



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **octobre 2016**

**Le plan Hôpital en Tension, entre
gestion de crise et gestion quotidienne
de la capacité d'hébergement.
L'exemple du Centre Hospitalier de
Landerneau**

Cécile LE BONNIEC

Remerciements

Je remercie le Dr Françoise CELLIER, coordinatrice médicale du Réseau Bretagne Urgences qui a accepté d'encadrer ce mémoire. Son éclairage, sa disponibilité et ses conseils précieux ont été autant d'atouts qui m'ont aidée à nourrir ma réflexion sur le sujet Hôpital en Tension.

Je remercie les professionnels du Centre Hospitalier de Landerneau avec lesquels j'ai pu travailler sur ce sujet : médecins, cadres de santé, cadres supérieurs de santé et directeurs qui ont participé activement au groupe de travail et ont permis d'aboutir rapidement à un plan opérationnel pour l'établissement.

Je remercie tout particulièrement Claire MILLINER, directrice déléguée du Centre Hospitalier de Landerneau et qui m'a encadré pendant ce stage. Sa bienveillance et sa confiance sur le sujet « Hôpital en Tension » comme sur tous les autres sujets m'ont permis au fil des mois de me projeter dans mon futur métier.

Je remercie également Laurence JULLIEN-FLAGEUL, Directrice des Soins au CHRU de Brest et Christelle COLLEC, Responsable du pôle Relations Clients au CHRU de Brest pour m'avoir permis d'assister au groupe de travail HET du CHRU de Brest.

Enfin, je remercie de tout cœur Julien et Augustin pour le soutien, la patience et la présence qu'ils m'apportent tous les jours. Merci.

Sommaire

Introduction	1
1 Le Plan Hôpital en Tension : une réponse à une situation de crise exceptionnelle ou un outil amené à se banaliser ?	5
1.1 Un « état d'urgence hospitalier » qui se distingue du Plan Blanc mais qui s'inscrit dans un dispositif de gestion de crise	5
1.1.1 Les contours du dispositif Hôpital en tension.....	6
1.1.2 De la tension ressentie à la tension objectivée : l'importance des signaux d'alerte 11	
1.2 Le plan HET : une démarche qui promeut tout autant les aspects préventifs que curatifs.....	13
1.2.1 Eviter la situation de crise : les actions préventives.....	13
1.2.2 Résoudre la crise : les aspects réactifs des plans Hôpital en Tension.....	16
2 Guidé par les propositions d'actions du Réseau Bretagne Urgences, le plan Hôpital en Tension du Centre Hospitalier de Landerneau s'inscrit dans une logique de gestion de crise, marqué par la volonté de pragmatisme	20
2.1 Le groupe de travail régional piloté par le Réseau Bretagne Urgences a fixé les grandes orientations des plans Hôpital en Tension des hôpitaux bretons	20
2.1.1 Suite à l'épisode de tension de l'hiver 2015, le GCS RBU s'empare du sujet HET	21
2.1.2 Au Centre Hospitalier de Landerneau : de fortes attentes vis-à-vis du plan HET, partagées par le Service des urgences et les services d'aval.....	25
2.2 Le plan HET du Centre Hospitalier de Landerneau traduit une volonté de faire de ce dispositif un outil spécifique de gestion de crise, ancré dans son territoire	30
2.2.1 Des mesures préventives et réactives adaptées au fonctionnement d'un centre hospitalier de taille modeste	31
2.2.2 Dans le contexte de la création du GHT de Bretagne Occidentale, les situations de tension pourraient devenir un enjeu de territoire dans lequel l'ARS à son rôle à jouer	33
Conclusion	37
Bibliographie	39
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence National d'Appui à la Performance
ARDAH : Application de Recueil de Données de l'Activité Hospitalière
ARS : Agence Régionale de Santé
BACH : Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CIRE : Cellule de l'INVS en Région
DD-ARS : Délégation Départementale de l'Agence régionale de Santé
DIM : Département d'Information Médicale
DROM : Département et Région d'Outre-Mer
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HET : Hôpital en Tension
HDJ : Hôpital de Jour
HS : Hôpital de semaine
INVS : Institut National de Veille Sanitaire
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
ORSAN : Organisation de la Réponse du Système de Santé en Situations Sanitaires Exceptionnelles
ORU : Observatoire Régional des Urgences
RETEX : Retour d'Expérience
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SSA : Service de Santé des Armées
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Dès 2013, le Professeur CARLI mettait en avant dans son rapport « Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences », l'intérêt pour les établissements de santé à se doter d'un plan Hôpital en Tension. La notion récente d'Hôpital en Tension traduit des difficultés de gestion des flux dans les hôpitaux dont le point névralgique se trouve dans les services d'urgences. Toutefois, il ne faut pas limiter la problématique d'hôpital en tension au périmètre des Urgences. L'afflux de patients à hospitaliser à partir des urgences pose rapidement la question de l'aval et de la capacité pour les services de soins à accueillir un nombre inhabituellement élevé de patients, causant parfois une charge en soins particulièrement lourde.

Moins de trois ans après la publication de ce rapport, on constate que les établissements de santé, confrontés de plus en plus souvent à des épisodes de tension, sont amenés à déclencher des plans de crise comme le plan Hôpital en Tension à des fréquences qui semblent toujours plus rapprochées.

Les causes à ce phénomène sont multiples. L'épidémie de grippe de l'hiver 2005 puis celle de 2015, dont l'ampleur a amené la Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE a déclenché le plan ORSAN sur le territoire national, ont mis en lumière la nécessité pour les établissements de santé de se doter de plan Hôpital en Tension : plusieurs groupes de travail ont vu le jour pour identifier les causes de la crise et émettre des recommandations quant à la gestion des flux de patients, des urgences aux services de soins.

Le Plan Hôpital en Tension est donc bien un plan de gestion de crise, qui ne doit être déclenché que lorsque les seuils des signaux, indicateurs d'affluence et d'occupation des lits sont atteints. Il se distingue du Plan Blanc qui doit être réservé aux situations sanitaires tout à fait exceptionnelles et caractérisées par leur nature, leur ampleur, leur durée et leur intensité. Les attentats parisiens de novembre 2015 ou ceux de Nice en juillet 2016 démontrent le caractère exceptionnel que revêt le plan Blanc, tant par le nombre de victimes que par la nature des blessures à soigner.

Le Plan Hôpital en Tension est lui circonscrit aux problématiques de flux de patients et la tension ressentie peut provenir de trois sources : l'affluence de patients (en période épidémique par exemple), le défaut d'effectifs soignants ou la carence de lits d'aval (en période estivale avec la fermeture de lits par exemple).

En somme la notion d'Hôpital en Tension peut être résumée à une inadéquation entre les moyens disponibles (en lits et en personnels) et les besoins d'hospitalisations non programmées. Il s'agit tout autant d'un plan préventif que réactif.

Alors que dans son rapport, le Professeur CARLI appréhende le Plan Hôpital en Tension comme une « variante du Plan Blanc », « une arme lourde réservée à la gestion d'une situation grave et exceptionnelle », il semble pourtant que les établissements de santé doivent déclencher de plus en plus souvent ce type d'actions. Les Agences Régionales de Santé encouragent d'ailleurs fortement les établissements de santé à formaliser les actions de prévention et de réaction pour faire face aux situations de crises qui peuvent parfois avoir des retentissements médiatiques, d'autant plus forts à l'heure des réseaux sociaux. Le lien avec les recompositions capacitaires doit ici être souligné comme facteur amenant au déclenchement de plus en plus fréquent des plans Hôpital en tension : le virage ambulatoire et le plan triennal impulsés par le Ministère de la Santé pèsent sur les capacités des établissements à prendre en charge des hospitalisations non programmées. On peut alors se demander si le plan Hôpital en Tension, pensé comme un plan de gestion de crise, n'est pas selon les périodes de l'année, un plan de gestion au quotidien de la capacité d'hébergements qui peut devoir se déployer sur une période relativement longue.

Le Centre Hospitalier de Landerneau (Finistère) a souhaité lui aussi se doter d'un plan Hôpital en Tension. Centre hospitalier disposant de 104 lits et 11 places de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, 30 lits de Soins de Suite et de Réadaptation, 47 lits et 19 places de psychiatrie et 290 lits d'EHPAD, et situé à 25 kilomètres du Centre Hospitalier Universitaire de Brest (établissements en direction commune), cet établissement a connu de nombreux épisodes de tension au cours de l'hiver 2015 - 2016. En l'absence de formalisation des indicateurs de surveillance de l'activité, la tension de l'hôpital de Landerneau n'a pu être que « ressentie » et non objectivée. Toutefois, les flux de patients ont été tels au cours de l'hiver que les professionnels soignants, médicaux (des urgences comme des services d'aval) et la Direction se sont accordés sur la nécessité de disposer rapidement d'un plan permettant de prendre rapidement les mesures adaptées en cas de tension dans l'établissement. Un groupe de travail regroupant différents professionnels (médecins, cadres, soignants, direction) s'est donc constitué pour dégager les modalités du plan Hôpital de Tension à Landerneau. Parallèlement à cette démarche, un groupe de travail régional mené par l'Observatoire Régional des Urgences, s'était réuni depuis novembre 2015 pour élaborer le cadre d'un plan type commun à l'ensemble des établissements bretons dotés d'un service d'urgences. Le Centre hospitalier de Landerneau s'est donc approprié les outils construits par le groupe régional, en les adaptant pour en faire une boîte à outils prête à l'emploi en cas de déclenchement d'un plan Hôpital en Tension.

L'objet de ce mémoire, sera donc d'évaluer la portée des dispositifs Hôpital en Tension : alors qu'ils sont amenés à être déclenchés de plus en plus souvent, ces plans peuvent-ils garder un caractère exceptionnel répondant à une situation de crise ou bien ont-ils vocation à devenir un outil de gestion au quotidien de la capacité d'hébergement ? L'analyse de la conception du plan HET du Centre Hospitalier de Landerneau, s'appuyant sur le plan type régional proposé par l'ORU Bretagne, permettra de confirmer la vocation de gestion de crise de ces dispositifs.

1 Le Plan Hôpital en Tension : une réponse à une situation de crise exceptionnelle ou un outil amené à se banaliser ?

La tension hospitalière témoigne d'une situation de saturation, souvent caractérisée par l'absence de lits disponibles ou limitée à une tension d'affluence aux urgences. Elle engendre donc une désorganisation des services (décisions prises dans l'urgence d'ajouts de lits, etc) qui peut altérer la qualité des soins produits. Cette tension est ressentie à tous les niveaux : soignants, médecins mais aussi patients ou consultants. On constate en effet sur les périodes de tension hospitalière une altération de la qualité des soins liée à une dégradation du jugement des professionnels soignants, une proportion plus importante des sorties contre ou sans avis médical de la part de patients ne souhaitant pas rester en salle d'attente ou hospitalisé dans des conditions dégradées. Au final, on constate sur ces périodes une augmentation de la mortalité et morbidité des patients hospitalisés.

Le dispositif « Hôpital en Tension » vise donc à permettre la continuité des soins (y compris l'activité programmée) pour les hôpitaux devant faire face à une situation critique de prise en charge des urgences hospitalières, sans toutefois être dans la cas de figure du déclenchement du Plan Blanc qui reste réservé aux situations sanitaires exceptionnelles.

S'il n'est pas exclusivement circonscrit aux périodes épidémiques ou estivales, le dispositif Hôpital en tension reste largement lié aux variations d'activités et peut donc être anticipé, contrairement au Plan Blanc dont la survenue est par nature possible à tout moment. Par ailleurs, le plan Hôpital en Tension se caractérise avant tout par son caractère dual : préventif et réactif, facilitant ainsi la prise de décision précoce. Son déclenchement doit rester conditionné à l'atteinte de seuils d'activité confirmant la tension dans l'établissement, pour garder sa pertinence et son caractère d'état d'urgence hospitalier qui justifie des prises de décisions exceptionnelles.

1.1 Un « état d'urgence hospitalier » qui se distingue du Plan Blanc mais qui s'inscrit dans un dispositif de gestion de crise

La tension hospitalière se définit comme une situation de crise, pour autant, le dispositif Hôpital en Tension ne doit pas être confondu avec le plan Blanc, même s'il peut le précéder. Les signaux d'alerte et la veille sont des éléments fondamentaux dans le

dispositif Hôpital en Tension qui permettent d'assoir notamment le volet préventif du dispositif et la gradation des mesures à prendre pour répondre à la problématique de flux de patients aux urgences.

1.1.1 Les contours du dispositif Hôpital en tension

a) Définition de la tension hospitalière et distinction avec le Plan Blanc

La tension hospitalière se caractérise par une situation de surcharge ou de saturation des lits à un moment donné. La difficulté se présente souvent en premier lieu aux Urgences, par un afflux de patients à hospitaliser et se diffuse aux services d'aval dont les lits sont rapidement saturés. La charge de travail pour les professionnels soignants, médicaux et paramédicaux va être alourdie en conséquence. Il en résulte une priorisation des actions et des soins à prodiguer au détriment de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. L'analyse des fiches d'évènements indésirables remplies par les soignants pendant ces périodes traduit parfaitement la tension ressentie en termes de charge en soins et le malaise qui en découle pour ces professionnels conscients de ne pas avoir pu répondre parfaitement à leurs missions (retard dans les soins infirmiers programmés ou dans les toilettes, impossibilité de lever les patients, ou encore suppression de la distribution de collations, etc). Les patients et leurs familles sont témoins de la désorganisation du service et peuvent alors exprimer un mécontentement ou parfois témoigner de l'empathie à l'égard des soignants mais qui dans tous les cas, renvoient une image dégradée de l'institution. La Direction d'un établissement de santé en tension se doit donc de réagir rapidement pour endiguer la crise. Bien souvent, le Directeur de garde sera le premier alerté sur la situation de pénurie de lits, il sera attendu de sa part une prise de décision pour soulager rapidement les équipes médicales (ajouts de lits de crise, renfort de personnels, etc).

La situation de tension hospitalière peut aboutir à une vraie situation de crise lorsque l'ensemble des services semblent saturés, et que les lits dans les services critiques comme la réanimation, les soins intensifs ou continus ne peuvent être libérés par faute de solution d'aval.

Toutefois, la circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé distingue clairement la situation d'hôpital en tension de celle d'hôpital confronté à un Plan Blanc. « Ce plan est normalement réservé à un évènement exceptionnel à conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponses adaptées. » Par ailleurs, cette circulaire

précise que « 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 ».

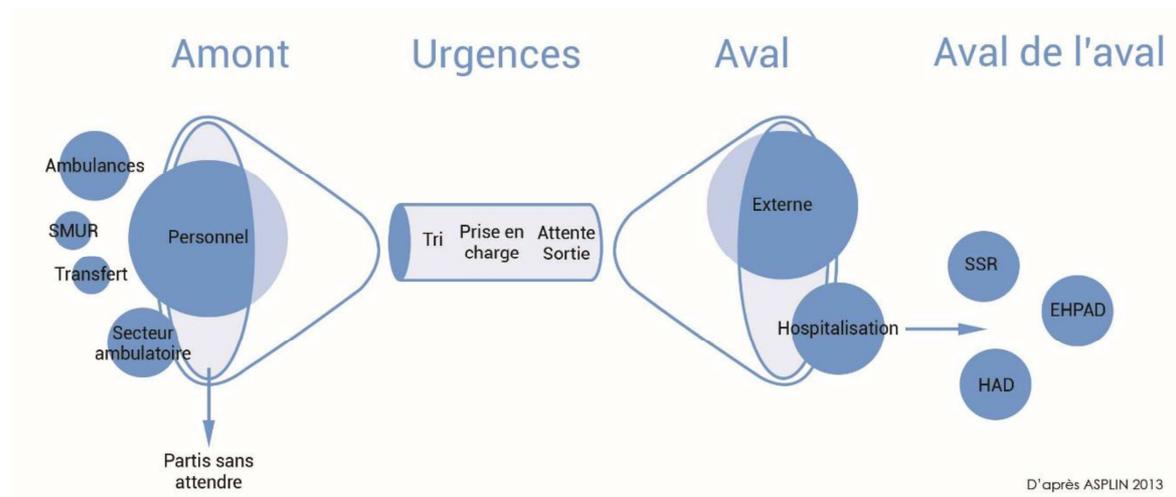
Chaque établissement devra donc ajuster ses organisations pour répondre, tant en prévention qu'en réaction, à la situation de tension pour limiter ses effets dans le temps et dans son ampleur.

b) *Les catégorisations des différentes situations de tensions hospitalières*

La tension hospitalière procède principalement de trois sources : tension d'affluence, tension par carence de lits d'aval et tension sur l'organisation des urgences.

La synthèse réalisée par la Fédération des Observatoires régionaux des Urgences cite le modèle conceptuel d'Asplin¹ qui démontre bien les deux sources de tensions : amont et aval. L'amont se caractérise par l'afflux important de consultants aux urgences et la tension d'aval se caractérise par la pénurie de lits.

Le troisième type de tension est décrit par la FEDORU comme celle du « défaut de processus au sein des urgences » ; Il peut s'agir d'une problématique structurelle aux urgences (un défaut d'effectifs soignants ou médicaux pour congés, maladie ou autre) ou encore d'indisponibilité du plateau technique pour cause de panne. Mais il peut également s'agir d'une charge en soins particulièrement lourde (patients à réanimer, etc).



Graphique extrait de la synthèse FEDORU – Recommandations Hôpital en tension (novembre 2015)

¹ A conceptual model of Emergency Department Crowding. Asplin B.-R., Hilton J.-A., Weber E.-J., et al. 2011, Academic Emergency Medicine, graphique extrait de la synthèse de la FEDORU (Novembre 2015)

Ces trois catégorisations de tension sont bien évidemment le plus souvent intriquées et convergent l'une vers l'autre. Toutefois, il convient de bien analyser la source de la tension hospitalière dès le début pour y apporter la solution la mieux appropriée.

