

GESTION DES ÉPISODES DE TENSION EN ÉTABLISSEMENT

Focus opérationnel sur le Plan de Mobilisation Interne
des Établissements de santé du guide tensions et SSE

Situations sanitaires exceptionnelles

Avril 2019

GESTION DES ÉPISODES DE
TENSION EN
ÉTABLISSEMENT



SOMMAIRE

I.	Introduction	7
II.	Notion de situation de tension hospitalière	8
2.1.	Définition des situations de tension hospitalière	8
2.2.	Notion de saturation des urgences	11
2.3.	Organisation nationale et territoriale de gestion des situations de tension hospitalière	11
2.4.	Organisation interne à l'établissement de santé à mettre en place pour répondre aux situations de tension hospitalière	13
III.	Phase d'anticipation et de prévention	14
3.1.	Prévention	14
3.2.	Phase d'anticipation et gradation d'action	16
3.2.1.	Constitution de l'équipe projet de gestion des tensions hospitalières	16
3.2.2.	Gradation de la tension hospitalière	17
3.2.3.	Élaboration d'un plan de gestion des situations de tension	20
3.2.4.	Identification des actions de plan de gestion des tensions hospitalières	20
3.3.	Recensement des capacités de prise en charge	24
3.3.1.	Moyens humains	24
3.3.2.	Moyens matériels	25
3.3.3.	Service des urgences/UHCD	26
3.3.4.	Pharmacie	26
3.3.5.	Bloc opératoire	26
3.3.6.	Imagerie	26
3.3.7.	Logistique	26
3.3.8.	Informatique	27
3.3.9.	Le ROR	27
3.4.	Gestion du capacitaire de l'établissement	27
3.5.	Mise en place des procédures et acculturation	27
3.5.1.	Validation des procédures	27
3.5.2.	Présentation aux membres de l'institution	28
3.5.3.	Formation à la gestion des situations de tension	28
3.5.4.	Mise en situation	28

IV.	Phase de Veille	29
4.1.	Cellule de veille	29
4.2.	Missions	29
4.3.	Indicateurs	29
4.4.	Signalement d'une tension ressentie	31
V.	Phase de gestion des tensions	32
5.1.	Phase d'alerte, pré-tension ou de saturation d'une discipline	32
5.1.1.	Alerte et initialisation du plan d'action	32
5.1.2.	Communication interne et externe	32
5.1.3.	Actions réactives précoces	32
5.2.	Phase de tension confirmée : déclenchement du plan de mobilisation interne	33
5.2.1.	Mise en place de la Cellule de Crise Hospitalière	33
5.2.2.	Conduite de crise	35
5.3.	Phase de tension solidaire	37
5.4.	Plan SSE	38
5.5.	Levée de la tension	38
VI.	Évaluation et retour d'expérience	39
6.1.	Évaluation du dispositif de l'établissement	39
6.1.1.	Sur la pertinence des tableaux de bord	39
6.1.2.	Sur l'évaluation du dispositif de gestion des tensions hospitalières en place	39
6.2.	Mise en place de retours d'expérience	40
VII.	Tension ou interruption de filière territoriale	41
7.1.	Définition	41
7.2.	Préparation et prévention	41
7.3.	Gestion de la tension	43
7.4.	Levée de la tension de filière	44
7.5.	Évaluation et retour d'expérience	44
VIII.	L'ARS dans la gestion des tensions	45
8.1.	Élaboration d'une doctrine régionale	45
8.2.	Mise en place des outils de suivi	45
8.3.	Veille ARS	46
8.4.	Participation au plan d'action des établissements sur la dimension institutionnelle et territoriale	46
8.5.	RETEX	46
IX.	ANNEXES	47
9.1.	Fiches Actions	47
9.2.	Tableaux de Bord	52
9.2.1.	Tableau de bord de veille	52
9.2.2.	Tableau de bord de gestion de la tension hospitalière	53
9.3.	Gradation des tensions hospitalières	56
9.4.	Abréviations	57
9.5.	Références	58

I. Introduction

Depuis 2014, la FEDORU s'attache à accompagner les professionnels dans l'appréhension de la gestion des tensions hospitalières, avec de multiples travaux dont la publication de recommandations en 2014 et 2016^A. Ces documents exposaient une réflexion de fond, rapportant le fruit des différentes expériences régionales et proposant un cadre doctrinal et des outils pratiques (indicateurs et actions).

Venant en complément du Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles publié par la Direction Générale de la Santé et par la Direction Générale de l'Offre de Soins en ce début d'année 2019, la FEDORU a la volonté de proposer un guide opérationnel qui vient préciser les modalités de gestion des situations de tension au sein des établissements de santé.

Cette problématique s'inscrit dans une gradation du plan situations sanitaires exceptionnelles (SSE), avec au sein de l'établissement de santé un premier pallier de mobilisation interne. Notion toujours aussi fréquente et présente pour les établissements, la tension hospitalière est progressivement mieux connue et reconnue par les établissements, mais des progrès restent à faire sur l'anticipation de ces situations et la formalisation des plans d'action.

C'est pour toutes ces raisons que la FEDORU a souhaité étoffer son offre documentaire par ce nouveau travail original.

A travers ce travail, la FEDORU souhaite proposer un nouveau regard sur cette problématique :

- d'une part en identifiant une gradation de ces situations de tension impliquant des actions chronologiques permettant d'y répondre,
- d'autre part en permettant l'identification des différentes phases de la tension à partir d'actions concrètes constatées dans les établissements, permettant de mettre fin aux visions discordantes de l'importance de la tension d'un établissement et sur la nécessité ou pas de déclarer son établissement en tension,
- et enfin en proposant l'introduction d'une nouvelle notion, la gestion des tensions et/ou interruptions de filières territoriales. Il s'agit de situations récurrentes concernant différents types de prise en charge spécialisées (AVC, syndrome coronarien ST+, hémorragie digestive, polytraumatisé...) mais n'entrant pas dans le cadre actuel du plan hôpital en tension conventionnel d'un établissement.

Ce document introduit également un nouvel indicateur ayant pour objectif la meilleure gestion de l'aval des urgences, le Besoin Journalier Minimal en Lit (BJML) indicateur validé par le groupe de travail « aval des urgences » piloté par le ministère en mai 2018 et restitué au conseil national des urgences hospitalière (CNUH) de Juillet 2018. Cet indicateur permet d'appréhender le nombre journalier de lits qu'il est acceptable de prévoir dans un établissement pour l'aval des urgences. Il s'agit d'impulser à partir de l'utilisation de cet indicateur une nouvelle dynamique dans les établissements, permettant de réellement prendre en considération ce besoin de lits d'aval des urgences dans le pilotage des flux d'hospitalisation globaux d'un établissement.

L'ensemble de cette démarche vise à maintenir une qualité et une sécurité des soins satisfaisante pour le patient, maîtrisée par tous malgré les fluctuations de flux d'aval et d'amont. Il s'agit de ne plus se satisfaire de mesures dégradées pour faire face à ces situations de tension, mais bien de les gérer à partir d'un plan d'actions anticipé par un pilotage dynamique de l'établissement et la mise en œuvre d'une succession d'actions issues des expériences passées et préparées par l'établissement.

II. Notion de situation de tension hospitalière

2.1. DÉFINITION DES SITUATIONS DE TENSION HOSPITALIÈRE

Les situations de tension hospitalière sont des situations qui devraient être exceptionnelles, conséquence d'une inadéquation entre la demande (flux entrant de patients aux urgences et besoins en hospitalisations non programmées), les moyens disponibles au niveau des urgences (personnel, plateau technique) et de l'aval des urgences (lits d'hospitalisation disponibles, fluidité du transfert en lit d'aval).

Les périodes de tension sont associées à une diminution de la satisfaction des patients, à une augmentation de la proportion des patients sortis sans ou contre avis médical, à une altération du jugement des équipes soignantes et à une altération de la qualité des soins et in fine à un risque d'augmentation de la mortalité des patients hospitalisés.

Ce dysfonctionnement de la gestion des flux de patients représente une situation critique pour un établissement, pouvant évoluer vers une crise. La gestion de cette situation nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Tableau 1 : Risques favorisant les situations de tension

Origine du Risque	Catégorisation du risque	
EXOGENÈ	Afflux de patients	Épidémie Fluctuation saisonnière ou hebdomadaire Événementiel
	Défaut de processus au sein des urgences ou interne à l'établissement	Défaut structurel (locaux inadaptés, absentéisme non remplacé, mouvement social, difficulté d'accès plateau technique, panne informatique ...). Logistique de « charge en soins » (plusieurs patients graves en cours de prise en charge simultanément, équipe en sortie SMUR...).
ENDOGENÈ	Carence de lit d'aval	Insuffisance de disponibilité en lits (activité programmée mal dimensionnée, travaux, fermeture exceptionnelle d'une unité de soins, manque de personnel...). Infection nosocomiale majeure dans l'établissement. Saturation des structures d'aval du MCO.

Schéma 1 - Mécanisme de saturation des urgences

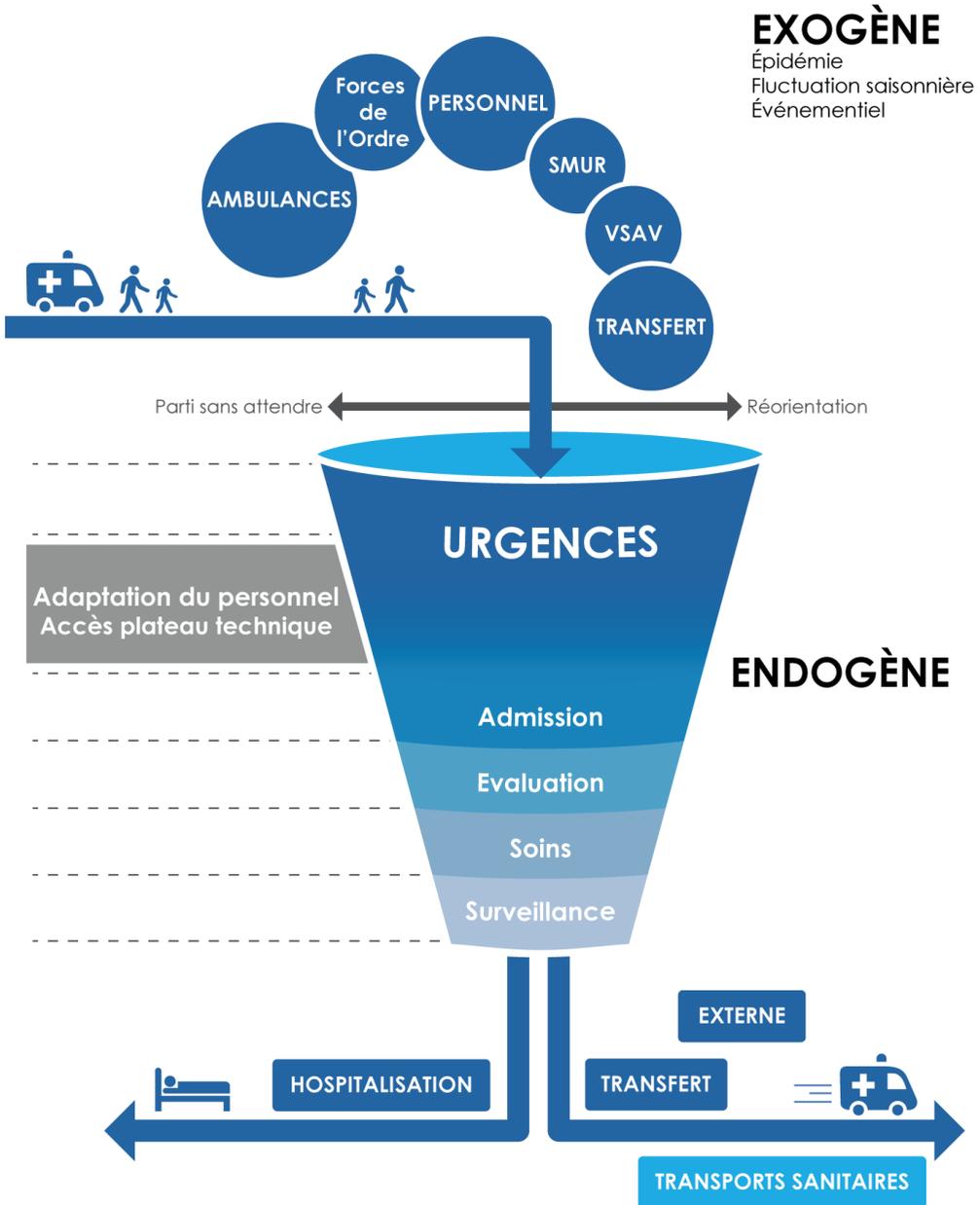
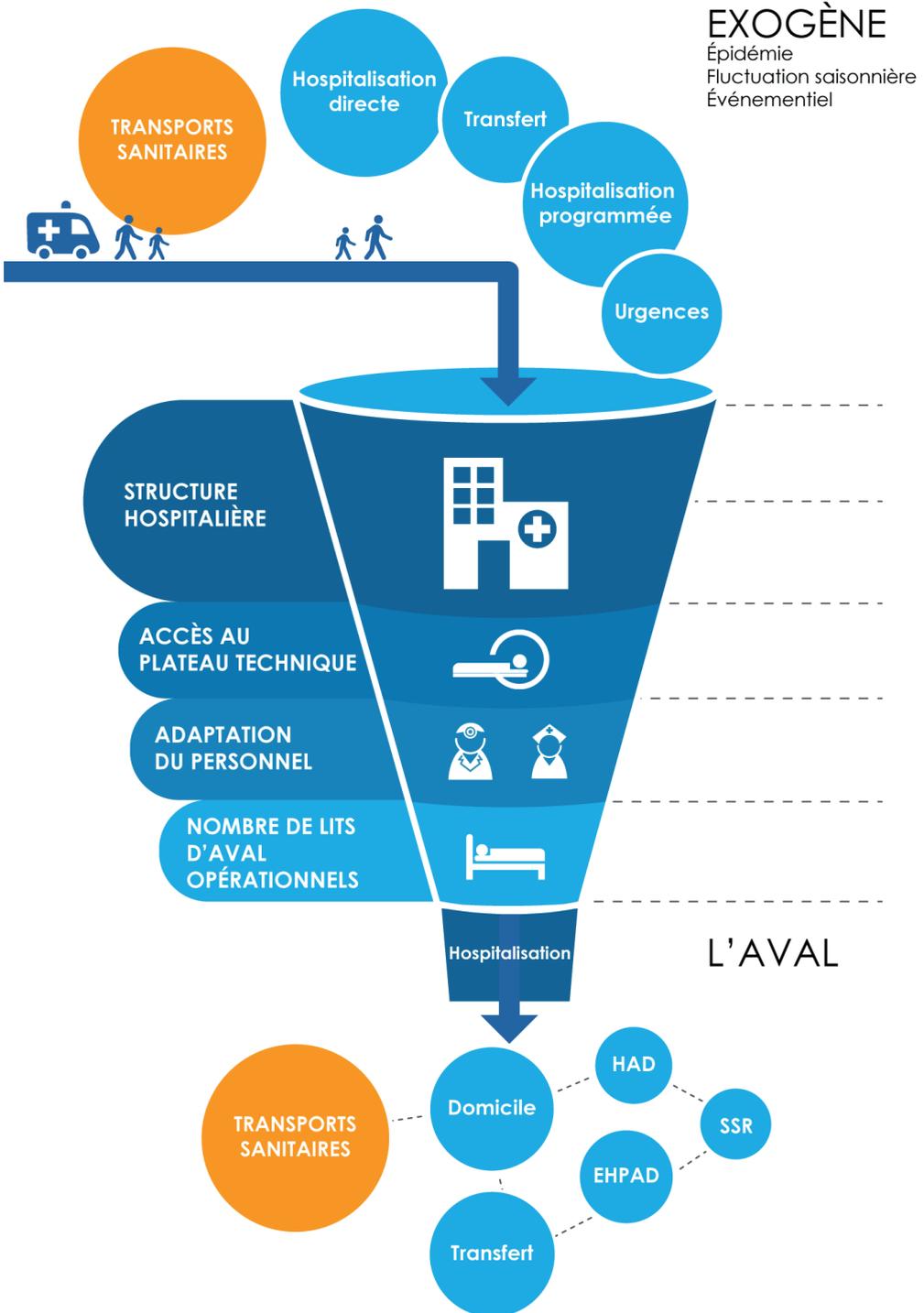


Schéma 2 - Mécanisme des tensions hospitalières



Le Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles accompagné de son instruction à venir, prévoit la nécessité de structurer un plan de réponse selon deux niveaux de gradation répondant au mieux au contexte de crise dans lequel l'établissement de santé évolue.

