

# CME

## Déprogrammation et reprise de l'activité chirurgicale, endoscopique et interventionnelle dans le contexte épidémique COVID

6 avril 2021

DST

## ▪ Rôle de la cellule centrale d'appui et de coordination de l'offre chirurgicale et interventionnelle

- La cellule centrale d'appui et de coordination de l'offre chirurgicale et interventionnelle a pour objectif d'accompagner et suivre l'activité COVID - en lien avec les cellules de coordination des sites/GHU.
- Mission : être facilitatrice et garante de l'équité de l'accès aux soins au sein de notre institution, orienter les demandes de prise en charge émanant des sites en cas de besoin

### ▪ Les membres de cette cellule sont :

#### – Représentants des chirurgiens :

- Pr Yann Parc (chirurgie digestive, SAT)
- Pr Bahram Bodaghi (ophtalmologie, PSL)
- Pr Éric Vibert (chirurgie digestive, PBR)
- Pr Diane Goere (chirurgie digestive, SLS)
- Pr Philippe Anract (orthopédie, CCH)
- Pr Noël Garabédian (ORL, NCK)
- Pr Emmanuel Martinod (chirurgie thoracique, AVC)
- Dr Anne-Sophie Bats (gynécologie - HEGP)
- Pr Philippe Menasché (chirurgie cardio-vasculaire, HEGP)

#### – Représentants des médecins –anesthésistes réanimateurs :

- Pr Hawa Keita-Meyer (NCK)
- Pr Antoine Vieillard-Baron (APR)
- Pr Jacques Duranteau (BCT)

#### – Représentants des endoscopistes digestifs :

- Pr Stanislas Chaussade (CCH)
- Dr Marine Camus-Duboc (SAT)

#### – Représentants des spécialités interventionnelles :

- Pr Marc Sapoval (HEGP)
- Pr Hubert Ducou Le Pointe (TRS)
- Pr Damien Logeart (LRB)
- Pr Christian Spaulding (HEGP)

#### Représentants de l'activité cancer :

- Dr Christophe Tournigand (HMN)
- Dr Marie Wilsez (CCH)

#### Président de la CME :

- Pr Rémi Salomon

#### DGA :

- François Crémieux
- Pr Catherine Paugam-Burtz

#### DST

- Pr Frédéric Batteux
- Sophie Kerambellec (réfèrent chirurgie / blocs opératoires)
- Dr Gilles Galula (réfèrent cancer)
- Pr François Richard (réfèrent chirurgie)
- Clémence Charras (réfèrent endoscopies et radiologie interventionnelle)
- Dr Christine Geffrier (réfèrent cardiologie interventionnelle)
- Samuel Vincent (réfèrent blocs opératoires)

## ▪ Différents paliers de déprogrammation

### **Palier 0**

Aucun report de programmation n'est à organiser.

### **Palier 1 (Définition ARS)**

**Les unités de soins critiques ne sont plus en capacité de fonctionner sur leurs ressources propres .**

Réduction de **30 %** des ressources anesthésistes-réanimateurs et IADE et donc un besoin de report d'interventions à cette hauteur.

- **Le report de certaines interventions de chirurgie fonctionnelle non urgentes**
- **Maintien de tout ou partie de l'activité ambulatoire**
- **Maintien de l'activité de radiologie interventionnelle ou endoscopique sur les plateaux techniques habituels**

## ▪ Différents paliers de déprogrammation

### Palier 2

Réduction de **50 %** des ressources en anesthésistes-réanimateurs et IADE disponibles

Report de l'ensemble de l'activité de chirurgie à l'exception des activités suivantes qui sont sanctuarisées :

- activités pédiatriques
- activités urgentes dont de PDSES (grandes gardes et urgences)
- activité de transplantation
- recours régional et national
- activités de chirurgie carcinologiques
- activités de chirurgie fonctionnelle pour lesquelles un report conduirait à des séquelles lourdes irréversibles.

