



Recommandation de la Direction de la Santé du 1^{er} septembre 2020 concernant l'organisation médicale et soignante des filières et secteurs COVID-19 des centres hospitaliers

Vu l'article 1^{er}, alinéa 1, points 2, 6 et 7 de la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé ;

Vu l'article 4, paragraphe 8 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière ;

Vu le règlement grand-ducal du 14 août 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Considérant que les dispositions précitées permettent à la Direction de la Santé d'émettre des recommandations concernant l'organisation médicale et soignante des filières COVID-19 des centres hospitaliers qui prennent en charge des patients susceptibles d'être atteints de la COVID-19 ou qui ont été diagnostiqués comme porteurs du virus SARS-CoV-2 ;

Considérant qu'une transmission communautaire soutenue de la COVID-19, telle qu'elle est observée actuellement, impose de maintenir une capacité d'accueil et de soins hospitaliers ;

Considérant que la prise en charge hospitalière des patients COVID-19 est organisée en filières et en secteurs d'hospitalisation afin de réduire le risque de transmission intrahospitalière et d'infection nosocomiale au SARS-CoV-2 ;

Considérant la réorganisation du 16 juillet 2020 de la Cellule de crise Cellule de crise COVID-19 présidée par la Ministre de la Santé et le Haut Commissaire à la Protection nationale ;

Considérant qu'un plan de montée en charge des activités hospitalières liées à la COVID-19 a été approuvé par la Cellule de crise, et qu'il se décline en 4 phases pour chaque centre hospitalier, précisant le nombre de lits de soins normaux (lits aigus non intensifs) et de soins intensifs pouvant être affectés à la prise en charge des patients COVID-19 pour chaque phase ;

Considérant que la Cellule de crise peut décider de la mise en fonctionnement de structures de soins primaires, Centres de consultations COVID-19 ou autres, permettant une gestion appropriée de l'afflux des patients en pré-hospitalier :

Art 1^{er}. La Direction de la Santé recommande l'organisation médicale et soignante des filières et des secteurs COVID-19 des centres hospitaliers telle que définie à l'annexe. Les différentes phases du plan de montée en charge des activités hospitalières en relation avec la COVID-19, qui précisent pour chaque centre hospitalier le nombre de lits de soins normaux et le nombre de lits de soins intensifs affectés aux patients COVID-19, sont déclarées par la Cellule de crise. Les changements de phase surviennent lorsque la capacité totale d'une phase pour l'ensemble des établissements se trouve dépassée.

Avant passage à une phase 3 ou 4, la Cellule de crise interroge les coordinateurs locaux afin de trouver avec eux des solutions de mise en place progressive de la phase suivante, de méthode de coordination, et de système de transfert des patients.

Art. 2 . L'organisation médicale et soignante des filières et secteurs COVID-19 repose sur des ressources médicales et soignantes formées. Elle doit être conçue par les centres hospitaliers de manière à limiter au maximum toute transition ou passage d'un secteur ou d'une filière COVID-19 à un autre secteur ou filière du personnel médical et de soins. Si une telle transition s'avérait néanmoins nécessaire, le personnel médical et de soins respecte les procédures de prévention et de contrôle des infections en vigueur au sein de l'établissement hospitalier.

L'affectation du personnel soignant à une telle filière ou secteur répond au principe du « cohortage ». Il incombe à la direction des établissements hospitaliers d'assurer la mise en place et l'organisation des filières et secteurs COVID-19. A partir d'un certain seuil, les hôpitaux s'engagent à ce titre à transférer le personnel des unités non COVID vers les unités COVID-19 en fonction de l'activité non COVID. Ceci, sans préjudice du droit que la CNS se réserve d'apporter les corrections nécessaires dans le cadre du décompte par rapport à l'activité réelle qui a eu lieu dans les hôpitaux.

Art. 3 . Les ressources soignantes recommandées à l'annexe s'entendent comme des ressources supplémentaires à l'effectif existant avant la crise COVID-19, sous réserve des observations à l'article 2 et notamment celles qui portent sur une diminution de l'activité dans la filière non-COVID.

