

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19	Création de la v1 Date : 29/09/2020
		Validation technique par la Direction Métier (DOS) Date : 07/10/2020
		Approbation par la Cellule Doctrines Date : 05/10/2020
		Validation CRAPS Date : 09/10/2020
COVID-19 088	<i>Adaptation de l'offre de soins hospitalière – Phase rebond</i>	Version : 1 Date : 09/10/20
		Type de diffusion : Usage interne ARS Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet

PRÉAMBULE

Modalités de rédaction : ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe expert régional sur l'adaptation de l'offre de soins hospitalière en phase rebond. Ce document a été rédigé par le département Soins non Programmés de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France et soumis à l'avis du comité experts constitué de Directeurs Médicaux de Crise

Ces recommandations pourront évoluer selon avec l'évolution des données épidémiques de COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.

DOCUMENTS DE REFERENCE

- MINSANTE/CCS n°2020_162 : STRATEGIE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOIN
- MARS N°2020_85 : STRATEGIE D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS A LA REPRISE EPIDEMIQUE

OBJET DU DOCUMENT

- Périmètre d'application : organisation générale de l'offre de soins hospitalière régionale
- Objectifs :
 - Indiquer les principes généraux de l'organisation régionale ;
 - Préciser les mécanismes d'adaptation de l'offre de soins ;
 - Décrire le pilotage de l'adaptation de l'offre de soins ;
- Elles sont applicables à partir du 05/10/2020.

PRINCIPES GENERAUX

L'organisation de l'offre de soin hospitalière régionale durant cette phase rebond doit être basée sur plusieurs grands principes :

1. Le principe de limitation de l'impact de la prise en charge de la COVID19 sur les autres activités non programmées et programmées doit prévaloir durant la phase rebond. La limitation de la déprogrammation doit rester un principe de base
2. Le principe d'équité d'accès aux soins doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la COVID19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopération territoriale ou solidarité régionale afin de ne pas saturer un territoire ou un établissement et éviter une inaccessibilité aux soins hors COVID dans ces territoires.
3. Le principe de territorialisation de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière doit être le moteur de la réponse hospitalière. Ainsi au sein de chaque territoire, une déclinaison opérationnelle des principes régionaux doit être effectuée entre les acteurs hospitaliers. Les filières COVID et non COVID doivent être identifiées. Une attention particulière soit être porté aux territoires dont la ressource hospitalière serait plus réduite que les autres.
4. Le principe de montée en puissance coordonnée des territoires et des acteurs de santé est la règle. Elle est basée sur la définition de jauges (ou capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour COVID-19) par les établissements de santé (ES) sur la partie soins critiques et hospitalisation conventionnelle pour accueillir des patients COVID en fonction de l'impact sur les autres filières de soins. Ces jauges définissent des paliers au niveau du département et de la région. La progression d'un palier à l'autre doit se faire de façon coordonnée et simultanée au niveau de la région. Le partage d'information et la transparence doivent être le ciment de la coordination territoriale.
5. Les principes de responsabilité populationnelle régionale et de solidarité s'imposent à tous les acteurs de santé pour garantir une prise en charge de tous les franciliens. Ainsi, une entre-aide territoriale et interterritoriale doit être un principe partagé par tous et implique de prendre en charge un patient provenant d'un autre territoire en cas de saturation des jauges et des capacités dans une partie du territoire francilien.

MECANISMES D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

1. Filières de soins critiques

a. *Jauges de saturation*

La mise en place d'un système de jauge à plusieurs paliers est essentiel afin de pouvoir coordonner la montée en charge des filières de soins critiques de la région. La coordination des jauges doit permettre de garantir une équité régionale face à l'un impact homogène sur la déprogrammation dans les filières dépendantes de l'utilisation des soins critiques.

La fixation des jauges est basée sur 4 niveaux :

- Palier 1 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques sans impact sur la programmation. Ce volume avait été fixé régionalement à 30% des capacités de réanimation et d'unité de soins continus existant.
- Palier 2 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact pouvant aller jusqu'à 20 à 30% sur la programmation non COVID hors SC que ce soit pour des raisons RH ou des raisons de besoins en soins critiques non disponibles.
- Palier 3 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact pouvant aller jusqu'à 50 à 60% sur la programmation non COVID.
- Palier 4 : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques avec un impact de 80% sur la programmation non COVID. Ce seuil est le seuil maximal de COVID + permettant de sanctuariser les besoins de SC en rapport avec les activités non programmées urgentes notamment chirurgicales. A partir de ce seuil, l'augmentation du capacitaire en SC nécessite des transformations d'unité de soins intensifs en unités (USIC / USINV par exemple) pouvant assurer une ventilation mécanique et assurer la prise en charge de patients COVID+ avec pneumopathie grave