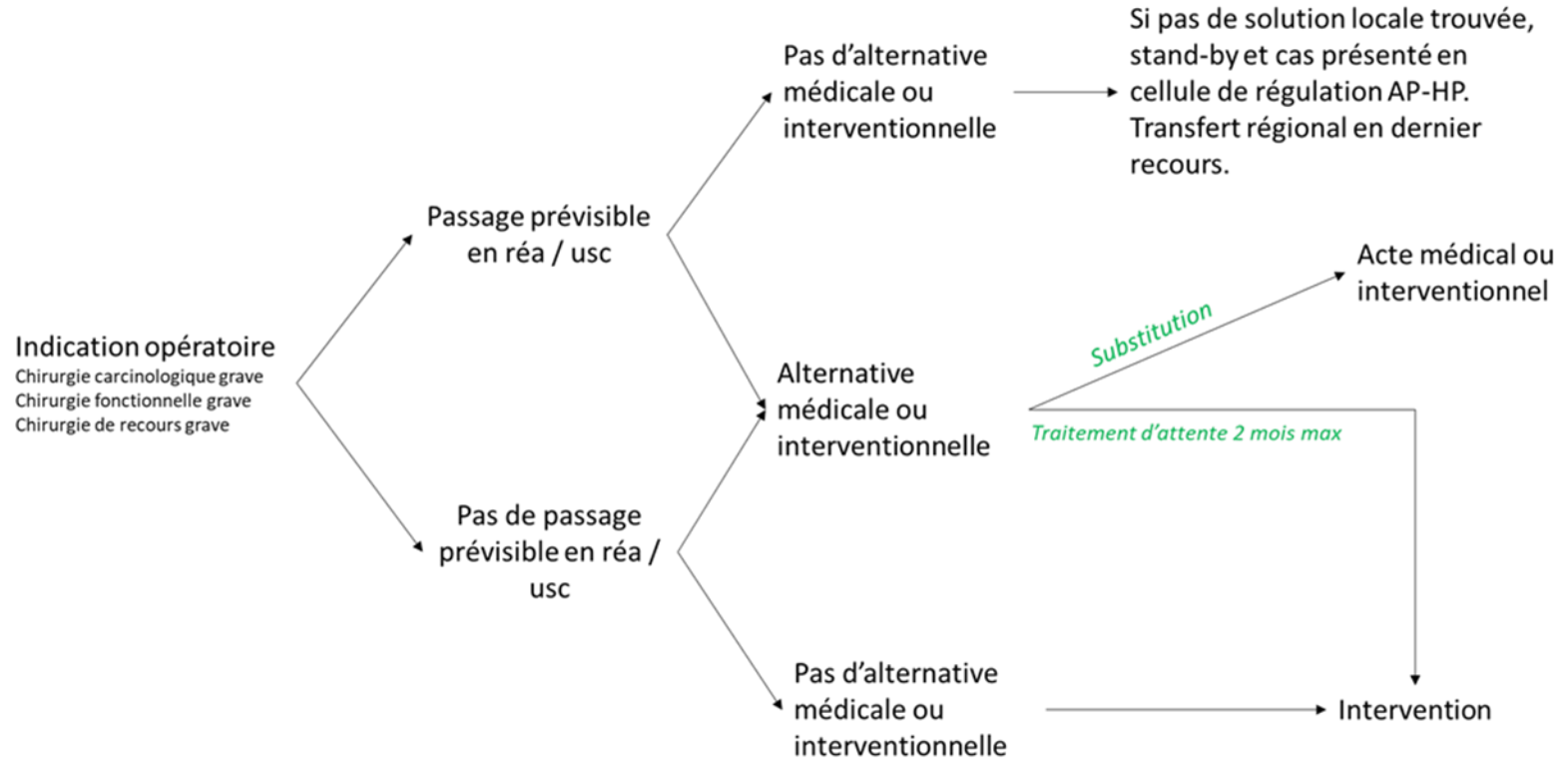
## ▪ Différents paliers de déprogrammation

### Palier 3

Réduction entre **50 % et 80 %** des ressources en anesthésistes-réanimateurs et IADE disponibles  
L'activation du niveau 3 se traduit par le report de l'ensemble de l'activité de chirurgie à l'exception des activités suivantes qui sont sanctuarisées :

- activités **pédiatriques** (cf. plan spécifique)
- activités urgentes dont de PDSES (**grandes gardes et urgences**)
- activité de **transplantation** mais réorganisation au niveau régional en lien avec l'ABM
- **recours régional et national ne pouvant pas être reporté grâce à des traitements médicaux ou interventionnels**
- activités de **chirurgie fonctionnelle** lourdes avec risque de séquelles, ne pouvant pas être reportées grâce à des traitements médicaux ou interventionnels
- activités de **chirurgie carcinologique**, en dehors des situations pouvant être reportées jusqu'à 2 mois, grâce à des traitements médicaux (chimiothérapie néo adjuvante, radiothérapie) et/ou interventionnels (endoscopie et radiologie) et sans passage en réa/USC
  - La liste des activités concernées devra être définie par le groupe cancer AP-HP en précisant le recours prévisible ou pas à un séjour en réanimation / USC

## Niveau 3



## ▪ Différents paliers de déprogrammation

### Palier 4

Réduction de **plus de 80 %** des ressources en anesthésistes-réanimateurs et en IADE

L'activation du niveau 4 correspond au report de l'ensemble des interventions hors urgences.

Ce niveau 4 n'est à activer qu'en dernier recours.

Pour mémoire, l'ARS IdF avait défini les urgences selon la liste suivante pour toutes les spécialités :

**Pathologies obstructives** (lithiase biliaire de la voie biliaire principale, calcul urétéral compliqué d'insuffisance rénale, syndrome occlusif, pathologie rachidienne avec compression neurologique déficitaire, trachéotomie, malformations cranio-faciales symptomatiques du nouveau-né,...),

**Pathologies ischémiques** (ischémie de membre, ischémie mésentérique, torsion testiculaire, torsion annexielle, thrombose de pontage, complications des abords vasculaires pour hémodialyse ...),

**Pathologies hémorragiques** : quelle qu'en soit la localisation et la nature : angiome, tumeur, traumatisme, iatrogène, malformation, grossesse,

**Pathologies traumatologiques** (mains, Plaie du globe avec ou sans corps étranger intraoculaire fractures osseuses des membres, du rachis, du crâne et de la face, luxation, ...)

