 <p><b>RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</b> Liberté Égalité Fraternité <b>ars</b> Agence Régionale de Santé Île-de-France</p>	<p align="center"><b>RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19</b></p>	<p><b>Création</b> v1 : 29/09/2020 v2 : 22/02/2021</p>
<p><b>Validation technique par la Direction de l'offre de soins</b> Date : 24/02/2021</p>		
<p><b>COVID-19 087</b></p>	<p align="center"><i><b>Adaptation de l'offre de soins hospitalière</b></i></p>	<p><b>Approbation par DVE SD-Covid :</b></p>
<p><b>Validation CRAPS</b> 24/02/2020</p>		
<p>Les doctrines régionales rendues publiques sont consultables sur : <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19</a></p>		

## PRÉAMBULE

Modalités de rédaction : ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe expert régional sur l'adaptation de l'offre de soins hospitalière en phase rebond. Ce document a été rédigé par le département Soins non Programmés de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France et soumis à l'avis du comité régional experts constitué de Directeurs Médicaux de Crise d'Île-de-France

**Ces recommandations pourront évoluer selon avec l'évolution des données épidémiques de COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.**

## DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- MINSANTE n°2021\_25 : Organisation de l'offre de soins en prévision d'une nouvelle vague épidémique et actualisation des règles d'éviction pour les professionnels
- MINSANTE n°195 du 16/11/2020 (relatif à l'organisation des évacuations sanitaires inter-régionales et transfrontalières de patients de réanimation atteints de la covid-19)
- MINSANTE/CCS n°2020\_162 : Stratégie d'organisation de l'offre de soin
- MARS N°2020\_85 : Stratégie d'adaptation de l'offre de soins à la reprise épidémique

## OBJET DU DOCUMENT

- Périmètre d'application : organisation générale de l'offre de soins hospitalière régionale
- Objectifs :
  - Indiquer les principes généraux de l'organisation régionale ;
  - Préciser les mécanismes d'adaptation de l'offre de soins ;
  - Décrire le pilotage de l'adaptation de l'offre de soins ;
- Elles sont applicables à partir du 22/02/2021

## PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'organisation de l'offre de soin hospitalière régionale doit être basée sur plusieurs grands principes :

1. Le principe de limitation de l'impact de la prise en charge de la COVID-19 sur les autres activités médicales et chirurgicales non programmées et programmées doit prévaloir durant l'épidémie de COVID-19. La limitation de la déprogrammation doit rester un principe de base
2. Le principe d'équité d'accès aux soins doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la COVID-19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopération territoriale ou solidarité régionale afin de ne pas saturer un territoire ou un établissement et éviter une inaccessibilité aux soins hors COVID dans ces territoires.
3. Le principe de territorialisation de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière doit être le moteur de la réponse hospitalière. Ainsi au sein de chaque territoire, une déclinaison opérationnelle des principes régionaux doit être effectuée entre les acteurs hospitaliers. Les filières COVID et non COVID doivent être identifiées et maintenues. Une attention particulière doit être portée aux territoires dont la ressource hospitalière serait plus réduite que les autres.
4. Le principe de montée en puissance coordonnée des territoires et des acteurs de santé est la règle. Elle est basée sur la définition de **paliers** (ou capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour COVID-19) et de **jauges** (état d'occupation des lits par type de secteurs (HS et SC), par département et par type d'ES. La progression d'un palier à l'autre doit se faire de façon coordonnée et simultanée au niveau de la région. Le partage d'information et la transparence doivent être le ciment de la coordination territoriale.
5. Les principes de responsabilité populationnelle régionale et de solidarité s'imposent à tous les acteurs de santé pour garantir une prise en charge de tous les franciliens. Ainsi, une entre-aide territoriale et interterritoriale doit être un principe partagé par tous et implique de prendre en charge un patient provenant d'un autre territoire en cas de saturation des jauges et des capacités dans une partie du territoire francilien.

