

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 30/09/2020

REFERENCE : MINSANTE N°162

OBJET : STRATÉGIE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Pour action ☒

Pour information ☒

Mesdames, messieurs,

La situation épidémiologique actuelle objective une très forte circulation du virus sur le territoire avec toutefois des différences entre les départements. A ce jour, 69 départements sont classés en zones de circulation active (ZCA). Des mesures de freinage complémentaires ont été mises en œuvre au sein des métropoles. L'impact de l'ensemble de ces mesures ne pourra être évalué que dans plusieurs semaines. En parallèle, on note des indicateurs issus de l'offre de soins illustrant une mobilisation croissante tant en pré-hospitalier qu'hospitalier avec une reprise soutenue des admissions dans les établissements de santé que ce soit dans les services de réanimation mais aussi en hospitalisation conventionnelle. La reprise épidémique se conjugue, en effet, à un **haut niveau d'activité hospitalière** lié au **rattrapage des activités déprogrammées** durant le second trimestre, avec des plateaux techniques opératoires fortement mobilisés et un niveau d'activité qui rejoint celui de 2019 dans de très nombreuses régions, voire le dépasse.

Les modélisations faites par l'Institut Pasteur dans certaines régions du Sud de la France indiquent d'ores et déjà que leur capacité régionale pourrait être dépassée dans les prochaines semaines. Dans ce cadre, **le système de santé doit être totalement mobilisé afin de pouvoir prendre en charge les patients COVID+ et les autres patients**. Cette nécessaire évolution doit engager l'ensemble des acteurs tant au niveau régional que national.

L'impact de l'épidémie sur l'organisation se caractérise d'abord par **une forte mobilisation des acteurs de ville, tant dans le dépistage que pour la prise en charge des patients**.

A l'hôpital, la **reprise épidémique** impacte, en premier lieu, les activités de médecine en lien étroit avec la médecine de ville. Ces services connaissent d'ailleurs une sollicitation plus importante liées à des évolutions de prise en charge requérant moins de soins réanimatoires et une articulation renforcée avec les EPHAD.

Aujourd'hui, l'impact Covid est aussi croissant sur les **services de réanimation et plus largement sur l'ensemble de la filière soins critiques pré- et post-réanimation dans un contexte de mobilisation concomitante pour des patients Covid et non-Covid** (soins programmés et reprise de l'activité « polytraumatisé »).

L'enjeu des organisations hospitalières est donc, dans de nombreuses régions, d'organiser simultanément, et pour les patients Covid et pour les patients non-Covid, la filière médecine en lien étroit avec la ville, l'HAD et les EHPAD d'une part et la filière de prise en charge de soins critiques, médecine et SSR d'autre part.

Une stratégie d'adaptation anticipée de l'offre de soins pilotée par les ARS pour faire face à la reprise épidémique

Une organisation territoriale pilotée par les ARS

Pour organiser la réponse de l'offre de soins, les ARS doivent mettre en place et piloter 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 médico-sociaux, etc.) afin de disposer d'une vision partagée de la situation et de ses évolutions ; de déployer une organisation territoriale adaptée aux besoins des patients en coordonnant l'ensemble des acteurs et de mettre en œuvre la stratégie régionale de l'ARS dans le cadre du plan ORSAN REB.

La structuration de la filière de médecine

Une vigilance forte des ARS est nécessaire sur la structuration et la fluidité de la filière de médecine. Celle-ci doit concerner, au vu des volumes, l'ensemble des acteurs publics et privés, et être organisée territorialement.

Il est ainsi demandé aux ARS :

- De veiller à disposer d'un suivi régulier du capacitaire en médecine et de bien identifier les capacités et les compétences de prise en charge Covid dans l'ensemble des établissements de leur territoire, y compris en augmentant le capacitaire pour les établissements sur-sollicités.
- De bâtir avec les acteurs un **pilotage de l'évolution de ces capacités et de la filière médecine/SSR**, associant régulièrement tous les acteurs ville, hospitaliers, pré-hospitaliers, par le biais d'une **instance de régulation territoriale partagée et commune**.
- De **mobiliser les acteurs de la médecine de ville** (via les URPS notamment) pour assurer l'amont et l'aval des hospitalisations conventionnelles, pour les retours des patients Covid à leur domicile, mais également pour les sorties précoces des patients hospitalisés non Covid.