**Pathologies infectieuses** (appendicectomie, drainage d'abcès d'origine dentaire (de l'abcès à la cellulite grave avec diffusion cervicale et médiastinale), d'origine glandulaire salivaire, infection de prothèses artérielles, Infection de matériel d'indentation...),

**Brûlures** et extravasations de produits cytotoxiques, **Douleurs intenses** (EVA  $\geq$  6-7) et non gérables par des antalgiques

**Décollements de rétine** de moins d'un mois, Fragments cristalliniens dans le vitré avec hypertonie oculaire non contrôlée, endophtalmie aiguë avec baisse de vision ( $< 1/10$ )

les **IVG** et les **poses de chambres implantables**

## ■ Chirurgie pédiatrique

Plan encore en discussion

Plan encore en discussion. Le niveau 6 est un niveau dont l'atteinte est incertaine du fait :

- De l'absence de visibilité sur l'intensité des épidémies hivernales pédiatriques
- Des activités de **recours régional et national** des services de chirurgie pédiatriques de l'AP-HP

	orga	Palier 2	nb de blocs restant ouverts	lits	orga	Palier 3	nb de blocs restant ouverts	lits	orga	Palier 4	Nombre de blocs restant ouvert	Lits
SACLAY										. Déplacer USC péd de 12 lits en UHCD (EPIVER) pour libérer la place afin d'accueillir des réa adultes covid + . Déprogrammer la neuropédiatrie et l'endocrinologie pédiatrique, et tous les HDJ => mais peu de gain en personnel	1 bloc urgence	+12 lits réa adultes
NECKER		. Fermeture de la moitié de l'activité de chirurgie ambulatoire pédiatrique => + 4 lits covid + en réa adulte (8 à 12) . Fermeture de 6 lits de réanimation en chirurgie cardiaque pédiatrique => + 6 lits de réanimation adulte covid + (in situ)		+10 lits réa adulte covid+¹		. Si autorisation ABM d'arrêt de l'activité de greffe rénale adulte, fermeture du bloc Hamburger et arrêt complet de l'act de chir ambu => +4 lits de réa adulte covid+ (12 à 16)		+4 lits de réa adulte covid+ (12 à 16)		. Déprogrammation chirurgicale pédiatrique massive = se limiter aux "codes rouges" de gravité de pec => + 22 lits réa adulte covid+ => répartis sur SSPI de l'UCA et 14 lits de la fédération de réa chir péd (cf palier 4) . Maintien de la totalité des lits de réa NN (covid free) ; maintien de tous les lits de réa médico-chir pédiatrique (covid mixte); maintien act minimale de chir cardiaque péd	4 blocs + 2 blocs chir cardiaque	+ 22 lits réa adulte covid+¹
TROUSSEAU										. Déprogrammation chirurgicale et fermeture de 5 blocs => maintien des urgences chirurgicales (2 blocs)	2 blocs : urgences, brûlés, mater	équivalent 5 lits réa adulte (sur autre site) par la MAD de 2 lignes complètes de PNM formées
ROBERT DEBRE		. Accueillir des réa adultes en UHCD => + 8 lits (adressage intra-GHU nord sur critères établis) => ouverture prévue au 6 avril . Création d'une unité adulte post-réa et pré-réa (fe enceintes) de 4 à 6 lits (ouverture d'ici le 12 avril) => filière interne au site . Dev accueil JO des enfants en chir progr => délocalisation de l'UAPO dans les locaux de l'HDJ de chir		+8 lits				12 lits de réanimation adulte			2 bloc ouvert	20 lits de réanimation adulte et réanimation pédiatrique en UHCD avec problème en post réanimation
TOTAL				+18 lits réa adultes				+26 lits réa adultes				+59 lits



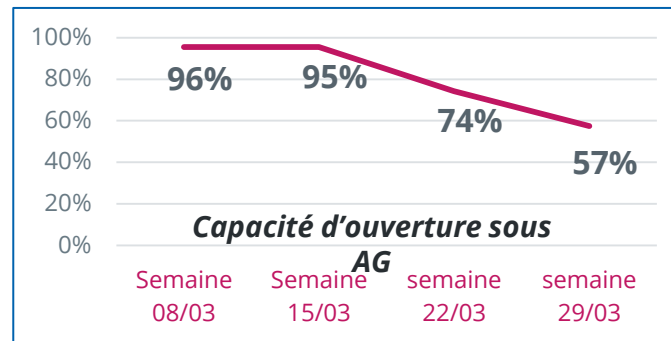
## ▪ Endoscopie digestive

### ✓ Document de crise sur l'organisation par GHU élaboré en vague 2, validé par les endoscopistes, le directeur médical de crise, et les collégiales MAR, MIR, urgentistes

- ✓ Priorisation des patients par indications selon les 4 paliers de déprogrammation
- ✓ Organisation des capacités d'ouverture sous anesthésie par GHU
- ✓ Maintien d'une activité d'urgence en endoscopie sur tous les sites
- ✓ Maintien d'une activité sans AG sur tous les sites
- ✓ Maintien de la PDSES – si besoin mutualisation à réfléchir
- ✓ Elargir l'ambulatoire pour limiter le besoin en lits d'hospitalisation

