libération de lits en réanimation & Surveillance continue & Soins intensifs.	x				x			
6.9	Procédure de libération de lits en maternité	x				x			
6.10	Procédure de libération de lits en pédiatrie	x				x			
6.11	Transformation de secteurs d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète	x						x	
6.12	Procédure d'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.	x					x		Admettre dans chaque service un ou plusieurs patients au delà du nombre de lits usuels en utilisant si besoin brancard et couloir.
6.13	Ouverture de lits ou de secteurs fermés	x						x	
6.14	Déprogrammation des admissions	x						x	Recenser avec précision les déprogrammations, afin de permettre après la crise, un plan de programmation gradué dans les délais les plus brefs,
6.15	Mobilisation des ES MCO de proximité	x						x	Déclenchement du plan hôpital en tension par solidarité : "tension solidaire". ce plan n'est déclenché que si l'établissement a déjà pris les premières mesures en interne.
6.16	Mobilisation des ES SSR de proximité						x		Déclenchement du plan hôpital en tension par solidarité : "tension solidaire". Cette action a une efficacité démontrée sur les régions qui l'appliquent et méritent d'être mise en place précocement.
6.17	Détecter les journées d'hospitalisation inutiles		x		x	x			Lorsqu'un lit est occupé par un patient sans que la journée soit nécessaire à sa prise en charge (par exemple, attente d'un examen n'influant pas sur la stratégie de prise en charge ou sur la décision de sortie, attente d'un lit d'aval alors que la prise en charge est terminée.
6.18	Planifier le séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	x			x	x			
6.19	Maitriser le système de « permission », qui doit être réservé à des situations très exceptionnelles.	x			x	x			
6.20	Limiter les admissions programmées les lendemains de we ou fériés et vendredi samedis,	x			x	x			Lendemain de we : Augmentation des hospitalisations via le service d'urgences Vendredi samedi : bloque des lits alors qu'aucun examen ne sera fait.

CATÉGORIE D'ACTION - AMÉLIORER L'ACCÈS AUX LITS D'HOSPITALISATION (suite)

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
6.21	Relever la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	x			x	x			ou "Durée Prévisionnelle de Séjour"
6.22	Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	x			x	x			Cette action suppose que la date prévisionnelle de sortie soit connue. Ce relevé est une action importante de la phase réactive précoce.
6.23	Détection des patients présentant une forte probabilité de difficultés de sortie du fait de raisons non médicales (patients "bloquants").	x			x				Il s'agit d'identifier notamment les difficultés de retour à domicile et d'envisager précocement les solutions possibles.
6.24	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait de l'absence de solution de sortie.	x			x	x			Détecter les séjours de plus de 30 jours hors réanimation
6.25	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen d'imagerie ou d'avis spécialisé pour organiser une prise en charge prioritaire.	x			x	x			
6.26	Identifier les patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	x				x			
6.27	Identifier les patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	x				x			
6.28	Promotion des transferts vers d'autres établissements	x	x					x	Recherche d'alternative d'hospitalisation à partir du service des urgences vers d'autres établissements de santé. L'expérience montre que cette action est souvent oubliée ou écartée. Elle demande un fort investissement pour trouver la place, organiser le transfert et expliquer au patient et à sa famille. Cette mesure est d'autant plus écartée que l'établissement dispose d'un nombre de lits important. Le décompte des transferts est ainsi un excellent indicateur du niveau d'implication de l'établissement pour résoudre la tension (prévention et réaction). Cependant, l'expérience montre que cette action n'est pas mise en œuvre par crainte de perte d'activité.
6.29	Hébergement dans des services non conformes à la pathologie	x					x		Il s'agit d'organiser de manière temporaire la modification de "spécialisation de lits (Soins Continus en Réa, Adulte en pédiatrie, Adulte en maternité, chirurgie en médecine ...) (patients hébergés).

CATÉGORIE D'ACTION - ADAPTER LES MOYENS À LA DEMANDE

N° de réf.	Actions	Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé et difficultés attendues
7.1	Lisser les taux d'hospitalisation de chaque service de l'établissement (part de l'admission par les urgences)	x			x				Il s'agit de garantir une transparence qui permette d'obtenir un équilibre dans la contribution des différents services d'aval à la problématique de l'hospitalisation via le service d'urgence. Cette action doit être engagée précocement car elle permet de mettre en place les actions ciblant les unités de soins. Cette priorité vaut comme un rappel fort que les problématiques de tensions hospitalières s'imposent à tout l'établissement et qu'il ne suffit pas de renforcer les urgences. Nous proposons même ici que cette action n'intervienne qu'après avoir engagé les renforts dans les services d'aval.
7.2	Renfort en personnel : services d'aval	x		x	x	x			Cette action ne devrait être engagée que pour les "Tension affluence" et pour orienter alors les personnels de renfort vers les problématiques de tri dès l'accueil et la mise en place de circuits courts renforcés.
7.3	Renfort en personnel : service des urgences	x	x	x	x		x		Cette action ne devrait être engagée que pour les "Tension affluence" et pour orienter alors les personnels de renfort vers les problématiques de tri dès l'accueil et la mise en place de circuits courts renforcés.
7.4	Retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées	x	x	x	x				Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
7.5	Maintenir ou/et augmenter les personnels (service d'aval et urgences) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (vacances scolaires, ponts, we..), grand rassemblement.		x	x	x				Ceci concerne particulièrement les services d'aval ou il ne faut pas accepter la diminution forte de personnel médical (décideur des sorties). L'expérience montre un effondrement du taux de sortie dans les services sur ces périodes difficiles (ponts - vacances scolaires). Cette organisation peut être installée en permanence ou en période de tension. Dans ce dernier cas certains sites utilisent les locaux de consultations externes (salles libres, we et fériés).
7.6	Filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)		x		x	x			Pour exemple : Mise en place d'un circuit court (zone de consultation externe) de traumatologie par le chirurgien orthopédiste et au personnel de bloc d'astreinte en période de permanence des soins. les disciplines médicales peuvent trouver également un emploi utile dans ce contexte d'HET.
7.7	Filière rapide de prise en charge - circuit court armé par les services d'aval ou les médecins d'astreinte.		x	x			x		
7.8	Identifier un niveau cible pour l'indicateur Nombre de patients par médecin / par ide			x	x				
7.9	Proposer une formation ou un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs et des équipes médicales				x				Les directeurs représentent la pierre angulaire de toutes les actions hôpital en tension. Une action de sensibilisation qui pourrait être portée au niveau régional paraît indispensable. Elle permettra notamment de faire connaître l'impact sur la morbi-mortalité aggravée du fait de ces situations.
7.10	Liste des patients adressés au SU par le SAMU ou professionnels de santé		x		x				Le SU dispose en temps réel de la liste des patients qui lui sont adressés par le SAMU-centre 15. Il peut anticiper la gestion des flux et déclencher des actions précocement.
7.11	Mise en place de la cellule de crise de l'établissement	x	x	x			x		
7.12	Informier l'ensemble de l'établissement à la tension	x	x	x			x		

VI - Comprendre les résistances rencontrées en pratique

Dans les régions où il est déployé, le dispositif hôpital en tension fait la preuve de son intérêt. La montée en charge progressive permet d'en objectiver les points positifs mais également de mettre en évidence un certain nombre de résistances à sa mise en œuvre ; il est nécessaire de les comprendre et de les analyser pour améliorer l'efficacité de l'ensemble.

