



RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DES SOINS DANS UN CONTEXTE DE RESURGENCE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Depuis début septembre, nous observons une accélération de la dégradation des indicateurs épidémiques Covid sur le territoire national. **Ce rebond épidémique conduit chaque jour de nombreux patients à être hospitalisés pour cause de Covid-19.**

En dépit des travaux d'anticipation et d'organisation des services d'urgence, d'hospitalisation conventionnelle et de réanimation, la situation reste préoccupante, notamment dans certaines agglomérations et régions. Le gouvernement a pris des mesures drastiques, dont le confinement, visant à limiter la transmission virale dans tous les territoires et ainsi faire baisser l'impact sur le secteur hospitalier aussi rapidement que possible.

Il convient toutefois, avant que les effets de ces mesures ne se traduisent dans les faits, de mettre en mouvement notre système de santé afin d'anticiper un éventuel dépassement du capacitaire disponible en soins critiques dans un scénario où le nombre de patients hospitalisés en soins critiques pourrait dépasser ce qui avait été constaté en avril 2020.

Pour cela, une stratégie nationale visant à maintenir l'égalité d'accès à un juste soin et à favoriser les alternatives à l'hospitalisation doit être mise en œuvre et approfondie.

Ainsi, le ministère des solidarités et de la santé, en collaboration avec plusieurs médecins des spécialités les plus concernées et en co-construction avec les conseils nationaux professionnels (CNP), les sociétés savantes, le CNUH et les ARS a travaillé à axer la prise en charge des patients Covid + et non Covid autour de deux notions clefs. Ces travaux intègrent les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et du Haut conseil de la santé publique (HCSP) intervenus récemment.

- Le premier axe de cette stratégie consiste à **renforcer au maximum tous les leviers de prise en charge en amont de l'hôpital et en alternative à celui-ci afin d'éviter toute hospitalisation lorsque c'est possible** dans un contexte de forte tension du système hospitalier ;
- Le second axe de cette stratégie consiste, à la lumière d'une meilleure connaissance de la typologie des patients Covid notamment s'agissant des niveaux de sévérité et des stratégies d'oxygénothérapie, à **fluidifier les parcours hospitaliers des patients**, en renforçant l'articulation entre médecine de ville, hospitalisation conventionnelle, soins critiques et soins de suite et de réadaptation ;

Ces deux axes combinés doivent permettre au système de santé de préserver son capacitaire en hospitalisation conventionnelle, notamment pour les soins urgents et non-programmés, et de mieux répartir la charge en soins entre unités de niveaux adaptés.

Suivant le parcours du patient Covid dans le système de santé, le présent document propose des modalités d'organisation pour (1) la médecine de ville, (2) la régulation médicale et les services de médecine d'urgence, (3) l'hospitalisation conventionnelle, (4) les soins critiques et (5) les soins de suite et de réadaptation (SSR).



Ce document est complété par neuf fiches annexes transversales :

1. Oxygénothérapie dans les segments de l'offre de soins au cours du rebond épidémique de Covid-19
2. Considérations éthiques en lien avec le rebond épidémique
3. Référentiel d'outils pédagogiques pour les renforts Covid-19 dans les services de réanimation, soins intensifs et d'hospitalisation conventionnelle
4. Recommandations pour la prise en charge des patients en réanimation et post-réanimation en situation de crise sanitaire
5. Prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en établissements médico-sociaux et à domicile
6. Mobilisation de l'hospitalisation à domicile (HAD)
7. Encourager le développement de la téléexpertise pour les patients Covid-19
8. Rôle des dispositifs d'appui à la coordination pour la prise en charge des parcours de santé complexes
9. Maintenir la mobilisation de l'ensemble du dispositif de soins psychiatriques, ambulatoire et hospitalier

L'ensemble de ces recommandations s'appuie sur les publications récentes du ministère des solidarités et de la santé ainsi que sur les avis les plus récents des CNP, sociétés savantes, de la HAS et du HCSP, tous rappelés en infra.

Les 5 principales briques de la stratégie « rebond »

Au-delà des nombreuses recommandations dans tous les secteurs de l'offre de soins rappelées dans le présent document, cinq focus peuvent être fait sur les mesures les plus fortes de la stratégie nationale dans le cadre de la crise de la Covid-19 :

- **L'élargissement des règles sur la pratique de l'oxygénothérapie en dehors de l'hôpital** constitue une nouvelle option stratégique du système de santé en permettant un meilleur positionnement du patient pour le soin le plus juste et adapté à son état.
- **La clarification des catégories de prise en charge en soins critiques autour des unités de soins intensifs Covid ou « USI Covid »** ensuite doit permettre une meilleure prise en charge du patient critique en le positionnant de manière plus claire dans un parcours gradué qui ne comprend pas que la réanimation.
- **Le portage d'un référentiel d'outils pédagogiques pour les infirmiers et les aides-soignants** par le ministère en lien avec de nombreux acteurs sera en mesure d'aider les directions d'établissements à **renforcer les connaissances et compétences d'un grand nombre de personnes**, singulièrement dans les zones en tension ;
- **La clarification de l'organisation des soins sous l'angle éthique** constitue également une avancée importante.
- **Le recours et le renforcement de la téléexpertise a vocation à éviter le recours à l'hôpital pour les patients dont l'état de santé ne le justifie pas**, contribuant ainsi à limiter l'encombrement des structures hospitalières.



1. Médecine de ville: maintenir l'égalité d'accès à un juste soin

Ce chapitre vise à rappeler les modalités de prise en charge et les grands principes d'organisation de la médecine de ville entendue comme l'ensemble des professionnels de santé libéraux et salariés exerçant des activités de soin en dehors de l'hôpital sur l'ensemble du territoire.

Références :

- COREB : fiche pratique médecine de ville¹
- Antibioclic : prise en charge des patients Covid+ en ville²
- CMG : infographies de prise en charge (09/11/2020)³
- Publication ministérielle : Organisation des centres dédiés Covid-19 en ville (10/11/2020)⁴
- HAS : recommandations sur la prise en charge en médecine de ville (09/11/2020)⁵
- SPLF : recommandations sur l'oxygénothérapie à domicile (06/11/2020)⁶
- Publication ministérielle : Continuité des soins dans les cabinets de ville (DGS-Urgent N°53, 06/11/2020)⁷

1.1 Assurer la continuité des soins de tous les patients

La prise en charge des patients Covid+ et non Covid, d'abord par leur médecin traitant et l'ensemble des professionnels de santé en ville, a plusieurs objectifs :

- **Eviter les pertes de chances** en maintenant les actions de dépistage et prévenir les décompensations de pathologies chroniques ;
- **Assurer la continuité des soins des patients chroniques, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap** avec une politique proactive du « aller-vers » pour aller au-devant de ces patients fragiles à risque de décompensation somatique ou psychique ;
- **Participer à la prise en charge des soins non programmés** pour diminuer le recours aux urgences ;
- **Renforcer l'éducation aux gestes barrières**, et une sensibilisation plus poussée des publics fragiles.

Plusieurs modalités d'adaptation sont proposées :

- **Au cabinet** : organiser des circuits dédiés patients Covid+ et non Covid, limiter le nombre de personnes dans les salles d'attente, inciter à la prise de rendez-vous ;
- **Au domicile** : organiser des tournées IDE dédiées aux patients Covid+, privilégier la visite à domicile pour les patients fragiles ;
- **A distance** : recourir à la téléconsultation, y compris par téléphone, la téléconsultation assistée entre le médecin traitant et l'infirmier qui est au domicile du patient, assurer un télé suivi infirmier des patients Covid+, développer le télésoin paramédical (orthophoniste, masseur-kinésithérapie, etc.)

