

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

La Directrice

Annie PODEUR

Tél. : 01 40 56 44 64

Fax : 01 40 56 60 66

Paris, le 24 SEP. 2009

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

à
Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements de santé (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département (pour information)

Objet : Préparation et gestion des déprogrammations dans les établissements de santé publics et privés, du fait de la pandémie grippale A/H1N1

Cette instruction a pour but de permettre aux établissements de santé publics et privés de préparer et mettre en œuvre si nécessaire les déprogrammations et reprogrammations en situation de pandémie grippale A/H1N1.

Face à l'épidémie de grippe à nouveau virus A/H1N1, les établissements de santé publics et privés, disposant ou non d'un service d'urgences, doivent se préparer à être en mesure :

- de déprogrammer des activités et de redéployer des capacités hospitalières, afin, le cas échéant, d'accueillir un surcroît de patients, tout en faisant face à des arrêts de travail des personnels ;
- d'assurer la continuité des soins pour les patients grippés ou non grippés ;
- d'anticiper la sortie de crise et la reprogrammation des activités.

L'instruction détaille les objectifs de la déprogrammation et de sa préparation au sein des établissements de santé publics et privés (1), précise les éléments nécessaires à la phase d'alerte du plan de déprogrammation (2), donne des orientations pour le déclenchement et pour la mise en œuvre locale de la déprogrammation (3) et des éléments pour anticiper la sortie de crise et la reprogrammation (4).

1. Objectifs de la déprogrammation et sa préparation au sein des établissements de santé publics et privés

a. Objectifs

Objectif général : la déprogrammation de tout ou partie des activités de soins est une mesure figurant dans le plan Blanc des établissements de santé, publics et privés. Le plan de déprogrammation doit être coordonné entre les établissements de santé d'un département et

s'intégrer au plan Blanc élargi. La mise en place d'un plan de déprogrammation s'accompagne d'une réorganisation interne.

• Définitions

Il existe deux outils complémentaires, qui doivent être utilisés de front, afin de permettre de redéployer les capacités hospitalières et le personnel : la déprogrammation et la libération de lits :

- la libération de lits ("dés-hébergement") consiste au retour à domicile de patients hospitalisés, dont l'état le permet, ou bien à leur transfert vers des solutions d'aval (hospitalisation à domicile, soins de suite et réadaptation fonctionnelle...);
- la déprogrammation consiste à reporter les hospitalisations non urgentes et programmées de certains patients dont l'état le permet.

• **Objectifs à concilier pour faire face à la grippe A/H1N1** : la déprogrammation doit permettre de libérer :

- des lits pour accueillir le surcroît de patients à hospitaliser en provenance des urgences ;
- des lits de réanimation, de soins intensifs (pour prendre en charge les cas complexes), de surveillance continue et des salles de soins post-interventionnels (SSPI) ;
- des solutions d'aval pour permettre une fluidité de la prise en charge ;
- du personnel, dans un contexte éventuel d'absentéisme.

b. Préparation du plan de déprogrammation

Le plan de déprogrammation d'un établissement inclut les activités pouvant être déprogrammées en priorisant celles-ci avec la cellule d'aide à la décision médicale.

Les établissements de santé recensent dans chacun des secteurs d'activité les hospitalisations ne pouvant être différées sans perte de chance pour le patient. Il s'agit, notamment, des urgences (médicales et chirurgicales), des dialyses, des accouchements, des prises en charge en cancérologie, etc.

La nature des activités à déprogrammer est déterminée au cas par cas, en fonction d'un rapport bénéfice/risque, en tenant compte de la durée du report de l'activité.

A titre d'exemple, il est possible d'envisager de différer, aussi bien pour adultes que pour les enfants :

- certaines interventions chirurgicales programmées ;
- certains actes d'exploration ou interventionnels ;
- certains bilans systématiques (maladies chroniques...);
- certaines séances d'éducation thérapeutique ;
- certaines consultations systématiques (à l'exception des visites des nourrissons jusqu'à 6 mois et du programme de respect du calendrier vaccinal) ;
- les activités de procréation médicale assistée.

Ainsi, ces prises en charge différées permettront de libérer des lits de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de surveillance continue, de réanimation, de surveillance post-interventionnelle. Des personnels pourront ainsi être réaffectés à d'autres activités prioritaires et des respirateurs de SSPI ou de bloc seront disponibles.

Il appartient à l'établissement de s'assurer que :

- les personnels réaffectés dans d'autres unités ont la compétence nécessaire ou ont été formés ;
- les matériels redéployés bénéficient de la maintenance nécessaire.

