	NOTE FLASH COVID-19
	organisation du système sanitaire dans le cadre de la crise épidémique de la COVID 19 / adaptation des soins critiques au risque d'une nouvelle vague liée aux variants
Date : 01.02.2021	Ref : COVID/DOS/GE/21
Diffusion à : - établissements de santé - établissements d'HAD - C2P - fédérations (FHF, FHP, FEHAP et FNEHAD) - URPS, CROM - copie DT	

Pour rappel et mise en œuvre immédiate

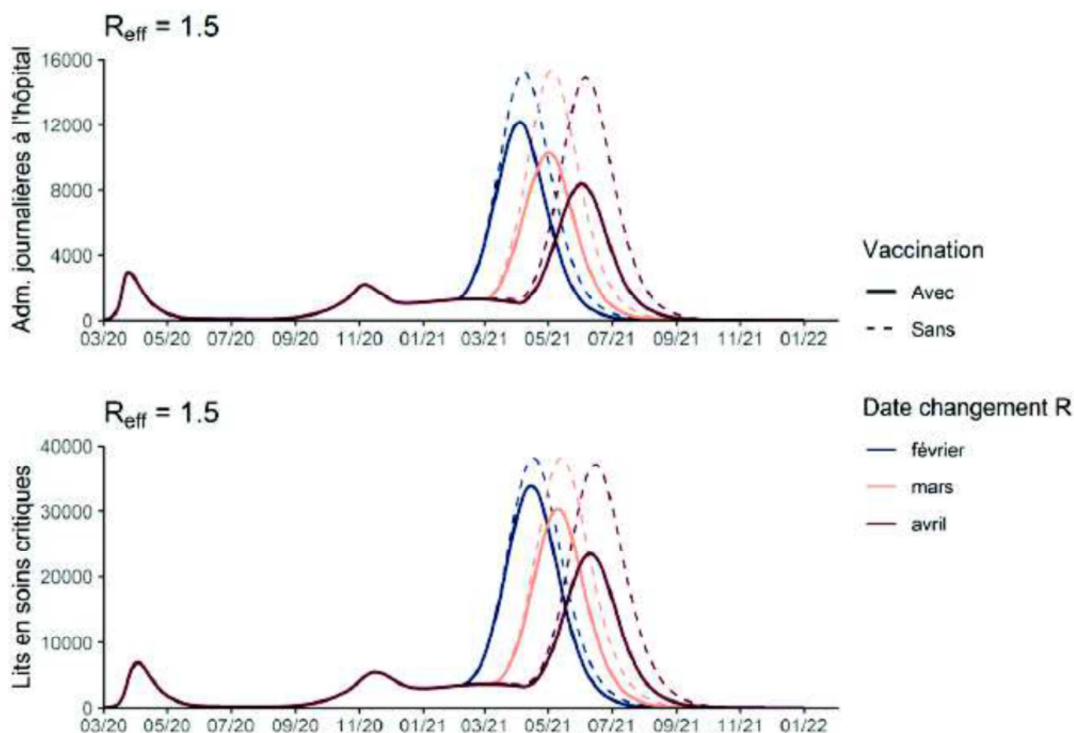
1. Contexte de la note flash à date

La situation sanitaire de la région évolue et se caractérise par une persistance d'indicateurs épidémiologiques dégradés et une forte tension pesant sur le système de santé :

- Un capacitaire de réanimation opérationnel aujourd'hui supérieur de plus de 30% au capacitaire initial (471), soit 620 lits,
- Avec un taux d'occupation en réanimation de 90% ;
- 45% des patients pris en charge en réanimation sont des patients COVID + ;
- De fortes tensions pèsent également sur les services de médecine et de cohorting en lien avec la COVID-19 où l'on compte plus de 3 000 patients hospitalisés dans la région (SI-VIC).

Le taux d'incidence reste à un niveau élevé dans la région et supérieur à la moyenne nationale. Le R0 remonte et les projections ne semblent pas favorables pour les prochaines semaines.

En effet, plusieurs variants du virus SARS-nCov ont été identifiés, qui présentent une contagiosité plus grande et donc une pression accrue sur le système de santé, comme les projections du Conseil Scientifique le mettent en évidence.



Hypothèse selon la date à laquelle le R0 augmente (Fev, Mars ou Avril)
à mesure sanitaire constantes

Dans les mêmes temps, la tension s'exerçant sur le système de santé reste à un niveau élevé pour des prises en charge non-covid.

