

MINSANTE / CORRUSS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ - DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE
SOINS - CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 12/02/2021

REFERENCE : MINSANTE N°25

**OBJET : ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN PRÉVISION D'UNE NOUVELLE VAGUE
ÉPIDÉMIQUE & ACTUALISATION DES RÈGLES D'ÉVICTION POUR LES PROFESSIONNELS**

Pour action ☒

Pour information ☒

Madame, Monsieur,

La situation épidémique est préoccupante avec la persistance de fortes tensions **des services hospitaliers dans les régions de l'est, sous l'effet de l'activité COVID notamment**, conjuguée à **une progression importante du virus et de la sollicitation de l'offre de soins dans les régions de l'ouest**, dans un contexte de circulation de plusieurs variantes du SARS-CoV2, dont les effets sur le système de santé sont difficilement évaluable à ce stade. Cette évolution fait craindre **un niveau de saturation homogène de l'offre de soins pour la prise en charge des patients Covid mais également non Covid sur l'ensemble du territoire**. Plusieurs territoires ultra-marins connaissent aussi une progression épidémique importante, avec une **quasi saturation de l'offre de soins hospitalière à Mayotte**.

RESUME DE LA PARTIE 1 : ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Dans ce cadre, les réponses opérationnelles apportées lors des vagues 1 et 2, avec l'appui de professionnels de santé et la mise en œuvre de nombreux transferts de patients de réanimation Covid entre les régions, pourraient dès lors s'avérer plus difficilement réalisables pour soulager les régions les plus en tension dans l'éventualité d'une troisième vague, avec un recours contraint à des régions de soutien pour les opérations d'évacuations sanitaires (EVASAN). Il est donc nécessaire de mettre dès à présent en place **une stratégie de réponse qui mobilise l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des patients Covid, pour toutes les régions**, et qui fluidifie l'ensemble du parcours de soin de manière à permettre une gestion optimisée des places en soins critiques dont en réanimation, mais aussi en hospitalisation conventionnelle.

Ainsi, cette stratégie de réponse doit s'articuler en région autour des 3 axes suivants :

- **Disposer d'une organisation de crise robuste et résiliente ;**
- **Augmenter le capacitaire installé et disponible en lits et les RH, en particulier de soins critiques (réanimation et soins intensifs COVID) ;**
- **Optimiser le parcours de soin des patients COVID et non-COVID.**

De nombreux éléments de ce message MINSANTE s'appuient sur le MINSANTE n°190 du 13/11/2020 portant « *recommandations d'organisation des soins dans un contexte de résurgence de l'épidémie de COVID19* » dont les préconisations restent pleinement opérationnelles.

Si malgré la mise en place du plan d'action en 3 axes, une région ne dispose plus des marges de manœuvre nécessaires pour prendre en charge les nouveaux patients admis en soins critiques voire en hospitalisation conventionnelle sur les établissements de la région, un recours aux évacuations sanitaires inter-régionales peut être demandé au CCS selon des modalités actualisées.

RESUME DE LA PARTIE 2 : ACTUALISATION DES REGLES DES PROFESSIONNELS ET MESURES DE MOBILISATION RH

Dans son avis complémentaire à l'avis du 14 janvier relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2, le HSCP préconise la règle suivante :

En cas de découverte chez un professionnel asymptomatique d'un prélèvement nasopharyngé positif (RT-PCR), prévoir une éviction de 7 jours après la RT-PCR et le respect des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Cette règle ne doit souffrir d'aucune dérogation et supprime cette possibilité ouverte dans son avis du 23 mai 2020.

La seconde partie de ce message précise les recommandations actualisées du HCSP en matière d'éviction des professionnels et présente, en regard, les principaux dispositifs de mobilisation des ressources humaines en place pour les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux.

DISPOSER D'UNE ORGANISATION DE CRISE ROBUSTE ET RÉSILIENTE

L'ensemble des acteurs sanitaires et établissements concourant à la prise en charge des patients Covid doit disposer d'une organisation de crise robuste et résiliente, se traduisant notamment par :

- **Le renforcement de la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS)** pour chaque ARS en veillant à y intégrer une **cellule EVASAN**, en charge du pilotage des EVASAN impliquant sa région (infrarégionales et interrégionales), et une **cellule de recherche et de suivi des lits de réanimation (pérennes et upgradés) disponibles**, pour venir en appui à la conduite des opérations au sein de la région (cf. annexe 1) ;
- **L'identification d'un SAMU de coordination régionale** (SAMU de zone lorsque la région est superposée à la zone) qui a pour mission de réguler, sur la base des capacités recherchées et identifiées par la « cellule de recherche et de suivi des lits », et en lien avec les SAMU territorialement compétents, et les services de soins critiques des établissements concernés, l'orientation des patients en réanimation (lits de réanimation pérennes et upgradés) avec une vision précise et en temps réel des lits disponibles ;
- **L'activation ou le maintien *a minima* du plan de mobilisation interne** (niveau 1) dans l'ensemble des établissements de santé, voire en fonction des niveaux de tension observés, du **plan Blanc** (niveau 2).