Le niveau 1 de ce plan ou plan de mobilisation interne, répond « à une situation de tension ou de risques avérés ne mettant pas à court terme l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant mais nécessitant toutefois la mise en œuvre de mesure d'adaptation partielle de l'offre de soins »⁸.

Cependant, ces situations récurrentes doivent inciter les établissements à s'engager dans une démarche d'anticipation, afin de modifier certaines organisations pouvant faciliter la survenue de tension. Ainsi l'instruction N° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018^c relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence, propose d'identifier les structures de médecine d'urgences fragiles, et la réalisation d'une analyse des causes à l'origine de ces situations de tension. L'objectif final de cette démarche est de mettre en place des actions d'adaptation permettant de diminuer la fréquence de ces tensions.

2.2. NOTION DE SATURATION DES URGENCES

La notion de saturation des urgences se différencie de celle de tension hospitalière, car seul le SU se trouve en difficulté. Cette situation peut répondre à des causes exogènes et/ou endogènes, mais le reste de l'établissement peut ne pas présenter de difficulté de fonctionnement ou d'insuffisance de ses capacités d'aval.

Sa survenue peut être à l'origine de dysfonctionnements majeurs pouvant également augmenter la morbi-mortalité des patients.

Il appartient à chaque SU d'élaborer une procédure de gestion de ces situations qui reprend certaines des catégories du plan de gestion des tensions hospitalières, mais centrées sur le fonctionnement du SU :

- améliorer le tri,
- ajuster les capacités de prise en charge aux urgences,
- adaptation des moyens humains et matériel à l'activité,
- adaptation des moyens de transport,
- adaptation des ressources des plateaux techniques supports du SU,
- organiser la réorientation des patients.

2.3. ORGANISATION NATIONALE ET TERRITORIALE DE GESTION DES SITUATIONS DE TENSION HOSPITALIÈRE

La gestion et le suivi des situations de tensions hospitalières intéressent 4 échelons opérationnels et de coordination :

- le niveau national : le ministère des solidarités et de la santé,
- le niveau régional : l'ARS,

- le niveau départemental : la Délégation territoriale ARS et le SAMU,
- le niveau territorial : le groupement hospitalier de territoire (GHT), les Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) et les établissements privés du territoire participant aux missions de service public dans le cadre de l'urgence.

Au sein du ministère en charge de la santé, la Direction Générale de la Santé (DGS), et plus particulièrement son Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), assure une veille hebdomadaire des situations de tension hospitalières et de leurs impacts dans l'organisation sanitaire territoriale. S'appuyant sur le Bulletin des activités et des Capacités Hospitalières (BACH) transmis toutes les semaines par les ARS, le CORRUSS rédige le Bulletin national des activités et capacités hospitalières, ainsi que la carte de synthèse nationale qu'il transmet aux partenaires concernés (DGOS, Santé Publique France, DSC...).

Si la situation présente une ampleur, une gravité ou un caractère médiatique important et que l'événement dépasse la gestion courante, la DGS peut alors déclencher un dispositif de crise.

Afin d'anticiper les situations de tension et d'adapter l'offre de soins au sein du territoire de santé, une veille quotidienne est exercée par les ARS pour suivre l'activité dans les établissements de santé^P. La cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) des ARS s'appuie sur plusieurs sources d'information :

- les données des serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA) et celles mises à disposition par les ORU,
- les flux de données régionaux pouvant regrouper des indicateurs de tension spécifiques,
- les données recueillies dans l'outil de traçabilité et de description des déclarations de tension des établissements de santé.

Selon l'évolution de la situation, les ARS peuvent être amenées à jouer un rôle opérationnel de gestion de crise, notamment en activant une cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire (CRAPS)^E. C'est notamment à l'ARS qu'appartient la décision de déclencher une tension solidaire, facilitant la collaboration et la mise en œuvre de moyens spécifiques entre plusieurs établissements.

Les délégations départementales constituent la représentation locale de l'ARS et sont en charge de décliner localement la stratégie régionale de santé.

Dans leurs missions de proximité, elles assurent un suivi régulier des établissements en tension et sont en charge de la mise en œuvre de certaines actions départementales, voire régionales en lien avec les services régionaux de l'ARS. Elles assurent un dialogue régulier avec les établissements et plus particulièrement en période de tension, afin de mieux en comprendre les contours et proposer un accompagnement de la mise en œuvre des actions.

Au niveau territorial, le groupement hospitalier de territoire (GHT) a pour mission de permettre aux établissements d'élaborer une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Dans le cadre de son projet médical de territoire, le GHT peut proposer la mise en place d'un pilotage territorial voire la mise en place d'actions territoriales spécifiques.

La cohérence de ces niveaux d'action nécessite de partager une définition commune des différents niveaux de tension, afin d'avoir une vision unique des problématiques. Cette définition est proposée chapitre 3.2.2.

2.4. ORGANISATION INTERNE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À METTRE EN PLACE POUR RÉPONDRE AUX SITUATIONS DE TENSION HOSPITALIÈRE

Devant la fréquence en augmentation et les conséquences parfois majeures de ces situations de tension, les établissements doivent se doter d'un plan de gestion des tensions hospitalières, comme préconisé par les multiples recommandations (Ministère, CNUH, FEDORU). Ce plan définit la politique en situation de tension. Il est formalisé dans un document spécifique qui complète le règlement intérieur des admissions et des consultations non programmées. Il est soumis à validation institutionnelle (CME, etc.)^C.

L'organisation des établissements face aux tensions s'appuie sur 3 concepts complémentaires :

- **UNE PHASE CONTINUE D'ANTICIPATION ET DE PRÉVENTION DES SITUATIONS DE TENSION.** Cette phase consiste à agir sur les causes structurelles et organisationnelles pouvant fluidifier l'aval des urgences. Il s'agit d'un travail de fond souvent démarré dans les établissements, s'appuyant notamment sur les outils ANAP pour optimiser la gestion des lits. Cette phase participe à la démarche d'appropriation de la problématique de l'orientation des hospitalisations non programmées par l'ensemble de l'établissement. La prévention doit également intégrer la mise en place d'exercices et d'audit de gestion des tensions hospitalières, qui permettent de rationaliser les processus de décision et d'améliorer l'appropriation du dispositif de gestion des tensions hospitalières par les différents intervenants.
- **UNE PHASE DE VEILLE ET D'ACTION** qui fait l'objet d'une formalisation la plus précise et opérationnelle possible dans un plan de gestion des tensions hospitalières. Ce dernier se décline en 3 phases successives : veille, alerte ou pré-tension, et tension confirmée. La phase de veille propose la mise en œuvre d'une organisation permettant l'identification de signaux inhabituels potentiellement précurseurs d'une tension hospitalière. La phase d'alerte ou de pré-tension est une période où sont constatés des signaux inhabituels. Cette phase prévoit le déclenchement d'actions spécifiques de sensibilisation ou d'optimisation de la fluidité au sein des unités d'hospitalisation afin d'éviter l'aggravation de la situation.
Lors de la survenue d'une tension, le directeur déclenche le plan hôpital en tension de son établissement. L'information est communiquée en interne, vers l'ARS et le SAMU. Ce déclenchement permet la mise en œuvre de manière graduelle d'actions d'adaptation telles que prévues dans le plan de gestion des tensions hospitalières, permettant de faire face à la situation.
- **UNE PHASE D'ÉVALUATION ET DE RETOUR D'EXPÉRIENCE** indispensable pour améliorer le dispositif en lien avec l'évolution des organisations et des contraintes.

III. Phase d'anticipation et de prévention

Les causes de situations de tension sont multiples et interdépendantes. Elles concernent l'ensemble des étapes du parcours de soins depuis le préhospitalier jusqu'à l'aval.

Il existe des situations où les difficultés sont prévisibles (période de ponts, période de congés scolaires, période de week-end et lundi, grand rassemblement, fermetures de lits). Les données d'activité des services d'urgences permettent alors d'identifier les mécanismes de saturation des urgences et d'augmentation des besoins en hospitalisation.

Les établissements doivent définir des actions en dehors des périodes d'affluence qui sont de 2 ordres :

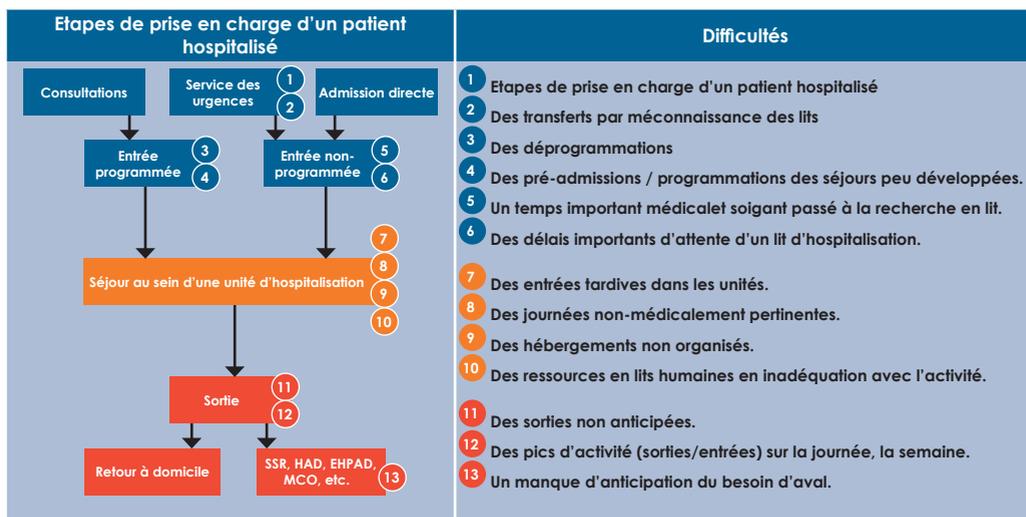
- les actions préventives : destinées à améliorer le fonctionnement et la fluidité des services de soins,
- les actions d'anticipation permettant l'adaptation des moyens (effectifs soignants, capacité d'accueil aux urgences, hospitalisations...), en fonction de l'évolution des indicateurs notamment prévisionnels afin d'éviter la survenue d'une tension. Les établissements veilleront a minima à ne pas diminuer les effectifs présents et à garantir une veille efficace et une implication de tous.

3.1. PRÉVENTION

Les travaux de l'ANAP^F relatifs à l'optimisation de la gestion des lits et du parcours des patients rappellent le caractère prévisible des tensions. Ces travaux pointent l'importance de structurer un dispositif pour prévenir et le cas échéant anticiper et graduer la réponse en fonction du niveau de tension.

Ces travaux partent du constat de la nécessité de désengorger les urgences et de fluidifier les parcours-patients. Les principales difficultés identifiées par l'ANAP.

Schéma 3 : Analyse des difficultés de gestion des lits dans le processus de prise en charge d'un patient (Gestion des lits : vers une nouvelle organisation : tome 2 mise en œuvre et bilan - ANAP mai 2016)



Les recommandations de l'ANAP reposent sur 3 leviers :

- Fluidifier le parcours-patient « Le bon patient au bon endroit » :
 - mise en place de filière d'hospitalisation ou discipline (gériatrique, post-urgences, ...),
 - développement des entrées directes sans passage par les urgences,
 - visibilité des lits disponibles dans les établissements.
- Optimiser les durées de séjours « pour une juste durée » :
 - travailler sur la pertinence des journées d'hospitalisation,
 - structurer le processus de sortie et travailler sur l'anticipation de la sortie,
 - anticiper et organiser les suites d'hospitalisation,
 - travailler sur la programmation des séjours en lien avec le bloc,
 - faciliter l'accès aux plateaux techniques,
 - développer l'ambulatoire en médecine comme en chirurgie.
- Avoir un juste dimensionnement des capacités d'hospitalisation par mode de prise en charge :
 - soutenir les dynamiques d'activité en adaptant les capacités,
 - adapter les modes d'hospitalisation aux types de prise en charge des patients : ambulatoire, hospitalisation de semaine, HAD, ...
 - ajuster les schémas capacitaires aux évolutions des prises en charge et de l'activité,
 - redéployer, transformer, redimensionner, regrouper les unités par type de prise en charge selon des proximités médicales entre spécialités.

Dans ces travaux sur le programme national de gestion des lits, l'ANAP propose des mesures afin d'améliorer le parcours patient au sein de l'établissement et ainsi limiter les périodes de tension hospitalière. Les dix principales mesures identifiées sont les suivantes :

- Organiser et préparer la sortie du patient :
 - transfert interne,
 - détermination du jour de sortie.
- Améliorer la programmation des hospitalisations :
 - formalisation des règles d'hébergement,
 - coordination avec le plateau médico technique et le bloc.
- Travailler sur la visualisation des disponibilités en lits :
 - mise en place de logiciel de gestion des lits et acculturation du personnel.
- Piloter les séjours longs avec la participation du DIM et de l'assistante sociale :
 - identification des problèmes d'aval,
 - identification des retours difficiles par cause sociale.
- Ajuster le capacitaire des unités.
- Mettre en place une gestion centralisée des lits, surtout dans les établissements de taille importante.
- Mettre en œuvre un partenariat avec les structures d'aval pour favoriser les sorties.
- Orienter les patients vers le mode de prise en charge le mieux adapté.
- Développer une filière d'hospitalisation ou discipline notamment gériatrique et post urgences.
- Mettre en place un dispositif Hôpital En Tension avec des règles strictes de seuils d'alerte et d'ouverture de lits.

3.2. PHASE D'ANTICIPATION ET GRADATION D'ACTION

3.2.1. Constitution de l'équipe projet de gestion des tensions hospitalières

Pour élaborer le plan d'action de gestion des situations de tension, l'établissement s'appuie sur l'équipe projet commune à la gestion des SSE, dont la configuration est adaptée aux problématiques rencontrées.

