

« Territorialisation de l'offre » dans le cadre :

- de la reprise de certaines activités (Lignes directrices ARS du 19/04 - adaptation de l'offre)
 - du déconfinement à compter du 11/05

Date :	07 mai 2020
Destinataires :	Etablissements de santé de Nouvelle-Aquitaine et délégations départementales de l'ARS

Préambule :

Des lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière dans l'attente et en préparation des mesures de déconfinement ont été adressées aux établissements de santé MCO¹. Elles avaient pour objet, un mois après l'annonce de déprogrammation des activités chirurgicales ou médicales non urgentes dans les établissements de santé publics et privés, et dans le cadre de la prolongation de la période de confinement, de déterminer le niveau d'offre de soins que devaient assurer les établissements de santé à compter du 19/04 et jusqu'au 11 mai.

Ces lignes directrices ont été complétées d'une matrice décisionnelle de priorisation des activités de soins². Cette matrice était proposée en appui aux cellules de coordination des établissements ayant vocation à décider collégalement des actes devant être ou non reprogrammés.

La présente note s'inscrit dans la droite ligne de ces travaux et vise à préciser les activités hospitalières nécessitant une organisation déclinée par territoire.

1) Ce qui a vocation à être territorialisé :

→ *ce qui nécessite une discussion inter-établissements de santé sur « qui fait quoi » de manière pérenne ou non, et a minima une coordination,*

→ *au moins 6 types d'activités nécessitent de se doter d'une vision territoriale : les soins critiques, certaines activités chirurgicales / interventionnelles + certaines activités (médicales notamment) COVID si ce parti pris organisationnel est choisi, certaines activités en cancérologie le cas échéant, la psychiatrie³ et l'appui aux EHPAD et EMS pour personnes handicapées.*

2) Ce qui n'a pas vocation à être territorialisé :

→ *il ne s'agit pas d'ouvrir à la possibilité d'interprétations des lignes directrices « à géométrie variable ». La conception de ce qu'est un besoin de santé prioritaire n'a pas vocation à fluctuer d'un territoire à un autre, seule la façon de répondre aux besoins peut varier en fonction de l'organisation territoriale de l'offre.*

¹ MEMO n°26 du 19/04/2020.

² Matrice adressée avec une notice explicative par MEMO n°33 du 06/05/2020.

³ Concernant **la territorialisation et la gradation de l'offre en SSR, celle-ci est en cours et n'appelle pas à ce stade de travaux complémentaires** cf. conformément aux fiches établissements SSR « recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19 » du 24/03/2020 et « recommandations de structuration des filières de prise en charge des patients COVID+ en sortie de court séjour » du 21/04/2020, à travers une procédure simplifiée de labellisation des SSR COVID-19.

Contexte général :

- **Déploiement d'un dispositif de dépistage massif :**
 - o Nombreux patients COVID confirmés qui seront pris en charge pour des motifs non COVID
 - o Avec les limitations que l'on peut estimer à :
 - 30-40% de tests faux négatifs
 - 40% d'asymptomatiques en population générale, soit des patients COVID « qui s'ignorent »
- **Nécessité de réfléchir au niveau territorial à l'organisation :**
 - o Du fait de la sensibilité faible de la RT PCR, il est excessivement compliqué de vouloir protéger les services de tout risque de COVID
 - o Des ressources spécifiques sont nécessaires à la prise en charge des patients hospitalisés pour cause de COVID, ou associant à un COVID une pathologie qui s'en trouve aggravée
 - o Des activités de soins peuvent de ce fait être rendues difficilement réalisables au sein de certains établissements
- **Nécessité de donner de la visibilité à cette organisation territoriale :**
 - o Le positionnement de ces ressources et la filiarisation qui s'ensuit constituent des complexités pour l'orientation adaptée du patient
 - o Afin de faciliter l'orientation depuis la médecine de ville, il est nécessaire de formaliser le dispositif territorial.

→ Quel impact du COVID sur les organisations et activités de soins ?

A) SOINS CRITIQUES :

CONTEXTE

Dans le contexte de l'épidémie COVID, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mis en place, en lien avec tous les acteurs et conformément aux recommandations d'experts en date du 7 avril 2020, une stratégie régionale afin de permettre de garantir l'accueil des patients graves COVID+, notamment présentant des SDRA, dans les services de réanimation, mais également des patients non COVID relevant de cette prise en charge.

