



Concept "Coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19".

Précisions sur la coordination nationale des unités de soins intensifs en situation particulière

Situation

Le nombre de nouvelles infections par le COVID-19 est actuellement en forte augmentation. Parallèlement, le taux de vaccination reste faible et n'affiche qu'une légère tendance à la hausse. De ce fait, le nombre de maladies et d'hospitalisations augmente, tout comme celui des admissions nécessaires dans les unités de soins intensifs. En raison de la charge permanente des unités de soins intensifs, jusqu'à 10% des lits certifiés ne peuvent pas être exploités faute de personnel qualifié, ce qui augmente encore la pression. En raison des différences régionales en matière de couverture vaccinale et de fréquence des cas, la proportion de patients atteints de COVID-19 est inégalement répartie, ce qui confère une importance croissante à la coordination nationale des unités de soins intensifs.

Objectif

Une répartition des capacités entre les unités de soins intensifs de tous les hôpitaux publics et privés de toute la Suisse doit permettre d'éviter une surcharge locale ou régionale, de maintenir une capacité d'accueil homogène dans toute la Suisse et de renforcer la résilience des unités de soins intensifs et la capacité du personnel à tenir le coup. Pour ce faire, il convient d'envisager des transferts précoces de patients en soins intensifs COVID-19 et non COVID-19.

L'extension éventuelle de la coordination aux unités de soins intermédiaires IMC (par l'unité de soins intensifs de référence correspondante) ainsi qu'aux lits de traitement ad hoc, y compris leur structure aussi uniforme que possible dans toute la Suisse (p. ex. un lit de traitement ad hoc pour 6 lits de soins intensifs certifiés), doit être rendue possible avec le même objectif.

Cela nécessite une précision du mandat et de la mise en œuvre subsidiaire de la Coordination nationale des unités de soins intensifs et entraîne une adaptation de l'activité du service de coordination.



Conditions-cadres

Conformément à l'art. 25, al. 1, de l'ordonnance Covid-19 3, les cantons veillent à ce que les capacités (notamment les lits et le personnel spécialisé) soient suffisantes. Dans le cadre de la coordination nationale, les hôpitaux et leurs unités de soins intensifs respectent et communiquent les directives de l'autorité compétente dans leur canton.

Organisation

Afin de garantir sa capacité d'accueil en tous temps, chaque unité de soins intensifs s'organise elle-même. Chaque unité de soins intensifs est déjà affiliée ou est en train de s'affilier, au niveau cantonal ou régional, à l'un des réseaux hospitaliers existants ou créés par les autorités cantonales, pour les transferts de patients et la gestion des capacités. Il s'agit des réseaux suivants, dirigés en règle générale, par la direction de la médecine intensive d'un hôpital universitaire ou d'un centre hospitalier :

- Hôpitaux Universitaires de Genève (Pr Jérôme Pugin)
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Pr Jean-Daniel Chiche)
- Universitätsspital Insel Bern (Prof. Stephan Jakob)
- Universitätsspital Basel (Prof. Hans Pargger)
- VKZ / GD Kanton Zürich (Prof. Reto Schüpbach, Universitätsspital Zürich)
- Ente Ospedaliero Cantonale Ticino (Prof. Paolo Merlani)
- Kantonsspital St. Gallen (Prof. Miodrag Filipovic et Dr. Gian-Reto Kleger)
- Kantonsspital Aarau (Dr. Mathias Nebiker)
- Kantonsspital Luzern (Dr. Philipp Venetz)
- Kantonsspital Graubünden (Dr. Adrian Wäckerlin)

Les responsables mentionnés règlent leur suppléance et la joignabilité H24.

Au sein des réseaux hospitaliers existants, leurs unités de soins intensifs veillent à des transferts précoces de patients et à une répartition des capacités, en premier lieu entre les lits de soins intensifs certifiés en exploitation et, en second lieu, entre toutes les places de traitement possibles (inclus les IMC, création de lits de traitement ad hoc) selon les directives cantonales adoptées.

Lorsque la capacité d'accueil devient critique, les patients déjà admis aux soins intensifs ou les patients pour lesquels un traitement intensif est indiqué sont généralement transférés au sein même du réseau hospitalier, Parallèlement des restrictions des prestations non urgentes sur le plan médical sont initiées au sein de l'hôpital et du réseau. Il s'agit d'équilibrer la charge de travail au sein du réseau, tant pour les patients COVID-19 que pour les patients non COVID-19, de prévenir une surcharge due à des cas de traitement intensif non planifiés (notamment en cas de programmes d'intervention complets) et de transférer à temps les patients transportables.

Limitation des prestations non urgentes

Vert :

Tant que les prestations médicales non urgentes sont encore effectuées dans un hôpital, c'est-à-dire que les interventions électives/traitements planifiés avec traitement ultérieur ou prestations de maintien aux soins intensifs ne sont pas restreintes, l'état de fonctionnement est considéré comme vert.

Jaune :

Si, dans un hôpital, des interventions électives/traitement planifiés avec traitement ultérieur ou prestation de maintien aux soins intensifs ont dû être annulée, deux jours consécutifs, en raison de l'occupation de ces services par des patients COVID-19 sous respiration artificielle, l'état de fonctionnement est considéré comme jaune. (Un traitement ultérieur ou une prestation de maintien dans l'IMC au lieu de l'unité de soins intensifs ne compte pas comme une annulation).

Rouge :

Dès que, dans un hôpital, toutes les interventions/traitements électifs non urgents avec traitement ultérieur ou maintien aux soins intensifs ont dû être annulés, en raison de l'occupation de ces unités par des patients COVID-19 sous respiration artificielle, l'état de fonctionnement est considéré comme rouge. (Le traitement ultérieur ou la mise en attente en IMCU au lieu de l'unité de soins intensifs ne compte pas comme une annulation).