¹ https://www.coreb.infectiologie.com/fr/alertes-infos/covid-19_-n.html

² <https://antibioclic.com/questionnaire/57>

³ <https://lecmg.fr/coronaclac/>

⁴ MINSANTE 184 diffusé aux ARS 10/11/2020

⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3216523/fr/tests-isolement-traitements-quelle-prise-en-charge-en-medecine-de-ville-pour-les-patients-suspectes-de-covid-19

⁶ <https://splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/SPLF-COVID19-FOCUSO2-06112020.pdf>

⁷ <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/listeMessageBuilder.do?cmd=afficherListe>



Des recommandations ministérielles ont été transmises en ce sens aux agences régionales de santé (ARS) et transmises aux professionnels de santé : MINSANTE n°173 : « Privilégier le recours à la télésanté pour la prise en charge des patients Covid-19 et la continuité des soins de la population », MARS n°100 et DGS-Urgent n°55 du 12 novembre 2020 relatif à l'organisation de la télésanté en réponse à l'épidémie.

1.2 Poursuivre la mobilisation dans la stratégie de dépistage Covid

Le MINSANTE 177 publié le 28 octobre 2020 rappelle l'implication des médecins traitants, des infirmiers et des pharmaciens dans le déploiement des tests antigéniques. Les médecins seront informés des résultats (positifs ou négatifs) des patients dont ils sont médecins traitants par les professionnels qui ont effectué les tests.

Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux restent pleinement mobilisés dans la poursuite de la stratégie de déploiement des tests PCR selon les recommandations habituelles.

1.3 Suivre en ville les patients Covid+ et leurs conditions d'isolement selon des procédures définies par les professionnels ayant l'expérience de cette pathologie

Les modalités suivantes d'organisation des soins sont proposées :

- **Prise en charge des patients suspects Covid** (évaluation de la gravité, diagnostic par tests antigéniques, traitement symptomatique) ;
- **Suivi en ville des patients « non graves »** en favorisant le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise ;
- **Mobilisation des centres dédiés au Covid** pour le déploiement des tests antigéniques et si besoin de **centres de consultation dédiés Covid**, à adapter en fonction des besoins du territoire ;
- **Prise en charge de patients oxygéo-requérants au domicile en amont ou en aval d'une hospitalisation** selon une démarche encadrée et sécurisée (voir fiche annexe n°1).

La mise en place de ces mesures pourra être accompagnée de l'organisation de formations accélérées en lien avec les CNP et les sociétés savantes, de l'implication et la coordination des soins avec les prestataires d'oxygénothérapie à domicile et de la mise à disposition de référents hospitaliers pour faire le lien avec la ville. L'objectif vise à accroître la prise en charge en ville des patients Covid en amont et en aval de l'hospitalisation afin d'y réduire les durées moyennes de séjour. La coopération de la ville avec le SAMU, quand ils existent les services d'accès aux soins, et les services d'urgence et de soins critiques, notamment en cas de forme grave de Covid, doit également être assurée et renforcée (voir chapitre 2)

- **Soins palliatifs avec le soutien des services hospitaliers des soins palliatifs** (équipes mobiles le cas échéant) et de l'HAD ;
- **Lien ville-hôpital pour la fluidification des parcours** entrée/sortie et la mise en place de la surveillance au domicile par les soignants de la ville.



Pour plus de détails, se référer aux fiches annexes suivantes :

- Modalités de recours à l'oxygénothérapie : *Fiche annexe N°1*
- Référentiel d'outils pédagogiques pour les renforts Covid-19 : *Fiche annexe N°3*
- Mobilisation de l'HAD : *Fiche annexe N°6*
- Psychiatrie : *Fiche annexe N°10*

2. Régulation médicale et services de médecine d'urgence: renforcer le lien entre la ville et l'hôpital

Références :

- Publication ministérielle: Renforcer la régulation du centre-15 pour faire face à un afflux de patients (15/09/2020)⁸
- Publication ministérielle : Structurer les urgences : éviter l'engorgement des services et empêcher la contamination croisée au sein des services (17/09/2020)⁹
- Propositions et recommandations du CNUH concernant la réponse au rebond de l'épidémie de Covid-19 (07/11/2020)¹⁰
- Instruction n°DGS/CCS/2020/71 du 19 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du Covid-19¹¹

Le rebond épidémique actuel présente des enjeux d'autant plus forts pour les services de médecine d'urgence, dans la mesure où tous les efforts sont faits pour maintenir les autres soins en parallèle de la prise en charge des patients Covid-19 et où il importe dans le nouveau contexte d'assurer la reproductibilité ou la pérennisation de certaines mesures exceptionnelles.

Les mesures prises doivent donc permettre :

- De faire face à un pic d'activité élevé pour la régulation en maintenant le niveau de performance et de qualité ;
- De maintenir au cours de la crise la prise en charge des urgences non liées à la Covid-19 ;
- De prendre en charge sur le terrain les patients Covid+ avec tous les parcours de soins nécessaires, depuis le maintien à domicile jusqu'à l'admission directe en réanimation ;
- De limiter au maximum les contaminations au sein des structures de soins.

Le conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) a élaboré un document détaillant les recommandations d'organisation des services de médecine d'urgence dans le contexte du rebond de l'épidémie de Covid-19, concernant l'urgence préhospitalière comme les structures des urgences. Il préconise notamment plusieurs paliers pour un plan de montée en charge des services concernés, qui peut faire l'objet d'une formalisation au niveau territorial pour les SAMU et les structures d'urgences.

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_les_samu.pdf

⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_les_services_d_urgence.pdf

¹⁰ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/>

¹¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/>



Dans le contexte de cette nouvelle vague épidémique, au-delà des mesures déjà prises lors de la première vague et qui peuvent être réactivées, il est en particulier important de :

- **Clarifier les parcours patients en articulation entre la ville et l'hôpital**, avec recours au médecin traitant ou aux structures de soins non programmés ambulatoires en première intention, avec appel au centre 15 en alternative à défaut de réponse ou en cas d'urgence ;
- **Inscrire les SAMU dans une régulation partagée ville/SAMU, en préfiguration du service d'accès aux soins (SAS)** : renfort des lignes de régulation libérale Covid en journée par les médecins de ville volontaires et disponibles selon le besoin de chaque département, mise à disposition d'une ligne d'appel au centre 15 avec accès privilégié des professionnels de santé ;
- **Développer une organisation territoriale de la régulation** : mettre en place une coordination supra-départementale des SAMU, organiser une gestion des lits de soins critiques au-delà de l'établissement avec une cellule de régulation supra-départementale voire régionale ;
- **Constituer une réserve opérationnelle de personnels mobilisables pour les SAMU** : fidéliser les renforts mobilisés pour la Covid-19 (anciens ARM, étudiants CFARM, médecins ayant une expérience de la régulation, autres médecins urgentistes, médecins de soins critiques, médecins retraités, médecins de PDS, personnels du SSSM, secrétaires médicales, etc.), organiser des campagnes de recrutement, préciser les modalités de sollicitation et les dispositifs de formation, dans un cadre formalisé au niveau départemental selon une organisation coordonnée au niveau régional ;
- **Préciser et formaliser le cadre d'emploi des différents effecteurs de l'aide médicale urgente** : définir par convention avec les SIS et les représentants des transporteurs sanitaires privés leurs modalités d'engagement, de coordination et de montée en puissance, définir par convention le renfort possible apporté par les moyens associatifs pour des missions d'évaluation globale à domicile (hors transports sanitaires) ;
- **Étendre et protocoliser le recours aux transferts paramédicalisés** : généraliser les transferts infirmiers interhospitaliers pour le transport de patients Covid-19 suffisamment stables et de gravité moyenne entre réanimations, envisager des expérimentations pour la prise en charge à domicile de patients Covid-19 en fonction des compétences et ressources disponibles.
- **Développer les partenariats entre SU et médecine de ville** pour prendre en charge en 1^{ère} intention ou si besoin en réorientation les patients non urgents afin d'éviter leurs passages au SU.