La montée en charge des capacités de réanimation a ainsi été basée sur la déprogrammation permettant d'augmenter les capacités de réanimation, d'acter l'opérationnalité de certaines USC « upgradées » pour lesquelles des autorisations dérogatoires de réanimation ont été délivrées par l'ARS car disposant des compétences, RH et matériels adaptés. De même, pour les USI.

Cette stratégie a permis une augmentation de 50% de la capacité en lits de réanimation passant de 460 en début d'épidémie à près de 700.

ENJEUX

Dans le cadre de la phase de repli épidémique observée à ce jour et conformément aux recommandations⁴, chaque établissement disposant d'une réanimation autorisée devra veiller à disposer d'un nombre approprié de lits de soins critiques (et non critiques), pour des patients non-COVID et COVID+, d'EPI, de respirateurs, de médicaments, de produits sanguins labiles et de tout le matériel médical et chirurgical nécessaires.

⁴ Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de la pandémie COVID 19-SFAR/SFR/ADARPEF/CARO mai 2020

Une stratégie et une concertation territoriale doivent en outre se mettre en place afin de garantir une organisation des services de réanimation et soins critiques permettant d'assurer la prise en charge de nouveaux patients COVID+ en cas de rebond potentiel ou d'un flux continu de patients COVID :

- la coordination territoriale sera portée en premier lieu par les établissements supports des GHT et par les 3 CHU de la région, tant sur le plan organisationnel et de la définition des critères d'admission que sur le plan opérationnel ;
- cette activité COVID doit être considérée comme une activité à intégrer dans les activités de réanimation de base ;
- cette activité doit se faire en tenant compte de la reprise adaptée et progressive de l'activité hospitalière ;
- cette organisation doit offrir un accès à des soins de qualité pour les patients présentant des formes graves de COVID mais également pour tous les patients relevant de prises en charge en réanimation et soins critiques.

OBJECTIFS

Les objectifs de la concertation territoriale pour les soins critiques sont de permettre une régulation afin de :

- maintenir une activité de soins critiques adaptée à la prise en charge des patients COVID+ de façon graduée et coordonnée entre les établissements au moins jusqu'en septembre (état sanitaire d'urgence jusqu'au 10 juillet + 2 mois de sécurité) ; à ce propos, il convient de rappeler que tout désarmement de lits de réanimation doit demeurer progressif et pouvoir être réversible très rapidement (dans des délais de 24, 48 ou 72h selon les lits) pour faire face à un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation,
- préserver une reprise de l'activité hospitalière chirurgicale et médicale de façon à répondre aux besoins de prise en charge des patients en référence aux recommandations des sociétés savantes et CNP ;
- préserver les ressources RH et cibler leur mobilisation afin de dimensionner la réouverture des capacités de réanimation supplémentaires aux besoins constatés de la manière la plus proportionnée possible.

PROPOSITIONS

Au niveau de chaque territoire, les établissements de santé publics et privés doivent élaborer un plan de (re)montée en puissance des capacités de réanimation concerté, comportant plusieurs niveaux, allant jusqu'à engager si nécessaire une re-déprogrammation en cas de rebond « fort ».

Ce plan nécessite d'identifier les capacités de réanimation prudentielles minimum (pouvant aller au-delà des capacités installées habituelles) permettant de répondre à la prise en charge de patients COVID ou non COVID.

Il nécessite l'adoption d'un protocole au sein de chaque établissement et entre les établissements du territoire qui intègre :

- la cinétique de l'épidémie (non connue à ce jour),
- la pluridisciplinarité,
- une montée en charge concertée (réanimation, USC upgradée...) précisant les délais de réactivation,
- les modalités adaptées de montée en charge des personnels non médicaux,
- la prise en compte des facteurs limitant sur les « produits d'anesthésie ».

Cette organisation doit se baser sur les indicateurs permettant de suivre la cinétique de l'épidémie et les volumes de patients à prendre en charge, d'une part, l'activité des services de réanimation et de soins critiques, d'autre part.

Ces indicateurs sont également cruciaux pour fixer des paliers déclenchant la réouverture des capacités de réanimation supplémentaires en regard.