# MÉCANISMES D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

## 1. Généralités

Les règles de calcul des jauges sont issues des réflexions et recommandations du comité régional experts des DMC. Les jauges par départements et par statuts, en SC et en HC sont indiquées en annexe n°1 et 2. Les règles de calcul pourront être amenées à être précisées, le cas échéant, en fonction de l'évolution de l'épidémie. Elles sont consultables en annexe n°3 et le capacitaire régional en annexe n°4. Par ailleurs, si ces règles sont applicables à chaque ES, des logiques de territoires ou de groupes hospitaliers pourront faire adapter ces jauges par ES tout en maintenant l'objectif global attendu.

## 2. Filières de soins critiques

### a. *Jauges de saturation*

La mise en place d'un système de jauges pour chaque palier est essentiel afin de pouvoir coordonner la montée en charge des filières de soins critiques de la région. La coordination des jauges doit permettre de garantir une équité régionale face à l'un impact homogène sur la déprogrammation dans les filières dépendantes de l'utilisation des soins critiques.

La fixation des jauges est basée sur 4 paliers de capacitaires:

- **Palier 1** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques. Au niveau régional, le capacitaire dédié / dédiable est fixé à 30 % du capacitaire de soins critiques existant incluant le périmètre de lits réanimation et de lits d'unités de soins continus existant.
- **Palier 2** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques correspondant à un capacitaire dédié / dédiable à hauteur de 50 % du capacitaire de soins critiques existant incluant le périmètre de lits réanimation et de lits d'unités de soins continus existant
- **Palier 3** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques correspondant à un capacitaire dédié / dédiable à hauteur de 70 % du capacitaire de soins critiques existant incluant le périmètre de lits réanimation et de lits d'unités de soins continus existant. Selon les caractéristiques structurelles des ES, les unités de soins intensifs suffisamment équipées et pour lesquelles la permanence des soins est adéquate pourront être mobilisées. À partir de ce palier, une demande de solidarité inter-régionale pourra être notifiée au CCS (MINSANTE n°195 du 16/11/2020 relatif à l'organisation des évacuations sanitaires inter-régionales et transfrontalières de patients de réanimation atteints de la covid-19) afin d'envisager, le cas échéant, des évacuations sanitaires.
- **Palier 4** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en soins critiques correspondant à un capacitaire dédié et dédiable extraordinaire dans des conditions d'extension précises qui restent à définir (mobilisation des SSPI, blocs opératoires).

Une attention particulière devra être apportée aux éléments suivants :

- La notion de soins critiques inclut plusieurs réalités de prise en charge du COVID (réanimation / USC). La prise en compte de certaines spécificités territoriales (ratio entre lits de réanimation et lits d'USC ou proportion de lits d'USC isolées) pourra être envisagée pour adapter les paliers de chaque territoire. Des travaux sont en cours au sein du comité régional des DMC pour évaluer l'opportunité d'introduire des facteurs

de pondérations au calcul des paliers. Ces évolutions feront l'objet, le cas échéant, d'une adaptation de la doctrine d'adaptation de l'offre de soins.

- Si l'évolution du système doit se faire de façon progressive et coordonnée sur une impulsion régionale, la décision de déprogrammation reste une décision appartenant au médecin, seul à même de prendre une décision adaptée à chaque cas individuel. Ainsi, les processus de déprogrammations doivent donc se construire au sein des communautés hospitalières et des territoires dans le cadre des jauges qu'ils ont fixé. Il est rappelé que les déprogrammations doivent faire l'objet d'une décision collégiale de la communauté médicale accompagnée d'une analyse bénéfices/risques en fonction de la situation des patients.
- La déprogrammation des activités non-COVID dans l'optique de libérer des places en SC peut être modulée dans chaque territoire, établissement et spécialité selon les modalités d'hospitalisation, la lourdeur des actes et le risque de perte de chance.
- Le cas particulier de filières spécifiques doit être intégré dans les réflexions (filière de polytraumatisés / brûlés / Chirurgie cardiaque / ...). Les capacités de prise en charge de ses filières doivent permettre une continuité de prise en charge des pathologies tout au long de l'épidémie. Une concertation entre les centres assurant les PDES spécialisées (notamment avec plateau technique spécifique – exemple : neurochirurgie – neuroradiologie interventionnelle /Chirurgie cardiaque...), ainsi que les activités de greffe doit être effectuée afin de veiller à ce que l'offre du territoire reste "suffisante" notamment au palier 3 et 4.