MISSIONS

Les objectifs de l'équipe projet sont de permettre :

- à l'établissement de s'organiser face aux périodes de tension,
- aux professionnels de maintenir une qualité de prise en charge en toute sécurité,
- aux patients de ne pas voir augmenter leurs risques de morbi-mortalité.

L'équipe projet doit :

- définir la composition de la cellule de veille (Cf. Chap. IV page 29) et celle de la cellule de crise,
- fournir les outils d'identification des prémices des situations de tension et de leurs différents niveaux,
- permettre la mise en place des moyens de communication internes et externes afin d'informer les membres de l'institution et les différents partenaires des problématiques rencontrées,
- proposer le déclenchement des procédures et actions graduées en fonction du type de tension,
- capitaliser et améliorer cette organisation a posteriori via les RETEX.

COMPOSITION

La prise en compte des moyens nécessaires pour faire face aux épisodes de tension se doit d'être transversale sur l'institution.

La réalisation des actions pour faire face aux tensions nécessite un pilotage par le directeur, en binôme avec le président de CME de l'établissement.

L'équipe de pilotage doit s'entourer des acteurs de terrain au plus proche de la problématique au niveau des urgences et des hospitalisations.

Il est important d'intégrer un représentant des gestionnaires de lits. Les établissements de taille plus importante font appel à des bed managers, les établissements de petite taille s'organisent autour de leur cadre de pôle ou de proximité.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PROJET

- Directeur
- Président CME
- Gestionnaire des lits
- Cadre et médecins représentants des urgences
- Cadre et médecins représentant les services d'hospitalisation en aval des urgences

Peuvent également participer le directeur d'astreinte ainsi que des cadres de garde.

Enfin il est souhaitable d'associer à ce groupe les responsables médicaux et paramédicaux des structures d'urgences.

Ce groupe projet doit être étoffé en fonction des organisations spécifiques de chaque établissement. Il est intéressant d'associer des responsables médicaux d'unités de médecine, de chirurgie, de soins critiques, de services médico-techniques, le directeur des soins, un responsable du service des assistantes sociales, le référent ROR de l'établissement et le responsable des plans de secours et SSE.

3.2.2. Gradation de la tension hospitalière

Elle s'appuie sur les capacités d'hospitalisations de l'établissement en fonction des différentes disciplines qu'il a répertorié en son sein. La discipline est caractérisée par des capacités de prise en charge des patients (notion d'unité et ou de lit) dans un domaine de compétence lié à une spécialité médicale au sens large (gériatrie, réanimation, chirurgie, pédiatrie....).

Le tableau ci-après propose une gradation de la tension en différents phases. Il s'appuie en premier lieu sur la constatation de la mise en œuvre d'actions dans l'établissement (Actions traceuses), dont l'identification est plus aisée, et secondairement sur des indicateurs chiffrés d'activité. Il propose pour chaque phase, de mettre en regard les mesures attendues de la part de l'établissement ou de l'ARS.

Tableau 2 : gradation des tensions hospitalières

NIVEAU	PHASE DE LA TENSION	CRITÈRES DÉFINISSANT LA PHASE DE LA TENSION		MESURES ATTENDUES
		ACTIONS TRACEUSES (actions observées dans l'établissement)	INDICATEURS D'ACTIVITÉ (urgences et disponibilité des lits)	
SITUATION NORMALE	VEILLE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation normale. - Absence d'action particulière. 	Absence de dépassement des seuils.	ETABLISSEMENT : Assure une veille quotidienne.
NIVEAU 1 PLAN DE MOBILISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS	ALERTE PRÉ-TENSION SATURATION DE DISCIPLINE	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergement (non programmé et programmé) dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie. - Lit brancard aux urgences, - Augmentation de la capacité d'hébergement en UHCD. - Signalement par un professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Majoration du temps de passage aux urgences des + de 75 ans hospitalisés (> à 8h). - Dépassement de la capacité d'hébergement de l'UHCD (lits installés). 	ETABLISSEMENT : <ul style="list-style-type: none"> - Réunion de la cellule de veille +/- la cellule de gestion des lits ou équivalent (cadre, direction...). - Mise en place d'actions de sensibilisation (communication interne). - Optimisation de la fluidité des admissions.
	TENSION CONFIRMÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de pré-tension non résolutive malgré les actions réalisées (après 24h). - Constatation de la mise en œuvre d'une des actions traceuses de tension confirmée*. 	<ul style="list-style-type: none"> - Majoration du temps de passage aux urgences des + de 75 ans hospitalisés (> à 8h). - Dépassement de la capacité d'hébergement de l'UHCD persistant. - Ratio lits disponibles J+1 / BJML inférieur à 1. 	ETABLISSEMENT : <ul style="list-style-type: none"> - Déclaration tension. - Réunion Cellule de crise hospitalière. - Mise en œuvre du plan d'action des gestions de tension.
	TENSION SOLIDAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de tension confirmée non résolutive malgré les actions réalisées nécessitant le recours aux autres établissements en sus de collaborations organisées. 		Intervention de l'ARS
NIVEAU 2 PLAN SSE	SSE-PLAN BLANC	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de tension solidaire non résolutive malgré les actions territoriales mises en œuvre, nécessitant le déclenchement d'un plan blanc. 		ETABLISSEMENT : <ul style="list-style-type: none"> - Déclenchement du plan blanc sur avis de la cellule de crise hospitalière (CCH avec information de l'ARS). - Ou déclenchement demandé par l'ARS.
	TENSION TERRITORIALE DE FILIÈRE (réanimation, pédiatrie, psychiatrie, Plateau-technique...)	<ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité d'un plateau technique lourd, nécessitant le recours à d'autres établissements. - Admission impossible de nouveau patient dans une filière de spécialités. 		<ul style="list-style-type: none"> - Intervention de l'ARS en appui du coordonnateur de filière.

* Actions traceuses de tension confirmée :

1. Activation de la cellule de crise
2. Mise en place d'actions impactant l'afflux de consultants aux urgences
3. Recherche active de lits (sortie précoce, inventaire fiable des lits à fréquence améliorée)
4. Ouverture de lits supplémentaires
5. Régulation des admissions programmées
6. Renfort des personnels en poste
7. Sollicitation des établissements voisins

PHASE DE VEILLE

La veille réalisée au quotidien montre une situation normale et ne relève pas de difficulté ressentie, les indicateurs d'activité respectent les seuils pré-identifiés.

PHASE D'ALERTE, DE PRÉ-TENSION OU DE SATURATION D'UNE DISCIPLINE

La veille réalisée au quotidien montre que certains indicateurs de l'établissement dépassent les seuils définis au sein de l'établissement, évoquant un risque de tension.

Des actions internes à une unité, un pôle ou à l'établissement doivent être déclenchées afin de maintenir une prise en charge de qualité des soins aux patients.

La constatation des actions suivantes permet d'identifier un établissement relevant d'un niveau 1 :

- hébergement programmé et non programmé dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie (par exemple : une fracture de fémur hospitalisée en médecine. A contrario, une pancréatite chronique hospitalisée en chirurgie viscérale peut répondre à une organisation adaptée d'un établissement lorsqu'elle a fait l'objet d'un accord entre professionnels),
- utilisation de lits brancard aux urgences,
- augmentation de la capacité d'hébergement en UHCD,
- redéploiement du personnel pour la prise en charge de patients ne répondant pas à la discipline (ex. prise en charge des patients de médecine hospitalisés en chirurgie, renfort des urgences face à un afflux patients par des personnels d'autres services).

PHASE DE TENSION CONFIRMÉE

Cette phase correspond à une saturation de plusieurs disciplines et ou de l'établissement dans sa configuration de base. La situation de pré-tension est non résolutive malgré les actions réalisées (après 24h).

La veille réalisée au quotidien montre que la situation de tension est avérée. La tension implique une réorganisation des prises en charge au sein de l'établissement afin d'assurer sur un mode dégradé la prise en charge en hospitalisation complète des patients provenant des consultations, des urgences et en admission directe.

La mise en œuvre d'une des actions traceuses de tension confirmée permet d'identifier un établissement relevant d'un niveau 2 :

- activation de la cellule de crise ,
- mise en place d'actions impactant l'afflux de consultants aux urgences,
- recherche active de lits (sortie précoce, inventaire fiable des lits à fréquence améliorée),
- ouverture de lits supplémentaires,
- régulation des admissions programmées,
- renfort des personnels en poste,
- sollicitation des établissements voisins.

PHASE DE TENSION SOLIDAIRE

Il s'agit d'une phase où l'établissement est saturé malgré la mise en place du plan d'action de mobilisation interne. La situation de tension confirmée est non résolutive malgré les actions réalisées. Elle nécessite le recours aux autres établissements en sus des collaborations existantes et organisées.

NIVEAU 2 « PLAN BLANC » GESTION DES SSE

La situation de tension est non résolutive malgré les actions territoriales mises en œuvre dans le cadre du dispositif tension solidaire. Elle nécessite alors le déclenchement d'un plan blanc (Les situations sanitaires exceptionnelles ne sont pas détaillées dans ce document, elles font l'objet d'un guide national édité par la Direction Générale de la Santé⁸).

3.2.3. Élaboration d'un plan de gestion des situations de tension

Afin de faciliter la prise de décisions, les établissements doivent structurer un plan hôpital en tension pour graduer la réponse en fonction du niveau de tension.

Dès 2013, le CNUH dans son rapport « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences » suggère 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 ».

Certaines régions ont ainsi inséré cette recommandation dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chaque établissement.

Le plan d'action des situations de tension affirme la politique institutionnelle de l'établissement et doit être formalisé dans un document spécifique qui complète le règlement intérieur de la commission des admissions et consultations non programmées et bénéficie d'une validation institutionnelle (CME, ..).

Ce document doit proposer le détail opérationnel de l'ensemble de la démarche :

- modalité de pilotage,
- définition des missions de chaque acteur,
- définition de la gradation du plan en fonction de ses différents niveaux,
- définition détaillée de chaque action pouvant être mise en œuvre.

3.2.4. Identification des actions de plan de gestion des tensions hospitalières

Les fiches action à mettre en œuvre selon la phase de la tension hospitalière, doivent proposer une description la plus opérationnelle possible (identification des acteurs, lieux, moyens matériels, modalités de mise en œuvre, logistique associée...).

Dans ses recommandations de 2016, la FEDORU a procédé à un inventaire des actions envisageables, classées selon :

- le type (affluence, défaut d'effectif soignant aux urgences, carence de lit d'aval),
- le niveau de tension,
- l'objectif (Veiller les indicateurs et les alertes, organiser, former, communiquer /

informer, piloter, déclencher la tension solidaire, évaluer / restituer, contrôler l'affluence, réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge, repérer les lits disponibles plus facilement, améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation, adapter les moyens à la demande),

- leur nature (essentielle, souhaitable, optionnelle).

Nous identifions ci-dessous les grandes catégories d'actions qui doivent être définies par chaque établissement dans son organisation.

CONTRÔLE DE L'AFFLUENCE

Les actions permettant le contrôle de l'affluence, s'appuient essentiellement sur des mesures d'information des patients et des partenaires exerçant en amont des urgences.

Une procédure doit décrire précisément les modalités de cette information en interne comme en externe, ainsi que les modalités de transmission de celle-ci (mail, SMS, réseau social...). Elle peut être déclenchée aussi bien pour un afflux de patient aux urgences que pour un afflux concernant une discipline et ou une filière de l'établissement.

Les destinataires sont : le personnel de l'établissement, les services d'aval, les établissements de santé du territoire, les EHPAD, les médecins et IDE libéraux, les HAD, les transporteurs sanitaires, le SDIS, l'ARS, le SAMU.

AMÉLIORATION DU TRI AUX URGENCES

Le tri aux urgences prend dans le contexte des tensions hospitalières une importance primordiale. Il doit rester sous contrôle afin de prioriser les patients.

Le tri doit permettre le maintien d'une prise en charge adaptée à l'état du patient. Les actions sont de 2 types :

- proposer des alternatives à la prise en charge traditionnelle aux urgences,
- adapter les moyens (locaux, personnels médicaux et paramédicaux) des urgences à l'importance du flux.

Les procédures décrivant les actions d'amélioration du tri aux urgences doivent décrire les modalités de mise en œuvre de ces différentes solutions, ainsi que les critères de déclenchement. Cela sous-entend un travail préparatoire avec les différents partenaires (médecine libérale, plateau technique, spécialistes de l'établissement...).

Ces actions mises en œuvre de façon graduée selon le contexte de la tension devront permettre :

- d'adapter la zone d'accueil pour permettre d'assurer une prise en charge dans des conditions adaptées,
- de renforcer les moyens matériels,
- d'adapter le personnel des urgences : à l'accueil, à l'évaluation initiale et au poste de MOA pour les grosses structures (les ressources peuvent être graduées, au sein du pôle puis de l'ensemble de l'établissement),
- de définir les modalités de réorientation des patients vers le domicile, les services de l'établissement en hospitalisation programmée ou non programmée (rendez-vous d'hospitalisation différé, reconvoque rapide en consultation spécialisée sur créneau d'urgence...), le plateau technique (imagerie, ambulatoire non programmé...),

- de définir les modalités de réorientation vers la médecine libérale aux heures ouvrables, mais également lors de la PDSA,
- d'effectuer des transferts vers d'autres établissements de soins.

AJUSTEMENT DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES

Les capacités d'accueil aux urgences doivent pouvoir être adaptées aux différents types de tensions et à leur cinétique.

L'absence de lit d'aval implique une accumulation de patients aux urgences en attente de l'identification du service d'hospitalisation qui les prendra en charge. Ces patients se retrouvent trop souvent en attente dans des zones de circulation, où les conditions matérielles et le respect de leur intimité et de la confidentialité ne peuvent être correctement assurés, comme préconisé par l'HAS.

La notion d'augmentation capacitaire de la zone d'accueil des urgences dans ce contexte doit amener à réévaluer l'organisation de prise en charge pour jouer sur trois paramètres :

- l'ouverture ou l'agrandissement de la zone de surveillance des urgences,
- l'accroissement capacitaire des lits d'UHCD,
- l'utilisation des espaces libres pour la surveillance tout en assurant l'intimité et la confidentialité dans la mesure du possible.

Ces actions sont mises en œuvre de manière graduée en fonction de la typologie de la tension et du niveau de tension. La procédure doit identifier l'adéquation des ressources humaines avec l'activité en prenant également en compte la typologie de malade (patient relevant de la réanimation, USC, UNV...).

La procédure d'ajustement des capacités de prise en charge aux urgences permet :

- d'adapter la capacité des zones de surveillances et/ou d'hospitalisation (UHCD),
- de renforcer les moyens matériels (lits, brancards, pharmacie...),
- d'adapter le personnel des urgences pour assurer la prise en charge médicale et paramédicale.

REPÉRAGE DES LITS DISPONIBLES

Les indicateurs mis à la disposition de la cellule de crise doivent permettre de connaître la disponibilité des lits en période de tension de façon pluriquotidienne.

En cas de tension, la remontée d'information doit être effectuée à une fréquence au minimum de trois fois par jour, pour la ou les discipline(s) en tension.

