



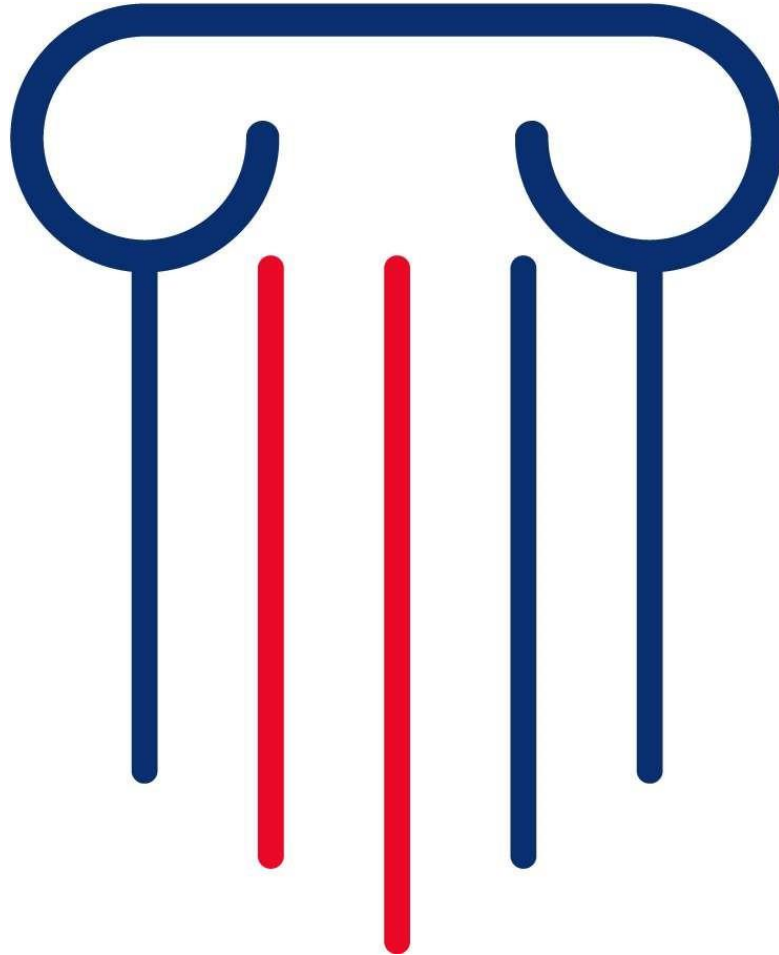
République Tunisienne
Ministère de la Santé

Les Guides Méthodologiques de l'INEAS

Direction de l'Accréditation en Santé

PLAN ORGANISATIONNEL D'UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ COVID-19





Edition : 05 Mai 2020

© Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS)

Site Internet : www.ineas.tn

PLAN ORGANISATIONNEL

D'UN ETABLISSEMENT DE SANTÉ

COVID-19

EQUIPE PROJET INEAS :

Mme. Sihem ESSAAFI, Directeur de l'Accréditation en Santé

Mme. Sihem MAJOU, Chargée de l'Unité de Management de la Qualité Totale et Audit

Mme. Asma BEN BRAHEM TOUIL, Chargée de la Direction Qualité des soins et sécurité des patients

AVEC LA CONTRIBUTION DES EXPERTS-VISITEURS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE 2^{EME} ET 3^{EME} LIGNES DE L'INEAS :

Mr. Lotfi BEN MOSBAH

Mme. Soraya FENNICHE,

Mme. Radhia HELALI

Mme. Wadiaa BANNOUR,

Mr. Hédi GUELMEMI, Président Collège d'Experts, INEAS

Validé par Mr. le **Pr. Chokri HAMOUDA**, Directeur Général - INEAS.

Ce guide :

- Propose des solutions d'organisation au regard des ES Covid-19
 - Il n'a pas vocation à définir des organisations strictes à mettre en œuvre mais propose des orientations à adapter.
-

Nature des modifications du document	Date	Version
Création du Guide	02 Avril 2020	1
Rajout d'un axe (Axe3) et mise à jour globale de la version 02 Avril 2020 du guide suite à la réactivité et propositions des experts-visiteurs de l'INEAS.	05 Mai 2020	2

I/ Contexte

Face à cette situation sanitaire exceptionnelle, certains établissements de santé en Tunisie sont mobilisés pour la prise en charge des malades COVID-19 confirmés ou suspects présentant des signes de sévérité ou de gravité.