3. Hospitalisation conventionnelle : diversifier les prises en charge des patients vers la filière la plus adaptée

Références :

- HCSP : avis sur le recours à la Dexaméthasone¹²
- CNP Pneumologie : procédure de prise en charge pneumologique hors réanimation des patients hospitalisés dans la cadre de la pandémie Covid-19¹³
- CNP MIT : avis sur la téléexpertise¹⁴
- COREB : fiche pratique hospitalisation¹⁵
- CNP gériatrie/SFGG/COREB: logigramme et fiche pratique « prise en charge thérapeutique d'un sujet âgé COVID (+) à domicile, en résidence autonomie ou en EHPAD (site CNP de gériatrie)¹⁶

Les filières de médecine conventionnelle avec hébergement doivent être renforcées pour assurer la prise en charge des patients Covid+ comme non Covid, en mobilisant les établissements publics et privés, en renforçant les liens avec la ville en amont pour éviter les hospitalisations et en limiter la durée, et en assurant un recours accru à d'autres structures de prise en charge (SSR, HAD, hôpitaux de proximité, soins palliatifs).

La réorganisation peut être pilotée par les **cellules de crise de chaque établissement de santé**, par la cellule de crise du groupe hospitalier de territoire, et/ou via des cellules de crise territoriales avec l'appui de l'ARS pour assurer une coordination régionale, chacune d'entre elle comportant une fonction de « directeur médical de crise » aux côtés du Directeur d'établissement et du PCME.

Pour plus de détails, se référer aux fiches suivantes :

- Recours à l'oxygénothérapie : *fiche annexe n°1*
- Implications éthiques : *fiche annexe n°2*
- Référentiel d'outils pédagogiques pour les renforts Covid-19 : *fiche annexe n°3*
- Prise en charge des personnes âgées et personnes en situation de handicap : *fiche annexe n°5*
- Mobilisation de l'HAD : *fiche annexe n°6*
- Téléexpertise : *fiche annexe n°7*
- Dispositifs d'appui à la coordination : *fiche annexe n°8*
- Psychiatrie : *Fiche annexe n°10*

¹² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=935>

¹³ <https://splf.fr/centre-de-documentation-covid-19/>

¹⁴ <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>

¹⁵ https://www.coreb.infectiologie.com/fr/alertes-infos/covid-19_-n.html

¹⁶ <https://www.cnpgeriatrie.fr/>



3.1 Les principes généraux pour faire face à l'afflux de patients Covid+ devant être pris en charge en hospitalisation conventionnelle avec hébergement

Références :

- Recommandations de l'Agence de la biomédecine relatives à la poursuite des activités de prélèvement et de greffe en cas de rebond épidémique de Covid-19 (22/09/2020)¹⁷
- Publication ministérielle : Recommandations d'organisation pour les prises en charge non Covid en cas de reprise épidémique de Covid-19 (MARS 82, 24/09/2020)¹⁸
- Publication ministérielle: Stratégie d'adaptation de l'offre de soins (MINSANTE 162 du 30/09/2020 ; MARS 85 du 02/10/2020, DGS-Urgent 48 du 15/10/2020)
- Publication ministérielle : Adaptation de l'offre de traitement du cancer (MINSANTE 167, 07/10/2020)¹⁹
- Publication ministérielle : Déprogrammation et continuité des soins (MINSANTE 176, MARS 92 et lettre à la médecine de ville du 28/10/2020)

Rappel des règles s'agissant des principes de contagiosité et leur impact dans les services de santé :

Afin de faire face aux tensions sur l'offre de soins, l'ensemble des services de santé doivent s'organiser afin de limiter au maximum les contraintes posées par la contagiosité du virus Sars-Cov-2. Pour cela, des règles ont été définies par le HCSP et sont rappelées par le CNP de Biologie des agents infectieux-Hygiène hospitalière (BAIH) à travers un fiche sur les *pré-requis à l'hospitalisation dans un même service des patients identifiés COVID+ et des patients non infectés* et deux infographies sur le transfert de patients Covid+²⁰

Principe de la prise en charge de patients Covid+ :

- En concertation avec l'ARS, **tous les établissements, publics ou privés, autorisés en médecine ont vocation à prendre en charge, dans une unité dédiée ou non, des patients stables en médecine Covid+** requérant une hospitalisation sans besoin immédiat d'accès à des lits de réanimation ou de soins critiques, dans le cadre de coopérations existantes ou à mettre en place, intégrant une procédure de transfert vers les établissements en disposant en cas d'aggravation des patients ;
- **Associer pleinement les hôpitaux de proximité** à l'organisation territoriale en évaluant les lits de médecine, SSR, USLD, soins palliatifs, mobilisables pour des patients Covid+ stabilisés ;
- **Assurer** une répartition équitable des prises en charge des patient Covid+, **entre établissements (en particulier au sein du GHT) quel que soit leur statut et leur activité** en recourant le cas échéant à des **coopérations avec des professionnels de santé de la ville** pour assurer un renfort en ressources humaines des établissements. A cette fin, les professionnels s'appuient sur les **cellules de crise hospitalières et de GHT**. Cette coopération territoriale peut s'organiser au niveau d'un GHT, d'un département ou de tout autre territoire pertinent intéressant le public et le privé, la ville et l'hôpital.

¹⁷ https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/recommandations_de_l_abm_relatives_a_la_poursuite_des_activites_de_prelevement_et_de_greffe_en_cas_de_rebond_de_l_epidemie_de_covid-19.pdf

¹⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_organisation_prises_en_charge_non_covid.pdf

¹⁹ <https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2020/10/Covid-19-Fiche-rebond-traitement-du-cancer.pdf>

²⁰ http://www.specialitesmedicales.org/666_p_34148/cnp-de-biologie-des-agents-infectieux-hygiene-hospitaliere.html



Filières de prises en charge hospitalières par territoire de tous les patients :

- **Développer les prises en charge ambulatoires pour les patients non Covid et, dès que possible pour les patients Covid+,** dès lors que leur état de santé ne nécessite pas un suivi de nature hospitalière, en articulation étroite avec la médecine de premier recours, par la mobilisation des professionnels de santé libéraux et des structures d'exercice coordonné ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), notamment pour venir en appui des structures médico-sociales ;
- **Identifier l'hôpital de proximité,** lorsqu'il est présent sur le territoire, **comme interlocuteur de la médecine de ville** (mutualisation des ressources, protocoles d'admissions directes sans passage aux urgences...);
- **Organiser les filières de prises en charge hospitalières en lien avec tous les établissements du territoire ayant une activité non Covid similaire** afin, notamment, de pouvoir orienter ou transférer des patients en fonction de l'évolution du besoin capacitaire de médecine Covid+ ;
- **Intégrer les établissements SSR et structures HAD dans la démarche d'organisation des filières.**
- **Soutenir les professionnels via les dispositifs d'appui à la coordination**

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) constituent un appui à mobiliser :

- L'appui aux professionnels et la participation à la coordination territoriale en période de gestion de crise Covid ;
- L'appui aux professionnels pour la prévention des hospitalisations/ré hospitalisations ;
- Les sorties d'hospitalisation ;
- L'appui aux filières et astreintes gériatriques et de soins palliatifs de territoire.