Ils seront suivis aux niveaux départemental (par les établissements et les délégations départementales de l'ARS) et régional (par les 3 CHU et la DOSA de l'ARS) :

- Taux d'occupation et durée moyenne de séjour en services de réanimation ;
- Données de Santé Publique France sur l'activité COVID (GEODES) ;
- Données des TESTS PCR réalisés en ville qui sont un facteur prédictif du fait du délai de survenue d'aggravation de 5 à 10 jours permettant d'anticiper la survenue de décompensations ;
- Données d'activité des SAMU, des services d'urgence ;
- Données d'activité de SOS médecins et des réseaux sentinelles.

SYNTHESE

L'organisation territoriale en réanimation et soins critiques entre les établissements publics et privés vise à proposer **une attitude commune d'offre de soins adaptée au bassin de population et aux conditions régionales de la pandémie COVID-19.**

Dans ce cadre, les établissements élaborent des protocoles concertés permettant de guider les décisions des professionnels afin de traiter en toute sécurité tous les patients nécessitant une hospitalisation en service de réanimation sans avoir recours à une organisation de soins de crise.

Ils répondent ainsi au double impératif :

- d'assurer des soins de qualité lors de la reprise d'activité interventionnelle,
- de limiter les risques de contamination des patients notamment à risque et des personnels soignants.

B) MEDECINE, CHIRURGIE :

Prises en charge médicales (hors réanimation)

ENJEUX

Deux types de patients conditionnent l'organisation de prises en charge adaptées :

- Patients COVID+ hospitalisés pour leur COVID :
 - o Nécessitent des ressources spécifiques, qui ne sont pas présentes dans tous les établissements d'un territoire et qui doivent pouvoir être augmentées en cas de reprise plus forte de l'épidémie,
 - o Posent la question d'organisations dédiées à l'échelle d'un territoire et d'un établissement.

- Patients COVID+ hospitalisés ou pris en charge pour une pathologie hors COVID :
 - o La présence d'un COVID chez un patient avec des comorbidités nécessite d'interroger les impacts croisés du COVID et de ces comorbidités,
 - o Relèvent, selon les schémas conçus par les territoires, de mesures ponctuelles ou de filières spécifiques, locales ou territoriales, qui seront conditionnées par le volume de patients à prendre en charge.

Les choix réalisés à l'échelle d'un établissement et du territoire intégreront donc la technicité des différentes prises en charge, et la capacité de chaque établissement à maintenir un fonctionnement optimal (en matière de réponse au besoin) face aux contraintes imposées par le COVID (protection des personnels et des patients).

PROPOSITIONS

Au niveau de chaque territoire, les établissements de santé publics et privés doivent identifier :

- un ou des établissements plus particulièrement ciblés pour accueillir les patients COVID+ hors période de tension épidémique forte (si jugé souhaitable et pertinent),
- les services en charge de cet accueil plus ciblé avec modalités d'appel / admission associées (à communiquer aux médecins de ville du territoire),
- un protocole concerté d'augmentation de ces capacités d'accueil en cas de nouveau pic épidémique précisant les établissements concernés (périmètre a priori plus large qu'hors période de tension),
- le cas échéant, un processus décisionnel collégial adapté pour le parcours des patients identifiés « cas complexes » (COVID + comorbidités).

Prises en charge chirurgicales et interventionnelles

ENJEUX

Les indications des chirurgies, endoscopies et interventions endovasculaires ne sont pas remises en cause dans le cadre de l'épidémie actuelle, elles doivent bien sûr faire l'objet d'une priorisation croisant besoin du patient et tensions sur les ressources engagées.

En revanche, afin d'assurer une prise en charge de qualité et sécurisée des patients dans le contexte du COVID, il importe que chaque établissement et praticien s'interroge sur les enjeux de ses interventions à l'échelle territoriale.

En particulier, il s'agit d'évaluer :

- Le risque de complications d'un COVID lié au terrain du patient, à la pathologie traitée et à l'intervention réalisée, en particulier lorsque sont concernées les voies aérodigestives supérieures,
- La capacité de l'établissement et du territoire à prendre en charge ces complications.