Il ne s'agit pas ici de proposer une liste exhaustive des difficultés rencontrées et des acteurs impactés par les situations de tensions hospitalières, mais plutôt d'identifier les principaux acteurs et leur positionnement habituel dans ce contexte d'hôpital en tension. Nous proposons, pour chacune des catégories professionnelles décrites, les mesures propres à limiter les écarts et à harmoniser les pratiques. Ce sujet est donc la suite logique des paragraphes précédents traitant des indicateurs et des actions.

Professionnels de santé des sites d'urgence

Les professionnels de santé exerçant dans les sites d'urgence ont un rôle particulièrement sensible dans la situation d'hôpital en tension ; l'on attend d'eux qu'ils anticipent, qu'ils signalent toute difficulté à leur direction. Ils doivent savoir prendre du recul au moment où leur charge de travail est la plus forte. Ils sont parfois suspectés de donner l'alerte bien trop tôt et bien trop facilement mais le plus souvent ils se résignent et attendent la fin de la "garde" comme un soulagement.

L'exercice d'un professionnel aux urgences est pourtant extrêmement modifié par la situation de tension. La charge de travail pour trouver une place d'aval s'accroît car le nombre d'appels requis augmente ; l'organisation des transferts vers un autre établissement pour "défaut de place" consomme encore de l'énergie (appels multiples, informations aux patients, aux familles, organisation du transport) ; tous les personnels sont sollicités pour des tâches de nursing et d'information dont la charge va croissant au fil des heures pour un patient donné (toilette, repas, information).

Au total : une catégorie professionnelle très exposée qui « sous déclare les tensions » plutôt que le contraire et qui ne doit pas être un acteur isolé dans la situation d'hôpital en tension. Il s'agit d'un cercle vicieux au centre duquel l'équipe des urgences se débat et qui requiert une aide extérieure.

Mesures proposées :

- Disposer d'indicateurs " temps réel" fiables permettant une veille externe aux urgences.
- Organiser une surveillance de l'activité des urgences, indépendante des urgentistes et permanente (week-end et fériés) compris.
- Traiter l'appel de l'urgentiste au directeur comme une fiche d'événement indésirable ; faire assurer la recherche de place par l'établissement (hors urgence) de façon systématique en cas de tension et idéalement au quotidien ; réaliser systématiquement et sans attendre, les transferts de patients vers d'autres établissements.

Directeurs d'établissements de santé

Les directeurs d'établissements de santé sont investis de la responsabilité de la déclaration et de la conduite de l'action dans un contexte hôpital en tension. Nous verrons que les actions proposées entraînent des enjeux économiques et relationnels souvent difficiles et exigent un investissement sur le terrain important.

Il faut craindre particulièrement les positions d'évitement qui consiste à attendre une amélioration spontanée de la situation et à remettre au lendemain déclaration, action précoce, réévaluation de la situation. Cette attitude, pourtant fréquente, entraîne un retard dans les décisions et ignore la mise en danger de certains patients.

Par ailleurs, les mesures HET mises en place par les directeurs d'établissement constituent de véritables actions d'amélioration des conditions de prise en charge des patients (des "actions de soins") qui font la preuve de leur efficacité. Elles méritent d'être tracées et évaluées au même titre que le soin et pourraient être examinées dans le cadre de revue de morbi-mortalité.

Au total : une catégorie professionnelle dont on attend beaucoup mais qui ne dispose que rarement des indicateurs de pilotage ad hoc et de retours d'expérience suffisants pour mettre en place des actions parfois impopulaires auprès des autres professionnels.

Mesures proposées :

- Guider l'action des directeurs par un plan d'action structuré et systématique qui insiste sur l'intérêt à agir précocement.
- Proposer une formation ou un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs et des équipes médicales.
- Organiser la traçabilité des actions des directeurs d'établissement et le lien avec l'ARS.
- Sensibiliser les professionnels lors des revues de morbi-mortalité.

Professionnels des Agences Régionales de Santé (ARS)

Les professionnels des agences régionales de santé doivent s'assurer que les actions prévues sont anticipées, planifiées, mises en œuvre ; mais ils doivent aussi, organiser la collaboration entre les différents établissements de santé et participer à la veille.

La région PACA organise dans ce contexte la mise en place de plan « Hôpital en tension solidaire ». Il s'agit de déclencher le plan hôpital en tension dans un établissement pourtant en activité normale afin de porter assistance à ceux qui rencontrent des difficultés, sous réserve qu'au préalable ils aient mis en place des actions adaptées. Cela suppose que les établissements sans activité d'urgence puissent également être sollicités.

Cette action montre des résultats positifs avec les établissements de type MCO mais aussi avec les sites de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces derniers devancent alors l'admission des patients du site en difficulté et libèrent des lits d'aval. Les réglages restent à trouver mais la piste est intéressante ; elle pourrait être étendue aux unités d'EHPAD, voire même aux soins critiques.

Ces missions sont lourdes et nécessitent une formation spécifique des équipes des agences régionales de santé en lien avec les professionnels de terrain. Ces formations paraissent encore plus nécessaires pour les personnels engagés dans cette problématique uniquement lors des périodes d'astreinte.

L'expérience de la région PACA montre que cette implication (qui est une charge importante) est réelle et appréciée par les professionnels des établissements.

Mesures proposées :

- Guider l'action des personnels des ARS par un plan d'action structuré et systématique.
- "Vulgariser" les démarches de "tensions solidaires".
- Proposer une formation ou un guide hôpital en tension à l'usage des personnels des ARS.

- Organiser la traçabilité des actions des personnels des ARS en utilisant le même outil que les directeurs et les professionnels de santé (Certaines régions utilisent le répertoire opérationnel des ressources à cette fin).
- Disposer du nombre de patients hospitalisés en attente de SSR et mettre en place un plan tension solidaire en établissement de SSR pour anticiper les admissions.

Professionnels de santé des SAMU / Centre 15

Certains attendent des professionnels de santé des SAMU, qu'ils épargnent de manière importante et durable les services d'urgence en difficulté. Il faut rappeler ici que cette action n'a jamais montré son efficacité pour épargner un service d'urgence en tension.