En effet, les DAC constituent un appui qui concerne toutes les situations des personnes quel que soit l'âge ou la pathologie, ressenties comme complexes. Il s'adresse prioritairement aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. **Pour plus de détails, la fiche annexe n°8 précise les modalités d'appui de ces dispositifs.**

Analyse des besoins capacitaires de médecine et organisation de la programmation :

- Mettre en place des **cellules de gestion des lits incluant le capacitaire de médecine et de SSR** au niveau des établissements de santé et coordonnées à l'échelle du territoire pertinent (GHT, département ou autre) ;
- **Recenser les lits de médecine, y compris les places d'hospitalisation de jour, mobilisables à court et à moyen terme (15 jours)** pour des prises en charge Covid+, avec par ordre de priorité (en aval des urgences ou en admissions directes) :
 - Lits des services d'infectiologie, de pneumologie et gériatrie ;
 - Lits d'autres services de médecine et de chirurgie, mobilisables (non armés en réanimation) selon la déprogrammation des activités (libération lits par déprogrammation, recours à l'HAD, l'hôpital de proximité, le SSR ou la prise en charge ambulatoire) ;
 - Places d'hôpital de jour adaptées à la prise en charge Covid+.



- Recourir aux **hôtels hospitaliers** en amont ou en aval d'une hospitalisation ;
- **S'appuyer sur le BJML (besoin journalier minimal en lits) et mettre à jour** régulièrement le **répertoire opérationnel des ressources** et l'ensemble des outils de suivi de crise, **en identifiant dès que possible le taux d'occupation et le capacitaire en médecine conventionnelle pour les prises en charge Covid+ ;**
- **Mettre en place dans chaque établissement une cellule de programmation multidisciplinaire médicalisée** en lien avec les **cellules de soutien éthique** et s'appuyant sur les **recommandations édictées par les CNP, le HCSP, les CPIAS et les CLIN** en termes d'indications et d'organisation des prises en charge. Elle contribuera à l'organisation du capacitaire non-Covid selon l'organisation par palier du capacitaire en réanimation/soins critiques et en médecine avec le maintien **d'une capacité d'accueil incompressible pour les prises en charge médicales en urgence ou qui ne peuvent être différées pour éviter toute perte de chance ;**
- **Organiser le renfort RH en s'appuyant sur les outils du vadémécum du MSS publié le 23 octobre 2020.**

Recours précoce à des prises en charge d'aval ou substitutives en HAD ou SSR et développement du recours à la télésanté pour sécuriser le parcours de soins de tous les patients :

- **Evaluer les modalités de recours à l'HAD et au secteur SSR**, lors de l'admission en MCO pour une éventuelle substitution à l'hébergement ou permettre une diminution de la durée de séjour en MCO par une prise en charge précoce en aval : **pour plus de détails, se référer au chapitre 5 concernant le secteur SSR, et à la fiche annexe n°6 concernant l'HAD.**
- **Développer le recours à la télésanté** pour le suivi des patients et les soins à domicile y compris dans les structures médico-sociales, afin de limiter les déplacements en établissements.
- **Faire appel à l'hébergement temporaire en EHPAD ou en établissement médicalisé hébergeant des personnes en situation de handicap**, éventuellement avec le soutien de l'HAD et accompagner avec deux possibilités :
 - Transformation temporaire de places d'EHPAD ou d'USLD en lits SSR gériatriques (autorisation dérogatoire) comme cela avait été fait par certains opérateurs lors de la première vague, sur la base du volontariat. Cette solution se destine plutôt aux gros opérateurs (qui peuvent armer des lits de SSR rapidement);
 - Hébergement temporaire avec prise en charge pendant 60 jours de la part hébergement par l'ARS²¹
 - Hébergement temporaire en établissement médicalisé hébergeant des personnes en situation de handicap.

²¹ Les demandes doivent être adressées individuellement (pour chaque patient et non par unité d'hébergement) à la direction départementale concernée pour validation ; au-delà des 60 jours, les patients reviennent dans le droit commun : soit retour à domicile soit hébergement permanent en EHPAD, ce qui demande évidemment à être anticipé. La question d'un financement du même type pour les lits d'USLD peut se poser.



Adaptation des filières pneumologie et maladies infectieuses et tropicales (MIT)

Le **développement de la téléexpertise** au profit des établissements de santé ne disposant pas d'un service de pneumologie ou de MIT, et des médecins de ville en particulier pour l'aide à la prescription de l'oxygénothérapie, permet de renforcer la prise en charge de patients Covid+.

3.2 Adaptation de la filière gériatrie

Les personnes âgées vivant à domicile, en résidence autonomie ou service ou en EHPAD sont à haut risque de contracter la Covid-19 ou d'en présenter une forme grave. Elles doivent donc pouvoir accéder aux réponses médicales et aux soins adaptés, incluant le recours à l'hospitalisation.

Chaque situation étant singulière, le CNP de gériatrie et la SFGG ont élaboré un **logigramme d'aide à une décision collégiale** (disponible sur le site du CNP de gériatrie²²) se devant d'être la plus appropriée en prenant en compte les comorbidités, les marqueurs pronostiques de gravité et la réflexion préalable impliquant la personne âgée, sa personne de confiance et l'équipe soignante.

Ce logigramme souligne le rôle central des **astreintes « personnes âgées » (parfois qualifiées de plateformes ou hotlines)**, mises à disposition des établissements et des professionnels de santé afin de définir en pluri-professionnalité la stratégie la plus adaptée à chacune des situations individuelles ou collectives concernées (**voir Fiches annexes N°2 sur les implications éthiques et N°5 sur la prise en charge des personnes âgées**).

Dans le contexte actuel de cette nouvelle vague, il apparaît indispensable :

- D'ouvrir l'accès de ces dispositifs élargissant leur cible non seulement aux EHPAD mais également au domicile individuel et aux résidences autonomie en appui des professionnels qui y interviennent.
- Leur champ de leur mission englobe l'évaluation situationnelle et l'avis d'expert ainsi que **l'aide à l'orientation** lorsque la situation le rend nécessaire. Il apparaît nécessaire de développer ce dernier volet au travers une plus grande interface avec les SAMU-centres 15 (organisation, outils...).

Les équipes mobiles de gériatrie, sont incitées à intervenir de façon beaucoup plus importante hors les murs de l'établissement de santé et plus particulièrement dans les EHPAD, les résidences autonomie, les résidences services ainsi qu'auprès des personnes âgées au domicile.

Les liens de ces deux dispositifs avec les structures d'appui à la coordination, l'hospitalisation à domicile et la régulation des urgences sont renforcés.

3.3 Mobilisation des hôpitaux de proximité

Les capacités des hôpitaux de proximité doivent également être mobilisées pour faire face à l'accueil de patients ne nécessitant pas de prise en charge en soins critiques :

- En hospitalisation conventionnelle
- En SSR
- En soins palliatifs lorsque l'établissement dispose de lits dédiés

²² <https://www.cnpgeriatrie.fr/>



Certains GHT ont pu mettre en place des stratégies d'orientation au printemps dernier visant à adresser les patients stabilisés au sein de ces établissements de façon à permettre aux établissements de recours de se concentrer sur les prises en charge nécessitant des plateaux techniques importants.

Il est également demandé aux hôpitaux de proximité de mettre en place des **protocoles d'admissions directes en service de médecine conventionnelle ou SSR** avec les professionnels de ville, les EHPAD et aux autres ESMS dès lors qu'un passage par un service d'urgences ne paraît pas justifié.

Les initiatives de ces établissements visant à mettre en place des hotlines à disposition des EHPAD en lien avec les astreintes personnes âgées territoriales sont également à encourager, tout comme une participation à des demandes de soins programmés en lien avec la médecine de ville (mise à disposition de locaux par exemple).