Cette organisation de crise doit être mise en œuvre dans chaque région, quelle que soit le niveau de tension hospitalière, et doit être opérationnelle dès le jeudi 18 février.

AUGMENTER LE CAPACITAIRE INSTALLE ET DISPONIBLE EN LITS DE REANIMATION

Cette organisation de crise devra permettre de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles dans les établissements de santé, publics ET privés, de manière à **augmenter significativement le capacitaire maximal de lits de soins critiques, et notamment de réanimation**. Pour cela il est rappelé à toutes les régions, indépendamment de leur niveau de tension, la nécessité de mettre en place les actions suivantes :

- **Mise en œuvre d'une « cellule régionale de recherche et de suivi des lits de réanimation disponibles » en étroite collaboration avec le SAMU de coordination régionale** (ou SAMU zonal selon les organisations) **et les services de soins critiques de la région** et en lien avec les SAMU territorialement compétents pour assurer la régulation médicale des patients sur toute la région grâce à une vision en temps réel du nombre de lits disponibles, avec une attention particulière portée à la mise à jour quotidienne des données ROR et SIVIC (cf. annexe 1) ;
- **Mobilisation de l'ensemble des acteurs de la région**, en les associant à l'organisation de la réponse : médecine de ville, structures de médecine d'urgence, établissements de santé, hospitalisation à domicile, SSR et établissements sociaux et médico-sociaux, pour fluidifier le parcours de soins des patients ;
- **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 ;
- **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 de soins critiques. Ces déprogrammations doivent être effectuées tout en garantissant que les patients atteints de cancer, les personnes en attente de greffe, les patients suivis pour une maladie chronique ou en pédiatrie et requérant des soins urgents soient pris en charge dans les meilleures conditions possibles. Il doit également être pris en compte les besoins de prise en charge en santé mentale de la population, notamment les publics mineurs avec handicap psychique. 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 ;
- **Mobilisation des viviers RH disponibles** pour renforcer les équipes locales (recours à la plateforme nationale Renfort RH Crise, réserve sanitaire, réserve opérationnelle de chaque établissement de santé...) ; à noter que les **dispositifs facilitant l'augmentation du temps de travail** (majoration des heures supplémentaires,

indemnité exceptionnelle de compensation de congés payés non pris pour raisons de service, dérogation aux règles habituelles du compte épargne temps des arbitrages) **sont reconduits** ; des arbitrages sont en cours en ce qui concerne la mobilisation des étudiants en santé, du service sanitaire et certaines dispositions spécifiques aux personnels médicaux ;

- **Formation accélérée des personnels paramédicaux IDE et AS de tous les secteurs de soins** via le « Référentiel d'outils pédagogiques pour les renforts Covid-19 » (cf. *Fiche Annexe 3 MINSANTE 190 du 13/11/2020*).

OPTIMISER LES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS COVID EN FONCTION DE L'ÉTAT CLINIQUE

L'augmentation du capacitaire disponible doit être accompagnée des actions nécessaires pour optimiser les parcours de soins des patients en fonction de leur état clinique dans un objectif de « juste soin » afin de fluidifier leur prise en charge en médecine de ville, hospitalisation conventionnelle, soins critiques ainsi que leurs sorties vers les services d'aval, et ainsi soulager le système hospitalier. Pour cela, nous vous demandons de :

- **Mobiliser les professionnels de médecine de ville** pour éviter le recours systématique à l'hospitalisation conventionnelle par la prise en charge des patients infectés par la Covid19 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 Covid19. 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 grâce à la cellule de recherche et suivi des lits en lien avec le SAMU de coordination régionale (ou zonal selon les organisations). Afin de répartir les patients au sein des lits disponibles dans la région, des transferts devront être réalisés en mobilisant les **vecteurs habituels et les vecteurs zonaux** en lien avec chacun des SAMU territorialement compétent (SMUR, HéliSMUR, Dragon, hélicoptères GN...) ;
- **Déployer systématiquement une unité de soins intensifs COVID (USICOVID)** auprès de toutes les réanimations accueillant les patients COVID ;
- **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*).

En particulier, le développement de l'oxygénothérapie faisant l'objet d'un suivi national spécifique pour décharger les structures hospitalières, des actions de promotion de cette pratique devront être déployées en région afin d'encourager cette pratique dans le respect des recommandations de la fiche Annexe 1 MINSANTE 190 du 13/11/2020.

