

	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES Covid-19	Création : v1 : 21/03/2020 v2 : 15/05/2020 v3 : 24/11/2020
Covid-19 019	<i>Recommandations régionales sur l'organisation des services d'urgences</i>	Validation par la DOS : 26/11/2020
		Approbation par le département VE: 27/11/2020
		Validation par la CRAPS : 27/11/2020
		Version 3 24/11/2020
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

Préambule et avertissements

Ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe expert¹. Elles visent à homogénéiser la prise en charge régionale.

Elles seront sujettes à évolutions dans le temps en fonction du développement des connaissances sur le Covid-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Principes généraux

Ces recommandations s'appuient sur les grands principes régionaux des doctrines régionales d'adaptation de l'offre de soins hospitalière / phase rebond épidémique à savoir :

1. Le *principe de limitation de l'impact* de la prise en charge de la Covid-19 sur les autres activités programmées et non programmées doit prévaloir durant la phase rebond. Les déprogrammations doivent rester aussi limitées que possible.
2. Le *principe d'équité dans l'accès aux soins* doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la Covid-19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopérations territoriales et la 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.

¹ Document rédigé par E. Casalino (APHP), M. Wargon (Saint Denis), F. Adnet (Avicenne), D. Pateron (St Antoine), P. Hausfater (Pitié-Salpêtrière), S. Beaune (Ambroise Paré), C. Leroy (APHP), P. Carli (SAMU de Paris), R. Hellmann (ARS).

Les filières *Covid* et *non-Covid* doivent être identifiées. Une attention particulière doit être portée 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, basée sur la définition de jauges² 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.

Les principes d'organisation du réseau régional des services d'urgence

La région Île de France dispose d'un maillage territorial de 87 services d'urgences polyvalents et de 35 services d'urgences pédiatriques. Ils constituent, dans un contexte d'urgence, la porte d'entrée principale pour une hospitalisation non programmée notamment pour les patients atteints de la Covid-19. Ainsi, chaque établissement disposant d'un service d'urgences doit pouvoir garantir la qualité et la sécurité des soins des patients se présentant aux services des urgences, quel que soit leur motif de consultation et ce 24 h /24h et 7 j /7j. En outre, chaque établissement doit pouvoir assurer la sécurité des personnels des services des urgences et des personnels des autres services des établissements intervenant dans la prise en charge des patients suspects, possibles et confirmés de Covid-19.

Les principes d'organisation s'appliquant à la région Île de France sont les suivants :

1. Chaque ES disposant d'une autorisation de service d'accueil des urgences doit maintenir une capacité d'accueil et de prise en charge de patients Covid et non-Covid au sein de sa structure.
2. Chaque ES disposant d'une autorisation de service d'accueil des urgences doit maintenir une capacité d'hospitalisation conventionnelle Covid au sein de sa structure.
3. Pour les soins critiques, chaque ES disposant de ressources en soins critiques doit être en mesure de rétablir sa capacité maximale.
4. Chaque ES doit intégrer et pouvoir rétablir un réseau territorial dans lequel les parcours de soins *Covid* et *non-Covid* doit être défini entre les ES du territoire (publics / privés). Cette coordination des parcours est essentielle dans le cadre de la lutte contre l'épidémie. Les directions, les directeurs médicaux de crise et les cellules de crises des ES du territoire doivent assurer une coordination journalière optimale. Ces organisations et ces parcours de soins doivent être accessibles aux SAMU du territoire ainsi qu'à tous les ES avec des numéros de téléphone et des filières connues par les différents acteurs.

Les enjeux de la prise en charge au sein des structures d'urgence

1.1.1 La détection précoce

Le service d'urgences, plus que tout autre service de l'hôpital, est soumis à des flux entrant / sortant élevés de patients dans un espace contraint. Ces spécificités sont autant de facteurs de risque favorables à la propagation virale. Ainsi, en phase de pandémie virale, il est

² C'est-à-dire de l'évaluation capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour Covid-19

capital d'identifier au plus tôt les patients suspects Covid pour les orienter vers une filière à haute de densité virale afin :

- D'éviter la propagation virale au sein de l'établissement de santé
- De protéger le personnel soignant de l'exposition à la Covid-19
- D'avoir une stratégie de concentration de densité virale afin d'adapter la stratégie de l'utilisation des équipements de protections et des masques tout en assurant une protection dans les zones supposées de basse densité.