#### *b. Périmètre d'établissements en SC*

Tous les établissements et services ayant accueillis des patients COVID + en soins critiques doivent être intégrés au dispositifs et doivent pouvoir accueillir des patients. Ces établissements doivent donc définir aussi leurs jauges et les transmettre à l'Agence Régionale de Santé. Par ailleurs, suite à un arrêté ministériel le permettant, les autorisations dérogatoires délivrées au moment du pic épidémique seront renouvelées pour 6 mois et seront mises en œuvre lors de la montée en puissance de l'offre de soins.

#### *c. Périmètre des unités de SC*

Le périmètre des filières de soins critiques mobilisées pour prendre en charge les patients COVID devra progressivement être étendu pour accueillir des patients COVID (tableau n°1). L'ordre d'activation des SSPI/bloc et de USI spécialisées pourra néanmoins dépendre de l'organisation de chaque centre. Ainsi, dans les ES qui en ont la possibilité, l'activation des USI-COVID est encouragée.

	Réanimation	USC	Autorisation exceptionnelle de réanimation	USI (USIC, USINV, ...)	SSPI	BLOC
Capacitaire	1226	1180	Environ 100	1166	832	350
Palier 1			Mobilisation progressive			
Palier 2						
Palier 3				Mobilisation progressive		
Palier 4						En cas de dépassement des capacités

Tableau 1 : adaptation du périmètre d'implication des ressources en soins critiques pour COVID19 (données ARSIF octobre 2020).

## 1. Hospitalisation conventionnelle

### a. Jauges de saturation

Il est nécessaire que chaque ES puisse fixer des jauges d'HC permettant d'envisager des scénarios de montée en puissance des unités COVID et non COVID. La déprogrammation de certaines filières médicales devra être envisagée au cas par cas notamment sur les services d'hospitalisation de semaine en basculant notamment l'activité autant que faire se peut sur les hôpitaux de jour.

La fixation des jauges est basée sur 4 paliers de capacitaires:

- **Palier 1** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Au niveau régional, le capacitaire dédié / dédiable est fixé à 9% du capacitaire existant (médecine + chirurgie).
- **Palier 2** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Au niveau régional, le capacitaire dédié / dédiable est fixé à 15% du capacitaire existant (médecine + chirurgie).
- **Palier 3** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en hospitalisation conventionnelle. Au niveau régional, le capacitaire dédié / dédiable est fixé à 26% du capacitaire existant (médecine + chirurgie).
- **Palier 4** : nombre maximum de patients COVID + nécessitant une prise en charge en hospitalisation conventionnelle correspondant à un capacitaire dédié et dédiable extraordinaire dans des conditions d'extension précises qui restent à définir (les modalités de calculs sont en cours).

### b. Périmètre d'établissements en HC

Tous les ES ayant participé à l'accueil des patients COVID en hospitalisation conventionnelle durant la première phase doivent pouvoir accueillir à nouveau des patients. Ainsi, ces établissements doivent appliquer les réglés de calibration des jauges. La charge de l'aval

COVID ne doit pas reposer uniquement sur les ES disposant d'un service d'accueil des urgences polyvalents (87 ES dans la région) ou ceux disposant de soins critiques (104 ES dans la région) mais sur l'ensemble des ES disposant d'une autorisation de médecine. Ainsi, ces établissements disposant d'une autorisation de médecine (mais ne disposant pas de service d'urgence ou de soins critiques) doivent assurer l'hospitalisation de patient COVID stable et disposer, dans le cadre d'une coopération territoriale, de procédure simple d'adressage à une structure disposant d'une unité de soins critiques en cas d'aggravation du patient.