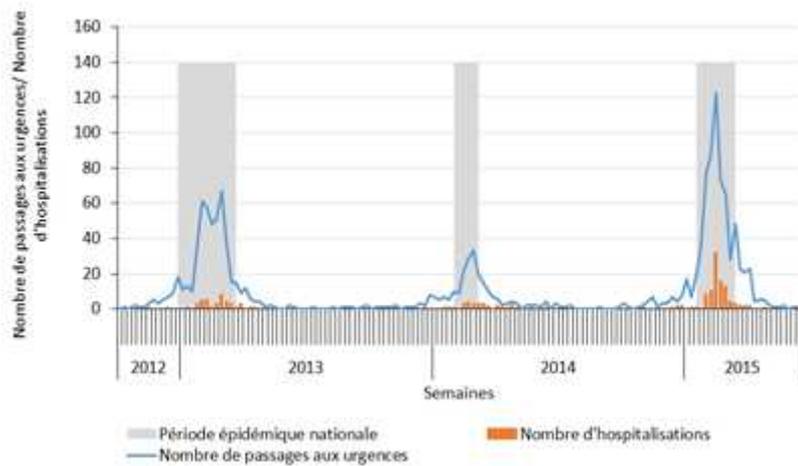
c) *Les facteurs expliquant le déclenchement de plus en plus fréquent des plans
Hôpital en Tension*

Si les sources de tension sont bien identifiées comme évoquées ci-dessus, il semble que les établissements de santé soient amenés à rencontrer de plus en plus fréquemment deux de ces sources.

D'une part, l'affluence aux urgences, en période hivernale mais aussi en période estivale. L'analyse réalisée par les Dr CELLIER et KERGARAVAT sur l'impact d'une épidémie de grippe sur les structures hospitalières, à l'occasion de la 3^{ème} Journée régionale de veille sanitaire en Bretagne démontre parfaitement la chronologie des acteurs de santé concernés par une telle épidémie : d'abord la médecine libérale, puis le SAMU qui doit faire face à une forte augmentation des appels et enfin, les structures hospitalières, avec selon les cas, une hausse des consultations aux urgences et des hospitalisations² (cf. Annexe n°1). Les données de la cellule de l'Institut de Veille sanitaire en Bretagne (CIRE Ouest) confirment l'ampleur de l'épidémie de grippe lors de l'hiver 2015 :

- En Bretagne : 830 passages aux urgences pour grippe, dont 152 hospitalisations (18%)
- 53% des passages aux urgences chez des patients de moins de 15 ans
- Le taux d'hospitalisation des personnes se présentant pour des symptômes de grippe a été globalement de 11%. Mais ce taux atteint 47% pour les patients âgés de plus de 65 ans. Le risque d'hospitalisation est multiplié par 6 pour les patients de plus de 85 ans
- 86 cas graves admis en service de réanimation dont 13 décès
- 92% des décès dû à la grippe ont concernés des personnes de plus de 65 ans

² Impact d'une épidémie de grippe sur les structures hospitalières (à propos de l'épisode grippal 2014-2015), étude présentée lors de la 3^{ème} Journée régionale de veille sanitaire en Bretagne

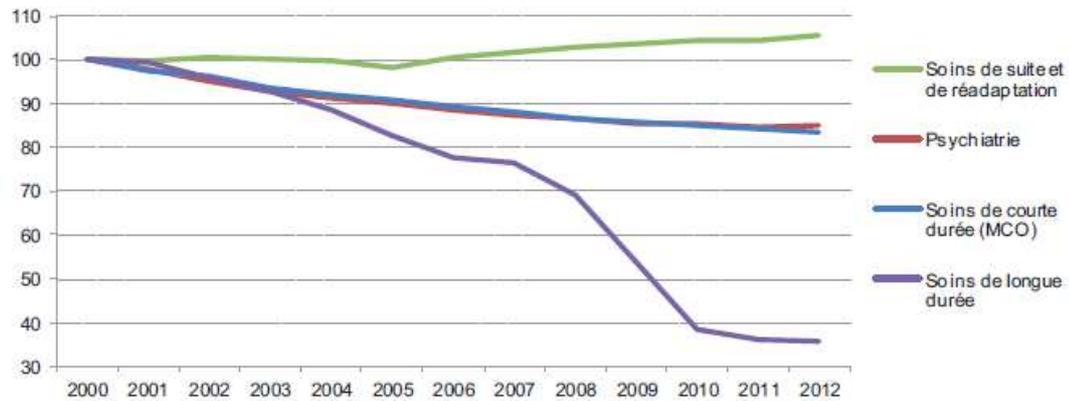


Source : CIRE OUEST Nombre de passage aux urgences et hospitalisations les plus élevées des trois dernières années en Bretagne

Les pathologies hivernales comme la grippe créent rapidement une tension d'affluence : d'une part les patients à prendre en charge sont souvent âgés, la grippe peut aggraver une pathologie déjà existante. Par ailleurs, la charge en soins est d'autant plus alourdie que des précautions particulières devront être prises pour éviter les contaminations dans le service. Les chiffres présentés ci-dessus mettent l'accent sur la corrélation entre le risque d'hospitalisation pour cette pathologie et l'âge. En effet, l'épidémie de grippe de 2015 est marquée par la fréquence des cas groupés en collectivités. Ce point a une incidence notable sur les services d'hospitalisation car en présence d'un foyer de grippe dans une résidence pour personnes âgées, le retour des patients hospitalisés pour un autre motif va être freiné, pour éviter que ces patients fragilisés sortants d'hospitalisations soient à leur tour touchés par la grippe. La durée de séjour est alors allongée, renforçant la problématique des carences de lits.

L'autre source de tension souvent mise en cause concerne la pénurie de lits. Elle est bien entendu à lier à la tension d'affluence mais il faut souligner qu'elle s'amplifie depuis quelques années sous l'effet des reconfigurations capacitaires, notamment virage ambulatoire et plan triennal.

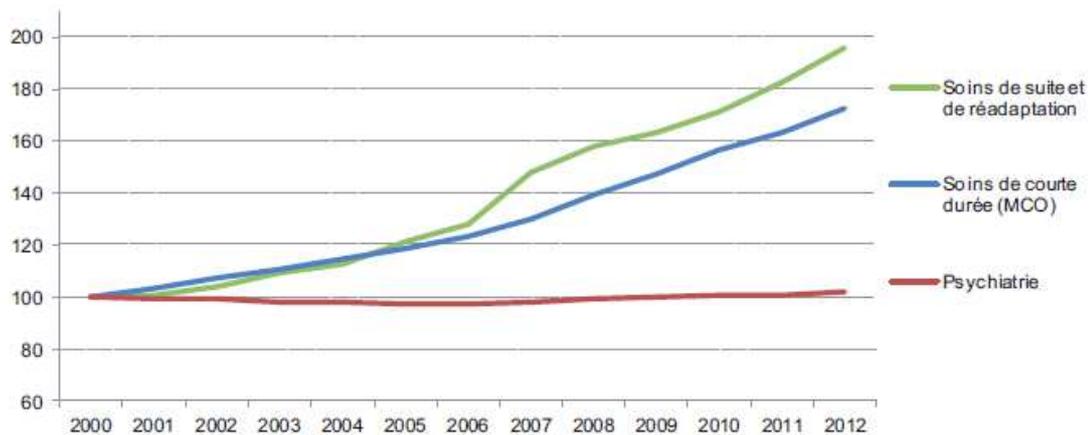
Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète pour 10 000 habitants, en base 100 en 2000



Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte

Sources : DREES, SAE 2000 et 2012, traitements DREES. INSEE, Recensement de la population, estimations au 1er janvier 2000 et 2012

Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants, en base 100 en 2000



Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte.

Sources : DREES, SAE 2000 et 2012, traitements DREES. INSEE, Recensement de la population, estimations au 1er janvier 2000 et 2012

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, en 2014, 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), soit une baisse de 57 000 lits d'hospitalisation en onze ans. Parallèlement, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2014. Les établissements risquent donc de connaître plus d'épisodes de tension hospitalière lors des périodes hivernales et estivales (renforcées pour ces dernières par les fermetures saisonnières de lits dans certains hôpitaux) car les capacités en lits se réduisent. L'analyse quotidienne de l'activité dans les services d'urgences et dans les services d'hospitalisation complète par la mise en place d'indicateurs est à ce titre primordial.

1.1.2 De la tension ressentie à la tension objectivée : l'importance des signaux d'alerte

a) Le signalement des professionnels des services de soins et des urgences

Les professionnels de santé des Urgences sont en première ligne dans la détection de la tension hospitalière, ils ont donc un rôle majeur dans le signalement de cette tension. Si l'on considère parfois que les services d'urgence donnent l'alerte trop tôt quant à leur ressenti de la tension, la réalité est souvent beaucoup plus contrastée. Il faut noter que les professionnels des urgences, toutes catégories confondues, face à un afflux de patients vont voir leur temps de prise en charge d'un patient allongé systématiquement par le simple fait de la difficulté à trouver un lit, à organiser un transfert, à prévoir le transport, le repas, à communiquer ces informations au patient et à la famille, etc ; dans ce contexte, s'extraire du soin et prendre du recul le temps nécessaire pour une alerte argumentée à l'administrateur de garde ne semble pas prioritaire aux soignants. En définitive, l'alerte sur la tension aux urgences est souvent trop tardive.

On constate ainsi que les professionnels des urgences peuvent avoir tendance à accueillir avec soulagement la fin d'une garde particulièrement tendue mais n'ont pas toujours pu ou voulu déclarer la tension ressentie aux urgences, espérant que la situation se rétablisse spontanément.

Il faut noter que lorsque les SAMU appellent les services d'urgences pour leur faire part d'une entrée, ces derniers peuvent avoir tendance à demander au Centre 15 un arrêt des entrées pour cause de suractivité. Cette demande ne sera pas toujours entendue par la régulation du SAMU, du moins tant qu'elle n'est pas validée institutionnellement. En effet, le Centre 15 ne pourra considérer la situation de tension hospitalière que lorsque que le Directeur de garde ou Directeur de l'établissement, seul habilité à déclencher le plan Hôpital en Tension, aura informé le SAMU de la situation de crise.

L'information précoce et l'analyse des données d'activités, en plus du ressenti de tension sur le terrain est donc essentiel pour déclencher précocement le plan Hôpital en Tension. Il faut à ce titre noter que le déclenchement précoce est un gage d'efficacité et est souvent moins coûteux au final que le déclenchement plus tardif d'un dispositif plus lourd. Le Centre de régulation du SAMU doit donc être averti dès que possible du déclenchement du plan HET par la Cellule de crise.

b) les périodes critiques où la surveillance de la tension est accrue

Au-delà des périodes épidémiques pour lesquelles l'INVS assure une surveillance et une communication particulière à l'égard des établissements de santé, la période estivale peut tout autant être source de tension hospitalière (fermetures de lits, épisodes de canicule, congés des médecins traitants, etc). En dehors de ces périodes où la tension peut être prévisible, on peut rajouter les périodes de ponts, de congés scolaires ou de grand rassemblement (événement particulier, festival, etc). La plupart de ces situations sont prévisibles et peuvent donc faire l'objet d'anticipation et d'ajustement dans les organisations de travail. Là encore, la communication auprès des différents acteurs (notamment les autres établissements du territoire) des fermetures de lits ou de déploiement de dispositifs spécifiques comme les grands rassemblements est un préalable incontournable.

c) la nécessité d'établir des indicateurs de tension fiables et automatisés

Parce que le déclenchement du plan Hôpital en Tension est d'autant plus efficace qu'il est déclenché de façon précoce, il importe de pouvoir s'appuyer sur une série d'indicateurs qui vont objectiver la tension ressentie sur le terrain par les professionnels. Il n'existe pas de consensus international sur les indicateurs de tension dans les services d'urgence (comparaisons difficiles du fait des structurations hospitalières disparates). La Fédération des Observatoires régionaux des Urgences, dans sa synthèse sur Hôpital en Tension, publie les résultats de l'étude nationale qu'elle a menée selon la méthode DELPHI (approche par consensus des experts du sujet), en exploitant les données contenues dans les Résumés de Passages aux Urgences. Sur la base de cette étude, la FEDORU recommande l'exploitation de six indicateurs qui peuvent être automatisés au niveau régional sur des serveurs régionaux de veille et d'alerte, à partir des RPU :

- Nombre de passage sur les 24 dernières heures
- Nombre de patients présents à un instant donné
- Nombre de patients présents de plus de 75 ans
- Durée moyenne de présence aux urgences
- Nombre de transferts par défaut de lits sur les 3 derniers jours
- Nombre d'hospitalisations à partir des urgences

Un septième indicateur est retenu par la FEDORU, extrait des systèmes d'informations de chaque établissement :

- Nombre de lits disponibles par service

Chaque établissement devra choisir parmi ces indicateurs ceux qu'il estime les plus pertinents à suivre. Ces indicateurs permettront d'initier la veille quotidienne et d'alerter dès les premiers signes de tension. Dans l'idéal, il serait intéressant que les établissements d'une même région suivent les mêmes indicateurs afin de pouvoir échanger plus facilement entre eux et avec le Centre 15, compte tenu notamment des phénomènes de diffusion qui ont lieu en matière de tension hospitalière.

La sélection des indicateurs d'activité pose les fondements d'une veille interne à l'établissement qui est la base du plan Hôpital en Tension. La surveillance quotidienne de l'activité des urgences et des services de soins doit permettre une réaction rapide. Le Plan Hôpital en Tension est en effet tout autant préventif que réactif.

1.2 Le plan HET : une démarche qui promeut tout autant les aspects préventifs que curatifs

Le plan Hôpital en tension repose sur un mécanisme dual : s'il doit prévoir des réponses opérationnelles pour répondre à la crise lorsque la tension hospitalière est déclarée, il doit avant tout développer un volet préventif majeur qui peut permettre d'éviter les crises mineures et dans les autres cas atténuer les effets et la durée de la crise.

1.2.1 Eviter la situation de crise : les actions préventives

De nombreux hôpitaux ont nommé des agents chargés d'optimiser l'allocation des lits (beds managers sur le modèle recommandé par l'ANAP) avec des résultats satisfaisants, permettant de fluidifier les parcours patients. Contrairement à l'idée que l'on pourrait s'en faire, le plan Hôpital en Tension ne doit pas reposer uniquement sur le postulat que la gestion des lits est la principale action ; de nombreuses actions peuvent être menées en amont (travail sur les organisations des services d'urgences, sur la communication, etc). Celles-ci ne sont souvent pas identifiées comme des actions HET, or elles rentrent parfaitement dans le cadre des actions préventives.

D'autres actions préventives doivent être envisagées dans le cadre d'un plan Hôpital en Tension :

- des actions quotidiennes de veille (conformément aux indicateurs évoqués ci-dessus), de relevés de la disponibilité des lits dans chaque serve (et l'échange de ces données avec les autres établissements de la région).
 - Des actions de préparation et de diffusion de la culture « Hôpital en Tension » dans l'établissement : rédaction du plan associant les acteurs de terrain (direction, service des urgences, services de soins, président de CME), présentation et validation de ce plan par les instances de l'établissement (notamment par la CME)
- a) La nécessaire implication et conviction de tous les acteurs : le plan HET doit mobiliser l'ensemble de l'institution hospitalière

Pour pouvoir être véritablement opérationnel, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels hospitaliers envisagent le plan Hôpital en Tension comme un plan qui concerne bien l'ensemble de l'établissement et qui n'est pas uniquement destiné à résoudre une crise ponctuelle aux Urgences. La tension hospitalière dépasse largement le seul service des urgences.

Il convient donc d'envisager une rédaction du plan qui permette à chaque service une véritable appropriation du dispositif : direction, cadres et chefs des services des urgences et de soins, président de CME, doivent s'impliquer dans la rédaction. Il semble également nécessaire que les instances de l'établissement (et notamment la CME) prenne connaissance et valide le plan HET de l'établissement. Une large communication à l'ensemble du personnel (personnels soignants, médicaux, administratifs et techniques) expliquant les modalités du plan, présentant ses aspects préventifs et réactifs et la gradation de ceux –ci selon l'ampleur de la tension, le rôle et la composition de la cellule de crise sont autant d'éléments essentiels qui vont permettre de diffuser la culture de la tension hospitalière dans tout l'établissement. L'objectif est que chaque agent, chaque service se sente concerné dès lors que le plan est déclenché. Ainsi, des services qui semblent relativement éloignés des problématiques habituelles de gestion de lits, comme les EHPAD, la maternité ou les services psychiatriques, doivent eux-aussi s'approprier le plan Hôpital en Tension car leur mobilisation pourra être, à un degré plus ou moins fort, sollicitée au même titre que les services de MCO.

- b) Questionner les habitudes de travail et les organisations pour faciliter les sorties et la rotation aux urgences

L'un des intérêts majeurs de l'aspect préventif du plan Hôpital en Tension est de pouvoir anticiper les crises, en travaillant sur les organisations de travail, en dehors de toute situation de tension hospitalière.

Il en va ainsi des services de soins qui reproduisent, quelle que soit la période de l'année, des organisations de travail qui ne permettent pas les sorties avant le milieu d'après-midi. Pour les professionnels, cette organisation est souvent considérée comme plus confortable pour le patient, assuré de quitter l'établissement en ayant pris son repas de midi, et pour les soignants, les soins et toilettes ayant déjà été donnés dans la matinée.

Or, il est évident qu'en période de tension hospitalière, la rotation des patients sera particulièrement observée, les médecins urgentistes insistant pour que les patients à « placer » à partir des urgences et alités temporairement sur des brancards puissent être admis au plus vite dans le service dont leur pathologie relève, voire « hébergés » dans un autre service.

Aussi, il convient de profiter des moments où l'activité est « normale » pour organiser des groupes de travail dans les services afin de questionner les organisations. En ce sens, la tenue des RETEX à l'issue de périodes de tensions hospitalières est indispensable.

Le questionnement sur les organisations pourra ainsi porter sur la mise en place des sorties et admissions matinales, la mise en place d'un salon de sorties (permettant d'engager le bionettoyage des chambres avant même la sortie définitive du patient) ou la réflexion sur la remise en état accélérée des chambres. Sur le plan institutionnel, l'analyse des séjours longs, la détection des journées d'hospitalisations inutiles ou encore la création d'une commission des admissions et des consultations non programmées sont autant d'actions préventives qui vont permettre d'atténuer l'ampleur de la tension lorsqu'elle se présentera. Concernant les services d'urgences, lieux de cristallisation de la tension hospitalière en cas de tension d'affluence ou de défaut d'organisation doivent anticiper ces périodes en travaillant en amont sur leur organisation, notamment avec l'activation de filières courtes, permettant des rotations plus rapides des consultants.

