



La place du DIM et du PMSI dans la gestion des flux de patients

Dr Thierry GACHES

DIM

Hôpital François Rabelais

Problématique

- Afflux importants de patients en Janvier 2009 au CHC
- Indisponibilité des lits MCO et lits d'aval
- Accumulation lits UHCD
- Retentissement sur fonctionnement + recettes
- Hospitalisation dans des services non valorisés
- D'où création d'une unité tampon

Pourquoi?

- Importance de répondre au besoin
- Organisation:
 - « réservation » d'un séjour = séjours programmés
 - « entrée inopinée » d'un patient = Urgences
 - Sortie d'un patient
 - Système d'information de gestion des lits
 - Répartition des rôles
 - Management

Organisation

- « Réservation » d'un séjour:
 - Principe des pré-admissions suite consultations
 - Ne concerne pas le CHC

Organisation

- « Entrée inopinée » d'un patient:
 - Difficultés à admettre des patients en urgence:
 - Manque d'infos en temps réel sur l'occupation actuelle (lits non occupés / réellement disponibles) et prévisionnelle (lits qui vont être libres)
 - Situation difficile à connaître au CHC

Organisation

- Sortie d'un patient:
 - Sortie d'un patient non prévue dès son admission
 - Très souvent prévue la veille ou le jour même
 - A très souvent lieu l'après midi:
 - Difficulté d'admettre un patient dans la foulée = lit perdu ou patient non choisi
 - Si admission tardive = fin de journée non mise à profit pour PEC ⇒ DS allongée d'une journée
 - Difficulté d'admettre de bonne heure les patients présents aux urgences et en attente de lits
 - Difficulté pour le patient d'organiser son retour à domicile
 - Procédure de sortie mal ou non expliquée au patient
 - D'où nécessité de développer:
 - Gestion prévisionnelle des lits en essayant d'estimer + partager une durée prévisionnelle de séjour → DIM + exp^{ce} clinique
 - Modification horaires de sortie patients

Organisation

- Système d'information de gestion des lits:
 - Fonctionnalités:
 - Ne permet pas d'enregistrer la présence de patients dans les lits
 - OU ne permet qu'une vision statique de l'occupation à l'instant présent
 - Procédures associées:
 - Mise à jour du système d'information non réalisée en temps réel
 - Temps passé par les cadres à gérer les lits = 2 h/j/UF soit 1 ETP pour 100 lits (évaluation MEAH – Avril 2008)

Organisation

- Management:
 - Chaque unité gère ses « ressources lits »
 - Intérêts non nécessairement convergents
 - Inconvénients de maximiser l'occupation des lits sur une UF:
 - Accepter des urgences \Rightarrow annuler des patients programmés / impact image de marque de l'UF
 - Lits occupés = générer une charge de travail supplémentaire
 - Conserver des lits = accepter sur le champ des patients non programmés = fidéliser les médecins de ville
 - D'où nécessiter pour chaque petit périmètre de conserver la gestion des ses lits \Rightarrow optimiser occupation des lits pour gérer les aléas
 - Mise en œuvre d'une gestion centralisée rattachée à la Direction

