

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 28/10/2021

REFERENCE : MINSANTE N°2021-125

OBJET : RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA PERMANENCE ET A LA CONTINUITE DES SOINS CRITIQUES, NOTAMMENT PEDIATRIQUES, EN CAS DE TENSION DUE AUX EPIDEMIES HIVERNALES DANS LE CONTEXTE ACTUEL COVID

Pour action ☒

Pour information ☒

Mesdames, Messieurs,

Dans son dernier avis du 5 octobre 2021¹, le Conseil scientifique prévoit que « La situation épidémiologique favorable du SARS-CoV-2, la levée des restrictions sur les transports internationaux, et la moins bonne application des mesures barrières vont permettre à nouveau la circulation virale du virus respiratoire syncytial (VRS) et du virus de la grippe dans les mois à venir. L'épidémie de bronchiolite pourrait être de grande ampleur compte tenu d'un déficit d'immunité collective acquise significatif pour les enfants nés après mars 2020 ».

Dans le cadre d'une potentielle évolution de l'épidémie de COVID-19 liée aux variants et dans un contexte de circulation active des virus hivernaux, notamment la grippe et le virus respiratoire syncytial (VRS) pouvant entraîner une augmentation des prises en charge au sein des services de soins critiques, notamment pour la population pédiatrique, et avec un possible relâchement des mesures barrières, une attention particulière doit être prêtée à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé (MCO, SSR, HAD) en lien avec les acteurs de la ville.

Une gouvernance et un pilotage régionaux de la mobilisation du système de santé

Pour organiser l'offre de soins en réponse aux besoins de santé, les ARS ont mis en place et pilotent une gouvernance territoriale au niveau de chaque région. Cette gouvernance a vocation à mettre en réseau l'ensemble des acteurs (SAMU, établissements de santé publics et privés, URPS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, acteurs du service à domicile, représentants de la ville, etc.) afin de disposer d'une vision partagée de la situation, de ses évolutions et de déployer une organisation territoriale adaptée aux besoins des patients en coordonnant l'ensemble des acteurs.

Afin de garantir en cette période hivernale, la permanence et la continuité des soins à l'échelle de chaque région, il convient de maintenir, voire réactiver, si besoin en était, cette gouvernance et de veiller à la mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé, en prenant bien en compte la filière pédiatrique.

Focus sur la prévention

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_5_octobre_2021.pdf

Il existe des ressources en matière d'information du grand public qu'il convient de mieux faire connaître aux professionnels de santé. Pour aider ces derniers à mieux informer les parents sur la conduite à tenir en terme de recours gradué au système de soin lorsque leur enfant présente une bronchiolite, et disposer de l'ensemble des ressources concernant la prévention des virus de l'hiver, un travail de recensement et d'outillage a été réalisé avec l'appui du Conseil national de pédiatrie, l'association française de pédiatrie ambulatoire et le collège de médecine générale.

Un DGS-Urgent à destination des professionnels sera donc diffusé avec l'ensemble des informations à mobiliser et mises à disposition par le Ministère de la santé, l'Assurance maladie, l'Association Française de pédiatrie Ambulatoire (AFPA), Santé publique France (brochures, etc.), ainsi que des conseils aux parents édités par la HAS. Un questions/réponses pour que les professionnels soient outillés pour pouvoir répondre aux inquiétudes des parents sera mis à disposition et joint au DGS-Urgent.

Il convient de partager largement ces éléments avec les professionnels et populations en contact avec de jeunes enfants et notamment les nourrissons de moins de 3 mois (ex. : jeunes parents, professionnels dans les maternités...). Ces éléments seront également largement diffusés en direction des acteurs de la petite enfance (PMI, crèches...).

L'appropriation par le grand public des bons gestes à adopter pour réduire le risque de transmission des épidémies hivernales est crucial dans un contexte épidémique complexe.

L'Assurance maladie a ainsi lancé la campagne d'information grand public sur les gestes barrières dès ce lundi 25 octobre.

Focus sur les recommandations de prise en charge des épidémies hivernales

Les épidémies hivernales font l'objet de recommandations institutionnelles (ex : *Recommandation HAS 2019 pour la prise en charge de la Bronchiolite*²), de réseaux pour suivi des cas (*Santé Publique France*³) ou de publications du Haut Conseil de la Santé Publique⁴ et du Conseil scientifique⁵. Ces recommandations doivent être connues et suivies par les établissements de santé et les professionnels de santé qui sont invités à participer aux réseaux de surveillance. Elles doivent aussi être largement diffusées.