Si malgré la mise en place du plan d'action en 3 axes indiqué ci-dessus, une région ne dispose plus des marges de manœuvre nécessaires pour prendre en charge les nouveaux patients admis en soins critiques voire en hospitalisation conventionnelle sur les établissements de la région, un **recours aux évacuations sanitaires inter-régionales** peut être demandé au CCS.

ORGANISATION DE LA SOLIDARITÉ INTER-RÉGIONALE

(MINSANTE n°195 du 16/11/2020 relatif à l'organisation des évacuations sanitaires inter-régionales et transfrontalières de patients de réanimation atteints de la covid-19)

Le CCS établit au niveau national la stratégie relative à la solidarité inter-régionale en matière d'EVASAN. Il fixe le cadre stratégique, assure une coordination nationale des EVASAN, et peut venir en appui opérationnel des régions en tant que de besoin lors des opérations d'EVASAN, par la mobilisation de vecteurs nationaux par exemple. Les ARS et les SAMU territorialement compétents assurent quant à eux le pilotage opérationnel et la réalisation de ces EVASAN.

Ainsi, chaque début de semaine, le CCS en lien avec la DGOS :

- **Assure le suivi des régions les plus en tension** (« régions à appuyer ») ;
- **Identifie les régions en capacité d'accueillir des EVASAN** (« région de soutien ») ;
- **Définit les grandes lignes de manœuvre d'EVASAN pour la semaine à venir.**

La définition de cette stratégie s'appuie sur l'analyse des indicateurs épidémiologiques et de l'offre de soins des régions, et sur les « remontées de terrain » dans le cadre des échanges bilatéraux du CCS avec les ARS.

Plusieurs cas de figures peuvent alors se présenter :

- **Identification de région(s) de soutien en capacité d'accueillir des EVASAN :**
 - Mise en œuvre d'une **stratégie d'EVASAN « perlée »** (opérations d'évacuation régulières de faible volumétrie de patients vers une région de soutien ; stratégie adoptée lors de la 2^{ème} vague en hiver) ;
 - Mise en œuvre d'une **stratégie d'EVASAN « de masse »** (opérations ponctuelles d'évacuation sanitaire de nombreux patients ; stratégie adoptée lors de la 1^{ère} vague au printemps 2020) ;
- **En cas d'absence de région de soutien clairement identifiée**, chaque région du territoire optimise l'utilisation de toutes les places de soins critiques disponibles sur son territoire en visant à répartir la tension de la façon la plus homogène possible entre établissements et entre public et privé :
 - **Les capacités de la région suffisent ;**
 - **Les capacités de la région ne suffisent pas :** possibilité de mise en place d'un **mécanisme de gestion et régulation nationale des lits de réanimation**. Dans le cas d'une saturation généralisée, le CCS coordonnera l'ensemble du dispositif, en identifiant les **départements/régions avec des capacités d'accueil disponibles en réanimation recensées à date (dont USC/USI upgradés)**, et en autorisant de manière ponctuelle **des EVASAN vers les départements/régions ainsi identifiés** (préférentiellement à proximité). Ces EVASAN resteront toujours sous le pilotage opérationnel des acteurs locaux, en lien avec le SAMU de coordination régionale (ou zonale en fonction des organisations), et la cellule EVASAN (Art. R. 6311-3 du code de la santé publique).

Pour ce faire, le CCS s'appuiera alors sur une **remontée quotidienne par les ARS des synthèses de disponibilité des lits de réanimation (dont USC/USI upgradés) par département**. Ces synthèses des nombres totaux de lits de réanimation (dont USC/USI upgradés) disponibles par département seront réalisées par les « cellules de recherche et de suivi des lits de réanimation disponibles » en ARS, **sur la base des données du ROR** (éventuellement reconsolidées si nécessaire par les ARS en lien direct avec les établissements de santé), et **remontées au CCS de manière quotidienne via un formulaire SISAC**, qui sera mis en place dès que les tensions de l'offre de soins hospitalière nécessiteront la mise en œuvre d'un suivi national fin des places de réanimation. A défaut de transmission via SISAC par les ARS, ce seront les données du ROR qui seront exploitées par le centre de crise sanitaire.

Toutes les opérations d'EVASAN précitées concerneront préférentiellement des **patients COVID de réanimation**, mais pourront également concerner, sur décisions médicales, des **patients non COVID hospitalisés en service de réanimation** et des **patients COVID ou non COVID relevant d'un service d'hospitalisation conventionnelle**. Pour ce second type de patients, des **transferts « interhospitaliers pour raison capacitaire »** pourront être identifiés par une déviation du flux des urgences vers l'hospitalisation conventionnelle des régions limitrophes d'appui et/ou par une déviation du flux des sorties d'hospitalisation conventionnelle vers les services de soins de suite et de réadaptation des régions limitrophes d'appui.

Dans toutes les situations de transferts de patients, **un contact médical téléphonique direct entre le service émetteur et le service receveur est indispensable** en complément du transfert du dossier et du courrier de liaison afin de coordonner la continuité des soins de façon fine.

