

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

DATE : 30/07/2021

REFERENCE : MINSANTE N°2021-101

OBJET : PRÉPARATION ET GESTION D'UN 4^{ÈME} REBOND ÉPIDÉMIQUE COVID EN MATIÈRE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

☒ **Pour action**

☒ **Pour information**

Mesdames, Messieurs,

La situation épidémique demeure très préoccupante avec, depuis début juillet, une remontée des taux d'incidence COVID attestant de la reprise d'une circulation importante du virus et notamment de son variant Delta.

Les régions ultramarines demeurent particulièrement touchées par le virus avec un impact hospitalier majeur et font l'objet de mesures de gestion spécifiques.

Le taux d'incidence est passé de 19 cas pour 100 000 habitants le 1^{er} juillet 2021 à 191 cas pour 100 000 habitants le 28 juillet. Cette reprise touche globalement l'ensemble des régions et est particulièrement marquée dans les régions Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte-D'azur et Corse.

La situation doit ainsi continuer à faire l'objet d'une vigilance forte de l'ensemble des acteurs, en particulier en cette période estivale qui est usuellement une période de tension pour la permanence et la continuité des soins. D'ores et déjà le nombre de patients COVID hospitalisés connaît une recrudescence à l'échelle nationale, et notamment en Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte-D'azur et Ile-de-France. Cette tendance concerne également les soins critiques, pour l'Occitanie, l'Auvergne-Rhône-Alpes et la Nouvelle Aquitaine en particulier.

Le présent message précise :

- Les dispositifs nationaux pour appuyer l'offre de soins ;
- La stratégie d'organisation à maintenir / sécuriser dès à présent par les ARS en région, si ce n'est pas déjà le cas ;
- Les actions à anticiper / préparer que les ARS pourraient être amenées à engager à relativement brève échéance en fonction de l'évolution de la situation épidémique et hospitalière.

Les dispositifs nationaux maintenus pour appuyer l'offre de soins

1. Dispositifs RH

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 **Réserve sanitaire de Santé publique France** et sur la **Plateforme Renfort RH Crise**.

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, liste des volontaires accessible sur Digidash, 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 et la cellule RH du CCS (centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr et ccs-pole-ressources-humaines@sante.gouv.fr).

Etape 2 : identification des capacités de renfort par la cellule RH du CCS

- Le CCS 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).
- Les cellules RH et Opération du CCS définissent la stratégie de réponse (identification des départements/régions susceptibles de venir en renfort).
- En raison d'un vivier de ressources humaines limité, le Centre de Crise sanitaire 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 renfort complémentaire par la cellule RH du Centre de Crise sanitaire

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, la cellule RH du CCS 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) ;
- 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).

En sus des formations déjà mises en place par 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>.

Pour mémoire, le plafond annuel relatif au **compte épargne temps** (CET) a été relevé de 10 à 20 jours et le plafond global de 60 à 80 jours pour l'année 2021 pour la fonction publique hospitalière¹. 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 2021².

2. Dispositifs financiers

La **garantie de financement** des établissements de santé a été reconduite jusqu'au 31 décembre 2021 pour sécuriser les établissements face aux impacts de l'épidémie.

¹ 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

² 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

Pour continuer à sécuriser les établissements face aux impacts de la crise sanitaire, la garantie de financement mise en place en 2020 et reconduite sur le 1^{er} semestre 2021 est, à nouveau, prolongée jusqu'à la fin d'année 2021.

Elle couvre les activités de médecine, chirurgie, d'obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD), de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et correspond au moins aux recettes 2020 majorées notamment de la compensation des mesures de revalorisation du Ségur de la santé.

Par ailleurs, des financements ont été versés pour compenser les **surcoûts COVID** engagés par les établissements prenant en charge des patients COVID. La clef de répartition s'est faite au prorata des journées COVID en hospitalisation et en soins critiques déclarées dans SIVIC.

Ces dispositifs concernent toutes les catégories d'établissements de santé.

3. Dispositifs dérogatoires en matière de télésanté

Si la dérogation relative à la facturation de téléconsultations par téléphone n'est plus en vigueur depuis le 1^{er} juin 2021, plusieurs dérogations demeurent valides pour permettre d'assurer un accès aux soins le plus large possible en cette période :

- Jusqu'au 30 septembre 2021 : dérogation au parcours de soins coordonné en ce qui concerne la prise en charge des téléconsultations et dérogation au champ de prise en charge et de la limitation du nombre de télé-expertises annuel pour les patients COVID (suspects ou diagnostiqués) ; prise en charge des consultations médicales complexes et avis ponctuel de consultants à distance ; prise en charge de l'IVG médicamenteuse à distance (1^{ère} consultation et consultation de contrôle) ; prise en charge du télé-suivi IDE pour les patients COVID ; prise en charge des téléconsultations et des actes de préparation à la naissance et à la parentalité et bilan à distance pour les sages-femmes ; prise en charge du télé-soin masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, pédicures et pharmaciens
- Jusqu'au 31 décembre 2021 : prise en charge 100 % AMO des téléconsultations (médecins et sages-femmes) via la LFSS 2021.

