RECOMMANDATIONS FEDORU

Hôpital en tension
Synthèse FEDORU

GT4

V02 - 11/2015

Groupe de travail FEDORU

Novembre 2015

Préambule

Ce document constitue la deuxième version des travaux de la FEDORU sur la thématique « hôpital en tension ».
Il s'inscrit dans la continuité de la 1° édition. L'équipe de la FEDORU a modifié, reformulé, tenté de faire progresser le propos et d'accentuer l'angle opérationnel.

Vous constaterez que certaines questions trouvent des réponses ; pour d'autres par contre, il reste encore des pistes de travail imparfaitement évaluées.
Vous trouverez également quelques nouveautés : un guide d'audit "HET", un module "HET" en mode "web" pour les établissements et les Agences Régionales de Santé (ARS) mais aussi une synthèse des actions de niveau national que l'équipe de la FEDORU espère voir retenues.

Équipe FEDORU "Hôpital en tension" 2015 :

AZEMA Olivier	GIP ORU-MiP	Midi-Pyrénées
BARONDEAU LEURET Agnès	ORU Bourgogne	Bourgogne
BARTIER Jean-Claude	RESURAL	Alsace
CELLIER Françoise	Réseau Bretagne Urgences	Bretagne
FAUGERAS Gilles	ORULIM	Limousin
LAGILLE Elisabeth	ORUCA	Champagne Ardenne
LINASSIER Philippe	ROR Centre	Centre
MAILLARD Laurent	ORU Aquitaine	Aquitaine
MAIRE Bruno	ORULOR	Lorraine
NOEL Guilhem	E-Santé ORU PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
NOIZET Marc	ORUCA	Champagne Ardenne
PETITCOLIN Pierre-Bernard	ORULIM	Limousin
REDJALINE Abdesslam	REULIAN	Rhône Alpes
VIUDES Gilles	E-Santé ORU PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur

Table des matières

1 INTRODUCTION 5

2 DEFINITION DE LA SITUATION "D'HOPITAL EN TENSION" 6

3 CATEGORISATION DES TENSIONS HOSPITALIERES 7

4 DETECTION DES SITUATIONS DE TENSION 9

4.1 Les signalements 9
4.1.1 Signalement par les professionnels des services de soins 9
4.1.2 Signalement par les directions d'établissements ou "Actions Traceuses d'HET" 10
4.1.3 Signalements à partir d'indicateurs automatisés 11
4.1.4 Signalement des situations épidémiques (InVS) 11
4.1.5 Signalement des alertes météorologiques 12

4.2 Les tensions récurrentes ou périodes propices aux tensions 12

4.3 Les indicateurs de tension 13
4.3.1 Un consensus international existe-t-il ? 13
4.3.2 Qualités attendues pour les indicateurs 14
4.3.3 Inventaire et caractéristiques des indicateurs 15
4.3.4 Comment choisir des indicateurs HET ? 20
4.3.5 Les meilleurs indicateurs 2015 selon la FEDORU 23

4.4 Le suivi des indicateurs 25
4.4.1 Interprétation des indicateurs 25
4.4.2 Perspectives et enjeux 26

4.5 Organiser la veille 29
4.5.1 Veille par l'établissement 29
4.5.2 Veille au niveau régional 29
4.5.3 Veille au niveau national 30

5 ACTIONS "HOPITAL EN TENSION" 31

5.1 Actions HET : données de la littérature 31

5.2 Actions HET : propositions de la FEDORU 32
5.2.1 Les objectifs d'une action 32
5.2.2 Les phases de tension 32
5.2.3 Inventaire des actions HET en établissement 33
5.2.4 Inventaire des actions HET en ARS 45
5.2.5 Actions HET des SAMU/Centre 15 51
5.2.6 Actions HET des autres professionnels de santé impliqués en amont des services d'urgence 51
5.2.7 Actions HET des professionnels de santé impliqués en aval des services d'urgence 51
5.2.8 Actions HET des patients et usagers 53

6 ENREGISTREMENT DES SITUATIONS DE TENSION ET DES ACTIONS MISES EN PLACE 55

7 FORMALISATION D'UN PLAN D'ACTION HET 56

7.1 Plan d'action HET d'un établissement 56
7.1.1 Volet anticipation ou prévention au quotidien 56
7.1.2 Volet réaction précoce 60
7.1.3 Volet réaction intermédiaire 60
7.1.4 Volet réaction pré-plan blanc 60

7.2 Plan d'action HET d'une ARS 70

7.3 Présentation d'un outil électronique d'aide à la rédaction d'un plan HET 74

8 ÉVALUATION DU DISPOSITIF HET 76

8.1 Évaluation du dispositif HET en place 76
8.1.1 Description 76
8.1.2 Intérêts 77

8.2 Mise en place de retour d'expérience (REX ou RETEX) 77
8.2.1 Description 77
8.2.2 Objectifs 77
8.2.3 Trois niveaux d'analyse 77

9 FORMATION 79

10 ACTIONS NATIONALES ET REGIONALES PROPOSEES 80

10.1 Indicateurs 80

10.2 Actions HET 80

10.3 Évaluation HET 80

11 CONCLUSION 81

12 BIBLIOGRAPHIE 82

13 ANNEXE 1 84

1 Introduction

La tension hospitalière est une situation de surcharge, de saturation (1). Elle est, source d'engorgement, de désorganisation pouvant entraîner une altération de la qualité ou de la sécurisation des soins (2). Il s'agit d'un enjeu de santé publique désormais reconnu au niveau international (3) et pris en compte en France à travers le plan "hôpital en tension".

Le dispositif "hôpital en tension" a pour objectif de permettre la continuité des missions des établissements de santé devant faire face à une situation critique de prise en charge des urgences hospitalières, sans pour autant être amenés à déclencher le plan blanc qui est à réserver aux situations d'afflux massif de patients.

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

De fait, ce sujet s'est imposé comme une priorité. Bien sûr les publications, les propositions autour du thème de l'hôpital en tension ne manquent pas et constituent le socle de ce travail.

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

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

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

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

Ce travail s'adresse à tout professionnel de santé susceptible d'être confronté et mobilisé, par ses attributions ou ses compétences, sur cette thématique de la tension hospitalière. Médical ou non, gestionnaire ou décideur, en établissement de santé ou institutionnel, le périmètre des acteurs concernés est large, reflet d'un sujet à l'intersection de l'organisation et de la gestion des soins.

Le plan retenu suit le déroulement suivant :

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

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

2 Définition de la situation « d'hôpital en tension »

La tension dans un service d'urgence est définie par une inadéquation entre la demande (flux entrant de patients et besoins d'hospitalisation), les moyens au niveau des urgences (personnel, plateau technique et structure des urgences) et de l'aval des urgences (lits d'hospitalisation disponibles et fluidité du transfert en lit d'aval) (1). Cette définition reflète également le concept plus général de l'hôpital en tension.

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 *in fine* à une altération de la qualité des soins et à une augmentation de la mortalité des patients hospitalisés (2).

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

La Circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé, des Plans Blancs élargis et son annexe, le guide Plan Blanc et gestion de crise, identifie la situation d'hôpital en tension en apportant les précisions suivantes :

- *"Le sujet est de ne pas compromettre les missions des établissements de santé tout en faisant face à une situation critique de régulation des urgences hospitalières, sans pour autant déclencher un plan d'urgence (le plan blanc). En effet, ce plan est normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées."*

- *"Le déclenchement intempestif d'un dispositif lourd, comme le plan blanc pour assumer la gestion d'un établissement au moment de phénomènes (le plus souvent prévisibles) comme ceux des pics d'activité liés aux pathologies hivernales, risque de dévaluer la démarche de gestion de crise réservée aux situations exceptionnelles."*

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

Pour autant, ce dispositif ne saurait être considéré isolément. Il est de bon sens de l'intégrer dans une démarche plus globale de prévention qui est particulièrement mise en évidence dans le document du Conseil National de l'Urgence Hospitalière (C.N.U.H) (Proposition de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgence. Rapport du Pr P. Carli. Septembre 2013). Les différentes publications de la MEAH[1] (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers) et les travaux actuel de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la performance des Établissements de santé et médico-sociaux) sur la gestion des lits participent à la même idée.

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

3 Catégorisation des tensions hospitalières

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

Les causes de situation "hôpital en tension" sont multiples et interdépendantes. Elles concernent l'ensemble des étapes du parcours de soins depuis le pré-hospitalier jusqu'à l'aval. La survenue de ces épisodes peut présenter un aspect récurrent et prévisible (ex : caractère saisonnier d'une épidémie).

La classification proposée dans ce document est proche du modèle conceptuel d'Asplin (4) faisant référence. Celui-ci différencie : *La tension d'amont* ou *d'affluence* (Input), *la tension de processus* résultant d'un défaut dans le processus de prise en charge dans le service des urgences (throughput) et *la tension par saturation de l'aval* par carence de lit ou de dysfonctionnement de l'acheminement des patients vers ces lits (Output). Les indicateurs de tension étudiés dans la littérature sont classés selon ce modèle (5).

Nous proposons d'individualiser les situations de tension hospitalière dans une ou plusieurs des catégories suivantes :

1. Tension "affluence"

a) épidémique
b) saisonnière ou hebdomadaire
c) évènementiel

2. Tension "par défaut de processus au sein des urgences"

a) défaut « structurel » (inadéquation avec l'activité régulière, congés, mouvement social locaux, accès impossible à l'imagerie, panne informatique)
b) logistique "charge en soins" (un ou plusieurs patients en séquence de réanimation, équipe en intervention SMUR,…)

3. Tension "carences de lits d'aval"

a) en hospitalisation "conventionnelle" (hospitalisations programmées toutes le même jour saturant les lits de l'établissement)
b) en soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs)
c) en psychiatrie (chambre d'isolement)
d) en pédiatrie
e) en maternité
f) SSR

La tension "affluence" est consécutive à une augmentation du nombre d'admissions et/ou à une modification qualitative de celles-ci (arrivées de patients impliquant une forte charge de travail : patients graves, patients âgés). Elle ne doit pas être confondue avec une difficulté liée à un défaut de processus au sein des urgences (diminution des effectifs, difficulté d'accès au plateau technique, difficulté structurelle) ou une difficulté d'accès aux lits d'aval. Ces deux dernières situations peuvent provoquer une augmentation de la charge de travail au sein des urgences sans que le flux entrant ne soit augmenté. Le schéma suivant illustre cette problématique et représente les différentes phases génératrices de tension.

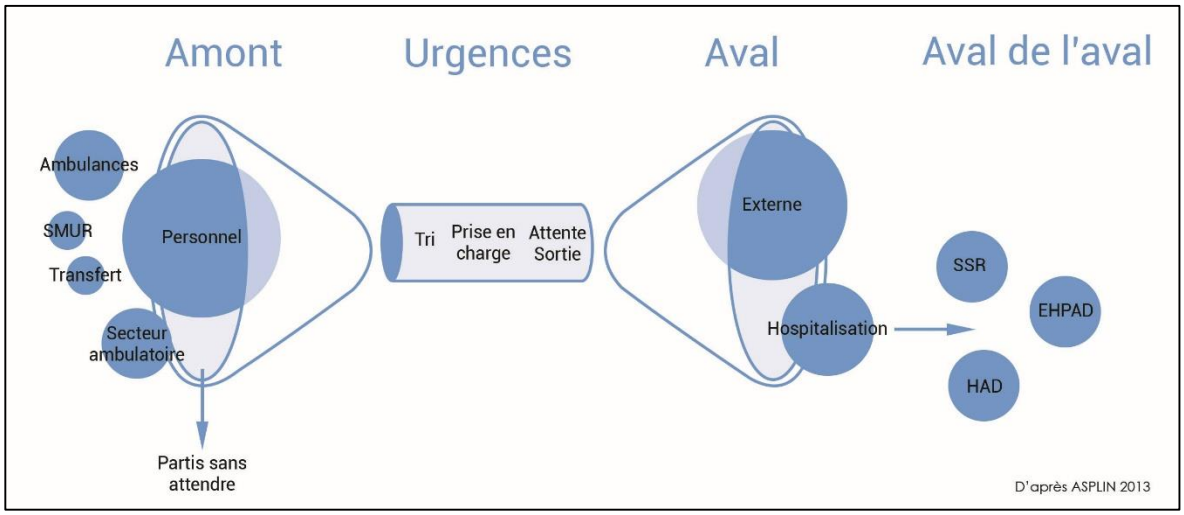


Figure 1 Processus Tension et urgence

4 Détection des situations de tension

4.1 Les signalements

4.1.1 Signalement par les professionnels des services de soins

Il faut rappeler en préambule que seul le chef d'établissement (ou son représentant) peut déclencher le plan "Hôpital en tension". Le signalement par un autre professionnel que le chef d'établissement constitue "une demande de déclenchement de plan HET".
L'organisation d'un circuit de signalement des situations de tension par les professionnels des services de soins doit donc être orientée vers le directeur de l'établissement ou son représentant et être encadrée par les institutions.
L'expérience montre cependant qu'il est inéluctable que l'ARS ou le SAMU-Centre 15 soient parfois sollicités directement. Il est alors indispensable qu'une procédure régionale règle les modalités d'une rétro-information sans faille entre direction d'établissement, ARS et SAMU-Centre 15.
La FEDORU recommande sur ce principe un outil de déclaration en ligne qui informe systématiquement la direction de l'établissement, l'ARS, les SAMU et permet de suivre ce signal au plan unitaire et de conduire une évaluation rétrospective des difficultés rencontrées par les équipes.
Cette déclaration peut être collectée par voie électronique, à l'exemple du formulaire mis en place en Champagne-Ardenne.

DÉCLARATION DE TENSION HOSPITALIÈRE

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

Établissement *
CH Charleville-Mézières

Déclarant *
Directeur

Si autre, préciser

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

Nom - prénom du déclarant *

Email du déclarant *

Objet du signalement *
- Déclaration d'une situation de tension
- Levée du plan HET de l'établissement
- Précisions / informations sur une tension déclarée

Type de tension (plusieurs réponses possibles) *
- Tension amont (=affluence)
- Tension liée à la structure / charge en soins
- Tension aval (=disponibilité en lits)

Précisions sur la situation

Catégorie(s) d'actions mises en oeuvre
Cliquer ici pour plus de détails sur les actions envisageables
- Activation d'une cellule de crise
- Mise en oeuvre d'actions impactant l'afflux de consultants aux urgences
- Amélioration de la fiabilité et de la fréquence de la disponibilité en lits
- Mise en oeuvre d'une véritable gestion prévisionnelle des lits
- Mise en oeuvre d'actions de fluidification de l'aval
- Augmentation de la capacité d'accueil en lits d'hospitalisation conventionnelle
- Renfort des personnels en poste
- Sollicitation des établissements voisins

Figure 2 Formulaire de déclaration HET ORU Champagne-Ardenne

FOCUS
Professionnels de santé des sites d'urgence

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

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

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

4.1.2 Signalement par les directions d'établissements ou "Actions Traceuses d'HET"

Le signalement de la tension par les directeurs d'établissements est à classer dans la catégorie des actions ; pour autant elles constituent un témoin précoce indirect des situations de tension.
Ces actions témoins constituent des indicateurs d'alerte : "**Actions Traceuses d'HET"**
La FEDORU préconise d'utiliser ces signalements en généralisant la déclaration des "Évènements traceurs d'HET" par les établissements au niveau régional et national.
Nous proposons 7 regroupements d'actions traceuses, permettant de mesurer le niveau d'engagement de l'établissement dans la mise en place de ses actions d'adaptation au contexte d'HET.

Les 7 regroupements d'actions traceuses d'HET

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

Nous détaillons ces regroupements dans le chapitre « actions HET ».

FOCUS
Directeurs d'établissements de santé

Les directeurs d'établissements de santé répondent d'une double mission dans un contexte hôpital en tension :
- ils doivent préparer leur établissement aux situations d'HET
- ils sont responsables de la déclaration et de la conduite de l'action

La préparation de l'établissement est difficile car les actions proposées sont confrontées à des enjeux économiques et relationnels souvent complexes et exigent un investissement sur le terrain important.
En l'absence d'un véritable plan d'action, il faut craindre particulièrement les positions d'évitement qui consistent à attendre une amélioration spontanée de la situation et à remettre au lendemain déclaration, action précoce, réévaluation de la situation. Cette attitude, pourtant fréquente, entraîne un retard dans les décisions et ignore la mise en danger de certains patients.

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

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

4.1.3 Signalements à partir d'indicateurs automatisés

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

4.1.4 Signalement des situations épidémiques (InVS)

Le signalement des périodes épidémiques constitue une mission spécifique de l'InVS qui vaut signal d'alerte. La connaissance des situations d'épidémie par la cellule de veille de chaque établissement est un pré requis indispensable car les actions qui en découlent peuvent permettre d'anticiper les difficultés. Certains services de pédiatrie donnent un bon exemple d'action d'adaptation de leurs moyens lors des périodes de bronchiolite.

La connaissance de ces alertes est obtenue grâce à l'action de l'InVS et des CIRE en région ; la mise en place de systèmes automatiques de diffusion de l'alerte vers les établissements est un enjeu stratégique important. Certaines régions relaient déjà ces informations quotidiennes grâce aux espaces numériques régionaux de santé (ENRS) fréquentés par les professionnels de santé. On peut imaginer améliorer encore la diffusion de ces indicateurs :
- en les publiant sur les mêmes supports que les indicateurs spécifiques HET abordés dans un paragraphe suivant ;
- en diffusant une gradation du risque selon les thèmes ou regroupements syndromiques concernés : bronchiolite, grippe, asthme ;

FOCUS
Impact des épidémies sur les indicateurs de tension dans les SU pédiatriques :

Il est reconnu que les périodes épidémiques constituent un facteur important dans la survenue de situation de tension [DUGAS 2012, SILKA 2003]. Dans les SU pédiatriques de la région PACA, en définissant la charge épidémique comme la proportion cumulée de passages relatifs à la grippe, à la bronchiolite et aux gastro-entérites, un impact important des épidémies a été démontré.

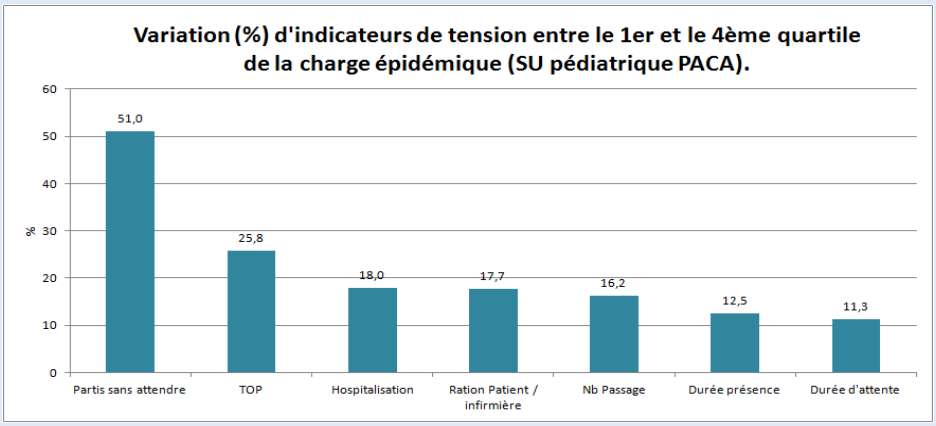


Figure 3 Source SU pédiatriques Impact des épidémies ORU PACA

Entre les périodes de faible charge épidémique (1er quartile) et de forte charge (4ème quartile), la proportion de patients partant sans attendre la consultation médicale (reflet de l'insatisfaction des patients et d'une dégradation de la qualité des soins) augmentait de 50%, le taux d'occupation ponctuel de 26%, le nombre d'hospitalisations de 18%, le ratio patient / infirmière de 18% et la durée d'attente de 11% (graphique).