3.4 Organisation des soins palliatifs

Les organisations et les pratiques qui ont fait leur preuve lors de la première vague sont confortées, notamment :

- **La mobilisation de l'astreinte « soins palliatifs »**, en fonction des capacités d'organisation des territoires, joignable par téléphone (« hotline ») et par mail de 8h à 19h et le weekend, organisée en lien avec l'astreinte territoriale « personnes âgées » pour disposer d'appui et d'expertise, pour organiser la procédure collégiale ;
- **La réorganisation des équipes mobiles de soins palliatifs et des équipes territoriales expertes**, en s'appuyant notamment sur les propositions formulées par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) pour l'adaptation de leur mode de fonctionnement et d'intervention ainsi que sur les fiches conseil et les protocoles déjà produits tant pour l'organisation des soins que pour la prise en charge des patients ;
- **Le renforcement de la coopération avec l'hospitalisation à domicile (HAD)**, constituant un outil majeur à activer grâce à l'expertise qu'elle a sur le sujet et par la logistique qu'elle peut mettre en place (matériel et médicaments) pour aider le patient et le médecin traitant dans cette prise en charge ;
- **La mobilisation des outils numériques et des modalités de communication** à distance au service du lien avec les familles et avec les équipes de soins ;
- **Le renforcement de la coordination avec les équipes de soins** pour permettre une anticipation des prises en charge et le repérage précoce des situations pouvant justifier d'un accompagnement en soins palliatifs, le soutien proactif des équipes et le renforcement de la démarche éthique, la mobilisation des outils d'aide à la décision et des outils règlementaires tels que la personne de confiance ou les directives anticipées, le renforcement des liens avec les EHPAD.



4. Soins critiques : optimiser la prise en charge des patients pour maintenir des capacités hospitalières en réanimation

Références :

- CNP-MIR/CNP-ARMPO/CNUH : Propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique Covid-19²³
- Publication ministérielle : Recommandations pour l'organisation des prises en charge en aval de la réanimation des patients atteints par la Covid-19 (21/04/2020)
- Publication ministérielle : Recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de Covid-19 (17/07/2020)²⁴
- CNP ARMPO : Guide pour la création de « réanimation éphémère »²⁵
- CNP MPR : Cahier des charges décrivant les modalités de création d'unité de SRPR « éphémères »²⁶

Compte tenu de la dégradation de la situation sanitaire, les conseils nationaux professionnels de médecine intensive-réanimation (CNP-MIR) et d'anesthésie-réanimation et médecine per-opératoire (CNP-ARMPO), ont été saisis par le ministre afin qu'il dispose des dernières recommandations médicales et organisationnelles s'agissant de l'organisation des soins critiques en période de pandémie.

Ces recommandations viennent d'être publiées sur les sites internet des différents sociétés savantes²⁷ et participent largement au cadre global de réponse de notre système de santé à la crise sanitaire décrite dans le présent document. En complément de ces recommandations professionnelles, la présente fiche s'appuie également sur plusieurs recommandations ministérielles déjà émises depuis mars 2020²⁸.

4.1 Une stratégie d'augmentation capacitaire globale des soins critiques

4.1.1 Rappel de la situation capacitaire lors de la première vague

Pour rappel, au 31 décembre 2019, on comptait²⁹ :

- 5 080 lits de réanimation adulte installés et armés sur le territoire ;
- 5 955 lits de soins intensifs divers (2 782 lits d'Unités de soins intensifs en cardiologie (USIC), 919 lits d'Unités de soins intensifs neuro-vasculaire (USINV) et 2 254 autres lits de soins intensifs) ;
- 7 327 lits de surveillance continue adultes.

Entre le 12 mars 2020, date de l'instruction générale donnée par le ministre à la déprogrammation, et la fin mars, on constate une réorganisation générale des services de réanimation en France avec une augmentation du capacitaire passant rapidement à **10 500 lits de réanimation** environ lors du pic épidémique (8-9 avril) et 12 000 lits de réanimation en cible haute possible fixée par les ARS.

²³ https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/11/2020_11_09_Organisation_Soins_Critiques_Final-Valide%CC%81.pdf / <https://sfar.org/propositions-dorganisation-pour-des-soins-critiques-securises-dans-le-contexte-de-la-nouvelle-vague-pandemique-covid-19/>

²⁴ https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-10/COVID_19_ETS_Fiche_REA_07_2020.pdf

²⁵ <https://sfar.org/guide-daide-a-la-mise-en-place-et-a-la-gestion-dune-reanimation-ephemere/>

²⁶ <https://drive.google.com/file/d/1Vrc-wV52xox0FHM4s-Sr7GZ3Txld3IC8/view>

²⁷ https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/11/2020_11_09_Organisation_Soins_Critiques_Final-Valide%CC%81.pdf /

<https://sfar.org/propositions-dorganisation-pour-des-soins-critiques-securises-dans-le-contexte-de-la-nouvelle-vague-pandemique-covid-19/>

²⁸ Recommandations pour l'organisation des prises en charge en aval de la réanimation des patients atteints par la Covid-19 du 21/04/2020 - Recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de Covid-19 du 17/07/2020

²⁹ Données SAE 2019, DREES



Les travaux des CNP montrent que la création de ces lits s'est faite de manière assez variable d'un établissement à l'autre principalement en raison de spécificités locales différentes. L'essentiel des lits supplémentaires, augmentés en réanimation, provenaient des unités de surveillance continue (environ 50%), en particulier celles adossées aux services de réanimation et salles de surveillance post-interventionnelles rendues disponibles par la déprogrammation (32%).

4.1.2 Une approche plus dynamique du capacitaire préconisé pour la 2^{ème} vague

Deux éléments principaux peuvent impacter la gestion du capacitaire en soins critiques dans le cadre de cette 2^{ème} vague épidémique :

- La gestion des prises en charge des **patients non Covid** couplée au **besoin de rattrapage** des prises en charge reportées de la première vague ;
- Contrairement à l'organisation des soins critiques lors de la première vague où les prises en charge en réanimation Covid étaient privilégiées, une meilleure connaissance de la typologie des patients Covid notamment s'agissant des niveaux de sévérité permet d'envisager **plusieurs niveaux d'intensité au sein même des soins critiques**, la réanimation prenant en charge les patients les plus graves.

Ainsi, l'ensemble des acteurs devra conserver **une vision dynamique du parc de lits installés** afin de garantir un accès aux soins pour les patients non Covid et être en capacité d'ajuster cette activité non Covid en fonction de la croissance et la décroissance de l'épidémie sur un territoire. Enfin, certaines filières doivent être préservées des déprogrammations autant que possible (cancérologie, greffes, maladies chroniques, pédiatrie), comme rappelé dans les messages adressés aux ARS et aux établissements de santé le 28 octobre 2020 (MINSANTE 176/MARS 92).

De même, sous la supervision des ARS, il est préconisé que toutes les régions conservent, sur chaque site de réanimation, une capacité de prise en charge de patients relevant des soins intensifs Covid (voir ci-après).

4.2 Les principes généraux d'organisation et d'adaptation des soins critiques dans le cadre du rebond épidémique

4.2.1 Les deux niveaux de prise en charge Covid en soins critiques

Lors de la première vague épidémique, chaque territoire a fait face à la crise sanitaire en adaptant l'organisation des soins critiques dans le respect du cadre réglementaire et des recommandations ministérielles selon les organisations locales préexistantes. Sont ainsi apparues de nombreuses configurations différentes des soins critiques Covid, le plus souvent regroupées sous la forme d'unités de réanimations « Covid » et de « soins critiques Covid », elles-mêmes agglomérats de plusieurs unités préexistantes (réanimations, USC, USI, SRPR, USIR, unités diverses « upgradées », etc.).

Cette diversité des pratiques de terrain rend difficile les comparaisons et le suivi des patients au sein des différentes unités dans le champ des soins critiques.