Dans ce cadre, et afin de répondre à une demande parvenue de la part du Ministère de la Santé, l'INEAS s'est penchée à l'élaboration d'un « plan organisationnel des ES COVID-19 ».

Ce document vise à aider les ES publics ou privés à répondre aux besoins de la mise en place d'une nouvelle organisation :

- Prenant en compte toutes les composantes de l'offre de soins de l'ES ;
- Précisant les modalités de mobilisation de toutes les ressources et des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ;
- Facilitant la coopération et la coordination des acteurs.

II/ Méthodologie

- Groupe de travail restreint
- Réunions par voie électronique privilégiées
- Méthode de réponse rapide basée sur un processus court en 6 étapes simplifiées :
 - Sélection des données
 - Élaboration d'un draft
 - Avis de personnes ressources
 - Consultation par voie électronique avec un délai de réponse limité
 - Validation
 - Diffusion : en format court, spécifique et actualisable.

III/ Plan organisationnel

Axe 1 : Activation de la cellule de crise et du plan blanc

LE PLAN BLANC

C'est le plan d'urgence sanitaire déclenchée par le directeur de l'établissement qui va mettre en place ou activer la cellule de crise. Il a pour objectifs de :

- Mobiliser l'établissement de santé pour répondre à une situation de crise ;
- Mobiliser les professionnels de santé ;
- Mobiliser les moyens matériels et logistiques de l'établissement ;
- Adapter l'activité médicale de l'établissement.

(Se référer à l'extrait du Manuel d'accréditation des ES de 2^{ème} et 3^{ème} lignes – Édition 2018. Référence QGR 8 : « La gestion de crise est organisée ») www.ineas.tn

LA CELLULE DE CRISE

Outre sa principale mission de définir la stratégie et les règles de fonctionnement de l'établissement durant la crise, la Cellule de crise en collaboration avec le coordonnateur qualité de l'établissement, sera chargée de :

- Décliner le plan organisationnel en plan opérationnel (plan de riposte)
- Réunir l'ensemble des acteurs concernés afin de présenter le schéma d'organisation retenu et de clarifier le rôle de chacun dans ce dispositif
- Définir les ressources et moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan de riposte
- Adapter le parcours de soins du patient et déterminer les mesures urgentes à mettre en place
- Déprogrammer toute activité chirurgicale ou médicale non urgente en concertation avec les différents partenaires de soins (comité médical, les consultations, les hôpitaux de jours), et sans préjudice de perte de chance pour les patients. Cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients Covid-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de l'établissement. Il s'agit

également de ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse. Il est par ailleurs important de veiller à préserver des capacités pour assurer la prise en charge des soins courants ne pouvant pas être reportés.

- Désigner un gestionnaire des lits (téléphone portable dédié) qui dispose d'un état des lieux en live des lits d'hospitalisation disponibles (Réanimation chaude, tiède et services) moyennant un tableau de gestion des lits qui est partagé avec tous les chefs de service, le directeur de l'établissement, les membres de la cellule de crise et le Shoc room du Ministère de la Santé.

La gestion des lits sera assurée de la manière suivante :

- Le Shoc room informe le gestionnaire de lits de l'arrivée d'un patient vers l'établissement COVID-19 en précisant l'heure estimée d'arrivée, l'état du patient et l'établissement d'origine.
- Le gestionnaire de lits informera immédiatement le service concerné de l'arrivée du patient.
- Tout chef de service dispose du pouvoir d'hospitalisation dans son service de tout autre patient qui arrivera par un autre circuit. Il est tenu à ce moment-là :
 - De mettre à jour le tableau de bord de disponibilité des lits ;
 - De suivre la mise en œuvre des mesures d'hygiène et de protection conformément aux Guides « Parcours du patient suspect ou atteint par le COVID-19 » développés par l'INEAS ;
 - D'assurer le suivi de toutes les actions entreprises et de prendre des mesures correctives en temps opportun.