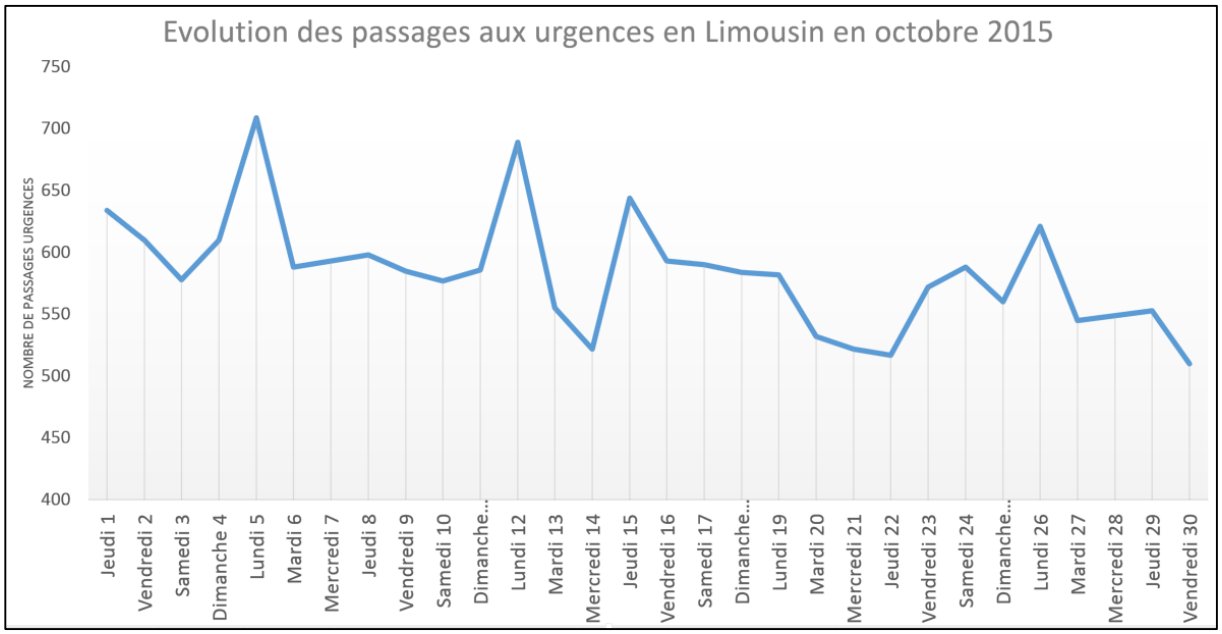
4.1.5 Signalement des alertes météorologiques

Les ARS diffusent aux établissements les alertes météorologiques afin que des actions d'anticipation puissent être organisées. Les épisodes de canicule peuvent notamment donner lieu à une élévation du taux d'hospitalisation qui nécessite une adaptation de la gestion prévisionnelle des lits.
Ces signaux méritent d'être diffusés vers les professionnels en charge de la veille dans chaque établissement au même titre que les éléments précédents.

4.2 Les tensions récurrentes ou périodes propices aux tensions

Il n'est pas toujours nécessaire de disposer d'une batterie d'indicateurs pour anticiper des problématiques de tension.
Il existe des situations où les difficultés sont prévisibles ; les mécanismes sont bien identifiés et démontrés par les données des urgences :

- période de ponts ;
- période de congés scolaires ;
- période de week-end et lundi ;
- grand rassemblement ;
- fermetures de lits (mono ou pluri établissements).



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

Le caractère saisonnier et récurrent des périodes d'affluence dans les services d'urgence peut permettre une prédiction des flux attendus et des besoins en hospitalisation et ainsi d'anticiper l'adaptation des effectifs soignants et des besoins en lits pour les urgences (6), (7), (8).
Lors de ces périodes, on veillera au moins à ne pas diminuer les effectifs présents et à garantir une veille efficiente et une implication de tous.

4.3 Les indicateurs de tension

Un indicateur est une mesure quantitative d'un évènement. Selon l'HAS, il s'agit d'un outil d'aide à la décision dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par l'aide à la décision qu'il apporte (9).
La sélection d'indicateurs de tension est une première étape à la construction et à la validation d'un outil objectif et automatisable de la tension dont la finalité est de mettre à disposition *« Une mesure quantitative de l'état de tension dans un SU permettant d'aider les professionnels des SU, des établissements et des tutelles dans le repérage, la prévision et la gestion des épisodes de tension »*.
La démarche de sélection des indicateurs par le groupe de travail de la FEDORU est basée sur :

- la recherche de consensus préexistant dans la bibliographie ;
- la définition des qualités attendues pour les indicateurs ;
- une revue des indicateurs potentiellement intéressants et de leurs caractéristiques ;
- un retour d'expérience des régions ;
- une étude nationale par méthode de consensus Delphi.

4.3.1 Un consensus international existe-t-il ?

La lecture des dernières publications sur la thématique de la tension (essentiellement, nord-américaines) révèle qu'aucun indicateur ne fait consensus (10). Une revue récente de la littérature rapportait 70 indicateurs différents (5). 7 scores composites ont été également proposés (11), (12), (13), (14), (15), (16), (17).
Cette absence de consensus relève de plusieurs causes :

- les objectifs dans la construction de ces indicateurs varient selon les études (étude d'impact de la tension, indicateur annuel de tension et de qualité des services d'urgence, comparaison du niveau de tension entre services, quantification en temps réel de la tension) ;

- la définition littéraire de la tension est consensuelle (inadéquation entre demande et moyen entraînant une altération de la qualité des soins (1), mais le Gold Standard à utiliser pour la validation de ces indicateurs n'est pas univoque (5) ;
- concernant les scores composites, la méthodologie de construction qui utilise un jeu de données dans un service donné (11) rend la validité externe du score médiocre lorsqu'il est utilisé dans un autre contexte (18), (19), (20) ;
- certains indicateurs proposés ne sont pas utilisables dans tous les pays ou ne sont pas adaptés au système de soins de premier recours.

Aucun outil de mesure objectif de la tension ne semble être transposable en France. Cette absence de consensus justifie notre démarche de sélection d'indicateurs adaptés au système de soins français et ayant du sens pour les professionnels.

4.3.2 Qualités attendues pour les indicateurs

Il s'agit de définir le ou les indicateurs qui permettraient de détecter mais aussi de suivre l'évolution d'une situation de tension. Cet enjeu important préoccupe l'ensemble des partenaires du monde des urgences (locaux et nationaux) et doivent être construits au niveau régional en organisant la mise en place opérationnelle et le suivi des indicateurs HET.

4.3.2.1 Les indicateurs retenus doivent au minimum :

- être disponibles en permanence et bénéficier d'une mise à jour automatique la plus fréquente possible sur le territoire d'utilisation (faisabilité) ;
- être, de l'avis des professionnels, un bon reflet de la tension (validité) ;
- être facilement utilisables par les professionnels en charge de leur veille opérationnelle (acceptabilité) ;
- refléter l'ensemble des catégories de tension (amont - urgence - aval).

4.3.2.2 Les indicateurs à éviter :

Il s'agit des indicateurs, pourtant intéressants en premier examen, pour lesquels on ne peut raisonnablement espérer une collecte fiable sans occasionner une charge excessive de travail. Deux exemples illustrent cette catégorie d'indicateurs :

- le décompte du nombre de brancards occupés reflète parfaitement la difficulté d'un service, mais cette information suppose une collecte manuelle, sauf à être relevée dans le format RPU (résumé de passage aux urgences) étendu ou de manière ponctuelle lors d'épisodes de tension. En l'attente, il est possible de s'appuyer sur la description du nombre de patients présents dans la structure en comparaison à l'antériorité ;
- le temps écoulé entre « fin théorique de la prise en charge aux urgences» et « admission dans les services d'aval » peut être analysé de la même façon. Il est pourtant évident que cette collecte tracerait avec précision les difficultés d'organisation avec les unités d'aval. L'examen du temps de passage pour les patients hospitalisés calculé à partir de l'heure d'admission dans le service d'aval représente un indicateur disponible dans le RPU et permet d'évaluer moins difficilement la même situation.

Ce propos illustre la difficulté pour définir une liste idéale d'indicateurs ; nous proposons en conséquence une analyse basée sur des retours d'expérience publiés en distinguant les travaux opérationnels de certaines régions françaises, les éléments de bibliographie et enfin une étude récente de la FEDORU (méthode Delphi).

4.3.3 Inventaire et caractéristiques des indicateurs

Nous proposons ici un inventaire le plus exhaustif possible des indicateurs potentiellement intéressants. Il s'agit d'indicateurs issus de la littérature et adaptables au système de soins français ainsi que des indicateurs proposés par le groupe de travail de la FEDORU.

Les indicateurs sont classés en 3 types :

- **indicateurs "amont"** : ils alertent sur une modification quantitative ou qualitative du recours aux soins non programmés ;
- **indicateurs "urgence"** : ils témoignent de l'intensité de l'activité aux urgences et de la surcharge du processus de prise en charge du patient ;
- **indicateurs "d'aval" :** ils évaluent les trois composantes influant sur les flux d'aval des services d'urgences :
    - la trajectoire des patients qui sont hospitalisés à l'issue de leur prise en charge aux urgences,
    - la disponibilité en lits des établissements de santé,
    - le flux des services de court séjour vers les établissements de SSR, le domicile, les structures ville-hôpital et les EHPAD.

Chaque indicateur est qualifié selon les critères suivants :

Identifiant FEDORU
Libellé
Type d'indicateur (Amont, Urgence, Aval)
Sources de données automatisées
Fréquence de recueil idéale
Complexité du recueil
Seuil définit selon l'antériorité
Indicateurs proches

La notion d'indicateurs proches permet de regrouper les items dont les définitions sont très proches et qui décrivent les mêmes contextes de tension.

Pour des raisons de lisibilité, les données sont présentées ici selon un classement par type d'indicateur (Amont, Urgence, Aval).
Les champs de description par indicateur sont réduits à l'essentiel pour des raisons de lisibilité ; l'inventaire complet est disponible sur le site internet de la FEDORU (fedoru.fr).

Tableau 1 INDICATEURS AMONT

Identifiant FEDORU	Libellé	Indicateurs proches
1.1	Nombre de DRM (Dossier de Régulation Médicale) SAMU par 24h	
1.2	Nombre de DRM ouverts à un instant donné	
1.3	Nombre de DRM avec orientation vers un service d'urgence à un instant donné	
1.4	Nombre de SMUR engagés à un instant donné	
1.5	Nombre de VSAV régulés à un instant donné	
1.6	Alerte InVS – Epidémie	
1.7	Nombre de consultations en médecine libérale	Nombre de patients adressés aux urgences par la médecine libérale, nombre de dossiers de régulation pour lesquels l'appelant est un médecin libéral.

Tableau 2 INDICATEURS URGENCES

Identifiant FEDORU	Libellé	Indicateurs proches
2.1	Nombre de patients par médecin des urgences à un instant donné	Nombre de patients par IDE des urgences à un instant donné
2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures	Nombre d'admissions de patients des urgences sur 7 jours.
2.3	Nombre de patients présents à un instant donné	. TOP (taux d'occupation ponctuel) . Nombre de patients de moins de 1 an
2.4	Nombre de patients présents de plus de 75 ans	
2.5	Nombre de patients présents depuis plus de 6h	
2.6	Nombre de patients en attente de lit, présent sur un brancard à un temps donné	
2.7	Nombre de patients en attente de prise en charge	
2.8	Nombre de patients en UHCD	
2.9	Nombre de patients en attente de biologie ou d'imagerie	
2.10	Nombre de patients selon le code gravité identifié au tri IOA	
2.11	Durée Moyenne de présence aux urgences	. Plus long temps de séjour parmi les patients présents aux urgences (en minutes) . Nombre de patients présents depuis plus de 24h

Identifiant FEDORU	Libellé	Indicateurs proches
2.12	Nombre de patients pris en charge par un médecin à un instant donné.	Délai écoulé depuis le dernier patient pris en charge par un médecin
2.13	NEDOCS (Conférer FOCUS Indicateur composite)	La charge d'occupation à 15h/capacité d'accueil du service des urgences (nombre de patients pouvant être installés simultanément dans le service en salle d'examen)
3.1	Nombre de patients en attente de prise en charge dans un lit d'hospitalisation à un instant donné	
3.2	Nombre de lits libérables	
3.3	Délai écoulé depuis la dernière admission en service de court séjour	
3.4	Durée moyenne de présence des patients en attente d'hospitalisation	Le temps d'attente moyen entre la décision d'admission et l'admission dans un service d'aval
3.5	Nombre de patients en attente de lit à un instant donné	
3.6	Nombre de transferts par défaut de lits sur les 3 derniers jours	
3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences	.Nombre d'hospitalisations depuis 3 jours
3.8	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences par unité d'aval	.Nombre d'hospitalisations dans le service (J-1 J-7)

Tableau 3 INDICATEURS AVAL

Identifiant FEDORU	Libellé	Indicateurs proches
4.1	Nombre de lits disponibles par service	
4.2	Nombre d'admissions avant 12h	Nombre de sorties des lits de MCO avant 12h
4.3	Nombre d'admissions à horaire tardif	
4.4	Nombre d'admissions programmées avec DMS cible	
4.5	Nombre de journées non pertinentes	.Nombre de séjours de plus de 10 jours et de plus de 30 jours .Détecter les séjours de plus de 30 jours hors réanimation
4.6	Nombre de patients déprogrammés	
4.7	DMS par service	
4.8	Nombre de médecins présents pour chaque unité un jour donné	
4.9	Pourcentage de lits d'aval fermés dans l'établissement par rapport au nombre de lits d'aval de l'établissement.	
4.10	Nombre d'admissions programmées selon les jours de la semaine	
5.1	Nombre de demandes de place en SSR en cours	Nombre de demandes de places en SSR avec date d'admission programmée dans les 7 jours.
5.2	Nombre de patients hospitalisés en attente de place en EHPAD à un instant donné	
5.3	Nombre de patients en soins critiques en attente place en MCO ou autre à un instant donné	

4.3.4 Comment choisir des indicateurs HET ?

4.3.4.1 Le retour d'expérience des régions françaises :

Les indicateurs opérationnels s'appuient le plus souvent sur le format RPU. Cette collecte est parfois réalisée à fréquence pluri quotidienne.
La mise en place d'une structure de type ORU (Recommandations pour la création d'un ORU - GT2 FEDORU - V1.1 03/2015) améliore la collecte des RPU.
La donnée "CCMU" n'est pas exploitable car sa qualité de saisie est très imparfaite.
Les données de lits disponibles par discipline (médecine, chirurgie,...) sont inventoriées par les serveurs régionaux de veille et d'alerte. Certaines régions procèdent à une collecte détaillée par unité de soins. Cette organisation permet une vision précise de la disponibilité en lits et en conséquence une utilisation opérationnelle de l'indicateur "lits disponibles".

FOCUS
Utilisation d'indicateurs composites Nord-Américains :

Un indicateur composite est un score calculé à partir d'indicateurs unitaires mesurés et pondérés par méthode statistique. Le tableau des indicateurs ne propose qu'un seul des indicateurs composites cités dans la littérature : le NEDOCS (https://www.nedocs.org/). Il est en effet le seul à être utilisé quotidiennement dans plusieurs établissements français. Pour autant sa performance dans un système de soins différent de son lieu de mise au point (8 établissements américains) est moindre.
De plus, certaines valeurs du score d'origine ne sont pas disponibles en routine dans nos services. Ainsi, le nombre de patients ventilés, utile au calcul du NEDOCS, est parfois remplacé par un score (CCMU, tri infirmier). Cette modification reste encore à valider et ne permet pas de conclure à un intérêt certain du NEDOCS en l'attente d'études complémentaires.

4.3.4.2 Étude de la FEDORU selon la méthode Delphi

Nous avons évoqué l'absence de consensus sur la problématique du choix des indicateurs. L'absence de réponse rationnelle sur une thématique donnée malgré de nombreux travaux de recherche justifie une approche par méthode de consensus. La sélection d'indicateurs de tension se place dans ce cadre et la méthode Delphi a déjà été utilisée au Canada (21) et en Angleterre où elle aboutit à la construction du score ICMED (22), (12).
Une des qualités attendue d'un outil de mesure de la tension est d'être interprétable (de faire sens) pour les professionnels. La FEDORU s'est donc engagée cette année sur la réalisation d'une étude nationale par méthode Delphi pour sélectionner les indicateurs les plus pertinents pour les urgentistes.
Sur les 56 indicateurs proposés aux 46 experts (Annexe 1), seuls 16 ont fait consensus. Parmi ces indicateurs, 5 sont strictement déductibles des RPU ce qui permettrait une utilisation nationale en routine.
Les résultats de cette étude (Tableau 4) permettent de cibler les indicateurs à inclure dans un score de tension et de prioriser les ajouts de nouveaux items dans les versions futures des RPU. Le tableau 5 rapporte les indicateurs consensuels et déductibles des RPU ainsi que la distribution des réponses. L'intégralité de l'étude sera prochainement consultable sur le site de la FEDORU.

Tableau 4 INDICATEURS CONSENSUELS DEDUCTIBLES DES RPU

Indicateurs	Standardisation	Médiane	%>7	%<4	1er quartile	3ème quartile
AMONT						
Nombre d'admission sur les 24 dernières heures	Nombre de passage annuel dans le SU	7,00	83,33	2,78	7,00	8,00
PROCESSUS						
Durée moyenne de présence aux urgences des patients présents		8,00	83,33	0,00	7,00	8,00
Nombre de patients présents de plus de 75 ans	Nombre de patients présents	8,00	80,56	2,78	7,00	8,00
Nombre de patients présents à un instant donné	Nombre de lit dans le SU	7,00	78,05	5,13	7,00	8,00
AVAL						
Nombre de transferts par manque de place sur les 3 derniers jours*		8,00	80,56	0,00	7,00	8,00
Durée moyenne de présence des patients en attente d'hospitalisation **		8,00	80,49	5,13	7,00	9,00
Nombre d'hospitalisation à partir des urgences sur les 3 derniers jours	Nombre de lits dans l'établissement	8,00	75,61	5,13	7,00	8,00

** Dans le RPU, le mode de sortie transfert est disponible mais pas le motif
** la durée de séjour des patients hospitalisés et sortis des urgences sur les dernières heures serait déductible des RPU

Tableau 5 INDICATEURS étude DELPHI FEDORU 2015

Identifiant FEDORU	Libellé
2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures
2.3	Nombre de patients présents à un instant donné
2.4	Nombre de patients présents de plus de 75 ans
2.11	Durée Moyenne de présence aux urgences
3.4	Durée moyenne de présence des patients en attente d'hospitalisation
3.6	Nombre de transferts par défaut de lits sur les 3 derniers jours
3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences

4.3.5 Les meilleurs indicateurs 2015 selon la FEDORU

Le groupe de travail de la FEDORU présente ici sa sélection d'indicateurs qui tient compte des éléments d'analyse précédemment détaillés.
Il ne s'agit pas pour le gestionnaire de la tension ou pour un établissement ou une région de retenir la totalité de ces indicateurs mais de faire un choix parmi les trois types d'indicateurs (amont, urgence, aval) selon leur disponibilité.