## PILOTAGE DE L'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

Il existe deux niveaux de pilotage et adaptation de l'offre de soins se basant sur des outils différents :

- Pilotage institutionnel : le comité de coordination régional de l'offre de soins hospitalière (cf. Annexe n°5 et 6)

L'objectif de cette approche est de pouvoir effectuer un pilotage de rééquilibrage à l'échelle de la région. Ce pilotage nécessite une intervention institutionnelle impliquant l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris, les directions générales des établissements (ou groupe d'établissements) et les fédérations hospitalières au sein du comité de coordination régionale de l'offre de soins hospitalière. Elle pourra s'appuyer sur l'analyse contextuelle de la situation issue du comité experts de l'adaptation de l'offre de soins et des éléments recueillis lors des différentes conférences téléphoniques avec les professionnels. L'activation des paliers successifs, de l'élargissement des capacités de soins critiques, des EVASAN seront des sujets traités par ce comité. Les orientations seront transmises au SAMU Zonal responsable de la coordination opérationnelle de leur mise en œuvre. Ce pilotage se fera sur la base d'outils multi sources (données rétrospectives / données temps réelles / données prédictives) partagés entre les acteurs.

- Pilotage opérationnel en temps réel : les SAMU départementaux sous la coordination du SAMU Zonal (cf. annexe n°7)

L'utilisation d'outils adapté (ROR) permet aux professionnels, aux SAMU sous la coordination du SAMU Zonal, de connaître la situation des lits au vu des jauges déclarées, d'en déduire les niveaux de saturation et d'orienter les patients en fonction des jauges. C'est un rééquilibrage en temps réel entre établissements et territoires. C'est dans ce cadre que la cellule régionale d'appui au transfert en soins critiques placées sous la responsabilité du SAMU Zonal prend une place centrale. Cette cellule, en lien fort avec la cellule régionale de recensement des lits, vient en appui des territoires en cas de difficulté d'accès à des places de soins critiques et participe à la répartition équitable de la charge.

## LES OUTILS DE PILOTAGE

Plusieurs outils seront élaborés et mis à disposition des acteurs (non exhaustif) :

### ➤ **Tableau de bord de répartition de l'activité COVID en SC / HC**

- Principe : projection des données SI-VIC sur une matrice des jauges déclarées par les établissements
- Fréquence : journalière à heure fixe 1 à 2x par jour en fonction des besoins
- Diffusion : SAMU / Comité experts /...

Ce suivi des jauges de répartition de la charge COVID repose en grande partie sur l'outil SIVIC. Il revient à chaque responsable d'établissement de santé d'assurer un contrôle qualité strict du remplissage, de l'exhaustivité et de l'exactitude des données. La mise en place d'une organisation claire avec des processus de contrôle au sein des établissements est vivement recommandée.

La mise en place d'un dispositif régional de contrôle qualité avec des relances des directions générales d'ES sera effectué par l'Agence Régionale de Santé (cellule de gestion des lits)

### ➤ **Tableau de bord des flux d'entrée / sortie des patients (source SI-VIC)**

L'indicateur de dynamique de flux (entrées - sorties) et les durées moyennes de séjours COVID sont des éléments essentiels pour évaluer la situation et adapter l'offre de soins hospitalière. Ces éléments doivent être partagés, afin éventuellement de comprendre et lever certains points de blocage ou difficultés. Mise en place et diffusion (1 fois par semaine) d'un tableau de bord opérationnel précisant, à l'échelle départementale :