Le télé-soin des orthophonistes bénéficie d'une prise en charge de droit commun depuis le 13 avril 2021.

La stratégie d'organisation à maintenir / sécuriser dès à présent par les ARS en région

1. La gouvernance régionale de l'offre de soins

La mise en place d'une gouvernance régionale par les ARS constitue un des principes fondamentaux de l'organisation de l'offre de soins dans le contexte épidémique qui s'inscrit dans le cadre du plan ORSAN REB.

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

Chaque région a travaillé une stratégie élaborée sous l'égide de l'ARS avec les acteurs publics et privés concernés visant à mettre en place un plan d'augmentation du capacitaire de prise en charge en fonction des besoins à l'échelle régionale, de la disponibilité et de la capacité de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dans la région, y compris en déprogrammant des soins/interventions chirurgicales non urgents. Ces capacités sont adossées sur le recensement des ressources humaines disponibles (plateformes régionales de gestion des ressources humaines) et compétentes en soins critiques notamment en réanimation.

C'est dans ce cadre qu'il convient d'organiser la permanence et la continuité des soins en cette période et de maintenir des possibilités de prise en charge de patients en établissements de santé avec ou sans hébergement (HAD) adaptée à la situation épidémique COVID régionale mais aussi aux besoins liés à aux activités non-COVID.

Il est demandé aux ARS de renforcer / consolider cette gouvernance et les relations avec les partenaires, de tenir à jour et en conditions opérationnelles le plan de montée en charge capacitaire et d'assurer une capacité de remontée en charge des capacités en fonction de l'évolution de l'épidémie.

Pour les activités non-COVID, une organisation territoriale doit être mise en place pour permettre de maintenir l'accès à des soins de recours (par exemple : greffes, cancérologie, chirurgie...), le cas échéant en prévoyant en organisant le déport de certaines activités sur un autre site hospitalier afin de limiter les pertes de chances.

Au-delà de ces dispositifs d'adaptation de l'offre à la situation, vous êtes fortement incités à promouvoir toute organisation permettant de favoriser :

- La coordination ville/hôpital

- La coopération public/privé
- La diminution de la durée d'hospitalisation
- Les prises en charges ambulatoires, au domicile, les hôtels hospitaliers

Les principaux principes d'actions sont :

- Une programmation chirurgicale et des soins critiques centralisées au niveau territorial adéquat
- Une affectation des ressources humaines à l'échelle à un niveau territorial dans l'idée d'optimiser le fonctionnement des blocs, des réanimations et des structures d'aval
- Une cellule opérationnelle de coordination public-privé
- La généralisation d'équipes mobiles hospitalières assurant la prise en charge au domicile des patients
- L'utilisation rapide sur le territoire du GHT des SI de coordination opérationnels

2. La sécurisation des ressources matérielles

En lien avec le MINSANTE N°2021-95 du 20 juillet 2021, il est demandé aux ARS, y compris les ARS des territoires métropolitains, de se rapprocher des acteurs de santé (établissements de santé, établissements médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, grossistes répartiteurs, pharmacies d'officines, etc.) de leurs territoires afin de sécuriser :

- La couverture de l'ensemble des activités actuelles et de leur montée en puissance potentielle telle que définie dans le plan ORSAN REB ;
- Les éventuels nouveaux besoins ;
- L'achat, l'approvisionnement et la distribution des produits concernés, auprès des fournisseurs.

Conformément au MINSANTE N°2021-87, il est également demandé à chaque établissement de santé d'assurer un suivi des stocks réguliers et de renseigner de façon hebdomadaire la plateforme e-Dispostock.

Dans le cadre de remontées de difficultés d'approvisionnement majeures, la démarche d'appui national vient en complément des actions suivantes, qui doivent être mises en œuvre préalablement :

- Un dépannage régional : il appartient à l'ARS d'assurer une régulation territoriale en mobilisant l'ensemble des ressources disponibles à l'échelle du territoire, et en permettant une entraide inter-laboratoires/établissements ;
- Dès lors qu'un fournisseur n'honore pas la commande d'un établissement : ce dernier et l'ARS se rapprochent du fournisseur afin de confirmer la prise en compte de la commande auprès de celui-ci.

En cas de non résolution de la tension malgré ces premières démarches et de confirmation d'un risque avéré de pénurie, une priorisation des commandes pourra être effectuée par le centre de crise sanitaire via les adresses fonctionnelles suivantes :

- covid-tension-produits-rea@sante.gouv.fr qui centralise les demandes urgentes pour les médicaments
- covid19-log-urgence@sante.gouv.fr qui centralise les demandes urgentes pour les DM et EPI.