Le ROR est le support de transmission de l'information. Il permet sa diffusion aussi bien en interne qu'en externe. Il est obligatoirement mis à jour au déclenchement de la tension et régulièrement tout au long de celle-ci.

Pour ce faire, l'établissement devra mettre en place selon des modalités connues de l'ensemble des responsables d'unités (médicaux et infirmiers) en fonction des niveaux de tension :

- un outil permettant le suivi de la fermeture des lits de l'établissement, fermeture du jour et à venir (période de week-end, fermeture prévisionnelle, travaux....),

- la visualisation des lits disponibles en interne et des autres établissements, en temps réel ainsi qu'en prévisionnel (Cf. chapitre 9.2, tableau de bord de crise),
- un recueil d'information partagé sur :
 - Les entrées programmées prévues à J et J+1,
 - Les sorties prévisibles à J et J+1,
 - Les capacités de réouverture de lits ou de mise en place de lits supplémentaires,
 - Les transferts ou retours à domicile envisagés mais présentant des points de blocage,
 - Les difficultés d'accès au plateau technique.

Le recueil en temps réel de l'ensemble de ces informations peut être automatisé par l'usage de certains outils informatiques.

AJUSTEMENT DES CAPACITÉS D'HOSPITALISATION : GLOBALE OU PAR SECTEURS (MÉDECINE, CHIRURGIE...)

L'augmentation des capacités d'hospitalisation nécessite :

- la rédaction de fiches actions ou procédures décrivant précisément les modalités pratiques (qui ? comment ? où ?) de mise en œuvre de l'action,
- un travail d'amont afin que les procédures liées aux différentes phases de tension soient validées par l'institution et maîtrisées par chacun.

De nombreuses actions sont envisageables pour améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation :

- Mettre en place des règles d'hébergement dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie.
- Identifier les services d'hospitalisation de 1^{ère} et 2^{ème} intention pour chaque diagnostic du thésaurus des urgences en associant des règles d'hébergement,.
- Faciliter l'orientation de patients pris en charge aux urgences vers l'HDJ pour certaines pathologies répondant aux critères (traumatologie, transfusion...).
- Préparer la sortie et anticiper l'aval des patients hospitalisés : retours à domicile, HAD, SSR (selon des indications bien ciblées afin d'éviter des retours intempestifs via les urgences).
- Mettre en œuvre la procédure de libération de lits dans les secteurs concernés par la tension (document précisant les pistes à mettre en œuvre pour faciliter la libération de lits).
- Dédier dans chaque unité un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées en provenance des urgences.
- Mettre en place des lits supplémentaires dans une ou plusieurs unités avec une adéquation des ressources humaines.
- Transformer des lits ambulatoires ou d'hospitalisation de semaine en hospitalisation complète.
- Mettre en place des partenariats avec les structures d'aval SSR, HAD (selon des indications bien ciblées afin éviter des retours intempestifs via les urgences).
- Créer une ou des unités spécifiques (ou temporaires) en période de tension avec une adéquation des ressources humaines.
- Transférer vers d'autres établissements.
- Différer les programmations d'activité le permettant (gestes réglés, ...).
- Déprogrammer des activités.

ADAPTATION DES MOYENS HUMAINS ET MATÉRIELS À L'ACTIVITÉ

Une tension hospitalière peut nécessiter de faire appel à des moyens humains supplémentaires au niveau des urgences et des services d'hospitalisation.

Les seuils d'adéquation entre ressources humaines et activité doivent être définis préalablement, et doivent permettre d'identifier les situations nécessitant un rappel du personnel.

Les établissements doivent décrire les modalités de rappel de personnel et notamment les moyens d'information utilisés.

La même démarche doit être prévue pour permettre de mettre en adéquation les moyens matériels et l'activité de l'établissement.

ADAPTATION DES MOYENS DE TRANSPORT

Les situations de tension s'accompagnent inévitablement de transports inter hospitaliers. Lors du déclenchement de la tension solidaire, qu'il s'agisse d'une problématique de filière, de discipline ou d'une tension globale sur l'établissement, une procédure concernant le transport doit être prévue. Elle décrit les modalités opérationnelles de renfort des équipes de transport intra hospitalier et les partenariats avec les entreprises de transport sanitaire.

Dans le cadre des filières, la notion de délais de transport est à prendre en considération.

3.3. RECENSEMENT DES CAPACITÉS DE PRISE EN CHARGE

3.3.1. Moyens humains

PERSONNEL PARAMÉDICAL

Les tableaux de service doivent être partagés au sein des pôles et de l'établissement. Ils tiennent compte des périodes prévisibles de tension (ex. période hivernale).

Une adéquation entre le nombre de patients, la charge de travail qu'ils représentent et les moyens doit être formalisée par unité en tenant compte aussi bien des périodes normales que des périodes de tension.

Préconisations :

- Les logiciels de gestion du personnel doivent pouvoir faire état auprès des professionnels, par exemple par l'envoi de SMS, des besoins supplémentaires de l'établissement au jour le jour. Ces outils permettent le rappel des professionnels sur le modèle du volontariat et la supervision des RTT et des heures supplémentaires.
- L'appel au volontariat est réalisé auprès des professionnels de l'établissement et des contractuels déjà intervenus dans l'établissement.
- Les modalités de rémunération sont à évoquer avec les différents partenaires et au sein des instances de l'établissement avant les périodes de tension.
- Une procédure interne au pôle ou à l'établissement sur le renfort de personnel est formalisée pour la phase d'alerte ou de tension confirmée. Elle permet à partir de seuils d'activité préalablement définis, de préempter des ressources provenant de différentes unités pour renforcer les éventuelles unités créées (unités temporaires)

ou les unités « accordéon » (unités existantes dont la taille est augmentée pour faire face aux difficultés).

- La procédure de renfort est associée à une notion de temporalité (déclenchement lors du dépassement de la valeur seuil, arrêt dès le début du retour à la normale).
- Le personnel déployé dans les unités temporaires et unités accordéon est un personnel habitué de l'établissement, les renforts extérieurs complètent si nécessaire les équipes déjà en place.
- Le renfort en personnel peut être anticipé auprès des différents partenaires, professionnels ayant déjà travaillé sous contrat dans l'établissement et avec les agences d'intérim.

PERSONNEL MÉDICAL

Les tableaux de service doivent être partagés au sein des pôles et de l'établissement. Ils tiennent compte des périodes de tensions prévisibles. Les congés doivent être affichés.

Une procédure de renfort médical doit être formalisée dans le plan de gestion de tensions hospitalières afin de répondre au surcroît d'activité et à la création ou extension d'unité. Elle fait appel aux ressources internes et/ou externes et permet d'adapter les ressources pour renforcer les unités en tension, les unités temporaires et les unités accordéon.

Dans le cadre des filières territoriales et régionales formalisées, un support de partage de l'information doit être mis en place afin de suivre les évolutions d'effectifs en fonction des différentes périodes de l'année.

Une procédure de suppléance médicale doit être formalisée faisant appel aux ressources du territoire ou de la région et permettant d'assurer le continuum de la filière territoriale ou régionale.

PERSONNEL ASSISTANTE SOCIALE

L'organisation du service social et son rôle en période de tension doivent être partagés.

3.3.2. Moyens matériels

LITS

Un recensement des lits supplémentaires mobilisables doit être tenu à jour dans chaque établissement : type de lits (malade, accompagnant), taille, lieu de stockage. La procédure institutionnelle doit permettre de connaître pour chaque unité, le lieu de récupération des lits, les moyens d'acheminement des lits jusqu'au service et la traçabilité des mouvements de matériel. Ces lits doivent être identifiés afin de pouvoir bénéficier d'un suivi.

BRANCARDS

Un recensement des brancards doit être tenu à jour dans chaque établissement : type, taille, lieu de stockage. La procédure institutionnelle doit permettre de connaître pour chaque unité, le lieu de récupération des brancards, les moyens d'acheminement de ces brancards jusqu'au service et la traçabilité des mouvements de matériel.

3.3.3. Service des urgences/UHCD

Un recensement des capacités en brancards et lits supplémentaires doit être fait au niveau des services des urgences, de l'UHCD et dans des locaux annexes ou facilement accessibles. La logistique attenante (personnel, informatique, repas...) fera également l'objet d'une organisation préétablie.

3.3.4. Pharmacie

La pharmacie doit être organisée pour faire face aux tensions, sa réactivité lors de ces périodes doit être accrue. Le suivi des stocks doit permettre une anticipation à plusieurs jours. Il doit exister dans l'établissement un outil permettant de partager l'information sur les molécules « rares » stockées dans les différentes unités, permettant aux services de faire face à des ruptures en attendant le réapprovisionnement de la pharmacie.

Pour les unités accordéon ou lors de l'ouverture d'unités temporaires, la pharmacie doit avoir anticipé l'organisation d'une pharmacie « temporaire » et d'un chariot d'urgence supplémentaire. Une procédure de mise en place de ces dispositifs selon le niveau de tension doit être formalisée.

3.3.5. Bloc opératoire

La gestion du matériel chirurgical doit permettre d'anticiper toutes les périodes de tension, ce matériel doit être adapté au niveau de recours de l'établissement.

Un suivi des stocks et une analyse des ruptures de ressources en matériel doit faire l'objet d'une traçabilité partagée.

Les fermetures des blocs doivent faire l'objet d'une procédure qui prévoit l'information aux partenaires, les solutions alternatives mises à disposition et l'organisation dégradée de prise en charge.

Les horaires d'ouverture des blocs opératoires doivent être partagés. Une réflexion spécifique sur l'amplitude des horaires d'ouverture est à prévoir pour les périodes de tension. Une procédure d'urgence doit pouvoir être formalisée avec les fournisseurs de matériel chirurgical.

3.3.6. Imagerie

Le plateau d'imagerie est l'un des garants de la fluidité des prises en charge.

Les périodes de tensions prévisibles et tensions en cours doivent faire l'objet d'une vigilance particulière en évitant tout type de maintenance pendant ces périodes.

Les alternatives internes de suppléance de plateaux techniques doivent être définies et partagées entre les professionnels (IRM versus scanner...).

Les horaires d'ouverture des plateaux d'imagerie doivent être partagés. Une réflexion spécifique sur l'amplitude des horaires d'ouverture est à prévoir pour les périodes de tension.

3.3.7. Logistique

La mise en place des unités temporaires et d'unités accordéon s'accompagne d'une

logistique qui doit être anticipée. Cette logistique doit permettre d'assurer la lingerie, les repas, l'entretien, et tout le matériel nécessaire pour accompagner les professionnels dans la prise en charge des patients.

3.3.8. Informatique

La création de lits supplémentaires s'accompagne de la nécessité de les créer, en amont des situations de tension, sur le système d'information de l'établissement. Dans le cas de création d'unités temporaires ou d'unités accordéon, il convient d'associer l'ensemble des droits des différents professionnels intervenant dans la prise en charge des patients

3.3.9. Le ROR

Le ROR doit être opérationnel et mis à jour au sein de l'établissement. Il est accessible à tous les professionnels intervenant dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des SSE.

3.4. GESTION DU CAPACITAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT

Un tableau de suivi des travaux et des fermetures de lits dans l'établissement doit permettre de connaître les capacités de réouverture de locaux adaptés pour la prise en charge de patients avec l'environnement ad hoc.

Les établissements doivent identifier les « capacités supplémentaires » mobilisables en situation de tension pour chaque discipline : médecine, chirurgie, pédiatrie, soins critiques. L'augmentation des capacités en lits doit pouvoir être envisagée par palier en fonction du niveau du plan de gestion des tensions hospitalières.

Il est indispensable que le nombre de lits supplémentaires ouverts soit associé à une réflexion sur l'adéquation en personnel. La définition des effectifs nécessaires est un préalable à la réalisation du plan d'action.

Le ROR devra tracer cette augmentation des capacités en lits pour permettre un partage de l'information au sein et en dehors de l'établissement .

Ces capacités supplémentaires sont calculées en fonction de la taille de l'établissement : capacités des urgences d'une part et capacités de prise en charge par discipline et au sein de l'établissement d'autre part.

3.5. MISE EN PLACE DES PROCÉDURES ET ACCULTURATION

3.5.1. Validation des procédures

L'ensemble du plan de gestion des situations de tensions hospitalières et des procédures le constituant doit faire l'objet d'une validation par les différentes instances impliquées (CACNP, CME, Directoire, comité de pilotage, CHSCT...)

LA COMMISSION DES ADMISSIONS ET DES CONSULTATIONS NON PROGRAMMÉES (CACNP)

Doit être l'un des lieux de réflexion et de propositions pour garantir une prise en charge de qualité à chaque patient en période normale comme en période de tension. Elle doit émettre un avis sur l'ensemble des procédures de l'établissement en lien avec le plan de gestion des situations de tensions hospitalières. C'est également le lieu de réalisation des retours d'expérience des épisodes de tension permettant des ajustements des plans d'action.

LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

Elle est le lieu de validation des procédures impactant les organisations médicales de l'établissement. L'ensemble des procédures liées au plan de gestion des situations de tensions hospitalières doit donc y être présenté afin de permettre aux membres de l'établissement d'en avoir une connaissance.

LE SAMU DU TERRITOIRE

Le SAMU assure une partie du flux des patients du territoire. Pour ce faire il doit maîtriser les plan d'actions en fonction des différentes phases de tension et ou d'interruption de filière de chaque établissement de santé du territoire. Les procédures et protocoles seront présentés lors des réunions des réseaux territoriaux des urgences.

3.5.2. Présentation aux membres de l'institution

Afin de pouvoir devenir opérationnel, le plan d'action des situations de tensions hospitalières doit faire l'objet d'une information précise à tous les niveaux du soin et des services techniques, logistiques et administratifs.

Il s'agit de réaliser un véritable travail d'acculturation à l'échelle de chaque service, voire de chaque professionnel. L'information doit être transmise par les référents des services accompagnés en cas de besoin par les référents des plans d'action. Il est nécessaire de s'assurer de l'appropriation des schémas d'action par les responsables d'unités pour éviter les incompréhensions et négociations inutiles lors du déclenchement du plan d'action.

3.5.3. Formation à la gestion des situations de tension

Une formation doit être proposée aux différents responsables de l'établissement ayant un rôle dans la mise en œuvre du plan de gestion des tensions hospitalières. Ces formations doivent être adaptées aux types de missions et de professionnels.

Les fiches de poste déclinées au sein du plan de gestion des tensions hospitalières seront adaptées à l'issue de ces formations, leur accès sera facilité pour permettre à l'ensemble de la communauté hospitalière d'avoir une vision globale du rôle de chacun.

3.5.4. Mise en situation

Les personnels habilités à participer aux CCH doivent être incités à participer en tant qu'observateur à des réunions de cellules de crises. Cette démarche permet à chacun de mieux appréhender sa mission, les modalités de décision et de mise œuvre des différentes actions.

IV. Phase de Veille

Les établissements doivent organiser une veille quotidienne (y compris les week-ends et jours fériés) de l'activité et de l'organisation de l'établissement afin d'identifier le plus précocement possible les critères prédictifs d'une situation de tension.

Il est donc nécessaire de formaliser une cellule de veille en charge de ce travail.