En première lecture, cette affirmation paraît aller contre le concept même de régulation et de l'importance du triage qu'il réalise. Il n'en est rien car la problématique de l'hôpital en tension est très spécifique comme le montre les points suivants :

- Le SAMU et les services d'urgences qui l'entourent représentent un binôme essentiel à la prise en charge de certain patient qui demandent une prise en charge complexe sans pour autant pouvoir être admis directement vers les plateaux techniques (douleurs abdominales, malaises, ...). seules les zones où l'offre de soins est dense présentent un terrain propice à des réorientations vers d'autres sites. Encore faut-il que celles-ci soient organisées, et que les sites de second recours ne soient pas eux-mêmes en difficulté.
- Les alternatives dans le domaine ambulatoire sont parfois pauvres.
- Les patients qui se présentent aux urgences ne bénéficient pas tous de l'intervention du médecin régulateur ; ainsi l'enquête DREES conduite en juin 2013 sur une période de 24 heures, a montré que seul 11%² des patients admis aux urgences avait bénéficié d'une régulation par le SAMU/ Centre 15.
- L'activité des Samu centre 15 est réalisée en flux tendu ce qui rend difficile les modifications de stratégies d'orientation sur des périodes courtes ; ceci d'autant plus que l'épargne des services d'urgences est déjà un objectif fort de ces services.
- Les SAMU/centre 15 rencontrent aussi des épisodes de tensions qu'il faut évaluer et que nous évoquons plus loin.

Mesures proposées :

- Le SAMU / centre 15 dispose des indicateurs d'activité des SU.
- Le SAMU / centre 15 accède aux éléments de traçabilité des actions mises en place par les directeurs d'établissements et l'ARS.
- Une évaluation précise de l'interaction SAMU Urgences en période de tension doit être menée.

Autres professionnels de santé impliqués en amont des services d'urgences

Les professionnels de santé libéraux peuvent-ils modifier leur stratégie d'utilisation des services d'urgence ? Ils ne disposent pas de l'information et ne peuvent donc pas modifier l'utilisation qu'ils ont des services d'urgence. Pour autant, la question reste ouverte puisque aucune étude n'a permis de qualifier l'impact d'une telle organisation. Il faut noter que l'implication des professionnels de santé libéraux existe déjà dans certains départements avec information de ceux-ci via l'ordre (utilisation de la messagerie).

² Source DREES - Études et résultats - N°889 Juillet 2014

Mesures proposées :

Les médecins libéraux et transporteurs sanitaires (ambulanciers et Sapeurs-Pompiers) sont :

- informés automatiquement des épisodes de tension (SMS, Messagerie)
- accèdent aux indicateurs de tension
- sont invités à solliciter le SAMU/Centre 15 pour tout transfert vers les SU.

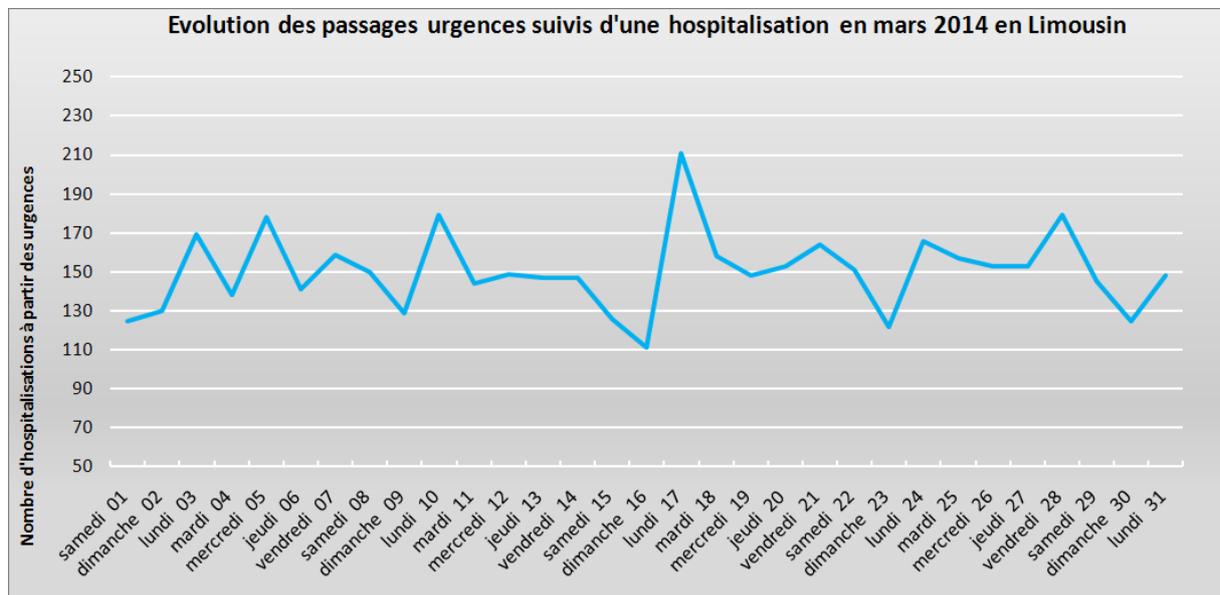
L'impact de ces actions est à évaluer.

Autres professionnels de santé impliqués en aval des services d'urgence

Il s'agit d'un sujet fréquemment pointé du doigt. Il concerne les services de court séjour immédiatement en aval des urgences mais aussi les services de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR) ou EHPAD.

1. Professionnels de santé des établissements disposant d'un service d'urgence

Leur charge de travail, les exigences économiques ou organisationnelles auxquelles ils sont confrontés sont importantes. Les sollicitations des urgentistes interfèrent fortement et souvent négativement avec leurs obligations quotidiennes. Mais il ne fait pas de doute qu'ils doivent être totalement impliqués dans la prévention ou la résolution des situations d'hôpital en tension et ceci d'autant plus que le nombre d'hospitalisations quotidiennes à partir des services d'urgence est une donnée relativement stable et connue.



Source : ORU LIM Variation des hospitalisations à partir des urgences

Les arguments les plus souvent opposés aux admissions en contexte d'HET peuvent être résumés ainsi :

- patient sortant des critères de sélection usuels de l'unité (pathologie, spécialité)
- lits réservés à J+n
- permission
- défaut de personnel

La décision d'admission relève pourtant du directeur d'établissement qui doit être au centre des discussions et qui doit rappeler qu'il s'agit d'une problématique engageant tout l'établissement.

Les établissements qui engagent des actions énergiques à la "phase aigue HET" motivent sans aucun doute les commissions ad hoc à s'emparer de ce sujet en dehors des épisodes de crises pour anticiper et atténuer les contraintes.

2. Professionnels de santé des établissements ne disposant pas d'un service d'urgence

Ces derniers subissent rarement des problématiques de tension liées aux admissions non programmées. La mise en place de plan HET au sein de leurs structures est exceptionnelle et leur sollicitation pour apporter leur contribution est rare.

La mise en place de plan "hôpital en tension solidaire" est une première piste à la main des ARS comme nous l'avons vu précédemment.

La diffusion d'information quotidienne, à fréquence courte sur la disponibilité en lit permet de mieux utiliser ces ressources et réalise une bonne sensibilisation des différents acteurs.

Ces établissements sont parfois des utilisateurs des services d'urgences. Les établissements de SSR ou les EHPAD sollicitent les services d'urgences dans des situations particulières qui nécessitent un accès rapide aux plateaux techniques. Il ne s'agit pas de remettre en cause ici cette organisation mais de s'interroger sur l'effet d'une information transparente vers ces services en espérant une admission différée, une admission directe, ou la sollicitation d'un autre service.

