



## Lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière après le déconfinement

Destinataires	Tous les établissements de santé MCO
Articulation avec les consignes précédentes	Annule et remplace les consignes exprimées dans le Mémo-Covid 19/n°26 du vendredi 19 avril 2020 (les éléments en gris demeurent inchangés, les éléments nouveaux sont en noir). <u>Reste en vigueur :</u> - la matrice décisionnelle de priorisation d'activités de soins (Mémo ES n°33 du 06/05/2020), - la note « territorialisation de l'offre » (Mémo ES n°35 du 10/05/2020).
Date d'entrée en vigueur	Immédiate

### Préambule

Les présentes consignes ont pour objet de déterminer le niveau d'offre de soins que doivent assurer les établissements de santé suite au déconfinement.

Dans la continuité des lignes directrices transmises le 19 avril dernier, elles ont toujours pour objet de concilier les impératifs suivants :

- répondre aux besoins en soins des patients atteints par le Covid-19,
- poursuivre la montée en charge de l'offre de soins proposée aux patients dans un souci d'éviter des pertes de chance et procéder à une reprise progressive et priorisée de l'ensemble des activités,
- tenir compte des capacités globales de prise en charge mobilisables au regard du niveau des ressources humaines, des produits et matériels disponibles,
- préserver des marges de manœuvre suffisantes aussi bien en termes de capacités, que de ressources humaines, de produits et matériels pour permettre la prise en charge d'une augmentation rapide du nombre de patients atteints du Covid-19 dans l'hypothèse d'une résurgence épidémique,

- préserver des marges de manœuvre pour assurer un soutien à la prise en charge des résidents des établissements et services médico-sociaux (ESMS), en particulier des EHPAD, à la fois pour réaliser des soins en établissement de santé mais aussi pour assurer la continuité de la prise en charge et accompagnements dans les ESMS directement,
- préserver les capacités d'intervention mobiles mise en place dans le cadre de la gestion du Covid-19 à l'instar des Equipes Sanitaires Mobiles (EQSAM).
- réduire les risques de circulation du Covid-19 à l'intérieur des établissements de santé.

Ces principes ont vocation à être réévalués et adaptés au vu de l'évolution de l'épidémie et des premières évaluations de la mise en œuvre du dispositif de déconfinement.

## 1. Consignes

### 1.1. Principes généraux

#### Doivent impérativement être assurés par les établissements :

- tous les soins urgents,
- tous les soins non urgents au sens strict mais qui ne peuvent pas pour autant être différés sans perte de chance pour les patients,
- toutes les activités de diagnostic, de dépistage et de consultation permettant d'éviter tout retard dans les soins qui en résultent.

#### Doivent reprendre progressivement et de façon priorisée :

- tous les autres soins.

➔ La mise en œuvre de ces principes généraux suppose une réévaluation régulière organisée par les établissements de santé.

### 1.2 Points de vigilance

#### 1.2.1 Préserver la capacité en réanimation et maintenir sa disponibilité en cas de nécessité de réarmement d'un dispositif Covid renforcé

La prise en charge des patients dans les lits qui étaient déjà identifiés comme des lits de réanimation avant la crise a été progressivement privilégiée et a ainsi permis :

- le retour à leur destination antérieure d'une partie des places de SSPI et des lits d'USC et d'USI qui ont été transformés en lits de réanimation au cours des dernières semaines.

- au personnel hospitalier de prendre du repos et de retrouver des marges de manœuvre pour un part d'activité urgente ou semi-urgente non Covid.

Cette réflexion autour du redimensionnement de l'offre de réanimation doit se poursuivre à l'échelle d'un territoire en associant tous les établissements quel que soit leur statut.

Cette réorganisation des capacités de réanimation doit toujours se faire de façon extrêmement prudente et **doit être préalablement validée par l'ARS**.

Tout désarmement de lits de réanimation doit demeurer progressif et **pouvoir être réversible très rapidement (dans des délais de 24, 48 ou 72 heures selon les lits)** pour faire face à une éventuelle résurgence de l'épidémie et un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation.