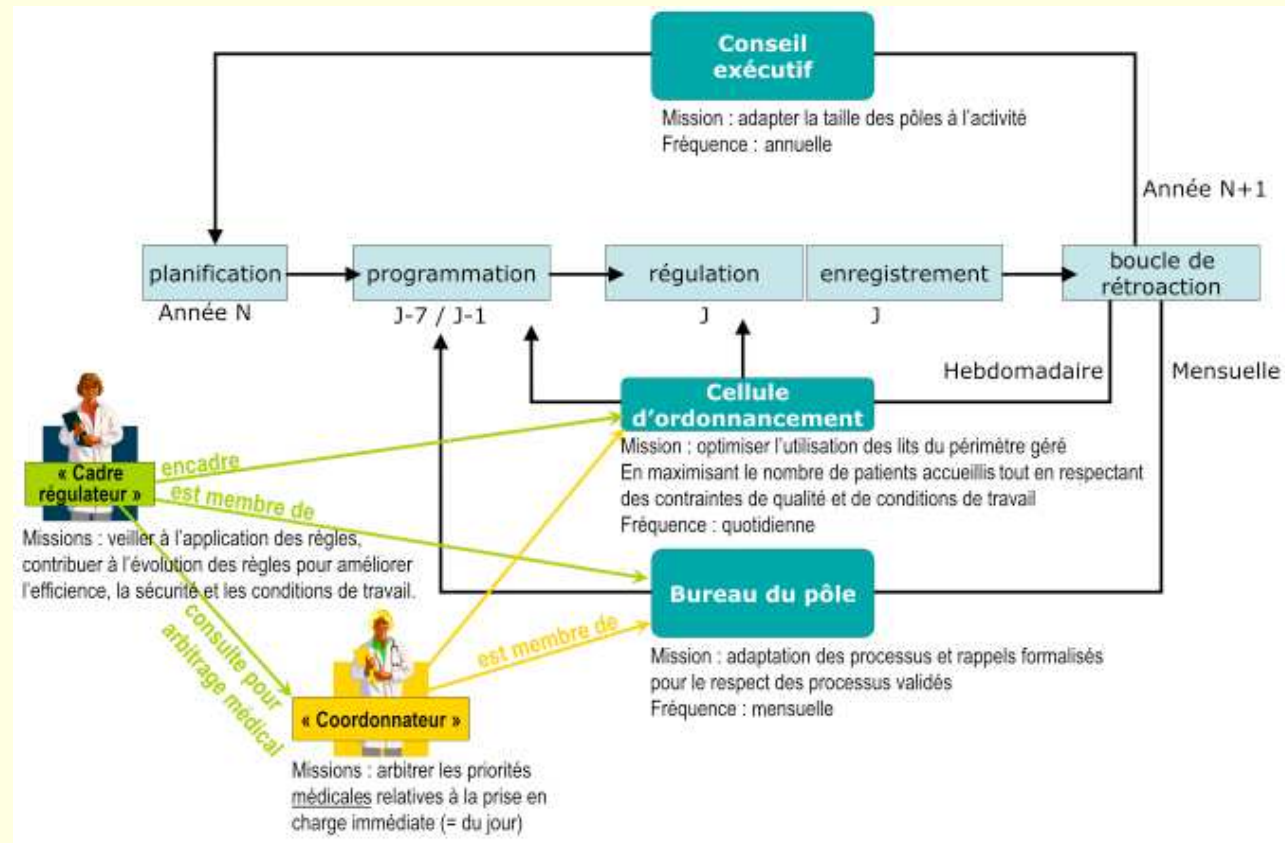
Principes

- Gérer les lits suppose de travailler sur un périmètre suffisant:
 - Polycompétence des équipes et homogénéité du périmètre
 - Légitimité de l'équipe en charge de la gestion des lits = proximité du terrain
- Gérer les lits suppose de connaître ses flux de patients entrants et sortants:
 - L'activité urgente considérée dans son ensemble n'est pas totalement aléatoire
 - La variabilité du flux arrivant directement dans les services est encore plus grande que celle du flux de patients des urgences
 - Maîtriser les horaires d'admission des patients pour optimiser la première journée d'hospitalisation

Synthèse

- Un enjeu de management et de gouvernance:
 - En confier la responsabilité à une structure dédiée, aux objectifs clairs et placée au plus près de l' « exécutif » (UF/Pôle/Etablissement)
- Des fondamentaux:
 - Connaître ses flux de patients – en décrire les volumes et variabilité
 - Gérer les lits au sein d'un périmètre suffisant
 - Rendre visible l'activité et l'occupation en développant une vision prévisionnelle – enjeu de transparence – partage de pratiques identiques (admissions et sorties)
- Une méthode d'organisation éprouvée = l'ordonnancement:
 - Technique d'optimisation de la réalisation de processus de travail complexes, cherchant à enchaîner au mieux des étapes en respectant des contraintes et en utilisant au mieux des ressources

Ordonnancement



Ordonnancement

- Cellule d'ordonnancement au cœur de cette méthode:
 - Étape de planification à moyen/long terme:
 - Allocation des lits et des ressources humaines
 - Définition des principaux processus de travail
 - Etape à court terme de programmation:
 - Gestion des admissions programmés
 - Etape de régulation en temps réel:
 - Gestion des aléas
 - Admissions des urgences
 - Suivi du déroulement des séjours
 - Etape a posteriori d'analyse

Cellule d'ordonnancement

- S'intègre dans une gouvernance plus générale:
 - Au service de l'exécutif (CE/Bureau de pôle)
 - Exécutif qui l'appuie dans son travail et lui fixe des objectifs
- Activité:
 - Contribuer à la planification par les informations collectées et analysées + définition des pratiques de gestion des lits
 - Réaliser la meilleure programmation des séjours
 - Réguler en cas d'aléa et de nécessité d'arbitrage
 - Vérifier la connaissance, l'adaptation et le respect des procédures élémentaires
 - Collecter, traiter et analyser les informations relatives à la gestion des lits

Indicateurs

- Les Indicateurs Classiques
- Les Indicateurs de Pilotage

Indicateurs

	Résultat final	Planification	Programmation	Régulation
Indicateurs exploitant les durées de séjour				
Durée Moyenne de Séjour	*			
Indice de performance	*			
Nombre et taux de séjours très longs (seuil à fixer localement)			*	*
Taux de journées-lit consommées par ces séjours très longs			*	*
Nombre de séjours d'une nuit		*	*	
Taux de séjours de 0 nuit réalisés hors des unités de jour		*	*	*
Indicateurs d'utilisation des lits				
Taux d'occupation (moyenne, établissement)	*	*		
Taux d'ouverture		*		
Taux de performance		*	*	
Taux d'occupation par mois, taux d'occupation par service		*		
Taux d'occupation par jour de la semaine (notamment vend.)		*	*	*
Taux de jours ouverts par service pour lesquels 75% < TO < 95%		*	*	*
Taux d'hébergement		*	*	*
Taux de non-pertinence des journées d'hospitalisation		*	*	*
Indicateurs décrivant les flux d'activité				
Nombre, taux et variations d'admissions directes (programmées ou non)		*		
Nombre, taux et variations d'admissions depuis les urgences		*		
Indicateurs relatifs aux pratiques et processus				
Taux de pré-admissions			*	*
Taux de DPS renseignées dans les 48 heures			*	*
Taux d'évaluation de la complexité de l'aval dans les 48 heures				*
Délai de passage du service social				*
Nombre de demandes d'aval par patient le nécessitant				*
Délai d'obtention d'un aval institutionnel			*	*
Taux de sortie avant 13 heures				*
Délai de réfection d'un lit				*
Taux d'admissions avant 14 heures				*
Délai d'hospitalisation depuis les urgences				*
Taux de déprogrammation à J0		*	*	*