Mesures proposées :

- Réserver des lits pour les patients des urgences ;
- Participer aux cellules de veille ;
- Visualiser le nombre de patients hospitalisés à partir des urgences par service ;
- Contrôler (limiter sans interdire) le programmé du lundi et du vendredi, notamment en service de médecine ;
- Suivre au quotidien le nombre de patients en attente de SSR ;
- Limiter les permissions.
- Informer les établissements de santé sans site d'urgence, les EHPAD.

Le gestionnaire des 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. En leur absence, une organisation différente, mais poursuivant les mêmes objectifs, devrait être décrite. Car, plus que le ou les postes individualisés, c'est bien une politique forte de gestion des lits qui est nécessaire.

Quelque soit les moyens mis en place, il s'agit non seulement de maintenir et de diffuser une information précise sur les lits disponibles (temps réel et à venir) 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.

L'inventaire des lits gagne à être diffusé à tous les acteurs, tant intra qu'extra établissement. Cette diffusion peut être réalisée sur l'espace numérique régional de santé et s'appuie sur la description de l'offre sanitaire du Répertoire opérationnel des ressources (R.O.R.) à l'image de ce que propose les outils diffusés par les régions Ile de France et PACA.

Quelque soit l'échelle de diffusion, ce recueil de données doit fournir une granularité fine et détailler l'offre par unité de soins ou unité opérationnelle et idéalement être alimenté par les outils en place dans les établissements (GAM ou ...).

A ce titre, les données agrégées par discipline (médecine, chirurgie etc.) relevées par les serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA) sont insuffisantes pour un usage opérationnel et sont destinées à une activité de veille exclusive déterminant seulement les grandes tendances.

L'établissement doit garantir une mise à jour aussi proche du temps réel que possible et contrôler régulièrement la qualité des données.

Certains sites poussent la logique de la vision « établissement » et organisent un guichet unique d'admissions qui agit comme une véritable centrale de réservation et garantit les équilibres et le respect des choix organisationnels.

Certains établissements associent à ces démarches, la détection des patients bloquants, afin de limiter au possible la durée des hospitalisations inutiles.

L'ensemble de ces organisations sont détaillées dans un guide de la MEAH³ (La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques, bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience. Avril 2008).

Au total : Quelque soit le moyen retenu, la gestion des lits est sous la totale responsabilité du directeur d'établissement et constitue un enjeu majeur. La mise en place d'un gestionnaire des lits est un préalable indispensable mais son action doit être complétée. Enfin, il faut militer pour la plus grande transparence sur la disponibilité des lits tant au niveau de l'établissement que de la région, en temps opérationnel (réel) comme rétrospectif.

Mesures proposées :

- Publier les lits disponibles par services sur un outil régional s'appuyant idéalement sur des flux automatisés et garantissant une mise à jour pluriquotidienne des données et une évaluation rétrospective des résultats et des implications.
- Diffuser cette information à tous et dans tous les cas aux SAMU-Centre 15 pour les lits de soins critiques.
- Organiser la gestion des lits en assurant la présence H12 / 7 jours sur 7 d'un personnel dédié.
- Décrire la politique de l'établissement en précisant les modes de gestion des admissions non programmées.

Patients et usagers

Les situations de tensions hospitalières modifient négativement le pronostic des patients⁴ qui séjournent plus longtemps dans les sites d'urgences. Au-delà de la problématique de confort, les patients sont concernés au premier chef. Mais peuvent-ils agir et favoriser la mise en œuvre de solutions alternatives à la sollicitation des urgences ?

³ 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

⁴ Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. DB Richardson, MJA, 2006,184:213-6 - The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Sprivulis PC et al, MJA, 2006,184:208-12

Est-il possible de limiter les admissions dans un service d'urgence en donnant de l'information (portail régionaux d'information santé - média) sur les temps d'attente ou les situations de tension dans tel ou tel site d'accueil d'urgence ?

Cela conduit-il à des situations de risque, le patient ne se présentant pas au service d'urgence alors que cela était nécessaire ? Une évaluation de telles mesures permettrait de qualifier la plus value de ces organisations.

VII - La traçabilité des situations de tension et des actions mises en place

Nous avons évoqué précédemment que la mise en place d'action « hôpital en tension » devait être considérée comme un véritable acte d'amélioration des conditions de prise en charge des patients à la seule main du directeur et qui devait être documenté.

Les différentes recommandations confirment l'intérêt de tracer ces actions et prévoient que le directeur d'un établissement de santé en situation de tension réalise une déclaration auprès de l'agence régionale de santé.

Cette déclaration est habituellement réalisée par voie de messagerie ou par appel à un numéro d'astreinte de l'ARS. La région PACA expérimente depuis 18 mois un outil accessible en ligne qui permet, outre la déclaration des situations de tension, l'inventaire des causes identifiées et des actions mises en œuvre, ainsi que le suivi de la situation.

	ACTIONS MISES EN OEUVRE
LE PERSONNEL (RECOURS À DES EFFECTIFS)	renforcement de moyens paramédicaux aux Urgences
LA LOGISTIQUE (L'AJOUT DE MOYENS)	
L'AJOUT DE LITS	12 lits supplémentaires installés (chambres individuelles doublées)
LES DÉPROGRAMMATIONS	
LES TRANSFERTS	
LES RÉORIENTATIONS	Entre 11h et 15h, orientation depuis le SAMU vers l'HIA Et réorientation d'un patient avec douleur thoracique vers clinique des Fleurs
AUTRES	
	CAUSES DU DÉCLENCHEMENT
ÉPIDÉMIE	Afflux ce matin de syndromes méningés
FERMETURES DE LITS	
LITS D'HOSPITALISATION INDISPONIBLES	A 18h, il ne reste plus de lits d'adultes vacants au CHITS (sauf en psychiatrie) . Un passage dans tous les services de Sainte Musse a été fait par les cadres de garde pour ne pas laisser de lits vacants, hors entrées programmées demain matin. Tous les lits sups ont été installés. Des sorties plus rapides vers SSR seraient souhaitables.
STAGNATION DE PATIENTS	
ACCÈS DIFFICILE AU PLATEAU MÉDICO-TECHNIQUE	
MANQUE DE PERSONNEL	
AUTRES	

Source : Répertoire opérationnel des ressources PACA

Cette organisation est très bien acceptée par l'ensemble des acteurs ; la volumétrie des déclarations est devenue particulièrement importante (trois situations signalées en 2012 versus 150 déclarations en ligne sur les neuf premiers mois de l'année 2014).

Il faut remarquer cependant que si la déclaration des mécanismes expliquant la situation de tension est réalisée, la description des actions effectuées n'est pas encore systématique. Cette saisie au fil de l'eau, pourrait être comparée aux chiffres des différents indicateurs collectés et constituer ainsi une base de données propre à évaluer, non seulement les indicateurs mais aussi l'impact des actions conduites (évaluation en cours).