4.1. CELLULE DE VEILLE

Elle est composée au minimum de 3 personnes :

- d'un représentant de la direction : directeur des soins, directeur de garde, responsable qualité ou son représentant,
- d'un représentant de la cellule/équipe de gestion des lits : personnel dédié à la gestion des lits, coordination des flux,
- d'un représentant du service des urgences (si l'établissement dispose d'une autorisation de médecine d'urgence) : médecin responsable ou son représentant, cadre de santé ou son représentant.

Elle peut être adossée à la cellule gestionnaire de lits dans les établissements. La cellule de veille doit se réunir quotidiennement (365 jours par an).

Plus que la réunion physique d'une cellule, il s'agit d'assurer une veille quotidienne, idéalement sous forme d'un point téléphonique de quelques minutes. A minima, un contact journalier direction et/ou cadre – urgentiste doit être formalisé.

La mise à disposition d'indicateurs avant chaque réunion doit être systématique ce qui signifie que le recueil de ceux-ci doit être également formalisé.

4.2. MISSIONS

- Suivre au quotidien et confronter l'évolution actuelle et prévisible de :
 - l'activité des urgences,
 - les disponibilités en lits,
 - l'activité programmée et les sorties.
- Détecter de manière précoce les difficultés
- Alerter la direction de l'établissement en cas de variations inhabituelles
- Préparer les actions en cas de tension

4.3. INDICATEURS

En attendant l'éventuelle mise à disposition d'indicateurs nationaux, des indicateurs régionaux et/ou locaux peuvent être utilisés en favorisant ceux à extraction automatique, explorant les urgences mais aussi l'aval des urgences (disponibilités des lits).

Dans ses recommandations de 2016^B, la FEDORU a procédé à un inventaire des indicateurs envisageables pour mesurer la tension. Elle en a retenu 6, accessibles à des extractions

automatiques des RPU et du ROR :

- Nombre de passages sur les 24 dernières heures.
- Nombre de patients présents à un temps donné.
- Nombre de patients présents de plus de 75 ans.
- Durée moyenne de présence aux urgences.
- Nombre d'hospitalisations à partir des urgences.
- Nombre de lits disponibles par service.

A ces indicateurs, s'ajoute le BJML (Besoin Journalier Minimal en Lit) comparé à la disponibilité en lits de l'établissement à J+1 (Cf. encart BJML). Le BJML est l'indicateur sélectionné par le groupe technique « aval des urgences » en mai 2018.

A la demande de la DGOS, les ARS sont en charge de la diffusion du BJML aux établissements en lien avec les ORU⁶. Afin de permettre une anticipation de la gestion de l'aval des urgences, la FEDORU préconise de comparer le BJML à la disponibilité des lits à J+1, imposant ainsi d'intégrer les sorties d'hospitalisation de façon prévisionnelle.

BJML : BESOIN JOURNALIER MINIMAL EN LITS

Concept incitatif pour la mise à disposition de lits pour les admissions non programmées et une fluidification de la filière « aval des urgences ».

Objectif du BJML : Estimer le nombre journalier de lits qu'il est acceptable de prévoir chaque jour dans un établissement pour l'aval des urgences.

Estimation du BJML pour un Etablissement :

1^{ÈRE} ETAPE QUANTITATIVE

Évaluation du nombre journalier d'hospitalisations-transferts pour chaque semaine de l'année. Cette évaluation est basée sur l'historique de l'activité des SU (Résumé de Passage aux Urgence). Pour tenir compte de la fluctuation annuelle de l'activité, la moyenne journalière est donnée pour chaque semaine de l'année avec le 5^{ème} percentile, le 25^{ème} percentile, la médiane (50^{ème} percentile), le 75^{ème} percentile, le 95^{ème} percentile ainsi que le minimal et le maximum. Pour chaque SU, peuvent également être fournis les fluctuations autour de la moyenne en fonction du jour de la semaine (par exemple : +2 lits le lundi et -1 lit le mardi) ainsi que le nombre d'hospitalisations journalières moyen par année (afin de tenir compte d'une éventuelle tendance annuelle dans le SU).

2^{ÈME} ETAPE QUALITATIVE « MÉTIER »

A partir de ces informations chiffrées et du contexte local de l'établissement (modification structurelle, choix du sens de l'erreur, fluctuation de l'activité de la semaine, tendance prévisible...), les équipes soignantes et les directions font le choix d'un Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML). Le BJML pourra correspondre au 5^{ème} percentile, au 25^{ème} percentile ou pourra être réajusté. En fonction des fluctuations d'activité observées dans chaque SU, le BJML pourra être défini comme identique sur l'ensemble de l'année ou variable selon, la semaine, le mois, le jour de la semaine.

La confrontation des valeurs des indicateurs avec le ressenti des médecins urgentistes est certainement de nature à améliorer la sensibilité et la spécificité de la détection des situations de tensions hospitalières.

Si la cellule juge l'existence de critère en faveur d'une tension, elle en informe le directeur en vue du déclenchement d'un plan d'action.

La cellule de veille peut également utiliser le suivi des actions traceuses telles que l'hébergement (programmé ou non programmé) dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie, l'utilisation de lits brancards aux urgences, l'augmentation de la capacité d'hébergement en UHCD...

Ces derniers sont autant de signaux de l'existence d'une situation anormale susceptible d'évoluer en tension.

4.4. SIGNALEMENT D'UNE TENSION RESSENTIE

Les urgences, ou la cellule de gestion des lits peuvent être à l'origine d'un signalement de tension ressentie, fruit de l'observation de l'évolution de l'activité et des difficultés d'aval des urgences non identifiées par les indicateurs. Cette déclaration se fait à la direction, qui avec l'appui de l'analyse de la cellule de veille décide des suites à donner et de l'éventuel déclenchement du plan d'action. Les outils régionaux de déclaration permettent ce type de signalement (ne correspondant pas à une déclaration de tension).

V. Phase de gestion des tensions

5.1. PHASE D'ALERTE, PRÉ-TENSION OU DE SATURATION D'UNE DISCIPLINE

5.1.1. Alerte et initialisation du plan d'action

L'alerte peut émaner :

- d'un signalement de tension ressentie d'un professionnel,
- d'un signalement de la cellule de veille.

La direction réunit la cellule de veille élargie a minima à la cellule de gestion des lits, avec pour mission de confirmer la situation et de proposer des actions de sensibilisation et d'optimisation de la fluidité des admissions.

5.1.2. Communication interne et externe

La direction procède à une communication interne (équipe de direction, cadres, services d'aval, mail automatique, message sur écran postes informatiques...) et éventuellement externe (partenaire régulier, aval du MCO...) de la situation. Ces éléments de communication font partie des actions prédéfinies dans le plan.

La communication interne doit faire l'objet d'une attention particulière (canal de communication, type de message, fréquence, mode de diffusion). C'est en effet de la qualité de cette information dont dépendent en partie la réactivité, l'adhésion et le rôle actif des unités de soins de l'établissement à la gestion de cette situation.

5.1.3. Actions réactives précoces

Durant cette phase, certaines actions sont menées, afin de compléter les informations utiles pour caractériser la situation et mieux gérer le début de crise, elles ont trait à :

- l'amélioration de l'opérationnalité du relevé des lits disponibles,
- l'optimisation des sorties d'hospitalisation dans les unités de soins,
- l'optimisation de la fluidité d'aval des urgences,
- l'amélioration du pilotage de la gestion des lits (programmation, sorties prévisionnelles),
- la vérification de la mise en œuvre des actions « habituelles » de gestion des lits (règles d'hébergement dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie ...).

Dans ses recommandations de 2016^A, la FEDORU a procédé à un inventaire des actions réactives précoces envisageables.

La caractérisation de l'événement et l'évaluation anticipée de ses conséquences sur la qualité et la sécurité des soins sont des étapes essentielles et incontournables à mener avant d'initier la phase de conduite de crise proprement dite.

5.2. PHASE DE TENSION CONFIRMÉE : DÉCLENCHEMENT DU PLAN DE MOBILISATION INTERNE

5.2.1. Mise en place de la Cellule de Crise Hospitalière

MISSIONS

La cellule de crise hospitalière (CCH) centralise les informations, décide de la stratégie et transmet les instructions. Elle est activée à la demande du directeur ou de son représentant, après sollicitation de la cellule de veille ou d'un membre référent de l'institution.

Placée sous l'autorité du directeur, ses principales missions sont les suivantes :

- Suivre l'évolution actuelle et prévisible :
 - de l'activité des urgences,
 - des disponibilités en lits en temps réel et prévisibles,
 - de l'activité programmée,
 - du Besoin Journalier Minimal en Lits (BJML).
- Définir un plan d'actions gradué de prévention et de gestion des crises : organisation des sorties anticipées, transferts, ouverture de lits supplémentaires, recours à des effectifs ou des moyens, déprogrammations, etc.
- Coordonner les actions et le déclenchement des procédures de gestion des tensions hospitalières.
- Communiquer en interne et auprès des partenaires en fonction du niveau de la tension : responsables des services, partenaires institutionnels, tutelles.
- Déclarer et mettre à jour la tension dans l'outil régional de déclaration des tensions.
- Dimensionner les moyens matériels à mobiliser et assurer un soutien technique/logistique.
- Lever la période de tension et transmettre l'information aux différents partenaires.
- Participer aux RETEX.

COMPOSITION

Tableau 3 : composition de la CCH à partir du « Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles »⁸

Fonctions (sous-cellules / pôles)	Personnes ressources	Principales missions	Interlocuteurs privilégiés
DÉCISION	<ul style="list-style-type: none"> Pilotage de la crise : - Directeur ou directeur de garde - Président de CME - DRH - Directeur des soins - Directeur logistique - Responsable du SU 	<ul style="list-style-type: none"> - Liens avec les autorités - Constitution de la CCH dimensionnée en fonction du niveau de tension - Validation de la stratégie d'adaptation de l'établissement face à la situation (organisation des soins et de la prise en charge des patients, moyens humains et matériels à mobiliser, etc.) - Organisation des retours d'expérience 	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - Directeurs de garde des autres établissements du GHT - Directeurs des établissements privés avec lits MCO, SSR et PSY
COORDINATION	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable qualité ou gestion des risques (si existant) - Président de CME - Cadres administratifs - Secrétaires - Responsable du SU 	<ul style="list-style-type: none"> - Animation et coordination de la CCH - Réception et analyse des informations - Élaboration des points de situation - Mise en œuvre des actions et de leur suivi (tableau de bord / main courante) - Lien opérationnel avec le SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - SAMU
ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	<ul style="list-style-type: none"> - Président de CME - Responsable du service d'urgence - Directeur des soins - Représentants médicaux des lits MCO - Représentants des services médico- techniques - Responsable du SU 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordination médicale au sein de la CCH - Définition de la stratégie de prise en charge médicale des patients : in situ et / ou transfert - Adaptation de l'organisation des soins et de la prise en charge médicale des patients (réorganisation interne, coordination de la déprogrammation, gestion des lits, etc.) - Mobilisation et gestion du personnel médical, paramédical et médico-technique - Gestion des plateaux techniques (biologie, radiologie, blocs opératoires) 	<ul style="list-style-type: none"> - SAMU - Représentants médicaux des lits MCO, SSR et PSY - Coordonnateur des plateaux techniques
FONCTIONS SUPPORT (RH, informatique, restauration, blanchisserie, transports, crèches)	<ul style="list-style-type: none"> - Responsable de la logistique - Responsable de l'informatique - Directeur médico-technique - Pharmacien responsable PUI 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification et recensement des besoins - Organisation de l'approvisionnement des différents pôles et répartition des moyens - Organisation du rappel des personnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables des services support (fournisseurs)

FONCTIONNEMENT^B

La CCH doit être adaptée à la cinétique, à l'ampleur, à la durée de la crise et les ressources dimensionnées en conséquence. Toutefois, la CCH ne doit être composée que d'un nombre limité d'acteurs avec un rôle et des responsabilités clairement définis.

Lorsque le directeur d'établissement ne peut pas assurer le pilotage de la CCH, le directeur de garde est en charge de le représenter.

La mise en place d'une main courante et d'un tableau de bord permettent d'assurer le suivi et la traçabilité des actions engagées. Des points de situations doivent être réalisés régulièrement en réunion virtuelle ou présenteielle.

La CCH peut être activable à tout moment, les différentes procédures doivent être à disposition des membres en permanence et connues.

Une formation spécifique de l'ensemble des membres doit être réalisée régulièrement afin de s'assurer d'une bonne appropriation du rôle de chacun, des tableaux de bords mis à disposition de la cellule de crise, des moyens d'alerte et des différentes procédures mises à disposition.

Le plan de gestion des situations de tension prévoit des fiches missions par fonction de la CCH, afin que chaque membre puisse connaître spécifiquement les attentes de sa fonction (Cf. annexes).

MOYENS LOGISTIQUES DE LA CCH^B

La mise en place de la CCH fait suite à une tension qui peut évoluer dans la durée. Il convient de prévoir des réunions régulières (ex. matin et soir) avec les acteurs identifiés équipés des moyens nécessaires pour assurer leur mission :

- ordinateur avec droits ouverts permettant un accès à l'ensemble des tableaux de bords en lien avec la veille ou la tension,
- accès aux plans d'action institutionnels modulés par les différents niveaux de tension,
- annuaire permettant d'identifier les différents interlocuteurs ressources et partenaires privilégiés,
- outils de communication interne et externe pour la diffusion de l'information,
- accès à la plateforme de déclaration pour la traçabilité du plan d'action et le suivi des lits,
- secrétariat pour le soutien logistique.

5.2.2. Conduite de crise

Le processus de pilotage de crise par le directeur peut être décrit en 4 étapes.

ETAPE 1

ORGANISER ET INITIER LA RÉPONSE

Le déclenchement d'un plan de gestion des tensions hospitalières nécessite la mise en place a minima d'une CCH restreinte. Sa composition peut varier selon la typologie et la

cinétique de la tension. Elle comprend au minimal en sus des membres de la cellule de veille, le président de CME (ou son représentant) ainsi que des représentants des pôles (chef et/ou cadre de pôle)

Elle doit se réunir chaque jour et ce, jusqu'à la levée de la tension et produire un compte-rendu.

C'est cette CCH qui pilote la décision de mise en place des actions adaptées à la situation de tension. Pour cela elle a besoin de remontées d'informations de l'établissement régulières et fiables constituant un tableau de bord de gestion de la tension.

ETAPE 2

DÉTERMINER LE PROCESSUS DE FONCTIONNEMENT INTERNE ADAPTÉ À LA SITUATION (NOTION DE GRADATION)

L'adaptation de la réponse de l'établissement à la tension doit se faire selon les modalités définies dans le plan d'action, mais néanmoins être adaptée aux spécificités et au contexte de la tension.

Ce plan doit prévoir une gradation de réponse, et identifier également des listes actions répondant aux typologies différentes de tension : d'affluence, par défaut de processus ou par carence de lits d'aval (Cf. Chap 3.2.4).

C'est la CCH qui quotidiennement doit identifier les actions à maintenir ou les nouvelles actions à mettre en œuvre en fonction de l'évolution de la situation. Cette évolution peut également induire la nécessité de modifier les membres participant à cette CCH afin d'en augmenter sa légitimité et sa capacité décisionnelle.