- c) Anticiper la crise, une démarche déjà rodée dans certains services

L'ANAP a lancé en 2013 un programme pour améliorer la gestion de lits dans les hôpitaux. A ce jour, 153 établissements MCO ont été sélectionnés par les ARS pour y participer. Ce programme vise à aider les établissements à mieux maîtriser les parcours des patients et ainsi mieux intégrer les demandes de prises en charge en provenance des

urgences et les entrées programmées, le développement de l'ambulatoire, la gestion des sorties et le transfert vers les structures d'aval. In fine, le programme de l'ANAP a pour objectif de permettre aux établissements de santé l'optimisation de la gestion de leur capacité.

Si cette réflexion porte sur les capacités générales de l'établissement, il existe déjà des secteurs particuliers qui ajustent de façon saisonnière leurs organisations pour faire face à l'affluence de patients. Il s'agit notamment des services de pédiatrie qui, en période d'épidémies de bronchiolites et de gastro-entérites, adaptent leurs capacités en lits et en personnels pour permettre de répondre aux besoins accrus d'hospitalisations non programmées. L'adaptation des services de pédiatrie en période épidémique a fait ses preuves et des services comme les Urgences s'inspirent désormais de cet exemple pour déployer des services à capacité variable selon les saisons pour faire face à la tension hospitalière.

L'anticipation et la prévention portent donc une dimension incontournable dans le dispositif Hôpital en Tension, pour faciliter les volets réactifs qui seront déclenchés dès lors que la situation de crise est avérée.

1.2.2 Résoudre la crise : les aspects réactifs des plans Hôpital en Tension

- a) Adapter les réponses au niveau de sévérité de la crise : des mesures exceptionnelles pour une situation exceptionnelle

Dans le rapport du Professeur CARLI publié en 2013, le recours au plan Hôpital en Tension est présenté comme une décision assez brutale qui s'impose aux services, où l'autorité de la cellule de crise se substitue à l'autorité médicale du service. Le rapport fait notamment mention du plan HET comme permettant « d'imposer aux services cliniques des mesures coercitives sur l'admission des patients », « une arme dissuasive » qui « permet une déprogrammation autoritaire ».

Si la cellule de crise dispose en effet d'un pouvoir important dans les décisions prises en cas de déclenchement du plan, la synthèse publiée par la FEDORU démontre un autre état d'esprit dans le déploiement du plan en ses aspects réactifs. Les aspects réactifs sont établis dans le plan et gradés selon le niveau de sévérité de la tension. Il appartient à chaque établissement de fixer ses propres seuils qui feront déclencher le niveau réactif précoce, réactif intermédiaire ou réactif pré plan blanc. La fixation des seuils n'est pas aisée, elle dépend de nombreux éléments, objectifs comme subjectifs. En effet, l'on pourra s'appuyer sur les indicateurs d'activités et faire une moyenne des besoins

quotidiens en lits pour les hospitalisations non programmées à partir des urgences. Mais le degré de résistance à la tension est également un facteur non négligeable qu'il faudra également appréhender. Les Centres 15 remarquent ainsi que certains services d'urgences sont beaucoup plus enclins que d'autres à signaler des situations de tension à activité identique.

Parmi les actions du plan HET réactif précoce, on peut citer ces quelques exemples : déclenchement de la cellule de crise qui informe les services d'aval du déclenchement du plan, déclaration à l'ARS de la tension, régulation de la programmation, actualisation des dates prévisionnelles de sorties pour chaque malade dans le logiciel patient ou encore l'identification de lits dédiés à l'accueil des patients venant des urgences dans chaque service.

Au titre du plan réactif intermédiaire, les actions essentielles préconisées sont, en plus des actions précédemment citées, le renfort sur le tri aux urgences et sur le personnel aux urgences de façon globale, l'identification des patients en attente de SSR ou de sorties en EHPAD pour accélérer les sorties/admissions, l'activation de la filière rapide circuit court ambulatoire si elle existe, les transferts de patients vers d'autres établissements ou encore la limitation de la programmation d'admissions en soins critiques (pour les sorties de bloc).

Enfin, dernier niveau dans la gradation des réponses à la tension, les actions relevant du plan réactif pré plan blanc. On peut citer au titre de ces actions, la mutation précoce de patients de réanimation vers l'unité de soins continus ou les services de MCO, la transformation du secteur d'hôpital de jour ou hôpital de semaine en hospitalisation complète, l'augmentation temporaire des lits conventionnels (et par incidence le renforcement du personnel) ou encore l'anticipation des sorties à court terme (J+ 1 ou +2).

Si ces actions n'ont pas permis d'endiguer la tension, on estime que la tension a atteint un niveau tel qu'il justifie le déclenchement du plan blanc. On voit donc que cette gradation permet de préserver longtemps l'activité programmée.

b) Faire face rapidement aux débordements aux urgences

Face aux restructurations capacitaires qu'ont connues les établissements de santé ces dernières années, de nombreux établissements ont opté pour des solutions de variations

du nombre de lits dans certains services pour répondre rapidement à un afflux de patients aux urgences.

Ainsi, les unités post-urgences se sont largement développées ces derniers temps, comme des unités fixes dont le nombre de lits peut être modulable en fonction de l'activité. On retrouve ici l'esprit de l'adaptation des services de pédiatrie en période épidémique. En région Bretagne, on peut citer deux exemples d'une telle unité. Le Centre Hospitalier de Vannes, qui dispose d'une aile entière de ces urgences pour un tel service et qui décide de son ouverture selon les besoins en termes d'activité. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest, qui à l'occasion de l'ouverture de son nouveau plateau d'urgences adultes, a pu reconfigurer une partie de ses anciennes urgences en services post-urgences dont la capacité habituelle de 10 lits peut être augmentée à 20 lits en cas de tension.

Ces services font véritablement office de soupape en cas de tension d'affluence et trouvent pleinement leur place dans le volet réactif d'un plan Hôpital en Tension. Toutefois, deux limites doivent être soulignées : d'une part, un tel service doit demeurer une voie de sortie des urgences pour des patients qui ne nécessitent pas un suivi postérieur à 72 heures afin de ne pas devenir un service d'hospitalisation complète déguisé, et d'autre part, un tel ajustement des capacités suppose un accompagnement par la ressource médicale qui est loin d'être acquise compte tenu du contexte de pénurie médicale parmi les urgentistes notamment.

c) Apprendre de la crise et des réponses apportées : le retour d'expérience

Au cours de l'épisode de tension, l'établissement doit montrer sa capacité à s'adapter et faire moduler ses actions en fonction de l'évolution de la tension. En effet, la tension peut être initialement une tension d'afflux, qui pourra nécessiter un renfort en moyens médicaux, en infirmiers et en lits. Puis, avec le temps, la tension pourra se caractériser par une tension par carence d'aval : il faudra prendre d'autres décisions (transferts, renforts en personnel paramédical, etc). Le suivi et le réajustement des mesures à l'évolution de la tension est l'une des missions essentielles de la cellule de crise.

Toutefois, le plan Hôpital en Tension ne doit pas se limiter à la mise en œuvre des actions décidées par la cellule de crise. Une fois l'épisode de tension passé, constaté par les indicateurs d'activités, la Cellule de Crise lève la tension, en informant le personnel et l'ARS. La fin de l'épisode de tension doit marquer le début du processus d'analyse de cette période, par l'organisation d'un comité de retour d'expérience. Ce RETEX doit permettre d'évaluer le dispositif Hôpital en Tension. Il a également comme vertu de faire partager une vision globale de l'épisode de tension, permettant ainsi de renforcer la culture HET dans l'établissement. Les éléments positifs comme négatifs devront être

soulignés, pour dégager les pistes d'amélioration et valoriser l'expérience acquise pour la gestion des épisodes de tension à venir.

La FEDORU insiste sur l'importance de réaliser ce RETEX à plusieurs niveaux : en interne (avec le soutien de la Direction et du président de la CME), au niveau local et au niveau régional, avec une animation par l'ORU. Ce RETEX régional intéresse notamment les établissements qui ont pu recevoir des patients transférés et l'ARS, mais également l'ensemble des établissements de la région, en établissant une fiche qui peut être rendue anonyme et qui participera sans doute à l'efficacité de la structuration des dispositifs HET de l'ensemble des établissements. Dans cette analyse, l'ARS a toute sa place, notamment lorsqu'elle est intervenue pour accompagner les établissements en tension ou par le déclenchement du dispositif de tension solidaire qui impose aux établissements un soutien à la structure où le niveau de tension est particulièrement fort.

Il doit également être souligné que des actions de formations peuvent également être sollicitées auprès de l'ORU de chaque région. A titre d'exemple, l'ORU de la région Provence Alpes Côte d'Azur propose déjà des sessions de formations sur la thématique HET destinées aux différents niveaux de professionnels concernés (médecins urgentistes, présidents de CME, directeurs). Ces formations insistent notamment sur l'importance de la traçabilité des actions prises en cellule de crise et la précocité des actions HET.

En quelques années, les Observatoires Régionaux des Urgences, sous l'égide de la FEDORU, ont structuré de façon relativement homogène les dispositifs Hôpital en Tension. Des guides existent et le site de la FEDORU propose même des trames de rédaction dont les établissements peuvent s'inspirer pour décliner leurs plans. Il revient donc à chaque établissement de s'emparer de cette thématique pour fonder un plan opérationnel, adapté aux organisations et aux spécificités locales. Le Centre Hospitalier de Landerneau, ayant fait face à plusieurs épisodes de tension au cours de l'hiver 2015-2016, a ainsi rédigé son dispositif Hôpital en Tension en s'appuyant sur les propositions émises par le groupe de travail régional du Réseau Bretagne Urgences.

2 Guidé par les propositions d'actions du Réseau Bretagne Urgences, le plan Hôpital en Tension du Centre Hospitalier de Landerneau s'inscrit dans une logique de gestion de crise, marqué par la volonté de pragmatisme

L'ensemble des services d'urgences des hôpitaux bretons ont connu des épisodes de tension relativement marqués à l'hiver 2015, avec une forte incidence de l'épidémie grippale. Les services d'aval se sont rapidement trouvés engorgés et l'absence de lits disponibles a pu aboutir dans certains cas à des situations très préoccupantes comme l'impossibilité, constatée au CHRU de Brest, d'accueillir de nouveaux patients en réanimation, par faute de mutations possibles des patients qui auraient pu en sortir vers d'autres services.

Le Réseau Bretagne Urgences (qui a participé à la remise des recommandations FEDORU 2015) a alors proposé la mise en place d'un groupe de travail pour élaborer les bases régionales du plan Hôpital en Tension, afin d'encourager les établissements à se doter de ces dispositifs de gestion de crise.

Les médecins urgentistes du Centre Hospitalier de Landerneau ont pris pleinement part à ce groupe de travail. Les praticiens des services cliniques ont eux aussi rapidement été convaincus par la nécessité de souscrire à un tel dispositif, facilitant ainsi la dynamique du groupe de travail interne. Il en résulte un plan Hôpital en Tension, basé sur les recommandations de l'ORU et conçu comme une boîte à outils avec des actions progressives qui devraient permettre à l'établissement de faire face aux prochains épisodes de tensions.

2.1 Le groupe de travail régional piloté par le Réseau Bretagne Urgences a fixé les grandes orientations des plans Hôpital en Tension des hôpitaux bretons

L'épisode grippal de l'hiver 2015 a eu un retentissement fort en Bretagne comme dans toutes les régions françaises. La durée de cet épisode, cumulé à l'effet des recompositions capacitaires, a toutefois fait émerger le besoin de dispositifs ad hoc permettant de traiter les problématiques de tension hospitalière. En effet, les

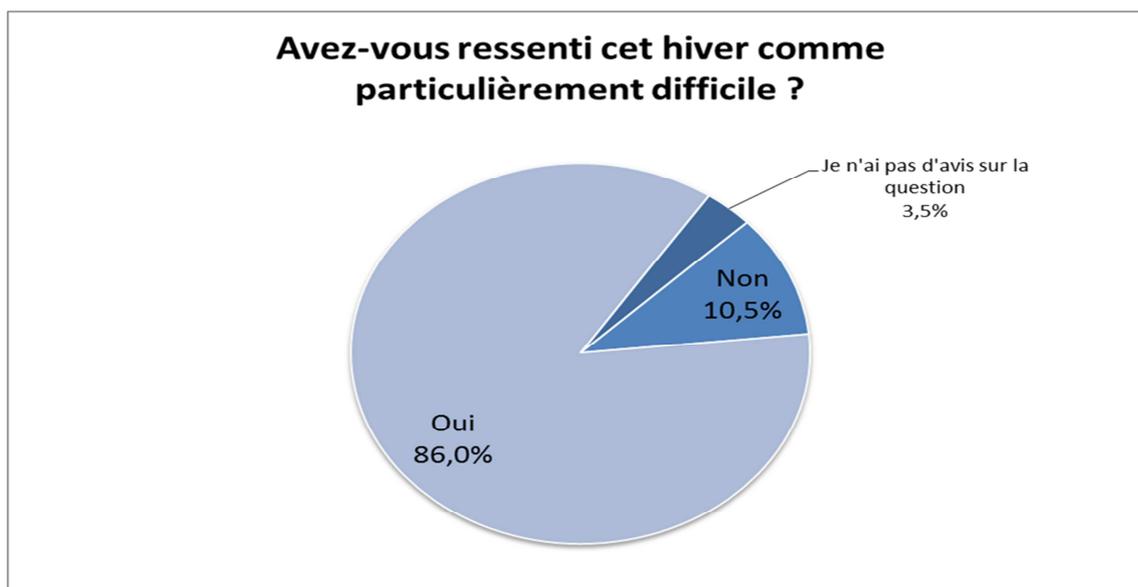
professionnels de santé des urgences comme des services d'aval ont regretté les dépenses d'énergie nécessaires pour résoudre au cas par cas les recherches de lits pour les patients à hospitaliser. Ce ressenti a fait l'objet d'une enquête menée par le RBU et qui objective l'ampleur de la tension ressentie dans les services d'urgences et les SAMU bretons. La nécessité de formaliser des dispositifs hôpital en Tension dans ces établissements est apparue de façon criante. Le RBU s'est donc saisi de cette problématique et a initié un groupe de travail, dans lequel, le Centre hospitalier de Landerneau, comme tout autre établissement doté d'un service d'urgences, s'est investi.

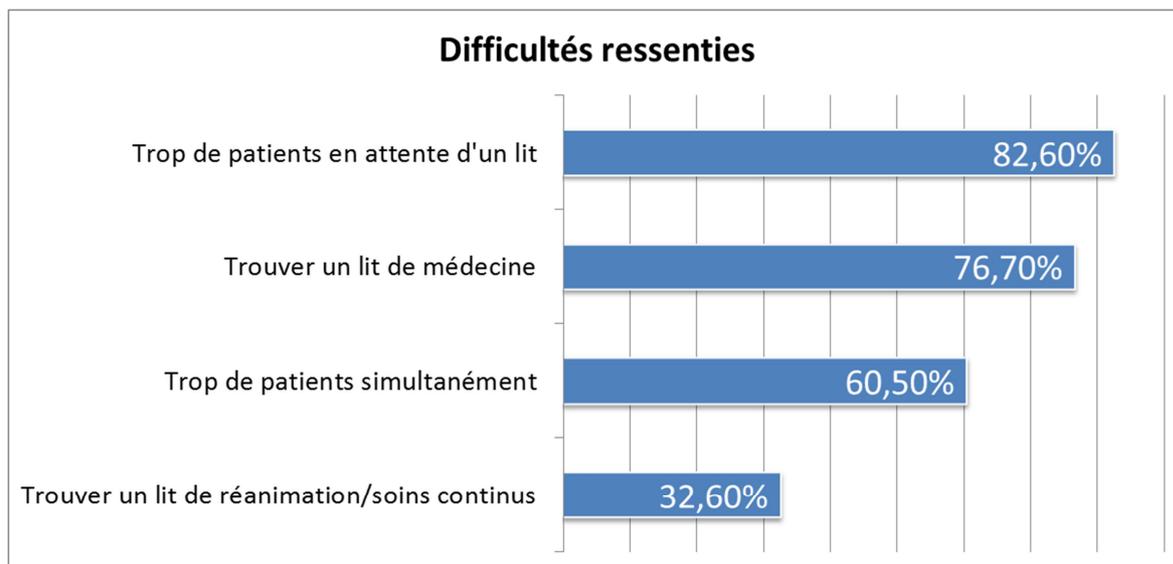
2.1.1 Suite à l'épisode de tension de l'hiver 2015, le GCS RBU s'empare du sujet HET

- a) La tension de l'hiver 2015 met en lumière les difficultés rencontrées par les hôpitaux en l'absence de solution structurée

L'épisode grippal de 2015 a placé l'ensemble des services d'urgences (et l'ensemble des services d'hospitalisation conventionnelle) des hôpitaux bretons en situation de tension. Le Réseau Bretagne Urgences a réalisé une enquête (cf. Annexe 1) auprès des professionnels des services d'urgences et des SAMU afin de mettre à jour l'impact de l'épisode grippal sur le niveau de tension des hôpitaux bretons.

Cette enquête a permis de mesurer le degré de tension ressentie et les causes des difficultés :





Source : Questionnaire « Retour sur les tensions de l'hiver 2014-2015 aux urgences en Bretagne », ORU, avril 2015

L'Agence régionale de Santé Bretagne a réagi à cette situation de crise au cours de l'épisode de crise, au moment où la saturation des lits d'aval a eu des répercussions sur les lits de réanimation, notamment au CHRU de Brest. L'alerte est donc remontée tardivement à l'ARS. Cela peut s'expliquer justement par l'absence de formalisation de plan HET dans les établissements bretons. En effet, hormis le Centre Hospitalier de Saint Malo qui disposait d'un dispositif de gestion de crise en 5 niveaux, aucun établissement breton n'avait réellement d'outil spécifique à sa disposition. Les Plans Blancs ou Bleus n'ont pas été déclenchés à cette occasion.