VIII - Rédaction d'un plan d'action d'établissement

L'objet de ce travail est focalisé autour de la détection et du traitement d'une situation de tension. Mais l'anticipation et donc la prévention des situations de tension, qui est l'un des objectifs du dispositif, est possible et sera d'autant plus efficace qu'elle ne se limite pas aux mesures qui ne perturbent pas les habitudes pré existantes dans les établissements.

Dans son rapport de septembre 2013 "Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences" le Pr Carli au titre du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) propose de « formaliser et rendre obligatoire à court terme le plan « hôpital en tension » en appui des mesures de gestion des lits. Inscrire cette mesure dans la certification de l'établissement ».

Il est possible d'envisager que les ARS mettent en pratique cette recommandation et que cette exigence de mise en œuvre du plan hôpital en tension soit mentionnée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chaque établissement.

Pour notre part, nous nous essayons ici au contenu d'un plan hôpital en tension qui pourrait être harmonisé et diffusé au niveau de l'ensemble des régions. Le répertoire opérationnel des ressources constitue à ce titre un support de choix pour le diffuser, à l'instar de ce qui est fait pour les plans blancs dans certaines régions.

Plan d'action HET d'un établissement

La cellule de veille, qui devient cellule de crise si l'établissement déclare une situation d'hôpital en tension, doit proposer un canevas d'actions adaptées à la situation. Nous avons décliné précédemment, les différentes actions et les catégories de tension qu'elles participent à résoudre. Nous reprenons cette information en proposant un phasage de ces actions qui met en évidence l'importance d'une action précoce voire d'une action systématique (prévention) qui peut permettre de limiter l'intensité de la tension hospitalière (durée/difficultés opérationnelles) et l'importance de l'impact sur le reste de l'établissement. Ce plan d'action affirme la politique institutionnelle et peut être formalisé par un règlement intérieur des admissions.

Trois volets sont identifiés :

- Volet anticipation HET
- Volet réaction HET
- Volet exercice HET

1. Volet anticipation HET ou volet retour d'expérience et plan d'action préventif

Il a paru indispensable de lier "anticipation", "retour d'expérience" et "plan d'action préventif", tant ils sont liés les uns aux autres dans la démarche l'appropriation du plan d'action par l'ensemble de l'établissement.

Le retour d'expérience au sein de l'établissement doit être organisé systématiquement pour analyser le déroulement des événements et communiquer largement les conclusions en interne. Les premiers retours d'expérience montrent le plus souvent que le début des actions aurait du être plus précoce et valorisent l'implication des différents acteurs ou révèlent des postures d'évitement.

Certaines mesures utilisées en urgence pourront être installées à titre préventif (salon de sortie, sorties matinales, réservation pour les urgences, travail sur les patients « bloquants », inventaire des lits, besoin quotidien en lits, etc.) afin d'éviter le désagrément des décisions en urgence.

C'est un travail de pédagogie et d'exemple qui implique particulièrement les directions, les chefs de pôle, les présidents de CME et les présidents des autres commissions institutionnelles concernées.

Le tableau suivant fait l'inventaire des indicateurs et des actions qui disposent d'une polarité préventive comme curative et dont la mise en place en phase aigue peut contribuer à convaincre de la nécessité d'un usage quotidien de ces outils propres à prévenir les situations de tension.

Déterminer les indicateurs à veiller et constituer un tableau de bord. Choisir un nombre suffisant d'indicateurs qui permettent de détecter les différentes catégories de tension parmi le tableau suivant :

Catégories de Tension			N°	Libellé	Complexité de recueil
Tension "carences de lits d'aval"	Tension "affluence"	Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"			
X			2.4	Nombre de patients présents depuis plus de 6h	Moyenne : Connecteur logiciel
X			2.5	Nombre de patients en attente de lit, présent sur un brancard à un temps donné	Elevée : Collecte manuelle
X	X		2.6	Nombre de patients en attente de prise en charge	Moyenne : Connecteur logiciel
X			2.7	Nombre de patients en UHCD	Moyenne : Connecteur logiciel
X	X	X	2.12	NEDOCS	Moyenne : Connecteur logiciel
X			3.1	Nombre de patients en attente de prise en charge dans un lit d'hospitalisation à un instant donné	Elevée : Collecte manuelle
X			3.3	Délai écoulé depuis la dernière admission en service de court séjour	Moyenne : Connecteur logiciel
X			3.4	Le temps d'attente moyen entre la décision d'admission et l'admission dans un service d'aval	Elevée : Collecte manuelle
X			3.5	Nombre de patients en attente de lit à un instant donné	Elevée : Collecte manuelle
X			3.6	Nombre de transferts par défaut de lits depuis 24h dont HAD	Faible : Connecteur logiciel existant
X			3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences	Faible : Connecteur logiciel existant
X			3.8	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences par unité d'aval	Moyenne : Connecteur logiciel
X			4.1	Nombre de lits disponibles par service	Elevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe
X			5.1	Nombre de demandes de place en SSR en cours	Moyenne : Connecteur logiciel
X			5.2	Nombre de patients hospitalisés en attente de place en EHPAD à un instant donné	Elevée : Collecte manuelle
X			5.3	Nombre de patients en soins critiques en attente place en MCO ou autre à un instant donné	Elevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe
	X		1.1	Nombre de DRM (Dossier de Régulation Médicale) SAMU par 24h	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		1.2	Nombre de DRM ouverts à un instant donné	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		1.3	Nombre de DRM avec orientation vers un service d'urgence à un instant donné	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		1.4	Nombre de SMUR engagés à un instant donné	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		1.5	Nombre de VSAV régulés à un instant donné	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		1.6	Alerte InVS - Epidémie	Elevée : Collecte manuelle
	X		2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures	Faible : Connecteur logiciel existant
	X		2.3	TOP ou nombre de patients présents	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		2.8	Nombre de patients en attente de biologie ou d'imagerie	Elevée : Collecte manuelle ou connecteur logiciel complexe
	X		2.9	Nombre de patients selon le code gravité identifié au tri IOA	Moyenne : Connecteur logiciel
	X		2.10	Durée Moyenne de présence aux urgences	Faible : Connecteur logiciel existant
		X	2.11	Nombre de patients pris en charge par un médecin à un instant donné.	Moyenne : Connecteur logiciel
		X	2.1	Nombre de patients par médecin des urgences à un instant donné	Moyenne : Connecteur logiciel

Privilégier les indicateurs à complexité de recueil faible ou moyenne.