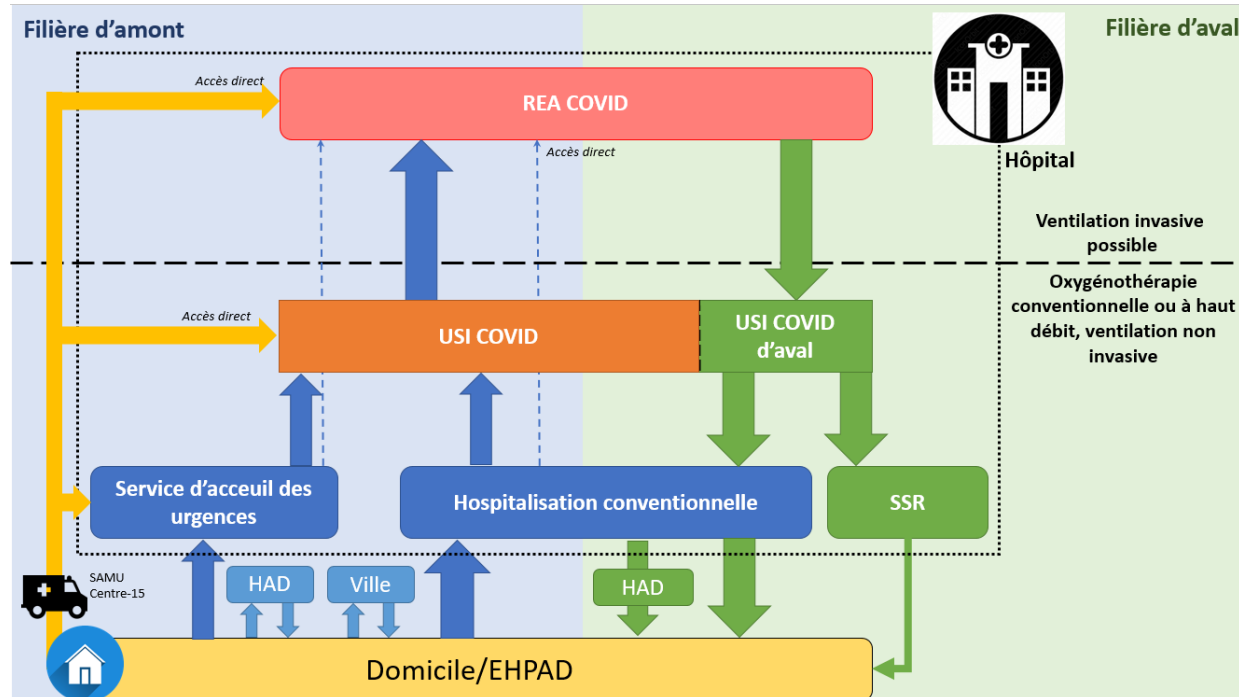


C'est pourquoi, dans ce contexte de seconde vague épidémique, il apparaît pertinent de restreindre la terminologie des soins critiques en charge des patients Covid à 2 niveaux ³⁰ :

- « **Réanimation Covid** » ou « **REA Covid** » : catégorie qui désigne les services de réanimation pérennes, éphémères ou constitués d'unités « upgradées » en réanimation (en particulier les USC adossées aux réanimations et prenant en charge les patients Covid+) ;
- « **Unité de soins intensif Covid** » ou « **USI Covid** » : catégorie qui désigne l'ensemble des structures de soins critiques hors réanimation, qu'elles soient pérennes (USC/USI) ou éphémères (structures upgradées en USI Covid) aptes à prendre en charge les patients Covid+ avec une défaillance respiratoire isolée ne nécessitant pas de ventilation invasive.

Précision : dans le cadre des recommandations ministérielles, la catégorie « USI Covid » peut recouvrir de nombreux types d'unités, catégories et classements divers dans les territoires qui ont été constitués au fur et à mesure de la crise sanitaire (USC Covid, Soins critiques Covid, USI Covid, etc.). Toutes ces unités peuvent être considérées comme des « USI Covid » à partir du moment où elles respectent *a minima* les caractéristiques définies au point 4.2.2 ci-après.

Les territoires ayant déjà organisé leurs soins critiques avec une terminologie spécifique peuvent, bien entendu, la conserver dans le respect des principes rappelés dans la présente fiche rebond et des recommandations professionnelles.



³⁰ Cette nomenclature temporaire n'a pas vocation à imposer un changement d'appellation des unités déjà en place au sein des hôpitaux, mais elle définit une sémantique partagée facilitant le comptage, et en phase avec l'évolution à venir de SIVIC. Ainsi, tous les patients COVID en soins critiques qui ne sont pas pris en charge en REACOVIC sont pris en charge en USICOVID.



4.2.2 La coordination territoriale en soins critiques

Comme il l'a été régulièrement rappelé, la constitution de **réseaux de soins critiques pilotée par les ARS** renforce l'efficacité du système de santé, que ce soit à l'échelle du territoire, du GHT ou de toute autre maille territoriale pertinente.

L'organisation de ce type de réseau **doit être systématique et inclure l'ensemble des établissements, publics comme privés**. Il s'agit d'un élément cardinal de l'élasticité territoriale des soins critiques telle qu'envisagée dans la présente fiche. Elle permettra de disposer d'une organisation graduée, avec une typologie claire de patients admis selon les structures.

L'organisation des soins critiques en REA Covid et en USI Covid doit être appliquée au sein même d'un établissement mais également entre établissements d'un même territoire, qu'ils soient publics ou privés.

Cette organisation, en permettant la répartition des « nouveaux » patients de manière concertée et en fonction des tensions de chacun, permet d'optimiser le circuit patient et ainsi d'augmenter le capacitaire disponible. Ces organisations doivent tenir compte des risques de contraintes liés au séquençage des parcours des patients.

4.2.3 L'organisation en filières Covid+ et non Covid

L'hospitalisation des patients Covid en soins critiques peut se faire au sein d'unités dédiées ou non dédiées.

A la phase initiale de la première vague, le recours à des unités dédiées a été souvent recommandé. Toutefois, sous l'effet d'une meilleure connaissance des prises en charge et du bon contrôle du risque épidémique en soins critiques, un décroisement entre ces unités s'est souvent opéré facilitant alors la gestion dynamique des lits au profit des patients Covid+ et non Covid.

Cependant, lorsque des unités de soins critiques Covid (REA Covid et USI Covid) sont créées dans un établissement comprenant déjà des soins critiques, il est recommandé qu'elles accueillent préférentiellement voire exclusivement des patients Covid+. Le principal avantage est une adaptation plus facile pour les personnels. L'expérience du printemps 2020 montre que la pathologie Covid-19 étant relativement stéréotypée, les soignants en renfort ont acquis plus rapidement une aisance avec une prise en charge standardisée et l'application de protocoles de soins et d'algorithmes d'aide à la décision médicale dédiés Covid. Ainsi même si les « secteurs Covid+ » génèrent une importante charge de travail associée à de lourdes mesures de protection, ils présentaient une moindre complexité décisionnelle que les unités de réanimation à recrutement plus diversifié.

4.3 Le positionnement central des « REA Covid » dans la réponse sanitaire au rebond épidémique

Les services de réanimation pouvant accueillir les patients Covid sont les suivants :

- **Les unités de réanimation pérennes** (autorisés avant crise) ;
- **Les unités de réanimation exceptionnelles** (autorisés dans le cadre de la crise sanitaire)
- **Les unités diverses augmentées en réanimation** (USC, USI, hospitalisation, SSPI, etc.) sur des sites déjà autorisés



Ces unités, comme défini réglementairement, ont vocation à prendre en charge les patients présentant ou susceptible de présenter plusieurs défaillances d'organe, elles sont placées sous la responsabilité de médecins réanimateurs (Médecine Intensive Réanimation ou Anesthésie Réanimation Médecine Périopératoire).

A noter que dans le cadre de la mise en place des USI Covid, les réanimations doivent conserver un rôle pour la prise en charge des patients qui, même en l'absence de ventilation mécanique, présentent d'autres complications ou défaillances d'organe.

Quelle que soit leur configuration, les unités de réanimation prenant en charge des patients Covid doivent prévoir une filière d'amont et d'aval en soins critiques de type « USI Covid » comme vu ci-après.

