

Ministère des solidarités et de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours (R2)
Affaire suivie par : Ornella Gros-Flandre
Tél. : 01 40 56 43 98
ornella.gros-flandre@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

CIRCULAIRE n°DGOS/R2/2019/235 du 07 novembre 2019 relative à l'anticipation des tensions liées aux hospitalisations non-programmées et au déploiement du besoin journalier minimal en lits dans tous les établissements et groupements hospitaliers de territoire

Date d'application : immédiate

NOR : **SSAH1932221C**

Classement thématique : Établissements de santé

Validée par le CNP le 22 novembre 2019 - Visa CNP 2019-101

Publiée au BO : Oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : Oui

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles
Résumé : Cette instruction fait suite au lancement du pacte de refondation des urgences le 9 septembre 2019. Dans la mesure 12 « Fluidifier l'aval des urgences par l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées », est identifiée une action visant à diffuser le besoin journalier minimal en lits (BJML) dans tous les établissements et GHT. Cette instruction donne le cadre de l'utilisation de cet indicateur issu des résumés de passage aux urgences (RPU).
Mots-clés : Structures de médecine d'urgence ; Urgences ; Aval des urgences ; Gestion des lits ; GHT ; BJML
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">• Code de la santé publique, articles R. 6123-19, R. 6123-21,• Décret n°2013-261 du 27 juin 2013 relatif aux plans d'actions régionaux sur les urgences
Annexe : Fiche technique sur le BJML
Diffusion : ARS, établissements de santé sièges d'une structure des urgences

Contexte :

Ces dernières années, l'activité des urgences a connu une augmentation continue. La densification de l'activité provoque des tensions croissantes, soumettant les patients à des situations d'attente excessive ou des conditions d'accueil parfois difficiles. Les professionnels font état d'un engorgement constant, lié en particulier à la difficulté de trouver des lits d'aval pour leurs patients devant être hospitalisés, notamment pour les patients âgés ou poly-pathologiques.

La fluidification du parcours des patients nécessitant une hospitalisation en aval des urgences représente un véritable enjeu de qualité et de sécurité des soins, en plus d'être un levier clé pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels des urgences.

Encore trop souvent vécue comme une responsabilité de la structure des urgences alors qu'elle est avant tout le reflet d'une problématique d'établissement, cette question doit faire l'objet d'une véritable mobilisation des acteurs au sein des établissements et au niveau du territoire, en particulier à travers les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour les établissements de santé publics.

Des travaux engagés depuis plusieurs années pour améliorer la situation :

Face à cette situation, la ministre a confié au conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) en 2017 la mission de faire des propositions concernant l'organisation et la mise en place d'un suivi des difficultés en aval des urgences, avec notamment un indicateur permettant d'évaluer, objectiver et anticiper l'engorgement.

Un groupe de travail ministériel animé par le président du CNUH, le professeur Pierre CARLI, a donc été mis en place sur le sujet. Ses travaux se sont appuyés sur les travaux déjà conduits par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) ainsi que sur les recommandations professionnelles et la littérature scientifique relatives à l'aval des urgences. Il a rendu ses conclusions au printemps 2018.

Parmi les conclusions du groupe de travail, figurent notamment les points de consensus suivants :

- la **fluidification de l'hospitalisation des patients** en aval des urgences est à la fois un enjeu de santé publique, quant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients accueillis aux urgences, et un facteur de limitation de la pénibilité pour les professionnels des urgences comme des étages. C'est aussi un axe majeur dans la prévention et le suivi des tensions au niveau territorial pour les agences régionales de santé.
- la **problématique de l'aval des urgences**, ou des hospitalisations non programmées de patients venus des urgences, **ne peut être traitée au niveau de la seule structure des urgences**. Cette problématique de la recherche de lits d'hospitalisation pour les patients entrés dans l'établissement depuis les urgences relève en effet d'un objectif d'amélioration globale du parcours du patient dans l'établissement. Elle doit impliquer ainsi au premier chef les directions hospitalières, les présidents de CME, les GHT et reposer sur des dispositifs de gestion des lits au sein de l'établissement ou du GHT.
- il est **possible de relever une relative constance des flux d'hospitalisation depuis la structure des urgences au cours d'une année**. C'est ce que fait apparaître l'analyse des résumés de passage aux urgences (RPU) sur plusieurs années consécutives. Elle est résumée dans un indicateur : le besoin journalier minimal en lits d'hospitalisation (BJML) pour les patients issus des urgences, dont l'intérêt a été mis en évidence par la FEDORU.