Cette stratégie d'identification pourra être portée en amont du service d'urgence (devant le SAU ou à l'entrée de l'établissement) ou au sein du service en fonction de la phase épidémique (incidence), de l'organisation du service et de la réflexion effectuée par l'établissement sur la gestion des flux globaux (programmés / non programmés).

1.1.2 Fluidité des circuits

- Les délais de réalisation des prélèvements nasopharyngés, de la RT-PCR (ou autres méthode diagnostique et le rendu du résultat de confirmation ou infirmation de l'infection par le SARS-nCov-2 doivent être minimisés autant que possible ;
- Les délais de réalisation et de rendu du résultat d'un scanner thoracique pour une aide au diagnostic de Covid-19 doivent être également minimisés autant que possible ;
- Les délais d'hospitalisation des cas possibles et confirmés dans des services doivent être réduits, selon les principes de l'objectif régional du « *zéro patient en attente d'hospitalisation sur les brancards* ».
- Le principe majeur est de créer des circuits dédiés de prise en charge des patients possiblement atteints ou non de Covid-19, afin à la fois de limiter les risques de contaminations croisées interpatients (salle d'attente), de protéger les soignants et de limiter la surcharge des services d'urgences risquant d'impacter fortement les prises en charges des flux ainsi que les croisements forcés entre zones de basse et haute densités virales.

1.1.3 Place des tests antigéniques dans les services d'urgence

Pour mémoire, la méthode de référence diagnostique de l'infection par la Covid-19 est la RT-PCR. Compte tenu de ses spécificités, chaque service d'urgence de la région devrait pouvoir y avoir un accès privilégié continu (24 h / 24 et 7 j / 7). Hors urgence vitale, ces résultats devraient être disponibles dans un délai maximal de 4 à 6 h après le prélèvement, notamment en cas d'hospitalisation.

Des stratégies complémentaires de dépistage peuvent être déployées au sein des SAU notamment dans pour les patients pauci-symptomatiques relevant de filières ambulatoires. Si, la pratique des tests antigéniques est possible, elle doit s'inscrire dans un cadre organisationnel défini³ et en prenant en compte des limites de ces tests (bonne valeur prédictive positive / mauvaise valeur prédictive négative). Ainsi, les stratégies d'hospitalisation basées sur la négativité des tests devraient être proscrites compte tenu de la mauvaise valeur prédictive négative.

³ Cf. notamment la doctrine régionale n°89 relative à la *Stratégie régionale d'utilisation des tests antigéniques de détection du virus SARS-CoV-2*

1.1.4 Organisation

Le principe de la mise en place d'une filière à haute probabilité Covid et une basse probabilité doit être idéalement favorisé en s'adaptant à la réalité, notamment architecturale, de l'établissement. À l'instar du dispositif recommandé pour les soins critiques, chaque service d'urgence doit être en mesure de rétablir rapidement sa capacité maximale de filière Covid. La flexibilité des organisations doit être de mise, notamment durant la phase de reprise d'activité non programmée « habituelle ».