L'ARS recevait les relevés Bach pour les transmettre au niveau ministériel mais ne semblait pas avoir une analyse régionale approfondie de la situation et les établissements ne se sont pas expressément déclarés comme étant en tension, ce qui n'a pas permis de déclencher l'alerte au niveau régional. La saturation des lits de réanimation a été l'élément déclencheur qui a marqué la mobilisation de l'ARS. L'ARS a rassemblé en urgence début 2015 les établissements de santé ayant un service de réanimation pour comprendre les ressorts de la tension avec laquelle ils étaient aux prises depuis quelques semaines. L'afflux de patients porteurs de pathologies lourdes, parfois touchés par la grippe a embolisé de nombreux services et la saturation des lits d'aval a entraîné une situation de blocage. Les représentants du GCS RBU, présents lors de cette rencontre, en sont sortis convaincus de l'urgence à mettre en place des dispositifs de gestion de crise de type Hôpital en Tension, pour prévenir et réagir plus rapidement à ces situations.

Conscient de l'intérêt pour les établissements de se doter d'un dispositif HET et conforté par les avancées des ORU de certaines régions comme PACA ou Bourgogne,

l'Assemblée générale du GCS RBU s'est prononcée sur la nécessité de travailler sur le projet Hôpital en Tension. Le GCS a par la suite proposé à l'ARS d'inscrire dans son CPOM 2015-2020 une orientation stratégique spécifique qui confirme son rôle de pilote dans la mise en place d'un outil régional à disposition des établissements bretons : « Contribuer à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte et élaborer un plan d'action « Hôpital en tension » ».

Le Dr Françoise CELLIER, médecin du SAMU 22 et coordonnateur médical du RBU analysant les résultats de l'enquête précédemment citée qu'elle a réalisée avec le Dr Pierre KERGARAVAT a souhaité proposer aux établissements bretons une rencontre en septembre 2015 pour présenter les résultats de cette enquête et former un groupe de travail sur la thématique Hôpital en Tension. Tous les établissements bretons dotés d'un service d'urgence étaient représentés et un consensus s'est établi autour de la volonté de concrétiser un plan HET en trois volets, conformément aux propositions du RBU (prévention, réaction, exercice). Par ailleurs, il a semblé opportun aux établissements bretons de réaliser ce plan sous la forme d'un « plan d'établissement type » régional, déclinable et adaptable par chaque établissement. L'idée d'un plan HET territorial ou solidaire émerge également lors de cette réunion. En l'absence de référentiels nationaux sur le sujet mais également pour ne pas brouiller les discussions autour des Groupements Hospitaliers de Territoire qui émergeaient au même moment, le groupe de travail a décidé de prioriser les plans à l'échelle de chaque établissement. Le plan HET territorial sera traité dans un deuxième temps.

b) Les résultats du groupe de travail régional

Sur les vingt-cinq établissements adhérents au GCS RBU, vingt établissements ont pris part au groupe de travail mené par le RBU, ce qui témoigne de l'intérêt réel des structures hospitalières pour la thématique Hôpital en Tension. Les réunions du groupe de travail ont eu lieu à partir de novembre 2015, pour aboutir à une restitution finale en avril 2016, soit un temps relativement resserré pour un groupe de travail de cette ampleur.

Les recommandations de la FEDORU ont guidé les réflexions du groupe de travail. Les trois volets proposés par la FEDORU ont ainsi été déclinés : préventif, réactif et exercice. Après la première réunion de septembre qui avait réunie essentiellement des directeurs, directeurs des soins, chefs de services des urgences et des cadres de santé des urgences, les réunions suivantes ont vu arriver de nouveaux participants, majoritairement cadres soignants. Il a fallu réexpliquer les objectifs du groupe de travail et des approches

différentes se sont faites sentir entre les établissements déjà engagés dans la démarche ANAP de gestion des lits et ceux qui n'étaient pas rentrés dans cette démarche, démontrant ainsi des degrés de maturité différents entre les hôpitaux sur la question de la tension hospitalière. Les organisations diffèrent ainsi d'un établissement à l'autre : tous n'auront pas les moyens de désigner un gestionnaire des lits par exemple. Il importe donc que le groupe de travail apporte des pistes de travail à tous les établissements, quels que soient leur maturité ou leur moyens pour gérer les tensions.

Contrairement à d'autres régions qui ont attendu d'avoir des indicateurs de tension pour commencer à travailler sur les pistes d'actions, le Dr CELLIER était convaincue (confortée en cela par les retours d'expérience d'autres régions et partant du principe selon lequel le ressenti de tension reste le meilleur indicateur) que le groupe de travail pouvait commencer à travailler sur les actions à mettre en œuvre sans attendre d'avoir un recueil automatisé des données d'activité. Le projet de recueil des indicateurs est en effet mené en parallèle, avec le GCS e-Santé Bretagne : le cahier des charges a été finalisé fin juillet, le lancement du marché étant prévu en septembre, on peut espérer une mise en production et un recueil des indicateurs à partir de mai-juin 2017.

Le groupe de travail a donc mené ses travaux sans attendre la production des indicateurs, de façon à proposer un plan qui soit opérationnel dès l'été 2016 pour les établissements qui souhaitaient prendre des mesures préventives pendant la période estivale, souvent propice à l'émergence de tension hospitalière.

Le Dr CELLIER a ainsi choisi de mener le groupe de travail en proposant des trames pour chaque niveau de tension : HET préventif, HET réactif précoce, HET réactif intermédiaire et HET pré plan Blanc. Pour chaque niveau de plan, le groupe de travail a proposé des actions à mettre en œuvre en les classant par ordre de priorité : actions essentielles (soit les actions incontournables pour le niveau de tension défini), les actions souhaitables (soit les actions qui pourraient faciliter la gestion de la crise mais qui sont légèrement moins prioritaires selon les capacités de chaque établissement) et enfin les actions optionnelles (soit les actions qui renforcent l'efficacité de la gestion de crise mais qui ne sont pas prioritaires).

Les propositions d'actions pour chaque niveau de plan s'inspirent des recommandations de la FEDORU : toutefois, chaque formulation d'action a fait l'objet d'une validation par les membres du groupe entre les réunions de travail. Par ailleurs, le groupe de travail breton a également ajouté des actions qui lui semblaient incontournables dans la gestion de crise. C'est par exemple le cas de la proposition « Favoriser les avis spécialisés sans délai aux urgences ».

L'ensemble des propositions a été présenté lors de la réunion de restitution des travaux du groupe de travail en avril 2016. Les établissements peuvent désormais s'appuyer sur

ces trames pour construire leur propre dispositif HET. L'ARS a également présenté son propre plan HET lors de cette réunion, démontrant son implication dans cette démarche, au même titre que les établissements de santé. Le GCS RBU propose des sessions de formations aux établissements afin de présenter le plan HET et sensibiliser ainsi les différents acteurs hospitaliers à cette problématique. Et par ailleurs, afin d'encourager les établissements à se doter d'un tel dispositif, le Directeur de l'ARS Bretagne a adressé en mai 2016 un courrier aux chefs d'établissements les incitant à formaliser leur dispositif de gestion de crise en cas de tension hospitalière, appuyant ainsi l'orientation stratégique inscrite dans le CPOM du GCS RBU.

2.1.2 Au Centre Hospitalier de Landerneau : de fortes attentes vis-à-vis du plan HET, partagées par le Service des urgences et les services d'aval

a) L'activité aux Urgences confirme le ressenti de tension

Si l'épisode de grippe de l'hiver 2015 a été fortement ressenti au Centre hospitalier de Landerneau, l'hiver 2016 a également été générateur de tension hospitalière durant plusieurs semaines. Sans manifestation particulièrement forte de la grippe saisonnière, les patients âgés, présentant des polypathologies, ont été fragilisés au cours de cet hiver et les services d'hospitalisation complète du Centre Hospitalier de Landerneau, comme le service des urgences, ont exprimé à plusieurs reprises des difficultés dans la gestion des lits, compte tenu de l'affluence de patients.

L'effet de tension a été d'autant plus ressenti à Landerneau que le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest, situé à seulement 25 km de Landerneau, a connu lui aussi plusieurs périodes de tension, ce qui se traduit par une irradiation de la tension sur le territoire.

Passages aux SAU suivis d'une hospitalisation en période hivernale

	Décembre n-1)	Janvier	Février	Mars	Avril
2015	312	315	280	300	268
2016	320	322	301	345	312

Source : DIM CH de Landerneau

Sur les 7 premiers mois de l'année, la moyenne des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation était de 298 en 2015 contre 320 en 2016. Cela confirme le ressenti de forte activité aux urgences en 2016.

Taux d'occupation des services de Médecine, Chirurgie et SSR

	Décembre 2014	Janvier 2015	Février 2015	Mars 2015
Médecine (Tx moyen 2014 : 93.27%)	101.26%	100.54%	98.71%	102.22%
Chirurgie (Tx moyen 2014 : 78.25%)	82.58%	85.91%	85.48%	86.70%

	Décembre 2015	Janvier 2016	Février 2016	Mars 2016
Médecine (Tx moyen 2015 : 93.27%)	104.26%	106.37%	104.81%	106.57%
Chirurgie (Tx moyen 2015 : 78.25%)	84.12%	87.20%	82.78%	83.33%

Source : DIM CH de Landerneau

L'analyse des rapports des administrateurs de garde au cours de l'hiver 2016 confirme la saturation des lits. En l'absence de cadre de santé à partir du samedi midi et la nuit en semaine, le service des Urgences se retourne vers l'administrateur de garde (garde commune CHRU de Brest, CH de Landerneau, CH de Lesneven et CH de Saint-Renan) pour résoudre les problématiques de gestion de lits. Cette situation génère souvent beaucoup de frustration, les administrateurs de garde ne connaissant pas ou peu les services du CH de Landerneau, ne peuvent qu'apporter des solutions limitées.

Par ailleurs, en période de tension, dès lors que tous les lits du service d'hospitalisation de médecine sont occupés, les patients dont les pathologies relèvent de ce service sont alors hébergés en chirurgie en première intention puis en maternité, deux services situés à un autre étage de l'établissement. Cette situation qui se présente fréquemment n'est confortable ni pour les médecins du service de médecine, ni pour les soignants du service de chirurgie (moins habitués à traiter les pathologies de médecine), ni enfin pour les malades et leurs familles (qui peuvent avoir le sentiment d'être moins bien pris en charge que s'ils étaient dans le « bon » service). Par ailleurs, cette situation génère aussi des mouvements (retour dans le service traitant dès qu'un lit se libère) qui peuvent perturber certains patients âgés, fragilisés ou désorientés et qui génèrent une charge de travail pour les agents des services hospitaliers en terme de bio-nettoyage. Les services d'aval des urgences ont perçu tout l'intérêt de travailler sur la gestion des lits.

Plusieurs médecins urgentistes de Landerneau ont participé au groupe de travail HET, l'intérêt de réunir un groupe de travail en interne pour formaliser une procédure de gestion de crise en cas de tension s'est donc rapidement imposé, intérêt partagé par les médecins du service de médecine dont la nouvelle chef de service qui pouvait profiter de sa prise de fonction pour faire évoluer les organisations.

- b) La constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour aboutir à la rédaction du plan HET

A l'initiative de la Direction de l'établissement, un groupe de travail s'est donc constitué pour formaliser le plan Hôpital en Tension. Prenant en compte les recommandations de la FEDORU et du groupe de travail régional mené par le RBU, le groupe de travail a été relativement large, validant ainsi le postulat que la tension hospitalière n'est pas une problématique qui ne concerne que les urgences, mais que la culture « Hôpital en Tension » doit être partagée par tous les services. Ainsi, il a été proposé à tous les services de participer à ce groupe de travail. Les chefs de service et cadres des services des urgences, de médecine, de chirurgie, de SSR, de la maternité, de psychiatrie et de l'Ehpad ont ainsi tous été invités à prendre part au groupe de travail. Il est évident que tous les services ne seront pas impactés de la même manière en cas de tension hospitalière. Pour autant, il était important du point de vue de la Direction que chaque service se sente concerné et prenne part à ces échanges. A plusieurs reprises au cours de l'hiver 2016, les services de chirurgie et de médecine ont été saturés, nécessitant l'hébergement de certaines patientes en maternité, service disposant de 18 lits et qui connaît un taux d'occupation de 63% en 2015. Ce service est progressivement apparu comme une solution d'hébergement pour les patientes de médecine dont la date prévisionnelle de sortie était proche.

Lorsque ces cas de figure se sont présentés, il a fallu organiser les transferts de patientes rapidement, en prenant toutefois des précautions quant aux rôles et aux missions que pouvaient accomplir les sage-femmes, peu habituées à la surveillance de femmes âgées, hospitalisées pour des pathologies qu'elles ne connaissent pas et qui nécessitent des soins qu'elles ne pratiquent pas habituellement. Une attention particulière devait donc être portée systématiquement, sur la dotation en médicaments, sur la fourniture des repas, etc. Cet exemple démontre parfaitement que la situation de tension hospitalière impacte tout l'établissement et qu'il est important de disposer de procédures claires fixant les rôles et les responsabilités de chacun en cas d'hébergement en dehors du service traitant.

Parallèlement aux réflexions sur les actions à faire figurer dans le dispositif HET, un recueil d'activité a été mis en place aux urgences, sur la base des indicateurs préconisés par la FEDORU et le RBU pour permettre à terme de fixer les seuils de déclenchement de la tension.

Ce recueil quotidien visait à obtenir des informations sur l'activité aux urgences à différents moments de la journée, ainsi que l'activité générale de l'établissement en reprenant notamment le nombre de lits disponibles dans les services de médecine et chirurgie.

samedi 26 mars 2016

Nombre de :	13h	17h	21h
patients présents aux urgences	10	12	17
patients de + de 75 ans	4	4	4
patients présents depuis + de 6h	0	0	2
patients sur brancard	3	2	4
lits disponible au total	15	15	9
patients hébergés au total			
patients hébergés en UHCD	4	4	1
nombre de médecins	2	3	2

Une sommation par semaine était également établie, permettant de cibler la tension lorsqu'elle s'installe sur plusieurs jours et mérite alors le déclenchement d'un dispositif ad hoc.

du 21/03/2016 au 27/03/2016	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
passages par 24 h	55	53	43	46	43	53	46
hospitalisations hors UHTCD	11	11	12	4	9	7	9
patients présents + de 6h							
patients de + de 75 ans	7	10	6	10	10	9	13
hospitalisations UTCD	4	6	3	2	4	3	3
lits disponibles à 13 h	10	4	5	4	19	15	9
patients hébergés au total	5	3	2	0	0	0	0
patients hébergés en UHCD	0	0	0	4	1	4	2

En attendant la mise en place de l'outil de recueil automatisé prévu par le RBU et le GCS e-Santé, ce recueil se fait en partie manuellement et en partie sur la base d'une extraction des Résumés de Passages aux Urgences réalisée par le service informatique de l'établissement. La tenue de ce recueil demande donc du temps et n'est pas toujours

aisée à suivre avec assiduité, notamment en l'absence du cadre du service. Les outils qui seront prochainement disponibles, permettant une automatisation des données d'activités devraient faciliter la tâche du service des urgences pour surveiller la progression de l'activité. En attendant ces outils, le recueil quotidien est essentiel car le dispositif HET repose sur la veille des signaux d'activité. En effet, la cellule de veille, composée d'un médecin urgentiste, du cadre des urgences et si les signaux de tension commencent à poindre, du Cadre Supérieur de Santé et du Directeur délégué, se base sur ces données pour objectiver la tension ressentie dans le service des Urgences.

Lors de la première réunion du groupe de travail interne, la notion de « Hôpital en Tension » a d'abord été définie. Le Dr GALLERNE, médecin urgentiste qui avait participé aux réunions du groupe de travail RBU a pu présenter des exemples d'actions associées aux différents niveaux de plan HET. Cela a permis de faire démarrer un échange sur les semaines de tension de l'hiver passé et les actions auxquelles chacun avaient pensé pour améliorer les choses.

Ainsi, il a été décidé que le groupe de travail travaillerait prioritairement plusieurs pistes :

- Le déclenchement et la composition de la Cellule de crise
- Les organisations des services pour permettre les Sorties /Entrées le matin en Médecine et SSR
- La révision du protocole « gestion de la capacité d'accueil – Hébergements », prémices du plan HET dans l'établissement
- La programmation des séjours en HS ou HDJ pour un patient se présentant aux urgences
- La mise en place d'un salon de sortie pour les patients sortants en attente d'un transport, d'un résultat d'examen, etc

La constitution élargie de ce groupe de travail a permis de répartir le travail d'analyse de ces thématiques en sous-groupes mêlant les professionnels de tous les services.

D'autres thématiques ont également été abordées lors de cette première réunion, qui n'ont pas jusqu'alors fait l'objet d'analyse approfondie :

- La détection des patients bloquants : prévision d'une RMM Analyse des séjours longs
- Le traitement prioritaire des examens de laboratoire pour les patients annoncés comme sortants le jour même
- Les conditions de renfort des équipes soignantes

Le choix des seuils de déclenchement du plan HET a été une des difficultés majeures dans la construction du plan. En effet, il faut fixer les seuils à un niveau qui n'ouvre pas la voie à un déclenchement intempestif du plan HET (au risque de la dilution de son caractère exceptionnel) ni à un déclenchement trop tardif (au risque de pénaliser l'établissement et d'en arriver à des solutions coûteuses en moyens humains et financiers). En analysant les semaines d'activités hivernales aux urgences en 2016, et en calculant un besoin moyen de lits d'hospitalisation, la décision a été prise de fixer les seuils de déclenchement selon deux conditions cumulatives :

- 10 lits d'hospitalisation ou moins disponibles dans l'établissement à 12h30
- 5 consultants en attente aux urgences

Ces conditions doivent être constatées pendant trois jours consécutifs pour mobiliser la cellule de crise et donc le déclenchement du plan.

Si les trames proposées par le RBU ont bien servi de guide au groupe de travail local, le choix a été fait de rédiger un plan HET adapté aux moyens du Centre Hospitalier de Landerneau et de formaliser la procédure sous la forme d'un document synthétique, laissant l'appréciation des mesures à mettre en œuvre à la Cellule de Crise.