Art. 4. Les hôpitaux s'engagent à mettre à disposition des services d'urgence les ressources médicales nécessaires au fonctionnement de la filière COVID-19 pour ne pas diminuer l'équipe des médecins urgentistes de la filière non-COVID, dans le respect du règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national d'urgence pédiatrique.

Annexe

I.) Ressources médicales

Les ressources médicales nécessaires à la prise en charge des patients dans les filières ou secteurs COVID-19 varient selon la situation épidémiologique. Selon cette situation, et selon la phase de montée en charge des activités hospitalières liées à la COVID (phases 0 à 4 déclarées par la Cellule de crise) et, le cas échéant, de déprogrammation des activités hospitalières non COVID, la disponibilité médicale pour les secteurs COVID-19 évolue d'une situation de disponibilité sur appel à une présence physique sur site, selon l'occupation de ces secteurs et la sévérité des tableaux cliniques présentés par les patients. Les présentes recommandations ne précisent pas les modalités éventuelles d'indemnisation de cette disponibilité.

A.) Ressources médicales pour les secteurs COVID-19 en soins normaux (SN)

Au minimum un médecin est disponible et appelable en permanence pour l'admission, le suivi et l'organisation des soins, y compris l'organisation des soins d'aval, des patients COVID-19 en soins normaux, dès la phase 1.

B.) Ressources médicales pour les secteurs COVID-19 en soins intensifs (SI)

Au minimum un médecin est présent physiquement en permanence sur site, pour l'admission, le suivi et l'organisation des soins, y compris l'organisation des soins d'aval, des patients COVID-19 en soins intensifs, dans la mesure du possible exclusivement dès l'admission d'un patient COVID-19 dans le service de soins intensifs.

L'organisation interne précise le nombre minimal des médecins nécessaires sur place.

C.) Ressources médicales pour le secteur COVID du Service national de pédiatrie spécialisée

Le Service national de pédiatrie spécialisée assure au minimum pour le secteur COVID-19 une disponibilité médicale COVID-19 continue dédiée dès la phase 0.

D.) Ressources médicales pour le Service national des maladies infectieuses

Le Service national des maladies infectieuses assure au minimum une présence médicale COVID-19 continue dès la phase 0.

E.) Ressources médicales pour les filières COVID-19 des services d'urgence adultes

Chaque hôpital assure pour la filière COVID-19 une présence médicale dédiée minimum d'une heure médecin par heure de service d'urgence dès la phase 0.

Pour garantir une qualité de prise en charge des patients, une présence médicale supplémentaire est assurée pour la filière COVID-19, soit en journée uniquement, soit permanente, en fonction de l'activité observée et des flux de passages dans la filière COVID-19.

Au-delà de 30 passages COVID-19 suspects et confirmés dans cette filière par 24 heures, il est recommandé que chaque hôpital mette à la disposition de la filière COVID-19 une présence médicale supplémentaire de minimum 0,5 heures médecin par heure de service d'urgence.

Pour chaque tranche de 30 passages COVID-19 suspects et confirmés dans cette filière par 24 heures, il est recommandé que chaque hôpital mette à la disposition de la filière COVID-19 une présence médicale supplémentaire de minimum 0,5 heures médecin par heure de service d'urgence.

La présence médicale recommandée en filière COVID-19 du service d'urgence s'établit donc ainsi :

0-30 passages en filière COVID-19/24h	24 h
31-60 passages en filière COVID-19/24h	36 h
61-90 passages en filière COVID-19/24h	48 h
91-120 passages en filière COVID-19/24h	60 h

F.) Ressources médicales pour la filière COVID-19 du Service national d'urgence pédiatrique

Le Service national d'urgence pédiatrique assure pour la filière COVID une présence médicale dédiée de minimum 1 heure médecin par heure de service d'urgence dès la phase 0. La mise à disposition d'effectifs médicaux supplémentaires suit les recommandations formulées pour les services d'urgence ci-dessus.

II.) Dotation en personnel de soins

Les dotations en personnel de soins sont exprimées en heure de présence infirmière supplémentaire et/ou en équivalent temps plein infirmier supplémentaire lié à la prise en charge COVID-19 ou à l'organisation mise en place.