PROPOSITIONS

Au niveau de chaque territoire, les établissements de santé publics et privés doivent identifier :

- les filières de prise en charge non impactées par le COVID, où la prise en charge peut être maintenue dans la continuité de l'activité antérieure ;
- les filières de prise en charge à modifier du fait du COVID, avec une organisation particulière, qui devra être pensée au niveau territorial et qui s'appuie idéalement sur une organisation existante dans un établissement du territoire ;
- s'il est nécessaire de regrouper temporairement sur un site certaines activités de soins habituellement exploitées sur plusieurs sites.

L'ensemble des praticiens libéraux ou hospitaliers doivent être en mesure d'identifier si la filière de prise en charge de leur patient a été modifiée du fait du COVID.

Dans tous les cas, l'organisation devra être pensée en ayant à l'esprit les contraintes logistiques de ce type de filières (protection des personnels et de l'ensemble des patients).

La cancérologie fait l'objet d'un focus spécifique (voir ci-après).

C) CANCEROLOGIE :

ENJEUX

Les patients atteints de cancer encourent plus de risques de développer une forme grave, voire létale, de l'infection par le Sars-CoV-2.

Les principes sur chaque territoire suivants doivent être respectés :

- continuer à discuter toutes les situations des patients atteints de cancer en **réunion de concertation pluridisciplinaire** ;
- ne pas faire repousser sine die l'instauration d'un traitement curatif du cancer et ajouter ainsi une mortalité par cancer à la mortalité due au COVID-19 ;
- **traiter dans les meilleurs délais les patients atteints de cancers localisés ou considérés comme curables** ;
- continuer à prendre en charge les patients nécessitant des traitements dans les services dédiés y compris dans les établissements de santé accueillant des patients atteints de COVID-19 ;
- **proposer à une autre équipe plus disponible la prise en charge du patient si une intervention chirurgicale ne peut avoir lieu dans des délais satisfaisants.**

Ces principes engagent un certain nombre de conséquences :

- Tous les traitements en cours doivent être poursuivis et le cas échéant adaptés (en fonction des RCP) dans le cadre d'une analyse bénéfice / risque permettant d'éviter toute perte de chance ;
- Le diagnostic d'infection à SARS-Cov-2 chez les patients à risque doit être documenté par une RT-PCR réalisée dès la suspicion clinique ;

- Pour les patients dont le statut COVID+ est confirmé, les traitements oncologiques devront être arrêtés le temps de la prise en charge de l'infection virale (traitement et arrêt de la contagiosité) ;
- Si des patients atteints du COVID-19 devaient absolument être pris en charge dans des services d'oncologie, ils devraient être isolés des autres patients (isolation d'un secteur du service, fragmentation des départements d'oncologie ...).

Chaque établissement autorisé doit définir, en lien avec les autres acteurs du territoire, ses modalités d'organisation pour répondre à l'ensemble des patients atteints de cancers du territoire et leur garantir qualité et sécurité de la prise en charge en respectant leur plan personnalisé de soins.

Il peut être envisagé, sur certains territoires, l'organisation d'une RCP d'appui « COVID-19 » visant à offrir un recours, complémentaire aux RCP habituelles en place, pour organiser au niveau le plus adapté la planification des soins et l'organisation des interventions médicales ou chirurgicales et dans une période où l'épidémie est encore présente et où la disponibilité des lits de réanimation et de soins critiques peut faire défaut.

Il conviendra d'évaluer chaque demande ou proposition d'organisation sur chaque territoire en fonction des spécialités existantes en cancérologie.

L'ARS doit être tenue informée de toute organisation en coopération inter-établissement, quelle que soit la modalité de traitement du cancer, ainsi que des éventuelles suspensions d'activité de traitement du cancer, voire de fermeture temporaire de l'activité de traitement du cancer soumise à autorisation. L'ARS peut / doit contribuer à la recherche de solutions territoriales et régionales à l'appui des établissements.

