

## Organisation et accès aux plateaux techniques en période pandémique

La pandémie COVID-19 met sous tension le système de santé avec un impact majeur sur l'accès aux plateaux techniques en raison d'une nécessaire déprogrammation.

La FSM, en lien avec ses CNP<sup>1</sup>, souhaite éclairer le débat au travers de préconisations qui s'inscrivent dans la continuité des « Propositions de la FSM et des CNP au Ségur de la Santé ».

### **Cadre général : une réorganisation nécessaire**

Les CNP soulignent qu'en région, ils observent de très fortes disparités du niveau et de la qualité de la concertation entre les ARS et les professionnels. Cela va d'un dialogue équilibré et constructif à l'imposition directe de mesures organisationnelles et qui sont sources de pertes de confiance, d'inertie et finalement d'une moindre mobilisation de moyens au service de la santé des français. La FSM demande à ce que toutes les ARS harmonisent leur positionnement vis-à-vis des équipes médicales pour les considérer comme des ressources incontournables et sur lesquelles s'appuyer pour gérer de manière efficiente la crise COVID.

La FSM considère que la gestion des plateaux techniques (*ces derniers étant entendus au sens large de plateaux interventionnels et de soins critiques*) pour les patients COVID et non COVID doit s'inscrire dans une approche territoriale et médicalisée. Cela repose sur un réseau médical territorial, regroupant tous les établissements publics et privés, et qui soit l'interlocuteur des ARS. Le réseau médical territorial facilite l'accès et le meilleur usage des moyens des plateaux techniques en prenant en compte les spécificités tant au plan épidémiologique que des ressources locales. C'est ce que recommandait la FSM au décours du Ségur de la Santé en soulignant l'implication indispensable des médecins dans l'organisation régionale des soins au sein de Groupements Médicaux de Territoire dans une approche plus collaborative des secteurs public et privé. La crise COVID conforte à la fois la pertinence et l'urgence de ce point de vue. Cette stratégie rejoint les préconisations de France Assos Santé qui recommande que « *les pratiques en matière de programmation et de déprogrammation prennent en compte les réalités territoriales... au risque d'avoir des décisions administratives déconnectées des besoins locaux* ».

### **Déprogrammation :**

En période COVID, les déprogrammations chirurgicales permettent le redéploiement de personnels médicaux et para médicaux vers des secteurs de soins critiques COVID, mais leur impact sur le capacitaire des soins critiques est beaucoup plus incertain. En effet, les patients non-COVID admis en réanimation relèvent très majoritairement de la filière des urgences. Cette dernière étant peu influencée par la déprogrammation, la libération de places en réanimation est davantage liée au confinement (ex : moins de traumatologie). Les CNP considèrent que le nombre de lits de réanimation dont l'ouverture est imposée par les ARS ne peut constituer le seul critère de déprogrammation des activités interventionnelles pour l'ensemble des établissements.

---

<sup>1</sup> CNP d'Anesthésie-Réanimation et Médecine Péri Opératoire, CNP Cardiovasculaire, CNP de Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent, CNP de Chirurgie Maxillo-faciale et Stomatologie, CNP de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, CNP de Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique, CNP de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire, CNP de Chirurgie Vasculaire et Endovasculaire, CNP de Chirurgie Viscérale et Digestive, CNP de Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie-Médicale, CNP d'Hépatogastro-Entérologie, CNP de Médecine Intensive-Réanimation, CNP de Neurochirurgie, CNP d'Ophthalmologie, CNP d'ORL et CCF, CNP de Radiologie et Imagerie médicale (G4), CNP d'Urologie.

Il convient par ailleurs de considérer que :

- Dans certains cas, l'absence de compétence en réanimation des personnels libérés peut limiter la pertinence de leur redéploiement en secteur de soins critiques par rapport au maintien de l'activité du plateau interventionnel et/ou la création d'unités médicales COVID (MCO et/ou SSR) au sein de l'établissement.
- Lors de la première vague COVID, certains établissements avaient été soumis à une déprogrammation sans que pour autant leur territoire soit sous tension épidémique. Ceci renforce l'intérêt que la gestion de la déprogrammation soit effectuée à un niveau territorial.

La FSM propose que les CNP définissent pour chaque spécialité les parcours de soins en période COVID prenant en compte la densité virale et les déclinant jusqu'à la situation de catastrophe sanitaire. Ceci doit conduire à identifier, par spécialité, les seuils « résiduels » d'activité pour les pathologies non-COVID à maintenir impérativement.

### **Cellule médico-chirurgicale des programmations**

La FSM propose qu'au sein de chaque établissement soit mise en place une cellule médico-chirurgicale des programmations qui procède collégalement aux arbitrages médicaux et dont les décisions sont tracées. Le document de traçabilité doit préciser les décisions adoptées en fonction du contexte médical, d'une analyse médicale bénéfiques/risques et des conditions environnementales locales. Cette cellule procède à la hiérarchisation des prises en charges entre les différents sites et les différentes spécialités en fonction des seuils résiduels d'activité proposés par les CNP. Il s'agit, en situation d'inadéquation entre les ressources et les besoins, d'introduire une dimension éthique à la prise de décision prenant en compte les principes de justice et d'équité, de dignité, d'autonomie et de respect de la personne. La FSM relaie la proposition de France Assos Santé selon laquelle les « critères de déprogrammation doivent faire l'objet d'une communication transparente et claire auprès du public ». La tenue par l'établissement d'un registre des déprogrammations est également recommandée.

La FSM propose que les cellules médico-chirurgicales de programmation de chaque établissement se coordonnent au niveau du réseau médical du territoire, si possible à partir d'un établissement pivot et soient en mesure de proposer :

- l'ouverture de plages opératoires dans les établissements privés pour les équipes chirurgicales des établissements publics et inversement. Cela permet de répartir de manière plus harmonieuse, au sein du territoire, le poids de la déprogrammation qui ne peut peser de manière prépondérante que sur les seuls établissements disposant d'une réanimation. Le cadre réglementaire, assurantiel et financier de ces coopérations doit être clarifié et homogène,
- l'augmentation des flux de sortie des patients COVID des unités de réanimation en les transférant, dès le passage du cap critique de la maladie, vers des structures de surveillance continue d'établissements de seconde ligne du territoire,
- la prise en charge de la traumatologie courante du territoire en dehors de l'établissement de référence.

### **Reprise de l'activité interventionnelle :**

Elle doit être anticipée dès à présent pour éviter les retards observés à l'issue de la première vague. En lien avec l'ARS, les réseaux médicaux territoriaux seront en première ligne pour décliner les modalités d'augmentation progressive de l'activité des plateaux techniques. La reprise est calibrée en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique du territoire et elle s'appuie sur les registres de déprogrammation tenus par chaque établissement.

En outre, elle prend en compte :

- l'évolution de l'activité des soins critiques COVID et la remise en route éventuelle des salles de surveillance post-interventionnelles utilisées comme réanimations éphémères,
- la fatigue des personnels du plateau technique mobilisés dans les unités COVID,
- la disponibilité effective des dispositifs, des équipements, et des médicaments de l'anesthésie.