Pour assurer ce pilotage, la cellule de crise de l'ES devra disposer en temps réel, des informations relatives aux capacités d'accueil et de prise en charge, en particulier des capacités d'hospitalisation immédiatement mobilisables et disponibles avec un focus sur le service de réanimation.

Il est important en phase de crise de fluidifier les interactions entre la cellule de crise (représentée généralement par son président) et les différents services de soins. Ceci va permettre de développer une expertise collective et de mieux partager les informations.

Axe 2 : Identification des capacités d'hospitalisation

L'établissement établit un état des lieux des :

- Capacités d'accueil d'urgence, en lits d'hospitalisation (adultes et pédiatriques), de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue (USIC, salle de réveil, les blocs opératoires non actifs) ;
- Moyens matériels disponibles, notamment des respirateurs ;
- Capacités de stockage et de distribution en oxygène dans l'ES ;
- Moyens en personnels soignants disponibles et/ou mobilisables.

Cet état des lieux sera à mettre en regard :

- la modélisation des besoins conduite à l'ES
- le redéploiement des locaux, du matériel et du personnel avec prévision d'un plan progressif de recrutement de lits immédiatement ou potentiellement mobilisables
- l'identification des circuits et des secteurs de prise en charge des patients.

La définition de la capacité hospitalière doit tenir compte des caractéristiques du SARS COV 2 :

- Des chambres individuelles de préférences équipées de sanitaires sont souhaitables pour les cas suspects ne relevant pas de la réanimation
- Un cohorting de patients est possibles pour les cas confirmés (RT PCR Positifs)

Axe 3 : Sectorisation de l'établissement :

En situation d'épidémie de Covid-19, tout patient est considéré suspect jusqu'à preuve du contraire. Donc toute hospitalisation doit être préalablement régulée par le SAMU. Toutefois certains patients peuvent se présenter spontanément aux urgences. Ce qui nécessite la mise en place de directives pour l'accueil et l'orientation

des patients, dont l'objectif est d'éviter la contamination des personnels, des patients mais également de l'environnement.

Le principe général, est que chaque établissement selon ses spécificités et son plan architectural doit pouvoir identifier une zone à haute densité virale et une zone à basse densité virale. La zone à haute densité virale correspond aux zones dans lesquelles les patients Covid-19 seront hospitalisés.

Certains services ou structures sont assimilés à des zones à haute densité virale, à savoir :

- Les points d'accueil ;
- La zone de tri ;
- Le service d'urgence s'il ne peut être sectorisé ;
- Le service de microbiologie/virologie (où sont manipulés les prélèvements à viser diagnostique)
- Les services ne pouvant être sectorisés lors du passage de patients Covid-19 (radiologie, morgue, bloc opératoire, etc.).

Cette zone nécessite des mesures d'hygiène particulière (hygiène des mains renforcé, etc.), de protection du personnel et d'organisation.

Axe 4 : Les ressources humaines affectées

- Redéploiement du personnel vers la prise en charge des patients. Ce qui pourrait constituer une solution pour les secteurs actifs COVID + (urgences, services d'hospitalisation COVID, secteurs de soins intensifs et de réanimation)

- S'organiser, afin de solliciter un **nombre restreint de professionnels de santé** autour des patients, avec un dispositif tournant régulier pour permettre de soulager les professionnels de santé.

- Création d'un pool de personnels de réserve ~~de~~ susceptible de suppléer et renforcer les équipes actuelles (du secteur public et privé ou personnel à la retraite ayant pratiqué dans les services de réanimation les cinq dernières années).

- Les professionnels appelés à renforcer les équipes Covid-19 devront au préalable disposer d'une formation pour la prise en charge de ces patients, notamment sur les mesures de protection.

- Ceci pourrait constituer une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation mais également la probable diminution des effectifs en lien avec l'indisponibilité des soignants (contamination probable ou indisponibilité personnelle).
- Suivi précis des professionnels de santé chargés de la prise en charge directe des patients. Des outils d'enregistrement (un tableau de répartition du personnel) des jours et horaires de présence sur le lieu de travail sont nécessaires afin de retracer, à posteriori, et de façon satisfaisante ces professionnels de santé.
- Ce dispositif permettra de disposer d'un historique des personnes contacts en cas de besoin.
- Mise en place d'un système d'enregistrement des évènements indésirables dans les services concernés.