Indicateurs classiques

- Taux d'occupation

- D.M.S.

Taux d'occupation

- Taux d'ouverture:
 - Capacité ouverte / capacité installée
- Taux d'utilisation:
 - Capacité occupée / capacité ouverte
- Taux d'occupation:
 - Capacité occupée / capacité installée

D.M.S.

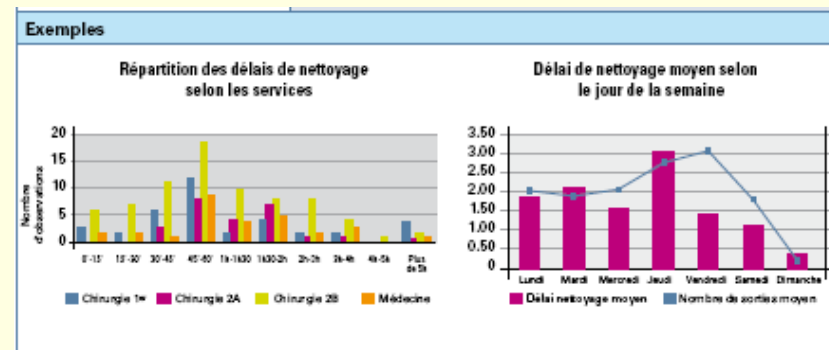
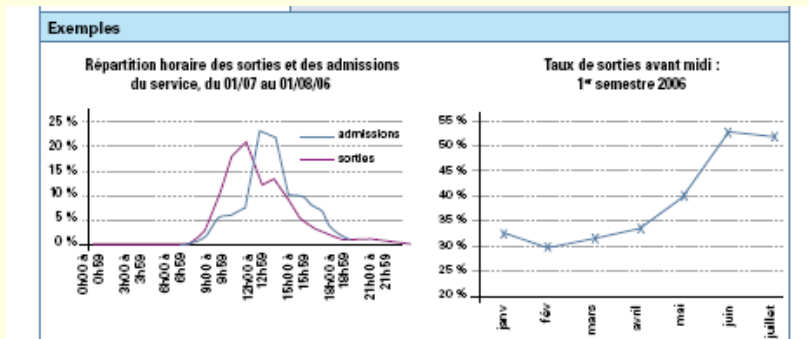
- Durée de séjour
- Indice de performance:
 - Ratio DMS / DMS nationale

Limite des Indicateurs classiques

- Peu Se / peu Sp car valeurs moyennes = donc rôle unique d'indicateurs / de tendances
- Nécessité d'indicateurs ciblés / monitorages ponctuels

Indicateurs de pilotage

- Les + pertinents selon MEAH:
 - Indicateurs de gestion horaire des lits

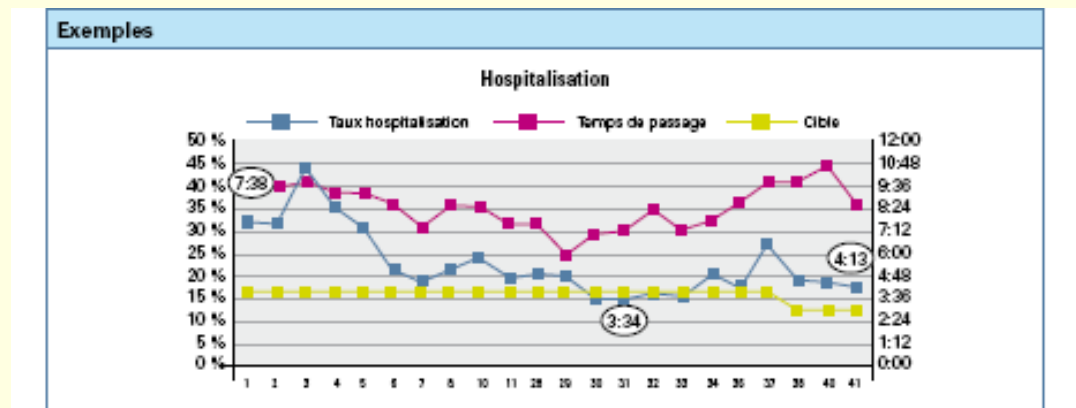


Indicateurs de pilotage

- Indicateurs en lien avec l'organisation de la sortie:
 - Taux de dates prévisionnelles de sortie à j+2 de l'admission
 - Taux de patients ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de sortie complexe dans les 48 h
 - Nombre de demandes d'aval par patients ayant besoin d'un aval institutionnel

