

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19	Création Date : 22/04/2020
		Validation technique Direction Métier (DOS) Date : 22/04/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date : 22/04/2020
		Validation CRAPS Date : 23/04/2020
		Version : 1 Date : 23/04/2020
COVID-19 062	<i>Adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière à une reprise de l'activité médico-chirurgicale dans le cadre de la baisse d'activité liée au covid-19</i>	Type de diffusion Diffusion partenaires externes Site internet ARS
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

- Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.

CONTEXTE

Le COVID-19 est responsable d'un nombre très important d'hospitalisations, que ce soit dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle (HC) comme dans le secteur des soins critiques (SC).

L'importance du nombre de patients atteints et pris en charge dans le secteur hospitalier, qu'il soit public ou privé, a conduit les autorités et notamment l'ARS Ile-de-France à donner l'instruction le 13 mars 2020 de déprogrammer toute activité chirurgicale et médicale non urgente, afin, notamment de libérer des capacités structurelles spécifiques (bloc opératoire, SSPI) et humaines (IDE, médecins en renfort...).

La dernière instruction ministérielle (MINSANTE/CCS n°2020_80 : lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière) précise les lignes directrices relatives à l'adaptation de l'offre de soins hospitalière dans l'attente et en préparation des mesures de déconfinement. Les principes d'organisation sont déclinés territorialement par chaque ARS et reposent sur :

1. Le maintien des filières COVID+ et COVID- distinctes
2. Le maintien d'une capacité de réponse en réanimation
3. Le maintien de la possibilité de prendre en charge des patients dont le retard aux procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques constituerait une perte de chance
4. L'élaboration d'un plan régional de reprise de l'activité de soins non urgents

Ces propositions tiennent compte des positions partagées de l'ARS, l'AP-HP, la FHF, la FEHAP, la FHP et Unicancer.

Ces propositions sont appelées à être modulées au cours du temps et de l'impact de l'épidémie sur le système de santé francilien.

Perspectives de l'adaptation progressive de l'offre de soins - Principes généraux

L'ARS IdF coordonne l'ensemble des partenaires publics et privés impliqués dans l'adaptation de l'offre de soins dans le cadre du COVID-19.

Il paraît raisonnable d'envisager dès à présent plusieurs scénarios et différentes stratégies pour adapter et revenir progressivement à une offre de soins se devant de couvrir les besoins médico-chirurgicaux à venir.

Ce retour à une offre de soins calquée sur ce qu'elle était avant la crise doit se faire de façon :

- Progressive ;
- Equilibrée entre les établissements de santé (ES) publics et privés ;
- En cohérence avec l'offre territoriale ;
- En respectant les filières et conventions inter-établissements ;
- En respectant des filières COVID- et COVID+ bien distinctes.

1. Le maintien des filières COVID+ et COVID- distinctes

Elle implique des conditions matérielles de fonctionnement sécurisées avec des mesures barrières très strictes, notamment :

- La mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients,
- Des accès identifiés,
- Un aménagement des salles d'attente, des chambres individuelles si nécessaire
- Le déploiement de la stratégie de développement des tests,
- Des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission.

- Dans tous les cas, le maintien d'une concertation étroite avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de chaque établissement est essentiel en vue d'adapter l'organisation des soins lors de la phase de déconfinement.
- toute modification de la distribution des lits COVID+ et COVID- en secteur de médecine doit être signalée et quantifiée auprès de la cellule « bed management » de l'ARS Ile-de-France. Ce signalement doit être fait au moment de l'enquête réalisée tous les mardis.
- En l'état actuel et pour une durée encore indéterminée, chaque ES ayant eu la capacité d'adapter son organisation interne pour prendre en charge des patients COVID+ doit être en mesure de pouvoir continuer à le faire. Il n'est donc pas recommandé de rendre un ES complètement désinvesti de cette mission de soins.
- La poursuite des activités externes (consultations, imagerie...) est possible à condition que :
 - le rapport bénéfice/risque individuel ait été évalué par le praticien en charge du patient et qu'il minimise la perte de chance ;
 - lors de la prise en charge, le patient soit pris en charge dans un parcours préspecifié en fonction de son statut (COVID-, COVID+, suspect). Les procédures locales doivent être opérationnelles pour chaque ES.
- La **téléconsultation** doit être privilégiée et il faudra probablement limiter les consultations présentielles dans les prochaines semaines voire les prochains mois tant que l'épidémie COVID-19 restera active

2. Le maintien d'une capacité de réponse en réanimation

Compte-tenu des incertitudes actuelles sur l'évolution de l'épidémie, il est nécessaire de maintenir les capacités de réanimation à un niveau élevé.