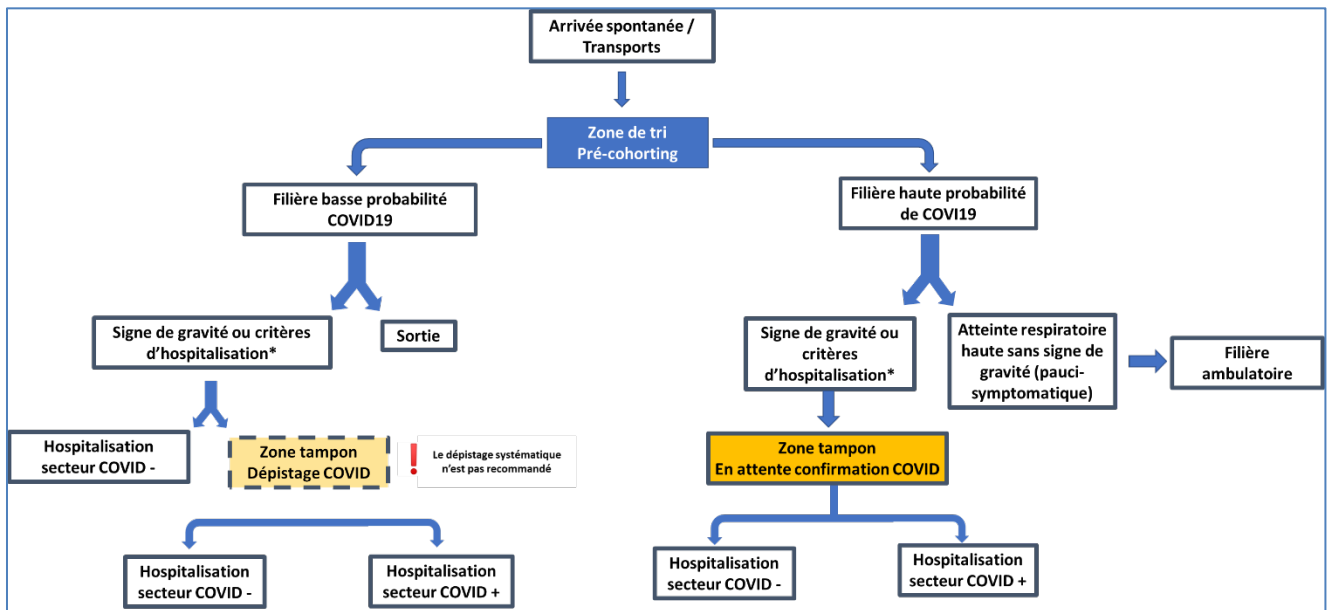


Figure 1 : proposition d'organisation du SAU

Diverses organisations de SAU sont possibles, à adapter à la stratégie de l'établissement, par exemple :

- *Une sectorisation exclusive* : un secteur haute probabilité Covid exclusif et un secteur basse probabilité Covid de tailles variables en fonction des flux. L'avantage de ce fonctionnement est l'application systématique des protections barrières optimales pour tous les patients du secteur haute probabilité Covid. L'inconvénient de ce fonctionnement est la sous-utilisation de certains box alors que le flux de patients non-Covid s'accroît. Par ailleurs la densité de ressources humaines nécessaires pour ce type de fonctionnement est à prendre en compte.
- *Une sectorisation non exclusive* : une sectorisation haute probabilité Covid est maintenue (orientation vers une partie dédiée du service) mais les box peuvent être utilisés pour des patients non-Covid. Cette organisation permet plus de flexibilité notamment dans une phase de transition mais nécessite un bio-nettoyage adapté entre chaque patient et une vigilance accrue dans la mise en place des mesures barrières.

Dans tous les cas, une sectorisation Covid et non-Covid des salles d'attentes post-examen devra être faite.

1.1.5 Zones tampons

Une attention devra être portée aux « zones tampons » de pré-hospitalisation, quelle que soit la filière de confirmation ou de dépistage de Covid. La taille **ET** la localisation de ces zones tampons sont à adapter aux volumes des patients à tester et aux contraintes de délai d'obtention des résultats d'examen complémentaires (RT-PCR, sérologie ou réalisation de scanners thoraciques). Il est donc capital d'évaluer ces volumes de patients pour dimensionner en conséquence l'organisation du service d'urgence et y limiter l'engorgement des patients en attente d'aval.

La réalisation systématique, d'intérêt discutable, d'une PCR de dépistage pour les patients à hospitaliser et à basse probabilité de Covid-19 n'est pas recommandée.

En aucun cas les salles d'attentes internes et les couloirs des urgences ne peuvent être utilisées comme zone tampon, les mesures d'isolement ne pouvant être y garanties, pour les patients et les personnels.