### ✓ Réunion avec les endoscopistes de tous les GHU

- ✓ Validation des indications retenues du palier 3 actées
- ✓ Pistes de travail évoquées pour l'organisation d'un palier 3
  - Maturité d'une mutualisation des sites est hétérogène selon les GHU
  - Difficultés d'organisation et de projection en 3 à l'échelle GHU et supra-GHU, évoquées par les endoscopistes sans visibilité sur les autres disciplines et les ressources MAR/MIR



# Document commun de crise endoscopie – COVID

Organisation par GHU	Palier 1	Palier 2-3	Palier 4
<b>Sorbonne U</b> Tenon Saint Antoine Pitié Salpêtrière	AG conv. TNN : 3J/ S *2 salles SAT : 5J/S *2 salles PSL : 3J/S *2 salles	Maintien de l'activité sur les 3 sites le plus longtemps possible Fermeture progressive TNN puis Fermeture progressive de PSL en fonction des ressources anesthésiques Maintien SAT le plus longtemps possible	TNN et PSL fermées  SAT 1 salle/S, jours à déterminer
	AG bilio pancr. AL	Maintien 5J/S *2 salles <b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	1 salle/S, jours à déterminer
<b>Mondor</b>	AG conv. Et bilio pancr. 2J/S * 2 salles (=4 vac)	Maintien 2J/S dans les 2 salles (pas d'autre centre dans le GHU)	<b>Cible : Maintien</b> <b>Mode dégradé : discussion de mutualisation avec autre centre de l'AP-HP Ou activité au bloc central (mutualisation AR)</b>
	AL	<b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	
<b>Avicenne</b>	AG conv. AG bilio pancr. 5J/S *2 salles	Maintien des 2 salles le plus longtemps possible, avec en fonction de la ressources anesthésiques une réduction à 4J puis 3J/S*2 salles (pas d'autre centre dans le GHU)	<b>Cible : Maintien 2 à 3J/S*2 salles</b> <b>Mode dégradé : discussion de mutualisation avec autre centre de GHU AP-HP Ou activité au bloc central (mutualisation AR)</b>
	AL	<b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	
<b>Nord</b> Louis Mourier Beaujon Saint Louis Lariboisière Bichat	AG conv LMR: 6 demies-j/S*1s SLS : 5J/s*2s LRB : 3 demies-j/S*1 salle BCH : 6 demies-j/s*1 s au bloc BJN : 5J/S*1s	Maintien de l'activité sur tous les sites le plus longtemps possible, mutualisation avec le bloc ou autre spécialité, avec adaptation progressive selon disponibilité A/R : LMR : maintien 5 demies-j, car fermeture de Nanterre et activité au bloc SLS : maintien 5J*1 salle mutualisée avec chir ambu BCH : maintien car mutualisation au bloc BJN : maintien (car 2 salles avec le biliopancréatique) LRB : fermeture (vers SLS)	<b>Conv : maintien de l'activité selon la ressource anesthésique mais avec au moins 2 centres maintenus sur le GHU, à discuter avec les anesthésistes (+/-mutualisation avec le bloc)</b>
	AG biliopancr. AL	BJN : 5J/S*1salle <b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	Maintien pour le GHU
<b>Saclay</b> Kremlin- Bicêtre Paul Brousse Antoine Béclère Ambroise Paré	AG conv KB : 4J/s*1 salle PBR : 5 demies-j/s*1 salle BCL :4J/s *1 salle ABP : 3J/s*2 salles	Maintien de l'activité sur les sites le plus longtemps possible en raison de l'éloignement géographique, avec adaptation progressive selon disponibilité des A/R : optimisation nécessaire de l'A/R soit 1 AR pour 2 salles d'endo, ou mutualisation au bloc ou avec autre spécialité	<b>Conv : maintien de l'activité selon la ressource anesthésique mais avec au moins 2 centres maintenus sur le GHU, à discuter avec les anesthésistes</b>
	AG biliopancr. AL	KB : 4J/S*1salle <b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	Maintien pour le GHU
<b>Centre</b> Cochin HEGP	AG conv + biliopancr. CCH : 5J/s*4 salles HEGP : 5J/S*3 salles	Maintien de l'ouverture des 2 sites, avec diminution progressive du nombre de salles et/ou de jours d'AG avec toujours 1 anesthésiste pour 2 salles CCH : maintien d'1 salle de bilio pancréatique au moins	<b>Conv : maintien de l'activité selon la ressource anesthésique mais avec au moins 1 salle maintenue sur le GHU, à discuter avec les anesthésistes (+/-mutualisation avec le bloc)</b>
	AL	Palier 1 <b>Conservation de l'AL sur le plateau technique, et développement en palier 4</b>	Palier 4  Cible bilio pancréatique : maintien d'1 salle au moins, jours à déterminer

