



Stratégie de réponse territorialisée et graduée de prise en charge des patients COVID + en :

- surveillance continue
- médecine

Destinataires	Etablissements de santé détenteurs d'une reconnaissance contractuelle de surveillance continue et autorisés en médecine
Date	05 / 11 / 2020
Articulation avec les consignes précédentes restant en vigueur	Stratégie régionale réanimation du 03/04/2020 et préconisations organisationnelles RH (Mémo ES n°23 du 19/04/2020) complétées par les préconisations organisationnelles pour la prise en charge des patients Covid 19 dans les unités de soins critiques et anticipation d'une nouvelle vague épidémique (MEMO ES du 01/08/2020).

1. Contexte épidémiologique

A l'instar du territoire national, les indicateurs de suivi de l'épidémie montrent une augmentation exponentielle de la circulation du SARS-CoV-2 en Nouvelle-Aquitaine, exposant l'offre de soins de la région à des risques de saturation. En effet, le taux d'incidence et le taux de positivité des infections par SARS-CoV-2 en Nouvelle-Aquitaine sont en très forte hausse depuis le 1^{er} octobre. Ces indicateurs ont un impact très net qui s'amplifie sur les hospitalisations en médecine comme en réanimation.

Les patients atteints de Covid-19 représentent aujourd'hui 34,2 % des capacités actuelles de réanimation contre seulement 9,9 % au 1^{er} octobre. D'ores et déjà le seuil de vigilance fixé à 20 % est dépassé dans 10 des 12 départements de la région.

C'est la raison pour laquelle, par courrier en date du 28 octobre 2020 de Monsieur le Ministre des solidarités et de la santé, relayé par le directeur général de l'ARS, il a été demandé à tous les établissements de santé de la région, de procéder aux déprogrammations nécessaires.

Le contexte épidémique actuel se caractérise en effet par :

- **d'une part, un risque de saturation des capacités de réanimation au niveau national**, y compris en faisant jouer au maximum la solidarité interrégionale,
- **d'autre part, un nombre croissant de patients Covid + ne nécessitant pas l'admission en unité de soins critiques mais une prise en charge et un suivi renforcés en médecine.**

1. Stratégie régionale réanimation et soins critiques

L'épidémie de Covid-19 a nécessité le renforcement de la capacité en soins critiques de notre région et notamment des capacités de réanimation. Ce renforcement a été réalisé soit par extension des services de réanimation existants, soit par transformation de capacités de soins continus ou intensifs et exceptionnellement par création/transformation de SSPI.

Ce travail a permis d'augmenter la capacité en lits de réanimation de la région de près de 50% en application de la « **Stratégie Réanimation Soins critiques NA Covid** ». Cette stratégie régionale repose sur les principes édictés par la Société Française de réanimation en coordination avec les 3 CHU de la région (*Recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-COV2/SRLF-SFAR-SFMU-GFRUP-SPILF-SPLF-mission COREB*).

Dans le cadre de cette stratégie, la prise en charge des patients Covid en soins critiques repose sur le principe de gradation des soins avec les niveaux de recours suivants :

- **Expertise et recours** : les 3 CHU de la NA, *prise en charge de patients COVID + et COVID moins*, cas les plus complexes, conseil, expertise ;
- **Prise en charge mixte en réanimation de Covid + et Covid - (avec une montée en charge)** : services de réanimation des établissements de santé ;
- **Prise en charge mixte en USC de Covid + et Covid - (avec une montée en charge)** ;
- **Etablissement à préserver au maximum en Covid (Covid free)**.

Les lignes directrices de montée en charge et de régulation sont les suivantes :

- ① Mobilisation des lits de **médecine intensive et réanimation** ;
- ② Mobilisation des lits de **réanimation chirurgicale** ;
- ③ Transformation des lits **d'USC en réanimation** ;
- ④ Et enfin la situation la plus dégradée : transformation **des SSPI en réanimation**.

2. Objectif n°1 : augmentation capacitaire des USC (unités de surveillance continue)

Dans le cadre de la stratégie régionale de montée en charge du capacitaire en réanimation, **l'accent doit également être mis sur l'augmentation du capacitaire de surveillance continue**, contribuant, tant que le flux de patients le permet, à :

- **optimiser les admissions de patients Covid + ne relevant pas de réanimation**, afin d'anticiper la saturation des services de réanimation,
- **fluidifier l'aval des services de réanimation** en permettant de dimensionner les séjours en réanimation au strict besoin du patient.