### **1.2.2 Sauvegarde des moyens nécessaires dans le cadre de la reprise d'activité en cas de résurgence de l'épidémie**

Il convient de sauvegarder les moyens qui seraient utiles en cas de reprise de l'épidémie, ce qui suppose de préserver les produits et matériels indispensables à ces prises en charge, et qui sont aujourd'hui en très forte tension, y compris pour les semaines à venir. C'est en particulier le cas des produits de santé (curares et hypnotiques), de certains EPI et de certains consommables. Ces tensions conduisent à rester très vigilants à cette étape sur les reprises d'activité potentiellement consommatrices de ces produits.

**Une reprise de l'activité de soins programmés mal calibrée pourrait provoquer un nouvel effet de saturation du système de soin dans sa globalité : tensions sur les capacités de réanimation, les ressources critiques ou les ressources humaines.**

Un focus plus spécifique sur les curares et les hypnotiques est nécessaire au regard des enjeux.

### **1.2.3 Tension sur les produits de santé utilisés dans les activités réanimatoires, chirurgicales, interventionnelles et palliatives**

Les activités de réanimation consomment des produits également utilisés en soins palliatifs (midazolam) et dans l'anesthésie à visée chirurgicale ou interventionnelle. Or, les spécificités de la prise en charge COVID entraînent une surconsommation importante source de tension sur ces produits.

Les contraintes en matière d'approvisionnement pèsent sur les produits de santé suivants : propofol (DIPRIVAN®), atracurium, cisatracurium, rocuronium, midazolam (HYPNOVEL®).

**Ces contraintes pourraient menacer la réalisation d'activités chirurgicales et interventionnelles vitales pour les patients et d'activités de soins critiques dans la perspective d'un rebond épidémique.**

C'est pourquoi, une liste de cinq molécules (à date, le nombre pouvant varier à l'avenir), dites prioritaires, fait l'objet d'un achat exclusif par l'Etat durant la durée de l'épidémie. Les établissements de santé sont approvisionnés par l'Etat, selon une procédure de répartition nationale des volumes au sein de chaque région décidée par l'ANSM. La clé de répartition par établissement est organisée par l'ARS avec l'appui de l'OMEDIT.

Les établissements font connaître chaque jour l'état de leurs stocks à travers la plateforme « mapui.fr ». En complément, les établissements qui ne sont pas rattachés à une PUI, et notamment ceux réalisant des soins palliatifs, font état de leurs besoins directement auprès de l'ARS.

**Des mesures d'épargne de doses de médicaments prioritaires et le recours à des alternatives thérapeutiques doivent être recherchées par tous les établissements de santé, quel que soit l'état de leur stock.** Les commissions médicales d'établissement coordonnent sans délai les modifications de protocoles thérapeutiques au sein des établissements en s'appuyant le cas échéant, sur les recommandations professionnelles des sociétés savantes.

Le dispositif régional proposé en appui s'articule autour de :

- La circonspection dans l'utilisation des produits en tension et dans la reprise d'activité :
  - ➔ la tension sur ces produits de santé impose de prioriser les patients à prendre en charge selon les modalités décrites dans le mémo ES n°33 du 6 mai dernier
  - ➔ pour éviter de ne plus pouvoir prendre en charge des interventions urgentes ou non différables sans perte de chance et l'activité de cancérologie, les interventions non urgentes, hors cancérologie doivent faire l'objet d'une pondération prudente qui intègre la balance bénéfice risque non seulement individuelle, mais collective.
- La réalisation d'une enquête flash auprès des établissements enquête composée de 3 volets :
  - ➔ estimation du nombre d'interventions nécessitant une anesthésie, selon le degré d'urgence de la prise en charge (4 niveaux proposés précédemment dans les documents de priorisation),
  - ➔ estimation de leur consommation hebdomadaire anticipée de produits de santé en tension (curares, propofol, midazolam) pour la semaine du 25 mai 2020,
  - ➔ estimation de leur consommation hebdomadaire d'EPI en tension.
- La proposition de constitution d'un réseau de ressources expertes venant en appui des équipes le sollicitant pour l'aide à la protocolisation visant l'évolution des pratiques anesthésiques.