Le ministère a également demandé à l'ANAP de proposer un accompagnement spécifique aux établissements de santé sur l'aval des urgences. Dix établissements¹ de sept régions différentes ont donc bénéficié d'un appui tout au long de l'année 2019 qui leur a permis, sur la base d'un diagnostic, d'identifier les outils utiles pour mieux anticiper les périodes de tension des services d'urgence et permettre une meilleure organisation des séjours hospitaliers.

Cet accompagnement a mis en évidence la nécessité au sein de chaque établissement de mettre en place de manière concomitante un suivi et une évaluation de **quatre piliers indissociables : le besoin journalier minimal en lits, les entrées directes, les séjours programmés et les durées prévisionnelles de séjour.**

Le **Pacte de refondation des urgences** annoncé le 9 septembre 2019 prolonge ces actions, dans le même objectif de remettre la problématique des lits d'hospitalisation en aval des urgences au cœur des préoccupations de l'établissement dans son ensemble.

Chaque GHT ou établissement de santé doté d'un service d'urgence devra avoir formalisé un engagement institutionnel à organiser les parcours en aval des urgences dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) qu'il conclut avec son ARS. Cet engagement devra comporter la mise à contribution explicite, solidaire et transparente de l'ensemble des filières. Il sera également traduit dans le règlement intérieur de chaque établissement et décliné dans les contrats de pôle. Par ailleurs, il sera **demandé à chaque GHT de mettre en place un dispositif de gestion des lits** dès 2020. La ministre a en outre souhaité **généraliser la diffusion de l'indicateur** d'anticipation des tensions hospitalières identifié dans le cadre des travaux du CNUH en 2018, le **besoin journalier minimal en lits**, pour qu'il puisse être utilisé dès cet hiver.

Mise en œuvre en région :

a) **Diffusion du besoin journalier minimal en lits (BJML)**

Sans être prédictif, cet indicateur donne un nombre minimum de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de sur-réservation de lits, du point de vue du chef d'établissement, est faible au vu des flux constatés les années précédentes. Il doit venir en soutien d'une démarche d'anticipation des besoins, permettant de sortir d'une situation où le flux d'hospitalisations est subi par les professionnels des urgences comme des étages. Une description de l'indicateur et de son intérêt est jointe en annexe de cette instruction.

Dans un contexte d'accroissement de l'activité des structures des urgences et de l'engorgement de leur aval, il est urgent de permettre une diffusion et une appropriation large de l'outil du BJML, notamment en préparation de l'hiver prochain.

Il vous est demandé de mobiliser les entités en charge de l'observation et de l'analyse des passages aux urgences de votre région, dont les observatoires régionaux des urgences (ORU), afin que cette valeur puisse être mise à la disposition de l'ensemble des GHT et des établissements de santé sièges de services d'urgence avant l'hiver. **Je vous demande de vous assurer que chaque établissement et GHT de votre territoire soit en possession de l'indicateur d'ici au 1^{er} décembre 2019.**

La FEDORU pourra venir en appui aux ORU et autres entités concernées en ce qui concerne la méthodologie de production du BJML. Les ORU et autres entités pourront également accompagner les établissements et les GHT dans la prise en main de l'indicateur.

Cette appropriation de l'indicateur s'accompagnera de la contextualisation nécessaire pour adapter au mieux l'outil à chaque territoire.

¹ CH de Troyes, CH du Mans, CH de Carcassonne, CH de Riom, CH de Vichy, CH de Rochefort, CH de Saint-Gaudens, CHU de Rennes, CHU de Limoges, CHU Bichat

b) Engagement d'une démarche globale d'anticipation et de gestion des flux

Sur cette base, je vous demande de mobiliser les établissements sièges de structure des urgences et leur GHT pour qu'ils analysent formellement dès cet hiver les besoins en lits. Cette analyse fera le lien avec les durées prévisionnelles de séjour, les admissions directes et le programmé. Ces 4 piliers permettent aux établissements d'avoir une vision complète des besoins et d'en tirer les enseignements nécessaires à la fluidification de l'aval de leurs structures des urgences.

