

Doctrine régionale d'adaptation de l'organisation des établissements de santé en cas de rebond épidémique COVID 19

A destination des établissements de santé

Ce document a vocation à décrire les modalités d'organisation des établissements de santé, avec un focus particulier pour les ES détenteurs d'une autorisation de réanimation, et de gestion sur les territoires en cas de rebond épidémique au COVID 19 en région Occitanie.

A l'instar de l'organisation mise en place lors de la première vague épidémique en Occitanie, tous les établissements doivent mettre en place une organisation leur permettant de prendre en charge des patients « COVID » et « hors COVID ».

Ainsi dans le respect des précautions en matière d'hygiène hospitalière, il conviendra alors de réactiver des flux de prise en charge distincts afin d'assurer une qualité et une sécurité des soins à tous les patients accueillis, tant dans les activités externes que d'hospitalisation.

La stratégie régionale visera, autant que possible, à une adaptation des organisations en fonction de la situation épidémique de chaque département. Les activités « hors COVID » seront préservées autant que possible, tout en permettant les activités COVID et en tenant compte des impacts structurels liés à la réactivation des secteurs COVID.

Modalités organisationnelles

Cette organisation sera structurée en 3 niveaux :

- **Niveau 1 : Faible circulation virale avec cas sporadiques et /ou cluster sans diffusion communautaire.** Les établissements ont un fonctionnement « quasi normal » leur permettant de prendre en charge au sein de leurs organisations non modifiées au-delà de la mise en place des mesures barrière, des patients atteints de la COVID 19 en sus des activités normales.
- **Niveau 2 : Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de diffusion) communautaire. Circulation active débutante du virus.** Les établissements ont un fonctionnement avec des secteurs COVID identifiés, dans tous les types de prise en charge, leur permettant de prendre en charge à la fois des patients COVID et des patients non COVID avec un dispositif d'adaptation continue des **disponibilités** en lits COVID + au besoin épidémique. Ils ne procèdent à aucune déprogrammation. Toutefois, une organisation activable en 24 à 72 heures doit être formalisée et prête à être mise en œuvre si l'évolution de l'épidémie le nécessitait sur un territoire donné.

L'activation du plan blanc au niveau 1 de mobilisation interne est adaptée à ce niveau.

Une fiche pratique vous est proposée en annexe.

- **Niveau 3 : Reprise diffuse de l'épidémie suffisamment importante sur un ou plusieurs départements en région.** L'organisation interne amène à un fonctionnement avec déprogrammation partielle des activités libérant des capacités de prise en charge COVID sur les secteurs les plus impactés : urgences, réanimation, services de médecine infectieuse-pneumologie-médecine interne-médecine polyvalente, services d'imagerie, activités chirurgicales générant un séjour de soins critiques en post-opératoire,

06/09/2020

SSR (aval des prises en charge à la phase aiguë) et mise en place de PEC alternatives pour les patients ayant un recours au soin modifié de type téléconsultation-suivi téléphonique (mesures de limitation de la circulation de patients à risque). La mobilisation collective est un élément essentiel à la mise en œuvre de ce palier et son effet évitant le passage à un niveau supérieur.

En effet, ce palier nécessite, pour sa mise en œuvre, une solidarité inter établissement forte, seul moyen de permettre des renforts RH, nécessaire à l'armement des dispositifs de crise.

L'activation du plan blanc au niveau 2 et de son volet plan de continuité des activités est adaptée à ce niveau.

Une fiche pratique vous est proposée en annexe.

En cas de reprise de l'épidémie de façon intense au niveau d'une ou plusieurs régions ou au niveau national, et d'insuffisance du niveau 3 pour répondre aux besoins de la population, il conviendra d'activer un ultime niveau : les établissements adoptent un fonctionnement de « crise » avec une déprogrammation de toutes les activités non urgentes et/ou ne représentant pas une perte de chance pour les patients du fait du report de la prise en charge (modèle vague 1 avril 2020). Cette étape sera évitée autant que possible.

Le passage de niveau est décidé par le Directeur Général de l'ARS sur la base de l'évaluation de la situation épidémiologique.

Afin de permettre une agilité suffisante dans l'adaptation au territoire des organisations, il est demandé à chaque établissement de :

- **Décrire sa stratégie de déprogrammation** en cas de nécessité avec identification du nombre de lits ainsi libérés, en particulier en réanimation et surveillance continue pour les activités chirurgicales nécessitant un séjour en soins critiques en post-opératoire. Ce travail permet également d'identifier les ressources humaines potentiellement libérées par une déprogrammation partielle, y compris dans les ES non détenteurs d'une autorisation de réanimation, pour venir renforcer les dispositifs COVID voisins qui le nécessiteraient.