La structuration des réanimations

L'impact est aujourd'hui croissant sur les **services de réanimation et de soins critiques**. Chaque ARS doit disposer d'un plan de montée en charge du capacitaire des réanimations de son territoire, comme repris dans le MINSANTE du 13 juillet relatif à la préparation des services de réanimation à un rebond épidémique. Il a été demandé aux établissements de décliner et d'organiser cette montée en charge et le MARS de septembre leur demande de réaliser une évaluation de leur niveau de préparation et de verrouiller l'ensemble des points sensibles.

Dans le cadre de cette montée en charge, il est demandé aux ARS de veiller à ce que **les établissements tiennent rigoureusement à jour les outils de suivi des lits disponibles et de stocks de médicaments, d'EPI et de respirateurs**. Le rôle de l'ARS est de coordonner en cas de difficulté un premier niveau d'entraide au sein de ses territoires.

L'identification de **viviers régionaux RH** est également un enjeu majeur en réanimation mais aussi dans les autres secteurs. Il vous est rappelé que le déplaçonnement des heures supplémentaires est désormais une compétence du DGARS. Il vous est par ailleurs demandé :

- De diffuser l'outil plateforme RH et de mobiliser les professionnels sur leur inscription ;
- D'identifier, en lien avec les établissements, les viviers de personnels formés à la réanimation / soins critiques et de s'assurer de l'élaboration d'ici le 15 octobre prochain, d'un **plan de formation par chaque établissement** permettant la mise à niveau des renforts nécessaires au profit des services de réanimation ;

- Identifier les personnels paramédicaux en poste, en priorisant les personnels déjà formés à l'exercice en réanimation ;
- Identifier les personnels paramédicaux en formation : les étudiants en formation n'interviennent en renfort que lorsque les besoins estimés dépassent les possibilités de renforts en personnels déjà en poste et formés. Vous êtes ainsi invités à quantifier et anticiper le besoin et vous rapprocher des instituts de formation pour que ces derniers puissent aménager la formation de leurs étudiants (départ en stage avancé, etc.).
- Identifier, au profit des hospitalisations conventionnelles, l'ensemble des viviers de renforts qui ont pu être mobilisés lors du précédent épisode de crise (intérimaires, retraités de moins de 5 ans, étudiants en santé volontaires, personnels libéraux, etc.).
- D'identifier les **vecteurs nécessaires au transfert secondaire de patients dans le cadre de la stratégie régionale issu des parcours de soins mis en place**. Vous prendrez attache de l'Etat-Major de Zone de défense pour identifier les capacités zonales nécessaires (hélicoptères, appui des SDIS, des associations agréées de sécurité civile, etc.).

Une attention forte portée aux activités non-Covid

Il vous est demandé dans ce contexte difficile de bâtir une **organisation territoriale permettant de maintenir l'accès à des soins de recours** (par exemple : greffes, cancérologie, chirurgie) avec l'ensemble des acteurs et de manière concertée dans le cadre des réunions territoriales que vous animerez ou ferez animer, et pour lesquelles vous veillerez à y associer les associations d'usagers au pilotage des réorganisations que vous pourriez engager.

Chaque établissement de santé doit ainsi disposer, le cas échéant par coopérations territoriales, d'une **organisation progressive et adaptable en fonction du capacitaire organisé par paliers en réanimation**, afin de :

- **Garantir le maintien d'activités non-COVID** en vue d'éviter les pertes de chances et d'assurer la continuité des soins ;
- Envisager **le déport de certaines activités sur un autre site hospitalier** en utilisant, le cas échéant, le vecteur des autorisations exceptionnelles, afin de limiter les pertes de chances;
- Envisager **la possibilité de transferts**, y compris interrégionaux et transfrontaliers, si pertinent, de patients en situation de fortes pertes de chance.

Il est également demandé pour l'ensemble des ARS de **réactiver le pôle « offre de soins » de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire**. Celui-ci est en charge notamment de mettre en réseau les acteurs du système de santé régional. La CRAPS s'assure de la diffusion à échéance régulière des données épidémiologiques de la région, des modélisations, des capacités régionales ainsi que du suivi effectif de leur montée en charge.