Une attention particulière devra être apportée aux éléments suivant :

- Il est nécessaire d'anticiper l'impact de ces paliers sur l'hospitalisation conventionnelle et donc les paliers de lits nécessaires pour prendre en charge en secteur de médecine des patients COVID. Ce ratio lits SC / HC pour COVID était élevé lors de la première phase épidémique (environ 20% à 30%) lié à des flux importants intra-hospitaliers dans le sens HC vers SC (jusqu'à 30% des patients). Les modifications de prises en charge médicales et les progrès thérapeutiques ont permis une diminution de ce ratio qui peut être évalué entre 5% à 10% sous réserve d'une réactivation d'une filière ambulatoire (filière de sortie rapide avec suivi à domicile) performante.

- La notion de soins critiques inclut plusieurs réalités de prise en charge du COVID (réanimation / USC). En effet, le pourcentage de patient ventilé en réanimation se situent entre 40 et 50% actuellement alors qu'elle était de 80% lors de la première phase
- Si l'évolution du système doit se faire de façon progressive et coordonnée sur une impulsion régionale, la décision de déprogrammation reste une décision appartenant au médecin, seul à même de prendre une décision adaptée à chaque cas individuel. Ainsi, les processus de déprogrammations doivent donc se construire au sein des communautés hospitalières et des territoires dans le cadre des jauges qu'ils ont fixé.
- La déprogrammation des activités non COVID dans l'optique de libérer des places en SC peut être modulée dans chaque territoire, établissement et spécialité selon les modalités d'hospitalisation, la lourdeur des actes et le risque de perte de chance.

b. Périmètre d'établissements en SC

Tous les établissements et services ayant accueillis des patients COVID + en soins critiques doivent être intégrés au dispositifs et doivent pouvoir accueillir des patients. Ces établissements doivent donc définir aussi leurs jauges et les transmettre à l'Agence Régionale de Santé. Par ailleurs, suite à un arrêté ministériel le permettant, les autorisations dérogatoires délivrées au moment du pic épidémique seront renouvelées pour 6 mois et seront mises en œuvre lors de la montée en puissance de l'offre de soins.

c. Périmètre des unités de SC

Le périmètre des filières de soins critiques mobilisées pour prendre en charge les patients COVID devra progressivement être étendu pour accueillir des patients COVID (tableau n°1). L'ordre d'activation des SSPI / bloc et de USI spécialisées pourra néanmoins dépendre de l'organisation de chaque centre.

	Réanimation	USC	Autorisation exceptionnelle de réanimation	USI (USIC, USINV, ...)	SSPI	BLOC
Capacitaire	1226	1180	Environ 100	1166	832	350
Palier 1 (sans déprogrammation)			Mobilisation progressive			
Palier 2 (20 à 30%)						
Palier 3 (50 à 60%)				Mobilisation progressive		
Palier 4 (> 80%)						En cas de dépassement des capacités

Tableau 1 : adaptation du périmètre d'implication des ressources en soins critiques pour COVID19

Le cas particulier de filières spécifiques doit être intégré dans les réflexions (filière de polytraumatisés / brûlés / Chirurgie cardiaque / ...). Les capacités de prise en charge de ses filières doivent permettre une continuité de prise en charge des pathologies tout au long de l'épidémie. Une concertation entre les centres assurant les PDES spécialisées (notamment avec plateau technique spécifique – exemple : neurochirurgie – neuroradiologie interventionnelle / Chirurgie cardiaque...), ainsi que les activités de greffe doit être effectuée afin de veiller à ce que l'offre du territoire reste "suffisante" notamment au palier 3 et 4.

2. Hospitalisation conventionnelle

a. *Jauges de saturation*

Il est nécessaire que chaque ES puisse fixer des jauges d'HC permettant d'envisager des scénarios de montée en puissance des unités COVID et non COVID. La déprogrammation de certaines filières médicales devra être envisagée au cas par cas notamment sur les services d'hospitalisation de semaine en basculant notamment l'activité autant que faire se peut sur les hôpitaux de jour.

b. *Périmètre d'établissements en HC*

Tous les ES ayant participé à l'accueil des patients COVID en hospitalisation conventionnelle durant la première phase doivent pouvoir accueillir à nouveau des patients. Ainsi, ces établissements doivent définir leurs jauges en HC et les transmettre à l'Agence Régionale de Santé. La charge de l'aval COVID ne doit pas reposer uniquement sur les ES disposant d'un service d'accueil des urgences polyvalents (87 ES dans la région). Les établissements disposant d'une autorisation de médecine (mais ne disposant pas de service d'urgence ou de soins critiques) doivent assurer l'hospitalisation de patient COVID stable et disposer, dans le cadre d'une coopération territoriale, de procédure simple d'adressage à une structure disposant d'une unité de soins critiques en cas d'aggravation du patient.