N.B. : le HCSP a été saisi pour actualiser la stratégie de dépistage des virus hivernaux d'ici la fin du mois d'octobre.

Focus sur le capacitaire en soins critiques et les coopérations à renforcer ou mettre en place

En complément des actions déjà mises en place sur les filières adultes, vous veillerez à ce que l'ensemble des établissements disposant d'autorisations ou reconnaissances contractuelles pour les activités de soins critiques recensent et suivent :

- **Le capacitaire en réanimation pédiatrique :**
 - Nombre de lits ouverts ;
 - Nombre de lits à proximité immédiate ou intégrés à la réanimation pédiatrique, réversibles en lits de réanimation pédiatrique.
- **Le capacitaire de surveillance continue pédiatrique :**
 - Nombre de lits ouverts à proximité immédiate de la réanimation pédiatrique

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-11/hascnpp_bronchiolite_texte_recommandations_2019.pdf

³ <https://www.santepubliquefrance.fr/> -> onglet « maladies et traumatismes », section « Maladies Hivernales (Grippe, Bronchiolites et Gastro entérites)

⁴ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=920>

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_5_octobre_2021.pdf

- Nombre de lits à distance de la réanimation pédiatrique ou isolés : sur des sites sans réanimation qui pourraient constituer une réserve de lits pour l'amont ou l'aval des prises en charge.
- **Les lits de « réserve »** (non ouverts par manque de RH ou toute autre raison) de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique ainsi que d'autres lits pédiatriques, réversibles en 24h/48h/72h en cas d'afflux de patients nécessitant des soins réanimatoires.

Cette démarche nécessite l'actualisation régulière, par les établissements, dans le ROR des capacités et disponibilités en lits de soins critiques pédiatriques (voir infra *Focus sur le suivi et les plans de montées en charge*). Vous veillerez également à ce que les établissements :

- Définissent des paliers de montée en charge d'ouverture de lits de soins critiques pédiatriques (et dans la mesure du possible, d'hospitalisation complète de pédiatrie, pour fluidifier l'aval des soins critiques) ;
- Anticipent l'ouverture d'unités de réanimation pédiatrique éphémères (installation d'une unité de réanimation mobile le cas échéant).

En outre, vous veillerez au déclenchement dès que nécessaire dans tout établissement, **de ces paliers de montée en charge du capacitaire et de déprogrammation d'activités afin de libérer de la disponibilité en lits de soins critiques, modulés au regard du contexte épidémique local**, afin de continuer à répondre au mieux aux besoins de prise en charge pédiatriques.

L'activation de ces paliers dans chaque établissement doit ainsi permettre, selon les situations, d'augmenter le capacitaire de soins critiques pédiatriques disponible dans l'établissement ou, quand l'établissement ne dispose pas de capacités de soins critiques, de faciliter la mobilisation des équipes auprès d'un établissement du territoire en disposant. Il est rappelé que les déprogrammations doivent faire l'objet d'une **décision collégiale de la communauté médicale accompagnée d'une analyse médicale bénéfices/risques en fonction de la situation du patient**, dans le cadre d'une cellule de programmation/déprogrammation pluridisciplinaire qui intègre la situation épidémiologique locale, les tensions sur les ressources humaines et la disponibilité des plateaux techniques. Il s'agit en particulier de déterminer l'équilibre entre la nécessité de déprogrammer et de prévenir la perte de chance pour l'ensemble des autres patients, à la lumière, le cas échéant, des recommandations de la fédération des spécialités médicales, des conseils nationaux professionnels et de leurs sociétés savantes, de l'Agence de la biomédecine et de l'Institut National du Cancer. Les déprogrammations doivent faire l'objet d'un suivi par tout moyen (dossier médical, logiciel métier, le cas échéant registre) et s'organiser en lien avec les ARS qui supervisent la stratégie capacitaire de la région.

Les **transferts entre établissements de santé, quels que soient les statuts, que ce soit dans le cadre d'une coopération déjà établie ou en dehors d'une coopération existante, doivent être effectués dès que nécessaire afin de maintenir une réponse aux besoins de la population en termes de prises en charge**. A cet égard, doivent être facilitées des mises à disposition de plateaux techniques et de personnels des établissements dont les services sont moins en tension, au bénéfice des établissements les plus en difficultés.