- Le flux de patients en SC, HC et (SC+HC) se positionnant entre l'historique des bornes haute et basse de chaque département
- Les durées moyennes de séjour en SC, HC et (SC+HC) durant la période en cours, se positionnant entre les bornes haute et basse
- L'analyse du flux net de patient. Mise en place d'une alerte lorsque, pour un département donné, le flux net (nombre d'entrées- nombre de sorties) est positif durant 4 jours de suite

### ➤ **Disponibilité des lits (temps réel – Tableau de bords) en SC, HC et en SSR**

La connaissance et le partage des disponibilités des lits en soins critiques, en hospitalisation conventionnelle, en Soins de Suite et de Rééducation (SSR) est capital au quotidien mais d'autant plus nécessaire en période crise COVID. Le remplissage du ROR doit être assuré de façon exhaustive et régulière. Lors de la montée en palier de l'offre de soins hospitalière, la notion de lits COVID et non COVID devra être recensée. Pour mémoire, les disponibilités des lits sont consultables sur différents supports (cf. Annexe n°4).

### ➤ **Indicateurs prédictifs et outils de prédiction**

Plusieurs outils et approches ont été développés depuis le début de l'épidémie de COVID. Il s'agit d'intégrer et de partager toutes ces approches dans l'appréciation de la situation et de son évolutivité (Prédictions Pasteur / APHP / projet régional STEP (SaturaTion bEd anticiPation /...)). L'accessibilité de l'outil STEP aux membres du comité experts des DMC devra être effectif afin d'alimenter les réflexions et proposer des stratégies d'adaptation de l'offre de soins.



## Annexe n°1 : Jauges en soins critiques estimées à partir des données de capacitaires

- **Par département**

Estimation paliers	Capacitaire installé	Palier 1 SC théorique	Palier 2 SC théorique	Palier 3 SC théorique
75 - Paris	629	189	315	440
77 - Seine et Marne	193	58	97	135
78 - Yvelines	148	44	74	104
91 - Essonne	236	71	118	165
92 - Hauts de Seine	420	126	210	294
93 - Seine Saint Denis	226	68	113	158
94 - Val de Marne	292	88	146	204
95 - Val d'Oise	109	33	55	76
<b>Total</b>	<b>2253</b>	<b>676</b>	<b>1127</b>	<b>1577</b>

Figure 1 : capacitaire par département (à titre indicatif) – en date du 22/02/21 – périmètre d'ES disposant de soins critiques

- **Par statut**

Estimation paliers	Capacitaire installé en SC	Palier 1 SC théorique	Palier 2 SC théorique	Palier 3 SC théorique
APHP	831	249	416	582
PUBLIC	503	151	252	352
PRIVE	603	181	302	422
ESPIC	290	87	145	203
SSA	26	8	13	18
<b>Total</b>	<b>2253</b>	<b>676</b>	<b>1127</b>	<b>1577</b>

Figure 2 : capacitaire par statut d'ES (à titre indicatif) – en date du 22/02/21 – périmètre d'ES disposant de soins critiques



## Annexe n°2 : Jauges en hospitalisation conventionnelle estimées à partir des données de capacitaires

- **Par département**

Estimation paliers HC	Capacitaire	Palier 1 HC théorique	Palier 2 HC théorique	Palier 3 HC théorique
75 - Paris	5432	489	815	1412
77 - Seine et Marne	2021	182	303	525
78 - Yvelines	1587	143	238	413
91 - Essonne	1528	138	229	397
92 - Hauts de Seine	2239	202	336	582
93 - Seine Saint Denis	2161	194	324	562
94 - Val de Marne	2583	232	387	672
95 - Val d'Oise	1278	115	192	332
<b>Total</b>	<b>18829</b>	<b>1695</b>	<b>2824</b>	<b>4896</b>

Figure 3 : capacitaire HC par département (à titre indicatif) – en date du 22/02/21 – périmètre d'ES disposant de soins critiques

- **Par statut**

Estimation paliers HC	Capacitaire	Palier 1 HC théorique	Palier 2 HC théorique	Palier 3 HC théorique
AP-HP	6245	562	937	1624
ESPIC	2329	210	349	606
Privé	3831	345	575	996
Public	6184	557	928	1608
SSA	240	22	36	62
<b>Total</b>	<b>18829</b>	<b>1695</b>	<b>2824</b>	<b>4896</b>

Figure 4 : capacitaire HC par département (à titre indicatif) – en date du 22/02/21 – périmètre d'ES disposant de soins critiques.