PILOTAGE DE L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Il existe deux niveaux de pilotage et adaptation de l'offre de soins se basant sur des outils différents :

- Pilotage institutionnel : le comité de coordination régional de l'offre de soins hospitalière (cf. Annexe n°2)

L'objectif de cette approche est de pouvoir effectuer un pilotage de rééquilibrage à l'échelle de la région. Ce pilotage nécessite une intervention institutionnelle impliquant l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris, les directions générales des établissements (ou groupe d'établissements) et les fédérations hospitalières au sein du comité de coordination régionale de l'offre de soins hospitalière. Elle pourra s'appuyer sur l'analyse contextuelle de la situation issue du comité experts de l'adaptation de l'offre de soins et des éléments recueillis lors des différentes conférences téléphoniques avec les professionnels. L'activation des paliers successifs, de l'élargissements des capacités de soins critiques, des EVASAN seront des sujets traités par ce comité. Les orientations seront transmises au SAMU Zonal responsable de la coordination opérationnelle de leur mise en œuvre. Ce pilotage se fera sur la base d'outils multi sources (données rétrospectives / données temps réelles / données prédictives) partagés entre les acteurs.

- Pilotage opérationnel en temps réel : les SAMU départementaux sous la coordination du SAMU Zonal (cf. annexe n°3)

L'utilisation d'outils adapté (ROR) permet aux professionnels, aux SAMU sous la coordination du SAMU Zonal, de connaître la situation des lits au vu des jauges déclarées, d'en déduire les niveaux de saturation et d'orienter les patients en fonction des jauges. C'est un rééquilibrage en temps réel entre établissements et territoires. C'est dans ce cadre que la cellule régionale d'appui au transfert en soins critiques placées sous la responsabilité du SAMU Zonal prend une place centrale. Cette cellule, en lien fort avec la cellule régionale de recensement des lits, vient en appui des territoires en cas de difficulté d'accès à des places de soins critiques et participe à la répartition équitable de la charge.

LES OUTILS DE PILOTAGE

Plusieurs outils seront élaborés et mis à disposition des acteurs (non exhaustif) :

- **Tableau de bord de répartition de l'activité COVID en SC / HC**
 - Principe : projection des données SIVIC sur une matrice des jauges déclarées par les établissements
 - Fréquence : journalière à heure fixe 1 à 2x par jour en fonction des besoins

- Diffusion : SAMU / Comité experts /...

Ce suivi des jauges de répartition de la charge COVID repose en grande partie sur l'outil SIVIC. Il revient à chaque responsable d'établissement de santé d'assurer un contrôle qualité strict du remplissage, de l'exhaustivité et de l'exactitude des données. La mise en place d'une organisation claire avec des processus de contrôle au sein des établissements est vivement recommandée.

La mise en place d'un dispositif régional de contrôle qualité avec des relances des directions générales d'ES sera effectué par l'Agence Régionale de Santé (cellule de gestion des lits)

➤ **Tableau de bord des flux d'entrée / sortie des patients**

L'indicateur de dynamique de flux (entrées - sorties) et les durées moyennes de séjours COVID sont des éléments essentiels pour évaluer la situation et adapter l'offre de soins hospitalière. Ces éléments doivent être partagés, afin éventuellement de comprendre et lever certains points de blocage ou difficultés.

➤ **Disponibilité des lits (temps réel – Tableau de bords) en SC, HC et en SSR**

La connaissance et le partage des disponibilités des lits en soins critiques, en hospitalisation conventionnelle, en Soins de Suite et de Rééducation (SSR) est capital au quotidien mais d'autant plus nécessaire en période crise COVID. Le remplissage du ROR doit être assuré de façon exhaustive et régulière. Lors de la montée en palier de l'offre de soins hospitalière, la notion de lits COVID et non COVID devra être recensée. Pour mémoire, les disponibilités des lits sont consultables sur différents supports (cf. Annexe n°4).

