

Structuration de la coordination territoriale dans le cadre de la gestion de crise du rebond épidémique COVID 19

Fiche pratique

A destination des établissements de santé et des DD ARS

La prise en charge des patients atteints de la COVID 19 dans le contexte de rebond épidémique, prend une forme différente de la première vague, impactant la stratégie régionale d'adaptation de l'offre de soins. Elle bénéficie de l'avancée de la science et de l'expérience acquise lors de la première vague. Si le profil des patients hospitalisés reste proche, les stratégies thérapeutiques modifient significativement le recours aux unités d'hospitalisation.

- Les séjours de réanimation pour une forme grave COVID ont globalement une durée moyenne de séjour plus courte. Le recours aux unités de soins continus dans les formes graves est plus grand, en amont/aval d'un séjour en réanimation ou permettant de l'éviter.
- Les services de médecine font face à un afflux important de patients, avec des durées de séjour là aussi plus courtes, à l'origine d'un Turn Over important des patients dans les services, source d'une charge de travail importante pour les équipes. La part des activités gériatriques est importante.
- Le recours aux SSR est plus rapide dans l'histoire de la maladie.
- La place des tests permet de mieux orienter dans les établissements les patients (programmés et non programmés) vers des secteurs dédiés, COVID ou non COVID. L'usage des chambres doubles reste toutefois entravé pour les patients COVID-, impactant à la baisse les capacités d'accueil des établissements de santé.

Le rebond intervient par ailleurs dans un contexte très différent, avec une triple particularité :

- Les activités non COVID sont extrêmement soutenues, en partie en réponse au report de certaines prises en charge qui n'ont pu avoir lieu au printemps ou cet été ;
- Un absentéisme constaté plus fort que les années précédentes, en grande partie expliqué par la circulation active du virus ;
- L'arrivée de la période hivernale, source habituelle de tension sur les organisations hospitalières et du premier recours ;
- Un reconfinement généralisé n'est pas envisagé, de même qu'une déprogrammation massive qui n'interviendrait qu'en tout dernier recours.

Ainsi le contexte actuel nous amène à orienter le dispositif de gestion de crise vers un modèle de type « Hôpital en tension » susceptible de durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Son animation doit être réalisée au plus près des territoires et doit impliquer tous les acteurs concernés : acteurs du premier recours, du sanitaire, du médico-social et du domicile.

Pour cela, les territoires doivent disposer, en sus des instances de coordination de niveau stratégique en place à l'échelle territoriale permettant la rencontre des directeurs ou représentants d'institution, de plusieurs outils :

- Une cellule de coordination opérationnelle de territoire
- Une fonction Bedmanager de territoire
- Des outils d'aide à la coordination

La cellule de coordination opérationnelle de territoire

Inscrite dans les doctrines régionales depuis la première vague, l'animation territoriale assurée par les Délégation Départementale de l'ARS est essentielle à la gestion de crise.

Une instance de coordination de niveau stratégique, qui accompagne la déclinaison dans les territoires des orientations nationales et régionales avec une dimension pilotage existe sur tous les territoires dès le niveau 1. Elle traite, à un échelon décisionnaire, des questions territoriales de la gestion de crise et des dysfonctionnements identifiés lors des temps de coordination opérationnelle. Il est recommandé qu'y participent les directeurs et présidents de CME des établissements de santé représentatifs du parcours patient, un représentant de l'UPRS médecin, infirmier et des biologistes, un représentant de l'ordre des médecins, un représentant de l'HAD, le représentant de la plateforme PA et le directeur médical du SAMU. La situation des départements en région est très différente et justifie des formats potentiellement différents de cette instance, qui existe déjà dans de nombreux départements.

Il est à partir du niveau 2 nécessaire de lui adjoindre **une cellule de coordination opérationnelle**. Cette instance doit pourvoir à la dimension opérationnelle de la gestion des parcours patient en visant la fluidité de ceux-ci et à la veille des tensions éventuelles. Réunissant le Bedmanager des établissements du territoire ou à défaut leur représentant si le nombre d'établissements est grand (exemple des métropoles de la région), de l'HAD, de la Plateforme PA et du SAMU, elle traite de façon opérationnelle **des flux de patients « entrants » et sortants »** du dispositif de soins. Elle identifie par ce biais les tensions en lits ainsi qu'en personnels soignants nécessaires à leur fonctionnement et y apporte des solutions.