Des recommandations plus détaillées ont été publiées le 14 septembre sur le site du ministère sous la forme d'une fiche établissement de santé « Recommandations d'organisation pour les prises en charge non-covid en cas de reprise épidémique de covid19 », et le MARS n°2020_82 associé à ces recommandations a été transmis aux établissements de santé le 25 septembre ¹.

Un cadre d'appui national pour soutenir les régions en tension

Si la stratégie de réponse pour les hospitalisations hors réanimations doit être assurée quasi exclusivement au niveau régional, celle concernant les hospitalisations en réanimation doit faire l'objet d'une coordination nationale forte et d'une coordination infrarégionale renforcée par vos soins.

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

A ce stade de l'épidémie, la mobilisation des différentes régions n'est pas totalement homogène et fait apparaître un décalage de montée en charges entre elles d'environ 3 à 4 semaines d'après les simulations de l'Institut Pasteur (projections au 25/09).

Il est donc proposé de retenir les principes d'actions suivants:

- Mise en place **d'actions précoces de solidarité interrégionales**
 - Soit en termes **d'appui RH** pour permettre la finalisation d'un plan de formation, l'ouverture d'un palier supplémentaire, la prise de congés en prévision d'une forte mobilisation,
 - Ou **d'évacuations sanitaires** en prévention d'une saturation afin d'éviter l'ouverture trop rapide d'un palier supplémentaire et de contraintes en termes de programmation
- **Appui des régions ayant un taux d'occupation inférieur à 20% de patients COVID sur le capacitaire à date en réanimation** avec chaque région identifiée comme région d'appui en ressources humaines ou région d'appui en capacité d'accueil des EVASAN, que ce soit pour des patients Covid ou non-Covid.

Par sécurité, et selon les modélisations, ces régions doivent avoir un seuil inférieur à 20% sur une durée de 3 semaines. A ce stade, les régions d'appui prioritairement identifiées sont Grand-Est, Pays-de-la-Loire et Bretagne.

Dès lors qu'une région prend en charge en réanimation un nombre de patients COVID supérieur à 20% de l'ensemble des lits de réanimation (capacité à date), l'ARS engage, selon les besoins, les actions suivantes :

- Mise en place d'un pilotage régional des capacités de réanimation : la stratégie régionale est mise en œuvre par les structures territoriales en charge de la régulation ;
- Identification de la stratégie de montée en charge par paliers de 15 jours ;
- Modulation de l'activité, mise en œuvre de la re-priorisation des interventions voire suspension ciblée des activités médicales et chirurgicales non urgentes nécessaires au soutien à la montée en charge des services de médecine et de réanimation ;
- Sécurisation de filières territoriales de prise en charges d'activités non Covid, notamment celle de recours (greffes, activité cancérologique, autres définies par l'ARS) avec l'ensemble des acteurs publics et privés ;
- Mise en œuvre de la solidarité infra régionale (public et privée) pour le transfert de patients et les renforts en personnels ;
- Appui en ressources humaines par le niveau national si la situation sanitaire le permet.

Le centre de crise sanitaire assurera un suivi renforcé des régions ayant un taux d'occupation supérieur à 30%.

Dès lors qu'une région prend en charge en réanimation un nombre de patients COVID supérieur à 40% de l'ensemble des lits de réanimation (capacité à date), l'ARS engage, selon les besoins, les actions complémentaires suivantes :

- Mise en œuvre d'une suspension graduée et ciblée des activités nécessaires à la montée en charge des services de médecine et de réanimation ;
- Sécurisation de filières territoriales de prise en charges d'activités non Covid, notamment celle de recours (greffes, activité cancérologique, autres... définies par l'ARS) avec l'ensemble des acteurs publics et privés, y compris en extra régional, si nécessaire ;
- Adaptation de la stratégie de montée en charge par paliers de 7 à 15 jours ;
- Appui en ressources humaines par le niveau national si la situation sanitaire le permet ;
- Organisation d'EVASAN vers les régions d'appui identifiées (identification des équipes SMUR, des ES d'accueil et des vecteurs nationaux disponibles) si la situation sanitaire le permet en médecine comme en réanimation.

Pr. Jérôme Salomon

Directeur Général de la Santé

Katia Julienne

Directrice générale de l'offre de soins

Signé

Signé