

## Stratégie d'adaptation de l'offre de soins dans le cadre épidémique COVID-19 à l'aune du déconfinement

### *Cadre régional à destination des établissements de santé*

La stratégie de réponse à l'épidémie virale COVID-19 a conduit à une adaptation rapide et profonde de l'offre de soins, pour permettre la prise en charge de patients atteints par le virus ainsi que de poursuivre les activités urgentes et indispensables.

Le nombre de lits de soins critiques a en particulier été significativement augmenté et a mobilisé l'ensemble des établissements disposant d'une réanimation et ceux autorisés à cette activité à titre exceptionnel et temporaire.

Une déprogrammation massive a été ordonnée mi-mars. Ainsi de nombreuses prises en charge, jugées différables par le praticien en charge du patient, ont été reportées, pour la plus part sine die. L'évolution de l'épidémie nous permet aujourd'hui d'envisager collectivement une reprise progressive et ordonnée des activités. Au-delà des prises en charge urgentes et de celles qui ne pouvaient être différées sans perte de chance pour le patient et ont donc été maintenues depuis le début de la crise, notre système doit aujourd'hui permettre le retour au soin programmé des patients qui le nécessitent.

### Les principes généraux

La stratégie d'adaptation de l'offre de soins, en lien avec le suivi des indicateurs de pilotage du déconfinement, devra intégrer quatre objectifs principaux pour les prochaines semaines. Cette stratégie pourra être réévaluée en fonction de l'évolution de la situation et des différents paramètres mentionnés. Il s'agit de :

- maintenir une capacité de soins dédiée au Covid-19 intégrant l'hypothèse d'une résurgence de l'épidémie
- contenir la propagation de l'épidémie : les tests, le contact-tracing et le port des masques
- garantir la reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activités, la prise en charge hors Covid-19 en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance
- assurer un pilotage efficace et réactif de l'activité de soin aux niveaux national, régional et territorial pour adapter les décisions nationales et locales en fonction de l'évolution de l'épidémie

**Il nous faut impérativement rester en capacité d'accueillir les patients atteints par le Coronavirus, qu'ils présentent une forme sévère ou non.**

Tous les établissements détenteurs d'une autorisation de réanimation, y compris si celle-ci est temporaire et exceptionnelle, doivent être en capacité d'armer très rapidement toutes les capacités

07/05/2020

de soins critiques qui seraient nécessaires à la prise en charge d'une résurgence de l'épidémie, potentiellement engendrée par les effets du déconfinement.

Tous les établissements de la région doivent rester en capacité de prendre en charge, dans le cadre de leurs activités autorisées, des patients COVID + et des patients non COVID. Chacun, depuis plusieurs semaines et dans le cadre de l'activation de son plan blanc volet Pandémie, a mis en place des filières de prises en charge distinctes, permettant de limiter la circulation du virus et de protéger les patients non COVID ainsi que les professionnels. Ces organisations doivent être maintenues.

La fluidité des filières de prise en charge, en particulier en aval des séjours de réanimation et de médecine-chirurgie, est un élément essentiel du bon fonctionnement du système de santé. Des capacités suffisantes en post-réanimation et SSR devront être préservées.

La coordination avec les acteurs du premier recours et du secteur médico-social est essentielle, tant en termes d'adressage que de définition des modalités de sortie d'hospitalisation et de suivi de pathologies chroniques.

Les alternatives à l'hospitalisation en établissement doivent être recherchées. Le recours à l'HAD doit être systématiquement envisagé lorsque la situation clinique et l'environnement du patient le permettent.

La programmation des activités doit continuer à permettre la prise en charge des activités urgentes et non programmées.

Les admissions directes dans les services, sans passage aux urgences, doivent être privilégiées.

Le recours à la télémédecine doit être privilégié à chaque fois que cela est adapté à la situation du patient et à son protocole de soins.

Dans le respect des recommandations nationales de recours aux tests PCR, il est demandé aux établissements de santé et aux professionnels libéraux de contribuer activement au dispositif de dépistage COVID-19 ciblé et réactif, ainsi qu'au contact tracing pour les patients dont ils ont la charge.

Tous les types d'activité sont soumis au respect des mesures barrières.

Il appartient également à chacun de préciser les modalités d'accueil des accompagnants et visiteurs, qui devront rester mesurées et évaluées en termes de risque de circulation du virus et de contamination.

### Plan de reprise d'activités

Certaines prises en charge ayant pu être différées de quelques semaines ou mois, du fait de la déprogrammation d'activités ou de diverses contraintes ou craintes liées au confinement, vont devenir urgentes et pourront constituer une véritable perte de chance pour les patients si elles ne font pas l'objet d'une nouvelle évaluation, voire d'une reprogrammation des soins.