2.2 Le plan HET du Centre Hospitalier de Landerneau traduit une volonté de faire de ce dispositif un outil spécifique de gestion de crise, ancré dans son territoire

Le groupe de travail du RBU avait d'emblée précisé que le plan type régional HET devait être adapté par chaque établissement, en fonction de ses possibilités et de ses moyens. Les mesures préventives et réactives adoptées par le Centre Hospitalier de Landerneau dans le cadre de sa procédure HET témoigne de cette volonté de pragmatisme. Le territoire est également une notion à prendre en compte pour la rédaction du plan HET au titre de l'effet des « vases communicants » que peut générer une situation de tension dans un hôpital. Cette dimension territoriale se justifie d'autant plus aujourd'hui, à l'heure du déploiement des Groupements Hospitaliers de Territoire.

2.2.1 Des mesures préventives et réactives adaptées au fonctionnement d'un centre hospitalier de taille modeste

- a) La refonte des organisations de travail : l'anticipation au cœur des mesures préventives

Parmi les mesures prioritaires que le groupe de travail interne a souhaité inscrire au titre du dispositif HET, plusieurs concernent les organisations de travail. Ces mesures ont donc vocation à être pérennes, et à se déployer en dehors de toute situation de tension.

Ainsi, en premier lieu, il a été décidé de travailler sur les sorties et entrées matinales dans les services de médecine et SSR. En effet, le Centre Hospitalier de Landerneau avait fixé par habitudes les sorties de patients en début d'après-midi et les entrées de nouveaux patients à la suite. Cette organisation perdurait par habitude, sans questionnement particulier. Elle permettait notamment aux équipes du matin de laisser passer la visite médicale du matin, de donner éventuellement les soins aux patients sortants et d'organiser leur sortie (ordonnances, recours éventuel à un transporteur sanitaire, etc). Pour les patients sortants, cette organisation leur offrait la possibilité de prendre un repas avant le retour à domicile, ce qui rassurait souvent les familles des patients les plus âgés. Or, en période de tension hospitalière et notamment pour les carences de lits d'aval, les sorties doivent souvent être anticipées le matin pour permettre de libérer un lit et donc permettre l'entrée d'un patient en attente d'hospitalisation aux urgences. Pour pérenniser cette organisation et faciliter les mouvements en période de tension, un sous groupe de travail a réfléchi à la refonte des sorties en SSR et en Médecine. La réflexion sur les sorties matinales permet aussi à l'établissement d'améliorer sa gestion quotidienne, en dehors de toute situation de tension : cela permet en effet d'agir sur la durée moyenne de séjour.

L'EHPAD a été associé à ce groupe de travail, notamment car une partie des sortants partent vers cette structure, celle-ci doit donc être en mesure de modifier également ses organisations pour faciliter les entrées matinales.

Ce travail a soulevé plusieurs questions logistiques (sorties vers l'EHPAD avec une dotation minimale de médicaments et commandes des repas, préparation la veille des courriers de sorties et des ordonnances, etc). Le groupe de travail a donc proposé une « check list » des actions à mener par le service sortant afin d'organiser au mieux la sortie matinale.

Parallèlement à ce travail, la refonte de la procédure d'hébergement a également été menée, toujours dans la perspective des mesures préventives pour anticiper les situations de tension. La procédure « Gestion de la capacité d'accueil – Hébergement » (cf. Annexe

5) avait été adoptée en 2009 au Centre Hospitalier de Landerneau et plusieurs fois révisée depuis. Elle faisait figure de prémices du dispositif Hôpital en tension, en prévoyant notamment une cellule de veille chargée de suivre l'activité, d'inciter aux sorties anticipées et d'adapter la capacité en lits. Cette procédure fixe les responsabilités de chacun en cas d'hébergement d'un patient dans un service qui ne relève pas de sa pathologie, faute de lit disponible dans le service traitant. Les transferts de patients vers la maternité qui étaient considérés comme exceptionnels et faisaient l'objet d'une attention particulière sont désormais actés comme élément opérationnel de la procédure. Alors que jusqu'à présent seules des femmes étaient hébergées en maternité, la révision de cette procédure ouvre la voie à l'accueil des hommes en maternité.

Cette procédure doit également permettre à l'administrateur de garde de disposer d'une conduite à tenir compte tenu des priorités d'hébergement définies, des possibilités d'ouvertures de lits, etc. Cela représente une aide précieuse compte tenu de la garde commune avec le CHRU de Brest, le CH de Lesneven et le CH de St Renan, car tous les administrateurs ne connaissent pas bien les services de Landerneau.

b) Un plan HET conçu comme une boîte à outils en cas de crise

Le plan Hôpital en Tension du Centre Hospitalier de Landerneau a été volontairement pensé comme une boîte à outils, permettant à la Cellule de Crise de prendre rapidement des mesures. En ce sens, ce plan se rapproche de la conception d'un plan Blanc, qui s'articule sur des fiches réflexes donnant la conduite à tenir à chacun dans la gestion de crise.

A Landerneau, le Plan est donc constitué de plusieurs documents, la procédure spécifique à Landerneau mais également de documents pré-formatés, prêts à être utilisés immédiatement en cas de déclenchement du plan : le message de déclenchement du plan HET, le message de levée du dispositif (adressés tous deux à l'ensemble du personnel), la fiche de recensement des sorties envisagées par service qui doit servir d'aide à la décision pour la Cellule de Crise ainsi que le registre des décisions prises en Cellule de Crise.

Pour être rapidement efficace, le plan HET doit être déclenché et activé de façon précoce. Il est donc primordial que la Cellule de Crise se déploie rapidement et que l'ensemble des démarches de communication soient menées dès lors que la décision du déclenchement est prise. Ainsi, un logigramme décrivant la conduite à tenir en cas de déclenchement du plan HET guide le secrétariat de Direction qui devient alors secrétariat de la Cellule de Crise (cf. Annexe 4).

Des documents axés sur la communication sont également pré-remplis et à disposition de la Cellule de crise. Il s'agit notamment de l'information à faire passer en salle d'attente du SAU, l'information à destination des médecins libéraux et à destination des structures types EHPAD ou SSR.

Enfin, les documents de liaison vers l'ARS pour donner l'information de la situation de tension hospitalière, du déclenchement du plan HET et de sa levée sont également à disposition dans la boîte à outils HET (cf. Annexes 3 et 4).

A ce jour, le plan HET du Centre Hospitalier de Landerneau, validé en juillet 2016, n'a pas encore été testé au cours d'un exercice ou en conditions réelles. Il faudra bien évidemment pouvoir le mettre en pratique pour déceler les failles et les ajustements nécessaires à cette procédure, et valider les seuils des indicateurs retenus. Toutefois, le plan est conçu pour être opérationnel à tous points de vue et il repose également sur la conviction que la communication interne autour de la situation de tension est un élément fondamental pour diffuser la « culture de crise » dans l'établissement, afin que le plan HET soit l'affaire de tous, quel que soit sa fonction ou son service de rattachement.

2.2.2 Dans le contexte de la création du GHT de Bretagne Occidentale, les situations de tension pourraient devenir un enjeu de territoire dans lequel l'ARS à son rôle à jouer

a) La notion de tension solidaire à l'échelle du GHT

Lorsqu'un établissement hospitalier entre en situation de tension, l'environnement des autres établissements devient une donnée essentielle. Selon l'origine de la tension, celle-ci peut rester circonscrite à l'établissement où elle se déclare (par exemple, en cas de difficultés d'organisation au SAU ou de fermeture ponctuelle de lits). Dans ce cas, les ressources capacitaires des établissements voisins seront un recours évident pour transférer des patients, voire pour inciter les consultants aux urgences à se diriger vers un autre établissement. Dans un tel cas de figure, l'information au Centre 15 et des établissements de santé du territoire est un préalable qui doit être effectuée par la Direction de l'établissement pour attester du degré de tension.

Le Centre Hospitalier de Landerneau reçoit systématiquement les informations du CHRU de Brest lorsqu'un épisode de tension y est enregistré. Un échange quotidien a lieu concernant les lits disponibles sur le territoire : le gestionnaire de lits du CHRU de Brest procède à un relevé des lits disponibles dans les différents services des établissements du territoire de santé n°1. Ces données sont jusqu'alors centralisées au CHRU de Brest,

sans que les autres établissements aient une connaissance des capacités en lits disponibles sur tout le territoire. La FEDORU recommande à ce titre que les disponibilités en lits dans chaque structure soient obligatoirement communiquées au fil de l'eau, à l'instar des RPU. L'outil informatique qui sera prochainement développé par le GCS e-Santé Bretagne pourrait apporter ces informations et permettre ainsi une diffusion transparente des indicateurs de tension entre les différents acteurs (hôpitaux, cliniques, Centre 15 et ARS voire CORRUSS).

Ces échanges en toute transparence faciliteraient la mise en place du dispositif de Tension solidaire. Dans ce cas, l'ARS prend la main pour imposer à un ou plusieurs établissements de se déclarer en tension pour apporter son soutien à un établissement du territoire qui a déclenché son plan HET. L'ORU PACA a décrit dans une fiche réflexe les conséquences organisationnelles qui vont toucher l'hôpital « solidaire » (cf. Annexe 6) : la cellule de veille est réunie et prend contact avec l'établissement en Tension pour estimer les besoins à apporter, elle peut faire moduler son activité programmée, inciter à l'anticipation des sorties de patients, ajouter des lits ou encore mobiliser du personnel supplémentaire.

La mise en place des filières médicales de territoire dans le cadre des GHT paraît être une opportunité pour lancer une réflexion sur la notion de tension solidaire. Initialement, l'ARS Bretagne avait inscrit la filière Gestion de crise dans le projet médical de Territoire mais cette notion a disparu du projet final, peut-être parce que la gestion de crise relève des prérogatives du chef d'établissement, seul habilité à déclencher un plan type HET ou Plan blanc. Par ailleurs, le décret relatif à la mise en œuvre des GHT ne prévoit pas d'actions spécifiques sur la gestion de crise.

La réflexion territoriale devra donc se mener à l'initiative des GHT, en veillant à inclure les structures privées qui disposent d'un SAU : la diffusion des dispositifs HET entre les établissements semble être un préalable indispensable. La réflexion commune est d'autant plus importante à structurer pour faire face aux situations dans lesquelles la tension hospitalière est partagée par de nombreux établissements sur un même territoire : en l'absence de solidarité possible, chaque établissement pourrait avoir la tentation de se replier sur sa structure. L'ARS a alors un vrai rôle à jouer en matière de coordination et de pilotage pour veiller à une régulation équilibrée sur le territoire.

b) La régulation régionale et le rôle de l'ARS

En Bretagne, le GCS RBU a mené le travail de structuration du plan HET type avec les établissements de santé dans une relative autonomie vis-à-vis de l'ARS. Si la mission d'élaboration d'un plan d'action Hôpital en Tension figure bien dans les orientations stratégiques du CPOM du RBU, cette mission émane de la proposition du RBU et

notamment de sa coordonnatrice médicale, le Dr CELLIER. Tout au long des mois qui ont été nécessaires au groupe de travail régional pour formaliser le plan type HET, le Dr CELLIER a régulièrement tenu informé l'ARS de l'avancée des travaux, le Dr AIRAUD (Conseiller médical à la Direction des Coopérations territoriales et de la Performance à l'ARS Bretagne) a lui-même participé à plusieurs réunions du groupe de travail.

De son côté l'ARS a dû également se structurer pour être en mesure disposer à son tour d'un plan d'action HET dès lors qu'un établissement de son territoire se déclare en tension. Ainsi, la FEDORU préconise que les ARS déclinent à leur tour leurs plans HET selon des actions de prévention (par exemple : organisation de la veille régionale, inventaire des places dans le Répertoire Opérationnel des Ressources, coordination en amont des fermetures de lits, proposition d'un guide ou d'une formation HET à l'usage des directeurs, etc) et des actions de réaction (par exemple : information des médecins libéraux / des EPHAD ou autres établissements de santé / des épisodes de tension, vérification de la mise en œuvre des actions et poursuite du suivi quotidien, etc).

En Bretagne, à la suite de l'épisode de grippe 2015, une veille plus fine des indicateurs et signaux de tension est menée par la Direction de la Santé Publique, chargée de la veille sanitaire. Chaque semaine, les établissements de santé doivent renseigner leurs données d'activités des SAMU, Urgences et secteurs d'hospitalisation (en signalant le cas échéant les épisodes de tension) via le serveur régional ARDAH. Ces données sont analysées par la cellule de veille de l'ARS et croisées avec les données des RPU qui transitent via l'ORU. Depuis le début de l'année 2016, l'ensemble des établissements reçoivent en retour, une situation globale de l'activité hospitalière en Bretagne à partir des données ARDAH (cf. Annexe 7). Ce document concourt au mouvement de transparence des données d'activité évoquée précédemment, qui permet à chaque établissement d'être informé sur la situation des autres structures de son territoire.

Prochainement, le projet d'automatisation du recueil et de l'analyse des RPU par l'ORU, ainsi que la mise en œuvre du Répertoire Opérationnel des Ressources devrait faciliter les échanges entre les établissements et l'ARS et permettra de suivre au fil de l'eau l'évolution de l'activité et de la tension.

En termes organisationnels, l'ARS Bretagne a choisit de centraliser l'analyse de l'activité au niveau régional mais de déléguer aux délégations départementales les actions de formations sur la thématique HET ainsi que le suivi des épisodes de tension auprès des établissements concernés. Dans un courrier du mois de mai 2016, le Directeur Général de l'ARS a incité les établissements à formaliser leurs plans HET et à déclarer en temps réel les situations de tension (par mail, sur la boîte générique des situations de crises sanitaires). Si le niveau régional est le premier informé, c'est bien le niveau départemental

qui doit prendre le relai pour échanger avec les établissements sur la situation et les actions envisagées.

Les actions de formations que les délégations départementales devaient proposer en 2016 ont à ce jour été reportées, au profit des actions de gestion de crise en cas d'attaques terroristes. Elles seront en principe proposées à l'automne 2016.

Le rôle de l'ARS est bien celui de la coordination au niveau régional, notamment lorsque la tension déclarée dans un établissement est tel que les délégations départementales doivent intervenir pour mobiliser les établissements et SSR de proximité allant jusqu'à déclencher des tensions solidaires adaptées aux situations rencontrées.

L'impact financier d'un épisode de tension doit également être évoqué à ce stade. Le déclenchement d'un plan HET peut avoir des conséquences financières non négligeables pour un établissement : la réouverture de lits et l'adaptation des ressources humaines afférentes implique nécessairement un coût pour un hôpital, d'autant plus délicat à gérer pour les établissements en situation de Plan de Retour à l'Equilibre qui se sont engagés sur des fermetures de lits. De même, les déprogrammations, si elles interviennent en dernier recours, peuvent avoir lieu et impliquer une perte de recettes qui ne doit pas être sous-estimée, notamment lorsque la situation de tension dure ou si elle se reproduit cycliquement dans l'année.

A ce jour, l'ARS Bretagne n'a pas engagé de réflexion sur le coût de la mise en place des dispositifs HET mais pourrait envisager selon les cas des accompagnements spécifiques de fin de campagne qui reconnaîtraient les conséquences financières de la tension hospitalière sur les résultats de l'établissement. On touche ici du doigt le paradoxe des plans HET, qui avec les incitations ou obligations de fermeture de lits, ont vocation à être déclenchés de plus en plus souvent, ouvrant ainsi la voie à la réouverture temporaire de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Enfin, le rôle de l'ARS doit également être celui du soutien de l'ORU dans sa coordination annuelle des retours d'expérience sur les épisodes de tension. A ce stade de la formalisation des plans HET dans les différents établissements bretons, l'ARS a confié à l'ORU le soin de suivre l'état d'avancement de cette formalisation. L'ORU reviendra ainsi vers les établissements à la rentrée afin d'évaluer la maturité des établissements sur cette thématique et si besoin, proposer des sessions de formation. Sur ce dernier point, reste à savoir si ces formations se feront parallèlement à celles qui devraient être proposées par les délégations départementales ou si elles viseront un autre public (médecins urgentistes pour l'ORU, directeurs pour les DD-ARS ?).

Conclusion

Le vieillissement de la population, la pénurie de médecins libéraux ou hospitaliers dans certaines régions, les réorganisations capacitaires des établissements incités à développer les hôpitaux de jour et les unités de chirurgie et de médecine ambulatoires, provoquent régulièrement des situations de tensions hospitalières, par affluence de patients, carence de lits d'aval ou désorganisation des services d'urgences. Les établissements de santé vont inévitablement devoir faire face à des épisodes de tensions hospitalières de plus en plus fréquents, et doivent s'y préparer. Les conséquences des tensions hospitalières peuvent être lourdes : la désorganisation des services pèse sur la qualité des soins, elle pèse également sur l'image de l'établissement, et ce d'autant plus à l'heure où les réseaux sociaux peuvent faire circuler une information, positive comme négative en un temps record. Ces conséquences peuvent également être lourdes en termes financiers. Aussi, les épisodes de tension qui pouvaient jusqu'à présent être gérés ponctuellement, avec des mesures prises au cas par cas, ont désormais tout intérêt à faire l'objet de plan de gestion de crise au même titre que les plans blancs.

Les mesures préventives ont ainsi un rôle primordial qui est souvent négligé : or, le travail en amont, sur le suivi des indicateurs de tension, sur le fonctionnement de la cellule de crise ou sur les organisations de travail, ne peuvent que permettre à l'établissement qui les a prises d'être plus réactif et de mieux gérer ces épisodes, tout en évitant les coûts engendrés par des mesures exceptionnelles comme le rappel de personnel ou les déprogrammations d'activités. Le travail mené par la FEDORU et les ORU en régions offrent aux établissements les outils nécessaires pour développer leurs propres procédures, adaptées aux moyens de chaque établissement. Toutefois, la structuration d'un plan HET doit nécessairement s'accompagner d'une diffusion de la culture Hôpital en Tension dans l'établissement. La construction d'un dispositif HET sans concertation des professionnels des différents services risquerait fort de ne pas être pleinement pertinente. Pour être opérationnel un plan HET doit être connu et reconnu de tous, et pas seulement des professionnels des urgences. La validation du plan par les instances de l'établissement, et notamment la CME est à ce titre un préalable indispensable, tout comme une représentativité des différents services dans la cellule de crise.