Se référer dans le suivi du personnel aux recommandations du collège national de médecine de travail dans la prise en charge et le suivi du personnel en contact avec des cas COVID + (voir guide de Parcours de patients édité par l'INEAS)

Un renforcement de la régulation médicale de l'aide médicale urgente et des soins ambulatoires doit être réfléchi. Il s'agit notamment de s'assurer du renforcement des SAMU en mobilisant des personnels en renfort des équipes des SAMU (infirmiers, étudiants en médecine, etc.)

Axe 5 : Les moyens matériels

- Les moyens matériels sont à anticiper qualitativement et quantitativement au regard des recommandations proposées par l'INEAS et les sociétés savantes en particulier pour la réanimation.
- La constitution d'un état des lieux des équipements biomédicaux (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, ...) avec une actualisation fiable.
- Vigilance accordée à la surveillance des stocks d'équipements de protection et notamment le stock de masques chirurgicaux et masques FFP2, blouses chirurgicales, sur blouses, gants à usage unique non stérile, flacons de savon liquide et flacons de solutions hydro-alcooliques.

- Les EPI doivent être vérifiés et validés par le service d'hygiène et la médecine de travail (qualité, conditions d'usage, normes de protection)
- Assurer le suivi de la consommation du stock quotidiennement et en informer la cellule de crise. Le réapprovisionnement doit se faire chaque semaine.
- Contacter les fournisseurs pour s'assurer du stock disponible et prévoir d'autres fournisseurs pour faire face à la rupture.
- Informer les fournisseurs des mesures de sécurité à respecter.
- Les dons des équipements de protection individuelle ou tout autre produit (désinfectants, produits hydroalcooliques, ...) doivent être validés par la pharmacie et/ou la médecine de travail et/ou l'hygiène hospitalière.

Axe 6 : Adaptation de la chaîne logistique

- Organisation de la chaîne logistique de l'ES (achat, restauration, gestion de stock et sécurité) doit être adaptée afin d'assurer un approvisionnement sécurisé et dimensionné des moyens nécessaires à la prise en charge des patients COVID-19.
- Évaluation des stocks afin de disposer sans interruption des moyens nécessaires. Par exemple, il pourra être envisagé de mettre en place une procédure *ad-hoc* pour reconstituer de façon régulière les consommables afin de disposer, au besoin, des approvisionnements nécessaires à des fréquences plus courtes.
- L'ensemble des acteurs impliqués dans la chaîne logistique doit s'approprier les mesures particulières à mettre en œuvre, et plus particulièrement concernant le circuit des déchets d'activité de soins et le linge émanant des circuits COVID, le circuit alimentaire.
- Évaluation du stock de nourriture pour assurer la continuité de la dispensation des repas en renforçant les mesures de sécurité alimentaire et dans le cas où cette activité est externalisée, informer le fournisseur des nouveaux besoins (quantité, qualité et surtout sécurité des aliments).

Axe 7 : Les mesures d'hygiène et de protection des professionnels de santé

(Se référer au guide « parcours du patient suspect ou atteint de COVID-19 » et la fiche « mesures de protection du personnel soignant dans un centre COVID-19 ») www.ineas.tn

La protection des professionnels de santé en contact direct avec les patients est un enjeu important. Il convient d'assurer la/le :

- Mise en application des mesures d'hygiène et de protection mentionnées dans le guide de l'INEAS, afin d'éviter tout risque de transmission et de propagation au sein de l'ES.

- Définition des moyens de protection disponibles et les règles d'usage selon :
 - Le niveau de prise en charge : activité administrative, tri, transport, unité d'isolement, réanimation, bloc opératoire, imagerie médicale, laboratoires selon qu'il s'agit d'une zone à haute densité ou à basse densité virale
 - Le niveau d'asepsie de l'acte de soins : bas niveau de risque, moyen niveau de risque ou haut niveau de risque
 - Le niveau d'exposition aux aérosols et aux liquides biologiques : soins simples ou soins mouillants et souillant