Les établissements et GHT pourront s'appuyer utilement sur les enseignements globaux de l'accompagnement réalisé par l'ANAP, qui seront publiés d'ici la fin de l'année et apporteront des précisions sur l'appréhension de ces 4 éléments clés.

Un accompagnement financier sera également mis en place pour permettre le déploiement dans l'ensemble des GHT la fonction de gestion coordonnée des lits, qui sera rendue obligatoire dans le cadre de la réforme des autorisations d'activités de soins. Le dispositif de gestion coordonnée des lits à l'échelle du GHT permettra, dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical partagé, d'élargir l'éventail des capacités d'accueil des patients en s'appuyant sur les établissements associés et partenaires du territoire. Il doit aboutir à une utilisation optimale des capacités hospitalières de chaque établissement et de celles de l'ensemble du GHT. Dans ce contexte, une attention particulière vous est demandée vis-à-vis des établissements souhaitant créer une cellule de gestion des lits ou renforcer un dispositif existant.

Sont par ailleurs rappelés **les dispositifs et les ressources existants d'appui à l'anticipation des tensions saisonnières en particulier hivernales** :

- la préparation du volet « EPI-CLIM » du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et, le cas échéant, l'anticipation de la mise en œuvre des mesures de gestion (plan de mobilisation interne et cellule de crise hospitalière) conformément aux dispositions de l'instruction n° DGS/VSS2/DGOS/2019/167 relative à l'actualisation du cadre de préparation du système de santé à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et du guide de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles au sein des établissements de santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE> ;
- Santé Publique France met à disposition de manière régulière un ensemble d'indicateurs épidémiologiques, désormais accessibles via un site internet ouvert au grand public (<https://geodes.santepubliquefrance.fr>) ainsi que des bulletins hebdomadaires nationaux et régionaux, disponibles sur le site internet de l'agence (<https://www.santepubliquefrance.fr/publications>) ;
- l'ANAP a développé un certain nombre d'outils relatifs à la gestion des lits, qui peuvent être retrouvés sur le lien suivant : <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/plateforme-thematique-gestion-des-lits/> .

Vous êtes également incités à anticiper et préparer le démarrage des épisodes épidémiques saisonniers par des échanges avec les cellules épidémiologiques de Santé Publique France.

Par ailleurs, le bulletin BACH renseigné de façon hebdomadaire par les ARS, outil de suivi régional de 14 indicateurs de l'offre de soins des secteurs hospitalier, ambulatoire et en EHPAD permet également la gestion de tensions sanitaires territoriales.

Pour tout appui ou information quant à la mise en œuvre de la présente instruction, le bureau R2 de la DGOS se tient à votre disposition.

Vous pouvez faire parvenir vos questions à l'adresse fonctionnelle suivante : DGOS-R2@sante.gouv.fr.

La Ministre des solidarités et de la santé

Signé

Agnès BUZYN

ANNEXE :
Fiche technique sur l'utilisation du BJML

Définition :

Le Besoin Journalier Minimal en Lits, ou BJML, permet d'anticiper le nombre de lits d'aval nécessaires *a minima* chaque semaine par analyse des résumés de passage aux urgences (RPU) des 7 dernières années. Sans être prédictive, cette valeur donne un minimum de lits d'aval nécessaires pour lequel le risque de sur-réservation est faible du point de vue du chef d'établissement. Par exemple, avec un BJML de 23 lits et au 25^{ème} centile, on peut dire que l'établissement aura besoin d'au moins 23 lits dans 75 % des cas, et que s'il en sanctuarise 23, il sera en situation de sur-réservation de quelques lits dans seulement 25 % des cas (cf. figure ci-dessous).

Démarche :

Afin de mettre cette valeur à disposition des établissements de santé sièges de structure des urgences (SU) et des GHT, il est proposé que chaque ARS puisse saisir l'entité en charge sur son territoire de l'observation des passages aux urgences (notamment les observatoires régionaux des urgences) en vue de sa mise à disposition des établissements de santé et des GHT et du soutien à un diagnostic des besoins et des moyens disponibles dans l'établissement.

À ce jour, la FEDORU estime à 10 jour/homme le temps moyen de production du BJML pour une région donnée.

Cette démarche pourra être améliorée les années à venir : elle vise à soutenir une démarche d'anticipation des besoins de lits en fonction des passages aux urgences, non prévisibles entièrement mais dont la structure est relativement récurrente chaque année.