Les établissements disposant d'unités de surveillance continue (USC), et dans la majorité des cas d'un service d'accueil des urgences (SAU), doivent procéder sine die à **l'identification de lits supplémentaires de surveillance continue**, étant entendu que :

- **l'extension est à privilégier dès lors que l'up gradation des USC en réanimation n'est pas possible**,
- **l'extension des USC s'inscrit dans le cadre de la déprogrammation des interventions pour pouvoir redéployer des moyens RH¹**,

¹ **Concernant les ressources humaines**, l'expérience des organisations lors de la première vague pandémique montre que les réanimations doivent éviter des rotations rapides des soignants d'une unité à l'autre qui empêchent l'émergence d'équipes stables et fonctionnelles. Au contraire, dans le cadre de la préparation à la 2ème vague, sont encouragés les dispositifs suivants:

- Instaurer une formation préalable, même courte, dans la mesure du possible dans les futurs locaux d'exercice ;
- Mixer au début de la crise les équipes issues de réanimations pérennes et les personnels en renfort pour constituer un pool unique dévolu aux soins critiques de l'établissement ;

- cette extension peut se faire par transformation de lits déjà existants dotés en personnels à renforcer dans ce cadre, tant que l'épidémie et l'afflux de patients le permettent (lits de surveillance continue et/ou soins intensifs cardio/pneumo, UHCD, ...).

Les lits d'USC ne doivent absolument pas être comptabilisés deux fois :

- soit ils sont transformables sous 48h en lits de réanimation et décomptés au titre des capacités de réanimation dans le ROR ;
- soit ils restent identifiés en USC et décomptés en tant que tels (leur nombre pouvant en revanche évoluer à la hausse en application du présent document).

Comme cela a été réalisé pour les capacités de réanimation, **il est donc demandé aux établissements disposant d'une USC d'identifier un potentiel d'augmentation de leur capacité actuelle** (cette augmentation pouvant nécessiter le recours à une déprogrammation importante). **Ce potentiel, qui doit être évalué par l'établissement d'ici le 10 novembre**, sera à communiquer à l'ARS dans le cadre d'une opération de phoning similaire à celle qui a déjà eu lieu pour la réanimation, et **qui aura lieu les 12 et 13 novembre**.



Comme pour les services de réanimation :

- toute USC a vocation à prendre en charge des patients Covid + et des patients non Covid,
- les USC sont donc à identifier dans leur globalité sans distinction de capacités éventuellement réservées en leur sein. Bien entendu, cela ne signifie pas que ces unités n'ont vocation à recevoir que des patients Covid +.

3. Objectif n°2 : identification et augmentation des lits de médecine renforcée Covid

Le recours à l'hospitalisation en service de médecine pour des patients Covid + est aujourd'hui plus marqué qu'il ne l'a été lors de la première vague de l'épidémie. Dans ce cadre, il convient de rappeler que **tout établissement de santé disposant de capacités de médecine peut prendre en charge des patients Covid +, et doit impérativement y être préparé** conformément aux stratégies territoriales adoptées, y compris lorsqu'il n'est pas siège d'un SAU.

Cependant, pour les **patients ne requérant pas une prise en charge en soins critiques**, il reste néanmoins nécessaire d'adapter la prise en charge à leur état de santé (logique de gradation) et donc de pouvoir es adresser en tant que de besoin dans les **services de médecine dont l'expertise disponible les rend les plus à même de les accueillir**.

Ces services ont pour objectif :

- **en post-urgence, de prendre en charge les patients Covid + nécessitant une oxygénothérapie et une surveillance**, mais dont l'état est suffisamment stable pour ne pas relever immédiatement des soins critiques,
- **en aval des soins critiques, de fluidifier le parcours des patients Covid +.**

-
- Réfléchir aux configurations des locaux pour installer les réanimations Covid + dans des lieux adaptés et regroupés.

Ces lits de médecine se caractérisent par :

- une **compétence médicale spécialisée** (maladies infectieuses, médecine interne, cardiologie, pneumologie...) présente dans le service,
- un « **adossement** » (au sein de l'établissement) à **une USC voire à un service de réanimation, et le plus souvent à un service d'urgence**, permettant une coordination avec les équipes de soins critiques et d'urgence de l'établissement.

Aussi, l'identification dans le ROR des services les plus à même d'assurer la prise en charge et le suivi des patients Covid + à risque de décompensation ou bien de constituer un aval opérationnel des lits d'USC, doit être réalisée de manière à disposer au niveau régional de la vision la plus précise des capacités adaptées disponibles.

Il est donc demandé aux établissements d'identifier les capacités permettant d'assurer cette prise en charge renforcée avant le 12 novembre.