Si les solutions pour libérer des lits en pédiatrie sont insuffisantes, il est possible d'admettre les enfants de plus de 20 kg en unités d'adultes, notamment en réanimation. Il conviendra, alors, de

veiller à ce que l'ensemble du matériel utilisé soit adapté aux enfants et tout particulièrement les lits et barrières.

L'information des patients dont l'hospitalisation est reportée doit être le fait du praticien qui en a la charge. Il doit pouvoir s'appuyer sur un texte explicatif présentant la motivation de la déprogrammation, signé du directeur et du président de CME.

Les établissements précisent, dans la mesure du possible, les modalités de réorganisation et de réaffectation des personnels envisagés, en vue d'assurer les prises en charge prioritaires, en tenant compte des niveaux de formation et de compétences (personnels de réanimation, personnels de bloc, personnels de pédiatrie notamment).

Le plan de déprogrammation fait partie du plan Blanc de l'établissement. Les éléments qui figurent dans l'annexe "pandémie grippale" du plan Blanc doivent être reconsidérés au regard des connaissances acquises sur le nouveau virus pandémique A/H1N1.

2. Phase d'alerte du plan de déprogrammation

Les établissements ont à leur disposition des indicateurs, notamment ceux qu'ils saisissent quotidiennement dans les serveurs régionaux de veille et d'alerte (SRVA). Les SAMU disposent également d'indicateurs dans Sin-Samu grippe.

Dans le cadre de la crise liée à la grippe A/H1N1, les établissements, s'ils sont concernés par ces activités, doivent impérativement renseigner et analyser les indicateurs suivants :

- nombre de dossiers médicaux traités par le centre 15 pour grippe (Sin-Samu grippe) ;
- nombre d'hospitalisations pour grippe après appel du centre 15 (Sin-Samu grippe) ;
- nombre total de primo-passages aux urgences ;
- nombre de passage aux urgences et dans les consultations dédiées pour "grippe" (en cours d'ajout sur le SRVA) ;
- nombre d'hospitalisations à partir des services d'urgence, hors UHCD, après passage aux urgences ;
- nombre d'hospitalisations à partir des consultations dédiées ou des urgences pour "grippe" (en cours d'ajout sur le SRVA) ;
- taux d'occupation en réanimation adulte et pédiatrique ;
- taux de patients ventilés pour "grippe" en réanimation, adulte et pédiatrique, (en cours d'ajout sur le SRVA).

Les ARH ont à leur disposition des indicateurs issus des serveurs régionaux de veille et d'alerte qu'elles doivent analyser. Ils sont les suivants :

- évolution régionale et départementale du nombre d'appels aux centres 15 pour grippe ;
- évolution régionale et départementale du nombre d'hospitalisations pour grippe après appel des centres 15 ;
- évolution régionale du nombre de primo-passages aux urgences ;
- évolution régionale du taux d'hospitalisation à partir des services d'urgence ;
- évolution régionale du nombre de passages aux urgences et dans les consultations dédiées pour grippe ;
- évolution régionale du taux d'hospitalisation pour grippe à partir des urgences et des consultations dédiées ;
- taux d'occupation en réanimation ;
- évolution régionale du taux de patients ventilés pour "grippe" en réanimation.

Une augmentation des taux doit permettre une mise en alerte de la région et des départements concernés.

3. Déclenchement et mise en œuvre de la déprogrammation

- **Seuil de déclenchement de la déprogrammation**

Au sein d'un établissement, le critère principal de déclenchement susceptible d'être retenu correspond au pourcentage de patients grippés et ventilés parmi ceux hospitalisés en réanimation qui devrait être d'au moins 15%. Ce pourcentage est à nuancer par d'autres indicateurs qui peuvent témoigner de la phase ascendante du pic épidémique tels que:

- indicateurs pré-hospitaliers (SAMU) : augmentation du nombre de dossiers de régulation traités chaque jour ;
- urgences hospitalières : augmentation de + de 30% du nombre de passages par rapport à une période de référence pendant plus de deux jours consécutifs ;
- unités d'hospitalisation de courte durée : augmentation du nombre de patients restant hospitalisés pendant plus de 24h.

Ces indicateurs correspondent à ceux devant être suivis quotidiennement. Le dépassement de ce seuil est un critère d'alerte qui doit être porté à la connaissance du préfet de département et du directeur d'ARH.

A l'échelle du département, le critère principal de déclenchement retenu par l'ARH correspond à un pourcentage global de patients grippés ventilés en réanimation supérieur à 10%.

Il doit alors être apprécié au regard des autres informations, notamment la capacité globale disponible en réanimation au niveau du département, telles que mentionnées au point 2.