## Annexe n°3 : Méthode utilisée pour estimer les paliers théoriques

### A. Capacitaire installé

a. Sources utilisées pour lits d'hospitalisation conventionnelle :

- Périmètre adulte
  - Enquête fermeture prévisionnelle de lits (année 2019 / 2020) : exclusion des lits de cancérologie / hématologie / immunologie / addictologie
  - Si données manquantes : SAE mais sans exclusion de lits (détail non disponible)
- Sources pour lits de chirurgie :
  - Périmètre adulte
  - Enquête fermeture prévisionnelle de lits (année 2019 / 2020) : exclusion des lits de chirurgie cardiaque / neurochirurgie
  - Si données manquantes : SAE mais sans exclusion de lits (détail non disponible)

b. Sources pour lits de soins critiques (USC / Réanimation) :

- Enquête fermeture prévisionnelle de lits (année 2019 / 2020)
- Si données manquantes : SAE

### B. Calcul de paliers

- **Pour l'hospitalisation conventionnelle** : le comité expert des DMC a recommandé de baser les règles de calibration sur les moyennes des paliers constatées lors des vagues précédentes. La moyenne des paliers 1 constatée durant la première vague était de 9 % du capacitaire des ES (médecine + chirurgie). Pour le palier 2, la moyenne était à 15 % et pour le palier 3 à 26 %.

Ainsi le mode de calcul est :

**Capacitaire ES palier 1 en HC = Ctot x 0,09**

**Capacitaire ES palier 2 en HC = Ctot x 0,15**

**Capacitaire ES palier 3 en HC = Ctot x 0,26**

- Pour les soins critiques : le comité expert des DMC a recommandé de baser le calcul des paliers sur les règles suivantes

**Capacitaire ES palier 1 en SC = CSc tot x 0,3**

**Capacitaire ES palier 2 en SC = CSc tot x 0,5**

**Capacitaire ES palier 3 en SC = CSc tot x 0,7**

## Annexe n°4 : capacitaire régional

### ➤ Par statut

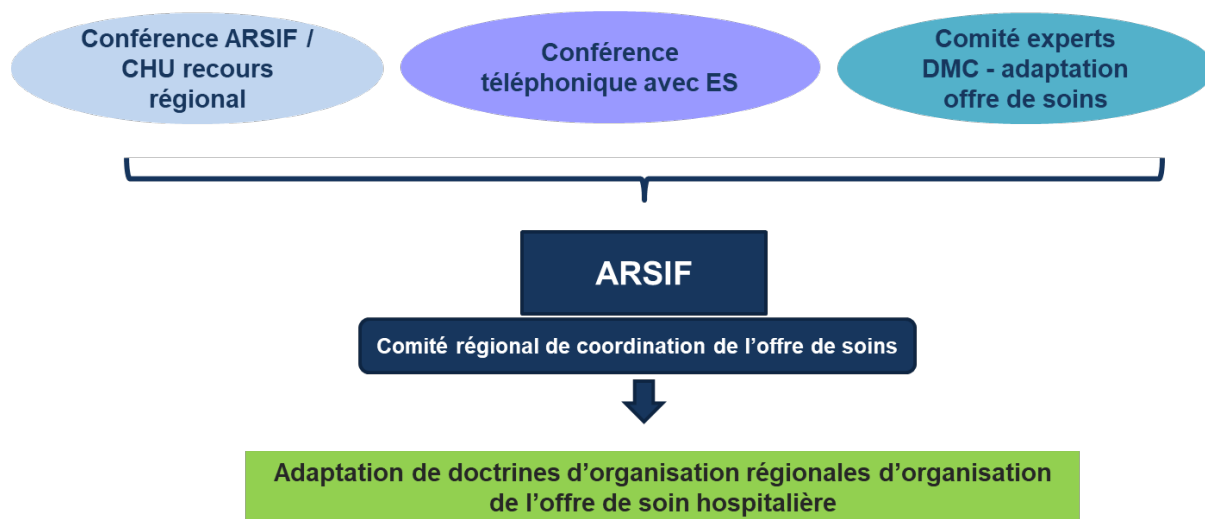
Capacitaire Installé	APHP	PUBLIC	PRIVE	ESPIC	SSA	TOTAL
Chirurgie	1985	1285	2181	999	45	6495
Médecine	4260	4512	1650	1330	195	11947
SC	831	503	603	290	26	2253