2. Éléments de conduite à tenir

Rappel : la nécessité d'un schéma d'organisation territoriale concerté :

L'organisation de la réponse à la crise sanitaire doit s'inscrire dans une stratégie territoriale renforcée associant l'ensemble des établissements de santé et acteurs de soins d'une même zone d'implantation, ou regroupement de zones d'implantation dans certains territoires

Le principe d'une organisation territoriale coordonnée et renforcée entre tous les établissements et acteurs de soins est rappelé et doit être le socle sur lequel doit se construire la réponse à la crise sanitaire et notamment l'organisation du système de santé en vue d'une probable nouvelle vague

Les établissements de santé support de GHT organisent ces travaux en associant l'ensemble des acteurs de la zone d'implantation, (établissements publics, privés, médico-sociaux et ambulatoires)

L'organisation territoriale mise en œuvre doit permettre de répondre aux objectifs suivants :

- Organisation des soins covid et non-covid urgents et aux mesures de déprogrammation sur chaque établissement et sur le territoire (cf. infra)
- Gestion des RHS pour redéployer les moyens nécessaires
- Régulation territoriale des activités urgentes
- Gestion des lits
- Régulation des transferts autour du SAMU

Des cellules ad hoc doivent être mises en place sur ces thématiques dans le cadre d'une organisation à définir entre les établissements du territoire. Elles se réunissent régulièrement et, dans le contexte actuel, à minima de manière hebdomadaire.

Chaque délégation territoriale de l'ARS pour le territoire dont elle a la charge, assure l'animation et le suivi de ces travaux. Pour les zones d'implantation assises sur plusieurs départements, les délégations territoriales se coordonnent pour assurer la cohérence de la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Cette organisation doit se traduire par l'élaboration d'un schéma territorial d'organisation des soins et une gouvernance garantissant la concertation régulière des acteurs.

Organisation de la mobilisation au niveau régional

Plusieurs niveaux de déprogrammation doivent être envisagés en fonction de la pression s'exerçant sur le système de santé.

Le passage à un niveau supérieur de mobilisation doit être envisagé et mis en œuvre dès lors que le taux d'occupation en réanimation dépasse sur plusieurs jours les 85%.

En annexe 1 figure un tableau de bord de synthèse permettant la synthèse des niveaux de mobilisation arrêtés. Il est établi au niveau de la zone d'implantation et tenu à disposition de l'ARS.

Premier niveau de mobilisation

Il s'agit du niveau de mobilisation pour assurer la prise en charge de patients C+ qui ne justifie pas d'adaptation capacitaire et de mobilisation de moyens supplémentaires.

La demande COVID adressée dans ce cadre au système de santé s'établit entre 20% et 30% des capacités initiales de réanimation.

Organisation en intra-zone d'implantation

La mobilisation de l'ensemble des établissements de santé, ainsi que la montée en charge des soins critiques au sein de la zone d'implantation, doivent être décrites dans le schéma d'organisation territoriale.

Des paliers peuvent ainsi être identifiés jusqu'à atteindre la capacité maximum de référence (base : maximum de la vague 1, cf. annexe n°2).

Chaque palier doit permettre de :

- Identifier le capacitaire total de réanimation mobilisé et les augmentations en lits ;
- Le besoin en ressources humaines correspondant à cette augmentation ;
- Les moyens de dégager les ressources humaines nécessaires, i.e. le taux de déprogrammation et l'organisation mise en œuvre (organisation des redéploiements de personnels entre les établissements de santé le cas échéant).

Organisation de la solidarité entre les zones d'implantation

Dès lors que sur une zone d'implantation, au moins 80% du capacitaire maximum de réanimation est atteint et que le taux d'occupation dépasse sur plusieurs jours les 85%, une solidarité entre zones d'implantation doit être envisagée. Elle est déclenchée par l'ARS Grand Est.

Elle s'organise en premier lieu au niveau de la zone de recours avec une demande expresse de la Directrice Générale de l'ARS pour les zones d'implantation moins touchées d'augmenter leur capacitaire pour faire face au besoin.

Lorsque la zone de recours est trop fortement touchée par l'épidémie, la Directrice Générale de l'ARS sollicite les autres zones d'implantation en capacité d'apporter leur soutien, afin qu'elles revoient leur capacité d'accueil de soins critiques dans le cadre de la solidarité régionale.

Organisation de la solidarité entre les régions

Des réunions régulières sont prévues avec le Ministère pour envisager des transferts interrégionaux (accueils ou transferts), comme pour les autres vagues. Les modalités pratiques sont en cours de finalisation.

L'obligation d'ajuster le capacitaire covid (soins critiques et médecine) dès maintenant

Le schéma territorial d'organisation des soins pour faire face à la crise actuelle doit prévoir d'ajuster dès à présent la mobilisation de chacun en fonction de la pression pesant sur le système de soins et en vue des prochaines semaines et au plus tard pour mi-février 2021.

