

Cette Foire A Questions (FAQ) a été réalisée avec l'appui d'un groupe de réflexion sur l'organisation des soins dans le cadre du COVID-19 (composition du groupe en fin de document).

Elle n'a pas vocation à remplacer les instructions ministérielles ou à s'imposer dans les stratégies/organisations des établissements.

Cette FAQ traite de questions opérationnelles soulevées par le groupe de travail pouvant intéresser l'ensemble des établissements de santé :

- **Soit d'ordre technique** : la FAQ aura alors vocation à expliciter certaines recommandations ;
- **Soit d'ordre général et organisationnel** : la FAQ donnera à voir différentes organisations possibles sur le territoire pouvant inspirer d'autres établissements.
 - *Nous vous invitons à reprendre contact avec la FHF si certaines expérimentations vous intéressent et vous souhaitez disposer de contacts en région.*

Quel dépistage COVID avant une intervention chirurgicale ?

Le dépistage du COVID-19 répond à trois objectifs :

- **Sécuriser la prise en charge** du patient ainsi que l'ensemble des patients accueillis dans l'établissement (en adaptant les mesures barrière et de protection) ;
- **Protéger le personnel** (en adaptant les équipements et mesures de protection) ;
- **Réduire le risque de rebond épidémique** en ayant une démarche de détection précoce et d'isolement des cas afin d'éviter les clusters et leur multiplication (en lien avec le contact tracing).

C'est pourquoi il a été demandé par le ministère de la santé de réaliser un dépistage RT-PCR visant à détecter la présence virale du COVID-19 dans l'organisme et de s'appuyer de manière complémentaire sur des tests sérologiques (homologués, cf liste : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>).

La fiche ministérielle « Cadres d'utilisation des tests virologiques et sérologiques COVID-19 » en date du 25 mai 2020 donne le cadre de référence du dépistage, en particulier en milieu hospitalier (*paragraphe 1.3, pages 10-11*).

Le dépistage RT-PCR est obligatoire pour les patients ayant des symptômes évocateurs du COVID et recommandé pour :

- Les patients asymptomatiques fragiles et à risque de développer une forme grave d'infection, suivant l'avis du Haut Conseil de Santé publique en date du 31 mars, actualisé le 20 avril 2020
- **Les patients asymptomatiques :**
 - « admis pour des gestes ou un traitement dont un COVID-19 pourrait avoir des conséquences graves
 - ayant un risque accru de dissémination du virus, exemple patients trachéotomisés avant sortie ou transfert :
 - chirurgie à risque élevé de contamination pour les soignants par aérosolisation du virus: intervention avec ouverture ou exposition des voies aériennes : ORL, pulmonaire, neurochirurgie de la base du crâne, bronchoscopie
 - chirurgie majeure à risque élevé de séjour post opératoire en soins critiques où le risque respiratoire péri-opératoire lié à la chirurgie et l'anesthésie peut être majoré par l'infection ».

Ce dépistage RT-PCR est réalisé 24 à 48h avant l'intervention ; son résultat (y compris s'il est négatif) ne modifie pas les gestes de prévention du risque infectieux.

Les recommandations de la SFAR en date du 29 avril 2020 précisent la conduite à tenir pour les interventions chirurgicales hors urgences et sont accompagnées d'algorithmes de réflexion venant appuyer les professionnels de santé.

Quels masques doivent porter les patients et les visiteurs en établissements de santé ?

Les principales voies de transmission du COVID 19 sont les gouttelettes respiratoires et les contacts. Ces éléments fondent les mesures barrière à mettre en place et en particulier le **port du masque visant deux objectifs** :

- **Protéger son porteur ;**
- **Protéger les proches et personnes en proximité du porteur.**

Les stratégies de port de masques ainsi que la typologie des masques, fonction des situations à risque, ont été évolutives au fil de l'épidémie.

Deux fiches ministérielles en date du 6 mai 2020 apportent des recommandations dans la phase actuelle de déconfinement : « Recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte d'un processus progressif de déconfinement » et « Lignes directives relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement ».

Pour toutes les personnes venant en établissement de santé, patient, visiteur, prestataire, etc., le port du masque grand public ou chirurgical est recommandé.