Dans le cadre de la cellule coordination opérationnelle, les flux de patients admis en établissement de santé proviennent d'un équilibre entre les prévisions d'hospitalisations programmées et les demandes d'hospitalisations non programmées, majoritairement depuis les services d'urgence. Une situation de tension hospitalière résulte d'un déséquilibre entre les flux entrants de patients programmés et non programmés, notamment dans un contexte épidémique comme celui que nous vivons actuellement, et les flux sortants.

La réponse du système de santé consiste à adapter les ressources sanitaires mobilisables, logistiques et humaines, à la cinétique de l'évènement en augmentant au maximum les capacités d'accueil et de prise en charge des patients COVID +, éventuellement au moyen de renforts départementaux et régionaux, tout en conservant autant que possible la gestion des soins des patients COVID -

Flux entrants :

Place de la régulation/
centre 15,
Place du premier recours/
centres accueil COVID,
Place des plateformes PA,
Place du SAS
(expérimentation 31)

Gestion interne aux ES :

Optimisation des parcours patient
entre UM,
Recherche des alternatives à l'HC
Anticipation des sorties,
Stratégie des tests
Gestion du parc des chambres
doubles,
Suspension des activités
programmées,
Gestion des RH

Flux sortants :

Vers domicile
En HAD
Vers SSR
Vers EHPAD (dont
HT)

06/10/2020

Chaque chaînon du processus Parcours Patient doit pouvoir être évoqué durant les temps d'échange de la cellule de coordination opérationnelle de territoire afin de s'assurer que tous les leviers ont été activés. **Il est ici rappelé que tous les acteurs du système de santé doivent contribuer à la gestion de la crise COVID, quel que soit leur domaine d'activité.**

Cette cellule opérationnelle traitera des tensions éventuelles, en particulier en matière de disponibilité des ressources (matérielles et humaines) et des dysfonctionnements constatés du parcours de soin des patients du territoire. Elle aura vocation à recenser les besoins de renfort RH des établissements les plus impactés par les PEC COVID et à accompagner les solutions d'entre aide à l'échelle du département par l'ensemble des acteurs du territoire.

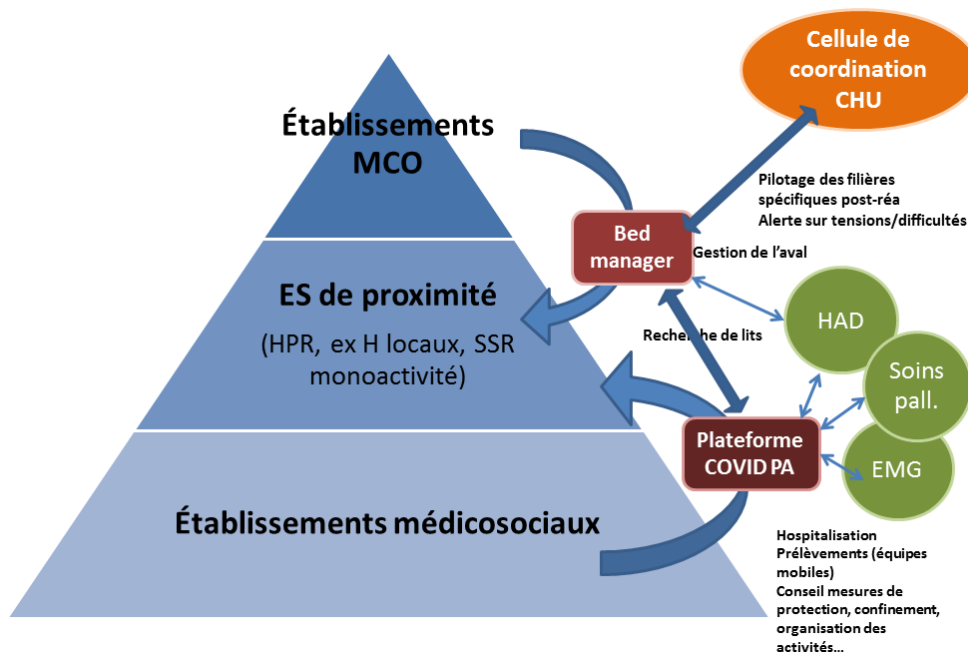
La cellule se réunira à minima 1 fois par semaine pour les départements placés en niveau de 2 avec une fréquence à augmenter en niveau 3 de la stratégie régionale avec un minimum de 2 fois par semaine. Dans la mesure du possible elle se réunira le mardi ou mercredi matin afin de permettre l'activation de leviers d'action nécessaires en début de semaine. Elle permettra ainsi d'apporter des éléments de contexte territorial aux établissements en amont des instances de programmation internes et en prévision de l'organisation du week-end à venir.