## Travaux en coordination avec la collégiale de radiologie

- Message DST-collégiale sur **l'importance de la RI sur la prise en charge en cancérologie** notamment (biopsies à maintenir)
  - Maintien des urgences et des interventions sous anesthésie locale (sauf en cas de fragilité ou risque de décompensation pouvant nécessiter une réanimation) dans les sites
  - Réunion de travail le 1/04 avec la collégiale, la DST et les représentants médicaux en RI pour les DMU d'imagerie :
    - Validation des **indications en RI pour le palier 3** => document finalisé
    - Identification des actes de chirurgie pour lesquels **un acte RI peut être proposé comme thérapeutique alternative** pendant la période de crise
- => travaux entre collégiales annoncés
- Discussion exploratoire sur l'intérêt de centres de recours par GHU pour sécuriser les activités 3 => réflexion intéressante pour organiser et garantir **l'accès à l'AG et lits d'hospitalisation**, en priorité à l'échelle des DMU, mais qui reste à approfondir dans ses modalités (parcours patient, aspects logistiques) si décision de s'organiser ainsi.

# Indications en RI pour le palier 3 (1/2)

## **a- Urgence vitale immédiate (< à 6h)**

L'ensemble des pathologies listées ci-dessous sont à traiter sans tarder dès le diagnostic établi.

- Embolisation des urgences hémorragiques traumatiques, spontanées ou iatrogènes (saignement actif, faux anévrismes...) y compris portales (TIPS...) :
- Embolisation de malformations vasculaires cérébrales rompues :
  - Anévrisme cérébral rompu
  - MAV cérébrale rompue
  - Fistule artério-veineuse dure intra-crânienne rompue
- Urgence ischémique (embolique ou thrombotique) à traiter par techniques de revascularisation en RI :
  - Embolie pulmonaire grave.
  - Ischémie mésentérique aigüe.
  - Ischémie aigüe des membres inférieurs (embolique, thrombose in situ, occlusion d'anévrisme poplité)
  - Thrombectomie mécanique cérébrale
- Urgence aortique (traitement endovasculaire) :
  - Anévrisme rompu ou fissuré.
  - Dissection aortique de type B compliquée (ischémique, hémorragique ou fonctionnelle).
- Urgence infectieuse ou métabolique (risque de sepsis sévère ou de choc, risque d'hyperkaliémie) :
  - Par drainage urinaire, biliaire ou d'une collection profonde
- Abord d'hémodialyse :
  - Gestion des dysfonctions des FAV.
  - Pose de cathéter de Canaud.
  -

## **b. Urgences (6h - 2 semaines)**

- Pathologie hémorragiques invalidantes (fibromes, hémorroïdes, hémorragie viscérales ...)
- Pathologie thrombotique (à traiter par technique de revascularisation) :
- Occlusion Pontage artériel, thrombose veineuse profonde mal tolérée,
- Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs.
  - Ischémie critique (ulcère ou douleurs de décubitus, dans le cadre d'un diabète ou athérome sévère).
- Sténose artérielle rénale mal tolérée (OAP flash, HTA maligne, Insuffisance cardiaque...)
- Filtres caves.
- MAV cérébrales symptomatiques (thrombose veine de drainage, fissure anévrisme cérébral associé)
- Anévrisme cérébral fissuraire ou symptomatique
- Fistule dure intra- crânienne ou médullaire symptomatique

Stratégies de maintien ou décalage des interventions de Radiologie Interventionnelle dans le cadre de la Crise COVID.

Recommandations de la Collégiale des Radiologues de l'APHP

M Sapoval et H Ducoy Le Pointe pour la Collégiale de Radiologie de l'AP

Ont contribué à ce document

R Carlier, F Clarençon, E de Kerviler, A Khalil, O Pellerin, O Seror,

Le 4 Avril 2021

## c. Semi-urgence (2 - 8 semaines)

- Pathologie vasculaire (si traitement endo-vasculaire indiqué) :
  - Anévrisme de l'aorte thoracique >7 cm.
  - Anévrisme de l'aorte abdominale 5,5 cm.
  - Anévrisme poplité symptomatique.

## d Radiologie Interventionnelle dans le cancer (Réf INCA (4))

- Dans le cadre des discussions multidisciplinaires

### *Métastases hépatiques de cancer du colon*

- Destruction tumorale par RF, Cryo ou micro-ondes des tumeurs < 3 cm
- Embolisation portale avant résection hépatique
- Radio-embolisation chez les patients en échec de 3ième ligne
- Pose de cathéter intra artériel de chimiothérapie

### *Carcinome Hépatocellulaire*

- RF pour les BCLC 0 ou A chez les patients cirrhotiques avec hypertension portale (1-3 nodules < 3cm) ou 5 cm en RF multipolaire
- Cryo-ablation sous A locale dans les mêmes indications
- Électroporation irréversible en cas de tumeurs en situation critique (centrale, juxta digestive ou diaphragmatique sans possibilité d'hydro ou gazo dissection) ou encore chez les patients Child Pugh > 7.
- Chimio embolisation pour les patients BCLC B
- Radio embolisation pour les patients BCLC C

### *Tumeurs du poumon primitif et secondaires*

- Métastases (Colon ...) < 3 cm

### *Cancer du rein*

- Cryo ablations des petites tumeurs,

### Soins de supports et douleurs :

- Vertébroplasties et cimentoplastie (lésions secondaires et tassements porotiques douloureux résistant au traitement médical ou avec risque mécanique imminent sans remplissage de ciment.
- Syndrome cave supérieur (stenting)
- Dilatation veineuse ilio-cave inférieure
- Pose de site implantable.
- Pose de Picc-line
- Embolisation des pathologies oncologiques hémorragiques, (cystite radique, cancers du col ...).

