

Règles de contrôle des flux de patients COVID potentiellement réanimatoires

Version 1 – 25 mars 2020

Collégiales de Médecine Intensive Réanimation d'Ile de France et d'Anesthésie-Réanimation
d'Ile de France

Cette note n'a pas pour objectif d'expliquer aux réanimateurs comment ils doivent traiter leurs patients mais de donner des indications utiles afin de mieux gérer les flux de patients et de libérer des marges de manœuvre. Il s'agit donc de limiter le recours aux lits de réanimation sur un levier différent de celui de l'éthique.

Quelques principes peuvent être rappelés, qui ne sont que des principes de « bon sens » d'un fonctionnement normal d'un service de réanimation.

- Ouvrir des lits d'USC à proximité des réanimations. Ces lits sont moins consommateurs de personnel et de matériel.
- Réserver les lits de réanimation à des patients ventilés, en passe de l'être ou à haut risque de l'être. A ce titre les recommandations suisses que Didier Dreyfuss nous a fait passer sont assez claires et drastiques sur le sujet.
- Ne sans doute pas pratiquer d'intubation systématique sur un niveau d'oxygénorequérance (par exemple $> 6l/min$ comme cela a pu être évoqué). Ce qui était sans doute vrai au début de la crise, à savoir que les patients avec un certain niveau d'oxygène finissaient ventilés, n'est sans doute plus vrai car les patients sont plus jeunes. L'Optiflow semble définitivement une bonne solution.

On peut espérer avec ces quelques principes avoir des patients en USC qui n'iront jamais en réanimation, avoir des patients transitoirement de réanimation qui libèrent plus vite leur lit de réanimation, et donc gagner un peu de marge et en conséquence diminuer notre consommation de médicaments.

L'autre aspect est bien sûr, pour les patients qui ont été ventilés, de pouvoir appliquer le document sevrage avec le développement et la sanctuarisation de lits de SRPR.