

Compte Rendu visioconférence du 17 avril 2020 de 10h – 11h

**Organisation sur le territoire aubois du système sanitaire de
cohabitation de patients COVID et NON COVID urgents
ARS – DT 10**

Notes – M. Olivier et Dr Perrier

PRESENCES

ARS 10 (MME PIROUE)
CH DE TROYES (MR LAPLANCHE)
CPAM 10 (MME RENNEVILLE)
DR ISSAMAN
MR BEURY
MR ALLAS
MONTIER LA CELLE (MME ROSE - DR HAMATI)
DR GAFFINO
ORDRE DES KINES (MR CLEMENT)
MME LACOUR
MR FRAPPIN
DR PERRIER – MME OLIVIER (URPS ML)
LAGUITTON
MANSARD

INTRODUCTION MME PIROUE

Rappel de la consigne nationale de déprogrammation des activités de chirurgie non urgente depuis le 13 mars, consigne donnée dans le but de concentrer les moyens vers la prise en charge des patients COVID.

Il est aujourd'hui urgent de modifier la stratégie de prise en charge dans les établissements sanitaires car au-delà de cette consigne, il apparaît nécessaire de voir à la prise en charge des patients non COVID qui ont différé leur suivi et leur éviter des pertes de chance, organiser en chirurgie une prise en charge adaptée des patients COVID et non COVID.

Information donnée d'une consigne nationale reçue hier concernant l'adaptation de l'offre de soins hospitalière.

L'objet de la réunion aujourd'hui est de réunir les principaux acteurs pour lancer la réflexion et formater la nouvelle organisation.

POINT DE SITUATION

Mr Laplanche dresse un point de situation sur le CH de Troyes.

Concernant la réanimation, il y a eu 3 étapes : service réa agrandi, SSPI transformé en service COVID puis l'USID transformé.

On constate depuis plusieurs jours **les évolutions suivantes** :

- En termes d'occupation des réanimations Covid+, un plateau a été atteint – le taux d'occupation reste très élevé mais des lits sont disponibles dans la région et les flux permettent d'appréhender les jours à venir sans besoin de transferts importants comme précédemment ;

Le 15 avril, avec 1 190 lits opérationnels de réanimation, on compte moins de 900 patients en réanimation dont 705 patients Covid +.

En 3 jours, on est passé de presque 750 patients à 700 : le flux des entrées en réanimation est inférieur aux flux de sortie.

- Une augmentation des urgences non Covid, à la fois dans le flux aux services des urgences et dans les interventions chirurgicales, justifiant le cas échéant un séjour en réanimation/soins intensifs en post-opératoire ;
- Les sorties de réanimation de patients Covid+ augmentent – il s'agit de patients nécessitant une charge en soins importante (sevrage, rééducation...).

En moyenne depuis une semaine, on compte 35 sorties par jour vers un service d'hospitalisation complète (post-réa, secteur dédié ou SSR) et une dizaine de décès.

Dans ce contexte, les transferts hors de la région ont été suspendus et les retours des patients commencent par s'organiser.

Une vingtaine a été réalisée depuis deux jours ; sur les 3 prochaines semaines, il est vraisemblable que tous les patients concernés (plus de 300) auront regagné leur région d'origine.

Il semblerait que cela aille dans le bon sens.

BESOINS ET ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS TERRITORIALE

Il n'est pas aujourd'hui question de remettre en cause le principe de déprogrammation qui a été acté en début de crise.

Toutefois, de même que pour les réanimations, une organisation territoriale doit être préparée et mise en œuvre, permettant

- de maintenir une capacité d'accueil élevée pour des patients Covid + en réanimation et en secteur dédié ; en cas de désarmement de capacités existantes, il faut pouvoir réarmer rapidement des lits Covid + si nécessaire, dès à présent et dans la perspective de l'après 11 mai ;
- d'organiser la filière de prise en charge en aval de la réanimation.
- d'organiser la prise en charge des patients non-Covid nécessitant un suivi (pathologies chroniques, oncologie...) et justifiant d'une intervention qui ne peut pas être différée ; ce circuit spécifique doit garantir toutes les conditions de sécurité évitant une contamination Covid

Dans chaque zone d'implantation, l'ARS a demandé la mise en place d'une équipe de coordination au niveau de l'établissement support de GHT, associant Direction, Présidence de la CME et un médecin réanimateur, ayant pour mission d'animer l'ensemble des acteurs sur le territoire.

De même, l'ARS demande que la composition de cette équipe de coordination soit élargie à des représentants des filières d'aval, médecine et rééducation. Sa mission sera de rédiger le schéma territorial, d'organiser la filière Covid et non Covid et de suivre la mise en œuvre des filières post réanimation.

Elle identifiera notamment les moyens supplémentaires nécessaires pour la mise en œuvre du schéma territorial.

