

	RECOMMANDATIONS REGIONALES Covid-19	Création : 16/04/2021
		Validation technique par la DOS 19/04/2021
		Approbation SDDVSS-DVE: 19/04/2021
		Validation CRAPS : 19/04/2021
COVID-19 106	Maintien de la filière de chirurgie cardiaque en IDF en phase rebond Addendum à la doctrine ARSIF 087 « Adaptation de l'offre de soins hospitalière régionale en phase rebond » du 24/02/2021	Version 1 : 19/04/2021 Diffusion : Interne Partenaires ARS Site Internet ARS
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19		

Préambule

- Ce document a été rédigé par le Groupe cardiaque de la collégiale de chirurgie thoracique et cardiovasculaire d'Île-de-France en lien avec l'ARSIF (réfèrent cardiologie, conseiller médical du directeur de l'offre de soins, réfèrent soins critiques, réfèrent soins non programmés).
- Ce document a été validé par le comité régional d'experts constitué des Directeurs médicaux de crise des hôpitaux d'Île-de-France.
- Documents de référence
 - 20/03/2020 : Document « Organisation de la continuité des soins en Chirurgie Cardiaque en IDF pendant la crise sanitaire COVID - Groupe cardiaque de la collégiale de chirurgie thoracique et cardiovasculaire » ;
 - 16/04/2021 : Doctrine 038 ARSIF « Utilisation de l'ECMO lors de la prise en charge des patients Covid-19 » https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2021-04/038_ARSIdF-CRAPS_2021-04-16_Doctrine_ECMO_v5def.pdf ;
 - 24/02/2021 : Doctrine 087 ARSIF « adaptation de l'offre de soins hospitalière régionale en phase rebond » https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2021-02/087_ARSIdF-CRAPS_2021-02-24_Doctrine_Adaptation_Offre-soins-hospitaliere_v2.pdf.
- Cet addendum « Maintien de la filière de chirurgie cardiaque en IDF en phase rebond »
 - Complète la doctrine 087 ARSIF « adaptation de l'offre de soins hospitalière régionale en phase rebond » du 24/02/2021 ;
 - Propose un cadre d'adaptation de l'offre de soins régionale de chirurgie cardiaque lors de cette troisième vague épidémique pour assurer la poursuite de l'activité de chirurgie cardiaque :
 - Pour la prise en charge des urgences absolues en proximité ;
 - Pour la prise en charge des urgences dans des délais raisonnables, sans perte de chance pour les patients et en contrôlant les risques d'infections nosocomiales par le virus SARS-CoV-2 (ou ses variants)
 - Est susceptible d'évoluer en fonction du développement des connaissances sur la Covid-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Contexte

L'enjeu durant la 3^{ème} vague de l'épidémie de Covid-19 est, d'une part, de prendre en charge en soins critiques les patients Covid-19 qui le nécessitent et dont l'incidence ne cesse d'augmenter et d'autre part de maintenir la prise en charge des patients non Covid-19 en urgence et semi-urgence dont fait partie la filière de chirurgie cardiaque.

La doctrine 087 ARSIF « Adaptation de l'offre de soins hospitalière » du 24/02/2021, vise à homogénéiser la prise en charge régionale en période de reprise épidémique, à limiter les déprogrammations, à contrôler le risque d'infections nosocomiales par le virus SARS-CoV-2 (ou ses variants) tout en s'adaptant à l'augmentation de l'incidence des patients Covid-19. Elle précise que « 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 PDES¹ 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. »

Ce document s'inscrit dans la période de 3^{ème} confinement en IDF depuis le 19/03/2021, complétée par un confinement national depuis le 03/04/2021, pendant 4 semaines au moins. Cette Période coïncide avec le déclenchement par l'ARS Île de France des paliers 3 puis 4 de mobilisation des capacités de soins critiques.

La gradation de la chirurgie cardiaque²

- Les urgences absolues à prendre en charge sans délai, en centre de chirurgie cardiaque de proximité, sont :
 - Dissection aortique ;
 - Tamponnade ;
 - Plaie du cœur ;
 - Complications mécaniques d'infarctus du myocarde ;
 - Endocardite active selon délai fixé par la RCP locale ;
 - Transplantation cardiaque pour les services concernés par rapport à la disponibilité du greffon ;
 - Chocs cardiogéniques sévères sous ECMO.
- Les urgences à prendre en charge dans des délais raisonnables, sans perte de chance pour les patients, en contrôlant les risques d'infections nosocomiales par le virus SARS-CoV-2 (ou ses variants), sont :
 - Syndrome coronarien chronique relevant d'une indication chirurgicale avec sténose serrée du tronc gauche ou équivalent de tronc gauche ;
 - Toute valvulopathie fuyante ou sténosante aiguë ou subaiguë du cœur gauche avec au moins un des trois critères suivants :
 - Fraction d'éjection < 50% ;
 - Hypertension artérielle pulmonaire systolique > 60 mmHg ;
 - Traitement diurétique (Furosémide) > 120 mg/jour.