Le tableau 6 classe les indicateurs retenus selon les critères suivants :

- type d'indicateur (amont, urgences, aval) ;
- existence d'une source de données automatisée ;
    - RPU,
    - Serveur régional de veille et d'alerte,
    - Répertoire Opérationnel des Ressources ;
- outils de gestion administrative des établissements ;
- fréquence de recueil idéale ;
- complexité du recueil ;
- seuil défini selon l'antériorité.

Tableau 6 INDICATEURS RETENUS

Identifiant FEDORU	Libellé	Type d'indicateur (Amont, Urgence, Aval)	Sources de données automatisées	Fréquence de recueil idéale	Complexité du recueil	Seuil définit selon l'antériorité
2.2	Nombre de passages sur les 24 dernières heures	Urgence	RPU	Quotidien	Faible : Connecteur logiciel existant	Antériorité
2.3	Nombre de patients présents à un instant donné	Urgence	RPU	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Moyenne : Connecteur logiciel	Antériorité
2.4	Nombre de patients présents de plus de 75 ans	Urgence	RPU	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Moyenne : Connecteur logiciel	Antériorité
2.11	Durée Moyenne de présence aux urgences	Urgence	RPU	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Faible : Connecteur logiciel existant	Antériorité
3.6	Nombre de transferts par défaut de lits sur les 3 derniers jours	Urgence	RPU	Mesure quotidienne ou horaire en cas de période de tension.	Faible : Connecteur logiciel existant	Antériorité
3.7	Nombre d'hospitalisations à partir des urgences	Urgence	RPU	Quotidien	Faible : Connecteur logiciel existant	Antériorité
4.1	Nombre de lits disponibles par service	Aval	SI hospitalier (GAM)	Mesure ponctuelle à intervalle court (<10mn)	Elevée : Collecte manuelle Moyenne : Moyenne : connecteur logiciel	Antériorité

4.4 Le suivi des indicateurs

4.4.1 Interprétation des indicateurs

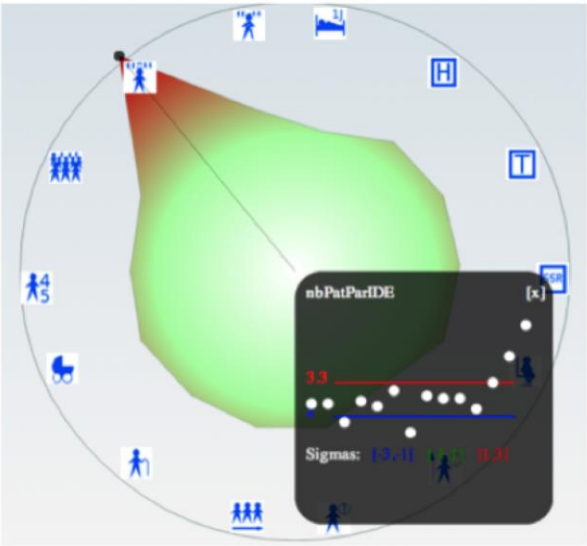
La définition des seuils d'alerte s'appuie sur la comparaison aux données antérieures. A terme, ces seuils doivent être confrontés aux résultats obtenus sur le terrain. A ce titre, la constitution de bases de données comparant les situations de tension déclarées et les indicateurs devrait permettre d'évaluer à posteriori la pertinence des indicateurs et des seuils retenus. Dès lors, nous pourrons envisager d'harmoniser les indicateurs et définir leurs seuils respectifs au niveau national (recommandation de la circulaire du DHOS/CGR/2006/401 du 14/09/ 2006). Pour autant, les techniques de calculs de seuil utilisées actuellement ne permettent pas d'éviter les faux négatifs.

4.4.1.1 Méthode de définition des seuils.

Définition consensuelle des seuils
Comme cela a été proposé en Angleterre à travers le score ICMED, il est possible de définir pour les indicateurs proposés par la FEDORU, un seuil de tension par consensus. A titre d'exemples :

- pour le Taux d'Occupation Ponctuel (Nombre de patient présent / nombre de lit dans le SU) : un SU est en tension lorsque le TOP est supérieur à 1,2 ;
- pour la durée de présence : Un service est en tension lorsque plus de 10% des patients sont présents depuis plus de 4 heures ;
- pour les transferts par manque de place : un service est en tension lorsque 2 patients sont transférés par manque de place sur une période de 6h.

Une approche par série chronologique (historique des données)
Comme dans le cadre des systèmes de veille épidémiologique, l'utilisation des méthodes d'analyse des séries chronologiques, peut-être envisagée pour créer des alertes de tension. Simple à mettre en place, les seuils sont définis par établissement. Une limite attribuée à cette approche est qu'un service « historiquement en tension », ne sera pas repéré comme tel (sauf si la situation se dégrade encore). L'évaluation des performances du système comme le choix de la méthode statistique la plus performante nécessite un référentiel. Les illustrations suivantes illustrent cette démarche actuellement utilisée dans plusieurs régions.



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

Figure 4 Exemple d'alerte selon des seuils automatiques - région PACA

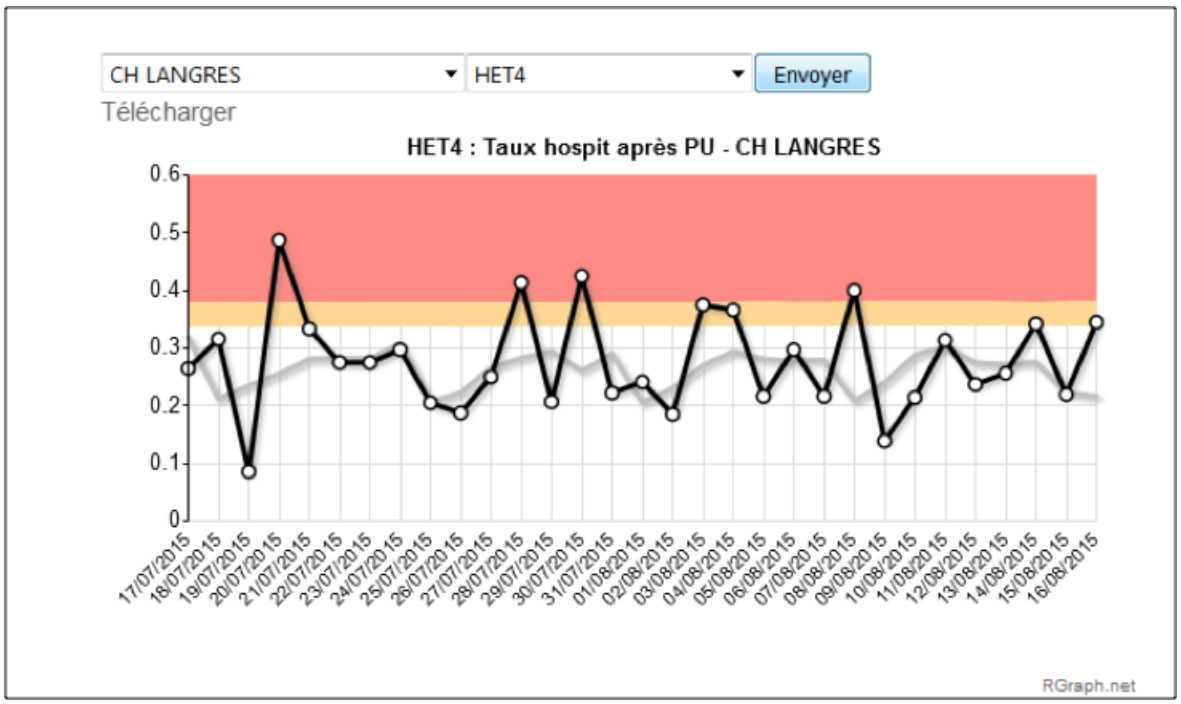


Figure 5 Exemple d'alerte selon des seuils automatiques - Région Champagne-Ardenne

Une approche par modélisation d'un jeu de données : Il s'agit de la méthode la plus souvent employée pour la construction des scores publiés. Elle nécessite la définition d'un Gold standard de la tension. Dans cette approche un seuil unique pour l'ensemble des services est à définir et nécessite une standardisation des indicateurs d'effectif sur les capacités du service (par exemple : nombre de patients présents > taux d'occupation ponctuel (patients présents / nombre de lits dans le service).

Au total, plusieurs méthodes sont applicables pour déterminer des seuils d'alerte "HET" sans qu'aucune ne fasse consensus actuellement et ne permette en conséquence d'imaginer des déclenchements automatiques d'alarme "HET".

4.4.2 Perspectives et enjeux

Nous proposons 5 axes de travail complémentaires propres à faire évoluer la qualité, la pertinence et la bonne diffusion des indicateurs de tension.

4.4.2.1 Faire évoluer le RPU et améliorer sa performance "HET"

L'amélioration de la capacité à collecter les indicateurs de tension est un enjeu majeur pour notre sujet.

Format RPU étendu

La piste la plus intéressante est sans doute l'amélioration des performances des RPU pour l'évaluation de la tension. Cette piste est déjà explorée par certaines régions qui utilisent un format dit étendu. Ce format ajoute des indicateurs et augmente la fréquence de recueil des RPU pour approcher l'évaluation au plus près de la réalité de terrain.

Les retours opérationnels de ces démarches montrent un ressenti très positif mais doivent encore être évalués.

Exhaustivité des données et financement

L'exhaustivité des données collectées représente un autre défit ; l'inclusion de l'évaluation de l'exhaustivité et de la qualité des RPU collectés par un établissement dans les critères de rétribution de l'activité est une piste pragmatique que le groupe FEDORU soutient.

4.4.2.2 Collecter et afficher au plan régional les lits disponibles automatiquement par unité au fil de l'eau

La collecte des données de lits disponibles est un autre enjeu fort. Le recueil pourrait être amélioré grâce à l'implication de gestionnaires de lits et par la mise à jour des disponibilités des lits et des patients bloquants au fil de l'eau.
Ces flux au fil de l'eau mériteraient d'être rendus obligatoires au même titre que les RPU. Les données peuvent être obtenues à partir des outils de gestion administrative des patients. Les connecteurs informatiques nécessaires représentent une faible complexité technique.
La généralisation de cette collecte serait d'autant plus aisée que le nombre d'éditeurs concernés est limité et que les régions sont organisées pour les RPU autour de "concentrateurs régionaux". Le mode opératoire de la collecte des RPU prévu par l'arrêté du 24 juillet 2013 [2]pourrait en conséquence être étendu à ces données.
La description d'un format de collecte est un préalable nécessaire et donnera lieu à une proposition de la FEDORU à court terme.

4.4.2.3 Exploiter les données SAMU - Tester et mettre en place un résumé de régulation SAMU.

L'exploitation des données SAMU est prometteuse tant sur l'angle HET que sur celui de la veille épidémiologique par l'InVS. La mise en place de transmission des données spécifiques des SAMU vers les concentrateurs régionaux, à l'image des RPU, est une cible déjà affirmée et mise en place opérationnellement dans plusieurs régions. Les SAMU-Centre 15 pourront alors être des acteurs précieux dans les processus de détection et de régulation des situations de tension.
Le projet de SI SAMU National constitue une opportunité forte de réussir ce projet qui doit prévoir une phase de pré-test sur une région pour valider le format proposé.
Les travaux des différents partenaires ont déjà commencés selon deux axes :

- un format de données et de transmission est en cours d'élaboration par SUDF et la FEDORU ;
- une évaluation de l'intérêt des données SAMU pour la veille sanitaire est en cours par la CIRE SUD (InVS) sur la base des données collectées en région PACA.

4.4.2.4 Promouvoir le recueil des indicateurs "Évènements traceurs d'HET"

Ces indicateurs particuliers basés sur la détection des actions mises en place dans les établissements pourraient donner lieu à un recueil régional à l'image des RPU et des lits disponibles.
Ils constituent une opportunité forte pour les régions ne disposant pas encore d'indicateurs d'activité ou de disponibilité exploitables au fil de l'eau. Ils sont par ailleurs faciles à recueillir pour les régions disposant déjà d'un plan HET régional.
Nous verrons plus loin que la FEDORU propose un outil web gratuit qui permet de mettre rapidement cette démarche en place.

4.4.2.5 Promouvoir la diffusion des indicateurs de manière transparente entre les acteurs (locaux, régionaux, nationaux)

La publication d'indicateurs communs, partagés entre les établissements et les professionnels d'une même région, participe à promouvoir la prise en compte des situations de tension. L'expérience de plusieurs régions révèle l'action de stimulation provoquée par une telle transparence. Au-delà des établissements, les ARS bénéficient alors d'une vision globale indispensable à la réalisation de leur mission de coordination et de pilotage.

[2] INSTRUCTION N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 relative aux résumés de passage aux urgences

La remontée d'indicateurs au niveau national par les ARS est organisée par la Direction Générale de la Santé (DGS) et traitée par le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS). Cette remontée des évènements de tension est réalisée grâce au système d'information sanitaire des alertes et crises (SISAC)[3]. Elle est alors effectuée de manière hebdomadaire par le bulletin des activités et des capacités hospitalières (BACH - Figure 6). Les modalités de cette collecte peuvent être adaptées selon les situations sanitaires.[4] La collecte régionale pourrait être améliorée au plan qualitatif et quantitatif par le recueil direct des "Actions traceuses d'HET" auprès des établissements disposant d'un service d'urgence.

A- Suivi de l'offre de soins

1. Suivi des établissements de santé en tension et déclenchement de plan(s)

1.1. Etablissement(s) de santé en tension

Liste des établissements	Département	Date de début de mise en œuvre du dispositif « hôpital en tension » (exemple : 25-01-2010)
Etat du dispositif * (*Renseigner « Maintenu » ou « Levé »)	Rappel de personnel** (**Renseigner « Oui » ou « Non »)	
Déprogrammation d'activité** (**Renseigner « Oui » ou « Non »)	Réouverture de lit(s)** (**Renseigner « Oui » ou « Non »)	

Figure 6 Source Logiciel SISAC

4.4.2.6 Construire un outil de mesure objectif et automatique des situations de tension.

Comme pour la sélection des indicateurs les qualités attendues pour l'outil de mesure final sont les suivantes :

- Automatisable.
- Possibilité de recueil en temps réel.
- Information donnée par l'indicateur sur les causes de la tension (amont -processus - aval).
- Acceptable et interprétable pour les professionnels.
- Généralisable au niveau national

Certaines régions travaillent actuellement pour évaluer la performance des indicateurs proposés par la FEDORU en choisissant comme référentiel les épisodes de tension déclarées par les chefs d'établissements. Les résultats des travaux sont prometteurs et pourront être publiés dans quelques mois.

[3] INSTRUCTION N°DGS/CORRUSS/2012/432 du 21 décembre 2012 relative au signalement par les ARS d'événements sanitaires au niveau national dans le cadre du déploiement du système d'information sanitaire des alertes et crises dénommé SISAC

4.5 Organiser la veille

4.5.1 Veille par l'établissement

La circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé, des Plans Blancs élargis et son annexe prévoit la mise en place d'une cellule de veille dans chaque établissement.
Cette notion mérite d'être précisée du fait des retours de terrain. En effet, 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.
Nous proposons que cette analyse donne lieu à un rapport écrit diffusé vers l'établissement et la région (réseau des urgences, ARS, fédérations, …). Cette organisation permettrait de garantir un suivi de l'implication de chaque structure pour la prise en charge des problématiques de tension hospitalière.

FOCUS
Cellule de veille

La cellule de veille est composée au minimum de 3 personnes
- Directeur ou directeur de garde
- Directeur des soins ou cadre de santé d'astreinte
- Médecin de l'établissement

Elle peut être adossée à la cellule gestionnaire de lits dans les établissements.
La cellule de veille doit se réunir 365 jours par an. A minima, un contact journalier direction et/ou cadre – urgentiste doit être formalisé.
Un planning mensuel à triple colonnes « cellule de veille HET » doit être établi et diffusé.
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. En attendant l'éventuelle mise à disposition d'indicateurs nationaux, des indicateurs locaux peuvent être utilisés en favorisant ceux à extraction automatique, explorant les urgences mais aussi l'aval des urgences (type disponibilité de lits).
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 d'HET.

4.5.2 Veille au niveau régional

Les ARS, garantes de l'organisation de la prise en charge des urgences, ont à ce titre un rôle à jouer dans la surveillance et la gestion des situations de tensions hospitalières et doivent donc assurer une veille des indicateurs ; cette dernière doit bénéficier d'une organisation formalisée et permanente au sein de chaque ARS lui permettant de solliciter chaque établissement en cas de besoin.
Une région organise cette veille avec le concours des médecins urgentistes qui assurent tour à tour une veille régionale des indicateurs. Cette veille est réalisée chaque jour, y compris les week-ends et jours fériés. Elle est prise en compte dans le schéma régional de la permanence des soins en établissement de santé. Un compte-rendu à destination de l'ARS et des établissements de santé concernés est produit quotidiennement.
Cette démarche est en cours d'évaluation mais elle participe grandement à la multiplication des déclarations de tensions par les établissements et à la mise en place d'actions HET déclenchées précocement.
Ce retour d'expérience permet à la FEDORU de recommander la mise en place d'une organisation régionale de la veille et du suivi des épisodes de tensions hospitalières.

4.5.3 Veille au niveau national

Nous avons vu précédemment que le CORRUSS disposait d'un outil de remontée des informations concernant les épisodes de tension. Les pistes d'amélioration de la qualité du signal pourraient être étudiées.
Par ailleurs, il faut rappeler ici que l'InVS assure une veille quotidienne des indicateurs épidémiques à partir des données RPU nationales et produit des comptes rendus nationaux et régionaux hebdomadaires.

5 Actions "Hôpital en Tension"

5.1 Actions HET : données de la littérature

Les actions à mener pour diminuer et gérer les épisodes de tension ont fait l'objet de recommandations des sociétés savantes aux USA en 2008 (23) au Canada en 2013 (24) et au Royaume-Unis en 2014 (25). En France, le rapport du Pr Carli formalise des mesures à prendre pour fluidifier l'aval des urgences (26). Deux revues ont été publiées sur le sujet (27), (28). Si de nombreuses actions ont été proposées, les études, méthodologiquement fiables, évaluant leur impact sont peu nombreuses (27).

Dans les différentes recommandations, les actions sont classifiées selon la cause de la tension. Les recommandations américaines classent les actions selon qu'elles se situent au niveau des urgences ou au niveau de l'établissement. Cela souligne la nécessité de disposer d'un outil de mesure de la tension informatif quant à la cause de celle-ci pour relier quantification de la tension et actions.