La stratégie de PEC alternative des patients ainsi déprogrammés et/ou impactés par le contexte épidémique de par la nécessité d'une réduction de circulation amenant à une baisse du recours au soin en présentiel à l'hôpital doit également être travaillée (téléconsultation, suivi par téléphone...).

- **Décrire les espaces et capacités mobilisables** pour armer, en étapes de montée en charge successives (en 24- 48h et 72 h), des lits de réanimation et de médecine aiguë en précisant leur nombre et les délais possibles de mise en œuvre effective.

En extension des capacités de réanimation habituelles, sur un modèle de « réanimation éphémère », le recours à des unités jouxtant les services de réanimation ou aux unités de surveillance continue doit être privilégié. Le recours aux blocs opératoires et SSPI reste le dernier recours, en particulier du fait de leur impact sur les activités chirurgicales.

- **Identifier les personnes mobilisables** pour permettre en 24 à 72 h la réactivation des secteurs COVID et les adaptations capacitaires nécessitées par l'ampleur de l'épidémie.

Concernant les activités de soins critiques, l'identification de ces ressources doit permettre de décrire les paliers de réouverture de lits de réanimation, tenant compte des normes utilisées durant la première vague épidémique COVID du printemps.

Il est par ailleurs demandé aux établissements de constituer des « équipes de suppléance » en soins critiques, venant de divers horizons, bénéficiant d'une formation préalable même courte. Ce vivier

06/09/2020

« venant de divers horizons », peut être constitué de ressources internes mais également externes : travaillant dans les établissements voisins, retraités récemment, remplaçants réguliers, personnels en disponibilité...

Il est recommandé d'intégrer ces professionnels, en cas de nécessité, au planning de façon mixée avec les équipes habituellement affectées à ces unités.

Il est également demandé d'assurer de façon récurrente des temps de formation « accélérée » des personnels médicaux et non médicaux susceptibles de venir renforcer les équipes de réanimation et de surveillance continue, aux techniques de prise en charge, aux locaux et aux organisations en place.

Des tutoriels de formation sont mis à disposition en ligne par les sociétés savantes à cet effet :

SRLF: <https://www.srlf.org/coronavirus/#formation>

SFAR: <https://sfar.org/covid-19/>

Un module spécifique sera intégré dans la formation aux gestes et soins d'urgence en situation sanitaire exceptionnelle dispensés par les CESU. Cette formation a vocation à être inscrite en axe prioritaire dans les plans de formation pour l'année 2021.

En ces temps de rebond, favoriser le maintien de la mobilisation des équipes est un enjeu essentiel pour tous. La valorisation de ce qui a été fait durant la première vague épidémique et la relecture collective des projets d'établissement et de territoire afin d'identifier les axes prioritaires des prochains mois peuvent y contribuer.

Le soutien psychologique des professionnels qui le nécessitent devra également être disponible.

- **Maintenir en état de fonctionnement les matériels** nécessaires aux activités de réanimation supplémentaires et **assurer un suivi des stocks des matériels, DM, médicaments, dont oxygène à usage médical et EPI** nécessaires à la gestion d'une potentielle nouvelle vague épidémique. Les pratiques d'utilisation raisonnée de ces stocks, mises en place de la première vague épidémique, doivent rester de rigueur.

Les instances de pilotage

Les espaces de coordination territoriale en place, animés par les délégations départementales, seront maintenus. De même l'instance départementale relative au suivi et accompagnement des dépistages maintient ses temps de coordination. Elles assureront un premier niveau de coordination et de veille des tensions éventuelles.

La sécurisation du parcours patient nécessite une coordination des acteurs dès le début de sa prise en charge en soins primaires. L'orientation vers la structure adaptée à son état clinique lui garantit le juste niveau de réponse médicale, limite les transferts entre services ou établissements et évite la saturation inopportune de certains établissements de recours.

Si l'anticipation est le maître mot de l'adaptation de l'offre, un délai de 24 à 72 heures est souvent nécessaire pour que les organisations soient en place et capable d'accueillir de nouveaux patients. L'articulation des temps entre décision et mise en œuvre est gage pour le territoire d'adéquation entre besoin et offre.

Les cellules de coordination de crise héli-régionales seront réactivées dès lors que des tensions auront été signalées par au moins un département de la région. Une instance de régulation régionale relative au suivi et à la gestion des difficultés liées à la réalisation des tests RT PCR peut être activée en cas de tensions non solutionnées par la coordination territoriale. Elles assureront un second niveau de coordination en cas de nécessité. Elles nourriront les décisions du DG ARS et du pilote de crise ARS de passage entre les différents

06/09/2020

niveaux par territoire au vu de l'intensité de circulation du virus et des besoins en capacités d'hospitalisation. Enfin, elles accompagneront les besoins de solidarité régionale ou nationale : transferts de patients entre territoires, soutien en ressources RH et en matériel.