Déterminer les actions de préventions retenues et constituer un tableau de mise en œuvre à sélectionner dans les tableaux suivants :

Prévention au quotidien - Tension Carence de lits d'aval

N°	Catégorie d'action	Actions
1.1	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la cellule de veille de l'établissement
1.2	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la veille régionale
5.1	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en hospitalisation conventionnelle
5.10	Repérer les lits disponibles plus facilement	La recherche de place est assurée par l'établissement
5.2	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en réanimation & SI & SC
5.3	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en maternité
5.4	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en pédiatrie
5.5	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en EHPAD
5.6	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en HAD
5.7	Repérer les lits disponibles plus facilement	Inventaire des lits disponibles en SSIAD
5.8	Repérer les lits disponibles plus facilement	L'inventaire précis des places (par unités de soins) est assuré au niveau du répertoire opérationnel des ressources (régional) accessible à tous.
5.9	Repérer les lits disponibles plus facilement	Mise en place d'une organisation assurant notamment la gestion de l'hospitalisation programmée et non programmée (réservation, inventaire, ...)
6.1	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Lits d'hospitalisation dédiés aux urgences : UHCD
6.18	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Planifier le séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée
6.19	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Maîtriser le système de « permission », qui doit être réservé à des situations très exceptionnelles.
6.2	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Organisation de sortie et d'admissions matinales et en début d'après midi
6.20	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Limiter les admissions programmées les lendemains de we ou fériés et vendredi samedis,
6.21	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Relever la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)
6.22	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).
6.23	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détection des patients présentant une forte probabilité de difficultés de sortie du fait de raison non médicales (patients bloquants).
6.24	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait de l'absence de solution de sortie.
6.25	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen d'imagerie ou d'avis spécialisé pour organiser une prise en charge prioritaire.
6.3	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Des lits d'hospitalisation sont planifiés quotidiennement dans les services au profit des urgences ; admissions planifiées selon l'heure de la journée. Programmé le non programmé
6.4	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Mise en place de salon de sortie pour libérer les lits plus précocement
6.5	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Lits réservés au quotidien "admission par les urgences" dans les services définis en tenant compte des données d'antériorité de besoin en hospitalisation du service d'urgence.
6.6	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Processus de remise en situation opérationnelle accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient
7.1	Adapter les moyens à la demande	Lisser les taux d'hospitalisation de chaque service de l'établissement (part de l'admission par les urgences)
7.2	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : services d'aval
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences
7.4	Adapter les moyens à la demande	Retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées

Prévention au quotidien - Tension "affluence"

N°	Catégorie d'action	Actions
1.1	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la cellule de veille de l'établissement
1.2	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la veille régionale
3.1	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Mise en place de renfort d'effectif sur le tri
3.2	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Planifier les rendez vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée
4.1	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.	Mise en place de Maison médicale de garde
4.2	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.	Renfort des effectifs en maison médicale de garde existante
4.3	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.	Mise en place de consultations non programmées de médecine générale hors PDSA.
6.17	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les journées d'hospitalisation inutiles
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences
7.4	Adapter les moyens à la demande	Retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées
7.5	Adapter les moyens à la demande	Maintenir ou/et augmenter les personnels (service d'aval et urgences) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (vacances scolaires, ponts, we..), grand rassemblement.
7.6	Adapter les moyens à la demande	Filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)
7.10	Adapter les moyens à la demande	Liste des patients adressés au SU par le SAMU ou professionnels de santé

Prévention au quotidien - Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"

N°	Catégorie d'action	Actions
1.1	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la cellule de veille de l'établissement
1.2	Veiller les indicateurs et les alertes	Mise en place de la veille régionale
3.1	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Mise en place de renfort d'effectif sur le tri
4.1	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.	Mise en place de Maison médicale de garde
4.2	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.	Renfort des effectifs en maison médicale de garde existante
7.2	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : services d'aval
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences
7.4	Adapter les moyens à la demande	Retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées
7.5	Adapter les moyens à la demande	Maintenir ou/et augmenter les personnels (service d'aval et urgences) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (vacances scolaires, ponts, we..), grand rassemblement.
7.8	Adapter les moyens à la demande	Identifier un niveau cible pour l'indicateur Nombre de patients par médecin / par ide

2. Plan HET - Volet réaction "HET"

L'observation des évolutions des indicateurs permet d'orienter les actions vers un ou plusieurs types de tensions simultanées. Le tableau suivant classe les indicateurs selon le type de tension qu'il participe à détecter :

Indicateurs - Tension "carences de lits d'aval"

N°	Libellé
2.4	Nombre de patients présents depuis plus de 6h
2.5	Nombre de patients en attente de lit, présent sur un brancard à un temps donné
2.6	Nombre de patients en attente de prise en charge
2.7	Nombre de patients en UHCD
2.12	NEDOCS
3.1	Nombre de patients en attente de prise en charge dans un lit d'hospitalisation à un instant donné
3.2	Nombre de lits libérables
3.3	Délai écoulé depuis la dernière admission en service de court séjour
3.4	Le temps d'attente moyen entre la décision d'admission et l'admission dans un service d'aval
3.5	Nombre de patients en attente de lit à un instant donné
3.6	Nombre de transferts par défaut de lits depuis 24h dont HAD
3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences
3.8	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences par unité d'aval
4.1	Nombre de lits disponibles par service
4.2	Nombre d'admissions avant 12h
4.3	Nombre d'admissions à horaire tardif
4.4	Nombre d'admissions programmées avec DMS cible
4.5	Nombre de journées non pertinentes
4.6	Nombre de patients déprogrammés
4.7	DMS par service
4.9	Pourcentage de lits d'aval fermés dans l'établissement par rapport au nombre de lits d'aval de l'établissement.
4.10	Nombre d'admissions programmées selon les jours de la semaine
5.1	Nombre de demandes de place en SSR en cours
5.2	Nombre de patients hospitalisés en attente de place en EHPAD à un instant donné
5.3	Nombre de patients en soins critiques en attente place en MCO ou autre à un instant donné

Indicateurs - Tension "Affluence"

Numéro	Libellé
1.1	Nombre de DRM (Dossier de Régulation Médicale) SAMU par 24h
1.2	Nombre de DRM ouverts à un instant donné
1.3	Nombre de DRM avec orientation vers un service d'urgence à un instant donné
1.4	Nombre de SMUR engagés à un instant donné
1.5	Nombre de VSAV régulés à un instant donné
1.6	Alerte InVS - Epidémie
2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures
2.3	TOP ou nombre de patients présents
2.6	Nombre de patients en attente de prise en charge
2.8	Nombre de patients en attente de biologie ou d'imagerie
2.9	Nombre de patients selon le code gravité identifié au tri IOA
2.10	Durée Moyenne de présence aux urgences
2.12	NEDOCS
4.8	Nombre de médecins présents pour chaque unité un jour donné

Indicateurs - Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"

Numéro	Libellé
2.1	Nombre de patients par médecin des urgences à un instant donné
2.11	Nombre de patients pris en charge par un médecin à un instant donné.
2.12	NEDOCS

Le nombre d'actions proposées est particulièrement important. Le plan d'action ne doit pas être un catalogue complet ; l'établissement doit réaliser un choix et sélectionner les plus actions les plus adaptées au contexte.