L'effort en termes de déprogrammation des activités de médecine et chirurgie et de priorisation des activités de soins doit être cohérent et réactif par rapport aux tensions qui s'exercent et à venir

Il doit permettre à la fois en interne aux établissements et au niveau de chaque territoire, pour mi-février au plus tard :

1. de prévoir l'ouverture de lits de réanimation au niveau du territoire équivalent au nombre de lits maximal atteint lors de la première vague (annexe 2) sur ce territoire
2. d'organiser le redéploiement des ressources humaines et des moyens nécessaires vers les services prenant en charge des patients covid+ en secteur conventionnel et de soins critiques (SI, réanimation) pour permettre l'ouverture des lits de réanimation supplémentaires
3. d'organiser la gestion des lits disponibles en temps réel
4. d'organiser les soins en amont et en aval de l'hospitalisation afin de permettre la libération de lits d'hospitalisation. Les liens avec l'HAD et la médecine ambulatoire ainsi que les soins de suite et médico-sociaux doivent être maintenus et renforcés afin de faciliter le maintien et le retour à domicile

Pour rappel, ces derniers jours, dans le cadre de la préparation du système de santé aux conséquences de la diffusion des variants, il a été demandé aux établissements de santé de la région qui avaient indiqué leur capacité à ouvrir des lits de réanimation supplémentaires, de lancer dès maintenant, la commande des équipements, dont respirateurs, identifiés comme nécessaires. Une prise en charge du coût sera mise en place.

Les lits de réanimation supplémentaires devront être armés dès réception de ces équipements – cette capacité devra être exclusivement dédiée aux patients COVID +

Le cas échéant, les dossiers d'autorisation exceptionnelle doivent être adressés à l'ARS dès à présent.

Niveau de mobilisation à mettre en œuvre pour mi février :

Ce niveau se caractérise par une mobilisation du système de santé. Il implique la déprogrammation des activités de médecine et chirurgie sauf urgence et sans préjudice pour le patient.

Dans ce contexte, au cours de la première vague, 1 200 lits de réanimation avaient pu être mis en place.

A date, la capacité maximale pour la région est estimée à 1 000 lits compte tenu des contraintes connues en termes de ressources humaines notamment.

Il est obtenu en additionnant les capacités opérationnelles de réanimation et de surveillance continue à date.

Une gouvernance territoriale pour la programmation des interventions urgentes doit être mise en œuvre.

Dans le cadre de la priorisation et de la déprogrammation de certaines activités, le suivi des patients concernés doit être assuré.

Ce suivi peut se traduire avec par exemple la constitution d'un répertoire des patients concernés. Leur suivi à distance doit être garanti.

4. Un suivi rapproché maintenu par l'ARS

L'enquête SOLEN réa est maintenue pendant toute la période à venir ainsi qu'une réunion de suivi hebdomadaire, le mercredi, dont le rythme pourra être augmenté si besoin.

Il est rappelé la nécessité de tenir à jour le ROR de manière régulière et d'assurer la cohérence entre les données issues des deux enquêtes.

La cellule « réanimation » peut être contacté à l'adresse suivante :
ARS-GRANDEST-COVID19-REA@ars.sante.fr.

ANNEXE 1 – PALIERS DE MOBILISATION

	Capacitaire de réa	Moyens RH	Taux de déprog.
1^{er} niveau de mobilisation	Capacitaire initial	Pas de renfort	Pas de priorisation / déprogrammation
Palier intermédiaire	Augmentation capacitaires (à décliner entre les ES de la zone d'implantation)	Renforts RH à déterminer en fonction nombre de lits armés	Niveau de priorisation / déprogrammation en regard du capacitaire de réanimation à armer
Palier max.	Cf. Maximum atteint lors de la première vague		

ANNEXE 2 – CAPACITAIRE MAX DE REANIMATION ATTEINT AU COURS DE LA PREMIERE VAGUE

ZI	Etablissement	MAX REA VAGUE 1	CAP. AU 02.02
01	CHINA	36	22
02	CH Châlons-en-Champagne	16	8
02	CHU Reims	78	50
02	Groupe Courlancy Bezannes	24	10
02	Institut Jean Godinot	3	3
03	CH Troyes	40	18
04	GCS PSSHM - Chaumont	8	0
05	CH Saint Dizier	16	8
05	CH Verdun-Saint-Mihiel	24	14
06	CHR Metz-Thionville - site de Metz	91	47
06	CHR Metz-Thionville - site de Thionville	30	8
06	Clinique Claude Bernard	18	12
06	Hôpitaux privés de Metz - Hôpital Robert Schuman	34	28
07	CHRU Nancy - Brabois	101	46
07	CHRU Nancy - Central	64	48
07	Clinique Pasteur	24	16
07	ICL - Institut Cancérologie Lorraine	2	0
07	Polyclinique de Gentilly	16	7
08	CHED Epinal	23	14
09	CH Sarreguemines	21	8
09	CHIC Unisanté	6	6
09	Groupe SOS Santé- Saint-Avold	21	17
10	CH Haguenau	33	17
10	CH Sarrebourg	6	0
10	CH Saverne	14	10
10	Clinique Orangerie	7	
10	GHSV	22	6
10	HUS - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	207	113
10	ICANS - Institut de Cancérologie de Strasbourg	3	
10	RHENA	23	2
11	FMD - Hôpital Albert Schweitzer	5	
11	GHSO	10	
11	HCC	61	45
12	FMD - Clinique du Diaconat-Fonderie	4	
12	FMD - Clinique du Diaconat-Roosevelt	8	
12	GHRMSA	62	40

Retraité de l'EMR installé à Mulhouse

Uniquement services de réanimation autorisés, dont autorisation exceptionnelle