Pour autant, la déprogrammation peut être envisagée pour la gestion de situations de tension en dehors du cas de saturation des lits de réanimation.

Le déclenchement de la déprogrammation relève d'une décision du directeur de l'établissement sur l'analyse des indicateurs sus mentionnés, ou du préfet de département dans le cadre d'un plan Blanc élargi (comme précisé au paragraphe "mise en œuvre").

- **Mise en œuvre du plan de déprogrammation**

A l'échelle de l'établissement : la cellule de crise du plan Blanc est activée. Une cellule d'aide à la décision médicale vient la renforcer. Elle est composée de personnels expérimentés et pilotée par le président de la CME ou son représentant. La cellule d'aide à la décision médicale conseille les professionnels de santé de l'établissement lors de la prise de décisions médicales individuelles.

Les questions peuvent concerner les domaines suivants :

- aide à la déprogrammation ;
- aide et soutien à la définition des conditions d'admission, notamment pour les soins lourds ;
- aide et soutien à la définition des conditions de sortie ;
- aide à la hiérarchisation de la reprogrammation ;
- conseil individuel au médecin face à un cas particulier (aide de proximité).

Une synthèse quotidienne des questions du corps médical devant être communiquée à la cellule de crise, il convient de mettre en place les outils permettant d'assurer la traçabilité des questions et des décisions.

A l'échelle du département, chaque directeur d'établissement ayant décidé de mettre en œuvre le plan Blanc doit en informer sans délai le préfet de département et le directeur d'ARH.

Au regard de cette décision et au vu des indicateurs sus mentionnés (taux de patients grippés dans les lits de réanimation, tension dans les établissements...) le préfet de département peut, sur proposition du directeur d'ARH, décider d'activer le volet déprogrammation du plan Blanc élargi. Il implique ainsi l'ensemble des établissements du département et permet de répartir la charge entre

ces derniers tout en assurant une gradation optimale des prises en charge proposées. Le plan Blanc élargi doit en effet prévoir le transfert possible de patients en établissement de santé public et privé d'une même ville ou d'un même département, en particulier pour dégager des lits d'aval.

- **Gestion des personnels dans les établissements**

L'ensemble de la communauté hospitalière doit concourir au fonctionnement de l'établissement selon un plan d'organisation défini par la cellule de crise de l'établissement. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité, doit être à même de contribuer au renforcement d'activités qui le nécessitent (urgences, consultations, etc.).

Les personnels des services seront réaffectés en tenant compte de leur spécialisation (infirmières, infirmières anesthésistes, etc.).

Les professionnels ayant exercé au cours des trois années écoulées dans des services de réanimation doivent être répertoriés sans délai, afin de renforcer les unités où le taux de rotation est élevé. De la même façon, des personnels pourront être affectés au renforcement des services d'urgence pré-hospitaliers et hospitaliers.

- **Plan de continuité des activités "support" au sein des établissements**

Dans le cadre de son plan blanc, l'établissement doit avoir prévu un plan de continuité pour les fonctions qui concourent à la réalisation des soins (fonctions administratives, techniques et logistiques, informatiques...).

4. Anticiper la fin de crise et la reprogrammation

Les indicateurs de suivi épidémiologique nationaux (sur la base des SERVA et InVS) doivent permettre de repérer la décroissance après le pic de l'épidémie.

Sur la base de cette décroissance et des indicateurs locaux, régionaux et départementaux, la fin de la crise doit être anticipée et la reprogrammation des activités envisagée de façon progressive et dynamique. Cette décision est prise par le directeur. Il en informe le préfet de département et le directeur de l'ARH.

Les critères de sécurité requis pour la reprise des activités de soins doivent être réunis (effectif du personnel, lits disponibles, résorption des flux de patients aux urgences...).

La cellule de crise, sur proposition de la cellule d'aide à la décision médicale, définit les modalités de reprogrammation.

Pour autant, l'éventualité d'une deuxième vague épidémique ne peut être écartée à ce jour, et justifie une veille à la fois prudente et active.

5. Impact financier

La gestion de cette crise se traduira, probablement, par un impact difficile à anticiper sur les charges et sur la nature et le niveau de l'activité, et par suite sur les ressources des établissements. Il est difficile en l'état actuel d'apprécier les possibles décalages d'activité, comme les hypothétiques surcroûts ou diminutions d'activité.

Après observation, et évaluation de ces effets ainsi que production des justificatifs par les établissements, le ministère et les agences régionales de l'hospitalisation mettront en œuvre les mesures d'accompagnement financier si nécessaire.

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