Les actions à anticiper / préparer que les ARS pourraient être amenées à engager à relativement brève échéance en fonction de l'évolution de la situation épidémique et hospitalière

1. La remobilisation forte des alternatives à l'hospitalisation et des actions d'optimisation des parcours de soins COVID

En fonction de l'évolution de la situation épidémique et hospitalière, il pourrait devenir nécessaire, dans les prochains jours, de remobiliser très fortement les alternatives à l'hospitalisation et les actions destinées à optimiser les parcours de soins des patients en fonction de leur état clinique. L'objectif demeure le « juste soin » afin de fluidifier les prises en charge en médecine de ville, hospitalisation conventionnelle, soins critiques ainsi que les sorties vers les services d'aval, et ainsi soulager le système hospitalier.

Pour cela, il s'agit d'anticiper et de préparer les actions suivantes :

- Mobiliser les professionnels de médecine de ville pour éviter le recours systématique à l'hospitalisation conventionnelle par la prise en charge des patients COVID et dont l'état est compatible avec le maintien à domicile avec une possible oxygénothérapie si nécessaire (cf. *Fiche Annexe 1 MINSANTE 190 du 13/11/2020*), mais également grâce à la prise en charge des patients non-COVID. Les médecins de ville peuvent s'appuyer sur les services de télé expertise de Pneumologie et de Maladies infectieuses et tropicales pour l'indication à l'oxygénothérapie et aux traitements possibles des patients (cf. *Fiche Annexe 7 MINSANTE 190 du 13/11/2020*) ;
- Renforcer le recours à l'hospitalisation à domicile, y compris de très courte durée, pour fluidifier la sortie des patients d'hospitalisation conventionnelle et libérer des lits (cf. *Fiche Annexe 6 MINSANTE 190 du 13/11/2020*) ;
- Veiller à mobiliser de manière homogène et optimale la totalité des places disponibles sur l'ensemble de la région pour les hospitalisations conventionnelles et les soins critiques ;

- Fluidifier les transferts vers les services d'aval notamment en post soins critiques vers l'hospitalisation conventionnelle, les SSR et l'hospitalisation à domicile, y compris pour des périodes très courtes visant à délester les établissements de santé ou le retour à domicile ou à l'EHPAD, si besoin sous oxygénothérapie ;
- Mobiliser la filière SSR-COVID avec le déploiement des unités de sevrage ventilatoire, de SRPR et d'unités de réadaptation pour patients poly déficients ;
- Recourir à la télésanté pour le suivi des patients et les soins à domicile y compris dans les structures médico-sociales, afin de limiter les déplacements en établissements (cf. *Fiche Annexe 8 MINSANTE 190 du 13/11/2020*) ;
- Mobiliser les CPTS, DAC et autres réseaux pour appuyer l'interface ville/hôpital afin de développer les prises en charge ambulatoires (cf. *Fiche Annexe 8 MINSANTE 190 du 13/11/2020*).

2. Le réengagement progressif d'une montée en charge capacitaire

Si les actions précédentes s'avéraient insuffisantes à contenir l'impact hospitalier de l'épidémie, il pourrait s'avérer également nécessaire de réengager une montée en charge capacitaire en fonction du contexte régional et du niveau de tensions hospitalières :

- Mobilisation de l'ensemble des établissements, publics et privés, pour la prise en charge des patients COVID en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques sur la base d'objectifs de montée en puissance progressive avec le maintien d'un taux d'occupation permettant de répondre à tout moment à un afflux de patients, COVID et non-COVID ;
- Mobilisation des viviers RH disponibles pour renforcer les équipes locales (recours à la plateforme nationale Renfort RH Crise, réserve opérationnelle de chaque établissement de santé, réserve sanitaire...).

Dans le cas où les renforts ne permettraient pas d'assurer le bon niveau de montée en charge sans déprogrammation, il reviendra aux ARS d'en informer le niveau national pour envisager des actions complémentaires telles que :

- Consignes régionales relatives au déclenchement des plans blancs des établissements ;
- Consignes régionales relatives à l'engagement d'une déprogrammation graduée et adaptée au niveau local en fonction de la situation épidémique et de l'activité médico-chirurgicale non urgente dans les secteurs public et privé afin de mobiliser le personnel soignant et le matériel médical vers les services en tensions.

En tout état de cause, ces déprogrammations devront être effectuées tout en assurant le maintien des activités de recours et l'absence de perte de chances avec une attention particulière pour les patients requérant des soins urgents, les patients atteints de cancer, les personnes en attente de greffe, les patients suivis pour une maladie chronique ou en pédiatrie et les prises en charge en santé mentale de la population. 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 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_annexe_2_dimension_ethique.pdf.

Nos services se tiennent à votre disposition pour répondre à vos questions et vous accompagner en cas de difficultés dans l'application de ces consignes. Nous vous remercions pour votre engagement constant et déterminant.

Katia JULIENNE
Directrice Générale de l'Offre de Soins

Signé

Maurice-Pierre PLANEL
Directeur Général Adjoint de la Santé

Signé