Tout désarmement de lits de réanimation ne pourra être que **partiel et progressif et devra pouvoir être réversible rapidement, en cohérence avec les besoins constatés et l'urgence de la situation**, pour faire face à un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation.

Tout désarmement doit être signalé et tracé auprès de la cellule bed management de l'ARS Ile-de-France.

Réorganiser progressivement la prise en charge des patients réanimatoires dans des services de réanimation adaptés et prévoir la fermeture progressive des secteurs « hors les murs » (SSPI, blocs opératoires...).

Les établissements de santé pour lesquels une **autorisation dérogatoire de réanimation** a été délivrée devant la nécessité d'augmentation de capacité en soins critiques n'ont plus vocation à prendre en charge de nouveaux patients COVID+ dans leurs unités de soins critiques. Le transfert des patients issus de tels établissements sera discuté collégalement et au cas par cas en fonction des logiques de coopération territoriale.

3. Le maintien de la possibilité de prendre en charge des patients dont le retard aux procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques constituerait une perte de chance

PREREQUIS

Avant d'envisager toute reprogrammation d'actes diagnostiques et/ou thérapeutiques nécessitant des ressources spécifiques, les contraintes à respecter sont :

- Le maintien d'un confinement jusqu'au 11/05/2020, posant la question de dérogation au confinement pour prise en charge médico-chirurgicale de caractère semi-urgent ;
- La nécessité d'assurer les moyens de récupération des professionnels de santé ;
- La libération progressive des salles d'intervention et SSPI, spécialement armées pour prendre en charge des patients COVID, quel que soit le type d'établissement de santé ;
- D'assurer la cohérence en fonction du type d'interventions chirurgicales devenant progressivement prioritaires ;
- D'équilibrer la répartition des patients pour des prises en charge spécifiques en tenant compte des degrés de saturation des différents ES ;
- La disponibilité retrouvée en termes de ressources humaines spécifiques (anesthésistes-réanimateurs, IADE, IBODE...) ;
- La disponibilité retrouvée en médicaments d'anesthésie ayant fait l'objet de tension (hypnotiques, curares...) ;
- De s'assurer de la disponibilité en lits de soins critiques dans les filières spécifiques.

Objectifs :

- Limiter la morbidité ou la mortalité pour d'autres pathologies en organisant le recours hospitalier pour les patients présentant des signes cliniques autres que COVID, qui se détournent des urgences, reportent un examen diagnostic, le suivi d'une maladie chronique ou une intervention chirurgicale.
- Maintenir les activités urgentes et reprendre progressivement les activités médicales et chirurgicales lourdes et semi-urgentes (cf. recommandations régionales COVID-19 sur la prise en charge chirurgicale du 10/04/2020¹)

4. L'élaboration d'un plan régional d'adaptation d'offre de soins non urgents

Ce plan doit tenir compte d'une communication large envers la médecine de ville, aux SAMU et aux patients.

Sous l'égide de l'ARS, un comité de pilotage régional, composé des représentants des établissements de santé publics et privés, sera mis en place afin de coordonner l'évolution

¹ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Chirurgie-50-Recommandations-ARSIDF_1.pdf

du dispositif d'offre de soins impliquant l'ensemble des acteurs, en veillant à assurer les moyens de récupération des professionnels de santé.

Ce plan prend en compte la mise à jour des différentes doctrines relatives à l'organisation des activités de soins.

Ce plan est décliné par les établissements de santé publics et privés, au niveau des territoires de GHT.