Le contexte qui est le nôtre reste extrêmement contraint et cette reprise des activités ne peut se faire que sur un ordonnancement raisonné, permettant **aux personnes vulnérables et aux patients**

07/05/2020

**qui ont besoin du recours au soin ne pouvant être reporté plus longtemps, d'être pris en charge prioritairement.** Une attention particulière sera de ce fait portée aux patients atteints de maladies chroniques, aux personnes en état d'immunodépression, aux personnes en fin de vie, aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap, aux personnes atteintes de troubles psychiatriques et aux personnes isolées socialement ou en situation de précarité.

Il appartient à chaque établissement de mettre en place les organisations permettant de garantir aux patients, à leurs accompagnants et aux professionnels **une sécurité de prise en charge et d'accueil avec une vigilance toute particulière à la protection contre une contamination nosocomiale au COVID-19.**

Ainsi, il est demandé à chaque structure détentrice d'une autorisation d'activité de soins ou d'EML de **formaliser un plan de reprise d'activités** et de le transmettre à sa direction départementale ([ars-ddxx-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-ddxx-direction@ars.sante.fr)), ainsi qu'au siège de l'ARS ([ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr)).

Il sera lu, dans une approche PDCA, sous l'angle de 5 critères :

- Remontée en charge des capacités d'accueil de patients COVID
- Prise en charge des populations vulnérables dans une approche santé publique
- Mesures barrières
- Gestion des ressources humaines
- Coordination territoriale

Ce plan devra donc décrire les adaptations nécessaires des fonctionnements des structures de soins, tant pour les activités externes, les soins ambulatoires, les hôpitaux de jour, que d'hospitalisation. Ils proposeront des organisations adaptées aux spécificités des activités et des publics accueillis, en particulier dans le domaine de la psychiatrie (recommandations nationales et des sociétés savantes). Le dispositif de psychiatrie et d'addictologie tiendra compte des conséquences potentielles sur la population de l'épidémie.

La prise en charge ambulatoire (HDJ, chirurgie ambulatoire, les dispositifs ambulatoires de psychiatrie et d'addictologie) sera privilégiée car elle facilite la distanciation sociale et limite le temps de présence à l'hôpital.

Il devra décrire clairement les mesures prévues par l'établissement pour réarmer les capacités nécessaires à la prise en charge de patients COVID en cas de remontée de l'épidémie et de réversibilité afin d'y répondre avec réactivité. Ces mesures devront intégrer les éléments de coordination à l'échelle territoriale.

Le plan de reprise devra tenir compte et être adaptés au niveau de contraintes contextuelles. On peut en particulier citer :

- **L'absentéisme potentiel** lié à la stratégie de déconfinement et à la planification des congés d'été : disponibilité des modes de garde d'enfants et de réouverture des établissements scolaires pour les professionnels parents de jeunes enfants, mise en quatorzaine des personnes contact à risque dans le cadre du dispositif contact-tracing, personnel potentiellement atteint du COVID-19. Permettre la « récupération » des professionnels très

mobilisés, notamment en réanimation, apparaît comme un enjeu majeur et doit faire partie intégrante de la dimension RH de la stratégie de reprise.

- **Les mesures barrières et préconisations de distanciation sociale** resteront de rigueur au-delà de la date de déconfinement du fait du taux d'immunisation probablement faible de la population. La reprise des activités ne pourra qu'accroître le risque de la recirculation du virus. Ainsi, les organisations de demain devront garantir un maximum de sécurité environnementale. Celles-ci seront très consommatrices d'espace, que ce soit en consultation (salles d'attente ne pourront regrouper un nombre élevé de patient), aux urgences ou en secteur d'hospitalisation (hospitalisation à privilégier en chambre individuelle). Elles seront également consommatrices de ressources humaines, tant soignantes qu'administratives, induisant de fait un contingentement des activités et de leur programmation.
  - Le temps et le dimensionnement des ressources nécessaires au bio-nettoyage doivent être intégrés aux plans de reprise d'activité
  - Les dispositifs permettant de réaliser les formalités administratives à distance doivent être promus.
  - La mise en place et le respect des mesures barrière et de distanciation sociale s'appliquent à tous les types d'activité et à tous les types de structures. Des fiches dédiées nationales sont diffusées pour guider les établissements et les cabinets libéraux.
  - Il incombe à chaque établissement de santé et cabinet libéral de promouvoir et mettre en œuvre la stratégie de port du masque : « chirurgicaux » pour les professionnels de santé, les personnes à très haut risque et les malades Covid+ (ainsi que les personnes contact) et « grand public » pour le reste de la population.
  