# Annexe 1

## Ouverture des blocs opératoires

# Ouverture des blocs prévue en S 14- Semaine du 06.04.2021 (tout AP-HP)

- En S14, blocs ouverts à 60 % (moyenne des données recueillies, en nombre de salles ouvertes) VS 64% en S13 (pédiatrie comprise)

Périmètre :  
tout AP-HP

- En S14, 40 % des salles sont fermées (37 % pour cause COVID) parmi les salles qui seraient ouvertes en l'absence de COVID vs 34 % en S13 (pédiatrie comprise)

- Source : déclaratif des sites

Site	Semaine 14 - Salles ouvertes le 5 avril 2021							
	Nb de salles ouvertes en temps normal	Nb de salles fermées hors cause COVID (manque de personnel, vacances scolaires...)	Nb de salles fermées pour cause COVID	Nb de salles ouvertes à date	% salles ouvertes à date	% de salles fermées	dont % salles fermées pour cause hors COVID (par rapport au nombre total de salles)	dont % salles fermées pour cause COVID (par rapport au nombre total de salles)
<b>AP-HP.CENTRE-UNIVERSITE PARIS</b>	79	1	21	57	72%	28%	1%	27%
GH COCHIN	30	0	12	18	60%	40%	0%	40%
GH NECKER ENFANTS MALADES	25	1	1	23	92%	8%	4%	4%
HEGP	24	0	8	16	67%	33%	0%	33%
<b>AP-HP.HU HENRI MONDOR</b>	18	0	11	7	39%	61%	0%	61%
<b>AP-HP.HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS</b>	11,6	0	5,25	6,35	55%	45%	0%	45%
HOPITAL AVICENNE	10	0	5,25	4,75	48%	53%	0%	53%
HOPITAL JEAN VERDIER	1,6	0	0	1,6	100%	0%	0%	0%
<b>AP-HP.NORD UNIVERSITE DE PARIS</b>	78,3	1,6	32	44,7	57%	43%	2%	41%
GH LARIBOISIERE FERNAND WIDAL	16	0	5	11	69%	31%	0%	31%
HOPITAL BEAUJON	12,5	1,6	2,8	8,1	65%	35%	13%	22%
HOPITAL BICHAT	20,6	0	12	8,6	42%	58%	0%	58%
HOPITAL LOUIS MOURIER	6	0	4	2	33%	67%	0%	67%
HOPITAL ROBERT DEBRE	11	0	3	8	73%	27%	0%	27%
HOPITAL SAINT LOUIS	12,2	0	5,2	7	57%	43%	0%	43%
<b>AP-HP.SORBONNE UNIVERSITE</b>	81,5	1	32,5	48	59%	41%	1%	40%
GH ARMAND TROUSSEAU	9	0	0	9	100%	0%	0%	0%
GH PITIE-LA SALPETRIERE	46,5	1	19,5	26	56%	44%	2%	42%
HOPITAL SAINT ANTOINE	11	0	7	4	36%	64%	0%	64%
HOPITAL TENON	15	0	6	9	60%	40%	0%	40%
<b>AP-HP.UNIVERSITE PARIS SACLAY</b>	45,55	3,2	15,8	26,55	58%	42%	7%	35%
HOPITAL AMBROISE PARE	10	2	3,5	4,5	45%	55%	20%	35%
HOPITAL ANTOINE BECLERE	8,25	0	3,5	4,75	58%	42%	0%	42%
HOPITAL DE BICETRE	19,3	0	6	13,3	69%	31%	0%	31%
HOPITAL PAUL BROUSSE	4	0	1	3	75%	25%	0%	25%
R. POINCARE	4	1,2	1,8	1	25%	75%	30%	45%
<b>TOTAL</b>	<b>313,95</b>	<b>6,8</b>	<b>117,55</b>	<b>189,6</b>	<b>60%</b>	<b>40%</b>	<b>2%</b>	<b>37%</b>

Les chiffres à virgule correspondent à une moyenne hebdomadaire (certaines salles n'étant pas ouvertes tous les jours de la semaine)

# Ouverture des blocs prévue en S 14- Semaine du 06.04.2021 (hors pédiatrie)

- En S14, blocs ouverts à 56 % (moyenne des données recueillies, en nombre de salles ouvertes) (hors pédiatrie) VS 59 % en S 13

Périmètre : hors pédiatrie

- En S14, 44 % des salles sont fermées (42 % pour cause COVID) parmi les salles qui seraient ouvertes en l'absence de COVID (hors pédiatrie) VS 39 % en S 13