Les informations issues des cellules de coordination des treize départements de la région seront par ailleurs partagées avec les cellules hémi-régionales de coordination de crise se tenant le mercredi après-midi. En miroir les DD seront informées de la teneur des échanges des cellules hémi-régionales.

La fonction Bedmanager sur le territoire

Préconisée lors de la première vague, la fonction n'est à ce jour pas effective sur tous les départements de la région.

Si la fonction Bedmanager de territoire n'existe pas sur votre département, il appartient à chaque établissement, dans le cadre de son dispositif Plan Blanc, de désigner la personne chargée de la gestion des flux et de transmettre ses coordonnées à la Délégation Départementale de l'ARS concernée. Cette personne sera l'interlocuteur qui assistera aux temps de coordination opérationnels au nom de l'établissement. Le « collectif » constitué par ces Bedmanagers assurera la fonction Bedmanager de territoire sous l'égide de la DD.



06/10/2020

Les outils d'aide à la coordination

Chaque Bedmanager vient à l'occasion des temps de coordination opérationnelle avec les éléments suivants :

Flux entrants :

Nombre d'admissions « moyen » par jour (sur les 7 derniers jours glissants) depuis les urgences

Nombre d'admissions directes dans les services « moyen » par jour (sur les 7 derniers jours glissants)

Nombre d'admissions programmées « moyen » par jour (sur les 7 derniers jours glissants)

BJML (si disponible)¹

Activités présentes :

Disponibilité en lits²

Nombre de lits armés par grand domaine de PEC (réa-Soins critiques, médecine, chirurgie, SSR)

Flux sortants :

Nombre de lits disponibles à J 1 et J2

Nombre de sorties par transferts internes « moyen » par jour de réa-Soins critiques vers la médecine (sur les 7 derniers jours glissants)

Nombre de sorties « moyen » par jour (sur les 7 derniers jours glissants) à domicile, en HAD, vers le SSR, vers l'USLD et vers l'EHPAD (Hébergement temporaire ou primo admission)

Nombre de demandes HAD en attente (tableau de bord de suivi des demandes Trajectoire)

Nombre de demandes SSR en attente (tableau de bord de suivi des demandes Trajectoire)

Résultante sur le territoire :

Nombre de lits manquants pour faire face aux flux constatés avec pour cible un taux d'occupation par grand domaine d'activité à 90% (réa-Soins critiques, médecine, chirurgie, SSR)

Effectif IDE et effectif AS manquant pour faire face aux flux constatés avec pour cible un taux d'occupation de 90% par grand domaine d'activité à 90% (réa-Soins critiques, médecine, chirurgie, SSR)

Augmentation capacitaire possible (en création ou transformation) pour faire face aux besoins COVID+

Volume de déprogrammations nécessaires

¹ L'ORU met à disposition le BJML pour les établissements d'Occitanie, celui-ci est réputé exploitable lorsque l'établissement présente un historique sur 3 ans pour lequel est renseignée l'orientation du patient

² L'ORU offre sur son espace Pro des tableaux de bords détaillés par établissements la disponibilité en lits critiques, MCO et SSR. Ces données sont issues des déclarations bi quotidiennes faites sur l'Espace Pro de l'ORU par les établissements d'Occitanie.

L'outil Trajectoire, s'il ne permet pas de partager une disponibilité en lits, reste l'outil de demande d'admission durant la crise pour le SSR et l'HAD. Il offre, via son tableau de bord, l'état des demandes en cours et sorties prévues.

La DD ARS fournit les données d'évolution de situation pour le département et la région :

- Du nombre de DRM COVID et son % d'évolution sur les 7 derniers jours glissants,
- Du nombre de passage aux urgences COVID+ et non COVID et son % d'évolution sur les 7 derniers jours glissants,
- Du nombre d'admissions COVID en réanimation et en médecine par jour et son % d'évolution sur les 7 derniers jours glissants,
- Du nombre total de patients COVID en réanimation et en hospitalisation complète et son % d'évolution sur les 7 derniers jours glissants.

Elles partagent également les simulations transmises par le centre de crise sanitaire sur la base du modèle Pasteur.

Les réunions font l'objet d'un relevé de décision permettant une traçabilité des actions menées. Elle facilitera la communication avec les établissements du territoire et l'ARS, ainsi que le repérage des dysfonctionnements ou éléments bloquants à traiter à un échelon décisionnaire.

Les fonctionnements mis en place serviront de base à la structuration des futurs dispositifs « Hôpital en Tension » à l'échelle territoriale, et viendront compléter les outils de gestion de crise existants.