En conséquence :

- ✚ Pour les établissements disposant d'ores et déjà d'unités ou de lits de « Médecine Covid » identifiés dans le ROR, ils doivent :
 - vérifier que ceux-ci répondent bien aux caractéristiques sus-évoquées,
 - augmenter les capacités identifiées autant que possible.
- ✚ Pour les établissements disposant de services répondant aux critères précités et n'ayant pas encore identifié dans le ROR ces capacités, ils doivent :
 - procéder à cette identification, étant rappelé que l'objectif est d'aboutir à une augmentation de ces capacités.

4. Recours aux lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) en aval de soins critiques

Certains lits de SSR sont en cours de labellisation en tant que « unités de sevrage ventilatoire » et auront ainsi pour mission de prendre en charge des patients **directement en sortie des services de réanimation et de surveillance continue**, à des fins de sevrage ventilatoire :

- **Unités COVID 19 de Sevrage Ventilatoire (USV) niveau 2 ou service de rééducation post-réanimation (SRPR)** : les patients intubés pour une pneumonie infectieuse associée à la Covid-19 présentent dans leur large majorité un syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA) modéré à sévère. Les premiers retours des services de réanimation font apparaître des durées de ventilation mécanique d'au moins deux semaines pour une proportion importante de patients. Il est dès lors nécessaire de structurer des unités à même de conduire le sevrage de la ventilation mécanique de ces patients, dans un contexte de limitation des lits et des moyens humains alloués à la réanimation.
- **Unités COVID 19 de Sevrage Ventilatoire (USV) niveau 1** : ces unités constituent la deuxième ligne de réponse pour les patients en sortie de réanimation, non sevrés de l'assistance respiratoire, en complément des USV-SRPR. Ces unités permettent la prise en charge de patients en insuffisance respiratoire majeure, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie haut débit et/ou encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive).

⇒ Cf. liste des SSR en cours de labellisation en **annexe 1**.

5. Mise à jour du ROR et de SIVIC

1/ Pour ce qui concerne l'augmentation capacitaire des USC :

S'agissant à ce stade de repérer les possibilités d'extensions capacitaires des USC. Un phoning sera effectué par l'ARS les 12 et 13 novembre pour identifier ces capacités avec les établissements. En fonction de l'évolution épidémique, lorsque ces capacités supplémentaires seront effectivement armées, il sera attendu des établissements qu'ils actualisent les capacités d'USC dans le ROR en temps réel (en se faisant le cas échéant aider de l'ORU).

2/ Pour ce qui concerne la médecine :

- Les lits de « Médecine Covid » doivent être identifiés dans le ROR de manière complète **d'ici le 13 novembre**. Un phoning auprès des établissements sera réalisé à cet effet les 12 et 13 novembre.
- Le cas échéant, **les unités de médecine qui n'ont pas vocation à accueillir de patients Covid + doivent également être identifiées dans le ROR avec la mention « Covid free »** à l'instar des unités d'onco/hémato.

L'ORU est chargé de centraliser les modifications et de réaliser le cas échéant les mises à jour.

Quel que soit le niveau de l'épidémie, la mise à jour permanente des données du ROR et de SIVIC, qui constituent les seuls outils d'aide à la décision pour les déprogrammations, est incontournable :

- **non remplissage ou remplissage incorrect de SIVIC = suivi épidémique faussé**
- **non remplissage ou remplissage incorrect du ROR = risque majeur de déprogrammations inadaptées**

ANNEXE 1 :
LISTE DES SSR EN COURS DE LABELLISATION
EN TANT QU'UNITES DE SEVRAGE RESPIRATOIRE (USV) NIVEAU 1 ET NIVEAU 2

Département	Unités COVID 19 de sevrage ventilatoire (USV) de niveau 2 =SRPR (neuro ou respi)	USV de niveau 1 (neuro ou respi)
16	CHU Poitiers (MCO : pneumo)	CH Angoulême
17N	GH LR (MCO avec rééduc projetée)	Centre Richelieu La Croix Rouge
17S	CHU Poitiers (MCO : pneumo)	-
19	Centre Saint-Feyre à Guéret CHU Limoges	CH de Brive
23	Centre Saint-Feyre à Guéret	Centre Saint-Feyre
24	CHU Bordeaux	-
33	CHU Bordeaux	La Pignada Centre Avicenne PBNA Hôpital Garderose
40	CHU Bordeaux	-
47	CHU Bordeaux	-
64N	Toki Eder à Cambo	Toki Eder à Cambo Centre Landouzy
64B	Polyclinique Navarre à Pau (MCO avec rééduc projetée)	-
79	CHU Poitiers (MCO : pneumo avec rééduc projetée)	-
86	CHU Poitiers (MCO : pneumo avec rééduc projetée)	-
87	Centre Saint-Feyre CHU Limoges	Centre Sainte-Feyre CHU Limoges