Indicateurs de pilotage

- Indicateurs en lien avec la disponibilité des lits pour accueillir les patients:
 - Délais d'hospitalisation des patients des urgences



Bonnes pratiques organisationnelles

	Observée	Mises en œuvre	Recommandée
MANAGER & PILOTER : partager les responsabilités, définir les objectifs et suivre			
1. Mettre en place une cellule d'ordonnancement			•
2. Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle		•	
3. Développer la gestion prévisionnelle des lits		•	
4. Mettre en place un tableau de bord de gestion des lits		•	
5. Fiabiliser l'enregistrement et le partage des informations en temps réel		•	
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes			
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes	•		
7. Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval			
8. Suivre les séjours longs		•	
PLANIFIER : définir les processus cibles, répartir les ressources			
9. Allouer les lits aux spécialités en fonction de l'activité constatée		•	
10. Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année			•
11. Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé	•		
12. Développer la polyvalence des équipes soignantes	•		
13. Organiser le passage des assistantes sociales		•	
14. Uniformiser les bons de demande de structure d'aval	•		
15. Clarifier et partager les étapes du processus de sortie		•	
16. Mettre en place une « enveloppe de sortie »		•	
17. Mettre en place un salon de sortie			•
PROGRAMMER : organiser l'activité			
18. Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire		•	
19. Programmer l'admission en fonction des contraintes d'organisation de l'aval	•		
20. Programmer les séjours pour lisser l'activité sur la semaine		•	
21. Développer les pré-admissions		•	
22. Reprogrammer des prises en charge non urgentes	•		
RÉGULER : faire face aux aléas, gérer le quotidien			
23. Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour		•	
24. Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin		•	
25. Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie		•	
26. Informer le patient et sa famille que les sorties s'effectuent le matin	•		
27. Renseigner et faire vivre les Durées Prévisionnelles de Séjour		•	
28. Évaluer au plus tôt la complexité de l'organisation de la sortie		•	
29. En cas d'affluences aux urgences, faire monter immédiatement les patients dans les services d'hospitalisation		•	

Bonnes pratiques organisationnelles

EN AMONT de l'hospitalisation du patient
18. Programmer conjointement admission dans un lit et passage au bloc opératoire
19. Programmer l'admission en fonction des contraintes d'organisation de l'aval
20. Programmer les séjours pour lisser l'activité sur la semaine
21. Développer les pré-admissions
22. Reprogrammer des prises en charge non urgentes
AU DEBUT DU SEJOUR du patient
23. Réduire les temps d'accès à l'imagerie pour réduire la durée de séjour
27. Renseigner et faire vivre les Durée Prévisionnelles de Séjour
28. Évaluer au plus tôt la complexité de l'organisation de la sortie
LA SORTIE du patient
6. Disposer de la liste à jour des établissements d'aval et connaître leurs attentes
7. Suivre l'activité du service social et la qualité des relations avec les établissements d'aval
13. Organiser le passage des assistantes sociales
14. Uniformiser les bons de demande de structure d'aval
15. Clarifier et partager les étapes du processus de sortie
16. Mettre en place une « enveloppe de sortie »
17. Mettre en place un salon de sortie
24. Organiser le travail pour faire plus de mouvements le matin
25. Réaliser systématiquement la remise en état des lits dans la foulée de la sortie
26. Informer le patient et sa famille que les sorties s'effectuent le matin
LES PRATIQUES de PILOTAGE et de MANAGEMENT
1. Mettre en place une cellule d'ordonnancement
2. Identifier les principaux processus de gestion des lits à mettre sous contrôle
3. Développer la gestion prévisionnelle des lits
4. Mettre en place un tableau de bord de gestion des lits
5. Faciliter l'enregistrement et le partage des informations en temps réel
8. Suivre les séjours longs
9. Allouer les lits aux spécialités en fonction de l'activité constatée
10. Répartir les ressources humaines au regard des besoins au cours de l'année
11. Au sein d'un pôle, dédier des périmètres à l'urgence et au programmé
12. Développer la polycompétence des équipes soignantes
29. En cas d'affluence aux urgences, faire monter immédiatement les patients dans les services d'hospitalisation

Hypothèses organisationnelles au CHC

- Création d'un outil simple
 - Facile d'utilisation, pratique
 - Formalisation des pratiques actuelles
 - Recueil de données sur tableau EXCEL
 - Accessible sur les postes informatisés du CHC
 - Rangement dans les fichiers partagés
 - Dans l'attente de l'informatisation des lits d'UHCD et de médecine