La localisation des zones tampons devrait préférentiellement être située, avec une organisation spécifique pour la surveillance des patients, en dehors du service d'urgence, UHCD incluse.

Deux typologies de patients en attente d'hospitalisation doivent être placés en zones tampon, idéalement distinctes :

- Les patients « haute probabilité Covid » (en attente du résultat de confirmation)
- Les patients « faible probabilité Covid » (en attente du résultat de dépistage)

	Petit volume de patients à tester		Haut volume de patients à tester
Taille des zones tampons (nombre de lits)	↓		↑
Localisation des zones tampons	SAU (dont UHCD)	→	En dehors du SAU (y compris UHCD)

Les volumes quotidiens de patients en attente d'hospitalisation à tester par RT-PCR au SU peuvent varier, selon la stratégie de l'établissement, entre :

- Une borne basse : RT-PCR pour tous les patients hospitalisés fortement suspects (notamment pour infections respiratoires)
- Et une borne haute : la totalité des patients hospitalisés adultes (fortement suspect, faiblement suspect et asymptomatique).

- Le taux d'hospitalisation moyen dans les SAU d'Ile de France était de 16,4% en Ile de France en 2017 cela représente environ 1500 hospitalisations adultes par jour depuis les SU Franciliens.

RAPPELS

Compte tenu des organisations quelques fois dégradées qui ont été mise en place dans la région lors du pic épidémique, il a semblé nécessaire au groupe expert de rappeler que les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) doivent être des repères organisationnels solides permettant de garantir la sécurité et la qualité des prises en charge :

1. La Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) n'est ni un lit d'hospitalisation, ni un lit de réanimation ou d'USC. Elle doit permettre le traitement et la surveillance des défaillances des grandes fonctions vitales aux urgences dans l'attente de transferts intra ou inter hospitaliers. La SAUV doit permettre prise en charge immédiate, coordonnée d'un patient présentant une détresse vitale. Elle doit être en disponibilité rapide.
2. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) a pour objectif d'améliorer l'accueil, la surveillance et la sécurité immédiate de certains patients admis au sein du service des Urgences adultes. Le séjour à l'UHCD est de très courte durée, maximum 24h, et a pour objectif:
 - Soit, si la surveillance et la thérapeutique sont efficaces, d'autoriser le retour au domicile dans les 24h.
 - Soit d'assurer le soin et d'affiner le diagnostic dans le but d'orienter les patients vers le service adapté à leur état clinique.

Les outils utiles

1.1.6 Le ROR

L'application ROR (version web ou application mobile) permet de visualiser en temps réel la disponibilité des lits de soins critiques en Ile de France. Elle permet en outre de visualiser la disponibilité des lits en secteur de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et en SSR (mise à jour : 1 à 2 fois /j).

1.1.7 Santégraphie

Dans le cadre de la crise sanitaire, des restitutions cartographiques de l'application Santégraphie, réalisées sur différentes thématiques ont été élaborées.

Un catalogue est accessible depuis ce lien : <https://santegrAPHIE.fr/mviewer3/catalogue/>