#### **1.2.4 Reprise calibrée de l'activité de chirurgie et interventionnelle**

Au-delà des prises en charge chirurgicales urgentes et de celles qui ne peuvent pas être différées en raison de l'état de santé du patient si le report de l'intervention fait porter un risque trop important de perte de chance au regard de la balance bénéfice-risque et, lorsqu'elles existent, au regard des recommandations édictées par les sociétés savantes, **les activités de chirurgie peuvent être progressivement reprogrammées. Elles doivent faire l'objet d'une priorisation croisant le besoin du patient et les tensions sur les ressources engagées.**

#### **1.2.5 Vigilance continue concernant la prise en charge des patients dont l'état de santé est fragile, tout particulièrement ceux vivant avec une maladie chronique ou en cours de traitement pour une pathologie grave**

Cette vigilance est due à l'ensemble des patients dont l'état de santé est fragile et pour lesquels il est nécessaire de lutter contre les renoncements et retards de soins. **La ville et les établissements de santé ont dans cette lutte un rôle coordonné et proactif à jouer auprès de leurs patients.**

Elle s'adresse tout particulièrement aux patients dont les prises en charge pouvaient être différées sans perte de chance au début de la crise mais qui nécessitent désormais des soins immédiats sous peine de voir leur état de santé se dégrader.

Il est nécessaire en repartant des activités qui ont été déprogrammées au cours de ces dernières semaines de recontacter les patients concernés et de reprogrammer si nécessaire leur prise en charge dans les prochains jours ou les prochaines semaines.

Il s'agit notamment de s'assurer, en collaboration avec le médecin traitant dont c'est le rôle primordial, que la continuité de la surveillance et des soins a bien été assurée pour chaque patient. Il s'agit aussi de repérer celles d'entre elles qui nécessiteraient une programmation rapide d'une consultation, en privilégiant la téléconsultation quand celle-ci est possible.

Par exemple : suivi clinique et biologique des traitements anticoagulants, suivi post thérapeutique en oncologie, suivi de l'hypertension artérielle, de l'immunodépression, du diabète ...

Il est bien entendu que si une consultation ou un acte de surveillance est nécessaire, il devra privilégier la téléconsultation lorsqu'elle est possible ou se faire en milieu sécurisé, afin de limiter tout risque de contamination par le Covid-19.

### **1.2.6 Importance de mettre l'accent sur les activités de diagnostic, de dépistage et de consultation pour éviter tout retard de soins**

Il est nécessaire de poursuivre la reprise des activités de diagnostic, de dépistage et de consultation dont l'offre a parfois été réduite depuis le début de l'épidémie.

**Ces activités constituant la portée d'entrée dans le parcours de soins, elles jouent un rôle déterminant pour éviter tout retard de diagnostic et toute perte de chance.**

Il est tout particulièrement nécessaire de reprendre activement le contact avec les patients dont les consultations ont été suspendues, afin de les encourager à bénéficier d'une consultation soit en présentiel dans le cadre d'une filière Covid – ou à distance en téléconsultation.

Cette reprise des activités de diagnostic, dépistage et consultation doit impérativement s'organiser avec les professionnels de santé de ville et doit mobiliser aussi les laboratoires et secteurs de radiologie.

## **2. Modalités de mise en œuvre des consignes**

### **2.1. Privilégier autant que possible les dispositifs de télémédecine**

Le déplacement physique des patients au sein des établissements de santé doit être limité aux cas où aucune autre solution n'est possible.

Dans la mesure du possible, les établissements de santé devront donc privilégier le recours à la télémédecine (téléconsultation, applications de suivi patient, etc.).