ETAPE 3

DISPOSER D'UNE CAPACITÉ À DÉCIDER ET FAIRE APPLIQUER

Le pilotage stratégique de la crise est assuré par la CCH. Cette cellule pilotée par le Directeur de l'établissement prend toutes décisions qui s'imposent à l'ES, et dirige les opérations en coordonnant les unités concernées. Pour permettre une gestion efficace, les principes fondamentaux suivants devront être appliqués :

- Ne pas se précipiter.
- Prioriser les problèmes.
- Anticiper.
- Ne pas vouloir tout valider, déléguer et ne pas être submergé par un flot continu d'informations.
- Instaurer une relation de confiance.
- Assurer un pilotage efficace afin que les décisions soient mises en œuvre de façon opérationnelle par les équipes hospitalières.
- Tracer les décisions et assurer une communication efficace en interne et en externe.
- Assurer un système de remontée d'information et d'indicateur permettant de suivre l'évolution de la tension.

L'application stricte de ces principes doit permettre aux membres de la CCH d'être en capacité de prendre des décisions et de les faire appliquer par les équipes de terrain.

ETAPE 4

ORGANISER LES RELATIONS ET LA COMMUNICATION AVEC L'EXTÉRIEUR

Le circuit de l'information en période de tension doit être prédéfini et formalisé dans le plan d'action.

Le déclenchement du plan de gestion de la tension hospitalière doit faire l'objet d'une déclaration à l'ARS en utilisant le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas (chap 8.2)).

Simultanément, une communication extérieure peut être nécessaire notamment vers les partenaires quotidiens de l'établissement (ES, EHPAD, médecins libéraux...) et vers le SAMU (Cf. chap 3.2.4).

La communication interne doit également être particulièrement attentive et régulière afin de permettre à l'ensemble de l'établissement de prendre connaissance des difficultés constatées et des actions mises en œuvre.

5.3. PHASE DE TENSION SOLIDAIRE

La phase de « Tension Solidaire » est déclenché par l'ARS lorsque la situation de tension confirmée est non résolutive malgré les actions réalisées. Il permet le recours aux autres établissements en sus de collaborations organisées.

Il s'agit d'une décision conjointe entre l'établissement « source » en tension et l'ARS, prise dans le cadre du suivi de la tension. La décision doit préciser les besoins spécifiques (recensement des lits, anticipation des admissions, libération d'un nombre de lit à préciser...). Elle fait l'objet d'une traçabilité dans le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas).

Une fois la décision prise, l'ARS doit informer les établissements cibles concernés du déclenchement de la tension solidaire et leur signifier les besoins exprimés.

Il s'agit essentiellement d'élargir la recherche de lits d'hospitalisation à ces établissements.

Ce dispositif peut être utilisé pour :

- demander la libération de lits : il s'agit de demander la mise à disposition d'un pourcentage des lits installés dans la structure cible, permettant de recevoir des patients provenant de la structure en tension,
- demander l'anticipation d'admissions déjà prévues : cette démarche est particulièrement efficace pour accélérer l'admission en soins critiques, SSR et EHPAD.

Les établissements cibles sollicités par l'ARS doivent mettre en œuvre les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs demandés. Chaque établissement concerné trace les actions réalisées dans le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas ou si l'établissement n'y est pas référencé).

L'ARS est en lien régulièrement avec l'établissement « source » en tension, afin d'adapter les demandes exprimées auprès des établissements sollicités, et est en charge de vérifier que les moyens mobilisés par les établissements sollicités ont bien fait l'objet d'une utilisation.

L'ARS lève le dispositif dès que ce recours territorial n'est plus jugé nécessaire. L'ensemble des éléments tracés dans le cadre des tensions solidaires viennent alimenter les RETEX.

5.4. PLAN SSE

Le déclenchement du plan SSE de l'établissement peut être décidé :

- à la demande de la CCH, constatant une évolution défavorable de la situation et l'épuisement des actions d'adaptation de l'établissement,
- à la demande de l'ARS devant l'évolution de la situation territoriale ou régionale.

Le directeur s'appuyant sur la CCH, décide du déclenchement de son plan SSE, et informe l'ARS en utilisant le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas).

Le directeur de l'établissement se réfère à son document interne et aux fiches de poste pour mettre en œuvre les modalités de gestion de crise.

Le référentiel national (guide d'aide à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles) propose par ailleurs des fiches actions répondant aux différentes situations de SSE pour guider le pilotage de crise.

5.5. LEVÉE DE LA TENSION

Elle est décidée par le directeur, sur avis de la CCH, après stabilisation de la situation (constatée après plusieurs jours d'amélioration de la situation de saturation de l'établissement et/ou de suractivité des urgences).

Le circuit de l'information de la levée du plan doit être prédéfini et formalisé dans le plan d'action. Cette communication s'effectue en interne vers toutes les unités de soins, mais également vers les partenaires ayant fait l'objet d'une information de déclenchement (SAMU, établissements, EHPAD...).

La déclaration de levée du plan de gestion des situations de tension est tracée dans le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas (Cf. chap 8.2)).

Si des différés de programmation ou des déprogrammations ont été réalisés, une reprogrammation progressive doit être organisée dans les meilleurs délais.

L'établissement doit par ailleurs participer aux RETEX régionaux organisés par l'ARS et le réseau des urgences.

VI. Évaluation et retour d'expérience

6.1. ÉVALUATION DU DISPOSITIF DE L'ÉTABLISSEMENT

La FEDORU propose plusieurs niveaux d'évaluation⁴.

6.1.1. Sur la pertinence des tableaux de bord

- L'évaluation des indicateurs de détection des saturations des SU et ou des tensions hospitalières .
- L'évaluation des indicateurs d'actions.

6.1.2. Sur l'évaluation du dispositif de gestion des tensions hospitalières en place

Une proposition de grille d'évaluation est disponible sur le site de la FEDORU (www.fedoru.fr - rubrique outils). Cette démarche peut être réalisée par l'établissement en auto-évaluation. Toutefois, il est préférable qu'elle soit assurée par une équipe externe de l'établissement (audit par l'ORU ou le Réseau des Urgences).

Méthodologie de la démarche

- **Auto-évaluation** : l'établissement utilise la grille d'évaluation, et compare les éléments existants de l'établissement aux recommandations classées en 3 niveaux (Essentiel, Souhaitable, Optionnel).
- **Audit** : l'évaluation est réalisée par des auditeurs externes.

La démarche doit être concertée avec l'établissement, préparée, la mission et ses objectifs précisés.

La méthode proposée par la FEDORU s'organise en 3 temps.

Au préalable un recueil des données contextuelles est réalisé (autorisations, extrait du projet d'établissement, organisation, données d'activité PMSI des Urgences...) permettant de positionner la problématique (par exemple place et organisation du flux des hospitalisations non programmées dans l'établissement...).

Réalisation sur site de l'audit avec visite des urgences et rencontre a minima :

- du directeur ou son représentant,
- du président de CME ou du vice-président de CME,
- du chef de service des urgences,
- du cadre du service des urgences,
- de représentants des services d'aval (chef de service et/ou cadre),
- du gestionnaire des lits lorsqu'il existe.

Éléments étudiés :

- contexte général de l'établissement,
- culture sur la gestion des tensions hospitalières et des situations de « crise » de l'établissement,
- organisation de la gestion des situations de tension de l'établissement,
- relevé et gestion des lits,
- actions d'adaptation de l'établissement en situation de tension,

- actions d'anticipation et d'amélioration de l'organisation de l'établissement,
- moyens mis à disposition,
- organisation et fonctionnement de la structure des urgences,
- interface avec le SAMU dans le cadre des tensions hospitalières.

Puis formalisation de la restitution des résultats de l'audit, en intégrant une matrice d'analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) et des préconisations d'amélioration priorisées selon leur impact et leur degré d'urgence.

Intérêts de cette démarche d'audit :

- établir facilement un état des lieux à l'aide d'un référentiel validé,
- évaluer la maturité du dispositif de gestion des situations de tension existant,
- faciliter la définition des actions prioritaires d'amélioration adaptées à chaque établissement en fonction de sa taille, ses contraintes, son organisation par exemple,
- proposer un outil standardisé permettant l'évaluation comparative des établissements d'une région,
- permettre de mesurer la progression de l'état d'avancement des établissements.

6.2. MISE EN PLACE DE RETOURS D'EXPÉRIENCE

Deux niveaux :

- le premier avec la CCH au sein de la CACNP pour tous les épisodes de tension,
- le second au sein des territoires ou au niveau régional dans le cadre des réseaux des urgences associant l'ARS pour toutes les tensions solidaires.

Dans les deux cas, une analyse des indicateurs et des capacités d'anticipation sera réalisée. Un point sur l'opérationnalité des procédures devra être à l'ordre du jour. Le rôle de chaque partenaire devra être validé. Une analyse des dysfonctionnements déclarés durant la période sera partagée.

Les modifications de procédures à réaliser reprendront le circuit habituel pour une validation par l'ensemble des partenaires concernés.

VII. Tension ou interruption de filière territoriale

7.1. DÉFINITION

La filière est définie comme l'ensemble des ressources (au sens compétences et équipements) nécessaires pour garantir la prise en charge d'un patient ayant une pathologie spécifique, dans les délais respectant les bonnes pratiques et en optimisant la sécurité de prise en charge du patient... Elle inclut le plateau technique, les moyens de communication, les professionnels, les moyens de transport et les capacités d'hospitalisation correspondantes.

La tension de filière est une situation où l'hôpital et les établissements constituant la filière ne sont pas en capacité de répondre à la prise en charge d'un patient. L'organisation de la filière dépasse le plus souvent l'offre de soins d'un seul établissement¹. Les établissements rencontrent régulièrement ces situations de tension de filière, notamment sur les filières de prise en charge de l'AVC, de syndrome coronarien ST +, de polytraumatisé, de patient nécessitant un environnement permettant de la réanimation, de prise en charge d'une grossesse à haut risque...

Les tensions de filières ont deux spécificités :

- elles dépassent le périmètre de l'établissement hospitalier et l'incidence aura des effets sur le territoire de santé voire la région,
- l'environnement de prise en charge du patient est spécifique (modalité de prise en charge, plateau technique, autorisation...) et non substituable.

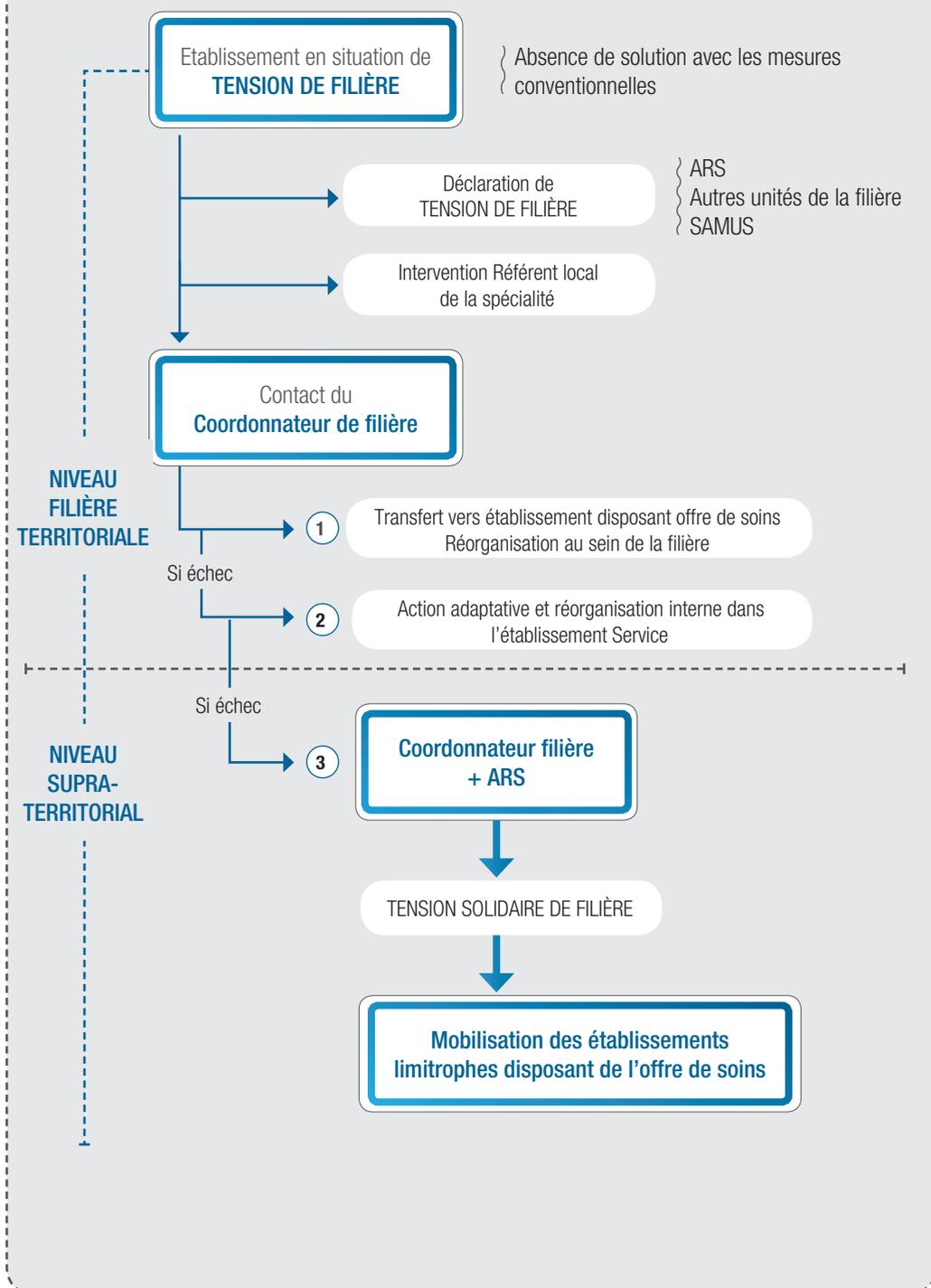
7.2. PRÉPARATION ET PRÉVENTION

Chaque filière doit se structurer autour d'un comité pluri-professionnel de filière associant les experts des spécialités concernées par la thématique (par exemple la filière neurovasculaire regroupera les médecins neurovasculaires, neuroradiologues interventionnels et urgentistes des SAMU, SMUR et Urgences). Il est nécessaire qu'un coordonnateur de filière soit identifié au sein de ce comité.

Ce comité de filière est en charge :

- de l'analyse des éléments contextuels,
- de la définition de la gradation des soins,
- du pilotage de la mise en place de la filière,
- de l'identification des indicateurs et outils d'évaluation permettant entre autre la détection des tensions,
- de l'analyse des résultats de l'évaluation de la filière,
- de l'élaboration de propositions d'actions d'amélioration.

Schéma 4 : Gestion d'une tension de filière territoriale



Sur un territoire de santé, les unités qui seront le plus souvent impactées par les tensions de filières seront : l'unité référente de la filière (que celle-ci soit de nature territoriale ou régionale), les structures d'urgence de l'établissement et du territoire, et le SAMU territorial.

L'organisation de la filière doit prendre en compte l'existence d'épisodes de tension.