Exploitation

La coordination nationale sert d'intermédiaire pour les transferts de patients au niveau suprarégional et national. Elle le fait d'une part en fonction des besoins aigus et d'autre part de manière proactive pour compenser les coûts, comme décrit en détail dans le concept du 16 juin 2020. Elle coordonne les rencontres régulières des représentants des réseaux, dont la présidence est désignée par la délégation du comité de pilotage.

Le médecin intensiviste responsable de garde d'un hôpital en état d'activité jaune ou rouge peut - après avoir épuisé les possibilités de transfert de patients au sein de son réseau et après avoir consulté la direction du réseau - faire appel à la Coordination nationale. L'autorité compétente dans le canton doit en être informée par l'hôpital qui transfère le patient.

La cellule de coordination peut, sur accord entre les représentants des réseaux hospitaliers concernés, organiser des transferts de patients de réseaux plus chargés (dépassement d'un taux d'occupation de 85% des places de soins intensifs certifiées en exploitation, dont 50% de patients COVID-19) vers des réseaux moins chargés (taux d'occupation plus faible, plus faible proportion de patients COVID-19). Pour ce faire, la cellule de coordination entre directement en contact avec les unités de soins intensifs concernées. Ceci dans le but de maintenir la capacité d'accueil de tous les réseaux et de leurs hôpitaux à un niveau aussi élevé que possible dans toute la Suisse grâce à une répartition des capacités entre toutes les places de soins intensifs.

Après accord des unités de soins intensifs donneuses et réceptrices, la cellule de coordination déclenche les transports de transfert les plus appropriés en accord avec les hôpitaux concernés et les centrales d'appels sanitaires urgents responsables des sites donneurs, dans la mesure où les hôpitaux concernés ne s'en chargent pas eux-mêmes. L'autorité compétente dans le canton doit être informée par les hôpitaux concernés des transferts de patients vers d'autres réseaux.

Dans ces circonstances, les transferts ne se font généralement que d'une unité de soins intensifs à l'autre, mais pas d'un service ou des urgences d'un hôpital vers l'unité de soins intensifs d'un autre hôpital. Dans tous les cas, le médecin responsable des soins intensifs de garde doit être impliqué. Les transferts de nuit doivent être évités. S'il n'y a pas de réserves après des interventions planifiées ou des admissions non planifiées, le médecin responsable des soins intensifs de garde décide entre le transfert et l'utilisation d'un lit ad hoc en raison du risque lié au transport et au transfert d'un patient gravement malade pendant la nuit.

Une fois le traitement médical intensif terminé et sur indication de l'unité de soins intensifs qui a accueilli le patient, celui-ci est transféré dans l'hôpital qui l'a initialement transféré, au moment le plus opportun pour les soins dans l'unité de soins normaux ou dans l'unité de COVID-19. Les hôpitaux concernés s'informent de ce transport secondaire et le déclenchent via l'une de leurs centrales d'appels sanitaires urgents.

Dans ces conditions, la cellule de coordination nationale de la Rega se tient à la disposition des unités de soins intensifs au numéro de téléphone 058 654 39 51 (si le numéro d'alarme 1414 n'est pas disponible).

Base d'information et anticipation

Les transferts de patients et la gestion des capacités dans les dix réseaux hospitaliers, mais aussi la coordination nationale, se fondent d'une part sur les indications des hôpitaux, concernant leur état de fonctionnement au sein des réseaux et vis-à-vis du service de coordination, et d'autre part sur les enregistrements actuels de tous les hôpitaux ou de leurs unités de soins intensifs - dans le système d'information et d'intervention (SII) du SSC - sur le nombre de places de soins intensifs certifiées, de lits IMC et de lits de traitement ad hoc supplémentaires qu'ils exploitent ainsi que sur leur occupation par des patients COVID-19 et non COVID-19 ventilés ou non ventilés.

Le SSC et la cellule de coordination analysent en permanence les capacités de traitement de médecine intensive au niveau national, cantonal et dans le cadre des dix réseaux hospitaliers. Ils vérifient en outre dans quelle mesure les capacités de traitement sont utilisées pour les patients COVID-19 et non COVID-19 et comment les patients COVID-19 se répartissent au sein de tous les hôpitaux. L'observation des dix réseaux d'hôpitaux et des données critiques correspondantes spécifiques à COVID-19, telles que les valeurs Re cantonales et régionales, le nombre de cas et l'occupation des hôpitaux, etc. permet d'anticiper les ressources nécessaires en médecine intensive.

La médiation subsidiaire des transferts de patients entre les différents réseaux hospitaliers sert exclusivement le bien-être des patients, repose sur la volonté commune et l'honnêteté de tous les participants, renonce à l'intégration de critères économiques et ne peut réussir que dans un esprit de solidarité.

Finances

La Rega met à disposition sa centrale d'intervention ainsi que les ressources humaines et structurelles nécessaires en tant que centre de coordination, ce qui signifie qu'il n'y a pas de coûts supplémentaires pour la Confédération, les cantons et les hôpitaux. Le mandataire du Conseil fédéral pour le SSC se charge du financement d'éventuels coûts supplémentaires.

Tout transfert d'un patient par l'intermédiaire du service de coordination de la Rega ainsi que son admission dans un hôpital extra cantonal sont considérés comme des urgences médicalement justifiées.

Par ailleurs, le concept "Coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs pendant la pandémie de COVID-19" reste applicable du 16 juin 2020.

14 décembre 2021