- **Les plateaux techniques** sont également des secteurs sensibles car au carrefour de nombreux flux de patients et de professionnels. Le renforcement de leur sécurité en période épidémique est également prioritaire et est de nature à créer de potentiels goulets d'étranglement : imagerie en diagnostic, avec une nécessaire priorisation des rendez-vous à venir sur des critères partagés entre plusieurs spécialités ; les activités des blocs opératoires limitées par le nombre de lits de réanimation COVID – pour le post-opératoire éventuel qui ne retrouveront pas leur volume habituel tant que les services de réanimation devront accueillir des patients COVID+. Leur disponibilité sera également impactée par les temps de bio-nettoyage recommandés. Des adaptations d'amplitude horaire et/ou de jours d'ouverture pourront être mise en place aux besoins de programmation.
  
- **La disponibilité de certains médicaments mais également des équipements de protection individuels et dispositifs médicaux**, tant qu'ils connaîtront des pénuries récurrentes, sera un facteur limitant en termes de capacité à prendre en charge certains patients. Les recommandations de la SFAR, au vu de ce contexte, proposent des protocoles alternatifs d'anesthésie (épargne des drogues anesthésiques en tension). Une liste de cinq molécules (à date, le nombre pouvant varier à l'avenir), dites prioritaires, fait l'objet d'un achat

07/05/2020

exclusif par l'État durant la durée de l'épidémie. Les établissements de santé sont approvisionnés par l'Etat, selon une procédure de répartition nationale des volumes par l'ANSM. Ainsi, il vous est demandé d'intégrer une approche de responsabilité collective dans vos décisions de programmation et de privilégier une programmation pluridisciplinaire via des réunions de concertation dédiées.

- **Le maintien des capacités de réanimation** nécessaires à la prise en charge des cas les plus graves de patients COVID+, du fait de la mobilisation en personnels et équipements, est susceptible d'impacter la programmation des activités de chirurgie lourde ainsi que les explorations sous anesthésie. Si la priorisation par spécialité, guidée par les recommandations des sociétés savantes, peut aisément aider à trouver certaines réponses, il est nécessaire aujourd'hui d'aborder la programmation des activités sous un angle collectif et de santé publique, en veillant à ne pas mésestimer les recours aux soins qui ne peuvent être différés et les populations vulnérables. Ainsi pour les activités chirurgicales nécessitant une admission en post-opératoire en réanimation, les indications urgentes et non différable seront privilégiées.

### Plusieurs niveaux de régulation

Pour guider les décisions des prochains mois, ainsi rendues difficiles, il est proposé plusieurs outils d'aide à la régulation des plans de reprise des activités à l'échelle individuelle, institutionnelle, territoriale et régionale.

#### Régulation au niveau de chaque acteur de santé

Les professionnels de santé du premier recours et les médecins spécialistes référents, du fait de leur connaissance de l'état de santé des patients qu'ils suivent, assurent la coordination du parcours de chacun de leurs patients.

Ils restaureront la relation avec les patients ayant pris leurs distances et recherche proactive des « perdus de vue » sur la base du dispositif mis en place de suivi de leur patientèle.

Avant toute chose, le caractère d'urgence de soins et de perte de chance du patient doit demeurer le critère essentiel de reprogrammation. De ce fait, une vigilance spécifique doit être portée aux activités de recours. Ils doivent également avoir une attention particulière pour les pathologies chroniques et les populations vulnérables.

En second lieu, l'activité ambulatoire sans anesthésie générale pourra également être reprogrammée.

Pour cela, les professionnels de santé prennent en compte :

- les recommandations des sociétés savantes et du HCSP disponibles ;
- la réévaluation des patients dont les soins ont été déprogrammés et la réalisation d'actes de dépistage ;
- l'évaluation des nouveaux besoins suite aux reprises de contacts

Sur la base d'une évaluation bénéfice-risque pour le patient, ils proposent un ordonnancement des rendez-vous et programmations tenant compte des possibilités et contraintes des collaborateurs et institutions impliquées avec eux dans les prises en charge, ainsi que des priorités de santé publique du territoire et du PRS.

### Régulation interne aux établissements

Dans le contexte particulier que nous connaissons, les dispositifs internes de programmation revêtent une importance particulière. Ils doivent prendre en compte les contraintes sus-décrites et partager des situations inédites en vue de décisions rendues complexes.

Les dispositifs de programmation et de régulation des activités existaient dans les établissements avant la crise COVID (cellule de programmation des activités au bloc opératoire, conseil de bloc, conseil de plateaux de consultation, commission des activités non programmées...).