Nous présentons dans les tableaux suivants les actions à privilégier selon la ou les catégories de tension diagnostiquées :

Phase réactive précoce - Tension Carence de lits d'aval

N°	Catégorie d'action	Actions
6.18	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Planifier le séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée
6.19	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Maitriser le système de « permission », qui doit être réservé à des situations très exceptionnelles.
6.20	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Limiter les admissions programmées les lendemains de we ou fériés et vendredi samedis,
6.21	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Relever la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)
6.22	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).
6.24	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait de l'absence de solution de sortie.
6.25	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen d'imagerie ou d'avis spécialisé pour organiser une prise en charge prioritaire.
7.2	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : services d'aval
6.7	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Procédure de libération de lits en hospitalisation conventionnelle
6.8	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Procédure de libération de lits en réanimation & Sc & SI
6.9	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Procédure de libération de lits en maternité
6.10	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Procédure de libération de lits en pédiatrie
6.26	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Identifier les patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)
6.27	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Identifier les patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)
6.28	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Promotion des transferts vers d'autres établissements
7.11	Adapter les moyens à la demande	Mise en place de la cellule de crise de l'établissement
7.12	Adapter les moyens à la demande	Informers l'ensemble de l'établissement à la tension

Phase réactive précoce - Tension "affluence"

N°	Catégorie d'action	Actions
3.2	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Planifier les rendez vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée
6.17	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Détecter les journées d'hospitalisation inutiles
7.6	Adapter les moyens à la demande	Filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)
2.6	Contrôler l'affluence	Informers les patients en salle d'attente des épisodes de tension
6.28	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Promotion des transferts vers d'autres établissements
7.7	Adapter les moyens à la demande	Filière rapide de prise en charge - circuit court armé par les services d'aval ou les médecins d'astreinte.
7.11	Adapter les moyens à la demande	Mise en place de la cellule de crise de l'établissement
7.12	Adapter les moyens à la demande	Informers l'ensemble de l'établissement à la tension

Phase réactive précoce - Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"

N°	Catégorie d'action	Actions
7.2	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : services d'aval
7.7	Adapter les moyens à la demande	Filière rapide de prise en charge - circuit court armé par les services d'aval ou les médecins d'astreinte.
7.11	Adapter les moyens à la demande	Mise en place de la cellule de crise de l'établissement
7.12	Adapter les moyens à la demande	Informers l'ensemble de l'établissement à la tension

Phase réactive intermédiaire - Tension Carence de lits d'aval

N°	Catégorie d'action	Actions
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences
2.3	Contrôler l'affluence	Informers les transporteurs sanitaires (privés - SP) des épisodes de tension
2.4	Contrôler l'affluence	Informers les EHPAD des épisodes de tension
2.5	Contrôler l'affluence	Informers les établissements sanitaires du territoire (SSR- Hop Locaux - ...) des épisodes de tension
6.12	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Procédure d'augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.
6.29	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Hébergement dans des services non conformes à la pathologie

Phase réactive intermédiaire - Tension "affluence"

N°	Catégorie d'action	Actions
3.1	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Mise en place de renfort d'effectif sur le tri
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences
2.2	Contrôler l'affluence	Informers les médecins libéraux des épisodes de tension
2.3	Contrôler l'affluence	Informers les transporteurs sanitaires (privés - SP) des épisodes de tension
2.4	Contrôler l'affluence	Informers les EHPAD des épisodes de tension
2.5	Contrôler l'affluence	Informers les établissements sanitaires du territoire (SSR- Hop Locaux - ...) des épisodes de tension
2.7	Contrôler l'affluence	Informers le public des épisodes de tension

Phase réactive intermédiaire - Tension "par défaut d'effectifs soignants aux urgences"

N°	Catégorie d'action	Actions
3.1	Améliorer le tri des patients à l'admission aux urgences	Mise en place de renfort d'effectif sur le tri
7.3	Adapter les moyens à la demande	Renfort en personnel : service des urgences

Phase réactive pré plan blanc - Tension Carence de lits d'aval

N°	Catégorie d'action	Actions
6.11	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Transformation de secteurs d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète
6.13	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Ouverture de lits ou de secteurs fermés
6.14	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Déprogrammation des admissions
6.15	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation	Mobilisation des ES MCO de proximité

3. Volet exercices "HET"

La mise en place d'exercice "HET" est un élément d'appropriation important ; il permet de rationaliser les processus de décision et d'améliorer l'appropriation du dispositif par les différents intervenants. Pour autant, le déclenchement sans délai des actions précoces constitue sans aucun doute un élément d'entraînement bien plus performant et probablement moins lourd pour les établissements.

Nous proposons de conserver la notion d'exercice pour les situations de plans blancs (exceptionnelles) et de stimuler plutôt la mise en œuvre du plan hôpital en tension (fréquents et précoces).

IX - Nouvelles pistes d'actions

Rédaction d'un plan d'action selon la sectorisation (SAMU)

La capacité des SAMU à réorienter les admissions d'un site d'urgence vers d'autres sur des périodes courtes reste à démontrer. C'est pourtant une action fréquemment sollicitée par les services d'urgences. Nous avons vu que seul les services d'urgence situés en zone urbaine dotée de plusieurs sites d'accueil d'urgences pourraient probablement bénéficier d'une telle organisation.

La rédaction d'un plan d'action validé sur chaque secteur concerné par l'ensemble des acteurs paraît une action prometteuse. Ce plan devra comporter au minimum la proposition d'un plan de variation de la sectorisation usuelle, la description des règles de déclenchement et d'interruption. Il précisera contractuellement l'impossibilité de fermeture complète d'un site d'accueil des urgences ou de limitation d'accès à un plateau technique rare.

Une telle démarche est en cours de mise en place par le SAMU 13 pour la ville de Marseille.

Rédaction d'un plan d'action pour l'ARS

Nous avons évoqué précédemment le rôle particulier et important des ARS. Il s'agit de coordonner les actions des établissements entre eux et de déclencher, si nécessaire, un plan « hôpital en tension solidaire ». Les établissements qui ne sont pas en situation de tension sont alors sollicités pour déclencher leur organisation spécifique et accélérer la résolution de la crise.

Cela suppose une implication forte, un accès aux indicateurs de tension et un suivi qualitatif des actions des directeurs d'établissement.

Cette organisation ne s'invente pas au fil de l'eau et suppose non seulement un plan d'action systématique formalisé mais aussi des actions de formation vers les professionnels des ARS concernés (notamment lors des périodes d'astreinte).

De manière symétrique, il est intéressant de mettre en place une traçabilité des actions mises en place par l'ARS dans le cadre de ce plan tout comme pour les établissements.

Cette démarche devrait être complétée par une évaluation régionale du plan « hôpital en tension qui mette en évidence les résultats, analyse l'impact des actions proposées et s'interroge sur les services ne déclenchant jamais (modèle organisationnel ou plan non mis en œuvre) ou très fréquemment (défaut d'organisation récurrent).

