



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

Destinataires	Tous les établissements de santé MCO
Articulation avec les consignes précédentes	Annule et remplace les consignes exprimées dans le Mémo-Covid 19/n°10 du vendredi 13 mars 2020. Les autres consignes restent en vigueur.
Date d'entrée en vigueur	Immédiate
Durée d'application	Jusqu'à nouvel ordre et au plus tard jusqu'au 11 mai prochain non compris

Préambule

Les présentes consignes ont pour objet de déterminer le niveau d'offre de soins que doivent assurer les établissements de santé à compter d'aujourd'hui et jusqu'à nouvel ordre et au plus tard jusqu'au 11 mai prochain.

Les présentes consignes ont pour objet de concilier les 6 impératifs suivants :

- répondre aux besoins en soins des patients atteints par le Covid-19,
- répondre aux besoins en soins urgents ou qui ne peuvent être différés sans perte de chance des autres patients,
- 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,
- 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 préconisations du dispositif de préparation du déconfinement.

Perspectives :

- Des précisions seront apportées dans les prochains jours sur la base des réflexions issues d'un groupe de travail à dominante médicale associant les représentants des établissements de santé désignés en lien avec les fédérations hospitalières concernées (FHF, FHP FEHAP et FNEHAD).
- Des recommandations ad hoc applicables à compter du 11 mai prochain seront diffusées ultérieurement.

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 jusqu'au 11 mai sans perte de chance pour les patients (suivis, traitements en fonction des situations),
- toutes les activités de diagnostic, de dépistage et de consultation permettant d'éviter tout retard dans les soins qui en résultent.

Doivent continuer à être reportés par les établissements :

- tous les autres soins.

→ La mise en œuvre de ces principes généraux suppose qu'une réévaluation régulière de ce qui peut être ou non différé doit être organisée par les établissements de santé.

1.2 Points de vigilance :

➤ Maintien des capacités de réanimation à un niveau élevé :

Il est nécessaire de **maintenir les capacités de réanimation à un niveau élevé** compte tenu des incertitudes actuelles sur l'évolution de l'épidémie.

Néanmoins, doit être progressivement privilégiée la prise en charge des patients dans les lits qui étaient déjà identifiés comme des lits de réanimation avant la crise et ainsi permettre :

- 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 une part d'activité urgente ou semi-urgente non Covid.

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

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

Tout désarmement de lits de réanimation ne pourra être que partiel et progressif et devra **pouvoir être réversible rapidement, en cohérence avec les besoins constatés et l'urgence de la situation,** pour faire face à un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation.

➤ Sauvegarde des moyens nécessaires en cas de reprise 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.

➤ Réduction de l'activité chirurgicale et interventionnelle au strict nécessaire :

La consigne nationale de déprogrammation des interventions chirurgicales non urgentes reste en vigueur.

Ne doivent être assurées que les **prises en charge chirurgicales urgentes et 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 bénéfico-risque et, lorsqu'elles existent, au regard des recommandations édictées par les sociétés savantes.

A titre d'exemples non exhaustifs d'activités pour lesquelles la balance bénéfico-risque doit être régulièrement réinterrogée, on peut citer :

- La prise en charge des cancers, et tout particulièrement la prise en charge chirurgicale mais aussi la surveillance en cas notamment de suspicion de récurrence ;

- La prise en charge de certaines pathologies cardio-vasculaires : certaines revascularisations myocardiques (pontage ou angioplastie), certaines pathologies vasculaires comme les TAVI dans les sténoses aortiques sévères ;
 - Les endoscopies digestives, tout particulièrement dans les suites d'un test de dépistage de cancer colorectal positif, ou les explorations digestives hautes dans un contexte d'hypertension portale ;
 - Certaines interventions de chirurgie orthopédique quand leur non-réalisation menace durablement ou définitivement le pronostic fonctionnel.
- Vigilance accrue 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 au début de la crise mais qui nécessitent désormais la réalisation des soins nécessaires afin de ne pas risquer une dégradation de leur état de santé.

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.

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

Il est nécessaire d'organiser dès à présent une 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, télé-soin, applications de suivi patient, etc.).

2.2. Organiser des filières Covid+ et Covid- distinctes :

L'organisation de filières Covid+ et de filières Covid- distinctes dans les structures de soins reste la règle.

La reprogrammation de certaines activités (consultations, actes médicotechniques, hospitalisations, interventions) 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, si nécessaire, 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'attente, des chambres individuelles si nécessaire, des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission...

Elle doit également intégrer le déploiement de la stratégie de développement des tests.

2.3. Prioriser la poursuite d'activité ciblée :

Il convient de s'assurer, dans toute poursuite d'activités ciblées, qu'une priorisation rigoureuse de l'affectation des ressources est réalisée, et ce, dans une réflexion à l'échelle du parcours de soins et non uniquement d'une étape isolée (consultation, acte technique, etc.).

Les besoins de patients doivent guider la reprise raisonnée de certains pans d'activité. Ce sont les besoins et non l'offre qui doivent structurer ces prises de décision au cas par cas.

De ce point de vue, il est nécessaire qu'un travail de coordination soit effectué au sein de chaque territoire et de chaque établissement entre ses différents services et secteurs.

Plusieurs modalités de priorisation sont importantes à prendre en compte :

- s'appuyer sur les médecins traitants et les médecins spécialistes libéraux 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).

2.4 Garantir la réversibilité rapide de toute programmation :

L'instabilité de la situation et le manque de visibilité nécessitent 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.