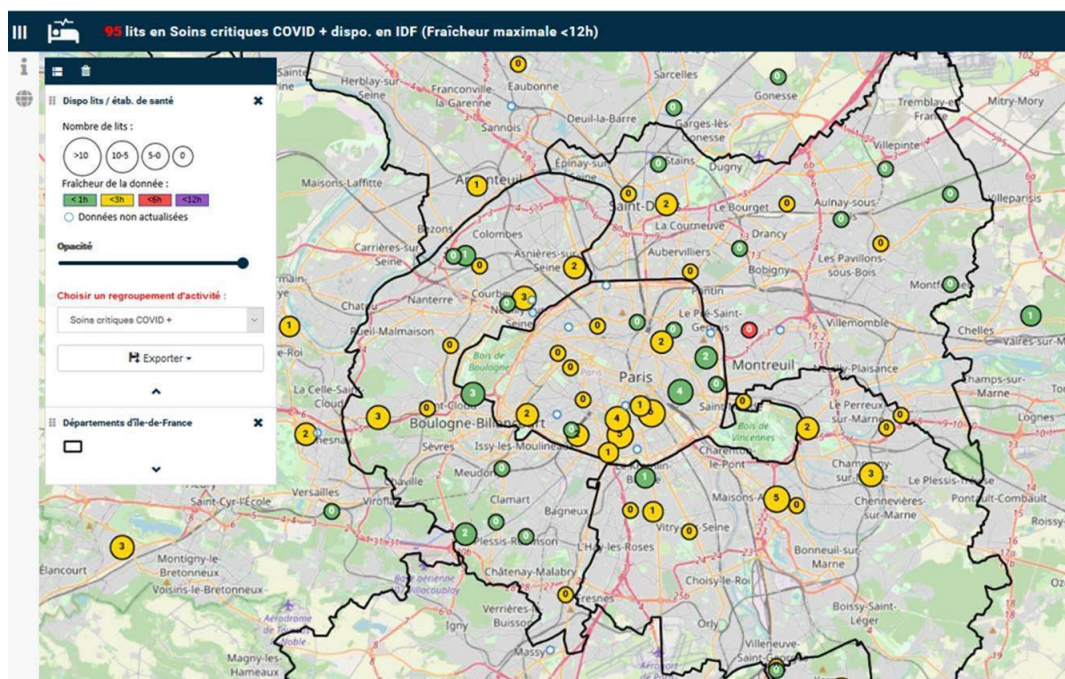
Certaines cartes sont accessibles librement ; d'autres nécessitent la création d'un compte nominatif pour l'ouverture de droits pour les professionnels de santé.

Ces restitutions cartographiques peuvent être visualisées sur les postes de soins disposant d'un accès à internet, au moyen d'un login qu'il est possible de créer pour votre structure.⁴

⁴ Ceci nécessite qu'une adresse mail adossée à votre service soit transmise pour récupérer ces identifiants. À cet effet, et pour toute question, adressez un mail à l'équipe Sesan Santégraphie à : santegrAPHIE@sesan.fr

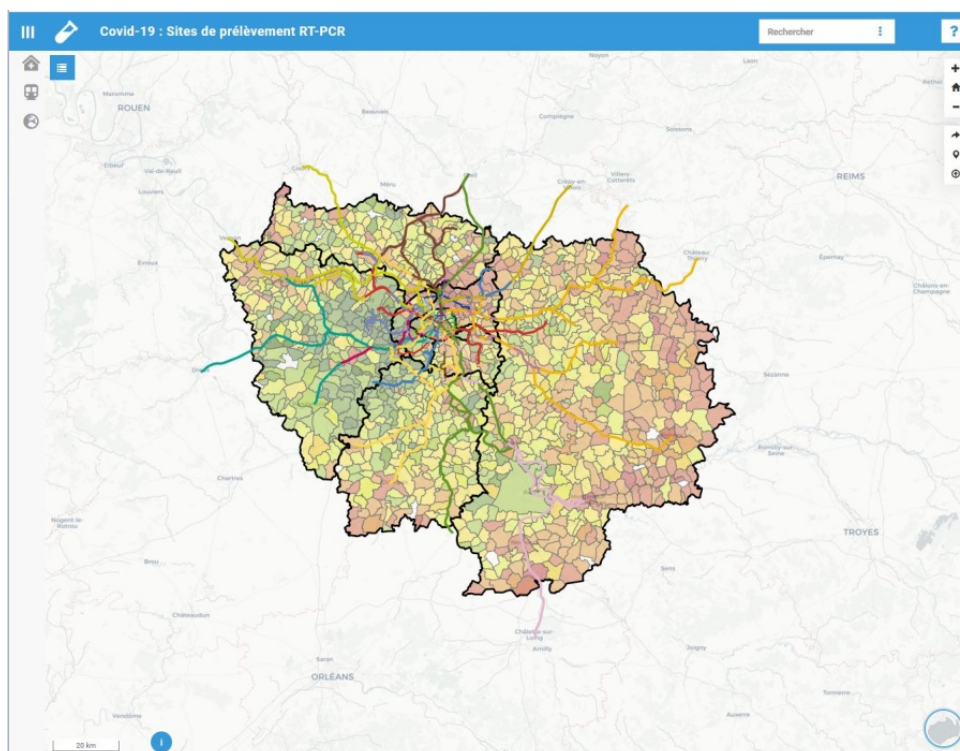
- **Carte « ROR : Disponibilité des lits en Île-de-France »**
https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/ror_dispo_lits.xml