Quelle que soit la structure de soins (établissement de santé, EHPAD, centre d'hébergement, etc.), **le patient avéré ou suspect COVID doit porter un masque chirurgical**, conformément notamment à l'avis du HCSP et de l'OMS. Un principe de double protection s'applique avec port du masque soignant/patient ainsi que plus généralement personnes contacts/patient. Le port du masque vient en complément des autres mesures barrière dont l'isolement.

Le port du masque est enfin recommandé pour les patients/personnes particulièrement à risque COVID du fait de leur forte vulnérabilité au virus.

La Société Française d'Hygiène Hospitalière a publié ses recommandations révisées le 12 mai 2020 qui préconisent de privilégier le masque chirurgical en établissement afin de faciliter la gestion et la maîtrise du risque.

Quel traitement de l'air au bloc opératoire

La question du traitement de l'air au bloc opératoire a fait l'objet de multiples débats durant la crise.

Le HCSP a émis deux avis en date des 17 mars et 6 avril 2020 donnant des recommandations en termes de ventilation pour les patients COVID-19. En particulier, **le HCSP recommande de maintenir la ventilation en surpression et la filtration dans les blocs opératoires.** Le HCSP précise également les conditions de ventilation des chambres de réanimation ainsi les vérifications à mener sur les filtres.

Ces recommandations sont actuellement appuyées par l'analyse des hygiénistes alertant sur le risque d'augmentation des infections sur le site opératoire si les pressions sont amenées à être modifiées dans les blocs opératoires.

Ces recommandations de pratique vont de pair avec toutes les autres mesures barrière existantes qu'il convient de rappeler et de renforcer : entretien des locaux, contrôle de l'air dans les blocs opératoires, bionettoyage et protection des professionnels des blocs.

Quels éléments prendre en compte dans le cadre de la reprise d'activité ?

Il est essentiel de rappeler que **la reprise d'activité est limitée par plusieurs variables** qui s'imposent à l'ensemble des établissements de santé sur chaque territoire :

- **Le besoin de conserver des capacités de réanimation dédiées au covid** au sein des établissements de santé : compte-tenu de la phase de l'épidémie, des résurgences possibles et des capacités d'organisation de transfert, chaque territoire a conservé une partie de ses capacités habituelles de réanimation dédiées au covid. En cas de deuxième vague, cela laisse la possibilité aux établissements de s'organiser et évite le risque de désorganisation et de saturation du système hospitalier.
- **Le contingentement des médicaments anesthésiques** du fait de la demande mondiale forte sur certaines molécules (curare, propofol, etc.) et donc de la difficulté d'approvisionnement en France.
- **Les ressources humaines** : en fonction de l'atteinte de l'épidémie dans la région, des renforts ont été mobilisés et les équipes ont besoin de se reconstituer et d'organiser leurs repos.

En conséquence, la reprise d'activité doit être discutée dans chaque territoire et concertée entre l'ensemble des établissements de santé ; l'ARS jouant le rôle de régulateur quand cela s'avère nécessaire. La reprise d'activité doit être décidée par territoire et de manière collégiale entre les établissements du territoire en ciblant les activités prioritaires, en fonction d'objectifs de santé publique. Une reprise concertée est nécessaire pour garantir des conditions de sécurité avec des critères régionaux de reprogrammation.

Différentes stratégies ont pu être mises en place pouvant inspirer les territoires encore balbutiants sur ces questions :

- En région PACA, un **thésaurus d'activité** a été élaboré, qui a pu inspirer d'autres territoires comme la Bourgogne Franche Comté.
- En région Bretagne, une démarche menée par l'ensemble des GHT et concertée avec les cliniques privées a permis de fournir un **plan de reprise d'activité** à l'ARS. En chirurgie et afin d'éviter les pertes de chance pour les patients, certains GHT ont mis en place des **staffs médicaux territoriaux** afin de prioriser les dossiers patients à traiter. Les consultations ont notamment pu être réalisées en téléconsultations en psychiatrie, ce qui a permis de maintenir une prise en charge tout en la faisant évoluer.
- Certains territoires ont eu une coordination rapprochée et anticipée comme La Lozère ayant organisé des **conférences hebdomadaires avec l'ensemble des acteurs de santé**, permettant de déployer des organisations communes (dépistage, reprise, etc.).

Faut-il maintenir des filières COVID sur les territoires ?

La reprise d'activité des établissements impose de sécuriser des circuits hospitaliers internes et une approche concertée de l'organisation des soins par territoire.