Exemples de la MEAH

mois	nom	chambre	date d'admission	jour	horaire d'admission	admission directe	programmée	pré-admission	temps de passage aux urgences	DPS	passage AS nécessité	AS prévenue	AS passée	solution trouvée	date de sortie	heure de sortie	CRH dicté	CRH validé	CRH envoyé	codage PMSI	retour du dossier aux archives
	nom	numéro	jj/mm/aa		hh/mn	oui/non	oui/non	jj/mm/aa	hh/mn	jj/mm/aa	oui/non	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	hh/mn	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa	jj/mm/aa
1		201p	2/1/07	#	08:15	oui	oui	non			non				9/01/07	11:00					
1		201f	2/1/07	#	09:30	oui	oui	oui			non				4/1/07	14:30					
1		202p	3/1/07	#	09:15	oui	oui	oui			non				12/1/07	10:00					
1		202f	2/1/07	#	16:05	non					non				11/1/07	9:00					
1		203p	13/1/07	#	14:15	non															
1		203f	15/1/07	#	18:00	non					oui	15/1/07									

Au CHC

- Tableau dynamique:
 - Usage des feuilles déjà utilisé en médecine → informatisation:
 - N° chambre : seul ou deux lits
 - H/F
 - Conditions particulières : isolement/scope
 - DE/DPS déterminé à 48 h
 - Activité aux urgences:
 - Occupation des lits de l'UHCD :
 - Lits portes vrais
 - Autres
 - Boxes
 - SSR:
 - Disponibilité des lits
 - Distinction SS/R
 - + bilan des autres lits d'aval (USLD/EHPAD/HAD/Autres structures ...)
- Tableau de bord rétrospectif ? Géré par Coordinateur ?

Tableau de bord Médecine

N°CHAMBRE P/F	Occupée	SEXE	DE	Entrée programmée	DPS	Sortie organisée	Isolement	Scope	DP ?

Tableau de bord S.A.U.

LITS PORTE	Occupé	Sexe	Entrée prévue	DPS	Sortie organisée	Lit d'aval prévu	DP

Hypothèses organisationnelles au CHC

- Tableau de bord de la cellule de gestion des flux:
 - Suivi des recueils de données
 - Vision globale des lits vacants
 - Vision globale des demandes de mouvements des patients
 - Indicateurs de début de période de crise
 - Indicateurs d'une période de crise avec une durabilité d'au moins cinq jours

Hypothèses organisationnelles au CHC

■ Profil patient:

- Objectif : adéquation des typologies de patients et des lits qu'ils occupent
- Meilleure connaissance des typologies
- Lien entre la typologie de patient et la durée moyenne (ou médiane) de séjour

Principales pathologies CHC

■ En médecine

Catégorie majeure de diagnostic du GHM (CMD)	Nbre	%	dms	mini	maxi	IC	DMS
05 - Affections de l'appareil circulatoire	365	18.19	7.18	1	35	5.12	7.90
04 - Affections de l'appareil respiratoire	329	16.39	10.12	1	77	7.55	9.62
23 - Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	274	13.65	7.56	1	35	6.49	6.70
01 - Affections du système nerveux	215	10.71	7.98	1	33	5.97	10.32
06 - Affections du tube digestif	155	7.72	7.81	2	32	7.13	7.00
07 - Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	95	4.73	9.45	1	54	7.46	8.74
11 - Affections du rein et des voies urinaires	92	4.58	8.49	1	33	7.28	7.36
10 - Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	87	4.33	8.85	2	31	6.58	8.58
08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	81	4.04	5.98	1	21	4.99	8.43
16 - Affections du sang et des organes hématopoïétiques	78	3.89	7.12	2	42	6.22	8.36
19 - Maladies et troubles mentaux	51	2.54	7.86	2	22	5.12	11.28
09 - Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	48	2.39	7.92	2	28	5.67	8.99
18 - Maladies infectieuses et parasitaires	38	1.89	11.55	2	37	9.25	11.44
20 - Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	28	1.40	6.68	2	32	6.32	7.75
21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements	21	1.05	3.57	2	14	3.11	4.60
03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	21	1.05	4.48	2	14	4.06	4.84
12 - Affections de l'appareil génital masculin	15	0.75	10.47	2	29	7.89	7.28
17 - Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	6	0.30	6.50	2	17	5.41	7.72
13 - Affections de l'appareil génital féminin	4	0.20	9.00	2	14	4.58	7.97
02 - Affections de l'oeil	2	0.10	4.50	4	5	0.50	4.66
14 - Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1	0.05	6.00	5	6	0.00	3.88
22 - Brûlures	1	0.05	2.00	2	2	0.00	7.93
Totaux	2 007	100.00	8.10	1	77	6.59	8.39

Principales pathologies CHC

- Majoritairement:
 - Pathologies de l'appareil circulatoire
 - Pathologies de l'appareil respiratoire
 - Facteurs influant sur l'état de santé
 - Soit 48 % des séjours médicaux (hors séances / CM 24 / maternité)
- Profil du patient « médical »:
 - DMS 8,10 j (DMS nationale 8,39 j)
 - Majorité des séjours entre 1,5 j et 15 j
 - IP de 0.96 % / TO de 84 %

Pathologies médecine (Hors USC) (2)

- Principaux Diagnostics principaux : il est pris en compte les RUM :