PROPOSITIONS

Au niveau de chaque territoire, les établissements de santé publics et privés doivent :

- indiquer s'ils continuent à exercer l'ensemble des activités pour lesquelles ils sont autorisés ou si l'interruption de certaines activités sur certains sites paraît souhaitable pour des motifs organisationnels, de ressources ou autres ;
- indiquer le cas échéant (cf. supra) s'il est proposé, dans une logique de maximisation des conditions de sécurité et/ou de spécialisation de certains sites, de regrouper certaines activités habituellement exercées sur plusieurs sites / établissements ;
- indiquer, pour les établissements associés en chimiothérapie, si l'association à un centre autorisé peut être maintenue à court / moyen terme dans des conditions satisfaisantes eu égard à la situation épidémique et aux précautions renforcées que nécessite la poursuite de cette activité ;
- indiquer si une RCP d'appui « COVID 19 » s'est avérée nécessaire et ses modalités de mise en œuvre pour garantir le maintien d'un rapport bénéfice / risques optimal par les stratégies thérapeutiques proposées par la RCP.

D) PSYCHIATRIE :

CONTEXTE

Afin de répondre aux besoins des patients hospitalisés en psychiatrie suspects COVID ou confirmés COVID+, ne nécessitant pas une hospitalisation en MCO après évaluation somatique et psychiatrique, des secteurs COVID ont été mis en place dans les établissements ou secteurs de psychiatrie.

PROPOSITIONS

Le maintien ou la réactivation possible de ces unités est tout d'abord à préciser par territoire et par population ou filière de soins (ex : gérontopsychiatrie, soins sans consentement, psychiatrie générale...).

Les modalités d'accès aux soins non programmés des établissements publics et privés, permettant de répondre aux besoins de consultations ne pouvant être différées et éviter les recours aux urgences, sont également à indiquer.

Dans le cadre des prises en charge en ambulatoire, les lieux d'accueil ouverts aux patients (hospitalisations de jour, CMP, CATT) seront identifiés en précisant les modalités d'accueil proposées (présentiel/consultations à distance, avec ou sans téléconsultations) et les ajustements réalisés liés à l'optimisation des ressources et/ou la sécurisation des prises en charge, précisés le cas échéant.

Les équipes mobiles sont également à identifier en précisant les modalités de réponse proposées avec les publics cibles, les établissements partenaires dont sociaux et médico-sociaux, et les territoires d'intervention.

En outre, seront à repérer :

- la(s) structure(s) ambulatoire(s) garantissant la continuité des soins psychiatriques en sortie de détention pour les personnes placées sous-main de justice est à indiquer dans ce cadre,
- les dispositifs de prise en charge du psychotrauma, qui interviennent en complémentarité des PUMP et qui ont vocation à être maintenus voire renforcés sont à identifier,
- les coopérations mises en place entre secteurs public / privé, psychiatrie libérale et ESMS afin de fluidifier les parcours.

E) APPUI AUX EHPAD et établissements accueillant des personnes en situation de handicap :

ENJEUX

L'organisation des soins et l'appui aux établissements médico-sociaux, mis en place durant la deuxième phase de confinement, devront perdurer. Elles doivent permettre de protéger leurs publics vulnérables de l'épidémie de COVID et de profiter des dispositifs mis en œuvre pour renforcer l'accompagnement sanitaire des personnes. Parmi ces dispositifs à faire perdurer et à conforter au-delà de la prise en charge des personnes atteintes de COVID, sont nécessaires :

- les astreintes gériatriques et de soins palliatifs dans les territoires, qui doivent également être mises en place là où elles ne l'auraient pas été,
- les admissions directes en hospitalisation sans passer par les urgences,
- l'intervention des équipes mobiles (gériatriques, soins palliatifs, hygiène ou psychiatrie –déjà citées-),
- l'assouplissement des conditions d'intervention de l'HAD et un recours accentué à ce substitut à l'hospitalisation avec hébergement.

PROPOSITIONS

Au niveau de chaque territoire et afin d'assurer un égal accès des ESMS à ces ressources essentielles, les établissements de santé publics et privés doivent préciser, pour l'ensemble du territoire ou par territoire de périmètre plus restreint (ex : territoires d'intervention des SMUR, HAD ou équipes mobiles...), l'organisation :

- des astreintes précitées (établissements supports de ces astreintes / établissements bénéficiaires),
- des équipes mobiles (établissements supports de ces équipes / établissements bénéficiaires),
- des services d'HAD (établissements supports de ces services / établissements bénéficiaires),
- des dispositifs permettant d'éviter les passages aux urgences dans les établissements sièges d'un service d'urgences,
- tout autre dispositif adapté à cet objectif, notamment ceux permettant le recours à la téléconsultation/télésoin...