- Détermination des lieux d'habillage et de déshabillage des équipements individuels de protection afin de garantir la sécurité du personnel et des patients, préserver l'environnement et rationaliser l'utilisation des équipements de protection individuelle :
 - Soit porter les équipements de protection individuelle, avant d'entrer dans la chambre du patient, et éliminer dans les DASRI les gants et la sur blouse, avant de sortir. Les lunettes de protection et le masque seront enlevés devant la chambre
 - Soit on considère toute l'unité d'hospitalisation comme zone Covid19 et dans ce cas l'habillage des équipements de protection individuelle (qui doivent comporter un tablier en plastique à usage unique) est réalisé avant d'accéder à l'unité, et on ne change que les gants et le tablier à usage unique entre deux patients, sans omettre le lavage ou la désinfection des mains par friction hydroalcoolique. La protection

faciale et la combinaison ou la surblouse seront éliminés juste avant de quitter l'unité dans un sas ou une zone réservée.

- Formation du personnel à propos du choix du niveau de protection, l'habillement (quoi, quand, comment et où) et le déshabillage (quand, comment et où)
- Réalisation de l'habillement et du déshabillage en binôme pour un contrôle mutuel ou en s'aidant d'un miroir afin de sécuriser les processus et superviser le bon déroulement des procédures d'habillement et de déshabillage.
- Renforcement des mesures d'hygiène hospitalière et des dispositions relatives à la désinfection des dispositifs médicaux et à l'environnement proche du patient.

(Se référer à l'extrait au Manuel d'accréditation des ES de 2^{ème} et 3^{ème} lignes – Édition 2018. Domaine 2 : « Gestion du risque infectieux » et Domaine 3 : « Qualité et sécurité de l'environnement ») www.ineas.tn

- Diffusion des mesures d'hygiène et de protection par voie d'affichage dans les points d'accueil et tous les secteurs d'activité et sur le site internet de l'établissement, le cas échéant.

Axe 8 : Information des professionnels de santé et du personnel

- Communication au personnel des modifications prévisibles concernant l'organisation du travail (nouvelle hiérarchisation des tâches, changement des responsabilités, ...)
- Information/Formation des professionnels de santé en contact direct avec les patients à la prise en charge de patient COVID-19 : rappel sur les caractéristiques cliniques de la maladie, de son évolution, des bonnes pratiques de prise en charge.
- Sensibilisation de l'ensemble du personnel, par l'équipe opérationnelle d'hygiène, aux techniques d'hygiène et de protection, l'habillement et le déshabillage, l'usage des masques faciaux et rappel des bonnes pratiques d'hygiène hospitalière.
- Information régulière du personnel de la situation épidémique des nouvelles recommandations et consignes.
- Diffusion des recommandations d'experts de l'INEAS portant sur la prise en charge des patients

Axe 9 : Pré et Post réanimation

- Accueillir les patients dans un premier temps en réanimation tiède (soins attentifs/ patients nécessitant une oxygénothérapie et non une ventilation artificielle) afin que leur transfert en cas de complication soit le plus rapide et le plus sécurisant possible vers la réanimation chaude (soins intensifs pour les malades nécessitant une ventilation artificielle).
- Ne les accueillir dans les services que si les réanimations tièdes sont débordées.
- Raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation.
- Les circuits de sortie des patients de la réanimation et des autres services doivent être pris en compte dans les réflexions. L'objectif est de répondre à un turn-over rapide des patients. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité de ces unités.
- Compte tenu de ce turn-over rapide, la remise en état des locaux des services de réanimation doit être prévue.

Axe 10 : Suivi de l'activité

- Afin de disposer de la traçabilité des patients, une fiche devra être créée pour chaque patient COVID-19 hospitalisé (forme sévère ou grave) mentionnant l'admission en réanimation ou en service.

Il est demandé de renseigner au minimum les éléments suivants pour chaque fiche et de les actualiser : création d'un identifiant, le sexe, la date de naissance, les données de la prise en somatique, le statut (sortie de réa, décès, ou sortie de l'hôpital)

- Identifier des structures d'aval afin de libérer le plus rapidement possible les lits de soins aigus et de favoriser au maximum l'hospitalisation à domicile.
- Coordonner avec les autorités locales le retour à domicile du patient.

Axe 11 : Communication aux familles des patients

- Établir un répertoire d'adresse et de numéro de téléphone et personne de contact pour chaque patient.
- Identifier des agents chargés de communiquer, par téléphone, avec les familles sur l'état de santé du patient (visite interdite et restriction de déplacement).