Part capacitaire	APHP	PUBLIC	PRIVE	ESPIC	SSA
Chirurgie	30,6%	19,8%	33,6%	15,4%	0,7%
Médecine	35,7%	37,8%	13,8%	11,1%	1,6%
SC	36,9%	22,3%	26,8%	12,9%	1,2%

### ➤ Par département

Département	Capacitaire Tot (med + chir)	Capacitaire SC
75	5432	629
77	2021	193
78	1587	148
91	1141	236
92	2239	420
93	2161	226
94	2583	292
95	1278	109

## Annexe n°5 : PILOTAGE RÉGIONAL



## Annexe n°6 : Comité experts de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière – phase rebond

### Composition

Coordination: Dr Romain Hellmann / Dr Arnaud Foucrier

	Nom	Département	Etablissement
DMC public hors APHP	Dr Devaud	95	CH Pontoise
	Dr Belkhodja	77	GHEF
	Dr Granier	91	CHSF
	Dr Lhote	93	CH St Denis
	Dr Schortgen	94	CHIV
	Dr Richard	78	CH Versailles
DMC ES Privés	Dr Lenglet	92	HPA
	Dr Nahum	93	CCN
	Dr Lebars	78	Vivalto
	Dr Squara	92	CAP
DMC ESPIC	Dr Marmor	75	DCSS
	Dr Leguen	92	Foch
APHP	Pr Riou (DMC APHP)	75	APHP
	Pr Paugam	75	APHP
	Dr Leroy	75	APHP
SAMU ZONAL	Pr Carli		SAMU de PARIS

### Objectif général

Dans le cadre du volet sanitaire du plan rebond de la région Ile de France, ce comité a pour objectif de proposer sur avis d'experts au Directeur de l'Offre de soins de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (DOS) des orientations dans l'adaptation de l'offre de soins hospitalière dans le contexte épidémique de COVID19 afin de garantir au maximum la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

### Composition

Sa composition et la nomination de ce comité se fait sur choix du DOS-ARS IdF. Il est composé essentiellement de Directeurs médicaux de crise (DMC) représentant les différents statuts d'établissement de santé (AP-HP – ESPIC – CH – Privé - HIA). Le SAMU zonal sera également invité à participer.

### Missions

Le comité aura pour mission de :

- Proposer une mise à jour de la doctrine d'organisation de l'offre de soins hospitalière en fonction de l'évolution de l'épidémie ;
- D'adapter les règles d'entre-aide entre les établissements de santé et entre les territoires franciliens ;
- D'évaluer le niveau d'impact de l'épidémie sur l'offre de de soins hospitalière à partir des données existantes et des outils prédictifs ;
- Apporter une réflexion sur l'opportunité de transferts extra régionaux.