Code du diagnostic (Diagnostic Principal)	Nbre	%	durée passage	durée 1	durée2	médian	DMS nationale
Z518 - *** SU09 *** Autres formes précisées de soins médicaux	127	7.16	5.57	1	32	5.58	4.19
J209 - Bronchite aiguë, sans précision	99	5.58	9.99	1	77	8.80	8.95
R53+0 - Altération [baisse] de l'état général	85	4.79	8.76	0	35	6.90	8.41
J181 - Pneumopathie lobaire, sans précision	61	3.44	9.67	1	45	6.85	9.49
I634 - Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales	56	3.16	8.66	1	25	6.04	12.34
I501 - Insuffisance ventriculaire gauche	50	2.82	7.46	0	20	5.06	8.46
J441 - Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision	42	2.37	9.50	1	19	4.70	8.86
K704 - Insuffisance hépatique alcoolique	36	2.03	11.47	0	54	9.56	8.29
D500 - Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique)	34	1.92	6.59	1	20	4.33	8.75
Z513 - Transfusion sanguine (sans mention de diagnostic)	22	1.24	2.45	0	7	1.84	2.93
G402 - Épilepsie et syndromes épileptiques symptomatiques définis par leur localisation	22	1.24	5.18	1	16	3.66	7.22
E86 - Hypovolémie	22	1.24	7.59	3	23	5.70	9.71
N10 - Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	21	1.18	5.95	2	20	4.17	6.68
R410 - Désorientation, sans précision	20	1.13	7.55	2	22	5.39	12.05
Z751 - Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat	20	1.13	8.00	1	20	5.71	4.66
A46 - Érysipèle	19	1.07	8.21	2	13	3.46	9.16
R55 - Syncope et collapsus (sauf choc)	19	1.07	4.05	0	12	2.82	5.96
R2680 - *** SU09 *** Chute(s) à répétition	19	1.07	6.21	2	15	3.78	10.78
I802 - Phlébite et thrombophlébite d'autres vaisseaux profonds (des membres inférieurs)	19	1.07	6.21	2	18	3.99	9.21
R53+1 - Malaise À l'exclusion de : avec perte de connaissance (R55)	18	1.02	4.06	0	12	3.11	5.29
Totaux	1 773	100.00	7.96	0	77	6.75	8.02

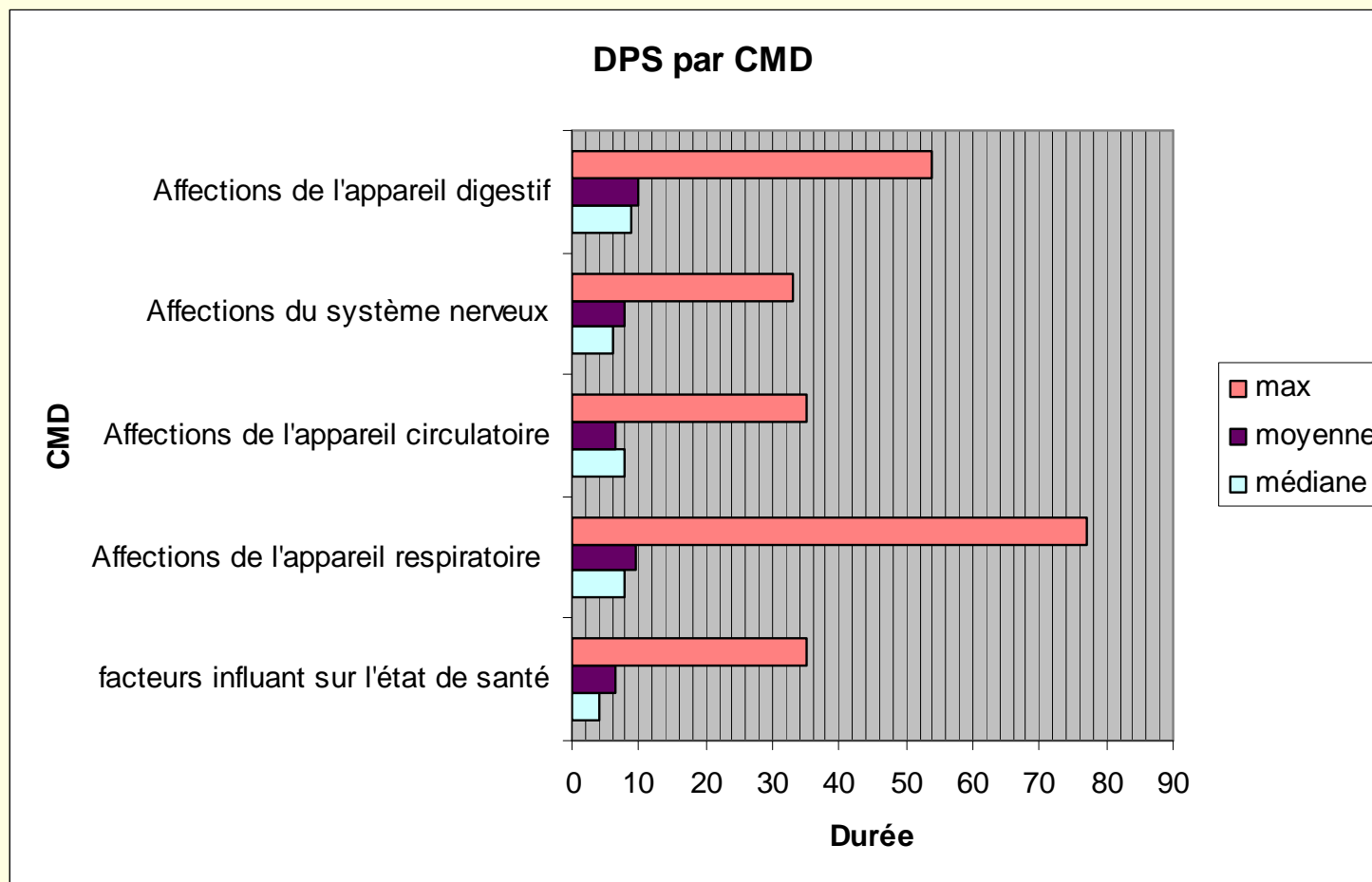
Pathologies médecine (Hors USC) (3)