Au Centre Hospitalier de Landerneau, le consensus partagé par les services des urgences et d'hospitalisation sur la nécessité de disposer d'une procédure ainsi que l'engagement des professionnels de tous les services dans le groupe de travail devrait permettre une bonne diffusion de la culture Hôpital en Tension. Le plan HET devra être testé pour obtenir une validation définitive, après celle des instances. Le seuil des indicateurs de tension sera ainsi sûrement amené à être revu, ajusté aux capacités

réelles de l'établissement à faire face aux épisodes de tension à l'occasion d'un retour d'expérience.

Fondé sur des mesures préventives, tout autant que sur des mesures réactives, le plan Hôpital en Tension du Centre Hospitalier de Landerneau s'inscrit pleinement dans l'esprit des dispositifs de gestion de la tension hospitalière préconisés par la FEDORU. A ce titre, si certaines mesures permettent une optimisation de la gestion des flux au quotidien, les mesures réactives du plan HET de Landerneau en font un plan de crise qui doit être circonscrit dans le temps pour conserver son caractère exceptionnel.

Bibliographie

Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale - Instruction interministérielle DGS/DUS/DGSCGC/DGT/DGCS/DGOS no 2012-197 du 9 mai 2012 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2012 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale – BO Santé-Protection Sociale-Solidarité n° 2012/6 du 15 juillet 2012, page 523

Ministère de la Santé et des Solidarités - Circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences et ses quatre annexes – BO Santé n°2007/3, annonce n°70

Ministère de la Santé et des Solidarités - 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 crises

PILLET C., 2007, « L'établissement de santé en tension », *Gestions Hospitalières*, pp 16-20

STANG AS. , CROTTS J. JONHSON DW., 2015, "Crowding measures associated with the quality of emergency department care: a systematic review", *Academic Emergency Medicine*, disponible sur Internet:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12682/full>

ZHOU JC., PAN KH., ZHOU DY, et al., 2012, "High Hospital occupancy is associated with increased risk for patients boarding in the emergency department", *American Journal of Medicine*, disponible sur Internet:
[http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(11\)00648-6/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(11)00648-6/fulltext)

Hôpital en Tension, Dispositif de la région PACA, ORU PACA, Disponible sur Internet :
<http://www.orupaca.fr/definition/or-paca-91.html>

Hôpital en Tension, Recommandations FEDORU Novembre 2015, Disponible sur Internet : <http://www.fedoru.fr/les-recommandations/>

Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, Rapport du Pr Pierre CARLI, Conseil National de l'Urgence Hospitalière, Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf

Liste des annexes

1. Etude ORU Bretagne : “Impact d’une épidémie de grippe sur les structures hospitalières”
2. CPOM GCS Réseau Bretagne Urgences
3. Procédure HET du CH de Landerneau
4. Conduite à tenir en cas de déclenchement du plan HET au CH de Landerneau
5. Procédure Hébergement – Difficulté temporaires de gestion de lits au CH de Landerneau
6. Fiche réflexe ORU PACA « Tension solidaire »
7. Exemple d’un Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières Bretagne

Impact d'une épidémie de grippe sur les structures hospitalières

A propos de l'épisode grippal 2014-2015
3^{ème} Journée régionale de veille sanitaire en Bretagne
-15 décembre 2015-
Dr F. Cellier-Dr P.Kergaravat

Epidémie de grippe = problème organisationnel dans les structures hospitalières

Rappels généraux de l'épisode hivernal 2014/2015:

- Plus forte épidémie des 3 dernières années, et un vaccin d'efficacité incomplète
- Retentissement sanitaire : nombre important
 - de consultations
 - de passages aux urgences
 - d'hospitalisations en soins conventionnels et en soins critiques
 - de mortalité
 - population particulièrement touchée : les personnes âgées (93% des décès concernent les plus de 65 ans) avec un grand nombre de foyers d'épidémie dans les structures d'accueil de personnes âgées

Rappel sur les structures hospitalières: la plupart datent d'une époque où on espérait que les maladies infectieuses appartiendraient dans un terme relativement court au passé et seules les structures récentes (suite aux épisodes SRAS, grippe H1N1...) sont conçues pour recevoir dans un circuit différencié des patients infectés et contagieux

Epidémie de grippe : chronologie des acteurs de santé touchés

- Dans l'ordre sont impactés :

- En premier lieu la médecine libérale : augmentation des consultations
- Puis rapidement les SAMU avec une augmentation du nombre d'appel
- Puis les structures hospitalières de façon variable en fonction de l'importance de l'épidémie et de la gravité des tableaux cliniques avec augmentation du nombre de passages, suivis ou non d'hospitalisation

Epidémie de grippe L'amont des urgences

- La médecine ambulatoire:
 - suractivité de la médecine ambulatoire qui ne peut faire face à la demande
 - l'épidémie n'épargne pas les médecins (tous ne sont pas vaccinés)
 - Pondération des passages aux urgences par le SAMU?
 - ne régule que environ 11% des venues aux urgences
 - en l'absence de possibilité de consultation ambulatoire, le seul recours reste la consultation hospitalière
- D'où une augmentation du nombre de passage aux urgences

Epidémie de grippe Aux urgences

- L'activité des structures d'urgences en période hivernale est habituellement chargée, en dehors d'un contexte épidémique, charge aggravée en cas d'épidémie par afflux augmenté de patients
- Les contraintes liées à la prise en charge d'un patient contagieux –précautions nécessaires lors des soins augmentant la charge de travail et le temps passé auprès du patient – isolement difficile du fait du grand nombre de patients présents en même temps – nettoyage/désinfection des locaux après passage – concourent à compliquer l'organisation des soins au sein d'une structure d'urgence
- L'épidémie n'épargnant pas les soignants(peu vaccinés) les effectifs de soignants ne sont pas toujours complets

Epidémie de grippe L'aval des urgences

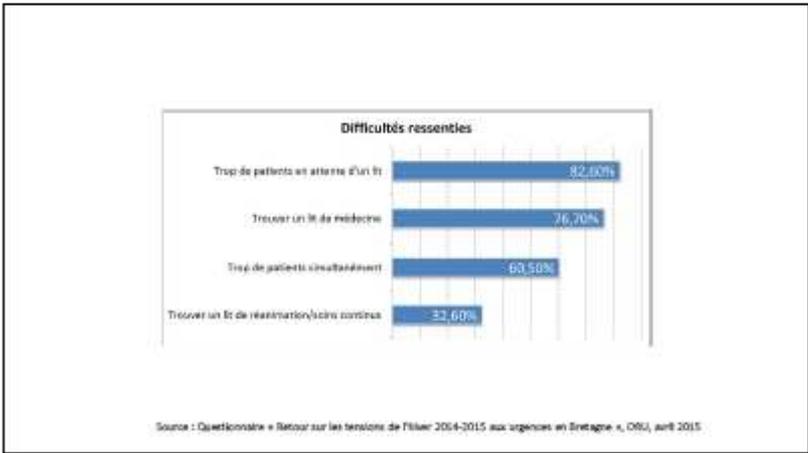
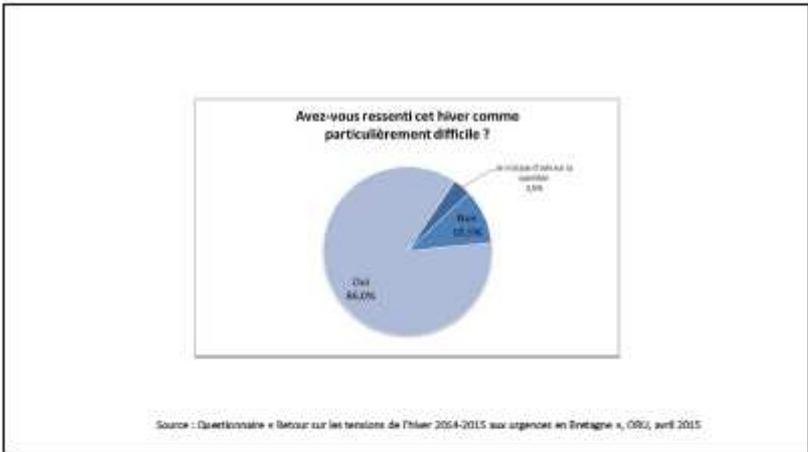
- L'activité en période hivernale est habituellement chargée dans les services d'hospitalisation en dehors d'un contexte épidémique et le taux d'occupation des lits est important(dans les services de soins conventionnels et de soins critiques); il y a donc peu de lits disponibles pour hospitaliser les patients le nécessitant.
- Seuls les patients ayant des critères de gravité étant hospitalisés, souvent âgés et porteurs de comorbidités, leur prise en charge (en particulier paramédicale) est souvent lourde (soins de nursing ...)
- Les sorties de patients hospitalisés pour une autre raison et vivant en institution peuvent être retardées par l'existence d'un foyer d'épidémie dans l'institution
- Les sorties de patients d'une unité de soins critiques peuvent être empêchées par l'absence de lits conventionnels disponibles, bloquant l'admission dans l'unité d'autres patients nécessitant ces soins spécifiques
- Les effectifs des services d'aval peuvent être également affectés par l'épidémie

La grippe = Problème organisationnel +++ retentissement sur le fonctionnement de l'hôpital

- Aux urgences:
 - Sur les patients: Retentissements médicaux liés à l'afflux de patients et au défaut de lits d'attente aux urgences sur une population vieillissante
 - Retards de prise en charge (des cas de grippe... et des autres)
 - Augmentation des PSA (partis sans attendre)
 - Augmentation des durées de passage aux urgences (attente d'un lit)
 - Augmentation de la mortalité et morbidité
 - Sur les soignants: Fatigue des personnels soignants / absences pour grippe
- Dans les services: de la même façon la charge de travail et les effectifs peuvent ne pas être en parfaite adéquation, avec un retentissement sur les patients et les soignants

La grippe = Problème organisationnel +++ Retentissement au SAMU

- Augmentation du nombre d'appels, en rapport avec:
 - l'importance de l'épidémie
 - la saturation de la médecine ambulatoire
- Réorientation de patients en fonction de la saturation des établissements
- Augmentation du nombre de transferts (patients graves et défaut de place en soins critiques en particulier)
- Difficulté dans la recherche de lits spécifiques (beaucoup d'établissements saturés, multiples appels et transferts pour des destinations plus éloignées)
- Impact:
 - -patients : augmentation des temps de réponse téléphonique, attente de transfert, transferts plus longs donc moins bonne prise en charge globale
 - -équipes: fatigue par augmentation de la charge de travail, et grippe



*« C'était sans aucun doute pire
cet hiver que celui de l'an
dernier qui était déjà plus difficile
que celui d'avant.
Le point positif c'est que cet
hiver était probablement plus
facile que ne le sera le
prochain. »*

Bibliographie :

- Fayaz J, Elsharheed M, Miri MJ, Mahmood A (2013) Missing the boat: odds for the patients who leave ED without being seen. BMC Emerg Med 13:1
- Miró O, Antonio MT, Jimenez S, et al (1999) Decreased healthcare quality associated with emergency department overcrowding. Eur J Emerg Med 6:106-7
- Richardson DB (2006) Increase in patient mortality at 30 days associated with emergency department overcrowding. Med J Aust 184:213-6
- Spruiell PC, De Silva JA, Jacobs IG, et al (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. Med J Aust 184:209-12
- Felton SM, Seiboldt EJ, Kropp CJ, Laskaris GA (2011) Emergency department overcrowding and inpatient boarding: a statewide glimpse in time. Acad Emerg Med 18:186-91
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Skaliak TA (2011) Association between waiting time and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. BMJ 342:d2962
- Singer AJ, Thode HC, Vercillo P, Pines JM (2011) The association between length of emergency department boarding and mortality. Acad Emerg Med 18:151-6
- White BA, Bolding PD, Chang Y, et al (2012) Boarding inpatients in the emergency department increases discharged patient length of stay. J Emerg Med 44:330-5
- Bar AT, Song WT, Chen YC, Morris SA (2010) The impact of inpatient boarding on ED efficiency: a discrete-event simulation study. J Med Syst 34:519-25
- Achryns-Opplant S, Reed Guernsey J, Macdonald NJ, Kovacs G (2011) The association between prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. BMJ Qual Saf 20:566-9
- Forster AJ, Stoll J, Wells G, et al (2002) The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. Acad Emerg Med 10:117-23
- Zhou JC, Pan XH, Zhou DY, et al (2012) High hospital occupancy is associated with increased risk for patients boarding in the emergency department. Am J Med 125:416



**Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
2015-2020**

Entre :

L'Agence régionale de santé Bretagne
CS 14253
35042 RENNES Cedex,

Représentée par son Directeur général, Monsieur Olivier de CADEVILLE,

Et

Le Groupement de Coopération Sanitaire « Réseau Bretagne Urgences »
Centre Hospitalier Saint-Brieuc
10 rue Marcel Proust
22000 SAINT-BRIEUC,

N° FINESS : 220022164
N° SIRET : 130 019 151 00013

Représenté par son Administrateur, Monsieur Richard ROUXEL, dûment mandaté à cet effet,

Vu l'article L162-22-13 du Code de la Sécurité Sociale ;
Vu l'arrêté du 15 septembre 2015 du Directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne portant révision du projet régional de santé de Bretagne.
Vu la décision d'approbation de la convention constitutive du GCS datée du 31 juillet 2013 ;
Vu la décision d'approbation de l'avenant n°1 à la convention constitutive datée du 25 août 2015
Vu la délibération de l'Assemblée Générale du GCS « Réseau Bretagne Urgences » du 5 mars 2015 autorisant son Administrateur à signer le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

Il a été expressément convenu ce qui suit :

Titre 1. L'objet du contrat

Article 1- Les fondements

Les objectifs généraux du Réseau Breton des Urgences sont d'évaluer et concourir à une prise en charge optimisée des urgences sur l'ensemble de la région Bretagne.
Permettre l'accès aux soins urgents dans les meilleurs délais, à une SU de proximité
Optimiser l'orientation graduée et adaptée des patients aux besoins
Garantir la sécurité et la continuité de la prise en charge
Coordonner actions et moyens des établissements au niveau territorial et régional
Mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité et d'harmonisation des pratiques médicales en médecine d'urgence.

Ces axes de travail doivent s'intégrer sur le SROS et le PRS.

Un point de vigilance particulier consiste au dépistage et au traitement de la situation de tension hospitalière.

En application de l'article L. 6133-1 du Code de la santé publique, le GCS Réseau Bretagne Urgences, organisme poursuivant un but non lucratif, promeut une démarche active de coopération de ses membres pour, d'une part, coordonner leurs actions et, d'autre part, optimiser leurs moyens.

Pour ce faire, le GCS Réseau Bretagne Urgences poursuit plusieurs missions inscrites dans sa convention constitutive dans la limite de ses moyens financiers, humains et matériels.

- Décrire, au niveau territorial, régional voire interrégional, les filières de prise en charge spécifiques, en particulier pour les urgences chirurgicales spécialisées, neurovasculaires, cardiologiques, radiologiques spécialisées, psychiatriques, etc.
- Définir des protocoles de prise en charge (rédaction de procédures et évaluation) en lien avec les référentiels de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes,
- Mettre en œuvre une politique cohérente de gestion des systèmes d'information dans le cadre de l'urgence :
 - Participer au système de veille et d'alerte sanitaire,
 - Développer les fonctions d'observatoire régional des urgences (recueil et analyse des données d'activité colligées, diffusion des données exploitées),
 - Participer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dispensés par les membres du réseau, en mettant notamment en place l'analyse des dysfonctionnements et des démarches d'audit,
 - Réaliser des actions d'information à destination des usagers et des professionnels de santé,
 - Promouvoir le développement des nouvelles techniques d'information de communication visant à satisfaire les objectifs énoncés ci-dessus,
 - Définir une politique cohérente de formation en lien avec le Réseau d'Enseignement des Soins d'Urgence (RESU) (regroupant les 4 Centres d'Enseignement de Soins d'Urgence (CESU) bretons), les CHU et facultés de médecine, le Collège de Médecine d'Urgences de Bretagne (CMUB) et les établissements.

Article 2- Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation sont :

1. Accompagner la territorialisation des urgences et l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
2. Participer à l'élaboration et à la coordination des filières territoriales et régionales voire inter régionale au sein d'un répertoire opérationnel des ressources
3. Mettre en œuvre l'observatoire régional des urgences
4. Contribuer à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte et élaborer un plan d'action « Hôpital en Tension »
5. Mettre en œuvre un lieu d'échanges et de partage autour des bonnes pratiques et d'une démarche qualité

Titre 2. La mise en œuvre du contrat

Article 3 - Le financement et ses modalités d'attribution

Le financement des projets entrant dans le champ des missions du GCS « Réseau Bretagne Urgences » repose sur :

- Des financements alloués par l'ARS, limités à la durée du contrat
- Des financements issus des membres du GCS RBU, pour contribution aux charges de fonctionnement du groupement.

Les ressources allouées par l'ARS Bretagne au GCS RBU au titre de la mise en œuvre du présent contrat sont issues du fonds d'intervention régional ou, le cas échéant, d'autres sources de financements, conformément à l'article L 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale.

Elles contribuent au financement de la coordination du GCS.

La notification effective des crédits est matérialisée par voie d'avenant financier au présent contrat.

Tout nouveau financement fera l'objet d'un avenant à l'annexe 8.

Un récapitulatif des financements alloués pour le compte du GCS à la date de signature du présent contrat est présenté en annexe 8.

Article 4 - Le suivi du contrat

Un comité de suivi constitué entre les représentants de l'ARS et ceux du GCS se réunit une fois par trimestre afin d'assurer le suivi de l'avancement des projets coordonnés par le GCS dans le cadre des orientations stratégiques prévues au contrat.

L'évaluation du contrat est réalisée par le comité de suivi précité au moyen d'une revue annuelle. Elle a pour objet :

- l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat et ses annexes à l'année n-1,
- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat et ses annexes ;
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir ;
- la définition des avenants au contrat.

Article 5 - La révision du contrat

A la demande du GCS ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du GCS, des missions qui lui sont confiées ;
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales.
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat.

Article 6 – Condition d'exécution du contrat

En cas de non respect des engagements du GCS inscrits au contrat, l'ARS se réserve le droit de réviser tout ou partie des financements alloués.