¹ Permanence des soins en établissements de santé

² 20/03/2020 : Document « Organisation de la continuité des soins en Chirurgie Cardiaque en IDF pendant la crise sanitaire COVID- Groupe cardiaque de la collégiale de chirurgie thoracique et cardiovasculaire »

- Toute cardiopathie chirurgicale avec dégradation fonctionnelle constatée dont le report ferait envisager une perte de chance. Les semi-urgences pour la prise en charge de toute cardiopathie chirurgicale dont un nouveau report entrainerait une perte de chance.
- En dehors de ces situations, les patients ne devront être programmés pour une chirurgie cardiaque qu'après la fin de la 3^e vague épidémique. La décision de non programmation est une décision locale multidisciplinaire (chirurgien cardiaque, cardiologue et médecin anesthésiste-réanimateur) prenant en considération la perte de chance engageant le pronostic vital, qu'occasionne un délai de prise en charge, et impose une traçabilité
 - Il faut noter que plus le délai de prise en charge chirurgicale s'allonge, plus l'état du patient s'aggrave, plus il y a des pertes de chance et plus la DMS en réanimation chirurgicale est allongée lors de la prise en charge chirurgicale. D'où l'importance de limiter les délais de programmations.

Le maintien de la filière de chirurgie cardiaque en IDF en phase rebond

1. L'enjeu

L'enjeu est d'une part de prendre en charge en soins critiques les patients Covid-19 qui le nécessitent et d'autre part de maintenir la filière de chirurgie cardiaque en IDF, liée au capacitaire de lits de soins critiques (REA et USC) de chirurgie cardiaque.

2. L'enquête

- Méthode : enquête faite le 05/04/2021 auprès des 10 ES³ de chirurgie cardiaque pour recenser le nombre de lits de soins critiques (SC) de chirurgie cardiaque (REA et USC) utilisés habituellement et actuellement, ce qui permet de déterminer le taux de baisse du capacitaire des lits de SC dédiés à la chirurgie cardiaque.
- Résultats au 06/04/2021 :
 - Les 10 ES de chirurgie cardiaque sont répondeurs ;
 - Globalement, la baisse du capacitaire de SC dédié à la chirurgie cardiaque est de 46% ;
 - Par ES, la baisse du capacitaire de SC dédiés à la chirurgie cardiaque est hétérogène mais tous ont réduit leur offre de lits de SC de chirurgie cardiaque :
 1. De 17% à 83% ;
 2. Pour des raisons de capacitaire dédié aux patients Covid-19 et/ou par fermeture de lits faute de personnel médical et/ou non médical ;
 3. Entraînant des taux de déprogrammation variables.

³ ES : établissement de santé

3. La stratégie de régulation du capacitaire de soins critiques de chirurgie cardiaque

- Maintien de l'activité de chirurgie cardiaque dans tous les ES de chirurgie cardiaque d'IDF ;
- Préservation pour la filière de chirurgie cardiaque de 50 à 75% des lits de SC (REA et USC) de chirurgie cardiaque habituellement utilisés pour l'activité propre :
 - Au nom de l'équité régionale, les ES les moins impactés sur leur capacitaire habituellement dédié à la chirurgie cardiaque doivent, d'une part, participer à la prise en charge régionale des urgences et des semi-urgences de chirurgie cardiaque et, d'autre part, dédier au moins 25% des lits de SC de chirurgie cardiaque aux patients Covid-19 ;
 - Une attention particulière doit être portée aux ES dont le capacitaire de SC de chirurgie cardiaque dédié est fortement réduit en proportion : nécessité de renforcer les lits de SC de chirurgie cardiaque dédiés à la chirurgie cardiaque dans ces ES.
- Réactivation de l'entraide régionale des chirurgiens cardiaques (mise en place lors de la 1^o vague épidémique) par :
 - La nécessité du recensement quotidien des lits disponibles de SC de chirurgie cardiaque par ES avec diffusion journalière de ce tableau aux SAMU ;
 - La reprise des staffs éthiques pour décider ensemble des patients qui peuvent être déprogrammés ;
 - Le transfert des patients semi-urgents instables qui sont en liste d'attente ;
 - Le déplacement des équipes.
- Suivi hebdomadaire par l'ARSIF de l'évolution du capacitaire des lits de SC dédiés à la chirurgie cardiaque pour maintenir la filière de chirurgie cardiaque en luttant contre les pertes de chance des patients par une gestion collégiale et régionale de la crise sanitaire.