## Annexe n°6 : Algorithme du recours à la cellule régionale d'appui au transfert en Soins Critiques

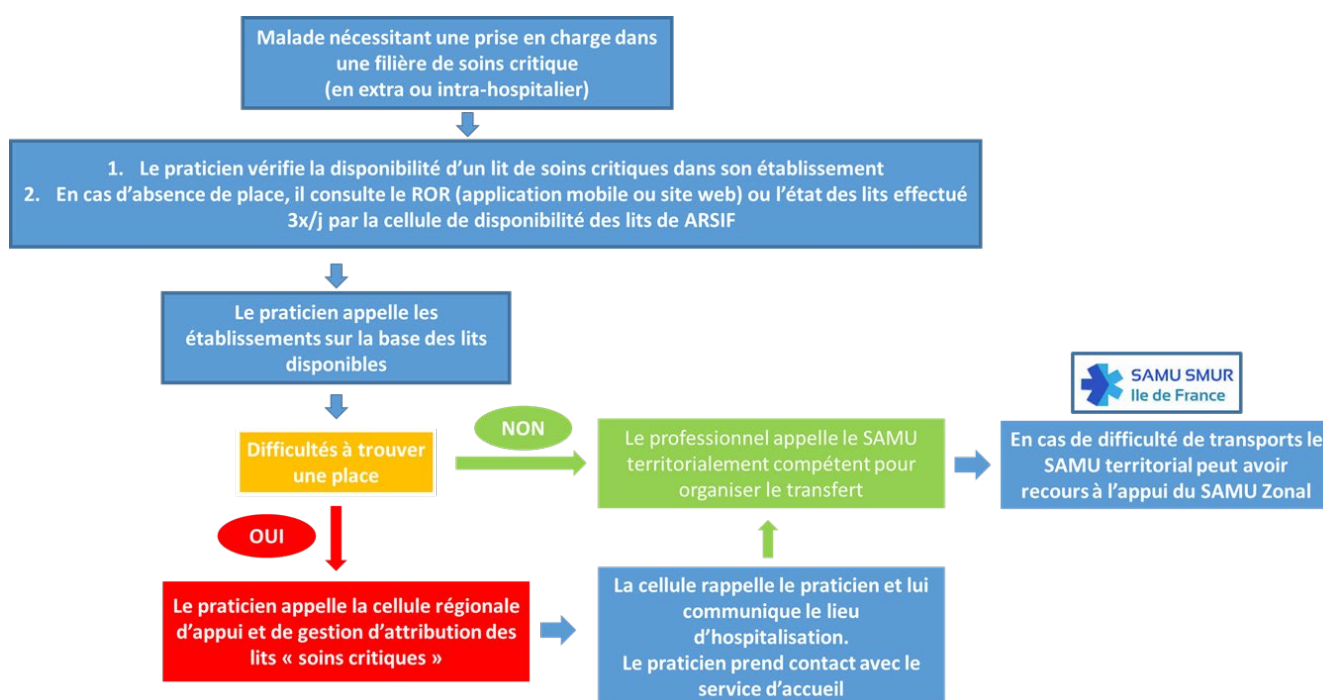


Figure 5 : algorithme de fonctionnement de la cellule (mars / avril 2020)

## Annexe n°8 : Consultation des disponibilités des lits dans le ROR



**LES SERVICES D'ORIENTATION**



**NOUVEAU !** DÉSORMAIS, EN PLUS DES SOINS CRITIQUES, CONSULTEZ RAPIDEMENT LA DISPONIBILITÉ DES LITS EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET MATERNITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE.

Disponible sur web et portable, l'application vous permet de gagner du temps grâce à une vision synthétique et rapide pour orienter vos patients.



www.ror-if.fr

Disponibilité sur App Store

Disponibilité sur Google play

Besoin d'aide avec vos identifiants ?  
**Un seul contact :**  
**ror.support@sesan.fr**  
**01 83 76 30 31**  
DU LUNDI AU VENDREDI 8H/22H - 7J/7



Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), dédié aux professionnels de santé, est le référentiel unique de description de l'offre de santé.