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

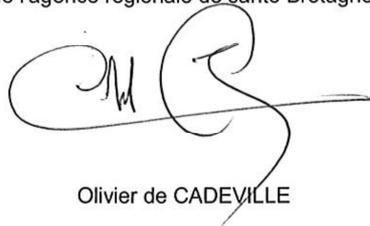
Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans,

Il prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2015.

Fait à Rennes, le 24 SEP. 2015

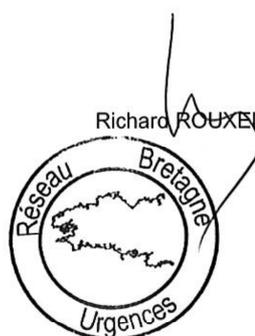
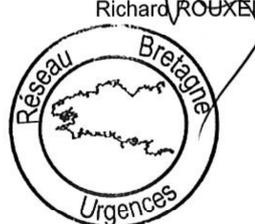
En deux exemplaires originaux

Le Directeur général
de l'agence régionale de santé Bretagne,



Olivier de CADEVILLE

Le représentant légal du Groupement de
Coopération Sanitaire du Réseau Bretagne
Urgences


Richard ROUXEL
The logo is circular with a double border. The text 'Réseau' is on the left, 'Bretagne' is on the right, and 'Urgences' is at the bottom. In the center, there is a stylized map of the Breton peninsula.

Annexe 3

 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/021
	PLAN HOPITAL EN TENSION	Version : 001
		Date d'application : 18/07/2016
Unité émettrice : Direction Thème : Gestion de Crise		
Rédacteur : pour le groupe de travail HET, Mme C.LE BONNIEC Elève directrice Approbation par : Mme C. MILLINER, Directrice déléguée Validation par : Mme MC. NAGAHAPITTIYE, CSS qualité		Date de signature : 04/07/2016

1. OBJET

Cette procédure a pour objet de définir le dispositif « Hôpital en Tension ». Ce dispositif est activé en cas de carence de lits d'hospitalisation au regard des admissions non programmées dans l'établissement.

2. DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNEL CONCERNE

L'ensemble des professionnels des services des urgences, Médecine, Chirurgie, Maternité et Soins de suite, EHPAD et psychiatrie.

3. RESPONSABILITES

Corps médical, Directeur, Administrateur de garde

4. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

- Circulaire interministérielle n°DSC/DGS/DUS/DGAS/DHOS/2008/320 du 23 octobre 2008 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale
- circulaire n°DHOS/CGR/2006/41 du 4 septembre 2006 « Plan blanc et gestion de crise ».

5. DEFINITION

Le plan Hôpital en Tension peut être déclenché en cas de situation exceptionnelle, conséquence d'une inadéquation entre les moyens disponibles (lits et personnels) et les besoins immédiats d'hospitalisations non programmées. Il s'agit d'un dispositif qui intègre à la fois des mesures préventives et des mesures de gestion de crise.

La tension doit être objectivée par le relevé d'indicateurs d'activité et analysée (l'origine de la tension peut être unique ou multiple : défaut de lits d'aval, affluence aux urgences, défaut d'effectifs soignants). L'ARS doit être informée sans délai de l'activation du plan Hôpital en Tension.

Dès lors que le plan « Hôpital en Tension » est déclenché, la Direction de l'établissement met en œuvre une série de mesures gradées prises en concertation avec la Cellule de Crise.

Lorsque le dispositif est levé, la Direction en informe les professionnels ainsi que l'ARS. Une analyse est menée systématiquement sous forme de RETEX.

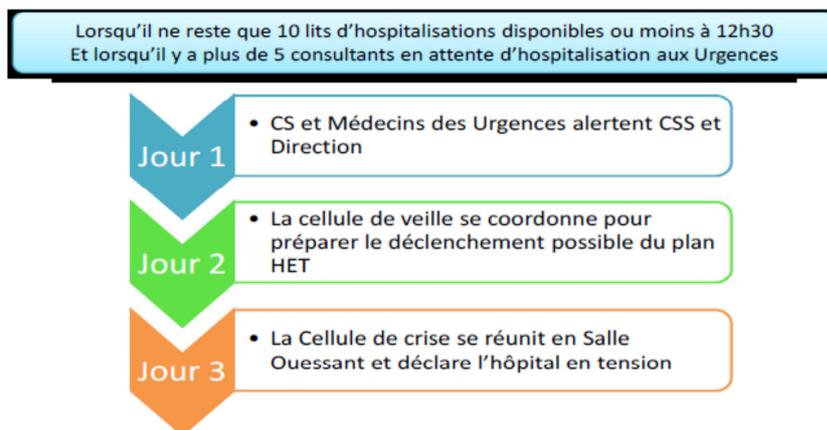
6. DESCRIPTION DE L'OBJET – CONTENU

La procédure décrit les responsabilités des différents acteurs dans la veille de la tension et le déclenchement du Plan « Hôpital en Tension », dans son suivi et son analyse après la levée du dispositif.

 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/021
	PLAN HOPITAL EN TENSION	Version : 001
		Date d'application : 18/07/2016

1. Suivi de la tension et rôle de la Cellule de Veille

Plan HET Préventif	
Cellule de Veille <ul style="list-style-type: none"> • CS des Urgences ou son remplaçant • Médecin des Urgences • CSS du pôle Lavallot • Directeur délégué ou son représentant 	→ Veille interne à l'établissement des indicateurs de l'activité (relevé quotidien ou biquotidien des lits disponibles), recueil de la prévision des sorties → Surveille les données d'activité dans le cadre du plan HET préventif : connaissance des fermetures de lits du territoire, suivi des séjours longs et complexes, actualisation du dispositif « Plan HET » (niveaux d'alertes, modalités d'alertes, mesures engagées, etc) → CS Urgences et Médecin Urgences alertent la CSS et la Direction quand les seuils des indicateurs de tension sont atteints
Direction	Décide l'activation du plan HET et réunit la Cellule de Crise en Salle Ouessant : activation des mesures selon le niveau de tension → plan réactif précoce ou plan réactif intermédiaire



Si le J1 est un jeudi, la cellule de crise se réunit dès le vendredi pour anticiper les mouvements du week-end.

Le week-end, la cellule de crise est composée du médecin urgentiste et de l'administrateur de garde.

2. Déclenchement du plan HET et rôle de la Cellule de crise

Composition :

- Directeur délégué ou son représentant
- Médecin des Urgences
- CSS du pôle Lavallot
- CS des Urgences ou son remplaçant
- Un représentant médical de chaque service
- Responsable Qualité

Rôle :

- Prendre les mesures adaptées au niveau de tension
- Communiquer en interne et en externe (ARS, SAMU, établissements du territoire, etc)

Ce document est propriété du CH de Landerneau – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

2/4

 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/021
	PLAN HOPITAL EN TENSION	Version : 001
		Date d'application : 18/07/2016

Plan HET Réactif Précoce	
Cellule de Crise <i>Toutes les décisions de la Cellule de Crise sont consignées dans un registre</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se réunit tous les jours à 12h30 en salle Ouessant - Valide l'état de tension au quotidien selon les indicateurs définis et définit le type de tension (affluence, carence aval, personnels) - Décide des transferts en maternité - Décide de la levée du Plan Hôpital en Tension - Participe à un RETEX à l'issue de l'épisode de tension (CROPS+PCME+Dir+Qual)
Direction	<ul style="list-style-type: none"> - Envoi d'une note d'information mail à tous les professionnels (LD médecins, cadres, CSS) pour informer du déclenchement du Plan HET - Envoi du formulaire HET à l'ARS (déclenchement HET - type de tension) : document à actualiser tous les jours pour le suivi de tension - Communication auprès des SAMU 29 et 22 - Communication auprès des établissements de santé, des professionnels libéraux - Informe l'ensemble du personnel de la levée du dispositif
Services de médecine, de chirurgie, de SSR, de maternité, des urgences	<ul style="list-style-type: none"> - Relevé quotidien des patients potentiellement sortants ou transférables en maternité : à remettre à 12h à la CSS du pôle Lavallot - Privilégier les sorties matinales : prioriser les bilans sanguins des patients sortants - Prévoir les ordonnances de sorties pour les patients qui peuvent bénéficier d'une sortie anticipée (EHPAD ou RAD) ou d'un transfert en maternité (cf. MOP Retour d'un Résident à l'EHPAD An Elorn en cas de HET MOP/DIR/035) - Remise en état accélérée des chambres grâce au salon des sorties - Programmation HS ou HDJ dès que possible à partir des Urgences - Information de la situation de Tension en salle d'attente du SAU (délais de prise en charge risquent d'être allongés) - Le dimanche soir à partir de 19h : utilisation des lits d'HS non réservés le lundi matin en échelonnant les arrivées dans le service - Sollicitation renforcée des assistantes sociales pour faciliter les retours à domicile/ attention renforcée sur les séjours longs
Plan HET Réactif Intermédiaire	
Cellule de Crise <i>Toutes les décisions de la Cellule de Crise sont consignées dans un registre</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Se réunit tous les jours à 12h30 en salle Ouessant Même missions que plan Réactif Précoce + Décide des éventuelles déprogrammations + Propose le renforcement en personnels Décide de la levée du Plan Hôpital en Tension Participe à un RETEX à l'issue de l'épisode de tension (CANSP+PCME+Dir+Qual)
Direction	<ul style="list-style-type: none"> Même missions que plan Réactif Précoce + Décide des renforts en personnels si besoin + Décide de déclencher le Plan Blanc si nécessaire Informe l'ensemble du personnel de la levée du dispositif
Services de médecine, de chirurgie, de SSR, de maternité, des urgences	<ul style="list-style-type: none"> Même missions que plan Réactif Précoce + Installation du 5è lit en UHTCD et dédoublement chambre n° 507 de médecine + Transformation temporaire des lits d'HS en lits continus avec renfort de personnel

 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/021
	PLAN HOPITAL EN TENSION	Version : 001
		Date d'application : 18/07/2016

Au-delà de la situation de tension du Plan HET Intermédiaire, la Direction peut décider d'activer **le Plan Blanc** (cf. PRO/DIR/022).

Levée du dispositif	
Cellule de Crise	→ après stabilisation et retour à la normale confirmé après plusieurs jours consécutifs d'amélioration → Programmation rapide du RETEX à solliciter auprès du Président de la CROPS (CROPS+PCME+Direction+Qualité)
Direction	→ Diffusion du message de levée du plan HET à tous les professionnels destinataires du message de déclenchement initial → Envoi du formulaire de levée de tension à l'ARS → Communication de la levée du dispositif en externe (directions du territoire, directions des établissements proches, des établissements partenaires (SSR, EHPAD, HAD, Hôpitaux locaux), SAMU 29 et 22)
Services de médecine, de chirurgie, de SSR, de maternité, des urgences	→ Reprogrammation précoce mais progressive



centre hospitalier "ferdinand - grall"

Hôpital en Tension
Recensement des patients potentiellement sortants / transférables

Chaque cadre est chargé de référencer dans son service, les patients qui pourraient faire l'objet d'une sortie précoce ou d'un transfert en maternité. Chaque cas sera soumis à l'avis du médecin référent.

Le présent document devra être remis chaque jour, **au plus tard à 12h à la CSS du Pôle Lavallot** pour examen en Cellule de Crise Hôpital en Tension.

SERVICE : _____

Document rempli par : _____
 Le _____

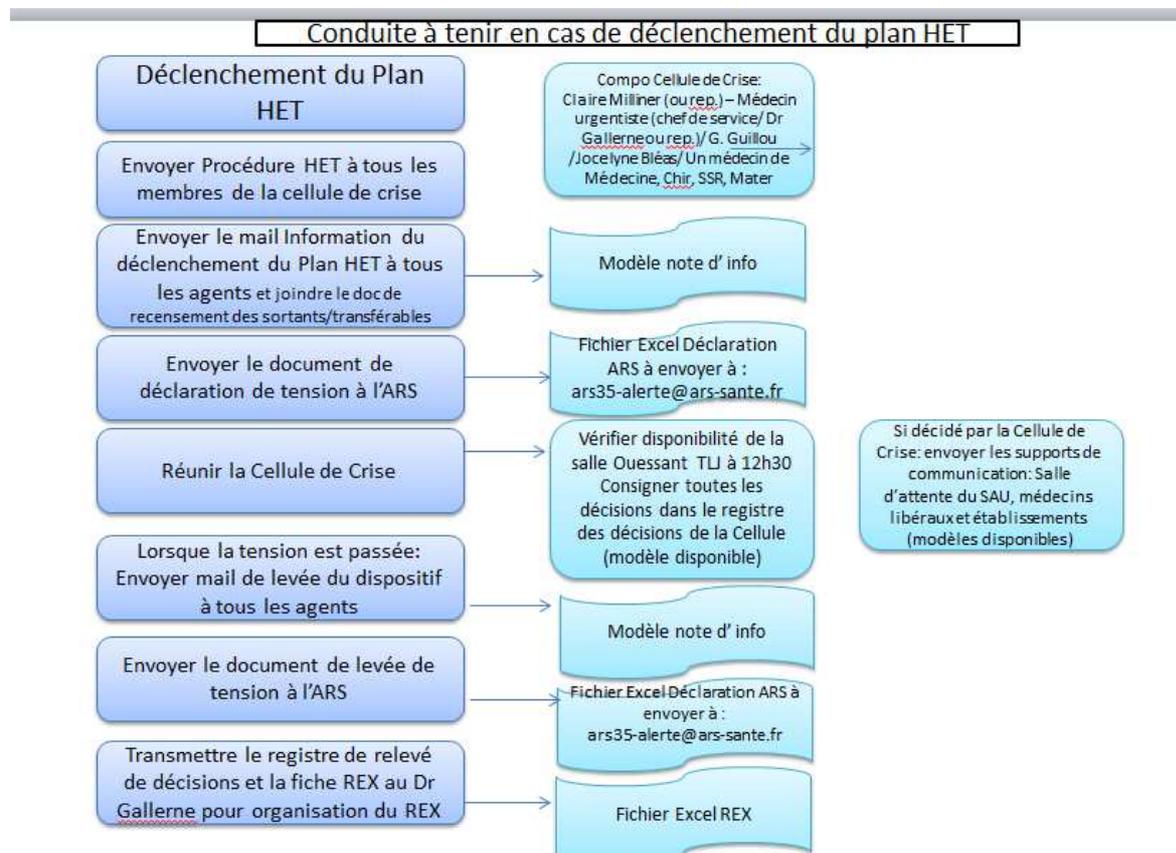
NOM	Prénom	N° de Chambre	Sortie envisagée	Avis médical	Observations (délai de sortie / transfert à J0/+1/2/3)
			<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable	
			<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable	
			<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable	
			<input type="checkbox"/> RAD <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable	

 centre hospitalier "Ferdinand - Grall"	Déclenchement du Plan Hôpital en Tension	Date :
---	---	--------

Type de Document	Note de Service	
Emetteur	Direction Générale	
Pièce(s) Jointe(s)	/	
Texte		
<p>Les indicateurs d'affluence aux Urgences et de disponibilité des lits nous amènent à déclencher le Plan Hôpital en Tension à compter de ce jour.</p> <p>Conformément au Plan Hôpital en Tension de l'établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Cellule de Crise se réunira tous les jours jusqu'à nouvel ordre à 12h30 en Salle Ouessant - Les cadres des services de soins devront faire parvenir à la CSS du Pôle Lavallot pour 12h, la liste des patients potentiellement sortants ou transférables (cf. PJ) - Les sorties matinales doivent être privilégiées autant que possible – les bilans sanguins des patients sortants doivent être priorités. - L'utilisation du salon de sorties en médecine doit être pleinement exploitée pour la remise en état des chambres - La programmation en HS ou HDJ à partir des Urgences doit être proposée dès que cela est opportun <p>La Cellule de Crise remercie l'ensemble des professionnels qui participent, par leur efficacité, à la prise en charge optimale des patients présents.</p> <p>L'ensemble des professionnels sera tenu informé de l'évolution de la situation et de la levée du dispositif.</p> <p style="text-align: right;">Claire MILLINER</p> <p style="text-align: right;">Directrice déléguée</p>		
Référence :		
	Pour mise en œuvre	Pour information
DESTINATAIRES	Tous médecins Tous cadres	

 centre hospitalier "Ferdinand - Grall"	Levée du dispositif Plan Hôpital en Tension	Date :
---	--	--------

Type de Document		Note de Service
Emetteur		Direction Générale
Pièce(s) Jointe(s)		/
Texte		
<p>L'activité aux Urgences et dans les services d'hospitalisation étant revenue à un niveau normal, la Cellule de Crise a décidé la levée du dispositif « Hôpital en Tension ».</p> <p>La Cellule de Crise remercie l'ensemble des professionnels qui ont participé, par leur efficacité, à la prise en charge optimale des patients pris en charge durant cette période.</p> <p style="text-align: right;">Claire MILLINER</p> <p style="text-align: right;">Directrice déléguée</p>		
Référence :		
	Pour mise en œuvre	Pour information
DESTINATAIRES	Tous médecins Tous cadres	



 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/004
	PROCEDURE HEBERGEMENT	Version : 003
		Date d'application : 18/07/2016
Unité émettrice : Direction Thème : Gestion de Crise		
Rédacteur : pour le groupe de travail HET, Mme C.LE BONNIEC, Elève directrice Approbation par : Mme C. MILLINER, Directrice déléguée Dr BERGOT, Président de la CME Validation par : Mme MC. NAGAHAPITTYE, CSS qualité		Date de signature : 04/07/2016

1. OBJET

Veiller au maintien de capacités d'accueil suffisantes dans les services prenant en charge les urgences, les services de médecine, chirurgie, maternité et de soins de suite

2. DOMAINE D'APPLICATION – PERSONNEL CONCERNE

Services des urgences, Médecine, Chirurgie, Maternité et Soins de suite

3. RESPONSABILITES

Corps médical, Directeur, Administrateur de garde

4. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

- Circulaire interministérielle n°DSC/DGS/DUS/DGAS/DHOS/2008/320 du 23 octobre 2008 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale
- circulaire n°DHOS/CGR/2006/41 du 4 septembre 2006 « Plan blanc et gestion de crise »
- Procédure HOPITAL EN TENSION du Centre Hospitalier de Landerneau PRO/DIR/021.