Avec la « chronicisation » de l'épidémie, il est essentiel de constituer des circuits différenciés covid/non-covid **au sein des établissements de santé** afin de garantir un accueil sécurisé des patients non-covid. Chaque établissement doit donc s'organiser afin d'accueillir des patients covid en son sein et de mettre en place au besoin des unités dédiées.

Sur chaque territoire, il est essentiel de mettre en place une concertation et une organisation des soins graduée entre les établissements afin de garantir la continuité des parcours patients et optimiser les parcours de ceux ayant les formes les plus graves. Une organisation des filières de prise en charge doit s'établir par territoire avec une réflexion à mener sur des modes dégradés en cas d'atteinte épidémique forte : il faut avant tout **discuter et élaborer des filières COVID en cohérence avec la stratégie de territoire et en concertation avec l'ensemble des établissements de santé.**

Comment favoriser les liens entre les établissements sanitaires et médico-sociaux ?

La crise covid a mis en exergue **l'importance d'avoir des liens forts entre établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS)** afin d'être en mesure d'endiguer l'épidémie touchant les populations les plus fragiles et les plus âgées. Ces liens reposent sur une organisation territoriale et intégrée de l'offre sanitaire et médico-sociale, sur le développement des filières gériatriques et sur le rôle central du groupement hospitalier de territoire, point nodal de l'appui des dispositifs hospitaliers.

Ce sont bien souvent les établissements qui disposaient déjà de liens établis qui ont pu mettre en place des organisations adaptées, grâce à des filières gériatriques organisées. L'intégration des ESMS dans une filière gériatrique, dont le principe était déjà posé *par la circulaire du 29 décembre 2017*, devra nécessairement être organisée de façon plus systématique.

La crise a ainsi été marquée par une accélération du décroisement sanitaire / médico-social qui s'est traduit par la généralisation sur l'ensemble du territoire des dispositifs hospitaliers d'appui aux ESMS :

- Mise à disposition de ressources en provenance des établissements hospitaliers (humaines, logistiques, etc.) ;
- Mise à disposition de ressources médicales gériatriques en appui (astreintes territoriales gériatriques téléphoniques) ;
- Mise en place de filières d'admission directe ;
- Mise en place d'équipes mobiles (gériatrie, soins palliatifs, hygiène) ;
- Appui des dispositifs d'HAD ;
- Appui des équipes mobiles d'hygiène hospitalière ou des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière ;
- Organisation d'une unité dédiée COVID avec des moyens hospitaliers ;
- Mise en place d'infirmiers partagés de nuit ;
- Recours à des téléconsultations/ télé-expertises ;
- Organisation de web conférences, de téléconsultations, téléstaff avec les ESMS, etc.

L'enjeu actuel est de conforter le décroisement sanitaire / médico-social en pérennisant partout où cela sera possible ces outils et en développant de manière durables les liens tissés entre établissements sanitaires et médico-sociaux de manière à les mobiliser dans la pratique quotidienne.

Composition du groupe de travail

Alexandre Mokede, responsable du pôle offre de soins, FHF

Dr Brigitte Nelken, vice-président CME, CHU Lille

Christine Guéri, directeur département qualité partenariat patient, APHP

*Dr Corinne Lejeune-Fremond, chef du pôle évaluation, sécurité-qualité des soins
Hôpitaux Champagne Sud*

Danielle Fregosi, directeur, Centre hospitalier du Pays d'Apt

Dr David Piney, président de la commission médicale d'établissement, CH Luneville

*Denis Valzer, conseiller d'appui aux fédérations régionales, délégué régional
Bourgogne Franche Comté*

Dominique De Wilde, directeur général, CHU de Reims

*Dr Frédérique Dreyfus, coordinateur du Réseau d'hygiène, groupe hospitalier Public
du Sud de l'Oise*

Dr Jean-Marc Faucheux, président CME, CH Agen

Kathia Barro, adjoint au responsable du pôle offre de soins, FHF

*Dr Jean-Marie Woehl, président de la commission médicale d'établissement,
hôpitaux civils de Colmar*

Ludivine Gauthier, stagiaire, FHF

Marc Bourquin, conseiller stratégie, FHF

Nathalie Conan-Mathieu, délégué régional Bretagne, FHF

*Dr Pierre Parneix, médecin de santé publique et d'hygiène hospitalière, CHU
Bordeaux*

*Dr Pierre-Yves Demoulin, président de la commission médicale d'établissement, CH
Bretagne Atlantique*