- Durée moyenne du passage = 7,96 j (contre 8,02 j au niveau national)
- Majoritairement entre 1 j et 15 j (pour des extrêmes compris entre 0 et 77 j)
- DP les plus fréquents:
 - Bronchite aiguë
 - AEG
 - Pneumopathie lobaire
 - AVC ischémique
 - Insuffisance cardiaque
 - ...

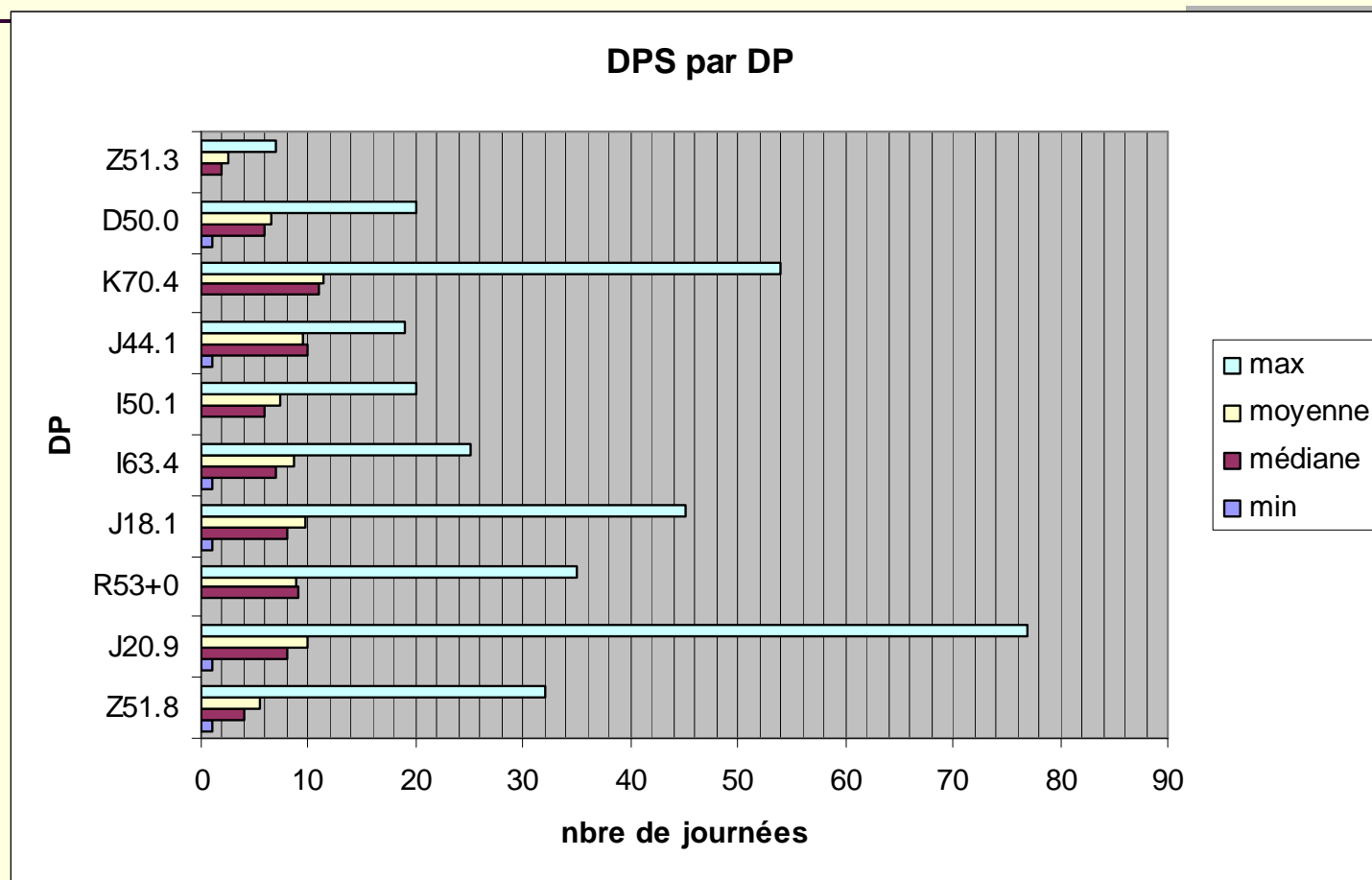
Typologie des pathologies

- Doit-on utiliser :
 - CMD
 - Regroupement de codes DP
 - DP
 - ...