5. DEFINITION

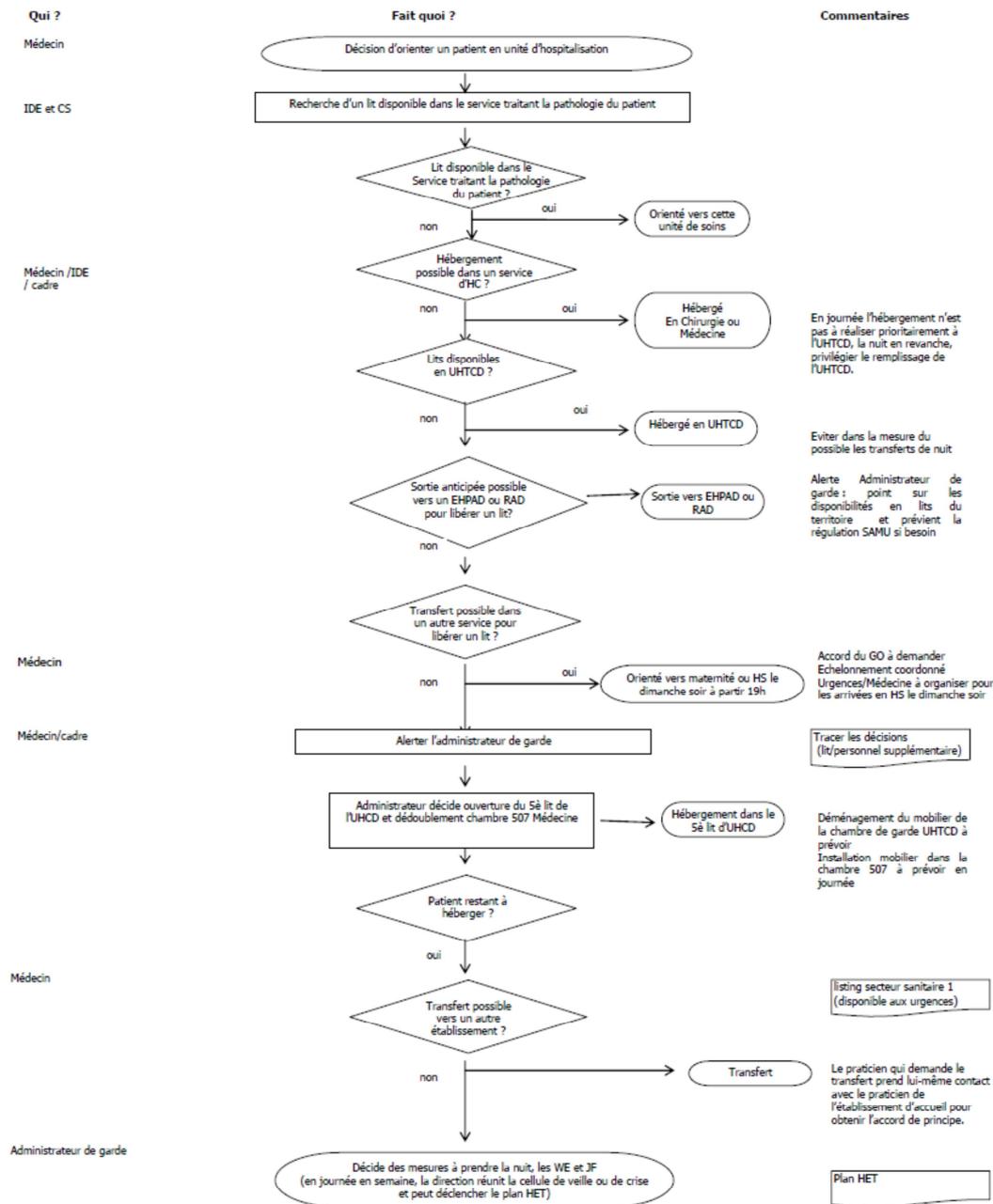
En l'absence de capacité d'hospitalisation disponible dans le service dont le patient relève médicalement, la recherche d'un lit disponible fait intervenir de nombreux acteurs et nécessite la vigilance de chacun et la bonne collaboration des professionnels concernés afin que le patient, quel que soit le lieu où il est hospitalisé in fine, bénéficie d'une prise en charge de qualité

6. DESCRIPTION DE L'OBJET – CONTENU

La procédure décrit les responsabilités des différents acteurs dans la recherche d'un lit d'hospitalisation pour un patient admis aux urgences, notamment lorsqu'aucun lit n'est disponible dans le service traitant la pathologie du patient, puis les spécificités organisationnelles liées à la décision d'hébergement.

En fonction des difficultés d'hébergement et de la tension relevée dans l'établissement (notamment par l'affluence aux urgences et problématiques d'hébergement dans les services d'hospitalisation), le plan « Hôpital en Tension » pourra être déclenché par la Direction.

Orientation d'un patient admis aux urgences nécessitant une hospitalisation



 C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/004
	PROCEDURE HEBERGEMENT	Version : 003
		Date d'application : 18/07/2016

Précisions

Surveillance de l'occupation des lits :

Tous les jours, le cadre des Urgences ou son binôme, vérifie l'occupation des lits. Le samedi matin, cette surveillance est réalisée par le cadre présent.

- en consultant Hexagone Web (sorties en temps réel)
 - lors de l'établissement du listing de lits disponibles au niveau du secteur sanitaire 1 – serveur ARDAH
- Selon le nombre de lits disponibles, alerte l'encadrement supérieur et/ou un directeur.

Réservation :

Un lit ne doit pas être réservé plus de 24h à l'avance.

Un lit ne doit pas être réservé si le patient doit rentrer par les Urgences ; ce sont les Urgences qui gèreront le circuit.

Entrée directe programmée en médecine, chirurgie, soins de suite et psychiatrie possible sous réserve qu'un médecin du service soit présent (senior ou interne).

Responsabilité :

- Le patient hébergé est placé sous la responsabilité médicale de l'équipe médicale du service dont relève sa pathologie
- En cas d'hébergement, les urgences informent le personnel présent dans le service et les patients sont visibles sur Sillage
 - dans l'unité dont ils relèvent médicalement (n° de chambre surligné en jaune et triangle jaune au niveau du nom du patient)
 - dans l'unité dans laquelle ils sont accueillis (n° de chambre surligné en vert et triangle vert au niveau du nom du patient)
 - En complément : le cadre de Chirurgie envoie un fax tous les matins au service de Médecine répertoriant tous les patients hébergés en Chirurgie
- La prise en charge paramédicale du patient hébergé est assurée par le service hébergeur. La description du séjour (compte rendu d'hospitalisation, courrier de sortie...) est réalisée par le médecin médicalement responsable du patient.

Priorités :

- Les hébergements doivent dans la mesure du possible permettre de conserver un lit du service de chirurgie pour les urgences chirurgicales
- Quand les services d'UHCD, de médecine, de SSR et de chirurgie sont remplis (-1lit en chirurgie) l'administrateur de garde peut décider le week end, l'hébergement de patients en hôpital de semaine (valable le dimanche à partir de 19h, pour les lits en plages blanches le lundi matin) et en dernier recours à titre exceptionnel d'héberger en maternité.
- Les possibilités d'hébergement en hôpital de semaine ne concernent pas les périodes de vacances (été et Noël) pendant lesquelles l'hôpital de semaine est fermé.
- Pour les hébergements en HS le dimanche soir, le service des Urgences et le service de Médecine s'entendent sur une arrivée échelonnée des patients afin d'étaler la charge de travail en Médecine.
- Concernant la maternité, l'administrateur de garde sollicite l'avis du gynécologue-obstétricien de garde concernant le profil des patients. Ces derniers doivent être stabilisés et ne pas présenter de risque infectieux afin de pouvoir être pris en charge par le personnel sage-femme et AP de maternité.
- Les services ayant la responsabilité médicale des patients font leur possible pour les reprendre le plus tôt possible. Toutefois, afin d'éviter les rotations intempestives de lits, les patients relevant de médecine et hébergés restent en chirurgie si la date prévisionnelle de sortie est proche.
- Les médecins veillent à préparer les ordonnances de sorties pour les patients qui peuvent bénéficier d'une sortie anticipée (EHPAD ou RAD) ou d'un transfert en maternité.

La plage blanche en HS : programmation en demi-journée uniquement avec entrée en milieu d'après-midi, la plage blanche du matin permet éventuellement une entrée la veille.

 <p>C.H. Ferdinand Grall 29 207 LANDERNEAU Cedex</p>	PROCEDURE	Réf : PRO/DIR/004
	PROCEDURE HEBERGEMENT	Version : 003
		Date d'application : 18/07/2016

Cellule de veille :

- Composition :
 - CS des Urgences ou son remplaçant
 - Médecin des Urgences (chef de service, Président de la CROPS ou autre médecin urgentiste)
 - cadre supérieur de santé du pôle Lavallot
 - directeur délégué ou son représentant

- Fonctions

Cette cellule :

- réalise une veille quotidienne des indicateurs d'activité
- alerte la Direction quand les seuils de tension sont atteints
- sollicite la réunion de la cellule de crise conformément à la procédure HET

Au 3^{ème} jour de tension, la Direction peut décider, en accord avec la cellule de crise, de déclencher le plan « Hôpital en Tension ».

Cellule de crise :

- Directeur délégué ou son représentant
- Médecin des Urgences
- CSS du pôle Lavallot
- CS des Urgences ou son remplaçant
- Un représentant médical de chaque service
- Responsable Qualité

- Fonctions

- Prend les mesures adaptées au niveau de tension (cf. Procédure HET [PRO/DIR/021](#))
- Communique en interne et en externe (ARS, SAMU, établissements du territoire, etc)

Il s'agit de l'émanation de la cellule de veille, de la commission des admissions de soins non programmés et de la cellule de crise du Plan Blanc.
Cette cellule de crise restreinte est activée dès lors que l'établissement est déclaré en tension solidaire. Elle est remplacée par la cellule de Plan Blanc dans les situations exceptionnelles.

■ SES MISSIONS

- ◆ **Contacteur l'établissement en Tension**
Elle se met en rapport avec l'établissement en Tension afin de prendre connaissance de l'aide à leur apporter.
- ◆ **Déprogrammer**
Elle prend connaissance de l'activité programmée qu'elle peut modifier.
- ◆ **Déclarer les lits sur le ROR**
Elle vérifie la disponibilité effective en lits et réalise un relevé temps réel (au moins 4 fois par jour) des lits d'hospitalisation complète sur le ROR.
- ◆ **Anticiper des sorties**
Elle incite à organiser des sorties ou des reports d'admissions programmées.
- ◆ **Reporter des travaux**
Elle reporte des travaux bloquant l'accès à des lits.
- ◆ **Ajouter des lits supplémentaires**
Elle met en place des lits supplémentaires dans la limite de ses possibilités et selon les besoins de la situation.
- ◆ **Mobiliser du personnel supplémentaire**
Elle mobilise le personnel adéquat afin de veiller à la sécurité du patient et à la bonne mise en œuvre de ses différentes missions.

2016 - 1er semestre suite RT - Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières (BACH) - saisie du mardi
Semaine du 14 Mars 2016

	Taux d'hospitalisation des services d'urgence de la région	Taux d'hospitalisation (moyenne hebdomadaire)					
	Niveau d'activité pré-hospitalière	Niveau d'activité hebdomadaire (Référence S-1)	Analyse				
ARS Bretagne	Nbr d'affaires traitées par le SAMU	1. Habituel					
	Nbr de sorties SMUR	2. Faible					
	Nbr de transferts secondaires	2. Faible					
	Nombre de SAU dans les établissements de la région	Nombre de SAU ayant transmis les données de l'enquête	Nombre total et cumulé de lits/places en UHCD et ZSTCD dans la région	Nombre total et cumulé de patients ayant été hospitalisés depuis plus de 24h aux urgences en UHCD/ZSTCD			
	Liste des établissements	Département	Date de début de mise en œuvre du dispositif « hôpital en tension »	Etat du dispositif *	Déprogrammation d'activité**	Rappel de personnel**	Réouverture de lit(s)**
ARS Bretagne	CH - SAINT-BRIEUC	22	8032016	Maintenu	Non	Non	Oui
	CH - LANNION	22		Maintenu	Non	Non	Oui
	CHU - RENNES	35	9012016	Maintenu	Non	Non	Oui
	CH - SAINT-MALO	35		Maintenu	Non	Non	Oui
	CHU - BREST	29		Maintenu	Non	Non	Oui
	Nombre de SAU dans les établissements de la région	Nombre de SAU ayant transmis les données de l'enquête	Nombre de SAU ayant compté, à 7h du matin, au moins 1 patient en attente d'un lit d'hospitalisation, pour lesquels la situation a été observée pendant : 0 jours	Nombre de SAU ayant compté, à 7h du matin, au moins 1 patient en attente d'un lit d'hospitalisation, pour lesquels la situation a été observée pendant : 1 à 10 jours	Nombre de SAU ayant compté, à 7h du matin, au moins 1 patient en attente d'un lit d'hospitalisation, pour lesquels la situation a été observée pendant : 11 à 20 jours	Nombre de SAU ayant compté, à 7h du matin, au moins 1 patient en attente d'un lit d'hospitalisation, pour lesquels la situation a été observée pendant : 21 à 30 jours	
	Liste des départements	Date de début de mise en œuvre du plan blanc élargi	Etat du dispositif*	Synthèse des mesures de gestion			
	Niveau d'activité des services d'urgence de la région	Niveau d'activité hebdomadaire (Référence S-1)	Analyse				
ARS Bretagne	Primo-passages	1. Habituel					
	Dont nombre de passages d'enfants de moins d'1 an	1. Habituel					
	Dont nombre de passages des plus de 75 ans	3. Elevé					
	Taux d'hospitalisation	2. Faible					
	Liste des établissements (plan blanc)	Départements	Date de début de mise en œuvre du plan blanc	Etat du dispositif *	Déprogrammation d'activité**	Rappel de personnel**	Réouverture de lit(s)**
	Services	Etat de la situation*	Analyse				
ARS Bretagne	Réanimation adultes	2.Tendu	96 %				
	Soins intensifs	1.Fluide	82 %				
	Grands brûlés	4.Non concerné					
	Surveillance continue	2.Tendu	99 %				
	Médecine (adultes)	2.Tendu	87 %				
	Pédiatrie	1.Fluide	70 %				
	Réanimation pédiatrique et néonatale	2.Tendu	85 %				
	Soins de suite et de réadaptation	1.Fluide	69 %				
	Commentaires généraux (activité pré-hospitalière de la région)	Commentaires généraux (services d'urgence de la région)	Appréciation générale- observations ou difficultés particulières constatées dans les établissements de santé (PDSE, etc.)	Analyse de la situation régionale			
ARS Bretagne		<p>CHU - Rennes (Secteur Adultes) : le plan Hôpital en tension niveau rouge (2eme niveau, ouverture de l'UPAP 22 lits au 4eme étage du Bloc Hôpital) est maintenu. Le taux d'occupation est à 90 % sur les deux dernières semaines. Organisation à hauteur de 12 lits en projection. Secteur Pédiatrie : Situation assez tendue du fait du peu de lits de médecine disponibles. Activité assez soutenue ce week-end.</p>	<p>CH - Saint-Brieuc (Secteur médecine) : situation tendue toute la semaine avec maintien de lits supplémentaires tous les jours. En fin de week-end installation de 4 patients sur secteur d'hospitalisation de semaine, 5 patients sur le pôle femme-enfant. En chirurgie : situation tendue au début de la semaine, plus fluide à la veille du week-end. CH - Lannion : Maintien des 6 lits supplémentaires d'hébergement de médecine. CHU - Rennes (Secteur Adultes) : le plan Hôpital en tension niveau rouge (2eme niveau, ouverture de l'UPAP 22 lits au 4eme étage du Bloc Hôpital) est maintenu. Le taux d'occupation est à 90 % sur les deux dernières semaines. Organisation à hauteur de 12 lits en occupation. Secteur pédiatrie : tension au niveau des disponibilités de lits en aval des urgences pédiatriques. CH - Saint-Malo : Réouverture de lits depuis le mois de décembre. Forte activité de médecine et de chirurgie. Services de psychiatrie en sur occupation constante. CH - Ploermel : Les services de</p>	<p>22 établissements sur 25 ont répondu à l'enquête. 5 établissements se déclarent en tension.</p>			

LE BONNIEC

Cécile

octobre 2016

Directeur d'Hôpital

Promotion 2015-2016

Le plan Hôpital en Tension, entre gestion de crise et gestion quotidienne de la capacité d'hébergement - L'exemple du Centre Hospitalier de Landerneau

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Alors que les hôpitaux sont amenés à réduire leurs capacités d'hébergement en hospitalisation complète sous l'effet du virage ambulatoire et du plan triennal, les épisodes de tension tendent à se multiplier, en période hivernale (impact des épidémies saisonnières) comme en période estivale (impact des fermetures temporaires de lits). La tension hospitalière résulte de plusieurs phénomènes (tension d'affluence, tension de carence de lits d'aval ou encore tension de défaut d'organisation aux urgences), elle se caractérise par une inadéquation entre les moyens disponibles (en lits et en personnels) et les besoins d'hospitalisations non programmées.

Quelle que soit leur origine, ces épisodes de tension génèrent des désorganisations dans les services et dégradent la qualité de prise en charge des patients. Les établissements de santé, soutenus par les travaux menés par la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), ont pris conscience de la nécessité de se doter de plan de gestion de crise pour faire face à ces situations coûteuses sur le plan humain, sur le plan de l'image de l'établissement et sur le plan financier.

Le Centre Hospitalier de Landerneau a lui aussi souhaité se doter d'un plan Hôpital en Tension pour limiter les effets des épisodes de tension et prendre des mesures adaptées à ces situations. Suivant les recommandations du groupe de travail régional mené par le Réseau Bretagne urgences, le plan HET de Landerneau s'inscrit dans l'esprit des travaux de la FEDORU, faisant de ce dispositif un outil de gestion de crise permettant au chef d'établissement et à la cellule de crise de prendre des mesures exceptionnelles pour répondre à la situation de tension.

Mots clés :

Tension hospitalière, Urgences, crise, saturation, organisation, management, prévention, réaction, FEDORU, Réseau Bretagne Urgences

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.