Les actions suivantes ont été étudiées dans la littérature :

Les actions visant à diminuer le flux entrant concernent :

- l'organisation globale du système de premier recours (implantation de maisons médicales attenantes aux SU, présence de médecins généralistes au sein des SU (29) ;
- l'éducation des patients ;
- la dissuasion de consultations à travers la tarification des consultations dans les SU (27) ;
- l'organisation de filières spécifiques, alternatives aux SU, notamment gériatrique a été proposée (30) ;
- la prévision des afflux saisonniers, notamment en rapport avec les épidémies (31), (32), à travers une prédiction des admissions et des besoins en lits d'aval (6), (7), (8) ;

Les actions visant à améliorer le processus de prise en charge au sein des urgences :

- la mise en place de filières spécifiques comme les circuits courts (33) ;
- les filières gériatriques (30) et psychiatriques (34) ;
- l'anticipation, à l'accueil, des examens d'imagerie ou de biologie et la facilitation de l'accès aux plateaux techniques délocalisés (Point Of Care) (35) ;
- l'utilisation d'une échelle de tri validée (36) ;
- l'utilisation, en situation de tension, d'un triage sélectif excluant les patients manifestement non graves (23) ;
- le positionnement d'un médecin à l'accueil (37) ;
- l'enregistrement administratif après positionnement du patient dans le SU (23), (33). ;
- l'existence d'un leadership fort dans les SU et l'utilisation de techniques de gestion des processus comme le «LEAN» (24), (38) ;
- l'adaptation des effectifs soignants au niveau d'activité.

Les actions visant à diminuer la saturation de l'aval des urgences :
La surcharge de l'aval des urgences est reconnue comme un facteur majeur dans la génération de la tension, d'une tension systémique et durable dans les diverses recommandations internationales. L'importance de la mise en place d'un protocole d'action de libération des lits en cas de tension est souvent mise en avant (24) comme la nécessité d'une prise de conscience de tous les acteurs du danger des épisodes de tension (23). Le rapport du Pr Carli (26) est spécifiquement dédié à cette problématique de fluidification de l'aval des urgences.

5.2 Actions HET : propositions de la FEDORU

Nous proposons ici une classification des actions permettant de résoudre les situations de tension qui est largement inspirée des publications précédemment citées mais aussi des constats de terrain faits par l'équipe de rédaction du document.

Nous différencions les "actions hôpital en tension" de réaction (curatives) et celles de prévention (anticipation). Nous verrons que certaines de ces actions ont un intérêt mixte car elles peuvent être mises en place à titre préventif comme curatif.
Nous proposons également de qualifier les actions inventoriées en fonction des résultats attendus et des catégories de tension définies précédemment.

L'inventaire proposé ici, présente les différentes actions selon le schéma d'analyse identique suivant :

- numéro de référence ;
- objectif de l'action ;
- libellé et description de l'action ;
- catégories de tension concernées ;
- phase de tension concernée (prévention / réaction).

5.2.1 Les objectifs d'une action

Numéro FEDORU	Objectifs des actions
1	Veiller les indicateurs et les alertes
2	Organiser
3	Former
4	Communiquer / informer
5	Piloter
6	Déclencher la tension solidaire
7	Évaluer / Restituer
8	Contrôler l'affluence
9	Réorienter les patients ambulatoires vers d'autres modes de prise en charge.
10	Repérer les lits disponibles plus facilement
11	Améliorer l'accès aux lits d'hospitalisation
12	Adapter les moyens à la demande

5.2.2 Les phases de tension

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

- phase prévention au quotidien ou comment préparer son établissement ;
- phase réactive précoce ou comment agir vite pour limiter l'impact ;
- phase réactive intermédiaire ;
- phase réactive pré plan blanc.

Les deux premières phases sont de la plus haute importance bien qu'elles soient les plus négligées en pratique.
La notion de "pré plan blanc" correspond strictement aux recommandations de la Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006, relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé, des Plans Blancs élargis et son annexe qui porte l'idée d'intervenir précocement et d'éviter le déclenchement intempestif des plans blancs qui sont "….normalement réservé à un événement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées….".

Les discussions du groupe de rédaction à ce sujet confirment l'idée d'un lien fort entre plan HET et plan blanc et proposent une simplification basée sur les principes suivants :

- Plan HET et plan blanc sont deux plans d'urgence
- Le plan blanc peut être déclenché directement du fait d'un évènement extérieur provoquant un afflux de patients mais il peut aussi succéder aux différentes phases d'un plan HET en situation de débordement.

La DGS (Direction générale de la santé) anime actuellement des groupes de travail visant à proposer une révision de la circulaire de 2006 et pourrait à cette occasion arbitrer les dénominations et liens entre ces différentes phases et confirmer la cinétique HET/Plan blanc.

5.2.3 Inventaire des actions HET en établissement

Nous proposons ici un catalogue des actions communément recommandées en cas de situation d'HET.
Le classement des actions est organisé en plusieurs tableaux selon les objectifs des actions présentées. Chaque action est numérotée et classée selon le type et la phase de tension concernée.
Ces tableaux sont disponibles et mis à jour sur le site de la FEDORU.

Tableau 7 ACTIONS HET DES ETABLISSEMENTS DE SANTE CLASSEES SELON LES OBJECTIFS DE L'ACTION

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
VEILLER LES INDICATEURS ET LES ALERTES					
Identification des indicateurs de tension	ES 1.1	x	x	x	Description des indicateurs HET identifiés
Mise en place d'une veille quotidienne des indicateurs de l'établissement	ES 1.2	x	x	x	Cette veille quotidienne peut être mise en œuvre sous la forme d'un point téléphonique de quelques minutes entre urgentiste et administrateur de garde. Elle devrait être idéalement complétée par un rapport écrit succinct diffusé en interne et vers la région
ORGANISER L'ETABLISSEMENT					
Rédaction d'un plan hôpital en tension	ES 2.1	x	x	x	Mise en œuvre de la rédaction d'un plan hôpital en tension
Prévision des modalités de communication au sein de l'établissement	ES 2.2	x	x	x	Prévision des modalités de communication interne dans l'établissement des alertes (situation anormale), saturation et tension
Prévision d'une cellule de crise et de ses modalités de fonctionnement	ES 2.3	x	x	x	Description des membres de la cellule de crise et de son fonctionnement
Prévision d'une validation du plan HET par les instances de l'établissement	ES 2.4	x	x	x	Description des modalités de validation du plan HET par les instances de l'établissement
Création d'une commission des admissions et des consultations non programmées	ES 2.5	x	x	x	Création d'une commission des admissions et des consultations non programmées
Proposition de formation ou d'un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs	ES 2.6	x	x	x	Les directeurs représentent la pierre angulaire du dispositif hôpital en tension, ils disposent du pouvoir décisionnel de la mise en œuvre des actions. Une action de sensibilisation qui pourrait être portée au niveau régional paraît indispensable.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Information et formation du personnel de l'établissement au plan HET	ES 2.7	x	x	x	Décrit les modalités d'information et de formation du personnel de l'établissement au plan HET
DECLARER / COMMUNIQUER					
Information du Centre 15 des épisodes de tension	ES 4.1	x	x	x	Information du Centre 15 des épisodes de tension
Déclaration des situations de tension et de leur suivi à l'ARS	ES 4.2	x	x	x	Déclaration des situations de tension et de leur suivi à l'ARS
Information des services d'aval	ES 4.3	x	x	x	Mise en place et modalités d'information des services d'aval
Information de la levée du dispositif Hôpital en tension	ES 4.4	x	x	x	décrit les modalités d'information de levée du dispositif HET
CONTROLER L'AFFLUENCE					
Information des médecins libéraux des épisodes de tension	ES 8.1	X	X		Décrit les modalités d'information (SMS, messagerie) des médecins libéraux des épisodes de tension. Les médecins libéraux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension.
Information des transporteurs sanitaires des épisodes de tension	ES 8.2	X	X		Décrit les modalités d'information (SMS, messagerie) des transporteurs sanitaires des épisodes de tension. Les transporteurs sanitaires sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension en sollicitant le Centre 15 avant tout transfert vers les services d'urgences en difficultés.
Information des EHPAD des épisodes de tension	ES 8.3	X	X		Décrit les modalités d'information des EHPAD des épisodes de tension. Les EHPAD sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Ils sollicitent systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension	ES 8.4	x	x		Décrit les modalités d'information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension. Les hôpitaux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Ils sollicitent systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.
Information des patients en salle d'attente des épisodes de tension	ES 8.5		x	x	Décrit les modalités d'information des patients en salle d'attente des épisodes de tension. Les patients en attente constatent souvent d'eux-mêmes les situations de tension. Il convient de les informer afin qu'ils puissent opter quand cela est possible pour différer la prise en charge. Certains services affichent le délai d'attente moyen en salle d'attente
Mise en place d'un renfort d'effectif sur le tri à l'admission aux urgences	ES 8.6		x	x	Décrit les modalités de mise en place d'un renfort d'effectif sur le tri. Il peut s'agir de renfort infirmier, médical et/ou administratif en complément de l'IOA (recommandation professionnelle). Cette mesure permet notamment d'informer efficacement les personnes en situation d'attente, de diminuer le temps d'attente avec le premier contact soignant ou médical, de détecter les prises en charge pouvant être réorientées
REORIENTER LES PATIENTS AMBULATOIRES VERS D'AUTRES MODES DE PRISE EN CHARGE					
Planification des rendez-vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée, et ainsi éviter le passage aux urgences	ES 9.1	x	x		Décrit les modalités de planification des rendez-vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée. Des plages de rendez-vous précoces de médecine générale voire de spécialité sont organisées et réservées afin de permettre une prise en charge minimale aux urgences avec nouvelle convocation précoce vers un autre circuit. Cette solution est difficile à mettre en place mais elle fonctionne bien pour épargner les équipes en période de PDS.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Réorientation de certains patients vers la médecine libérale	ES 9.2	x	x	x	Décrit les modalités de réorientation de certains patients vers la médecine libérale. Il existe une organisation permettant d'orienter (Centre 15) ou de réorienter (SU) les patients vers une prise en charge libérale, notamment en période de PDSA.
Mise en place d'une consultation non programmée de médecine générale hors PDSA.	ES 9.3		x		Décrit les modalités de mise en place d'une consultation non programmée de médecine générale hors période de PDSA. La création d'une consultation de médecine générale (hors PDSA) au sein de l'établissement ou dans une structure extérieure (Maison Médicale de Garde...) permet de réorienter certains patients.
REPERER LES LITS DISPONIBLES PLUS FACILEMENT					
Inventaire des lits disponibles en hospitalisation conventionnelle	ES 10.1	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits disponibles en hospitalisation conventionnelle et leur mise en place. Décompte par inspection sur le terrain des lits par un membre de la direction
Inventaire des lits disponibles en Réanimation, SI et SC	ES 10.2	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits disponibles en Réanimation, SI et SC et leur mise en place. Décompte par inspection sur le terrain des lits par un membre de la direction.
Inventaire des lits en maternité	ES 10.3	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits en maternité et leur mise en place. Décompte par inspection sur le terrain des lits par un membre de la direction.
Inventaire des lits en pédiatrie	ES 10.4	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits en pédiatrie et leur mise en place. Décompte par inspection sur le terrain des lits par un membre de la direction.
Inventaire des lits en EHPAD	ES 10.5	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits en EHPAD et d'admission temporaire sur un lit laissé libre par un patient hospitalisé et leur mise en place.
Inventaire des lits en HAD	ES 10.6	x			Décrit les modalités d'inventaire des lits en HAD et leur mise en place. il existe une organisation permettant d'activer rapidement une HAD pour un patient du SU.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Mise en place d'une organisation assurant notamment la gestion des lits d'hospitalisation programmée et non programmée (réservation, inventaire, ….)	ES 10.7	x			Décrit l'organisation de la gestion des lits d'hospitalisation. Fonction présente 7j/7j - Mise en œuvre d'une centrale de réservation - Mise en place d'un gestionnaire des lits.
Mise en place d'un relevé pluriquotidien physique des lits	ES 10.8	x			Ce relevé intègre les informations de gestion prospective des jours suivant (programmation, perspectives de sortie, attente d'aval...), en l'absence d'une organisation spécifique. Cette action consiste à mettre en place une fonction gestionnaire de lit en période de tension. Elle permet de disposer des indicateurs fiables de disponibilité des lits, de mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre et de déclencher d'autres actions selon le constat effectué.
Organisation de la recherche des lits d'hospitalisation par des ressources de l'établissement (hors urgence, en l'absence d'une organisation spécifique)	ES 10.9	x			Décrit les modalités d'organisation de recherche de lits d'hospitalisation. Cette organisation est en place systématiquement en cas de tension et idéalement quotidiennement.
AMELIORER L'ACCES AUX LITS D'HOSPITALISATION					
Création de lits UHCD (dans les SU n'en disposant pas)	ES 11.1	x			Le but de ces services est de désengorger le service des urgences des patients en attente d'un lit dans l'hôpital et des patients nécessitant une surveillance dans le cadre d'une hospitalisation inférieure ou égale à 24h.
Sorties et d'admissions matinales favorisées	ES 11.2	x			Il s'agit d'admettre précocement les patients car l'expérience montre qu'une part importante des tensions se résolvent paradoxalement en fin de soirée, témoignant d'un défaut d'organisation et d'adaptation aux besoins.
Création de lits d'hospitalisation dédiés aux hospitalisations non-programmées : court séjours	ES 11.3	x			Créer des unités de post urgence à DMS cible courte (72h)
Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	ES 11.4	x			Organiser des « salons de sortie » dans les unités de soins. Il s'agit d'une zone (une salle d'attente, une zone de couloir...) aménagée pour accueillir des patients en attente de sortie. Ce dispositif doit permettre de libérer plus précocement les lits d'hospitalisation et les rendre ainsi disponibles pour les patients en attente aux urgences. (cf. Guide ANAP Sur la gestion des lits), Il peut n'être mis en place qu'en phase de tension pour accélérer la disponibilité en lit.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Dans chaque unité de soins est dédié un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées provenant des urgences	ES 11.5	x			Des lits d'hospitalisation sont planifiés quotidiennement dans les services au profit des urgences ; admissions planifiées selon l'heure de la journée. Ces lits ne peuvent pas être utilisés pour accueillir un patient programmé. Programmer le non programmé
Organisation de la logistique de remise en état accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	ES 11.6	x			Mise en place d'une organisation spécifique, centralisée permettant la préparation des chambres après sortie. Les organisations actuelles s'appuient souvent sur des équipes de chaque service avec parfois une implication du personnel soignant dans ces tâches.
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits d'hospitalisation conventionnelle	ES 11.7	x			Décrit les modalités de mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en hospitalisation conventionnelle
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en Réanimation, SC et SI	ES 11.8	x			Modalités de mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en Réanimation, SC et SI
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en maternité	ES 11.9	x			Modalités de mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en maternité
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en pédiatrie	ES 11.10	x			Modalités de mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en pédiatrie
Transformation d'un secteur d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète	ES 11.11	x			Décrit les modalités de transformation d'un secteur d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète.
Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.	ES 11.12	x			Décrit les modalités d'admission dans chaque service, d'un ou plusieurs patients au-delà du nombre de lits usuels en utilisant si besoin brancard et couloir, et à effectif constant.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Ouverture de lits supplémentaires ou d'unités supplémentaires	ES 11.13	x			Décrit les modalités de réouverture d'un secteur ou de lits fermés et leur mise en œuvre opérationnelle.
Régulation de la programmation	ES 11.14	x			Décrit la mise en œuvre de régulation quotidienne de la programmation et en dehors de la période de tension.
Organisation d'une déprogrammation des admissions en cas de plan HET	ES 11.15	x			Organiser un plan de déprogrammation graduel pour libérer des places pour les admissions non programmées. Recenser avec précision les déprogrammations, afin de permettre après la crise, un plan de programmation gradué dans les délais les plus brefs,
Mobilisation des ES MCO de proximité	ES 11.16	x			Solliciter l'appui des établissements voisins
Mobilisation des ES SSR de proximité	ES 11.17	x			Solliciter l'appui des établissements voisins
Mise en place d'une analyse des séjours longs	ES 11.18	x			La recherche des causes des séjours longs est systématique et permet d'accentuer leur détection précoce en définissant le profil du patient à haut potentiel de séjour long.
Détection des journées d'hospitalisation inutiles	ES 11.19	x	x		Lorsqu'un lit est occupé par un patient sans que la journée soit nécessaire à sa prise en charge (par exemple, attente d'un examen n'influant pas sur la stratégie de prise en charge ou sur la décision de sortie, attente d'un lit d'aval alors que la prise en charge est terminée.
Planification du séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	ES 11.20	x			Planifier le séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée
Limitation des admissions programmées les lendemains de week-end ou fériés et vendredi, samedi.	ES 11.21	x			Les lendemains de week-end : Augmentation des hospitalisations via les urgences Les vendredi samedi : blocage des lits alors qu'aucun examen ne sera fait.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Relevé de la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	ES 11.22	x			Ce relevé est systématique ou limité à la période de tension. Il permet de définir une « Durée Prévisionnelle de Séjour » et d'anticiper sur les périodes à risques (jour avec peu de sorties).
Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	ES 11.23	x			Cette action suppose que la date prévisionnelle de sorte soit connue. Ce relevé est une action importante de la phase réactive précoce.
Détection des patients présentant une forte probabilité de difficultés de sortie du fait de raison non médicales (patients "bloquants").	ES 11.24	x			Il s'agit d'identifier notamment les difficultés de retour à domicile et d'envisager précocement les solutions possibles.
Détection des sorties d'hospitalisation retardée du fait de l'absence de solution de sortie.	ES 11.25	x			Détecter les séjours de plus de 30 jours hors réanimation.
Détection des sorties d'hospitalisations retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.	ES 11.26	x			Détecter les sorties d'hospitalisations retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.
Identification des patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.27	x			Identifier les patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)
Identification des patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.28	x			Identifier les patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Identification des services d'hospitalisation de 1° et 2° intention pour chaque diagnostic du thésaurus des urgences en associant des règles d'hébergement.	ES 11.29	x			Pour chaque diagnostic motivant une hospitalisation, l'établissement définit les services d'hospitalisation de 1° et 2° intention. Une règle précise l'obligation d'admission selon la situation de tension.
Hébergement des patients dans des services non conformes à la pathologie.	ES 11.30	x			Il s'agit d'organiser de manière temporaire la modification de "spécialisation de lits (SC en Réa, Adulte en pédiatrie, Adulte en maternité, chirurgie en médecine …) (patients hébergés).
Lissage des taux d'hospitalisation de chaque service de l'établissement (part de l'admission par les urgences)	ES 11.31	x			Il s'agit de garantir une transparence qui permette d'obtenir un équilibre dans la contribution des différents services d'aval à la problématique de l'hospitalisation via le service d'urgence.
Les patients de réanimation pouvant être orientés précocement vers des lits de surveillance continue et de MCO.	ES 11.32	x			Activer la sortie des patients sur lits libérables (sortie précoce possible sous réserve de précaution de suivi) vers surveillances continues et MCO.
Déprogrammation des admissions prévues en services de soins critiques (Sortie de bloc)	ES 11.33	X			Des activités chirurgicales ou d'exploration justifie d'une réservation de place en lits de soins critiques aux fins d'anticiper les complications éventuelles ou de garantir une surveillance lourde post interventionnelle. Ces programmations peuvent être reportées pour permettre de libérer des lits de soins critiques.
Préservation des lits de soins critiques les plus techniques	ES 11.34	x			Préserver les lits les plus techniques (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie cardiaque, Trauma sévère, Activité de transplantation)

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
ADAPTER LES MOYENS A LA DEMANDE					
Mise en place de la cellule de crise de l'établissement	ES 12.1	x	x	x	Mettre en place la cellule de crise de l'établissement et décrire sa composition
Transmission aux SU de la liste des patients adressés par le Centre 15	ES 12.2		x		Le SU dispose en temps réel de la liste des patients qui lui sont adressés par le SAMU-centre 15. Il peut anticiper la gestion des flux et déclencher des actions précocement.
Renforcement du personnel des services d'aval	ES 12.3	x	x	x	Cette action doit être engagée précocement car elle permet de mettre en place les actions ciblant les unités de soins. Cette priorité vaut comme un rappel fort que les problématiques de tensions hospitalières s'imposent à tout l'établissement et qu'il ne suffit pas de renforcer les urgences. Nous proposons même ici que cette action n'intervienne qu'après avoir engagé les renforts dans les services d'aval.
Renforcement du personnel des services des urgences	ES 12.4	x	x	x	Cette action ne devrait être engagée que pour les "Tension affluence" et pour orienter alors les personnels de renfort vers les problématiques de tri dès l'accueil et la mise en place de circuits courts renforcés.
Maintien et/ou augmentation du nombre de personnels (service d'aval et urgences) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (vacances scolaires, ponts, we..), grand rassemblement.	ES 12.5		x	x	Ceci concerne particulièrement les services d'aval ou il ne faut pas accepter la diminution forte de personnel médical (décideur des sorties). L'expérience montre un effondrement du taux de sortie dans les services sur ces périodes difficiles (ponts - vacances scolaires). Un effectif minimum par service et par catégorie professionnelle est défini.