- Source : déclaratif des sites

Site	Semaine 14 - Salles ouvertes le 5 avril 2021							
	Nb de salles ouvertes en temps normal	Nb de salles fermées hors cause COVID (manque de personnel, vacances scolaires...)	Nb de salles fermées pour cause COVID	Nb de salles ouvertes à date	% salles ouvertes à date	% de salles fermées	dont % salles fermées pour cause hors COVID (par rapport au nombre total de salles)	dont % salles fermées pour cause COVID (par rapport au nombre total de salles)
<b>AP-HP.CENTRE-UNIVERSITE PARIS</b>	54	0	20	34	63%	37%	0%	37%
GH COCHIN	30	0	12	18	60%	40%	0%	40%
HEGP	24	0	8	16	67%	33%	0%	33%
<b>AP-HP.HU HENRI MONDOR</b>	18	0	11	7	39%	61%	0%	61%
<b>AP-HP.HU PARIS SEINE-SAINT-DENIS</b>	11,6	0	5,25	6,35	55%	45%	0%	45%
HOPITAL AVICENNE	10	0	5,25	4,75	48%	53%	0%	53%
HOPITAL JEAN VERDIER	1,6	0	0	1,6	100%	0%	0%	0%
<b>AP-HP.NORD UNIVERSITE DE PARIS</b>	67,3	1,6	29	36,7	55%	45%	2%	43%
GH LARIBOISIERE FERNAND WIDAL	16	0	5	11	69%	31%	0%	31%
HOPITAL BEAUJON	12,5	1,6	2,8	8,1	65%	35%	13%	22%
HOPITAL BICHAT	20,6	0	12	8,6	42%	58%	0%	58%
HOPITAL LOUIS MOURIER	6	0	4	2	33%	67%	0%	67%
HOPITAL SAINT LOUIS	12,2	0	5,2	7	57%	43%	0%	43%
<b>AP-HP.SORBONNE UNIVERSITE</b>	72,5	1	32,5	39	54%	46%	1%	45%
GH PITIE-LA SALPETRIERE	46,5	1	19,5	26	56%	44%	2%	42%
HOPITAL SAINT ANTOINE	11	0	7	4	36%	64%	0%	64%
HOPITAL TENON	15	0	6	9	60%	40%	0%	40%
<b>AP-HP.UNIVERSITE PARIS SACLAY</b>	45,55	3,2	15,8	26,55	58%	42%	7%	35%
HOPITAL AMBROISE PARE	10	2	3,5	4,5	45%	55%	20%	35%
HOPITAL ANTOINE BECLERE	8,25	0	3,5	4,75	58%	42%	0%	42%
HOPITAL DE BICETRE	19,3	0	6	13,3	69%	31%	0%	31%
HOPITAL PAUL BROUSSE	4	0	1	3	75%	25%	0%	25%
R. POINCARE	4	1,2	1,8	1	25%	75%	30%	45%
<b>TOTAL</b>	<b>268,95</b>	<b>5,8</b>	<b>113,55</b>	<b>149,6</b>	<b>56%</b>	<b>44%</b>	<b>2%</b>	<b>42%</b>

Hors pédiatrie : tout AP-HP, avec NCK, RDB, TRS exclus

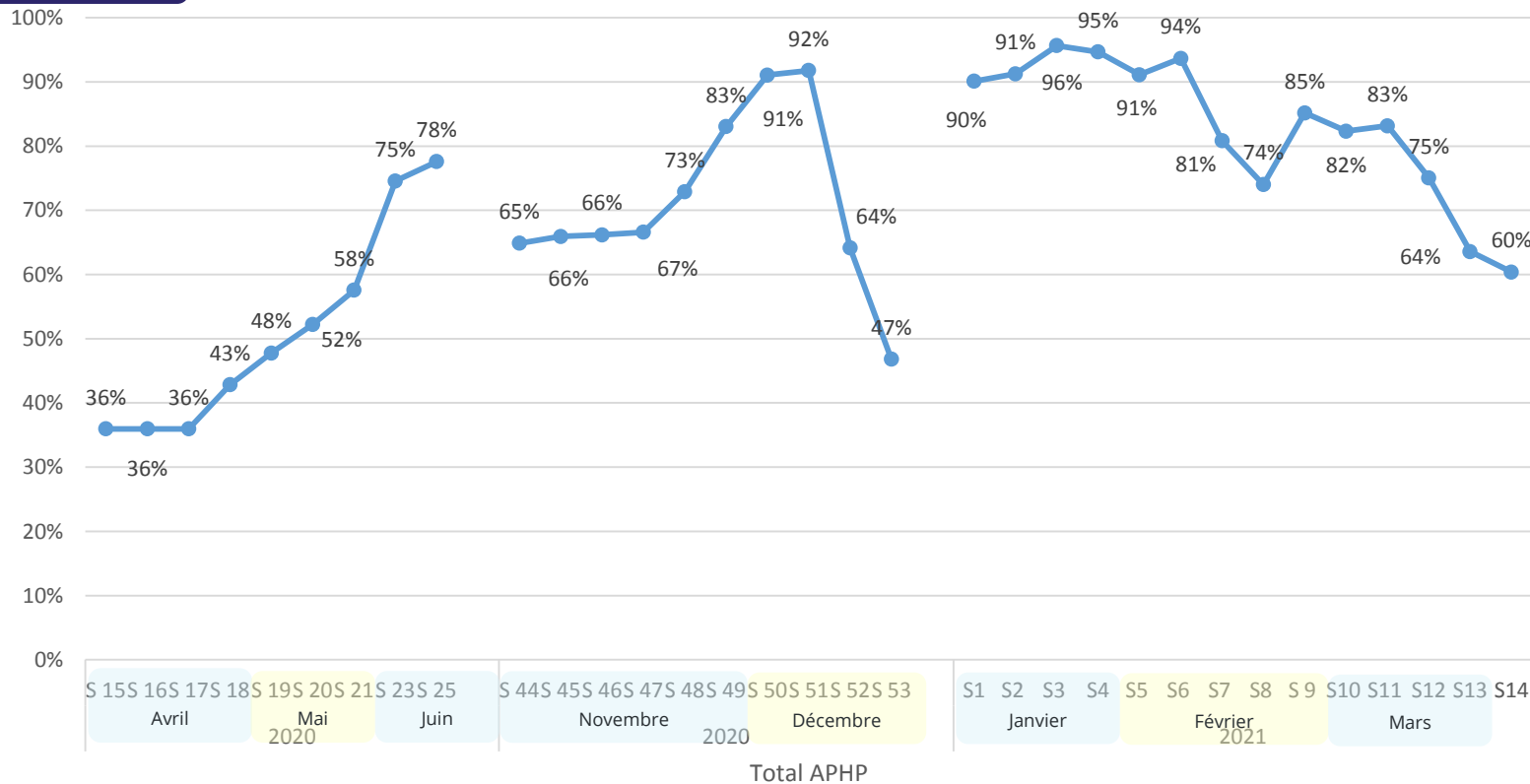
Les chiffres à virgule correspondent à une moyenne hebdomadaire (certaines salles n'étant pas ouvertes tous les jours de la semaine)