➤ **Indicateurs prédictifs**

➤ **Outils de prédiction**

Plusieurs outils et approches ont été développés depuis le début de l'épidémie de COVID. Il s'agit d'intégrer et de partager toutes ces approches dans l'appréciation de la situation et de son évolutivité (Prédictions Pasteur / APHP / projet régional STEP (SaturaTion bEd anticiPation /...)).

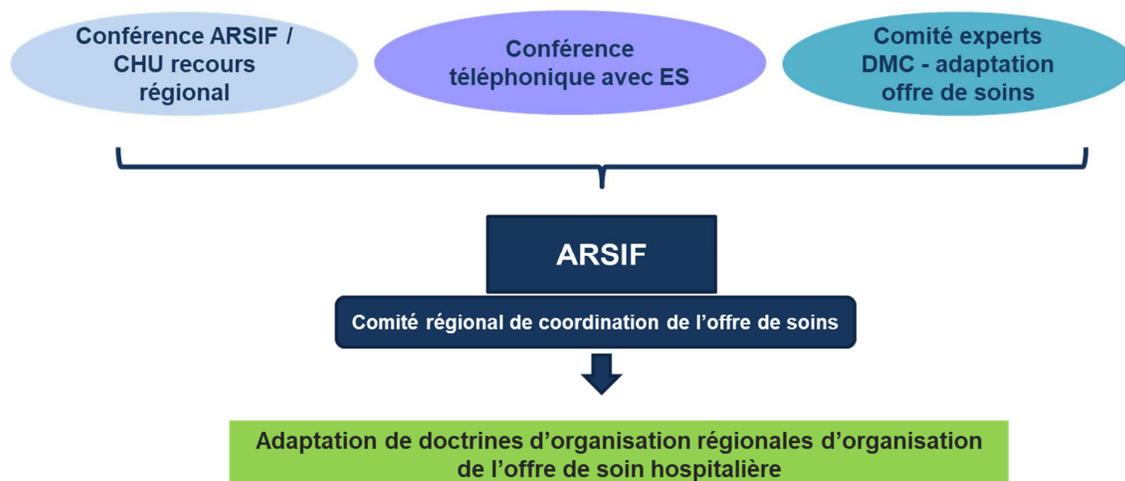
ANNEXE N°1 : Jauges en Soins Critiques (en date du 02/10/2020 – en cours de consolidation – pourra être soumis à modification)

Prévision d'évolution des Capacités de lits de Soins critiques (niveau 1, 2 et 3 du plan rebond)			
	Scénario - Palier 1	Scénario - Palier 2	Scénario - Palier 3
Statut	Nb de lits dédiés COVID +	Nb de lits dédiés COVID +	Nb de lits dédiés COVID +
75	161	260	376
77	65	125	194
78	25	53	83
91	48	100	181
92	91	135	191
93	50	89	169
94	78	116	156
95	31	51	82
TOTAL	549	929	1432

Figure 1 : à titre indicatif – en date du 02/10/20

Les jauges en hospitalisation conventionnelles sont en cours d'élaboration

ANNEXE 2 : PILOTAGE REGIONAL



ANNEXES N°3 : Algorithme du recours à la cellule régionale d'appui au transfert en Soins Critiques