Typologies par CMD



Typologies par DP



Typologies par regroupement de DP

- E11 = diabète
- G40 = épilepsies
- F10 = dépendances
- ...

Typologie Médecine A 07/04/2009

Médecine A	DE	Durée passage	μ	min	max		
L97	31/03/2009	7	12,33 ± 3,51	9	16	OK	
J44.1	01/04/2009	6	9,50 ± 4,70	1	19	OK	
K11.2	30/03/2009	8	9,50 ± 3,54	7	12	OK	
I50.1	30/03/2009	8	7,46 ± 5,06	0	20	OK	
G20	29/03/2009	9	6 ± 2,94	3	10	LIMITE >	MaD
J18.9	17/03/2009	21	9,25 ± 4,03	5	14	NON	sortie 07/04?
I50.1	01/04/2009	6	7,46 ± 5,06	0	20	OK	
I26.9	30/03/2009	8	7 ± 3,32	2	13	OK	
A46	25/03/2009	13	8,21 ± 3,54	2	13	NON	
I80.2	03/04/2009	4	6,21 ± 3,99	2	18	OK	
I63.4	01/04/2009	3	8,66 ± 6,04	1	25	OK	
J44.1	31/03/2009	8	9,50 ± 4,70	1	19	OK	
K81.0	31/03/2009	8	5,33 ± 3,21	3	9	LIMITE >	
R53+0	06/04/2009	1	8,76 ± 6,90	0	35	OK	
R50.9	06/04/2009	1	7 ± 4,05	2	13	OK	

Typologie Médecine B 07/04/2009

Médecine B	DE	Durée Passage	μ	Min	Max		
I63.4	01/04/2009	6	8,66 ± 6,04	1	25	OK	
I63.4	31/03/2009	7	8,66 ± 6,04	1	25	OK	
Z51.5	30/03/2009	8	14,09 ± 10,62	0	35	OK	
C18.9	26/03/2009	12	17	17	17	NS	
CMD 17	26/03/2009	12	4,50 ± 5,36	0	16	NON	
C20	28/03/2009	10	17 ± 8,49	11	23	NS	
E11.9	01/04/2009	6	6,45 ± 4,23	1	14	OK	
E11.9	01/04/2009	6	6,45 ± 4,23	1	14	OK	sortie 07/04
I50.1	01/04/2009	6	7,46 ± 5,06	0	20	OK	
CMD 16	02/04/2009	5	6,51 ± 6,09	1	42	OK	
J44.1	29/03/2009	9	9,50 ± 4,70	1	19	OK	
N10	04/04/2009	3	5,95 ± 4,17	2	20	OK	
A46	02/04/2009	5	8,21 ± 3,54	2	13	OK	
D63.8	21/03/2009	17	5,83 ± 4,07	2	11	NON	organisation !
I89.0	02/04/2009	5				NS	
D61.1	23/03/2009	15	6,80 ± 2,95	4	11	NON	sortie 08/04
CMD 17	05/04/2009	2	4,50 ± 5,36	0	16	OK	
D64.9	06/04/2009	1	9	9	9	NS	
N10	06/04/2009	1	5,95 ± 4,17	2	20	OK	
I50.1	06/04/2009	1	7,46 ± 5,06	0	20	OK	

Hypothèses organisationnelles au CHC

- Indicateurs du seuil d'alerte déclenchant le +1 lit dans chaque service:
 - 6 lits HTCD occupés, dont plus de 4 patients avec une durée prévisible de séjour supérieure à 24 heures
 - 1 patient dans le circuit Urgences nécessitant une hospitalisation
 - Aucun lit de SSR et de Médecine vacant
 - Aucune place dans les établissements voisins

Hypothèses organisationnelles au CHC

	UHCD	
Niveau 0	Chambre 1	Doubler la chambre

	Médecine		SSR		
	A	B	Baudelaire	Verlaine	Sand/Ronsard
Niveau 1	1 lit – Chambre 16				
Niveau 2	1 lit – Chambre 16		2 lits – Chambres à déterminer		
Niveau 3	1 lit – Chambre 16	1 lit – Chambres 1,4 ou 5	1 lit - Chambre	1 lit - Chambre	1 lit - Chambre

Hypothèses organisationnelles au CHC

- Indicateurs de durabilité de crise à 5 jours permettant l'ouverture des 5 lits tampons:
 - Aucun lit de SSR et de Médecine vacant
 - Aucune place dans les établissements voisins
 - HTCD: aucun lit vacant
 - MCO : Présence de cinq patients dont la date prévisible de sortie est de cinq jours occuperont les cinq lits de l'unité tampon.