- **Propositions d'organisation pour des soins critiques sécurisés dans le contexte de la nouvelle vague pandémique Covid-19 des CNP-MIR/CNP-ARMPO/CNUH³¹**
- **Check-list des bonnes pratiques pour les établissements autorisés à la réanimation : Fiche n°4.**
- **Guide pour la création de « Réanimation éphémère »** : le CNP ARMPO propose un guide de création des réanimations éphémère sur son site internet³².

4.4 Le positionnement des unités intermédiaires de soins critiques pour une meilleure prise en charge des patients : les « unités de soins intensifs Covid » (USI Covid)

4.4.1 Principes généraux d'organisation des USI Covid

Rapidement abordé dans le cadre des travaux du ministère sur la mise en place d'unités d'aval des réanimations en avril 2020, la présente fiche entend renforcer et systématiser la mise en place, au moins sur chaque site disposant d'une réanimation, d'unités intermédiaires en soins critiques dénommés « Unités de soins intensifs Covid » ou « USI Covid ».

Cette catégorie regroupant l'ensemble des unités de soins critiques, hors réanimation, et prenant en charge des patients Covid a **vocation à délivrer des soins aux patients en détresse respiratoire et hospitalisés mais ne nécessitant pas d'assistance respiratoire invasive**. Par rapport aux patients sous ventilation mécanique invasive, la charge en soins y est ainsi réduite.

Ainsi ces unités intermédiaires « USI Covid » ont vocation à prendre en charge :

- Les patients non susceptibles de bénéficier d'une ventilation mécanique invasive en raison de leur fragilité et/ou de leurs comorbidités ;
- Les patients mono-défaillants respiratoires ne nécessitant pas de ventilation mécanique invasive ;
- Les patients en sortie de REA Covid après amélioration clinique et extubation (USI Covid d'aval).

³¹ <https://www.srlf.org/covid-organisation-des-soins-critiques/>

³² <https://sfar.org/guide-daide-a-la-mise-en-place-et-a-la-gestion-dune-reanimation-ephemere/>



Les caractéristiques et le fonctionnement de ces unités reposent sur **le référentiel des USC établi par la SRLF, la SFAR et la SFMU** en prenant en compte le caractère **essentiellement respiratoire de la défaillance d'organe** de ce type de patients³³.

Afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, toutes les chambres doivent être équipées d'arrivées d'oxygène, d'air, de vide mural et de prises de courant prioritaires.

Le matériel est proche de celui des chambres de réanimation et permet la prise en charge des patients présentant une défaillance respiratoire nécessitant une oxygénothérapie à débit élevé (HDO) ou toute autre assistance mécanique non invasive. Il est recommandé de disposer de chambres individuelles et idéalement en pression négative ou neutre.

Quelle que soit sa localisation dans l'établissement ou dans le territoire, toute USI Covid doit être rattachée à une unité de réanimation Covid de référence qu'elle soit pérenne ou éphémère afin de garantir la bonne coordination des équipes notamment en cas de transfert des malades.

4.4.2 Le positionnement des SRPR en aval des REA Covid

Les Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) sont positionnés en proximité des REA Covid et peuvent assurer la prise en charge en aval de la réanimation des patients atteints de la Covid-19 dépendants de la ventilation mécanique ou non.

Ils permettront d'assurer de manière précoce le reconditionnement à l'effort, la rééducation neuromotrice, et le soutien psychologique afin de prévenir et prendre en charge précocement le syndrome post-réanimation et limiter les séquelles. Ils peuvent à ce titre être positionnés au sein d'un établissement, service ou structure autorisé à l'activité de SSR.

Fiche « Guide des SRPR éphémères » : Le déploiement d'USI Covid d'aval de type SRPR étant fortement encouragé, **le CNP met à disposition un cahier des charges décrivant les modalités de création d'unité de SRPR « éphémères »**³⁴

4.4.3 La situation des prises en charges de patients Covid+ en soins critiques sur des sites sans réanimation

Les sites ne disposant pas de réanimation (pérenne ou par autorisation exceptionnelle) peuvent disposer d'USI Covid à la condition de respecter les recommandations ci-après.

L'accueil de patients Covid en phase de dégradation dans des USI Covid situés dans des structures ne disposant pas d'une réanimation n'est pas recommandé en raison des incertitudes sur l'état du patient.

A contrario, l'accueil de tels patients une fois passée la phase aigüe de la maladie est encouragé afin de fluidifier l'aval des filières Covid des établissements autorisés à la réanimation. Dans tous les cas, ces filières de prises en charge doivent être organisés avec une réanimation de référence et en lien avec le SAMU.

³³ <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2018/04/20180425-A-LA-UNE-TEXTE-USC-V10-CNP-MIR.pdf>

³⁴ <https://drive.google.com/file/d/1Vrc-wV52xox0FHM4s-Sr7GZ3Txd3IC8/view>



4.5 Mise à disposition d'un référentiel d'outils pédagogiques pour les personnels infirmiers et aides-soignants en soins critiques

Compte-tenu du contexte sanitaire, un certain nombre d'établissements ou de territoires seront amenés à renforcer les ressources humaines, notamment de personnels infirmiers et aide soignants. Ce personnel déjà diplômé et apte à exercer les fonctions d'infirmier ou d'AS peut nécessiter une mise à niveau sur la COVID ou un rappel des connaissances sur des objectifs pédagogiques anciens

A partir du recensement des IDE et des AS ayant une expérience récente en soins critiques, des formations complémentaires courtes pourront être engagées pour ces personnels.

Un référentiel d'outils pédagogiques pour des formations courtes à destination des infirmiers et aides-soignants pour la mise à niveau des prises en charges en soins critiques Covid est disponible³⁵ (*fiche n°3*)

L'intégration et l'accompagnement de ces renforts doivent être réalisés avec attention, supervisés par des infirmiers référents, permettant d'assurer des conditions d'accueil et d'insertion personnalisées au sein des équipes de soins critiques et d'offrir avant l'intégration une formation à partir des outils pédagogiques décrits dans la présente fiche. Cette sélection d'outils pédagogiques, développée en réponse au rebond épidémique sous l'égide de la conférence de Doyens des facultés de médecine et de la Fédération Nationale des Infirmiers de Réanimation, en lien avec les sociétés savantes, ne se substitue pas à la formation habituelle extensive nécessaire à l'acquisition des connaissances et compétences des personnels exerçant en réanimation de façon pérenne.

En sus, les déprogrammations éventuelles dans le territoire doivent permettre l'affectation d'un certain nombre d'IADE dans les REA Covid et les USI Covid. Leur redéploiement appelle les mêmes attentions que pour les IDE en considérant notamment :

- Une intégration identifiant la place de l'IADE dans les plans de déploiement des soins critiques de l'établissement ;
- L'utilisation effective des compétences spécifiques des IADE au sein des unités de soins critiques (exemple : gestion des voies aériennes, abords vasculaires, ventilation mécanique, sédation-analgésie et curarisation) ;
- De prendre en compte, avant leur mobilisation, la problématique bien particulière des IADE du secteur privé.

4.6 Organisation des prises en charge en aval des soins critiques des patients Covid

4.6.1 Principes généraux

Pour rappel, tout site disposant d'une unité de soins critiques prenant en charge des patients Covid doit s'inscrire dans une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge des patients Covid à la suite de leur passage en REA Covid et/ou USI Covid.

³⁵ <https://www.uness.fr/form/referentiel-ressources-covid>



Ces organisations s'appuient, autant que de besoin, sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles des sociétés savantes.

Cette filière comprend la prise en charge des patients stabilisés qui nécessitent toutefois des soins de sevrage ventilatoire dans un environnement adapté de médecine et de SSR. Le retour à domicile est à privilégier dès que possible, notamment en HAD et en lien avec les professionnels de ville.