Les transferts infrarégionaux sont régulés au niveau local. S'agissant des transferts inter-régionaux de patients, ils demeurent une mesure de recours notamment pour la patientèle pédiatrique mais ils doivent être envisagés lorsque l'offre de soins de réanimation pédiatrique est saturée au sein de la région. Depuis le début de la crise Covid, le Centre de crise sanitaire a assuré la définition de la stratégie des transferts inter-régionaux des patients adultes atteints de formes graves de la Covid19 et la coordination de ces transferts. S'agissant de patients de réanimation pédiatrique, le Centre de crise sanitaire pourra appuyer l'identification de places d'accueil au sein des autres régions, si cela s'avère nécessaire, que les patients soient ou non atteints de la Covid19.

Focus sur le suivi et les plans de montées en charge

Nous vous remercions :

- De faire un état des lieux sur le capacitaire opérationnel et la capacité d'extension des services de réanimations pédiatriques, à date et à effectif constant (et dans la mesure du possible sur les capacités d'hospitalisation complète de pédiatrie, aval des soins critiques) ;

- Puis de disposer de données régulièrement actualisées, quant au capacitaire installé et lits disponibles pour étendre l'offre de soins de la réanimation pédiatrique).

Cette démarche nécessite notamment l'actualisation régulière, par les établissements, des **données du ROR** pour les capacités et disponibilités en lits de soins critiques pédiatriques (voir infra).

Cet état des lieux permettra, au regard du risque d'aggravation de la situation à l'approche de l'hiver liées aux infections virales saisonnières, de préparer l'organisation à mettre en œuvre au sein des services de réanimation pédiatriques en cas de saturation de l'offre de soins compte tenu de la cinétique épidémique de la covid-19 et autres viroses.

1/ Répertoire des Ressources Opérationnelles (ROR)

En complément du suivi quotidien réalisé via l'application SI-VIC pour le suivi des patients COVID et via le répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour les capacités de soins critiques adulte, il est demandé aux ARS et aux établissements de s'assurer du **remplissage a minima quotidien du même ROR pour les capacités de soins critiques pédiatriques**, plus précisément pour les unités suivantes :

- > Réanimation pédiatrique y compris réanimation pédiatrique spécialisée
- > Surveillance continue pédiatrique qu'elle soit à proximité de l'unité de réanimation pédiatrique ou à distance
- > Réanimation pédiatrique et néonatale « mixte » (i.e. les sites qui disposent de faible capacitaire de réanimation pédiatrique accolé à la réanimation néonatale avec mutualisation de garde)
- > Soins intensifs pédiatriques

Cette consigne d'actualisation concerne à la fois la **disponibilité** en lits et le **capacitaire** installé, permettant aux établissements et aux ARS de disposer de données à jour nécessaires sur le terrain pour l'accueil et l'orientation des patients.

Parallèlement, à l'instar du suivi national pour les soins critiques adultes, un *tableau de bord national des tensions hospitalières* pour les unités de soins critiques pédiatriques va être produit via les exports quotidiens des données du ROR. Ces exports étant réalisés entre 10h et 11h chaque jour, une actualisation avant cet horaire et préférablement deux fois par jour par les établissements est nécessaire pour assurer une bonne qualité des données et un pilotage adéquat au niveau régional et national.

2/ Elargissement de l'enquête SOLEN nationale auprès des ARS

En complément, l'enquête hebdomadaire en ligne auprès des ARS sur la réanimation (capacitaire opérationnelle à date ; autres capacités envisageables, éventuellement sous conditions : matériels, renfort RH ; nombre de patients hospitalisés en réanimation à date, toutes causes confondues) va être élargie à la réanimation pédiatrique.

Organisation de la « filière pédiatrique » y compris l'amont et l'aval

Il convient de veiller au respect de la « filière pédiatrique » dans son ensemble en veillant à accompagner les établissements pour :

- **Recenser les capacités** de prise en charge pédiatrique **d'amont et d'aval** susceptibles de fluidifier les parcours (SU, UHCD, pédiatrie générale, transferts...) en fonction des besoins de soins des patients, en pédiatrie générale ou spécialisée.
- **Assurer, le cas échéant renforcer, l'organisation des services d'amont et d'aval** des soins critiques pédiatriques notamment en termes de personnel et de capacitaire, afin de :

