



RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION POUR FLUIDIFIER LES PRISES EN CHARGE EN MEDECINE CONVENTIONNELLE DANS UN CONTEXTE DE TENSION EPIDEMIQUE COVID-19

Des tensions importantes apparaissent dans plusieurs territoires sur les unités d'hospitalisation complète des établissements de court séjour (MCO), particulièrement au sein de secteurs de médecine conventionnelle. Des solutions de transfert de patients vers d'autres structures (MCO ou autres) et de « délestage » par d'autres modalités de soins (SSR, HAD...) doivent être trouvées, pour les patients COVID+, comme pour les patients COVID-, pour toutes les situations où la phase aiguë est passée mais pour lesquelles l'état du patient impose un suivi et des soins de nature hospitalières.

La présente fiche a pour vocation de décrire la manière dont les établissements de santé doivent s'organiser pour **accueillir en médecine conventionnelle des patients COVID en période de rebond épidémique**.

1. Les principes généraux pour faire face à l'afflux de patients COVID+ devant être pris en charge en médecine/hospitalisation conventionnelle

Mesure	Actions pouvant être mise en œuvre
Principe de la prise en charge de patients COVID+	En concertation avec l'ARS, tous les établissements autorisés en médecine ont vocation à prendre en charge, dans une unité dédiée ou non, des patients COVID+ requérant une hospitalisation sans besoin immédiat d'accès à des lits de réanimation ou de soins critiques.
Filières de prise en charge par territoire	Organiser les filières de prises en charge en lien avec les autres 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 pour de la médecine COVID+. Intégrer dans cette démarche d'organisation des filières, les établissements non MCO (SSR et HAD).



<p>Analyse du capacitaire</p>	<p>Analyser de façon collégiale le capacitaire en hospitalisation conventionnelle mobilisable pour les prises en charge COVID+, en particulier le capacitaire des services de médecine les plus mobilisés (infectiologie, pneumologie, gériatrie).</p> <p>Simuler l'évolution des besoins d'augmentation des capacités d'accueil.</p> <p>Intégrer les secteurs d'hospitalisation de jour qui pourraient être transformés en hospitalisation conventionnelle pour les prises en charge de patient COVID+ en cas de besoin.</p>
<p>Analyse du case-mix pour activer les déprogrammations nécessaires</p>	<p>Analyser de façon collégiale les données portant sur les activités de médecine et de chirurgie, afin de prendre les décisions sur les déprogrammations, en fonction d'une analyse bénéfices/risques pour les patients et des activités qui ne peuvent faire l'objet d'une déprogrammation, visant à libérer des lits, et le cas échéant des places d'hôpital de jour, pour les prises en charge en médecine COVID+ en articulation avec les besoins de lits armés pour les prises en charge en réanimation.</p>
<p>Recours aux coopérations territoriales public/privé existantes ou à créer</p>	<p>Organiser, quel que soit le statut des établissements lorsqu'ils disposent d'une autorisation de médecine mais ne disposent pas de service d'urgence ou de soins critiques, l'hospitalisation de patients stables en médecine COVID+, dans le cadre de coopérations existantes ou à mettre en place intégrant une procédure de transfert vers une structure disposant d'une unité de soins critiques en cas d'aggravation du patient.</p> <p>Assurer dans le cadre de coopérations existantes ou à mettre en place une répartition équitable des prises en charge des patient COVID+, entre établissements quel que soit leur statut et leur activité (MCO, SSR) y compris hôpital de proximité et HAD, 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.</p>
<p>Recours à l'HAD</p>	<p>Evaluer les modalités de recours à l'hospitalisation à domicile, en lien avec les structures MCO, 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.</p> <p>Cf chapitre spécifique ci-dessous</p>
<p>Recours à la télésanté</p>	<p>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.</p>



Recours à l'ambulatoire en lien avec les professionnels libéraux	Développer les prises en charge ambulatoires pour les patients non Covid et 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 notamment pour venir en appui des structures médico-sociales
Recours au SSR	Evaluer les modalités de recours aux SSR adaptés pour la prise en charge de patients COVID+ en médecine au regard des compétences médicales et paramédicales de ces structures, ou <i>a minima</i> diminuer la durée de séjour en MCO et assurer une prise en charge en aval. Cf chapitre spécifique ci-dessous
Cellule de programmation	Mettre en place dans chaque établissement une cellule de programmation multidisciplinaire <i>ad hoc</i> ou par évolution de structures existantes (exemple : conseil de bloc opératoire). Elle établira notamment de façon collégiale (praticiens, CME...) et en tenant compte du case mix de l'établissement, la programmation selon les critères de priorisation et de programmation des patients. Elle contribuera à l'organisation du capacitaire non-COVID en fonction de l'organisation par palier du capacitaire en réanimation et en médecine.
Recommandations	Suivre les recommandations édictées par le HCSP, les CPIAS et les CLIN en termes d'indications et d'organisation des prises en charge.
ROR et outils de suivi	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+

2. Les 3 principes de l'organisation territoriale s'appuyant sur les filières et les coopérations entre structures

Mesure	Actions pouvant être mise en œuvre
Identification des lits mobilisables	<p>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+, par ordre de priorité (en aval des urgences ou en admissions directes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lits des services d'infectiologie, de pneumologie et gériatrie ; ▪ Lits d'autres services de médecine et de chirurgie, mobilisables (non armés en réa) selon la déprogrammation des activités (libération lits par déprogrammation, recours à l'HAD, l'hôpital de proximité, SSR ou prise en charge ambulatoire) ; ▪ Place d'hôpital de jour adaptée à la prise en charge COVID+.



Mobilisation des équipes	Mobiliser les équipes de médecine , hospitalières et libérales, et favoriser les interventions pour venir en appui d'autres structures y compris médico-sociales dans le cadre d'une collaboration établie ou à établir au regard des moyens disponibles
Collaboration entre filières	Faire collaborer les filières, notamment pour mutualiser les moyens de tout type ainsi que les astreintes médicales et paramédicales, que ce soit au sein d'une même structure ou dans le cadre de coopérations établies ou à établir entre structures et avec les acteurs de la ville.

Concernant le **SSR et la HAD**, les informations détaillées sont présentes dans **l'annexe n°2 – SSR** et le document central « **Dispositifs ambulatoires et adaptation de l'offre de soins** » pour la HAD.