Objectif de l'action / Actions	N° d'action ES	Tension « carences de lits d'aval »	Tension « affluence »	Tension « par défaut d'effectifs soignants aux urgences »	Résumé
Activation d'une filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)	ES 12.6		x		Cette organisation peut être installée en permanence ou en période de tension. Dans ce dernier cas certains sites utilisent les locaux de consultations externes (salles libres, week-end et fériés).
Activation de la filière rapide de prise en charge ou circuit court avec du personnel des services d'aval et/ou les médecins d'astreinte.	ES 12.7		x	x	Pour exemple : Mise en place d'un circuit court (zone de consultation externe) de traumatologie par le chirurgien orthopédiste et au personnel de bloc d'astreinte en période de permanence des soins. Les disciplines médicales peuvent trouver également un emploi utile dans ce contexte d'HET.
Promotion des transferts vers d'autres établissements	ES 12.8	x	x		Recherche d'alternative d'hospitalisation à partir du service des urgences vers d'autres établissements de santé. L'expérience montre que cette action est souvent oubliée ou écartée et ceci d'autant plus que 'établissement dispose d'un nombre de lits important. Elle demande un fort investissement pour trouver la place, organiser le transfert et expliquer au patient et à sa famille.
Organisation d'un retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées, afin de faire évoluer le plan HET	ES 12.9	x	x	x	Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

FOCUS
Le gestionnaire des lits

Il s'agit d'un ou de plusieurs professionnels qui assistent le directeur d'établissement dans sa mission d'optimisation du fonctionnement de l'établissement.
Le recrutement d'un gestionnaire des lits ne trouve son sens que dans cette proximité d'action avec le chef d'établissement qui garantit l'autorité et l'efficacité de son action.
Le plan HET de l'établissement doit identifier le mode opératoire du gestionnaire des lits en précisant ses axes d'actions.
Mais attention, un gestionnaire des lits ne doit pas être considéré comme un agent chargé du relevé des lits disponibles ; il doit assurer une démarche d'analyse, d'explication, d'anticipation. Sa capacité à analyser la problématique des patients bloquants ou la gestion de la priorité des admissions justifie que ce professionnel possède à la fois une expérience forte et un réel pouvoir d'action.
Certains sites poussent la logique de la vision « établissement » et organisent un guichet unique d'admissions qui agit comme une véritable centrale de réservation et garantit les équilibres et le respect des choix organisationnels.

5.2.4 Inventaire des actions HET en ARS

Les professionnels des Agences Régionales de Santé doivent participer à la veille, s'assurer que les actions prévues dans les établissements sont anticipées, planifiées et mises en œuvre ; ils doivent aussi, si l'effet des actions mises en place s'avère insuffisant, organiser la collaboration entre les différents établissements de santé publics ou privés par la mise en place de plan « Hôpital en Tension Solidaire ».

FOCUS
Plan hôpital en tension solidaire

Le plan "Hôpital en Tension Solidaire" consiste à déclencher le plan hôpital en tension dans un établissement, pourtant en activité normale, afin de porter assistance aux établissements déclarés en tension sous réserve qu'au préalable ces derniers aient mis en place des actions adaptées (procédure HET). Les établissements sollicités, au sein du territoire de santé concerné, peuvent être publics ou privés, disposer ou non d'un service d'urgence.
Ce concept formalisé en région PACA consiste à organiser le soutien des établissements en difficulté (établissements "HET solidaire sources") par les établissements voisins (établissements "HET solidaires cibles") et ceci sans oublier d'impliquer les structures ne disposant pas de service d'urgence.
Il s'agit essentiellement d'élargir la recherche de lits d'hospitalisation à un lot d'établissements dans le cadre de tension par carence de lits d'aval. Cette technique peut être utilisée selon les deux angles suivants :

- pour demander la libération de lits ; la région PACA propose de demander la mise à disposition un pourcentage des lits installés dans la structure cible.
- pour demander l'anticipation d'admissions déjà prévues ; ceci est particulièrement efficace pour devancer l'admission en SSR.

Les réglages restent à trouver mais la piste est intéressante ; elle pourrait être étendue aux unités d'EHPAD, voire même aux soins critiques.
Cette implication de l'ARS (qui représente une charge importante) est appréciée par les professionnels des établissements mais elle nécessite une traçabilité du même niveau d'exigence que celle des établissements.

Les actions dévolues aux ARS sont résumées dans les tableaux suivants et sont disponibles sur le site de la FEDORU. Elles sont analysées et présentées selon la même méthode que celle appliquée précédemment aux établissements.

Tableau 8 ACTIONS HET DES ARS CLASSEES SELON LES OBJECTIFS DE L'ACTION

Catégorie d'actions / Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé
VEILLER LES INDICATEURS ET LES ALERTES						
Organisation et mise en œuvre de la veille régionale	ARS 1.1	E				Décrit l'organisation de la veille régionale.
Mise en œuvre d'une veille et d'un suivi des déclarations de tension des établissements	ARS 1.2	E				Décrit l'organisation de la veille et du suivi des déclarations de tension des établissements
ORGANISER						
Organisation en interne à l'ARS des modalités de réponse au dispositif HET	ARS 2.1	E				Organiser en interne à l'ARS les modalités de réponse au dispositif HET
Mise en place d'un outil régional de traçabilité des actions de chacun, commun à l'ARS et aux établissements	ARS 2.2	S				Mettre en place un outil régional de traçabilité des actions de chacun, commun à l'ARS et aux établissements
Proposition dans le ROR d'un inventaire précis des places (par unité de soins), accessible à tous les professionnels de santé.	ARS 2.3	S				Proposer dans le ROR un inventaire précis des places (par unité de soins), accessible à tous les professionnels de santé.
Information des établissements et veille à l'anticipation de l'adaptation des ressources en cas de grands rassemblements.	ARS 2.4	E				En cas de grands rassemblements : Informer les établissements et veiller à l'anticipation de l'adaptation des ressources.
Coordination en amont des fermetures de lits.	ARS 2.5	E				Coordonner en amont les fermetures de lits, notamment en période de congés, dans les différents établissements à l'échelle d'un territoire.
FORMER						

Catégorie d'actions / Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé
Proposition d'une formation ou d'un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs	ARS 3.1	S				Proposer une formation ou un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs
Proposition d'une formation ou/et d'un guide hôpital en tension à l'usage des personnels des ARS	ARS 3.2	S				Proposer une formation ou/et un guide hôpital en tension à l'usage des personnels des ARS afin de coordonner l'action de ces professionnels notamment en période d'astreinte
COMMUNIQUER / INFORMER						
Information des médecins libéraux des épisodes de tension	ARS 4.1			E	E	Décrit les modalités d'information des médecins libéraux des épisodes de tension. Les médecins libéraux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension.
Information des EHPAD des épisodes de tension	ARS 4.2			S	S	Décrit les modalités d'information des EHPAD des épisodes de tension. Les EHPAD sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Ils sollicitent systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.
Information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension	ARS 4.3			E	E	Décrit les modalités d'information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension. Les hôpitaux sont informés des situations de tension et participent à épargner le site en tension. Ils sollicitent systématiquement la régulation avant toute admission aux services d'urgences.

Catégorie d'actions / Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé
Information du public des épisodes de tension	ARS 4.4		S	E	E	Modalités d'information du public des épisodes de tension
PILOTER						
Mise en œuvre d'une suite rapide aux déclarations de tension en prenant contact avec la direction d'établissement	ARS 5.1		E	E	E	Donner une suite rapide aux déclarations de tension en prenant contact avec la direction d'établissement
Demande, en cas de déclaration de tension, que la situation soit confirmée et que les mesures correspondantes soient mises en place	ARS 5.2		E	E	E	Demander en cas de déclaration de tension, que la situation soit confirmée et que les mesures correspondantes soient mises en place
Organisation du rappel des directions en cas d'indicateurs de tension positifs sans déclaration de tension	ARS 5.3		E	E	E	Modalités et mise en place du rappel des directions en cas d'indicateurs de tension positifs sans déclaration de tension
Demande d'un inventaire des actions instaurées dans les établissements en tension	ARS 5.4		E	E	E	Demander un inventaire des actions instaurées dans les établissements en tension
Vérification de la mise en œuvre des actions et poursuite du suivi quotidien, tant que la tension est maintenue	ARS 5.5		E	S	S	Vérifier la mise en œuvre des actions et poursuivre le suivi quotidien, tant que la tension est maintenue
Demande d'un relevé pluriquotidien de la disponibilité des lits d'hospitalisation conventionnelle (ROR)	ARS 5.6	E				Demander un relevé pluriquotidien de la disponibilité des lits d'hospitalisation conventionnelle (ROR)

Catégorie d'actions / Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé
Incitation à la mise en œuvre de consultations non programmées de médecine libérale au sein des maisons médicales de garde existantes, en dehors des horaires de PDSA	ARS 5.7	S	S	S	E	Inciter la mise en œuvre de consultations non programmées de médecine libérale au sein des maisons médicales de garde existantes, en dehors des horaires de PDSA
Organisation du renfort des effectifs médicaux des maisons médicales de garde existantes, en période de PDSA	ARS 5.8			S	S	Assurer le renfort des effectifs médicaux des maisons médicales de garde existantes, en période de PDSA
Assurer une traçabilité complète des actions de l'ARS dans un objectif de coordination des acteurs	ARS 5.9		E	E	E	Assurer une traçabilité complète des actions de l'ARS dans un objectif de coordination des acteurs à l'image des recommandations pour les établissements de santé. Cette traçabilité utilise idéalement les mêmes outils que ceux proposés aux établissements de santé.
Incitation des établissements à lever la tension en cas de retour à une situation habituelle pour éviter le maintien de tensions inutiles	ARS 5.10		E	E	E	Inciter les établissements à lever la tension en cas de retour à une situation habituelle pour éviter le maintien de tensions inutiles. Ceci suppose une veille quotidienne des services de l'ARS.
DECLENCHER LA TENSION SOLIDAIRE						
Déclenchement des tensions solidaires adaptées à la situation rencontrée	ARS 6.1			E	E	Déclencher les tensions solidaires adaptées à la situation rencontrée

Catégorie d'actions / Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Résumé
Vérification du bon fonctionnement de la tension solidaire (utilisation des lits libérés)	ARS 6.2			S	S	Vérifier le bon fonctionnement de la tension solidaire (utilisation des lits libérés). L'expérience montre que la disponibilité de lit dans un établissement voisin n'est pas toujours suivie de transfert. L'argument de la non adéquation du plateau technique de l'établissement ayant libéré des lits reste une exception.
Mobilisation des ES et SSR de proximité	ARS 6.3				E	Mobilisation des ES et SSR de proximité afin de devancer les admissions des patients provenant de l'établissement en difficulté.
EVALUER / RESTITUER						
Organisation d'un retour d'expérience dans le cadre du Réseau des Urgences	ARS 7.1		S	S	E	Organiser le retour d'expérience dans le cadre du Réseau des Urgences. Ce retour d'expérience est intéressant au niveau local (établissement), territorial et régional.
Evaluation des conséquences financières des plans HET (déprogrammation) et de la tension solidaire	ARS 7.2		O	O	O	Evaluer les conséquences financières des plans HET (déprogrammation) et de la tension solidaire

5.2.5 Actions HET des SAMU/Centre 15

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

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

- le SAMU et les services d'urgences qui l'entourent représentent un binôme essentiel à la prise en charge complexe que nécessitent certains patients qui ne peuvent pour autant être orientés directement vers les plateaux techniques (douleurs abdominales, malaises). Seules les zones où l'offre de soins est dense présentent un terrain propice à des réorientations vers d'autres sites. Encore faut-il que celles-ci soient organisées, et que les sites de second recours ne soient pas eux-mêmes en difficulté ;
- les alternatives dans le domaine ambulatoire sont parfois pauvres ;
- les patients qui se présentent aux urgences ne bénéficient pas tous de l'intervention du médecin régulateur ; ainsi l'enquête DREES conduite en juin 2013 sur une période de 24 heures, a montré que seul 11%[5] des patients admis aux urgences avaient bénéficié d'une régulation par le SAMU/Centre 15 ;
- l'activité des SAMU/Centre 15 est réalisée en flux tendu ce qui rend difficile les modifications de stratégies d'orientation sur des périodes courtes ; d'autant que l'épargne des services d'urgences est déjà un objectif fort de ces services ;
- les SAMU/Centre 15 rencontrent aussi des épisodes de tensions qui nécessitent un travail complémentaire peu documenté à ce jour.

5.2.6 Actions HET des autres professionnels de santé impliqués en amont des services d'urgence

Les professionnels de santé libéraux peuvent-ils modifier leur stratégie d'adressage de leurs patients aux services d'urgence ?
Ils ne disposent pas de l'information leur permettant de moduler l'accès de leurs patients à ces services. Pour autant, la question reste ouverte puisque aucune étude n'a permis de qualifier l'impact d'une telle organisation. Il faut noter que l'implication des professionnels de santé libéraux dans ce domaine existe déjà dans certains départements où leur information est assurée via l'ordre des médecins (utilisation de la messagerie).
L'impact de ces actions est à évaluer.

5.2.7 Actions HET des professionnels de santé impliqués en aval des services d'urgence

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

5.2.7.1 Professionnels de santé des établissements disposant d'un service d'urgence

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

[5] Source DREES - Études et résultats - N°889 Juillet 2014

d'hospitalisations quotidiennes à partir des services d'urgence est une donnée relativement stable et connue.

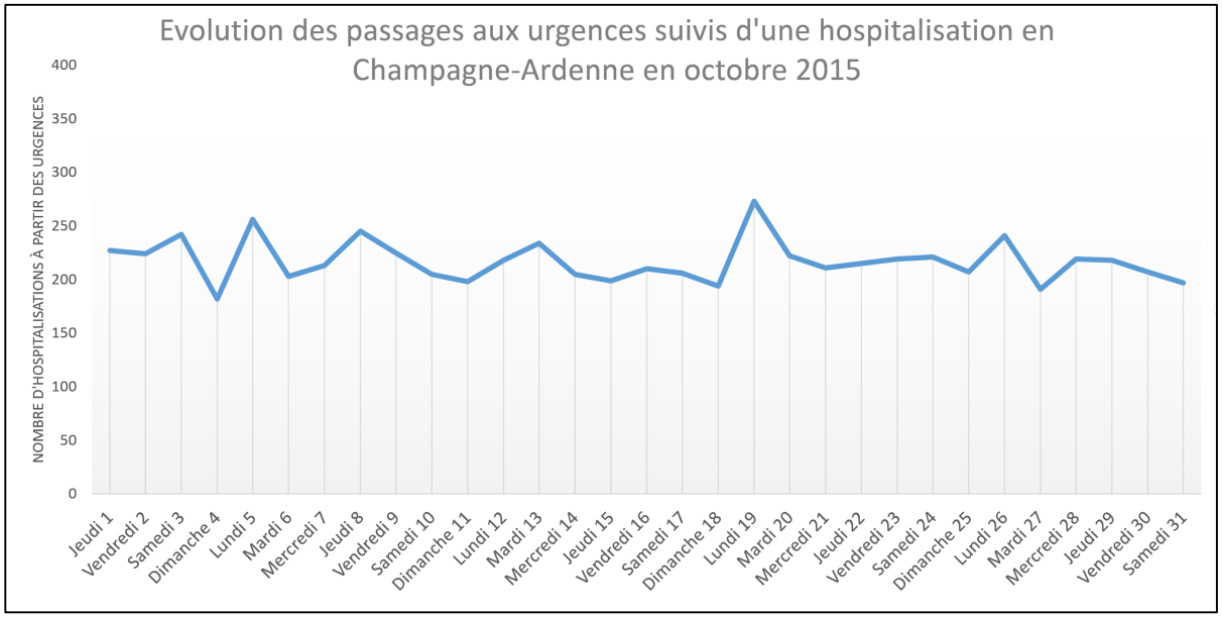


Figure 7 Variations des hospitalisations à partir des urgences - ORU Champagne Ardenne

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

- patient sortant des critères de sélection usuels de l'unité (pathologie, spécialité) ;
- lits réservés ;
- permission ;
- défaut de personnel ;
- charge de travail.

La décision d'admission relève pourtant du directeur d'établissement qui doit être au centre des discussions et qui doit rappeler qu'il s'agit d'une problématique engageant tout l'établissement. La commission des admissions et consultations non programmées - CACNP) doit traiter ce sujet en dehors des épisodes de crises pour anticiper et atténuer les contraintes.

FOCUS

Besoin prévisionnel journalier en lit d'aval

L'historique des données des services d'urgence montre une variation substantielle du nombre d'hospitalisations un jour donné d'une année sur l'autre (dans l'exemple présenté sur le graphique, l'écart moyen entre le nombre minimum et maximum d'hospitalisations sur la période est de 12 hospitalisations. Pour 25 % des jours le différentiel est inférieur à 10 et pour 25% des jours celui-ci est supérieur à 15).