La C2P (coordination parcours patient) compétente est associée à ces travaux. Cette dernière est chargée, en s'appuyant sur les outils existants (VT ou IMAD) d'organiser le parcours en SSR des patients en aval d'une hospitalisation aiguë pour COVID 19.

L'organisation retenue est transmise à l'ARS.

Elle mobilise les moyens supplémentaires nécessaires à la prise en charge des patients Covid+. Elle veille à la mobilisation de l'ensemble des acteurs, tant institutionnels que libéraux.

Le suivi de la mise en œuvre du schéma territorial est assuré par la DT compétente.

ORGANISATION GENERALE

L'organisation de filières Covid+ et Covid- distinctes dans les établissements de santé restent la règle : accès distincts, salles d'attente dédiées et aménagées, secteurs d'hospitalisation spécifiques, plages de consultations et horaires d'admission adaptés...

Le suivi des capacités d'accueil Covid et non Covid, de réanimation, médecine (secteur dédié) et SSR se poursuit à l'aide des enquêtes déjà en cours ; elles pourront le cas échéant être complétées par des extractions du ROR.

L'ensemble des acteurs du système de santé, tant publics que privés, professionnels libéraux et institutionnels, doit être mobilisé dans cette organisation.

PRINCIPES D'ORGANISATION POUR LA FILIERE COVID +

On note :

- un desserrement de la tension qui s'est exercée les dernières semaines sur le système sanitaire du fait de l'épidémie ;
- un niveau de mobilisation qui reste élevé, en réanimation et dans les secteurs dédiés ;
- des sorties croissantes de réanimation avec des besoins de réadaptation plus ou moins importants.

Dans ce cadre, l'organisation territoriale, au regard des besoins identifiés, doit :

1. Etre en mesure de maintenir un **niveau de mobilisation élevé pour les réanimations Covid+**. L'évolution de la situation actuelle va pouvoir entraîner une réduction des capacités de réanimation dédiées aux patients Covid+. En priorité, l'évolution de l'offre doit concerner d'abord les capacités installées dans les blocs opératoires et les SSPI et ensuite les USC sans respirateurs lourds. Cette évolution doit être mesurée et appréhendée avec la plus grande prudence ; elle est soumise à l'ARS et doit rester **réversible dès que nécessaire** : il faut pouvoir réarmer à nouveau dans les plus brefs délais ces capacités, afin de faire face le cas échéant à une nouvelle vague épidémique.
2. Identifier une ou plusieurs **structures post-réanimation** permettant d'assurer le sevrage respiratoires de patients Covid+ ou leur surveillance en cas de risque de défaillance viscérale.

Ces unités, de type unités de surveillance continue (USC) nécessitent un plateau technique de réanimation rapproché et doivent permettre de débiter les soins de rééducation dès ce niveau ; le sevrage se réalise en moyenne sur 5 jours.

- Patients ex tubés mais nécessitant une surveillance rapprochée de la ventilation avec oxygène notamment
- Patients trachéotomisés

L'orientation peut se faire vers un service de rééducation post-réanimation (SRPR), associant soins critiques et compétences en rééducation.

- Des patients encore instables pour sevrage et rééducation précoce avec prise en charge des complications de la réanimation (rééducation neuro-motrice, nutritionnelle, soutien psychologique...) associée à un reconditionnement à l'effort.

Il y a un SRPR reconnu à date dans le Grand Est (Nancy).

3. Maintenir un ou plusieurs secteurs dédiés Covid + pour des patients en aval de réanimation :

- Patients stabilisés sur le plan respiratoire mais nécessitant la proximité d'un plateau de soins critiques car état encore précaire
- Patients présentant d'autres pathologies décompensées ou à risque de décompensation suite à l'infection par le COVID19

4. Identifier des structures de SSR et organiser une offre de réadaptation susceptible de mobiliser des interventions poly spécialisées dans le cadre de la rééducation, pour des patients le justifiant. Le cas échéant, des interventions sous forme d'équipes mobiles doivent pouvoir être mobilisées. Les C2P (Coordination parcours patient) sont en charge de l'organisation des parcours dans ce cadre.

Selon le profil, l'orientation préconisée est la suivante :

- En SSR polyvalent pour les patients nécessitant de la réhabilitation physique et ne pouvant rentrer à domicile (besoin d'aides à domicile, isolement familial, ...) et avec besoin notamment de médecins généralistes avec compétence de rééducation ou si possible médecins spécialisés (MPR, gériatre,...), et assistante sociale. Par ailleurs, il est préconisé de disposer de compétences de kinésithérapeute, ergothérapeute, APA, diététicien, psychologue
- En SSR affections respiratoires pour les patients nécessitant une réhabilitation respiratoire post intubation, post trachéotomie notamment besoin de pneumologue, médecin MPR, kinésithérapeute mais également dans la mesure du possible ergothérapeute, orthophoniste, diététicien, psychologue
- En SSR affections neurologiques pour les patients présentant des neuropathies (post-virales, alitement prolongé,...) avec besoin notamment de médecins spécialisés (neurologue et MPR), kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue mais également dans la mesure du possible APA, psychomotricien, diététicien.