Indicateurs de suivi établissement

Il est demandé à chaque établissement de tenir à jour quotidiennement :

- Le nombre de patients COVID dans l'outil Si-Vic
- Les capacités ouvertes et la disponibilité en lits sur le site de l'ORU :
 - o A 9 heures pour tous les ES non siège de SAU
 - o A 9 h et 17 h pour tous les ES siège de SAU
- Le nombre de lits mobilisables de façon effective, armés en personnels et équipements, pour les niveaux 3 et 4 en 24h-48 et 72 h ; information qui pourront être demandée par l'ARS à tout moment en cas de nécessité pour décider des passages entre paliers

Annexe Adaptation de la réponse ciblée à la situation de circulation virale COVID 19 - Niveau 2 : Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de diffusion) communautaire. Circulation active débutante du virus

L'ensemble des indicateurs de surveillance biologique de votre département se dégrade. Si à ce stade, la circulation active du virus a peu d'impact sur l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière, il est aujourd'hui opportun de vous demander, afin de répondre aux besoins identifiés dans votre département, en complément des précédentes recommandations déjà diffusées, d'adopter les mesures suivantes :

Activation des plans blancs des ES de santé

Cette activation a vocation à vous permettre de mobiliser les outils nécessaires à votre préparation. Il vous appartient d'en décider le niveau en fonction de la situation spécifique de votre établissement, à minima le niveau 1 plan de mobilisation interne.

Cette activation s'accompagne de la mise en place de la cellule de crise, de l'actualisation quotidienne (y compris le week-end) des données SIVIC et des données ORU (biquotidiennes pour les établissements siège de SAU). Ces données sont essentielles au suivi des activités, à la coordination des acteurs du territoire et à l'évaluation du niveau d'adaptation de l'offre de soins sur le territoire.

Il vous appartient d'informer le préfet et l'ARS de votre département de l'activation et de la levée du plan blanc à l'adresse ARS31-alerte@ars.sante.fr, copie à la DOSA ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr et à votre direction départementale ars-oc-ddxx-direction@ars.sante.fr.

L'adaptation des capacités d'hospitalisation doit permettre de répondre aux besoins de prise en charge des patients COVID + et des patients « hors COVID ». **A ce niveau, les déprogrammations doivent être évitées autant que possible.** Une organisation activable en 24 à 72 heures doit être formalisée et prête à être mise en œuvre si l'évolution de l'épidémie le nécessitait sur votre département (en cas de passage en niveau 3)

La coordination territoriale est un outil puissant d'aide à la décision du dimensionnement de cette adaptation et de sa temporalité.

Adaptation de l'accueil des patients

Il vous est demandé **de développer les admissions des patients en direct** dans les services d'hospitalisation, en évitant lorsque l'état du patient le permet le passage par les urgences, en particulier pour les personnes à risque. Ces parcours d'admission doivent être travaillés en lien avec les médecins traitants et le centre 15 s'il est sollicité.

Il vous est également demandé de réactiver l'orientation, au sein des urgences, au niveau de l'IOA/MAO des patients suspects de COVID 19 vers des filières dédiées. L'activation des unités d'hospitalisation dédiées doit être décidée en fonction des besoins en hospitalisation constatés, tenant compte de vos organisations internes, de vos capacités en ressources humaines et de vos capacités architecturales.

Une attention particulière doit être portée à l'usage des chambres doubles et au respect de l'application des procédures de tests RT-PCR avant les hospitalisations programmées.

06/09/2020

Le respect des mesures barrières est un élément essentiel de la maîtrise de la contamination entre soigné-soignants mais également entre soignants et entre soignés, en particulier pour les flux externes.

Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, en particulier le recours à l'HAD, sont favorisées à chaque fois que la situation du patient le permet.

Les professionnels libéraux et les acteurs du domicile sont mis en alerte.

Mobilisation de votre SAMU-Centre 15

Il vous est demandé d'adapter vos capacités de réponse téléphonique à l'augmentation des appels constatés.

Des recommandations spécifiques existent pour ce secteur d'activité

Renforcement des dispositifs de soutien aux ESMS

Via les plateformes COVID PA, il est procédé à :

- Evaluation de la nécessité d'une hospitalisation des 2 premiers patients COVID +, à la demande de l'EHPAD pour casser les chaînes de transmission et permettre à l'EHPAD de s'organiser
- Appuis nécessaires via les structures d'appui de votre établissement : EOH, HAD, EMG, EMSP

En soutien au secteur du handicap, il est demandé aux établissements de rendre opérationnels des dispositifs permettant d'apporter une réponse aux sollicitations qui émaneraient de ces acteurs.

Des fiches spécifiques de recommandations existent pour ces secteurs

Mise en alerte des laboratoires

Il est attendu une mise sous contrôle des délais pour les prélèvements et les résultats des tests PCR, avec priorisation en cas de demandes massives de tests suivant l'ordre de priorité décrit dans l'instruction du 21 août.