- **Garantir**, le cas échéant, **le maintien des activités COVID** ;
 - Organiser, si nécessaire, de nouvelles **déprogrammations** d'activités ;
 - Envisager le **déport de certaines activités** sur d'autres sites ;
 - Envisager la possibilité de **transferts** (intra et extrarégional, transfrontalier) avec les SAMU et leurs antennes pédiatriques le cas échéant.
- **Renforcer ou mettre en œuvre des coopérations entre structures** prenant en charge des patients pédiatriques, en termes de renfort de personnels ou de transferts de patients ne relevant pas de soins critiques ou non touchés par l'épidémie en cours.
 - **Renforcer l'amont de l'hospitalisation**, en identifiant les liens possibles avec les réseaux (type réseaux bronchiolites) et les professionnels de santé pour limiter le recours aux consultations hospitalières aux enfants qui les requièrent.
 - **Renforcer l'aval de l'hospitalisation**, en envisageant, en fonction des besoins de soins des patients, le recours à une hospitalisation en HAD, en SSR ou le recours à des réseaux et des professionnels de santé de ville.

Focus sur les ressources humaines et leviers de mobilisation

Depuis le début de cette crise sanitaire, des renforts humains sont mobilisés pour renforcer les établissements de santé et médico-sociaux les plus en tension. Ces renforts s'appuient principalement sur les dispositifs territoriaux existants, sur la Plateforme Renfort RH Crise et sur la Réserve sanitaire de Santé publique France.

Ces dispositifs sont maintenus tout au long de la période et peuvent être mobilisés en fonction des besoins et des disponibilités des ressources. Néanmoins, ils demeurent actuellement très en tension et **les capacités d'appui de la Réserve sanitaire sont ainsi très limitées**.

Pour mémoire, le processus de sollicitation de ces dispositifs est le suivant :

Etape 1 : identification des besoins RH (effectifs et profils) par l'ARS demandeuse

- L'ARS réalise une estimation précise des besoins de renforts des structures sanitaires, sociales et médico-sociales à court et moyen termes (ex : anticipation d'ouvertures ou fermetures de lits) : profils (expérience, diplômes) et effectifs de professionnels souhaités.
- L'ARS s'assure avant transmission que toutes les ressources intra-régionales ont été mobilisées (appui inter-établissements, plateforme renfort RH-Crise et liste des volontaires accessible sur Digdash, candidatures spontanées, plateformes de mise en relation directes, agences d'intérim, etc.).

Lorsque toutes les possibilités de recrutement régionales sont mobilisées, l'ARS peut transmettre une demande de renforts à la Réserve sanitaire (avec en copie le Centre de crise sanitaire centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr et le CORRUSS alerte@sante.gouv.fr).

Etape 2 : identification des capacités de renfort par le CCS/CORRUSS

- Le CCS/CORRUSS, en lien avec SpF et la DGOS, vérifie l'adéquation de la demande avec la stratégie nationale (analyse du contexte épidémique, des ressources disponibles, arbitrage bénéfice/risque entre transferts inter-régionaux de professionnels de santé et tensions dans la région de départ des professionnels).
- Le CCS/CORRUSS définit la stratégie de réponse (identification des départements/régions susceptibles de venir en renfort).
- En raison d'un vivier de ressources humaines limité, le CCS/CORRUSS en lien avec la DGOS peut prioriser, auprès de la Réserve sanitaire, les demandes émises par les ARS en fonction des situations les plus dégradées.

Etape 3 : recherche de renforts complémentaires par le CCS/CORRUSS

En fonction des possibilités d'appui de la Réserve sanitaire d'une part, et du besoin et des possibilités offertes par la Plateforme Renfort RH-Crise d'autre part, le CCS/CORRUSS peut mettre en place les actions suivantes:

- A partir de la plateforme RH, mise à disposition d'une liste de professionnels des départements/régions avoisinantes, dont les profils correspondent aux besoins ;
- Ouverture d'un droit d'accès à un vivier supplémentaire sur la Plateforme Renfort RH-Crise (départements et régions limitrophes selon la situation épidémiologique de ces territoires) ;
- En lien avec la DGOS, sollicitation directe des sociétés savantes pour l'identification de profils spécialisés ;
- Appel à la solidarité nationale par la sollicitation directe des ARS pour lesquelles la situation épidémiologique est plus favorable pour apporter un appui RH.

En complément de ces dispositifs de renforts, **l'assouplissement des règles encadrant le cumul d'une pension de retraite et d'une activité professionnelle**, afin de favoriser la reprise d'activité des professionnels de santé hospitaliers et libéraux retraités est maintenu jusqu'à la fin de l'année 2021. Cet assouplissement concerne toute demande de reprise d'activité médicale et paramédicale, à la fois pour les personnels soignants hospitaliers et pour les professionnels libéraux médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et paramédicaux relevant de la CARPIMKO : autorisation du cumul emploi/retraite auprès du dernier employeur dès le versement de la première pension de retraite (le délai de 6 mois pour cumuler emploi et retraite n'est pas applicable) et prise en compte des revenus liés à une activité médicale ou paramédicale pour faire face à la Covid-19 dans le calcul global des revenus (les règles de plafonnement des revenus et de la retraite ne sont donc pas applicables pour faciliter la lutte contre la Covid-19).