En annexe à cette note figure la liste par zone d'implantations des établissements de SSR susceptibles d'être mobilisés dans ce cadre.

5. Organiser le **retour à domicile** des patients lorsque c'est possible, sous l'égide du médecin traitant, pour les patients ne relevant plus d'un plateau technique rapproché et/ou stabilisés avec un besoin en soins pouvant s'organiser à domicile :
 - Si besoin dans le cadre d'une prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) si nécessaire +/- SSIAD
 - Le cas échéant, avec des interventions à domicile de professionnels de santé (SSIAD, MK...)
 - En lien en tant que de besoin avec les prestataires à domicile (oxygénothérapie...) et le soutien de services d'aide à domicile
 - En prévoyant si justifié l'organisation d'un suivi médical à distance, le cas échéant sous forme de téléconsultations

Les structures de coordination (PTA, DAC...) doivent être sollicitées sur l'organisation du retour à domicile si besoin.

Les patients qui ont été pris en charge dans une réanimation hors de la région, en extra-régional ou en transfrontalier, doivent pour leur retour être inscrits dans une des filières décrites précédemment. C'est l'établissement d'origine qui est en charge de valider l'évaluation faite et l'orientation.

FILIERE NON COVID

Les activités non urgentes avec réanimation ou surveillance continue post opératoire et sans mise en cause du pronostic vital ont fait l'objet d'une déprogrammation en début de période épidémique.

Le principe de déprogrammation reste affirmé et doit être mis à l'œuvre par tous les établissements de santé.

Cependant, la période épidémique s'inscrivant dans la durée, il convient d'organiser le système de santé de manière à :

- Permettre la réalisation des interventions et prises en charge non différables (carcinologie, chirurgie de recours, traumatologie...).
- Garantir le suivi des patients atteints d'une pathologie chronique ou justifiant d'un traitement régulier (chimiothérapie par exemple).

L'organisation doit être territoriale et associer tous les acteurs du système sanitaire afin de maintenir la solidarité qui a été à l'œuvre jusqu'à présent et nécessaire dans cette période de crise.

Au-delà des seuls établissements de santé, elle doit également mobiliser les professionnels libéraux dont le rôle est essentiel pour le dépistage et le suivi des patients souffrant de maladies chroniques.

1. Il s'agit d'assurer **la prise en charge des patients non Covid** le nécessitant ; ainsi, les interventions ayant fait l'objet d'une déprogrammation il y a plusieurs semaines doivent aujourd'hui être réinterrogées. Si nécessaire, dès lorsqu'il y a un risque de perte de chances pour les patients, elles doivent pouvoir être organisées. Ainsi, l'organisation du système de santé sur chaque territoire doit être structurée de manière à assurer la prise en charge de ces patients, dans des filières garantissant la qualité et la sécurité des soins.
2. **Les activités de consultations, dépistage et diagnostic** doivent être garanties pour éviter tout retard dans les soins. Celles-ci ont été réduites dans la phase initiale de l'épidémie et doivent aujourd'hui être assurées pour les patients justifiant d'un suivi régulier et pour les urgences. Une vigilance en termes d'organisation doit être apportée aux activités mobilisant des moyens nécessaires par ailleurs à la prise en charge des patients covid + (par ex. activité d'endoscopies nécessitant du temps d'anesthésiste-réanimateur).

Les différents circuits de prise en charge doivent garantir la sécurité pour les patients et les professionnels de santé : le risque de contamination au virus du COVID 19 doit être totalement maîtrisé grâce à la mise en place de filières dédiées et parfaitement sécurisées.

Lorsque cela est possible, les moyens de téléconsultation et de télé-expertise doivent être privilégiés.

Notes Dr Perrier :

Les médecins de ville sont invités à poursuivre et intensifier le suivi des malades chroniques ainsi que la surveillance des Covid sortis de l'hôpital.

Le flux de patients non Covid aux urgences augmente avec des pathologies plus lourdes qu'à l'ordinaire, nécessité donc d'augmenter le nombre de lits en médecine en diminuant ceux réservés au COVID.

Un inventaire rapide montre un nombre significatif de lits disponibles en établissement SSR ou HAD pouvant accueillir les COVID en rééducation ce qui devrait faciliter la libération de lits de médecine.

Les kinésithérapeutes demandent à pouvoir être intégrés à ces soins de suite, leur activité n'est pour l'instant autorisée que pour les soins urgents.

Les établissements privés prennent en charge les soins carcinologiques et les urgences chirurgicales mais posent le problème du dépistage Covid en cas de doute bloqué par le manque de tests.

L'ARS informe que le nombre de tests dans l'Aube devrait monter à 1000 par semaine (142 par jour...) la semaine prochaine.