Le BJML peut notamment être analysé au regard des données suivantes :

- Nombre de lits disponibles dans l'établissement ;
- Quelques indicateurs issus directement des RPU : nombre de transferts sur les 3 derniers jours, nombre d'hospitalisations à partir des urgences depuis 3 jours, nombre d'admissions sur les 2 dernières heures, durée moyenne de présence des patients présents, nombre de patients présents de plus de 75 ans, nombre de patients présents aux urgences par rapport au nombre de box UHCD.

Ces indicateurs concernent le jour précédent mais sont utiles à l'identification de la montée en puissance des tensions dans la structure des urgences, surtout s'ils sont associés à des seuils d'alerte et regardés sur plusieurs années successives (ex : évolution du nombre de jours par an où la durée moyenne de passage aux urgences est supérieure à 4h/6h/8h pour suivre l'évolution de la situation d'un établissement).

Proposition de format de restitution du calcul du BJML par établissement par région

<u>région</u>	<u>idEtab</u>	<u>num sem</u>	<u>nb sem histo</u>	<u>moy enne</u>	<u>écart type</u>	<u>median e</u>	<u>05^e centile</u>	<u>25^e centile</u>	<u>75^e centile</u>	<u>95^e centile</u>	<u>mini</u>	<u>maxi</u>
XX	68	1	7	27,51	6,218	27	17	23	31	38	16	40

Intitulés des colonnes :

- région : nom de la région
- idEtab : identité de l'établissement (entité géographique)
- num sem : numéro de la semaine considérée
- nb sem histo : nombre d'années sur lesquelles la donnée est disponible
- mini et maxi : valeur minimale et maximale

La FEDORU pourra apporter un appui méthodologique à ces travaux en région.

Le BMJL est de 23 lits

N° de semaine
sélectionnée :

11

Les résultats de la semaine sélectionnée

N° sem.	Nb sem. histo.	Moyenne	Médiane	05 centile	25 centile	75 centile	95 centile	Mini	Maxi
11	7,00	26,35	26,00	17,00	23,00	31,00	35,00	13,00	40,00

Les résultats sur l'année

N° sem.	Nb sem. histo.	Moyenne	Médiane	05 ^{ème} centile	25 ^{ème} centile	75 ^{ème} centile	95 ^{ème} centile	Mini	Maxi
1	7,00	27,51	27,00	17,00					
2	7,00	26,96	28,00	17,00					
3	7,00	24,71	25,00	13,00					
4	7,00	26,10	25,00	17,00					
5	7,00	27,04	27,00	18,00					
6	7,00	26,84	27,00	18,00					
7	7,00	26,96	27,00	18,00					
8	6,86	27,19	27,50	17,00	24,00	30,00	37,00	13,00	39,00
9	7,00	25,00	25,00	16,00	20,00	30,00	33,00	14,00	36,00
10	7,00	26,27	26,00	19,00	22,00	29,00	36,00	18,00	42,00
11	7,00	26,35	26,00	17,00	23,00	31,00	35,00	13,00	40,00
12	7,00	26,49	26,00	19,00	23,00	29,00	35,00	13,00	37,00

N° sem.	Nb sem. histo.	Moyenne	Médiane	05 ^{ème} centile	25 ^{ème} centile	75 ^{ème} centile	95 ^{ème} centile	Mini	Maxi
34	7,00	24,98	24,00	17,00	20,00	29,00	34,00	16,00	36,00
35	7,00	24,57	24,00	17,00	20,00	27,00	38,00	12,00	39,00
36	7,00	25,43	25,00	15,00	22,00	30,00	38,00	12,00	38,00
37	7,00	25,35	25,00	17,00	21,00	30,00	36,00	14,00	38,00
38	7,14	26,59	25,00	18,00	22,00	32,00	37,00	14,00	37,00

Pour la semaine N°11 :

- L'historique des données est de 7 semaines (soit 7 jours * 7 ans = 49 jours d'historiques)
- Le nb d'hospitalisations était en moyenne de 26,35
- Le nb d'hospitalisations était inférieur à 17 pour seulement 5% des jours (5^{ème} centile)
- Le nb d'hospitalisations était inférieur à 23 dans seulement 25% des jours (25 centile)
- Le BJML est de 23