Cette carte indique en temps réel les places disponibles, déclarées par les établissements de santé (soins critiques, hospitalisation conventionnelle...) dans le *Registre opérationnel des ressources* (ROR).



- **Carte « Covid RT-PCR »**
https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_pcr.xml#

Elle référence les sites de prélèvements PCR-covid sur la région.



Annexe n°1 : récapitulatif organisationnel d'un SAU

Organisation des SAU	
Tous les SAU	
Principes généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de filières de prise en charge spécifique Covid-19 dans les SAU sur la base d'un triage simple à l'accueil des urgences. L'organisation définie doit être connue de tous. • Orientation au niveau de l'accueil selon la présence de signes de gravité ou de terrain à risque : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cas possibles avec des signes respiratoires définis +/- comorbidités vers la filière Covid (en attente de confirmation biologique) avant hospitalisation en filière adaptée ✓ Cas possibles pauci symptomatique à prendre en charge dans une filière ambulatoire dans le cadre des recommandations de suivi ✓ Cas autres non Covid : prise en charge au SAU
Mesures barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une stratégie de protection des personnels et des patients • Instaurer une communication adaptée sur tous les supports possibles (en évitant les supports papiers) notamment dans les salles d'attente • Instaurer une stratégie claire d'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) • Organiser les files d'attente pour faire respecter un écart supérieur à 1 mètre entre les patients (affiche, marquage au sol...) • Faire respecter une distance supérieure à 1 mètre dans les salles d'attente (suppression d'un siège sur deux par exemple) • Nettoyer régulièrement les surfaces (comptoir, ordinateurs, téléphones...) et le matériel (brassard à tension, saturomètre, stéthoscope ...) après chaque patient • Pour le personnel : faire respecter la distanciation sociale et spatiale des personnels y compris en dehors des activités de soins (staff, pauses, repas...) : se placer et rester à au moins 1 à 2 mètres de distance les uns des autres, surtout lorsque le port du masque est impossible.
Identification des cas possibles	Oui , les équipes des urgences trient et orientent vers les filières dédiées de prise en charge. Le classement des cas est effectué par les urgentistes.
Diagnostic virologique	Oui (dans les critères d'indication de la PCR, du test antigénique, de la sérologie). Réalisation de préférence au niveau de l'établissement du diagnostic virologique, sinon transfert des échantillons
Confirmation des cas	Oui et inscription des cas confirmés hospitalisés dans SIVIC et sur une plateforme de suivi.
Prise en charge en ville	Inscription dans les outils de suivi à domicile
Hospitalisation des cas confirmés et transferts	Hospitalisation des patients nécessitant une prise en charge hospitalière Pas de transfert des patients (sauf si saturation ou absence de soins critiques pour les patients graves)

Gestion filières de soins programmées et non programmées du site	<ul style="list-style-type: none">• Réorganiser et dimensionner au niveau du site les filières d'hospitalisation pour garantir la prise en charge des filières Covid et « non-Covid » non programmées (plusieurs organisations possibles : cf. schéma)• Favoriser les transferts de MCO en SSR / SLD du site ou du GH / GHT / territoire• Réorganiser et dimensionner au niveau du territoire les filières d'hospitalisation pour garantir la prise en charge des filières Covid et « non-Covid » programmées• Ces organisations doivent être formalisées et connues de tous acteurs (au sein de l'hôpital, du territoire, ...) avec une identification des contacts téléphoniques des points d'entrée
---	---