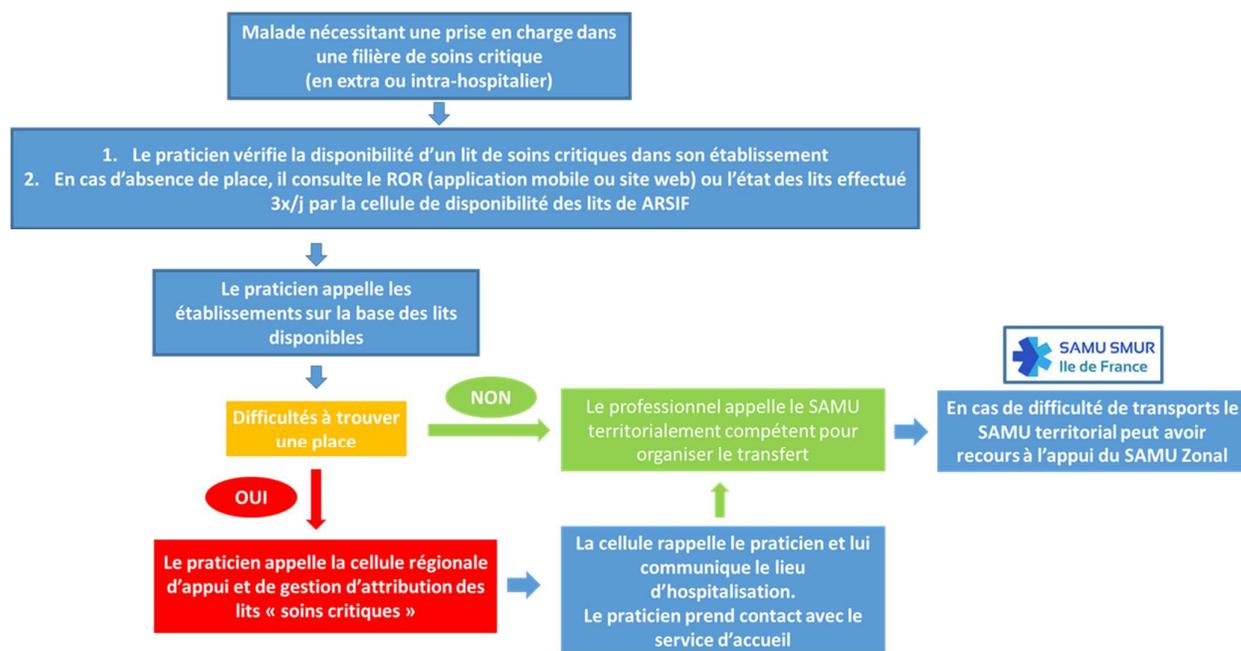


Figure 2 : algorithme de fonctionnement de la cellule (mars / avril 2020) - à adapter à la phase rebond

ANNEXES N°4 : Comité experts de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière – phase rebond

Composition

Coordination: Dr Romain Hellmann / Dr Arnaud Foucier

	Nom	Département	Etablissement
DMC public hors APHP	Dr Devaud	95	CH Pontoise
	Dr Belkhodja	77	GHEF
	Dr Granier	91	CHSF
	Dr Lhote	93	CH St Denis
	Dr Bergeron	94	CHIV
DMC ES Privés	Dr Lenglet	92	HPA
	Dr Nahum	93	CCN
	Dr Lebars	78	Vivalto
	Dr Squara	92	CAP
DMC ESPIC	Dr Marmor	75	DCSS
	Dr Leguen / Dr Cerf	92	Foch
APHP	Pr Riou (DMC APHP)	75	APHP
	Pr Paugam	75	APHP
SAMU ZONAL	Pr Carli		SAMU de PARIS

Objectif général

Dans le cadre du volet sanitaire du plan rebond de la région Ile de France, ce comité a pour objectif de proposer sur avis d'experts au Directeur de l'Offre de soins de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (DOS) des orientations dans l'adaptation de l'offre de soins hospitalière dans le contexte épidémique de COVID19 afin de garantir au maximum la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

Composition

Sa composition et la nomination de ce comité se fait sur choix du DOS-ARIF. Il est composé essentiellement de Directeurs Médicaux de Crise (DMC) représentant les différents statuts d'établissement de santé (APHP – ESPIC – CH – Privé - HIA). Le SAMU Zonal sera également invité à participer.

Missions

Le comité aura pour mission de :

- Proposer une mise à jour de la doctrine d'organisation de l'offre de soins hospitalière en fonction de l'évolution de l'épidémie ;
- D'adapter les règles d'entre-aide entre les établissements de santé et entre les territoires franciliens ;
- D'évaluer le niveau d'impact de l'épidémie sur l'offre de de soins hospitalière à partir des données existantes et des outils prédictifs ;
- Apporter une réflexion sur l'opportunité de transferts extra régionaux.

ANNEXE N°5 : Consultation des disponibilités des lits dans le ROR

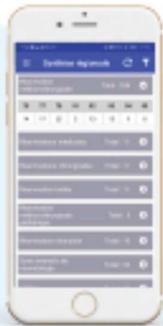


LES SERVICES D'ORIENTATION



NOUVEAU ! DÉSORMAIS, EN PLUS DES SOINS CRITIQUES, CONSULTEZ RAPIDEMENT LA **DISPONIBILITÉ DES LITS EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET MATERNITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE.**

Disponible sur web et portable, l'application vous permet de gagner du temps grâce à une **vision synthétique et rapide** pour orienter vos patients.



Besoin d'aide avec vos identifiants ?
Un seul contact :
ror.support@sesan.fr
01 83 76 30 31
DU LUNDI AU VENDREDI 8H/22H - 7J/7

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), dédié aux professionnels de santé, est le référentiel unique de description de l'offre de santé.