La régulation et la décision d'orientation des patients reste sous la responsabilité des médecins réanimateurs (Médecine Intensive Réanimation, Anesthésie Réanimation Médecine Périopératoire), dans le cadre d'une cellule de coordination incluant des représentants des unités et établissements d'aval.

Pour les sites de REA Covid et USI Covid qui ne disposeraient pas sur place ou à proximité d'un accès à des **compétences de réadaptation**, notamment pour la prise en charge du syndrome post réanimation, **une coopération territoriale d'appui** est à organiser avec tous les établissements de santé et professionnels de santé concernés, afin d'organiser une réadaptation précoce pour tous les patients le nécessitant. Les dispositifs dédiés de prise en charge du psychotraumatisme déjà présents dans certaines régions sont à mobiliser en priorité.

En cas de besoin, **des équipes mobiles « éphémères » regroupant les compétences nécessaires à la réadaptation précoce, la prévention et la prise en charge du syndrome post-réanimation**, pourront être constituées pour répondre aux besoins des patients Covid sur plusieurs sites d'un même territoire.

Ces équipes mobiles interviendront principalement dans les établissements de court séjour et auront pour objectif d'orienter les patients Covid, de prescrire les soins de rééducation et réadaptation, et si besoin de les prodiguer dans l'attente de relais de prise en charge par d'autres professionnels.

Elles se différencient, par leurs lieux et modalités d'intervention, des équipes mobiles de réadaptation pouvant exister au sein des territoires.

Dès que possible, les professionnels de ville disposant de compétences, notamment en rééducation, doivent être mobilisés pour assurer une prise en charge à domicile en continuité des soins hospitaliers.

Les organisations décrites ci-dessus s'appuient sur les dispositifs de télésanté, notamment la **téléconsultation** et la **téléexpertise**.

Les ARS sont chargées de recenser les ressources et structurer les organisations territoriales multi-sites, les éventuelles équipes mobiles mises en place et les articulations avec les professionnels de ville.

4.6.2 Les principales unités de prise en charge en aval des soins critiques (médecine, SSR et HAD)

De nombreux services constituent les avals des patients Covid en sortie de soins critiques, c'est-à-dire pour des patients **stabilisés** mais, éventuellement, non sevrés de l'assistance respiratoire. Ces unités en médecine (service de pneumologie, d'infectiologie ou de gériatrie principalement) et en SSR spécialisés prennent en charge des patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, **non intubés**, nécessitant de l'oxygénothérapie et/ou encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive).

La structuration de cette filière d'aval, en fonction des environnements et compétences présents dans les établissements concernés du territoire, doit permettre de réduire les durées de séjour en REA Covid et USI Covid et préparer le retour à domicile.



Pour les patients **stables** et **sevrés de leurs appareillages ventilatoires**, plusieurs filières de prise en charge doivent être organisées pour répondre aux besoins de chaque patient et en fonction de ses comorbidités dans une approche globale de sa prise en charge :

- La filière dite « Médecine Covid », en pneumologie, infectiologie ou gériatrie ou suivant toute autre organisation spécifique convenue par l'ARS et les établissements ;
- Les filières SSR « réadaptation pour patients polydéficients », « SSR polyvalent » et « SSR gériatrie » ;
- La filière « Hospitalisation à domicile » (HAD).

Le lien avec les professionnels de ville doit être organisé rapidement pour le suivi des patients qui pourront être pris en charge à domicile, notamment avec l'appui des outils de télésanté.

Pour plus de détails sur les 3 prises en charges abordées, vous référer aux fiches et parties suivantes :

- Médecine COVID : *partie 3*
- SSR : *partie 5*
- HAD : *fiche n°6*

5. Soins de suite et de réadaptation : améliorer la prise en charge des patients Covid après la phase aiguë et venir en soutien des établissements de court séjour

Références :

- Publication ministérielle: Recommandations applicables aux établissements de santé autorisés en soins de suite et de réadaptation en situation de dégradation épidémique (14/09/2020)³⁶
- Recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie Covid-19 (07/09/2020)³⁷
- Recommandations de structuration des filières de prise en charge en SSR des patients Covid+ en sortie de court séjour (11/09/2020)³⁸
- Cahier des charges décrivant les modalités de création d'unité de SRPR « éphémères »³⁹
- Cahier des charges décrivant les modalités de création d'unité de sevrage ventilatoire⁴⁰
- Cahier des charges d'équipes mobiles pluri professionnelles de bilan, d'orientation et de réadaptation précoce en intra ou inter établissements⁴¹
- Cahier des charges d'un programme de télé-réadaptation spécifique aux patients Covid⁴²

³⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19_reprise-epidemie.pdf

³⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19.pdf

³⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_sortie_reanimation-ssr_covid-19.pdf

³⁹ <https://drive.google.com/file/d/1Vrc-wV52xox0FHM4s-Sr7GZ3Txd3IC8/view>

⁴⁰ <https://drive.google.com/file/d/1Th4yD0jq1QmWPP0ebwxYcJ-8WZiZzLdN/view>

⁴¹ https://drive.google.com/file/d/186z_WkgdIG5zHbz5QlBkLE4AsqdhTe-w/view

⁴² https://drive.google.com/file/d/1q-HHQmwaebdb5q6jcvV2BWWKNwl_tc8g/view



Les SSR constituent un maillon essentiel permettant de fluidifier les parcours de prise en charge, et ainsi d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil, notamment en court séjour. Ils doivent pour cela maintenir leur capacité de réponse aux demandes venant du secteur MCO, pour les patients Covid+ comme pour les patients relevant d'autres filières, en adaptant éventuellement leurs organisations.

Plus précisément, il s'agira de :

- **S'intégrer dans les filières de prise en charge des patients atteints de Covid-19**, par territoire, en concertation avec leur ARS, selon les recommandations publiées sur le site du Ministère et en lien avec les établissements de court séjour adresseurs⁴³, en développant partout où c'est possible une offre adaptée aux besoins des patients Covid, notamment :
 - Des **unités Covid-19 de Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)** pour des patients dépendant de la ventilation mécanique invasive permanente et modérée ou d'une trachéotomie ;
 - Des **unité Covid-19 de Sevrage Ventilatoire (USV)** pour les patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, stabilisés, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie ;
- **Maintenir l'admission de tous les patients qui nécessitent une prise en charge en SSR** en aval d'un séjour MCO **et mettre en place des procédures d'admission accélérées** avec les établissements demandeurs ;
- **Traiter en priorité les demandes** concernant des patients adressés en SSR **dans un objectif de libération des lits de court séjour** ;
 - Là où c'est possible, **la participation des établissements SSR à un délestage des services de court séjour plus important doit être anticipée et pilotée** (*i.e.* pour les patients sans besoin de rééducation active) ;
 - Les possibilités de prise en charge en SSR patients stabilisés avec un besoin de prise en charge médicale simple, un état clinique en amélioration franche, et sans besoins de rééducation active ;
 - Un recensement des lits de SSR doit être réalisé, avec une mobilisation intégrer les SSR dans le ROR.
- **Déployer des équipes mobiles pluriprofessionnelles** de bilan, d'orientation et de réadaptation précoce en intra ou inter établissements ;
- **Développer des prises en charge alternatives** (domicile et télé-réadaptation), dans le cadre de parcours de prise en charge anticipés et coordonnés, pour maintenir la capacité de réponse ;
- En dernier recours, déprogrammer les activités non urgentes, *a fortiori* pour les patients à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 en cas de contamination ;

Les recommandations relatives aux **délais de transfert de patients Covid+ en SSR et en EHPAD** et la durée du maintien des mesures de prévention sont précisées par le HCSP dans son avis du 23 octobre 2020.

⁴³ [Ibid](#)