## 2.2. Organiser l'offre de soins pour endiguer le développement de la contamination

- **Le port du masque** « grand public » ou chirurgical est fortement recommandé pour toutes les personnes accédant à un établissement de santé : patients, accompagnants, prestataires.
- **L'organisation de filières Covid+ et Covid- distinctes** dans les structures de soins est toujours recommandée en fonction de la stratégie territoriale, des capacités des établissements et de l'évolution de l'épidémie.

La reprogrammation des activités ne doit pas en effet nuire à la prise en charge des patients Covid-19, ni induire de risques de contamination pour les patients non atteints par le Covid-19.

Cette reprogrammation doit donc se faire dans des conditions de parfaite sécurité pour les patients, afin de limiter au maximum le risque d'infection nosocomiale par le virus en optant, le cas échéant, pour des circuits complètement séparés et étanches, tant en matière de circulation que d'affectation de personnel.

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'attentes, des chambres individuelles si nécessaire, des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission. Des fiches techniques dédiées aux règles de protection et d'hygiène permettant de minimiser les risques de contamination sont téléchargeables sur le site de l'ARS à l'adresse suivante : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/covid-19-ets-protection-et-hygiene>.

- **La prise en charge ambulatoire** (HDJ et chirurgie ambulatoire) doit être privilégiée car elle facilite la distanciation sociale et limite le temps de présence à l'hôpital.

## 2.3. En sus de la prise en charge des urgences : reprogrammer les activités de soins en priorisant les patients exposés à une perte de chance

Il convient de poursuivre la montée en charge de l'offre de soins proposée aux patients dans un souci d'éviter des pertes de chance pour les patients et de procéder à une reprise progressive et priorisée de l'ensemble des activités.

- **Reprise de l'activité coordonnée à l'échelle des territoires**

Il est nécessaire de poursuivre le travail de coordination au sein de chaque territoire et de chaque établissement. La mobilisation de l'ensemble des acteurs, établissements de santé publics et privés, mais aussi professionnels de ville est nécessaire.

La poursuite et le renforcement d'une approche décloisonnée représente des enjeux majeurs de réussite de la phase de déconfinement. Il s'agit notamment :

- de l'organisation des parcours des patients Covid+,
- de l'organisation de la continuité des soins,
- de la mise en œuvre de la politique de test, de tracing et d'isolement,
- de l'appui aux ESMS.,
- de la mobilisation des dispositifs exceptionnels tels que la simplification du recours à la télémedecine et à l'HAD.

## ➤ Décision collégiale de la priorisation des activités de soins

Plusieurs modalités de priorisation sont importantes à prendre en compte et maintenir :

- s'appuyer sur les médecins traitants, pour identifier et contacter les patients à risque de perte de chance, mais également pour argumenter la priorisation des cas,
- adopter un fonctionnement collégial pour produire des règles de priorisation, au sein des établissements (p.ex. : cellule pluridisciplinaire pilotée par le PCME et incluant certains médecins et soignants), comme en médecine de ville (p.ex. : médicalisation de la prise de rendez-vous, pour les consultations comme pour les actes techniques),
- recourir à la matrice décisionnelle de priorisation des activités de soins proposée en appui aux cellules de coordination des établissements ayant vocation à décider collégalement des actes pouvant être reprogrammés.

### **2.4 Garantir la réversibilité rapide de toute programmation :**

L'instabilité de la situation et le manque de visibilité quant à l'évolution de l'épidémie nécessitent toujours de rendre réversible toute programmation rapidement et dans de bonnes conditions d'échange avec les patients pour être en permanence en capacité de faire face à la possible résurgence des cas de COVID19.

### **2.5 Prorogation des autorisations exceptionnelles**

Les autorisations exceptionnelles accordées aux établissements de santé depuis le début de la crise sont **prorogées automatiquement jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire**.

### **2.6 Activer les plans de gestion de crise en fonction de la situation territoriale**

**Tous les établissements de santé de Nouvelle-Aquitaine peuvent désactiver à ce stade le niveau 2 du plan de gestion de crise** (pour rappel niveau 1 : plan de mobilisation interne ou niveau 2 : plan blanc).