# Évolution de l'ouverture des salles depuis le début du suivi

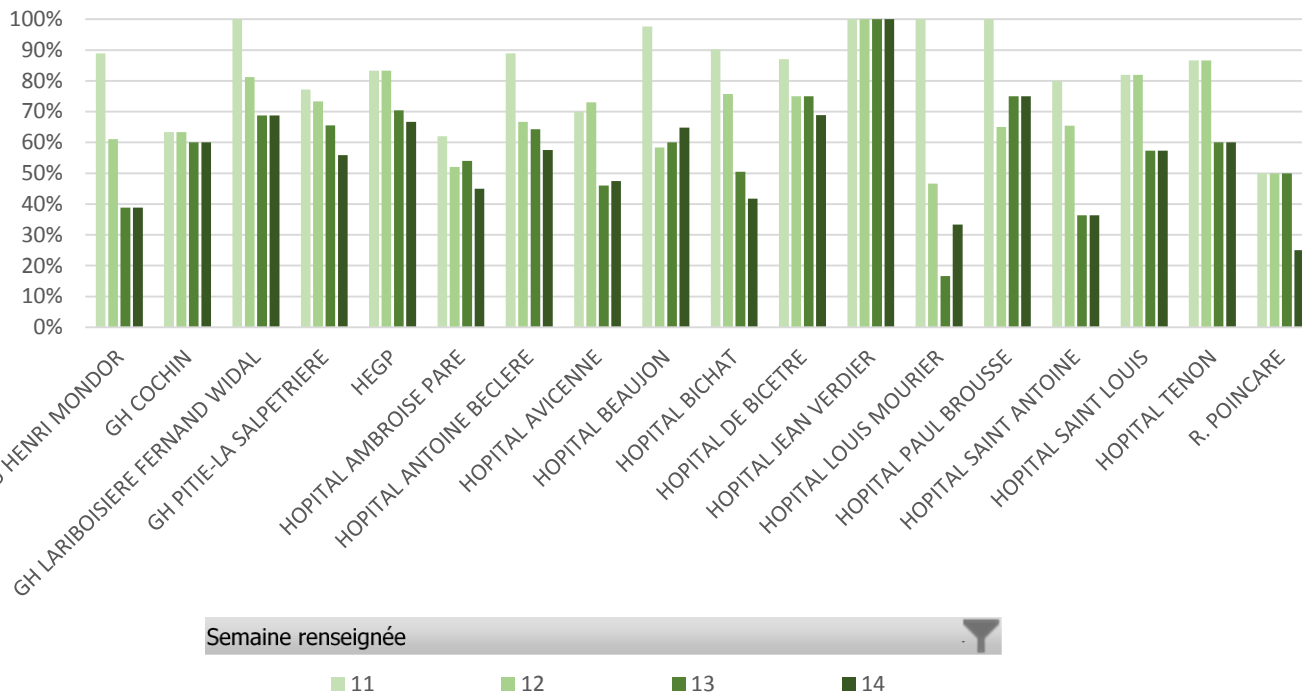
Périmètre :  
tout AP-HP

## Évolution des salles ouvertes en pourcentage par semaine



Périmètre :  
hors pédiatrie

## Evolution du nombre de salles de bloc ouvertes depuis 4 semaines (S 11, S 12, S 13 et S 14)



Site