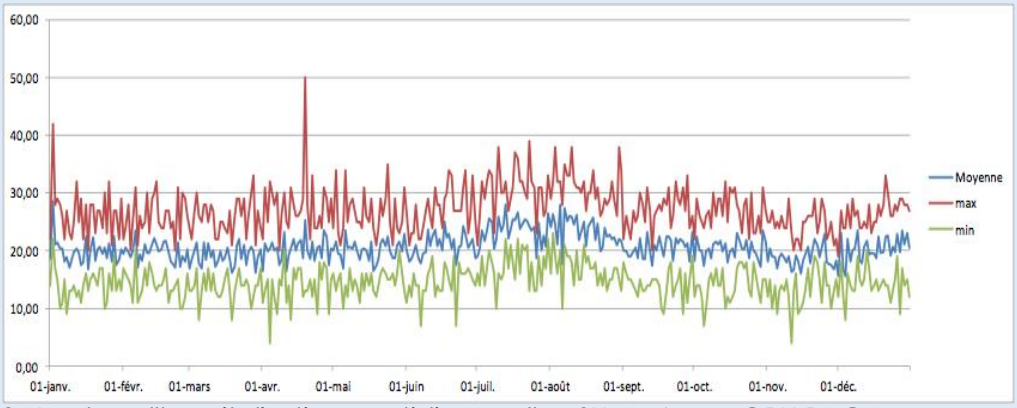


Figure 8 Nombre d'hospitalisation quotidienne d'un SU sur 6 ans- ORU PACA

La définition d'un besoin minimum en lits d'aval peut-être définit à partir de l'historique. L'établissement doit s'organiser pour disposer de cette réserve journalière. Dans l'exemple donné, la moyenne du nombre journalier minimum d'hospitalisations était sur la période de 14.5 avec une médiane à 14, un 1er quartile à 13 et un 3ème quartile à 16. Il est possible d'affiner ce besoin minimum en fonction de la période de l'année et des jours de la semaine.

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

Ces derniers subissent rarement des problématiques de tension liées aux admissions non programmées. La mise en place de plan HET au sein de leur structure est exceptionnelle et leur sollicitation pour apporter leur contribution est rare.
La mise en place de plan "hôpital en tension solidaire" est une première piste à la main des ARS comme nous l'avons vu précédemment.
La diffusion d'information quotidienne, à fréquence courte sur la disponibilité en lits permet de mieux utiliser ces ressources et réalise une bonne sensibilisation des différents acteurs.
Par ailleurs, ces établissements sont parfois des utilisateurs des services d'urgence. Les établissements de SSR et les EHPAD sollicitent les services d'urgence dans des situations particulières qui nécessitent un accès rapide aux plateaux techniques. Il ne s'agit pas de remettre en cause ici cette organisation mais de s'interroger sur l'effet d'une information transparente vers ces services en espérant une admission différée, une admission directe, ou la sollicitation d'un autre service.
A ce titre, le réseau des urgences de la région Rhône-Alpes propose un document décrivant les recommandations régionales "Services d'Urgence/EHPAD".

5.2.8 Actions HET des patients et usagers

Les situations de tensions hospitalières modifient négativement le pronostic des patients[6] qui séjournent plus longtemps dans les sites d'urgence. Au-delà de la problématique de

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

confort, les patients sont concernés au premier chef. Mais peuvent-ils agir et favoriser la mise en œuvre de solutions alternatives à la sollicitation des urgences ?

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

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

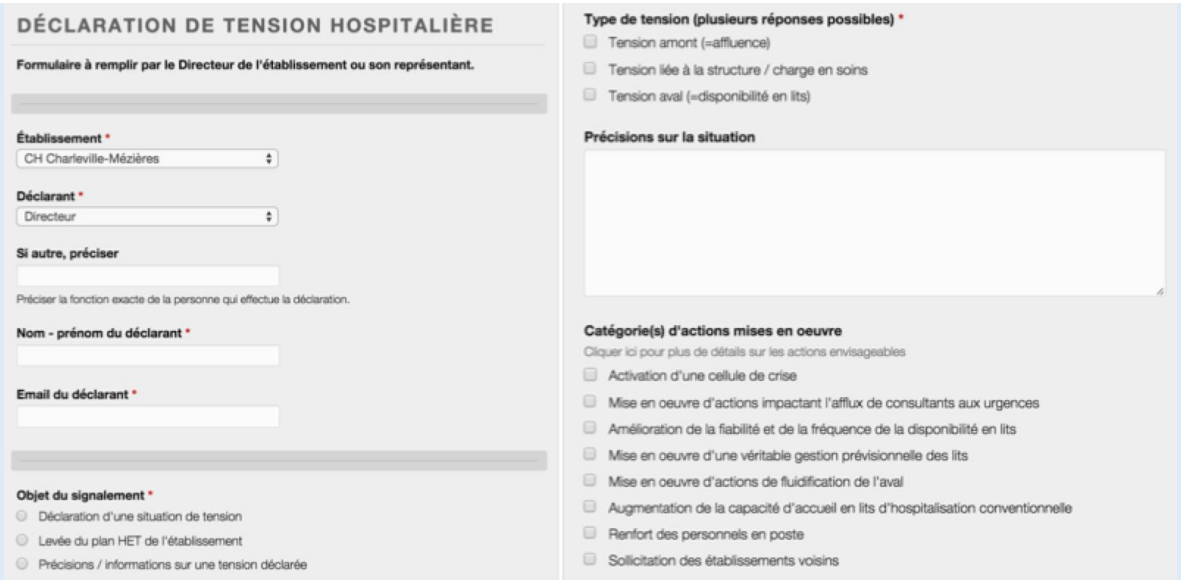
6 Enregistrement des situations de tension et des actions mises en place

Le déclenchement d'un plan « Hôpital en Tension » engage l'établissement dans la mise en œuvre rapide de solutions d'amélioration des conditions de prise en charge des patients.
L'initiation, la levée d'un plan HET sont à la main exclusive de l'équipe de direction de l'établissement.
Cependant l'enregistrement et la communication des actions entreprises sont nécessaires pour renforcer l'adhésion des différents acteurs à cette mobilisation communautaire.

Ces informations sont habituellement portées à la connaissance des autorités de santé par le biais d'une messagerie électronique d'alerte et/ou d'un contact téléphonique avec l'astreinte de l'ARS.

En raison de la nécessité d'une qualification de plus en plus précise et répétée des tensions de chaque établissement ainsi que du besoin de constituer en quasi-temps réel des synthèses territoriales et régionales la FEDORU recommande la mise en œuvre d'une plateforme régionale de déclaration et de suivi des tensions en lien direct avec les indicateurs collectés sur les Serveurs Régionaux de Veille et d'Alerte.
Certaines régions proposent :

- l'inventaire des actions au fils de l'eau ;
- des formulaires de description des plans définis dans chaque établissement ;
- la désignation des différents référents de l'établissement ;
- l'évaluation de la situation quotidienne : mesures prises, levée de dispositif,…


DÉCLARATION DE TENSION HOSPITALIÈRE

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

Établissement *
CH Charleville-Mézières

Déclarant *
Directeur

Si autre, préciser

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

Nom - prénom du déclarant *

Email du déclarant *

Objet du signalement *
- Déclaration d'une situation de tension
- Levée du plan HET de l'établissement
- Précisions / informations sur une tension déclarée

Type de tension (plusieurs réponses possibles) *
- Tension amont (=affluence)
- Tension liée à la structure / charge en soins
- Tension aval (=disponibilité en lits)

Précisions sur la situation

Catégorie(s) d'actions mises en oeuvre
Cliquer ici pour plus de détails sur les actions envisageables
- Activation d'une cellule de crise
- Mise en oeuvre d'actions impactant l'afflux de consultants aux urgences
- Amélioration de la fiabilité et de la fréquence de la disponibilité en lits
- Mise en oeuvre d'une véritable gestion prévisionnelle des lits
- Mise en oeuvre d'actions de fluidification de l'aval
- Augmentation de la capacité d'accueil en lits d'hospitalisation conventionnelle
- Renfort des personnels en poste
- Sollicitation des établissements voisins

Figure 9 Formulaire de déclaration des tensions en ligne - ORU Champagne-Ardenne

7 Formalisation d'un plan d'action HET

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

Il est logique d'envisager que les ARS mettent en pratique cette recommandation et que cette exigence de mise en œuvre du plan hôpital en tension soit mentionnée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de chaque établissement. Il est tout aussi nécessaire que l'ARS organise un plan HET propre à ses services.

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

7.1 Plan d'action HET d'un établissement

Lorsqu'un établissement déclare une situation d'hôpital en tension, une cellule de crise est installée afin de proposer un canevas d'actions adaptées à la situation.

Nous avons décliné précédemment trois points d'appui importants pour construire un plan d'action HET :

- le catalogue des actions ;
- la correspondance avec les catégories de tension qu'elles participent à résoudre ;
- le phasage de ces actions qui met en évidence l'importance d'une action précoce voire d'une action systématique (prévention) qui peut permettre de limiter l'intensité de la tension hospitalière (durée/difficultés opérationnelles) et l'importance de l'impact sur le reste de l'établissement.

Ce plan d'action HET affirme la politique institutionnelle et doit être formalisé dans un document spécifique qui complète le règlement intérieur des admissions et consultations non programmées et bénéficie d'une validation institutionnelle (CME, ..).

Quatre volets HET sont identifiés :

- volet anticipation (prévention au quotidien) ;
- volet réaction précoce ;
- volet réaction intermédiaire ;
- volet réaction pré-plan blanc.

Les actions sont classées selon leur nature essentielles (E), souhaitables (S) et optionnelles (O). Un plan HET d'établissement devra au minimum intégrer l'ensemble des actions considérées comme essentielles.

7.1.1 Volet anticipation ou prévention au quotidien

Il est indispensable de mettre en place un "plan d'action préventif", qui participe à la démarche d'appropriation du plan d'action par l'ensemble de l'établissement qui doit être impliqué dans la prise en charge des urgences. C'est un travail de pédagogie et d'exemple qui implique particulièrement les directions, les chefs de pôle, les présidents de CME, les présidents des autres commissions institutionnelles concernées et la commission des admissions et consultations non programmées (CACNP).

Les actions préventives sont regroupées dans le tableau (XX). Leur mise en place vise à éviter la difficulté des décisions en urgence.

Enfin, les actions de prévention doivent idéalement intégrer la mise en place d'exercice "HET" (partiel ou complet). Ils permettent de rationaliser les processus de décision et d'améliorer l'appropriation du dispositif par les différents intervenants.

Tableau 9 PLAN D'ACTION HET EN ETABLISSEMENT DE SANTE : PREVENTION

Actions	N° d'action ES	Prévention au quotidien	Catégorie d'actions traceuses
Identification des indicateurs de tension	ES 1.1	E	
Mise en place d'une veille quotidienne des indicateurs de l'établissement	ES 1.2	E	
Rédaction d'un plan hôpital en tension	ES 2.1	E	
Prévision des modalités de communication au sein de l'établissement	ES 2.2	E	
Prévision d'une cellule de crise et de ses modalités de fonctionnement	ES 2.3	E	
Prévision d'une validation du plan HET par les instances de l'établissement	ES 2.4	E	
Création d'une commission des admissions et des consultations non programmées	ES 2.5	S	
Proposition de formation ou d'un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs	ES 2.6	E	
Information et formation du personnel de l'établissement au plan HET	ES 2.7	E	
Inventaire des lits disponibles en hospitalisation conventionnelle	ES 10.1	E	
Inventaire des lits disponibles en Réanimation, SI et SC	ES 10.2	E	
Inventaire des lits en maternité	ES 10.3	E	
Inventaire des lits en pédiatrie	ES 10.4	E	
Mise en place d'une organisation assurant notamment la gestion des lits d'hospitalisation programmée et non programmée (réservation, inventaire, ….)	ES 10.7	S	
Création de lits UHCD (dans les SU n'en disposant pas)	ES 11.1	S	
Sorties et d'admissions matinales favorisées	ES 11.2	O	
Création de lits d'hospitalisation dédiés aux hospitalisations non-programmées : court séjours	ES 11.3	S	

Actions	N° d'action ES	Prévention au quotidien	Catégorie d'actions traceuses
Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	ES 11.4	S	
Dans chaque unité de soins est dédié un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées provenant des urgences	ES 11.5	S	
Organisation de la logistique de remise en état accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	ES 11.6	O	5
Mise en place d'une analyse des séjours longs	ES 11.18	S	
Détection des journées d'hospitalisation inutiles	ES 11.19	O	
Planification du séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	ES 11.20	S	3
Limitation des admissions programmées les lendemains de week-end ou fériés et vendredi, samedi.	ES 11.21	S	5
Relevé de la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	ES 11.22	S	
Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	ES 11.23	S	3
Détection des patients présentant une forte probabilité de difficultés de sortie du fait de raison non médicales (patients « bloquants »).	ES 11.24	S	
Détection des sorties d'hospitalisation retardées du fait de l'absence de solution de sortie.	ES 11.25	S	
Détection des sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.	ES 11.26	S	3
Identification des services d'hospitalisation de 1° et 2° intention pour chaque diagnostic du thésaurus des urgences en associant des règles d'hébergement.	ES 11.29	O	
Lissage des taux d'hospitalisation de chaque service de l'établissement (part de l'admission par les urgences)	ES 11.31	S	
Transmission aux SU de la liste des patients adressés par le Centre 15	ES 12.2	S	
Maintien et/ou augmentation du nombre de personnels (service d'aval et urgences) sur les périodes de difficultés prévisibles ou calendaires (vacances scolaires, ponts, week-end), grand rassemblement.	ES 12.5	S	
Activation d'une filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)	ES 12.6	S	2
Organisation d'un retour d'expérience alerte et tension en commission des admissions et des consultations non programmées, afin de faire évoluer le plan HET	ES 12.9	E	

7.1.2 Volet réaction précoce

Ce volet d'action est particulièrement important. En effet les retours d'expérience montrent que le déclenchement est souvent trop tardif et compromet l'efficacité de la démarche.
Le Tableau 10 donne le détail du PLAN D'ACTION HET ES REACTIF PRECOCE.

FOCUS
Cellule de crise

La cellule de crise est activée dès que le directeur de l'établissement déclare la tension. Elle doit se réunir chaque jour et ce, jusqu'à la levée de la tension et produire un compte rendu. Elle doit comprendre en sus des membres de la cellule de veille, le président de la CME (ou son représentant), les chefs et les cadres des pôles concernés. Si l'établissement est siège de SAMU, le directeur du SAMU est intégré précocement dans le dispositif.
Lors de la levée de tension, une dernière réunion de la cellule de crise doit être organisée sous huit ou quinze jours pour analyse et bilan de la période de tension.
Enfin, il est important d'identifier un membre de la direction « référent HET établissement» en tant qu'interlocuteur privilégié à la fois de l'établissement mais aussi de l'ARS.

7.1.3 Volet réaction intermédiaire

Ces actions se justifient par l'efficacité insuffisante ou le dépassement du volet précédent
Le Tableau 11 donne le détail du PLAN D'ACTION HET ES REACTIF INTERMEDIAIRE

7.1.4 Volet réaction pré-plan blanc

La mise en place de ce volet d'action reste exceptionnelle et précède immédiatement le déclenchement du plan blanc.
Le Tableau 12 donne le détail du PLAN D'ACTION HET ES REACTIF PRE PLAN BLANC

Tableau 12 PLAN D'ACTION HET ES REACTIF PRECOCE

Actions	N° d'action ES	Phase réactive précoce	Catégorie d'actions traceuses
Information du Centre 15 des épisodes de tension	ES 4.1	S	2
Déclaration des situations de tension et de leur suivi à l'ARS	ES 4.2	E	2
Information des services d'aval	ES 4.3	E	2
Information de la levée du dispositif Hôpital en tension	ES 4.4	E	
Information des patients en salle d'attente des épisodes de tension	ES 8.5	S	2
Mise en place d'un renfort d'effectif sur le tri à l'admission aux urgences	ES 8.6	O	2
Planification des rendez-vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée, et ainsi éviter le passage aux urgences	ES 9.1	O	2
Réorientation de certains patients vers la médecine libérale	ES 9.2	S	2
Mise en place d'un relevé pluriquotidien physique des lits	ES 10.8	S	3
Création de lits UHCD (dans les SU n'en disposant pas)	ES 11.1	S	
Sorties et d'admissions matinales favorisées	ES 11.2	S	
Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	ES 11.4	E	
Dans chaque unité de soins est dédié un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées provenant des urgences	ES 11.5	S	
Organisation de la logistique de remise en état accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	ES 11.6	S	5
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits d'hospitalisation conventionnelle	ES 11.7	S	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en Réanimation, SC et SI	ES 11.8	O	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en maternité	ES 11.9	O	3

Actions	N° d'action ES	Phase réactive précoce	Catégorie d'actions traceuses
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en pédiatrie	ES 11.10	O	3
Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.	ES 11.12	S	4
Régulation de la programmation	ES 11.14	S	
Organisation d'une déprogrammation des admissions en cas de plan HET	ES 11.15	O	5
Mobilisation des ES SSR de proximité	ES 11.17	S	7
Planification du séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	ES 11.20	S	3
Limitation des admissions programmées les lendemains de we ou fériés et vendredi, samedi.	ES 11.21	S	5
Relevé de la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	ES 11.22	S	
Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	ES 11.23	S	3
Détection des sorties d'hospitalisations retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.	ES 11.26	S	3
Identification des patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.27	S	7
Identification des patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.28	S	7
Hébergement des patients dans des services non conformes à la pathologie.	ES 11.30	S	3
Les patients de réanimation pouvant être orientés précocement vers des lits de surveillance continue et de MCO.	ES 11.32	S	
Déprogrammation des admissions prévues en services de soins critiques (Sortie de bloc)	ES 11.33	S	
Préservation des lits de soins critiques les plus techniques	ES 11.34	S	
Mise en place de la cellule de crise de l'établissement	ES 12.1	E	1
Transmission aux SU de la liste des patients adressés par le Centre 15	ES 12.2	S	

Actions	N° d'action ES	Phase réactive précoce	Catégorie d'actions traceuses
Activation d'une filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)	ES 12.6	S	2
Activation de la filière rapide de prise en charge ou circuit court avec du personnel des services d'aval et/ou les médecins d'astreinte.	ES 12.7	S	2
Promotion des transferts vers d'autres établissements	ES 12.8	S	7

Tableau 13 PLAN D'ACTION HET ES REACTIF INTERMEDIAIRE

Actions	N° d'action ES	Phase réactive intermédiaire	Catégorie d'actions traceuses
Information du Centre 15 des épisodes de tension	ES 4.1	S	2
Déclaration des situations de tension et de leur suivi à l'ARS	ES 4.2	E	2
Information des services d'aval	ES 4.3	E	2
Information de la levée du dispositif Hôpital en tension	ES 4.4	E	
Information des médecins libéraux des épisodes de tension	ES 8.1	S	2
Information des transporteurs sanitaires des épisodes de tension	ES 8.2	S	
Information des EHPAD des épisodes de tension	ES 8.3	S	
Information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension	ES 8.4	S	
Information des patients en salle d'attente des épisodes de tension	ES 8.5	S	2
Mise en place d'un renfort d'effectif sur le tri à l'admission aux urgences	ES 8.6	E	2
Planification des rendez-vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée, et ainsi éviter le passage aux urgences	ES 9.1	S	2
Réorientation de certains patients vers la médecine libérale	ES 9.2	S	2
Mise en place d'une consultation non programmée de médecine générale hors PDSA.	ES 9.3	O	2
Inventaire des lits en EHPAD	ES 10.5	S	
Inventaire des lits en HAD	ES 10.6	O	
Mise en place d'un relevé pluriquotidien physique des lits	ES 10.8	E	3
Organisation de la recherche des lits d'hospitalisation par des ressources de l'établissement (hors urgence, en l'absence d'une organisation spécifique)	ES 10.9	S	3