Le comité de la filière doit avoir quatre rôles structurants dans l'organisation de la prise en charge des patients en cas de tension sur la filière :

- préparer l'alerte et sa diffusion dans l'établissement et auprès des différents partenaires,
- organiser la prise en charge des patients dans le cadre de la tension sur la filière,
- tracer les actions menées en utilisant le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas (Cf. chap 8.2)),
- analyser les tensions et ou interruption et optimiser les procédures de prise en charge.

Deux niveaux de procédure devront être organisés par le comité de filière :

- le premier niveau correspond à une réponse territoriale,
- le deuxième niveau sera celui d'une réponse supra- territoriale.

L'ensemble des actions, pouvant être des réponses à ces situations de tension, doit être identifié par le comité de filière, doit avoir été formalisé et validé par les établissements concernés.

7.3. GESTION DE LA TENSION

NIVEAU TERRITORIAL

Le signalement ou l'alerte de la tension de filière peut émaner soit de l'équipe référente, soit d'une unité de soins ou d'un service d'urgence dans l'incapacité de trouver une orientation au sein de la filière.

Si l'alerte doit donner lieu à une déclaration de tension, il appartient au directeur, constatant cette tension, de la déclarer en utilisant le module de déclaration régional (ou autre dispositif alternatif si ce module n'existe pas (Cf. chap 8.2)).

L'information de cette déclaration de tension est transmise aux différents services constituant la filière et au SAMU territorial.

L'établissement doit faire face à cette difficulté en mettant en œuvre un plan d'action préconisé par le comité de filière.

Les réponses proposées par le comité de filière doivent consister :

- en première intention à proposer le transfert du patient vers un établissement disposant de l'offre de soins nécessaire,
- à défaut à mettre en œuvre des mesures d'adaptation et de réorganisation si aucun transfert n'est envisageable.

Dans tous les cas l'implication du référent de la spécialité de l'établissement ou à défaut du territoire est indispensable.

Le maintien d'un patient dans un établissement ne disposant pas de l'offre de soins spécialisée adaptée, ne peut pas être considéré comme une réponse. Il appartient à l'établissement de référence de proposer une solution alternative permettant d'offrir une qualité et une sécurité des soins satisfaisantes.

NIVEAU SUPRA-TERRITORIAL

Lors de la saturation d'une filière territoriale, malgré la mise en œuvre des mesures prévues par le plan d'action du comité de filière, il appartient à l'ARS de déclencher le niveau tension solidaire de filière. L'ARS vient alors en appui du coordonnateur de filière afin de mobiliser les moyens des établissements limitrophes disposant de la spécialité concernée.

7.4. LEVÉE DE LA TENSION DE FILIÈRE

La tension de filière est levée par le directeur en accord avec le référent de la spécialité de l'établissement ou à défaut du territoire.

En cas de tension solidaire, il appartient à l'ARS de lever cette tension, dès le retour à une situation satisfaisante et en accord avec le référent du territoire.

7.5. ÉVALUATION ET RETOUR D'EXPÉRIENCE

L'évaluation et le retour d'expérience s'effectuent à deux niveaux :

- le premier avec le comité territorial de filière faisant l'analyse a posteriori des épisodes de tension,
- le second au niveau régional, dans le cadre des réseaux des urgences associant les coordonnateurs de filières et l'ARS pour l'analyse des tensions de filières supra-territoriales.

Dans les deux cas une analyse des indicateurs et des capacités d'anticipation sera réalisée. Un point sur l'opérationnalité des procédures devra être à l'ordre du jour. Le rôle de chaque partenaire devra être validé. Une analyse des dysfonctionnements déclarés durant la période sera partagée.

Les modifications de procédures à réaliser reprendront le circuit habituel pour une validation par l'ensemble des partenaires concernés.

VIII. L'ARS dans la gestion des tensions

LA FEDORU présente dans ce paragraphe des propositions issues des expériences positives de terrains, constatées dans plusieurs régions.

8.1. ÉLABORATION D'UNE DOCTRINE RÉGIONALE

L'ARS est en charge d'élaborer et de diffuser une doctrine régionale précisant :

- les principes d'organisation des établissements de santé, et de l'ensemble des acteurs de santé participant au parcours de soins,
- le suivi des indicateurs régionaux,
- les modalités de déclaration de situations de tension par les établissements,
- les modalités de mobilisation des établissements cibles dans le cadre de la tension solidaire,
- le rôle des DD ARS et du siège de l'ARS lors des épisodes de tension.

Ces doctrines régionales font l'objet de modification prenant en compte le contenu des RETEX territoriaux ou régionaux.

8.2. MISE EN PLACE DES OUTILS DE SUIVI

L'ARS est en charge :

- de mettre en place des outils permettant le suivi des indicateurs utiles pour le suivi des situations de tension,
- de proposer un outil de recueil des déclarations de tension, permettant une visibilité régionale des tensions, un suivi des actions mises en place par les établissements et des interventions de l'ARS,
- d'accompagner les établissements dans l'élaboration des différents protocoles et procédures de gestion des tensions locales et territoriales, de veiller à la mise en place de la dynamique institutionnelle sur le plan d'action et la mise en place de ces différentes étapes,
- de mettre en place des procédures territoriales validées par le réseau des urgences, pour accompagner les établissements et les professionnels de santé en fonction des différents niveaux de tension et / ou des ruptures de filières,
- de mettre en place des outils de communication pour prévenir les différents partenaires en fonction des niveaux de tension et des plans d'action prévus pour chacun,
- de former le personnel administratif et les agents de garde ARS aux outils et aux mesures à proposer lors des déclenchements et du suivi des tensions hospitalières,
- d'inciter la mise en place de comité territorial de filière en charge de coordonner le bon parcours du patient, et d'élaborer un plan d'action permettant de répondre aux tensions territoriales de filière,
- d'assurer la collecte auprès des établissements des informations permettant de renseigner le Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières (BACH) transmis tous les mardis au CORRUSS.

Parmi les procédures doivent être identifiées celles permettant :

- de vérifier la mise en place des cellules de crise,
- de vérifier la traçabilité des actions mises en place au sein des établissements,
- de partager avec le SAMU la vision territoriale en cas de besoin,
- d'informer la population,
- d'informer les professionnels de santé,
- de disposer d'une organisation adaptée de la médecine de premier recours,
- de privilégier une orientation des patients d'un établissement de santé vers les établissements solidaires,
- de permettre une ouverture d'unités supplémentaires,
- de favoriser une mutualisation des moyens entre établissements,
- d'accompagner la solidarité territoriale voire régionale dans le cadre des tensions de filières.

8.3. VEILLE ARS

L'ARS s'assure que les informations et le suivi des niveaux de tensions soient bien tracés dans l'outil de déclaration des situations de tension.

8.4. PARTICIPATION AU PLAN D'ACTION DES ÉTABLISSEMENTS SUR LA DIMENSION INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE

Lors de tension confirmée ou solidaire, l'ARS vérifie les indicateurs d'activité des services d'urgences limitrophes, du département ou de la région.

L'ARS vérifie via le ROR l'actualisation des lits disponibles et s'informe sur les lits disponibles en fonction des filières, disciplines et / ou établissements.

Après une déclaration de tension, l'ARS confirme à l'établissement la bonne prise en compte de cette déclaration et assure le suivi de l'épisode (l'ensemble de ces échanges peuvent être tracés dans l'outil régional de déclarations des situations de tension).

L'ARS contacte si besoin l'établissement en tension et le SAMU pour définir avec lui les plans d'action envisageables en fonction des indicateurs, du plan d'action de l'établissement et des problématiques concomitantes du territoire.

Si nécessaire et en cas de déclenchement d'une tension solidaire, l'ARS met en application les procédures validées de solidarité du territoire concerné.

La DD ARS alerte l'ARS siège, selon les modalités prédéfinies, sur les différentes évolutions des périodes de tension et / ou de rupture de filière.

8.5. RETEX

L'ARS participe aux RETEX plan de gestion des tensions hospitalières, RETEX tension de filière et aux différentes réunions du réseau des urgences sur le sujet, et propose en fonction des besoins des améliorations de procédures.

IX. ANNEXES

9.1. FICHES ACTIONS

Fiche Action ETABLISSEMENT « TYPE »

Version du XX.XX.XXX

FICHE ACTION

INTITULE DE L'ACTION :

- Action traceuse : oui ; Phase de la tension : non
■ Catégorie de l'action¹ :

DESCRIPTION DES MOYENS HUMAINS

- Pilotage
- Suivi
- Personnels mobilisés
- Modalités de rappel

DESCRIPTION DE LOCAUX ET DE MOYENS MATÉRIELS

- Capacités supplémentaires
- Logistique
- Implantation géographique de locaux/capacités supplémentaires

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Délais de mise en place
- Communication
- Partenariats
- Lieux

MODALITÉS DE SUIVI

- Indicateurs de suivi et seuils
- Outils de suivi

ÉVALUATION/RETEX

¹ Parmi les libellés des action traceuses : Contrôle de l'affluence, Amélioration du tri aux urgences, Ajustement des capacités de prise en charge aux urgences, Repérage des lits disponibles, Ajustement des capacités d'hospitalisation, Adaptation des moyens humains et matériels à l'activité, Adaptation des moyens de transport

Fiche Action DIRECTEUR D'ÉTABLISSEMENT (ou son représentant)

PHASE DE PRÉVENTION

S'assure du bon fonctionnement de la commission des admissions non programmées et de la mise à jour du règlement intérieur de la CACNP.

Applique les recommandations de l'ANAP sur l'optimisation de la gestion des lits et du parcours des patients, pour optimiser les besoins d'hospitalisation en aval des urgences.

Fait recenser les capacités de prise en charge de son établissement (moyens humains, matériels et structurels).

Fait rédiger et valider en instance le plan de gestion des tensions hospitalières intégrant obligatoirement les éléments suivants :

- Une cellule de veille (tableau de bord de veille).
- Une cellule de crise (composition, rôle, tableau de bord de gestion des tensions).
- Une liste graduée d'actions en fonction du type et du niveau de la tension
- Les modalités de communication interne et externe.

S'assure de la bonne connaissance et appropriation du plan de gestion des situations de tension par l'ensemble des personnels de l'établissement.

PHASE DE TENSION

Prend la décision de déclenchement du plan de gestion des situations de tension.

Fait informer l'ensemble de l'établissement mais aussi le SAMU territorialement compétent et l'ARS du déclenchement du plan de gestion des situations de tension (à partir du dispositif régional ad hoc).

Met en place le tableau de bord de crise.

Participe à la cellule de crise et s'assure de l'adéquation entre les actions déclenchées et le niveau de la tension.

Assure le suivi et la traçabilité de l'épisode de tension.

Veille à la levée du plan de gestion des situations de tension dès que la situation le permet.

PHASE POST TENSION

Organise le RETEX intra établissement

- Préparation par la cellule de crise.
- Présentation en instance.

Fait adapter le plan de gestion des situations de tension (le cas échéant et en fonction du RETEX).

Participe au RETEX GHT, territorial, régional.

Fiche Action DIRECTEUR MÉDICAL DU SAMU (ou son représentant)

PHASE DE PRÉVENTION

S'assure d'avoir à disposition les outils nécessaires à la veille et au suivi des épisodes de tension hospitalière à savoir :

- Accès au ROR et en particulier à la disponibilité des lits des établissements de son département.
- Accès au dispositif régional de suivi des tensions (le cas échéant).
- Accès aux procédures territoriales destinées à accompagner les établissements en tension (le cas échéant).

Participe à la mise en place des procédures permettant :

- L'alerte du SAMU par l'établissement en tension.
- L'alerte par le SAMU des SAMU limitrophes.
- L'identification et l'alerte des établissements pouvant participer à la réorientation des patients.

Participe à l'élaboration des plans d'action à l'échelon territorial (en sus du plan de gestion des situations de tension de son établissement).

PHASE DE TENSION

Suit l'évolution de la ou des situations de tension hospitalière via :

- La disponibilité des lits dans le ROR.
- Le suivi des situations des tensions sur l'outil régional (le cas échéant).

Alerte l'ARS dès lors que la tension concerne plusieurs établissements.

Organise la réorientation (primaire et secondaire) des patients vers les établissements non en tension.

Alerte les SAMU limitrophes si ceux-ci sont impactés par d'éventuelles réorientations.

Évalue l'impact potentiel des tensions sur les différentes filières.

Veille à l'adéquation entre les besoins de transport et la disponibilité des vecteurs en particulier pour les transferts et les retours à domicile.

Assure la traçabilité de l'épisode de tension.

Relève les éventuels dysfonctionnements en particulier inter établissements.

PHASE POST TENSION

Participe au RETEX GHT, territorial et régional (en sus de celui de son établissement, le cas échéant).

Met à jour les procédures territoriales et s'assure de leur diffusion.

Fiche action COORDONNATEUR DE FILIÈRE

PHASE DE PRÉVENTION

Met en place un comité de filière en charge de l'organisation de la filière (définition de la gradation des soins, identification des indicateurs de tension et des actions possibles, organisation du pilotage de la filière...).

Diffuse largement l'organisation de la filière (spécialistes concernés, SAMU et urgences).

S'assure de la description de la filière dans le ROR.

S'assure de l'intégration de la filière dans l'outil régional de gestion des tensions.

Veille les indicateurs de tension.

PHASE DE TENSION

Suit les tensions en particulier les indicateurs d'activité.

Aide à la mise en place des actions prédéfinies.

Demande à l'ARS de vérifier l'actualisation des lits disponibles de la spécialité dans le ROR et l'information du SAMU territorialement concerné voire des SAMU limitrophes.

Participe avec l'ARS à la décision du déclenchement tension solidaire de filière.

Vérifie toujours en lien avec l'ARS, la mise à jour régulière de l'outil de déclaration et de suivi des tensions.

Collecte les informations potentiellement utiles aux RETEX de filière.

PHASE DE RETEX

Analyse les données disponibles en vue de l'organisation du RETEX de filière.

Organise avec l'ARS le RETEX de filière.

Adapte, le cas échéant, l'organisation de la filière aux conclusions du RETEX.

Fiche action ARS

PHASE DE PRÉVENTION

Élabore une doctrine régionale de gestion des situations de tension.

Diffuse largement cette doctrine.

Vérifie l'existence d'un plan de gestion des situations de tension dans chaque établissement (en conformité avec la doctrine régionale) voire au niveau de chaque GHT.

S'assure de la bonne organisation des filières (avec identification de coordonnateurs de filière).

Met en place un outil régional de gestion des tensions. Cette outil doit être transparent, partagé et doit pouvoir être utilisé en temps réel. Il doit intégrer des indicateurs d'activité également partagés.

Vérifie la bonne description de l'offre de soins (intégrant les filières) dans le ROR et la remontée des disponibilités de lits.

Forme l'ensemble des intervenants de l'ARS à la doctrine et à l'outil (rôle opérationnel majeur des DD ARS). Cette formation doit intégrer la notion de tension solidaire.

Organise la collecte des données nécessaires au renseignement hebdomadaire du BACH.

Met en place un process de veille et de suivi des tensions.

Met en place un process de RETEX.

PHASE DE TENSION

Suit les tensions en particulier les indicateurs d'activité.

Implique précocement les DD ARS (intérêt des déplacements sur site).

Suit les actions de chaque établissement avec demande éventuelle d'informations complémentaires (ciblée, potentiellement disponible et non chronophage en termes de recueil pour les établissements).