Une dotation de sécurité supplémentaire est nécessaire dès la phase 0, permettant une prise en charge et une organisation en secteur et filières COVID-19 jusqu'à la phase 2 inclus du plan de montée en charge. Lorsque l'occupation des secteurs COVID-19 atteindra 80% des capacités nationales de la phase 2 du plan de montée en charge, et avant le passage en phase 3, une nouvelle évaluation devra être effectuée en tenant compte des indisponibilités de personnel et des réaffectations internes au sein de l'hôpital. Cette évaluation sera menée en concertation avec la FHL, la CNS, la Direction de la santé et le ministère de la Santé pour la cellule de crise.

A.) Dotation de sécurité couvrant les secteurs COVID-19 en soins normaux (SN) et soins intensifs (SI)

Pour l'ensemble des hôpitaux aigüs est assurée pour les secteurs COVID-19 en soins normaux et soins intensifs une dotation COVID-19 supplémentaire permettant l'exploitation des lits prévus dans le tableau de montée en charge validé par la cellule de crise pour le traitement des patients COVID-19 en soins normaux (incluant le service national des maladies infectieuses) et en soins intensifs.

La dotation de sécurité correspond à une présence infirmière supplémentaire pour chaque lit COVID-19 prévu au plan de montée en charge de la phase 0-2 :

- 252 minutes – x minutes de la charge de travail du patient moyen (utilisé pour le calcul budgétaire 2020) relatif à l'unité concernée par lit de soins normaux affecté à la prise en charge des patients COVID-19
- 960 minutes – x minutes de la charge de travail du patient moyen (utilisé pour le calcul budgétaire 2020) relatif à l'unité concernée par lit de soins intensifs affecté à la prise en charge des patients COVID-19

En parallèle de la mise en place des dotations supplémentaires qui résultent de l'application des présentes dispositions, le LIH, avec le support des infirmiers PRN des hôpitaux, sera chargé de mesurer la charge de travail réelle ayant résulté de la prise en charge des patients COVID-19. Les dotations seront adaptées en fonction des résultats des mesures réalisées par le LIH.

B.) Norme de dotation pour le secteur COVID-19 pour le Service national de pédiatrie spécialisée :

Le Service national de pédiatrie spécialisée assure une dotation COVID-19 supplémentaire permettant une présence infirmière supplémentaire de 3,3 heures par lit par tranches de 5 lits affectés aux patients COVID-19, jusqu'à maximum 10 lits.

La dotation COVID-19 supplémentaire pour les heures infirmier s'établit donc ainsi :

0-5 lits affectés COVID-19 soins normaux pédiatrie	16,5 h
6-10 lits affectés COVID-19 soins normaux pédiatrie	33 h

C.) Norme de dotation pour les filières COVID-19 des services d'urgence adultes et du service national d'urgence pédiatrique

Chaque hôpital met en oeuvre un pré-tri des patients permettant d'orienter le patient vers la filière COVID-19 ou non COVID, ainsi qu'une filière dédiée à la prise en charge de patients COVID connus ou suspects. Chaque hôpital assure une dotation supplémentaire de 1 heure infirmier pour chaque heure de fonctionnement du pré-tri.

Pour chaque hôpital dont la dotation calculée sur base de l'activité prévisionnelle pour le service d'urgence ne permet pas d'assurer une filière séparée COVID-19 au niveau du service d'urgence, il devra être assuré une dotation minimale de sécurité supplémentaire de 2 heures de présence infirmier par heure de service d'urgence.

D.) Autres dotations

Les dotations supplémentaires nécessaires pour les soins indirects (notamment les fonctions logistiques, de coordination et d'encadrement...) ne sont pas pris en compte dans la présente recommandation et doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle entre la CNS et les hôpitaux.

III.) Dotation pour les laboratoires

Des dotations supplémentaires pour l'activité de laboratoire (tests PCR réalisés en interne pour éviter les délais d'envoi des échantillons) sont estimées comme suit : 1 PCR = 4,3 minutes, selon estimation basée sur l'expérience acquise d'un centre hospitalier, corroborée par la demande d'un 2^{ème} centre hospitalier.