Pour mémoire, le plafond annuel relatif au **compte épargne temps** (CET) a aussi été relevé de 10 à 20 jours et le plafond global de 60 à 80 jours pour l'année 2021 pour la fonction publique hospitalière⁶. Pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, le nombre de jours de congés annuels ou de RTT pouvant être portés sur le CET a été passé à 30 jours (vs. 20 jours selon les règles de droit commun) pour l'année 2021⁷.

Les dispositifs de majoration des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière, du temps de travail additionnel pour les praticiens hospitaliers et des gardes en vigueur jusqu'au 31 octobre 2021⁸ sont prorogés jusqu'au 31 janvier 2022.

En sus des formations accélérées déjà mises en place par les sociétés savantes (ex. GFRUP), les établissements et les professionnels au cours de l'année 2020, des parcours individualisés d'accompagnement et de formation destinés au personnel soignant non médical amené à intervenir en renfort dans les secteurs Covid ont également été mis en place : <https://www.uness.fr/reperes-covid-referentiel-outils-pedagogiques>.

Enfin, il est rappelé que les ARS peuvent mobiliser, si les ressources humaines le permettent, le dispositif des « **lits à la demande** » mis en œuvre dans le cadre du Ségur de la santé avec un financement du Fonds d'Intervention Régional (FIR) afin de déployer jusqu'à 4 000 lits de médecine pour faire face à une hausse d'activité hospitalière induite par les épidémies hivernales. Au cours de l'hiver 2020-2021, près de 300 établissements de santé ont bénéficié de crédits pour ouvrir ponctuellement plus de 3 000 lits.

⁶ Arrêté du 12 février 2021 relatif à la mise en œuvre de dispositions temporaires en matière de compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière afin de faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19

⁷ Arrêté du 30 mars 2021 relatif à la mise en œuvre de dispositions temporaires en matière de compte épargne-temps pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé afin de faire face aux conséquences de l'épidémie de covid-19

⁸ Décret n° 2021-1097 du 19 août 2021 modifiant le décret n° 2021-287 du 16 mars 2021 portant indemnisation et majoration exceptionnelle des heures supplémentaires réalisées dans les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et arrêté du 26 août 2021 modifiant l'arrêté du 12 avril 2021 relatif à la majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps de travail additionnel et des gardes pour les personnels médicaux exerçant en établissements publics de santé et à la majoration exceptionnelle de l'indemnité de garde hospitalière des praticiens des armées

Focus sur les équipements et matériel

Nous vous remercions d'identifier les besoins complémentaires en ressources matérielles pour assurer la prise en charge des enfants : matériels biomédicaux de type respirateurs, matériels de ventilation non invasive, dispositifs d'oxygénothérapie à haut débit, (cf. tableau ci-dessous d'aide à l'identification des besoins).

Région	FINESS Géographique	Etablissement de santé	Marque du matériel	Modèle du matériel	Référence	Quantité souhaitée

Par ailleurs, toutes ruptures de stock avérées des DM pédiatriques identifiées par les établissements de santé, dont les consommables de tailles spécifiques, utilisés en réanimation pédiatrique, doivent être investiguées par vos soins et signalées au CCS/CORRUSS qui centralise les demandes urgentes selon l'instruction relative au signalement par les ARS d'événements sanitaires au niveau national (instruction DGS/DUS/CORRUSS/2015/229 du 25 juin 2015). Nous vous remercions de bien vouloir sensibiliser les acteurs pour une remontée des signaux sur ces produits de santé sensibles.

Vous trouverez en annexe du présent message, une fiche technique à destination des établissements portant recommandations pour assurer la continuité des prises en charge des patients en soins critiques pédiatriques en cas de tension due aux épidémies hivernales dans le contexte COVID.

Ces recommandations font l'objet d'un MARS à destination des établissements.

Nous tenons à vous remercier pour votre implication et votre mobilisation.

Katia Julienne

Directrice Générale de l'Offre de Soins

Signé

Pr. Jérôme Salomon

Directeur Général de la Santé

Signé