Suit les actions éventuelles à l'échelon des GHT.

Vérifie l'actualisation des lits disponibles dans le ROR.

Vérifie l'information du SAMU territorialement concerné voire des SAMU limitrophes.

En cas de déclenchement de niveau 3, **active** la procédure de tension solidaire.

Vérifie la mise à jour régulière de l'outil de déclaration et de suivi des tensions.

Collecte les informations potentiellement utiles aux RETEX.

PHASE DE RETEX

Analyse les données disponibles en vue de l'organisation des RETEX à l'échelon régional et/ou territorial.

Vérifie l'organisation des RETEX au sein des établissements (voire au sein des GHT) en préambule à l'organisation des RETEX régionaux.

ORGANISE LES RETEX

Adapte, le cas échéant, la doctrine régionale aux conclusions des RETEX.

Vérifie l'adaptation des plans plan de gestion des tensions hospitalières des établissements aux conclusions des RETEX.

9.2. TABLEAUX DE BORD

9.2.1 Tableau de bord de veille

Le tableau de veille est le support de la cellule de veille de l'établissement.

Ce tableau est composé des indicateurs automatisables, reproductibles et accessibles. Des seuils sont identifiés pour chaque indicateur.

OBJECTIFS

- Connaître la tendance sur l'activité des urgences.
- Suivre les capacités d'hospitalisation à travers les données en lits disponibles.
- Disposer d'un prévisionnel sur le besoin en lits d'hospitalisation pour les urgences.
- Visualiser les tendances et anticiper les difficultés.

Ces données servent également d'appui pour la veille régionale et la remontée d'ambiance auprès du ministère de la santé afin de suivre les épisodes de tensions hospitalières.

QUI

Le suivi du tableau de veille établissement est réalisé au quotidien par :

- Le directeur ou son représentant.
- Un représentant de l'équipe gestionnaire des flux ou des lits de l'établissement.
- Un responsable des urgences.

ENJEUX

Au quotidien

- Suivre l'activité des urgences avec des données automatisées à partir du RPU. Ces données donnent une bonne information sur l'amont des services d'hospitalisation. Le dépassement des seuils des différents indicateurs doit permettre d'identifier l'origine de la tension qu'elle soit endogène (problèmes au sein des urgences ou des lits d'aval) ou exogène (épidémie...).
- Suivre en « temps réel » les capacités disponibles d'hospitalisation de l'établissement et son adéquation avec les besoins des admissions non programmées identifiés via le BJML.

Lors des RETEX

Permettre à l'équipe pilote d'adapter les valeurs seuils des différents indicateurs afin d'améliorer les actions et leurs mises en place dans le cadre du plan de gestion des situations de tension de l'établissement ou du territoire.

INDICATEURS DE SUIVI

Taux d'exhaustivité du tableau au quotidien.

TABLEAU DE VEILLE

Etablissement		Niveau de tension établissement				Date				
URGENCES	Nb de passages aux urgences	Dont >75 ans	Dont <1 an	Nb de patients de > 75 ans restant plus de 8h aux urgences	Nb de patients lors du top présence	DMS aux urgences	Dépassement du seuil de capacités installées UHCD	Nb d'hospitalisations via les urgences	Dont >75 ans	BJML
Urgences										
Urgences pédiatriques										
HOSPITALISATION										
	Capacités disponibles	Nb de lits fermés	Difficulté filière oui /non							
Réanimation néonatale										
Réanimation pédiatrique										
Réanimation adultes										
Soins intensifs										
Surveillance continue										
Pédiatrie										
Médecine adulte										
Obstétrique										
Dont GHR (Grossesses à Haut Risque)										
Chirurgie adulte										
Chirurgie pédiatrique										
Soins de suite et de réadaptation										

9.2.2 Tableau de bord de gestion de la tension hospitalière

Le tableau de gestion de la tension hospitalière est le support de la cellule de crise hospitalière de l'établissement. Ce tableau est composé des indicateurs automatisables, reproductibles et accessibles. Des seuils sont identifiés pour chaque indicateur.

OBJECTIFS

- Mettre en place un outil opérationnel de suivi et gestion de crise.
- Mieux orienter les actions en fonction des difficultés.
- Suivre l'impact des différentes actions du plan de gestion des situations de tension.
- Partager les données capacitaires de l'établissement à l'ensemble des professionnels de la structure et aux établissements limitrophes.

QUI

Le suivi du tableau de crise établissement est réalisé par les membres de la cellule de crise.

DESCRIPTIF DU TABLEAU

- La capacité disponible immédiate correspond au nombre de lits disponibles en temps réel ou quasi.
- La capacité prévisionnelle correspond :
 - aux capacités réservées pour des hospitalisations programmées du jour J et de J + 1,

- aux capacités qui devraient se libérer le jour même ou à J + 1.
- La capacité opérationnelle :
 - installée : capacité permanente de l'unité,
 - fermée : capacité non disponible sur la capacité installée pour diverses causes (ex. travaux, hygiène, manque de personnel...),
 - fermée réouverte/ ré ouvrables : capacité ouverte parmi les lits fermés car matériel et professionnels disponibles,
 - mobilisée/ supplémentaire : capacité ajoutée pour répondre à un besoin supplémentaire,
 - le total opérationnel : capacité en cours de fonctionnement ou qui peut être mise en fonctionnement, disponible ou non.
- La création d'une unité supplémentaire temporaire se traduit sur le tableau par l'apparition d'une unité qui n'a que des lits supplémentaires.
- Les problématiques liées aux patients :
 - patients en attente de lits d'aval,
 - difficultés d'accès aux plateaux techniques,
 - retour bloquant sur le lieu de vie.

ENJEUX

Lors de la crise

- Permettre à la cellule de crise de suivre en temps réel les évolutions au sein de l'établissement afin d'adapter la réponse en continue.

Lors des RETEX

Permettre à l'équipe pilote d'adapter le plan de gestion des situations de tension de l'établissement ou du territoire. Identifier les problématiques en relation avec la prise en charge du patient et mettre en place en conséquence des procédures de correction adaptées.

Tableau de crise

TABLEAU DE BORD DE CRISE - CAPACITES DISPONIBLES																					
Capacité disponible Immédiate	Capacité prévisionnelle			Capacité opérationnelle				Patients en attente de lits d'aval		Difficultés d'accès au plateau technique	Retour bloquant au lieu de vie										
	Total	Réservés Jour J	Sorties prévues Jour J +1	Installés	Fermés	Fermés/rouverts/réouvrables	Mobilisés/supplémentaire	Total opérationnel	Reste à mobiliser			SSR	HAD	Autres	Imagerie	Bloc	Autres				
UHCD																					
UHCD																					
UHCD Pédiatrique																					
Réanimation néonatale																					
Réanimation néonatale A																					
Réanimation pédiatrique																					
Pédiatrie A																					
Réanimation adultes																					
Réanimation chirurgicale																					
Réanimation médicale																					
Soins Intensifs																					
Soins intensifs cardiologie																					
Soins intensifs neurologie																					
Surveillance continue																					
Surveillance continue cardiologie																					
Surveillance continue polyvalente																					
Pédiatrie																					
Neurologie pédiatrique																					
Médecine adulte	2	4	4	10	3	7	3	2	90	25	4/15	5/15	74	21	8	3	0	2	0	0	1
Médecine 1	1	2	1	4	2	5	1	1	30	5	0/5	0/5	25	10	5	2	0	2	0	0	0
Médecine 2	1	2	3	6	1	2	2	1	60	20	4/10	5/10	49	11	3	1	0	0	0	0	1
Obstétrique																					
Maternité																					
GHR (Grossesses à Haut Risque)																					
Chirurgie adulte																					
Chirurgie 1																					
Chirurgie 2																					
Chirurgie pédiatrique																					
Chirurgie pédiatrique ortho																					
SSR																					
SSR Polyvalent																					
SSR Personnes âgées																					

9.3. GRADATION DES TENSIONS HOSPITALIÈRES

NIVEAU	PHASE DE LA TENSION	CRITÈRES DÉFINISSANT LA PHASE DE LA TENSION		MESURES ATTENDUES
		ACTIONS TRACEUSES (actions observées dans l'établissement)	INDICATEURS D'ACTIVITÉ (urgences et disponibilité des lits)	
SITUATION NORMALE	VEILLE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation normale. - Absence d'action particulière. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de dépassement des seuils. 	<p>ETABLISSEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assure une veille quotidienne.
NIVEAU 1 PLAN DE MOBILISATION INTERNE DES ÉTABLISSEMENTS	ALERTE PRÉ-TENSION SATURATION DE DISCIPLINE	<ul style="list-style-type: none"> - Hébergement (non programmé et programmé) dans un lit ne relevant pas d'une organisation liée à la pathologie. - Lit brancard aux urgences, - Augmentation de la capacité d'hébergement en UHCD. - Signalement par un professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Majoration du temps de passage aux urgences des + de 75 ans hospitalisés (> à 8h). - Dépassement de la capacité d'hébergement de l'UHCD (lits installés). 	<p>ETABLISSEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunion de la cellule de veille +/- la cellule de gestion des lits ou équivalent (cadre, direction...). - Mise en place d'actions de sensibilisation (communication interne). - Optimisation de la fluidité des admissions.
	TENSION CONFIRMÉE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de pré-tension non résolutive malgré les actions réalisées (après 24h). - Constatation de la mise en œuvre d'une des actions traceuses de tension confirmée*. 	<ul style="list-style-type: none"> - Majoration du temps de passage aux urgences des + de 75 ans hospitalisés (> à 8h). - Dépassement de la capacité d'hébergement de l'UHCD persistant. - Ratio lits disponibles J+1 / BJML inférieur à 1. 	<p>ETABLISSEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclaration tension. - Réunion Cellule de crise hospitalière. - Mise en œuvre du plan d'action des gestions de tension.
	TENSION SOLIDAIRE	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de tension confirmée non résolutive malgré les actions réalisées nécessitant le recours aux autres établissements en sus de collaborations organisées. 		<ul style="list-style-type: none"> - Intervention de l'ARS
NIVEAU 2 PLAN SSE	SSE-PLAN BLANC	<ul style="list-style-type: none"> - Situation de tension solidaire non résolutive malgré les actions territoriales mises en œuvre, nécessitant le déclenchement d'un plan blanc. 		<p>ETABLISSEMENT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclenchement du plan blanc sur avis de la cellule de crise hospitalière (CCH avec information de l'ARS). - Ou déclenchement demandé par l'ARS.
	TENSION TERRITORIALE DE FILIÈRE (réanimation, pédiatrie, psychiatrie, Plateau-technique...)	<ul style="list-style-type: none"> - Indisponibilité d'un plateau technique lourd, nécessitant le recours à d'autres établissements. - Admission impossible de nouveau patient dans une filière de spécialités. 		<ul style="list-style-type: none"> - Intervention de l'ARS en appui du coordonnateur de filière.

* Actions traceuses de tension confirmée :

1. Activation de la cellule de crise
2. Mise en place d'actions impactant l'afflux de consultants aux urgences
3. Recherche active de lits (sortie précoce, inventaire fiable des lits à fréquence améliorée)
4. Ouverture de lits supplémentaires
5. Régulation des admissions programmées
6. Renfort des personnels en poste
7. Sollicitation des établissements voisins

9.4. ABRÉVIATIONS

ANAP

Agence nationale d'appui à la performance

ARS

Agence régionale de santé

BACH

Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières

BJML

Besoin Journalier Minimal en Lits

CACNP

Commission des admissions et des consultations non programmées

CCH

Cellule de crise hospitalière

CHSCT

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CME

Commission médicale d'établissement

CNUH

Conseil national de l'urgence hospitalière

CORRUSS

Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales

CRAPS

Cellule régionale d'appui et de pilotage sanitaire

DD

Direction départementale

DGS

Direction générale de la santé

DGOS

Direction générale de l'offre de soins

DIM

Département d'information médicale

DRH

Direction des ressources humaines

DSC

Direction de la sécurité civile

EHPAD

Établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

ESPIC

Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FEDORU

Fédération des observatoires régionaux des urgences

GHT

Groupement hospitalier de territoire

HAD

Hospitalisation à domicile

HAS

Haute autorité de santé

IRM

Imagerie par résonance magnétique

MCO

Médecine chirurgie obstétrique

MOA

Médecin d'organisation de l'accueil

ORU

Observatoire régional des urgences

PDSA

Permanence de soins ambulatoire

PSY

Psychiatrie

PUI

Pharmacie à usage intérieur

RETEX

Retour d'expérience

ROR

Répertoire opérationnel des ressources

RPU

Résumé de passage aux urgences

RTT

Réduction temps de travail

SAMU

Service d'aide médical urgente

SDIS

Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMS

Short message service

SMUR

Service mobile d'urgence et réanimation

SPF

Santé Publique France

SSE

Situations sanitaires exceptionnelles

SSR

Soins de suite et réadaptation

SU

Structure d'urgences

SWOT

Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

UHCD

Unité d'hospitalisation de courte durée

UNV

Unité neuro-vasculaire

USC

Unité surveillance continue

9.5. RÉFÉRENCES

- A** **Recommandation FEDORU – Hôpital en tension.** <http://www.fedoru.fr/hopital-en-tension-2016/>.
- B** **Guide d'aide à la préparation et à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles** - Ministère des solidarités et de la santé – avril 2019.
- C** **INSTRUCTION** N° DGOS/R2/2018/128 du 23 mai 2018 relative à l'anticipation et la prévention des tensions dans les structures de médecine d'urgence.
- D** **Circulaire** SG-DMAT/DSC/DGS/DGCS/DGOS no 2010-395 du 12 novembre 2010 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale.
- E** **INSTRUCTION** N° DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- F** **Gestion des lits, vers une nouvelle organisation Tome 1 et 2.** <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/gestion-des-lits-vers-une-nouvelle-organisation-tome-1-cadrage-diagnostic-et-plan-dactions/>.
- G** **BJML** : www.fedoru.fr/outils/.
- H** **Recommandation FEDORU – Hôpital en tension.** <http://www.fedoru.fr/hopital-en-tension-2016/>.
- I** **Recommandation FEDORU - Mise en place et évaluation de la phase aiguë d'une filière de soins.** <http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2017/12/RECO-FILIERE-DE-SOINS-V01.pdf>

FÉDÉRATION DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DES URGENCES

Siège social de l'association :

GIP GRADeS PACA
145 Chemin du Palyvestre - 83400 HYÈRES

coordination@fedoru.fr
www.fedoru.fr

COMITÉ DE RÉDACTION

Coordonnateur de la publication
Marc NOIZET

Equipe de rédaction

Olivier AZEMA
Agnès BARONDEAU-LEURET
Françoise CELLIER
Philippe GARITAINE
Philippe LINASSIER
Laurent MAILLARD
Patrick MARIAUCOURT
Bruno MAIRE
Marc NOIZET
Pierre-Bernard PETITCOLIN
Abdeslam REDJALINE
Gilles VIUDES

Infographie

Virginie CHAON

Dépôt légal
11/2015
Date parution
Avril 2019
ISSN n° 2490-5453

Ce document est disponible au format électronique (PDF) sur le site de la FEDORU.

www.fedoru.fr/les-recommandations/ 