Actions	N° d'action ES	Phase réactive intermédiaire	Catégorie d'actions traceuses
Création de lits UHCD (dans les SU n'en disposant pas)	ES 11.1	E	
Sorties et d'admissions matinales favorisées	ES 11.2	E	
Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	ES 11.4	E	
Dans chaque unité de soins est dédié un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées provenant des urgences	ES 11.5	S	
Organisation de la logistique de remise en état accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	ES 11.6	S	5
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits d'hospitalisation conventionnelle	ES 11.7	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en Réanimation, SC et SI	ES 11.8	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en maternité	ES 11.9	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en pédiatrie	ES 11.10	E	3
Transformation d'un secteur d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète	ES 11.11	S	4
Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.	ES 11.12	S	4
Ouverture de lits supplémentaires ou d'unités supplémentaires	ES 11.13	S	4
Régulation de la programmation	ES 11.14	E	
Organisation d'une déprogrammation des admissions en cas de plan HET	ES 11.15	O	5
Mobilisation des ES SSR de proximité	ES 11.17	S	7
Planification du séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	ES 11.20	S	3
Limitation des admissions programmées les lendemains de week-end ou fériés et vendredi, samedi.	ES 11.21	S	5
Relevé de la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	ES 11.22	S	

Actions	N° d'action ES	Phase réactive intermédiaire	Catégorie d'actions traceuses
Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	ES 11.23	S	3
Détection des sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.	ES 11.26	S	3
Identification des patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.27	E	7
Identification des patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (TS)	ES 11.28	E	7
Hébergement des patients dans des services non conformes à la pathologie.	ES 11.30	E	3
Les patients de réanimation pouvant être orientés précocement vers des lits de surveillance continue et de MCO.	ES 11.32	E	
Déprogrammation des admissions prévues en services de soins critiques (Sortie de bloc)	ES 11.33	E	
Préservation des lits de soins critiques les plus techniques	ES 11.34	E	
Mise en place de la cellule de crise de l'établissement	ES 12.1	E	1
Transmission aux SU de la liste des patients adressés par le Centre 15	ES 12.2	S	
Renforcement du personnel des services d'aval	ES 12.3	S	6
Renforcement du personnel des services des urgences	ES 12.4	S	6
Activation d'une filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)	ES 12.6	E	2
Activation de la filière rapide de prise en charge ou circuit court avec du personnel des services d'aval et/ou les médecins d'astreinte.	ES 12.7	S	2
Promotion des transferts vers d'autres établissements	ES 12.8	E	7

Tableau 14 PLAN D'ACTION HET ES REACTIF PRE PLAN BLANC

Actions	N° d'action ES	Phase réactive pré plan blanc	Catégorie d'actions traceuses
Information du Centre 15 des épisodes de tension	ES 4.1	S	2
Déclaration des situations de tension et de leur suivi à l'ARS	ES 4.2	E	2
Information des services d'aval	ES 4.3	E	2
Information de la levée du dispositif Hôpital en tension	ES 4.4	E	
Information des médecins libéraux des épisodes de tension	ES 8.1	S	2
Information des transporteurs sanitaires des épisodes de tension	ES 8.2	S	
Information des EHPAD des épisodes de tension	ES 8.3	S	
Information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension	ES 8.4	S	
Information des patients en salle d'attente des épisodes de tension	ES 8.5	S	2
Mise en place d'un renfort d'effectif sur le tri à l'admission aux urgences	ES 8.6	E	2
Planification des rendez-vous des patients dont la prise en charge ambulatoire peut être programmée, et ainsi éviter le passage aux urgences	ES 9.1	S	2
Réorientation de certains patients vers la médecine libérale	ES 9.2	S	2
Mise en place d'une consultation non programmée de médecine générale hors PDSA.	ES 9.3	O	2
Inventaire des lits en EHPAD	ES 10.5	S	
Inventaire des lits en HAD	ES 10.6	O	
Mise en place d'un relevé pluriquotidien physique des lits	ES 10.8	E	3
Organisation de la recherche des lits d'hospitalisation par des ressources de l'établissement (hors urgence, en l'absence d'une organisation spécifique)	ES 10.9	S	3

Actions	N° d'action ES	Phase réactive pré plan blanc	Catégorie d'actions traceuses
Création de lits UHCD (dans les SU n'en disposant pas)	ES 11.1	E	
Sorties et d'admissions matinales favorisées	ES 11.2	E	
Mise en place de salons de sortie pour libérer les lits plus précocement	ES 11.4	E	
Dans chaque unité de soins est dédié un quota de lits réservé aux hospitalisations non programmées provenant des urgences	ES 11.5	E	
Organisation de la logistique de remise en état accélérée des chambres libérées dès la sortie du patient	ES 11.6	S	5
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits d'hospitalisation conventionnelle	ES 11.7	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en Réanimation, SC et SI	ES 11.8	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en maternité	ES 11.9	E	3
Mise en œuvre d'une procédure de libération de lits en pédiatrie	ES 11.10	E	3
Transformation d'un secteur d'hospitalisation de jour ou de semaine en hospitalisation complète	ES 11.11	S	4
Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle de manière temporaire.	ES 11.12	S	4
Ouverture de lits supplémentaires ou d'unités supplémentaires	ES 11.13	S	4
Régulation de la programmation	ES 11.14	E	
Organisation d'une déprogrammation des admissions en cas de plan HET	ES 11.15	S	5
Mobilisation des ES MCO de proximité	ES 11.16	S	7
Mobilisation des ES SSR de proximité	ES 11.17	S	7
Planification du séjour des patients dont l'hospitalisation peut être programmée	ES 11.20	S	3
Limitation des admissions programmées les lendemains de week-end ou fériés et vendredi, samedi.	ES 11.21	S	5

Actions	N° d'action ES	Phase réactive pré plan blanc	Catégorie d'actions traceuses
Relevé de la date prévisionnelle de sortie par patient (gestion prévisionnelle des lits)	ES 11.22	S	
Anticipation des sorties pour les patients dont la sortie est prévue à court terme (J+1 ou +2).	ES 11.23	S	3
Détection des sorties d'hospitalisation retardées du fait d'attente examen imagerie ou avis spécialisés pour organiser une prise en charge prioritaire.	ES 11.26	S	3
Identification des patients hospitalisés en attente de SSR pour solliciter une accélération de leur admission (Tension solidaire)	ES 11.27	E	7
Identification des patients hospitalisés en attente d'EHPAD pour solliciter une accélération de leur admission (TS)	ES 11.28	E	7
Hébergement des patients dans des services non conformes à la pathologie.	ES 11.30	E	3
Les patients de réanimation pouvant être orientés précocement vers des lits de surveillance continue et de MCO.	ES 11.32	E	
Déprogrammation des admissions prévues en services de soins critiques (Sortie de bloc)	ES 11.33	E	
Préservation des lits de soins critiques les plus techniques	ES 11.34	E	
Mise en place de la cellule de crise de l'établissement	ES 12.1	E	1
Transmission aux SU de la liste des patients adressés par le Centre 15	ES 12.2	S	
Renforcement du personnel des services d'aval	ES 12.3	E	6
Renforcement du personnel des services des urgences	ES 12.4	E	6
Activation d'une filière rapide de prise en charge - circuit court (ambulatoire)	ES 12.6	E	2
Activation de la filière rapide de prise en charge ou circuit court avec du personnel des services d'aval et/ou les médecins d'astreinte.	ES 12.7	S	2
Promotion des transferts vers d'autres établissements	ES 12.8	E	7

7.2 Plan d'action HET d'une ARS

Les actions de l'ARS participent à aider les établissements en difficulté et s'appuient sur la même gradation d'actions que le plan des établissements.
Les tableaux 13 (PLAN D'ACTION HET ARS PREVENTION) et 14 (PLAN D'ACTION HET ARS REACTIF) précise l'inventaire de ses actions selon le même formalisme que les tableaux précédents.

Tableau 15 PLAN D'ACTION HET ARS PREVENTION

Actions	N° d'action ARS	Prévention au quotidien	Catégorie d'actions traceuses
Organisation et mise en œuvre de la veille régionale	ARS 1.1	E	
Mise en place d'une veille et d'un suivi des déclarations de tension des établissements	ARS 1.2	E	
Organisation en interne à l'ARS des modalités de réponse au dispositif HET	ARS 2.1	E	
Mise en place d'un outil régional de traçabilité des actions de chacun, commun à l'ARS et aux établissements	ARS 2.2	S	
Proposition dans le ROR d'un inventaire précis des places (par unité de soins), accessible à tous les professionnels de santé.	ARS 2.3	S	
Information des établissements et veille à l'anticipation de l'adaptation des ressources en cas de grands rassemblements.	ARS 2.4	E	
Coordination en amont des fermetures de lits.	ARS 2.5	E	
Proposition d'une formation ou d'un guide hôpital en tension à l'usage des directeurs	ARS 3.1	S	
Proposition d'une formation ou/et d'un guide hôpital en tension à l'usage des personnels des ARS	ARS 3.2	S	
Demande d'un relevé pluri-quotidien de la disponibilité des lits d'hospitalisation conventionnelle (ROR)	ARS 5.6	E	
Incitation à la mise en œuvre de consultations non programmées de médecine libérale au sein des maisons médicales de garde existantes, en dehors des horaires de PDSA	ARS 5.7	S	

Tableau 16 PLAN D'ACTION HET ARS REACTIF

Actions	N° d'action ARS	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Catégorie d'actions traceuses
Information des médecins libéraux des épisodes de tension	ARS 4.1		E	E	
Information des EHPAD des épisodes de tension	ARS 4.2		S	S	
Information des établissements sanitaires du territoire (SSR- Locaux - …) des épisodes de tension	ARS 4.3		E	E	
Information du public des épisodes de tension	ARS 4.4	S	E	E	
Mise en œuvre d'une suite rapide aux déclarations de tension en prenant contact avec la direction d'établissement	ARS 5.1	E	E	E	
Demande, en cas de déclaration de tension, que la situation soit confirmée et que les mesures correspondantes soient mises en place	ARS 5.2	E	E	E	
Organisation du rappel des directions en cas d'indicateurs de tension positifs sans déclaration de tension	ARS 5.3	E	E	E	
Demande d'un inventaire des actions instaurées dans les établissements en tension	ARS 5.4	E	E	E	
Vérification de la mise en œuvre des actions et poursuite du suivi quotidien, tant que la tension est maintenue	ARS 5.5	E	S	S	
Incitation à la mise en œuvre de consultations non programmées de médecine libérale au sein des maisons médicales de garde existantes, en dehors des horaires de PDSA	ARS 5.7	S	S	E	
Organisation du renfort des effectifs médicaux des maisons médicales de garde existantes, en période de PDSA	ARS 5.8		S	S	

Actions	N° d'action ARS	Phase réactive précoce	Phase réactive intermédiaire	Phase réactive pré plan blanc	Catégorie d'actions traceuses
Assurer une traçabilité complète des actions de l'ARS dans un objectif de coordination des acteurs	ARS 5.9	E	E	E	
Incitation des établissements à lever la tension en cas de retour à une situation habituelle pour éviter le maintien de tensions inutiles	ARS 5.10	E	E	E	
Déclenchement des tensions solidaires adaptées à la situation rencontrée	ARS 6.1		E	E	
Vérification du bon fonctionnement de la tension solidaire (utilisation des lits libérés…)	ARS 6.2		S	S	
Mobilisation des ES et SSR de proximité	ARS 6.3			E	
Organisation d'un retour d'expérience dans le cadre du Réseau des Urgences	ARS 7.1	S	S	E	
Evaluation des conséquences financières des plans HET (déprogrammation) et de la tension solidaire	ARS 7.2	O	O	O	

7.3 Présentation d'un outil électronique d'aide à la rédaction d'un plan HET

La FEDORU propose une application informatique spécifique permettant de faciliter la conception d'un plan HET. Le cahier des charges de cet outil s'appuie sur les principes exposés dans les paragraphes précédents.
Il est accessible via le site de la FEDORU (https://www.hopital-en-tension.fr) ; il nécessite une inscription en ligne et autorise un usage gratuit.

Les fonctionnalités disponibles sont :

- description des différentes actions disponibles dans un plan HET ;
- accès à des plans HET modèles pour les établissements ou l'ARS ;
- personnalisation des plans HET d'un établissement ou d'une ARS (identification par Finess géographique) ;
- description des modalités opérationnelles de mise en place retenues par établissement et ordonnancement chronologique des actions retenues ;
- formulaire de collecte des indicateurs épidémiques et des bulletins de veille (InVS)
- formulaire de collecte des actions traceuses d'HET (établissements) ;
- gestion des envois de mail automatique ;
- export et impression possibles .

Les données collectées auprès de l'InVS et des établissements pourront être transmises de façon automatique aux sites professionnels qui le souhaitent : ARS, ORU, InVS, Espaces numériques de santé notamment.

Ces fonctionnalités peuvent être complétées à la demande des régions par les fonctionnalités suivantes :

- formulaire de suivi des rapports des cellules de veille, de crise et de la commission des consultations et hospitalisations non programmées ;
- publication et modalité de "reporting" des indicateurs retenus ;
- formulaire permettant un rapport quotidien de la cellule de veille ou de crise ;
- formulaire de demande plan HET ;
- formulaire de déclaration des actions ;
- formulaire de déclaration de tension solidaire ;
- main courante régionale HET.

Menus de l'application HET FEDORU

8 Évaluation du dispositif HET

Les indicateurs, actions, processus multi-professionnels complexes que nous venons d'énumérer relèvent de propositions de professionnels de terrain. Ils sont encore peu évalués de façon rigoureuse ; il est donc difficile de prédire leur impact.
Ces propositions nécessitent une appropriation par les professionnels de santé, les établissements de santé et nos institutions. L'amélioration des outils passera par l'évaluation et les retours d'expérience, le tout dans une dynamique de complémentarité.

La FEDORU propose plusieurs niveaux d'évaluation. Dans un premier temps, deux axes sont proposés :

- une première évaluation du dispositif en place sous la forme d'un état des lieux ;
- la mise en place de retours d'expérience.

A moyen terme, la FEDORU souhaite réaliser des travaux qui porteront sur :

- l'évaluation d'indicateurs de détections HET ;
- l'évaluation des indicateurs d'actions HET.

8.1 Évaluation du dispositif HET en place

8.1.1 Description

L'objectif de cette démarche d'évaluation qui est réalisée à priori (en dehors d'un épisode de tension) est de permettre de faire un état des lieux de l'existant dans un établissement de santé, en termes de capacité d'adaptation de l'établissement face à une situation de tension.

La démarche d'évaluation cherchera à identifier d'une part les éléments pouvant potentiellement favoriser la survenue de tension, et d'autre part les éléments structurants permettant l'anticipation ou l'adaptation de l'établissement à une situation de tension.

Cette évaluation s'appuie sur une grille d'auto-évaluation, construite à partir des différentes recommandations en cours.
La grille d'audit explore les champs suivants :

- contexte général de l'établissement ;
- organisation de la SU : processus d'accueil et de prise en charge des urgences, système d'information, ressources humaines ;
- interfaces du SU avec le plateau technique ;
- organisation de l'établissement pour favoriser la fluidité d'aval de la SU ;
- culture HET de l'établissement ;
- éléments d'organisation de l'établissement aux situations de tension : Commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP), indicateurs de tension, organisation de la gestion des lits, cellule de tension, dispositif HET ;
- différentes actions déjà mise en œuvre par l'établissement pour faire face à une situation de tension.

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

Dans le cas d'auditeurs externes, il est souhaitable qu'ils puissent rencontrer largement les personnels concernés de l'établissement et à minima :

- le directeur ou son représentant ;
- le président de CME ou le vice-président de CME ;
- le chef de service des urgences ;
- le cadre du service des urgences ;
- un médecin chef d'un service et un cadre d'un service d'aval ;

- si le poste existe, le gestionnaire des lits.

8.1.2 Intérêts

Les arguments énumérés ici peuvent convaincre de l'intérêt d'une telle démarche au delà de ses vertus pédagogiques.

- établir facilement un état des lieux à l'aide d'un référentiel validé ;
- évaluer la maturité d'un dispositif HET 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.

8.2 Mise en place de retour d'expérience (REX ou RETEX)

Les principes retenus ici s'appuient sur les principes méthodologiques présentés dans les deux documents de références suivants :

- méthodologie de retour d'expérience pour les événements sanitaires ou à impact sanitaire - mars 2007 – Direction générale de la Santé Département des situations d'urgence sanitaire (DESUS) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/retour_experience.pdf
- retour d'expérience en santé (REX) : comprendre et mettre en œuvre – Dr B. BALLY et P. CHEVALIER – HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf

8.2.1 Description

Il s'agit d'une démarche collective et pluri-professionnelle d'analyse à posteriori de la gestion d'un évènement réel ou fictif ou d'un ensemble d'évènements comparables. Elle associe :

- collecte ;
- analyse approfondie ;
- identification d'actions d'amélioration ;
- suivi ;
- partage et communication des enseignements tirés ;

Les REX constituent à la fois un outil de connaissance, d'apprentissage, de formation et de communication.

8.2.2 Objectifs

- partager une vision globale de l'évènement et renforcer les liens tant au niveau de l'établissement, que du territoire ou de la région ;
- l'ARS et le réseau des urgences sont concernés et impliqués ;
- repérer les points positifs et les capitaliser ;
- identifier les points négatifs et proposer des axes d'amélioration ;
- reconnaître le travail de chaque acteur et faciliter la résilience ;
- valoriser l'expérience acquise pour la gestion de tensions futures ;
- démultiplier les enseignements tirés et sensibiliser les acteurs.

8.2.3 Trois niveaux d'analyse

La FEDORU propose la mise en place de REX HET à trois niveaux : régional, territorial et local (établissement). Une proposition de fiche REX est à télécharger sur le site de la FEDORU (www.fedoru - rubrique outils).

8.2.3.1 Régional et territorial

La FEDORU propose que chaque ORU, en lien avec son ARS, organise un retour d'expérience régional portant sur un/des épisodes de tension.

Principes :
- l'ORU est responsable de l'organisation et de l'animation de ce REX ;
- une fiche REX est formalisée pour chaque épisode de tension analysé ;
- cette fiche sert également de support de communication.

Fréquence : A minima, une fois par an.
Participants :
La FEDORU recommande la participation des professions suivantes :
- ORU : animateur du REX ;
- représentants des établissements (Directions, gestionnaires de lits, cadres de pôle, urgentistes, …) ;
- membres du réseau des urgences ;
- représentants de l'ARS .

Méthode :
- identification d'un responsable : ORU ;
- définition du périmètre (intégration des SAMU, etc.) et d'un calendrier ;
- détermination de la méthode de collecte, de tri et d'analyse de l'information ;
- identification de la / des situations à analyser par l'ORU en lien avec les SU ;
- utilisation systématique d'une fiche REX composée :
  - d'une description détaillée des évènements relatifs à la situation de tension et à sa résolution => identification en détail de l'évolution de la situation de tension dans ses diverses composantes (techniques, humaines, organisationnelles),
  - de l'identification des causes et des actions entreprises qui ont facilité ou freiné la résolution et des difficultés rencontrées lors de cette période de tension,
  - d'enseignements à tirer, de préconisations et d'actions à mettre en place
  - d'un suivi de ces actions,
- présentation de la situation en séance, analyse, points positifs et négatifs, détermination d'axes d'amélioration et de responsables pour mener à bien ces actions ;
- validation de la fiche avant diffusion.