La coordination des différents dispositifs de programmation s'appuyaient déjà sur les instances de décision et de concertation des établissements.

Ces organes jouent aujourd'hui un rôle essentiel dans la définition des plans de reprise, leur suivi et leurs évolutions basées sur leur évaluation continue et l'évolution de la pandémie. Il faut citer en particulier les CME dans leur rôle essentiel dans la politique Qualité-Gestion des Risques des ES de santé

Les orientations des plans de reprise d'activité pourront s'appuyer sur les recommandations des sociétés savantes. Elles balaient les grands domaines de prise en charge (exemple : le champ de la psychiatrie, oncologie...) et peuvent guider les axes retenus par les établissements.

Elles pourront également bénéficier du regard des représentants des usagers et associations d'usagers, partenaires habituels de l'établissement de santé.

Des outils d'aide à la décision et à la programmation peuvent être mis en place pour les différents types d'activités à programmer.

Ainsi, il est recommandé aux établissements de la région, de structurer des dispositifs de concertation pluri-professionnelle de type « RCP » pour la programmation de leurs activités et ce, durant toute la période de pandémie. Ces concertations gagneront à se faire par grande catégorie d'activité (médecine, chirurgie, oncologie, pédiatrie...) ou par pôle d'activité, afin de coordonner les programmations d'activité au-delà d'une approche par spécialité ou par pathologie.

En pleine adéquation avec la démarche Qualité des établissements, ces réflexions pourront être étayées d'un regard éthique autant que nécessaire.

Ces dispositifs permettent en particulier de repérer les difficultés sur la capacité de l'établissement à mettre en œuvre les préconisations praticiens en matière de programmation. Ces alertes pourront amener à chercher de solutions alternatives pour les patients concernés à l'échelle du territoire, et à défaut de l'hémi-région.

Ils trouvent en particulier toute leur place pour la programmation des activités chirurgicales, exploratoires sous anesthésie et activités interventionnelles. La SFAR a proposé des outils pour

07/05/2020

accompagner cette préconisation (Restaurer la relation avec les patients ayant pris leurs distances et recherche proactive des « perdus de vue » sur la base du dispositif mis en place de suivi de la file active Version Mai 2020, accompagnées de fiches pratiques) : fiche « RCP », interactions des cellules de programmation avec les professionnels gérant les contraintes (pharmacien, bio-médicaux...), algorithmes décisionnels intégrant des éléments de contexte aux outils de programmation habituels, recommandations de traçabilité de l'analyse bénéfice-risque et des décisions dans le dossier patient...

La réunion de type « RCP » ainsi créée aide à l'organisation de la programmation des activités des patients non COVID, en particulier les activités reportées en début de crise mais dont le report trop important entrainerait une perte de chance pour le patient et/ou indications nouvelles survenues depuis le début de la crise afin de justifier et prioriser leur programmation en usage des espaces de soins, plateaux techniques et tout autre ressource de votre établissement.

Elle a pour objectif de réduire au maximum les risques encourus par le patient, l'équipe soignante et l'environnement tout en tenant compte des contraintes matérielles (drogues anesthésiques contingentées, EPI), en ressources humaines et économiques de votre établissement. Sa mise en place témoigne dans l'établissement d'une démarche collective de réflexion extraordinaire suscitée par le contexte de crise sanitaire et les contraintes qu'elle engendre.

Le directeur de l'établissement aura la possibilité de transmettre une alerte à l'ARS sur la BAL [ars31-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr) en cas de difficulté majeure.

### Régulation territoriale

Une coordination départementale sera mise en place afin d'accompagner les établissements dans l'articulation des plans de reprise à l'échelle de chaque territoire dans le contexte sus-décrié. Celle-ci permettra de veiller à ce que les équilibres territoriaux soient respectés et de garantir que les efforts pour atteindre les objectifs collectifs soient partagés équitablement entre les établissements.

Dans une approche de coordination de type « hôpital en tension », une instance sera mise en place dans chaque territoire pour suivre les activités urgentes et non programmées.

Elle veillera en particulier à la fluidité des parcours patient non programmés, à la coordination des acteurs y contribuant, en particulier via le partage de la situation de tension des établissements, à l'accès aux soins des populations vulnérables et à la recherche de solution aux dysfonctionnements ou tensions constatés.

Cette instance sera pilotée par la Direction Départementale de l'ARS.