Suivi des stocks

Il vous est demandé de suivre de façon hebdomadaire vos stocks d'EPI et de produits de santé, en particulier médicaments à usage des réanimations et oxygène à usage médical ainsi que les réactifs et de vous assurer de la disponibilité et stocks suffisants pour une période de 4 semaines.

Nous vous remercions de poursuivre le renseignement des consommations et stocks d'EPI dans la plateforme DREES et des consommations et stocks des molécules et dispositifs médicaux dans l'application MaPUI.

Annexe Adaptation de la réponse ciblée à la situation de circulation virale COVID 19 - Niveau 3: Reprise diffuse de l'épidémie suffisamment importante sur un ou plusieurs départements en région

L'ensemble des indicateurs de surveillance biologique de votre département se dégrade et le niveau 2 ne suffit plus à répondre aux besoins de prise en charge des patients COVID +. La circulation active du virus amène à un impact tel sur l'offre de soins ambulatoire ou hospitalière qu'il est aujourd'hui opportun de vous demander, afin de répondre aux besoins identifiés dans votre département, en complément des précédentes recommandations déjà diffusées, d'adopter les mesures suivantes :

Activation des plans blancs des ES de santé

Le passage en niveau 2 du plan blanc et son volet de plan de continuité des activités semble adapté.

Il permet une mobilisation maximale de mobilisation des établissements de santé du département et l'adaptation nécessaire à la gestion de cette phase épidémique.

Cette montée en charge du plan blanc s'accompagne du renforcement de la cellule de crise. L'actualisation quotidienne (y compris le week-end) des données SIVIC et des données ORU biquotidiennes (pour les établissements siège de SAU) est indispensable. Ces indicateurs de suivi sont essentiels à la gestion de crise à l'échelle du département mais également de la région.

Il vous appartient d'informer le préfet et l'ARS de votre département de l'activation et de la levée du plan blanc à l'adresse ARS31-alerte@ars.sante.fr, copie à la DOSA ars-oc-dosa-direction@ars.sante.fr et à votre direction départementale ars-oc-ddxx-direction@ars.sante.fr.

Adaptation de l'accueil des patients

Les activités non essentielles dans l'établissement sont arrêtées. Le renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID + en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques est mis en œuvre. La déprogrammation des activités médico-chirurgicales doit être aussi restreinte que possible, tout en permettant l'adaptation de la montée en puissance des réanimations, de surveillance continue et des unités de soins intensifs. Le recensement des personnels compétents en réanimation et soins critiques permet l'armement des capacités supplémentaires nécessaires. Le recours aux personnels des établissements voisins, moins impactés par l'activité COVID du fait de leur typologie d'activité, doit permettre d'adapter les capacités de prise en charge des patients COVID aux besoins constatés dans le département. En cas de difficulté la plateforme « Renfort RH-crise » pourra être sollicitée.

Les sorties des patients à domicile et vers des structures d'aval (SSR, SSIAD, ESMS) sont favorisées afin de libérer des capacités d'accueil pour de nouveaux patients. Les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, en particulier le recours à l'HAD, sont systématiquement recherchées. Les dispositifs alternatifs de suivi des patients sont mis en place : téléconsultation, télésuivi ...

Les professionnels libéraux et les services de soins à domicile sont pleinement mobilisés.

La coordination territoriale est un outil puissant d'aide à la décision du dimensionnement de cette adaptation et de sa temporalité.

06/09/2020

Mobilisation de votre SAMU-Centre 15

Les capacités de réponse téléphonique sont adaptées aux besoins constatés. Les solutions de délestage et d'entre aide régionale viennent soutenir le niveau de réponse collectif si nécessaire.

Des recommandations spécifiques existent pour ce secteur d'activité

Les dispositifs de renforcement de soutien aux ESMS sont maintenus

Des fiches spécifiques de recommandations existent pour ces secteurs

Mise en alerte des laboratoires

La mise sous contrôle des délais pour les prélèvements et les résultats des tests PCR est essentielle, en particulier à la gestion d'un double flux interne aux établissements, avec priorisation en cas de demandes massives de tests suivant l'ordre de priorité décrit dans l'instruction du 21 août.

Suivi des stocks

Il vous est demandé de suivre de façon quotidienne vos stocks d'EPI et de produits de santé, en particulier médicaments à usage des réanimations et oxygène à usage médical ainsi que les réactifs et de vous assurer de la disponibilité et stocks suffisants pour une période de 4 semaines.

Nous vous remercions de poursuivre le renseignement des consommations et stocks d'EPI dans la plateforme DREES et des consommations et stocks des molécules et dispositifs médicaux dans l'application MaPUI.