Le tableau suivant propose une liste d'actions recommandées aux professionnels de l'ARS, présentées selon un ordre chronologique :

Installer une veille quotidienne régionale des indicateurs par les professionnels dans le cadre du réseau des urgences.
Organiser le rappel des directeurs d'établissement en cas d'indicateurs de tension positifs sans déclaration de tension.
Assurer une veille des déclarations d'alerte et de tension des établissements.
Exiger en cas de déclaration d'alerte que le directeur de l'établissement infirme ou confirme la situation de tension et mette en place des mesures correspondantes.
Donner une suite rapide aux déclarations d'alerte et de tension en prenant contact avec le directeur de l'établissement.
Exiger un inventaire complet et mis à jour des actions instaurées dans les établissements en tension.
Vérifier la mise en œuvre des actions et renouveler l'appel chaque jour, tant que la tension est maintenue.
Mettre en place un outil régional de traçabilité des actions de chacun, commun à l'ARS et aux établissements (ROR).
Assurer une traçabilité complète des actions de l'ARS dans un objectif de coordination des différents acteurs.
Déclarer les tensions solidaires adaptées à la situation rencontrées.
Inciter les établissements à lever la tension en cas de retour à une situation habituelle pour éviter le maintien de tensions inutiles qui "défiabilise" le dispositif.
Proposer une formation ou un guide hôpital en tension à l'usage des personnels des ARS.
Organiser le retour d'expérience dans le cadre du réseau des urgences.

Financement des actions HET

La distribution d'aides financières ciblées sur la promotion de démarche de prévention ou de réaction dans une situation d'HET a déjà été réalisée en fin d'année 2013. L'évaluation des différentes actions produites sera intéressante.

Pour autant, la démarche gagnerait à dépasser l'effet ponctuel et à être inscrite dans le temps.

Elle devrait alors être organisée de manière différente. et promouvoir un financement vers les établissements qui agissent et déclenchent des plans HET, les tracent et évaluent les effets.

Modification des règles de financement des services d'urgences

Les règles actuelles de financement des urgences paraissent contribuer à un certain mécanisme de tension ; deux exemples illustrent ce propos :

- la durée de séjour dans le service d'urgence des patients qui sont hospitalisés n'impacte pas la valorisation du GHS perçu par l'établissement,
- le forfait d'accueil d'urgence et l'ATU perçus pour les patients externes encouragent à accentuer l'effort sur la comptabilisation du nombre de passages de services d'urgence.

Une modification de la stratégie actuelle permettrait d'influencer différemment la stratégie d'adaptation des établissements au système. On peut proposer à titre d'exemple de modifier le mécanisme de financement :

1. Mesurer le délai d'admission des patients hospitalisés (hors UHCD) à partir des services d'urgences afin d'encourager :
 - a. les admissions précoces (moins de 4 h de prise en charge aux urgences) et diminuer le temps de prise en charge aux urgences.
 - b. les admissions aux heures de relève, avant 11h ou avant 15 h (horaire d'admission dans les services d'aval).

2. Simplifier le codage des actes pour les patients quittant le service des urgences sans avoir été admis dans une autre unité. Il s'agit de réduire la charge de saisie des actes et de codage de GHS au profit de données utilisables en terme de veille épidémiologique et d'identification des parcours de soins. On peut proposer de valoriser forfaitairement 5 catégories de patients externes :
 - a. Patient ne nécessitant qu'une consultation ou/et de soins locaux
 - b. Patient nécessitant des actes de biologie ou d'imagerie standard (hors échographie, imagerie en coupe, imagerie vasculaire)
 - c. Patient bénéficiant d'une consultation et de soins sous anesthésie locale ou d'une immobilisation rigide.
 - d. Patient réorienté d'emblée (maison médicale de garde, médecin libéral, consultation au sein de l'établissement).
 - e. Autres patients

Il est alors possible de valoriser les actions propres à limiter le temps de séjour aux urgences tout en :

- simplifiant la charge de saisie,
- améliorant la connaissance de la file active de site concerné,
- rendant inutile la course à la tranche de nombre de passages permettant d'augmenter le FAU.

L'effet de cette dernière proposition pourrait être accentué par une pondération favorisant une courte durée de prise en charge ou le nombre de patients par médecin sénior présent (indicateur d'organisation).

3. Valoriser la présence d'effectifs soignants.

X - Validation des résultats obtenus

Les indicateurs, actions, processus multi professionnels complexes que nous venons d'énumérer relèvent de propositions de professionnels de terrain. Elles sont encore peu évaluées de façon rigoureuse ; il est donc difficile de prédire leur impact et de doser l'intensité de la démarche.

Nous proposons ici une liste de travaux qui paraissent prioritaires :

- Impact de l'application d'un plan hôpital en tension sur la durée des tensions
- Corrélation déclaration de tension et indicateurs
- Corrélation entre le ressenti des professionnels et indicateurs
- Nombre de cellules de veille en place
- Évaluation des lits disponibles par service et par établissement
- Méthode d'évaluation du nombre d'hospitalisation quotidienne pour un service d'urgence
- Mécanisme des tensions aux SAMU ; impact sur les urgences
- Conséquences de l'information des patients en cas de période de tension
- Conséquences de l'information des médecins libéraux en cas de période de tension
- Conséquences de l'information des transporteurs sanitaires en cas de période de tension
- Évaluer les actions mises en place dans les établissements (enquête nationale)
- Évaluer les actions mises en place du fait des financements spécifiques alloués en 2013
- Proposer un support de formation à destination des personnels administratifs et médicaux des établissements de santé et de l'ARS.

XI - Conclusion

Le catalogue des outils « hôpital en tension » que nous proposons ici est particulièrement fourni ; les idées sont nombreuses, les exemples de mise en place se multiplient mais ils restent souvent parcellaires.

Il est difficile actuellement de dégager un consensus dans le choix des indicateurs et des actions mais l'évaluation des différentes mesures proposées dans ce document est possible et pourrait être réalisée selon deux axes de travail :

- l'exploitation de bases de données importantes dont disposent certaines régions et qui peuvent permettre de valider les choix et les priorités ;
- la réalisation à l'échelle nationale d'un inventaire qui évaluerait la réalité de la mise en œuvre concrète des plans HET (établissements et ARS).

Une telle démarche permettrait de mieux valoriser les actions fortes ayant un impact effectif sur les phénomènes de tension. Il faut convaincre, réduire au maximum les attitudes d'évitement et prévenir la lassitude.

L'amélioration des résultats nécessite, nous l'avons rappelé, une implication forte des directeurs d'établissement, des ARS : ces professionnels, déjà très sollicités, sont les maillons essentiels pour développer l'intérêt des différents acteurs et fluidifier le fonctionnement des établissements et le parcours des patients.

Cette implication pourra être obtenue en favorisant la transparence sur les indicateurs et les éléments de traçabilité de chacun ainsi que la formation des professionnels concernés qu'il faut promouvoir.

Ce document est une première version qui s'enrichira de vos remarques (coordination@fedoru.fr) que nous attendons, des résultats des évaluations à venir mais surtout des retours d'expérience que vous souhaitez apporter.

Le programme de travail de la FEDORU s'inscrit dans cette démarche de progrès continu qui conduira à une mise à jour régulière de ce document.