Diffusion et communication
La fiche REX est rendue anonyme pour être diffusée dans le cadre des travaux HET de l'ORU à l'ensemble des établissements de la région.
Facteurs de réussite :
- engagement et soutien de l'ARS, du réseau et des SU ;
- recueil facilité des déclarations des (protagonistes urgentistes, directions, ARS, etc..).

8.2.3.2 Local

La FEDORU recommande l'organisation en interne (au niveau de chaque établissement), d'un REX systématique après chaque période de tension. L'organisation doit être définie dans le cadre du dispositif hôpital en tension. Les principes restent très superposables à ceux décrit au plan régional et territorial : nous relevons les points particuliers suivants :

- la FEDORU recommande que le REX s'organise dans le cadre d'un sous-groupe de la CACNP ;
- identification d'un responsable – d'un sous-groupe de la CACNP ;
- engagement et soutien de la direction et du président de CME.

9 Formation

Le catalogue des actions HET proposé, met l'accent sur l'intérêt des démarches de formations des professionnels concernés.
La région PACA s'est engagée sur cette voie en 2015 et propose, en lien avec l'ARS, des formations aux acteurs des établissements (directeurs, présidents de CME, urgentistes). Le retour d'expérience est très positif et marque l'intérêt tout particulier de regrouper, au cours de sessions communes, les acteurs de formations différentes, d'un même territoire.

Les objectifs affichés de ses formations régionales nomades sur la région sont les suivants :

- connaître la doctrine régionale en matière de tension hospitalière ;
- connaître le module « HET » du portail régional ;
- savoir interpréter un indicateur de tension ;
- connaître l'importance de la traçabilité et de la précocité des actions HET.

L'interaction autour de mise en situation fictive est un exercice qu'il faudra développer.

10 Actions nationales et régionales proposées

Certaines idées évoquées au fil de ce document ne pourront que difficilement émerger sans une promotion de niveau régional voire national. Le groupe de rédaction souhaite les rassembler ici car leur juxtaposition qualifie bien la démarche méthodologique de ce document.

10.1 Indicateurs

- La collecte des lits disponibles pourrait être réalisée sur le même mode que la collecte des RPU (collecte par Unité Fonctionnelle, à partir de flux logiciel automatisé à fréquence rapide, vers les concentrateurs régionaux),
- La collecte des indicateurs épidémiques auprès de l'InVS pourrait permettre son utilisation pour la veille HET au même titre que les autres indicateurs,
- La faisabilité de la collecte et l'apport de l'utilisation des données du résumé de régulation devraient être testés sur une région en préparation du SI National SAMU
- La veille quotidienne locale (établissement) et régionale doit être organisée et tracée
- Les indicateurs HET sont diffusés de manière transparente vers les différents acteurs
- La collecte des actions traceuses devrait être exhaustive et nationale
- La qualité et l'exhaustivité de la collecte du RPU est un paramètre qui devrait être utilisé dans le nouveau modèle de financement des urgences afin d'encourager une collecte de qualité
- Le RPU V3 est planifié à court terme

10.2 Actions HET

- Tous les établissements sanitaires et toutes les ARS pourraient renseigner un plan HET sur un support électronique régional ou national afin de permettre une analyse systématique de la situation,
- Le déclenchement des plans "HET solidaires" par l'ARS pourrait être une recommandation forte,
- Le relevé des actions HET devrait être diffusé de manière transparente vers les différents acteurs d'une région.

10.3 Évaluation HET

- Une évaluation des plans HET et de l'activité HET des établissements pourrait être réalisée de manière systématique,
- Les retours d'expérience (REX) pourraient être systématisés au niveau régional, territorial et local (établissement).

11 Conclusion

Le catalogue des outils « hôpital en tension » que nous proposons dans cette deuxième version du document HET FEDORU est particulièrement fourni ; les idées sont nombreuses, les exemples de mise en place se multiplient mais ils restent souvent parcellaires. Et pourtant, ce sujet tolère mal l'improvisation.

Mais rappelons les points forts du document de 2015 :

- Il est toujours difficile en 2015 de dégager un consensus dans le choix des indicateurs et des actions : pour autant l'étude Delphi HET réalisée par la FEDORU cette année donne des indices intéressants ;
- l'inventaire des actions mises en place quotidiennement par tous les acteurs de terrain doit être une priorité ; il constitue même un véritable indicateur "les actions traceuses d'HET" qui devrait être collectées systématiquement ;
- Il est impératif de mettre en place des plans d'action HET tant pour les établissements que pour les ARS. Ces plans peuvent être réalisés facilement grâce à un "canevas électronique" accessible sur le site de la FEDORU dès le mois de novembre 2015 ;
- l'évaluation des organisations peut donner lieu à la réalisation d'évaluations structurées propres à stimuler la prise de conscience et à combler les lacunes. La région Champagne-Ardenne met en place une démarche d'audit systématique en 2015 et propose sa grille d'analyse sur le site de la FEDORU ;
- la formation des acteurs est indispensable ; la région PACA s'est engagée sur cette voie en 2015 et propose, en lien avec l'ARS, des formations aux acteurs des établissements (directeur, présidents de CME, Urgentiste).

Enfin, des actions de niveau national et régional ont été proposées dans ce document car le groupe de rédaction est convaincu qu'il est possible d'accélérer le processus de structuration de la démarche (transparence et évaluation) ; une impulsion nationale espérée, qui pourrait profiter des outils web proposés par la FEDORU (construction d'un plan HET, actions traceuses HET).

Ce document est une deuxième version qui s'enrichira des résultats des évaluations à venir mais surtout des retours d'expérience que vous souhaitez apporter (coordination@fedoru.fr).

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

12 Bibliographie

1. *Emergency department crowding, part 1 : concept, causes, and moral consequences.* **Moskop J.-C., Sklar D.-P, Geiderman J.-M., Schears R.-M., Bookman K.-J.** 2009, Annals Emergency Medecine, pp. 53(5) : 605- 611.
2. *Crowding measures associated with the quality of emergency department care : a systematic review.* **Stang A.-S., Crotts J., Johnson D.-W., Hartling L., Guttmann A.** 2015, Academic Emergency Medecine, pp. 22(6) : 643-56.
3. *International perspectives on emergency department crowding.* **Pines J.-M., Hilton J.-A., Weber E.-J., et al.** 2011, Academic Emergency Medecine, pp. 18(12) : 1358-1370.
4. *A Conceptual Model of Emergency Departement Crowding.* **Asplin B.-R., Magid D.-J., Rhodes K.-V., et al.** 2003, Annals of Emergency Medicine, pp. 42(2) : 173-180.
5. *Measures of Crowding in the Emergency Department : a systematic review.* **Hwuang U., McCarthy M.-L., Aronsky D., Asplin B., Crane P.-W., Craven C.-K., Epstein S.-K., Fee C., Handel D.-A., Pines J.-M., Rahtlev N.-K., Schafermeyer R.-W., Zwemer F.-L. Jr, Bernstein S.-L.** 2011, Acad Emerg Med, pp. 18(5) : 527-538.
6. *Predicting emergency department inpatient admissions to improve same-day patient flow.* **Peck J.-S., Benneyan J.-C., Nightingale D.-J., Gaehde S.-A.** 2012, Acad Emerg Med, p. 19(9).
7. *From model to forecasting : a multicenter sudy in emegency departments.* **Wargon M., Casalino E., Guidet B.** 2010, Acad Emerg Med, pp. 17(9) : 970-8.
8. *Time series modelling and forecasting of emergency department overcrowding.* **Kadri F., Harrou F., Chaabane S., Tahon C.** 2014, J Med Syst, p. 38(9) : 107.
9. *Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux.* **ANAES.** 2002, ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), pp. http://www.hassante.fr/portail/upload/doc/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_principes_generaux_guide_2002.pdf.
10. *What We Have Learned From a Decade of ED Crowding Research* . **Pines J.-M., Griffey R.-T.** 2015, Acad Emerg Med, pp. 22(8) : 985-7.
11. *Estimating the Degree of Emergency Department Overcrowding in Academic Medical Centers : Results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS).* **Weiss S.-J., et al.** 2004, Academic Emergency Medecine, pp. 11(1) : 38-50.
12. *Initial validation of the International Crowding Measure in Emergency Departments (ICMED) to measure emergency department crowding.* **Boyle A., Coleman J., Sultan Y., Dhakshinamoorthy V., O'Keeffe J., Raut P., Beniuk K.** 2015, Emergency Medecine Journal, pp. 32(2) : 105-8.
13. *Development and validation of a new index to measure emergency department crowding.* **Bernstein S.-L., Verghese V., Leung W., Lunney A.T., Perez I.** 2003, Academic Emergency Medecine, pp. 10 : 938-42.
14. *When the Safety Net Is Unsafe : Real-time Assessment of the Overcrowded Emergency Department.* **Reeder T.-J., Garrison H.-G.** 2001, Academic Emergency Medecine, pp. 8(1) : 1071-1074.
15. *Development of an emergency department work score to predict ambulance diversion.* **Epstein S.-K., Tian L.** 2006, Academic Emergency Medecine, pp. 13(4) : 421-6.
16. *Evaluating community E.-D. crowding : the community ED Overcrowding Scale study.* **Weiss S.-J., Rogers D.-B., Maas F., Ernst A.-A., Nick T.-G.** 2014, Am J Emerg Med, pp. 32(11) : 1357-63.
17. *Skane Emergency Department Assessment of Patient Load (SEAL) - A Model to Estimate Crowding Based on Workload in Swedish Emergency Departments.* **Wretborn J., Khoshnood A., Wieloch M., Ekelund U.** 2015, PLoS One, p. 10(6) : e0130020.
18. *Measuring emergency department crowding in an inner city hospital in The Netherlands.* **Anneveld M., Van Der Liden C., Grootendorst D., et al.** 2013, International Journal of Emergency Medicine, p. 6(21).
19. *The inaccuracy of determining overcrowding status by using the national ED overcrowding study tool.* **Wang H., Robinson R.-D., Bunch K., Huggins C.-A., Watson K., Jayswal R.-D., White N.-C., Banks B., Zenarosa N.-R.** 2014, Am J Emer Med, pp. 32(10) : 1230-6.

20. *National Emergency Department Overcrowding Study tool is not useful in an Australian emergency department.* **Raj K., Baker K., Brierley S., Murray D.** 2006, Emerg Med Australas, pp. 18(3) : 282-8.
21. *Keys indicators of overcrowding in Canadian emergency departments : a Delphi study.* **Ospina M.-B., Bond K., Schull M. et al.** 2007, Canadian Journal of Emergency Medecine, pp. 9(5) : 339-346.
22. *Emergency department crowding : prioristing quantified crowding measures using a Delphi study.* **Beniuk K., Boyle A.-A., Clakson P.-J.** 2012, Emergency Medecine Journal, pp. 29 : 868-871.
23. *Task Force Report on Boarding : Emergency Department Crowding : High-Impact, Solutions.* **ACEP.** 2008, American College of Emergency Physician, p. http://www.acep.org/content.aspx?id=32050.
24. *Emergency department overcrowding and access block.* **Affleck A., Parks P., Drummond A., Rowe B.-H., Ovens H.-J.,.** 2013, MDIJCMU, pp. 15(6) : 371-384.
25. *Crowding in Emergency Departments Revised.* **The College of Emergency Medicine.** 2014, The College of Emergency Medicine, pp. http://www.rcem.ac.uk/shop-Floor/Clinical%20Guidelines/College%20Guidelines.
26. *Rapport du Professeur Pierre Carli : Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences.* **Carli P.** 2013, CNUH (Conseil National de l'Urgence Hospitalière), pp. http://.sante.gouv.fr/propositions-de-recommandations-de-bonne-pratique-facilitant-l-hospitalisation-des-patients-en-provenance-des-services-d-urgences.html.
27. *Strategies to Reduce Emergency Department Overcrowding.* **Guo B., Harstall C.** 2006 , Health Technology Assessment, p. Report #38.
28. *Emergency department crowding towards an agenda for evidence-based intervention.* **Morris Z.-S., Boyle A., Beniuk K., Robinson S.** 2012, Emerg Med J, p. 29 : 460e466.
29. *Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department.* **Sharma A., Inder B.** 2011, Emerg Med J, p. 28 : 658e661.
30. *Effect of population ageing on emergency department speed and efficiency : a historical perspective from a district general hospital in the UK.* **Georges G., Jell C., Todd B.-S.** 2006, Emerg Med J, pp. 23(5) : 379-83.
31. *Google Flu Trends : correlation with emergency department influenza rates and crowding metrics.* **Dugas A.-F., Hsieh Y.-H., Levin S.-R., Pines J.-M., Mareiniss D.-P., Mohareb A., Gaydos C.-A., Perl T.-M., Rothman R.-E.** 2012 , Clin Infect Dis, pp. 54(4) : 463-9.
32. *Demand on ED resources during periods of widespread influenza activity.* **Silka P.-A., Geiderman J.-M., Goldberg J.-B., Kim L.-P.** 2003 , A J Emerg Med, pp. 21(7) : 534-9.
33. *Optiminzing emergency department front-enD operations.* **Wiler J.-L., Gentle C., Halfpenny J.-M., Heins A., Mehrotra A., Mikhail M.-G., Fite D.** 2010, Ann Emerg Med, pp. 55(2) : 142-160.el.
34. *Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments.* **Zeller S., Calma N., Stone A.** 2014, West J Emerg Med, pp. 15(1) : 1-6.
35. *Point-of-care testing in the overcrowded emergency department-can it make a difference?* **Rooney K.-D., Schilling U.-M.** 2014, Crit Care, p. 8 ;18(6) : 692.
36. *A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments.* **Oredsson S., Jonsson H., Rognes H., Lind L., Göransson K.-E., Ehrenberg A., Asplund K., Castrén M., Farrohknia N.** 2011, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, p. 19 : 43.
37. *A long-term Analysis of Physician Triage Screening in the Emergency Department.* **Rogg J.-G., White B.-A., Biddinger P.-D., Chang Y., Brown D.-F.-M.** 2013, Academic Emergency Medecine, pp. 20 : 374-380.
38. *Transforming emergency care in England.* **Alberti G.** 2004, pp. http://aace.org.uk/wpcontent/uploads/2011/11/Transforming-Emergency-Care-in-England.pdf.
39. *Reducing Ambulance Diversion at Hospital and Regional Levels : Systemic Review of Insights from Simulation Models.* **Delgado M.-K., Meng L.-J., Mercer M.-P., Pines J.-M., Owens D.-K., Gregory S., Zaric G.-S.** 2013, West J Emerg Med, pp. 14(5) : 489-498.

13 Annexe 1

Liste des experts : étude sur les indicateurs HET (méthode Delphi)

Dr Christian Bar, Chef de Service des urgences du CH Brignoles, Dr Jean Claude Bartier, Médecin coordinateur du Réseau des urgences d'Alsace. Dr Philippe Berger, Unité de Réanimation polyvalente CH Châlons en Champagne. Pr Pascal Bilbault, Responsable du Service des Urgences Médico-chirurgicales Adultes, CHU Strasbourg. Dr Vincent Bounes, Chef adjoint du pôle médecine d'urgences, CHU Toulouse. Dr François Braun, Chef de Service des Urgences- SAMU 57, CHR Metz-Thionville. Dr Céline Carles, PH des Urgences polyclinique Bordeaux Nord Atlantique. Pr Enrique Casalino, Chef du pole SUPRA, Groupe Hospitalier Universitaire Paris Nord-Val de Seine. Dr Tahar Chouihed, PH Urgences, CHU Nancy. Dr Pierre-Geraud Claret, PH SAMU-Urgences, CHU Nimes. Dr Nathalie Cueille, responsable service Urgences SMUR-UHCD, CH Saint Junien. Dr André De Caffarelli, Responsable d'unité du SAU, CHG de Bastia. Dr Olivier De Stabenrath, PH des Urgences, CH de Villenave-d'Ornon. Dr Arnaud Devillard, Chef de service des Urgences SAMU, CH Troyes. Dr Romain Dufau, Responsable de l'Unité d'Accueil des Urgences, CHU Jean Verdier, AP-HP Université Paris XIII. Dr Carlos El Khoury, Chef de Pôle Urgences, coordinateur RESCUe.RESUVal, CHU Vienne. Pr Patrick Gerbeaux, Service des Urgences Timone 2, CHU Timone, AP-HM. Dr N. Sybille Goddet, SAMU 71. Dr Yannick Gottwalles, Chef de Sercice-Pôle urgences Pasteur, Hôpitaux Civils de Colmar. Dr Bruno Goulesque, PH service SAMU/SMUR/Urgences, CH Mulhouse. Dr Mohamed Hachelaf, Praticien hospitalier Pôle Urgences-SAMU-Réanimation médicale, RRUH-FC, CHU Besançon. Dr Henri-Hani Karam, Responsable des Urgences Adultes, CHU DUPUYTREN Limoges. Dr Laurent Leflon, Chef de service des Urgences-SMUR du CH Epernay. Dr Nicolas Longeaux, PH Urgences, Centre Hospitalier Comminges Pyrénées et président de l'ORU MIP. Dr Stéphane Luigi, Chef de Services des Urgences SMUR, CH Martigues. Dr Laurent Maillard, coordonnateur Médical, ORU Aquitaine. Dr Bruno Maire, réseau Lorraine urgences, CHU Nancy. Pr Alain Martinot, Chef du Pôle Enfant, CHRU Lille. Dr Patrick Mauriaucourt, Responsable de l'UHSI, CHU Lille. Pr Pierre Michelet, Chef de Service des Urgences Timone 2, CHU Timone, AP-HM. Dr Marc Noizet, Directeur de l'ORU Champagne-Ardenne. Dr Carole Paquier, SAU- CHU de Grenoble. Pr Dominique Pateron, Chef de service des Urgences, CHU Est Parisien, AP-HP. Dr Pierre-Bernard Petitcolin, directeur médical de l'ORULIM, Limoges. Dr Raphaël Preisser, Coordonnateur RTU 40, CH Mont-Marsan. Dr Guillaume Ranchon, chef d'unité NACC UHCD, CHU Lyon. Dr Jacques Remize, responsable des Urgences-SAMU-SMUR du CH Brive-La-Gaillarde. Dr Jérome Schlegel, Chef de Service du Service d'Accueil des Urgences SMUR, CH de Haguenau. Dr Jeannot Schmidt, chef du pôle inter hospitalier SMUR, Centre Hospitalier de RIOM. Dr Patrice Serre, PH Urgences SAMU SMUR et coordonnateur RESUVAL, CH Fleyriat, Bourg en Bresse. Dr Guillaume Valdenaire, Chef d'unité Urgences Adultes-Pôle Urgences SAMU/SMUR, CHU Bordeaux. Dr Bruno Verguet, responsable SAMU 23, CH Gueret. Dr Mathias Wargon, Chef de service des urgences, Hôpital Saint Camille, Bry Sur Marne. Dr Pierre Willem, responsable des Urgences, CH Châlons-en-Champagne.

Notes

Notes

Directeur de la publication :

Dr Gilles VIUDES

Impression :
COREP, 10 rue Brantome, 75003 PARIS.

ISSN :
En cours

Dépôt légal :
Novembre 2015

Date de publication :
Novembre 2015

Association loi 1901
Siège social : GIP ORU PACA
145, chemin du Palyvestre 83400 Hyères
www.fedoru.fr
N° SIRET : 799 901 848 00017