La représentation des acteurs pourra être variable selon le contexte des départements. Elle devra être représentative du parcours du patient. A ce titre, elle devra regrouper un représentant de chaque établissement MCO-HAD-SSR du territoire, soit via le GHT ou via une représentation des groupes privés présents sur les territoires fortement dotés d'établissements de santé, le Bedmanager de territoire tel que défini dans la doctrine régionale du 9 avril 2020, le directeur médical du SAMU du département, un représentant de la plateforme COVID PA-PH, un représentant du premier

07/05/2020

recours qui s'appuie sur les représentants départementaux de l'URPS Médecin-IDE-Biologiste-Pharmacien-Kiné, un représentant du conseil de l'ordre des médecins et un représentant de la Direction Départementale.

Les représentants de l'URPS feront le lien avec les CPTS lorsqu'elles existent et les CME des ES privés. La coordination des activités de psychiatrie s'appuiera sur les instances constituées dans le cadre des travaux relatifs aux PTSM.

La fréquence de la tenue des réunions sera à adapter selon l'actualité de l'épidémie et la situation spécifique du territoire. Elle devra à minima être bi-hebdomadaire.

Sur la base d'indicateurs de suivi de la situation (à affiner aux besoins du territoire sur la base de propositions décrites ci-dessous), cette instance facilitera la prise en charge des activités urgentes, non programmées et de fait indirectement des capacités à assurer leurs activités programmées, de façon adaptée aux besoins de la population du territoire et de façon harmonisée. Cette approche cherche à maintenir l'implication tous les acteurs dans la gestion de la crise COVID, accompagner leur nécessaire coordination et permettre un accès aux soins de façon équilibrée sur les territoires.

Ces temps de rencontre pourront faire l'objet de partage de dysfonctionnements sur une approche « retour d'expérience » et amener à des actions correctrices collectives.

Ils permettront de repérer précocement les situations de tensions (en particulier en ressources humaines) ou de recirculation active du virus sur le territoire, amenant à des adaptations collectives des plans de reprise des activités ou à la mise en place de dispositifs de crise spécifiques.

Enfin, ils permettront de travailler à l'organisation de l'offre de soin de la période estivale, qui risque de voir perdurer le contexte épidémique, et à l'articulation entre les différents offreurs de soin.

Proposition d'indicateurs de suivi et de régulation des activités COVID et activités non programmées :

Nombre de tests PCR positifs au niveau du département/jour

Nombre d'admission en ES de santé pour COVID+

Nombre de patients en réanimation pour COVID+/j

Nombre de consultations PDSA/j

Nombre de DRM/j

Nombre de passages aux urgences/j

Besoin journalier en lits de médecine et de chirurgie pour les activités non programmées depuis les urgences

Points de tension capacitaires réa, MC, HAD et SSR : disponibilité en lits (données ORU, sauf HAD)

Prévision de fermeture des lits et des congés sur la période estivale

### Régulation régionale

Les difficultés rencontrées au niveau de l'échelon territorial, ainsi que les alertes remontées par les acteurs via la BAL [ars31-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr) ou les écarts constatés dans l'application des directives nationales et régionales seront suivies au niveau des directions concernées du siège de l'ARS et la cellule de crise régionale (CRAPS).

07/05/2020



En cas de difficulté persistante ou ne trouvant pas solution sur le territoire, les cellules de coordination hémi-régionales de crise pourront être mobilisées par la Direction Départementale de l'ARS pour aider à la recherche de solution. Ces cellules maintiendront une veille de la situation régionale des lits critiques et des filières graduées hautement spécialisées, des besoins d'entre aide et/ou renforts en ressources (matériels et personnels).

Les constats ainsi partagés et l'évolution de l'épidémie pourront amener à des modifications de stratégie régionale, avec en particulier l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins en réponse aux besoins des populations.

Le Comité des fédérations sera régulièrement informé de la situation en région et concerté sur les évolutions de doctrine.

Les réseaux de santé seront consultés sur leur domaine d'activité en fonction des situations et des besoins.

### **Consultation des instances de concertation régionales**

La CRSA sera consultée sur la stratégie de reprise des activités en région et ses adaptations nécessaires. Elle aura également à débattre de l'impact de la crise COVID sur la mise en œuvre du PRS et l'accès aux soins des populations, en particulier les plus vulnérables. Des préconisations pourront être faites, modifiant la stratégie régionale de reprise des activités.

L'IRAPS sera également consultée afin d'émettre des recommandations en matière de Pertinence des soins. Elle pourra être amenée à proposer, en lien avec l'Assurance maladie, des actions spécifiques d'évaluation du respect des bonnes pratiques et de Pertinence de recours aux soins conformément aux protocoles validés nationalement. La directrice de la SRA sera invitée à participer à ces temps d'échange.