Pour ces opérations d'EVASAN, l'utilisation des **moyens habituels et zonaux disponibles** sera priorisée (héliSMUR, véhicules SMUR, bus, Dragons de la sécurité civile, hélicoptères de la Gendarmerie nationale, etc.). Cependant, le CCS pourra apporter un appui dans la recherche et dans l'usage des vecteurs nationaux d'évacuations sanitaires (compagnies aériennes privées, train sanitaire, vecteurs des Armées).

PARTIE 2 : ACTUALISATION DES REGLES DES PROFESSIONNELS ET MESURES DE MOBILISATION RH

Dans son avis complémentaire à l'avis du 14 janvier relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2¹, le HCSP préconise la règle suivante :

En cas de découverte chez un professionnel asymptomatique d'un prélèvement nasopharyngé positif (RT-PCR), prévoir une éviction de 7 jours après la RT-PCR et le respect des mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Cette règle ne doit souffrir d'aucune dérogation et supprime cette possibilité ouverte dans son avis du 23 mai 2020².

QUELS TYPES DE PROFESSIONNELS SONT POTENTIELLEMENT CONCERNES PAR DES MESURES D'EVICION ?

Tous les professionnels, soignants et non soignants, au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social (ESMS) sont potentiellement concernés par une mesure d'éviction, en tant que cas confirmé de Covid-19 ou personne contact à risque d'un cas confirmé.

QUAND PREVOIR LA LEVEE D'ISOLEMENT POUR LES PERSONNELS INFECTES ?

Les conditions cumulatives de levée de l'isolement sont précisées par l'avis relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 en établissements de santé (ES) et en établissements médico-sociaux (ESMS) complémentaire à l'avis du 18 janvier 2021³ :

- Au plus tôt au 8ème jour à partir du début des symptômes / pour les personnels à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 et pour les personnes infectées par les variantes d'intérêt 20H/501Y.V2 (dite « sud-africaine ») et 20J/501Y.V3 (dite « brésilienne »), cette durée est portée à 10 jours ;
- ET à l'issue d'une période d'apyrexie d'au moins 48 heures (température rectale inférieure à 37,8°C mesurée avec un thermomètre, deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- ET au moins 48 heures après la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn au repos) ;

En outre, le HCSP recommande, lors de la reprise des activités professionnelles, au contact de patients et/ou de professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical de type II, pendant les 7 jours suivant la levée du confinement et éviter les contacts non masqués avec les collègues pendant les pauses. Il est aussi rappelé l'importance du respect des mesures d'hygiène des mains.

QUELLE CONDUITE A TENIR POUR LES PERSONNELS CAS CONTACT ?

Le HCSP recommande, en cohérence avec son avis du 23 mai 2020, que l'éviction des professionnels en établissement de santé ou médicosocial et contacts à risque d'un porteur du SARS-CoV-2, symptomatique ou non, ne soit pas systématique, sauf :

¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=974>

² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=838>

³ En cours de publication

- Si le professionnel devient symptomatique ;
- En cas de doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement : le soignant contact doit être mis en éviction dans les mêmes conditions que les contacts en population générale ;

Le professionnel contact à risque mais maintenu en poste doit :

- Pratiquer une auto-surveillance de ses symptômes et alerter les services de médecine du travail et de maladies infectieuses en cas d'apparition de symptôme évocateur pour la réalisation d'un prélèvement nasopharyngé à la recherche du SARS-CoV-2. Dans l'attente du résultat, il doit être mis en éviction, sauf situation exceptionnelle ;
- Bénéficier d'un prélèvement nasopharyngé systématique entre J5 et J7 du dernier contact (et au maximum à 7 jours de la date du premier contact si celui-ci a persisté plusieurs jours), même s'il est asymptomatique ;
- Appliquer strictement les mesures d'hygiène et de distanciation physique, dans sa pratique mais aussi lors des pauses ou de l'utilisation des vestiaires.

QUELLES SONT LES MESURES DE PREVENTION A APPLIQUER ?

Toutes les mesures de prévention actuellement disponibles restent efficaces pour contrôler la diffusion du SARS-CoV-2, quel que soit le variant.

Il convient d'être particulièrement vigilant dans leur stricte application pour éviter les transmissions nosocomiales et les clusters, notamment dans l'attente d'une couverture vaccinale suffisante.

En particulier :

- Porter un masque adapté à la forme de son visage, le garder en dehors des temps de soins, lors des regroupements de professionnels de santé dans des zones où le masque est socialement trop souvent retiré du visage : temps de pause dans les services, pause-café, pause cigarette et vapotage, restauration, etc. ;
- Durant ces moments, le retrait du masque doit être limité au maximum ; une hygiène des mains doit être également réalisée en entrant et en sortant de ces espaces qu'il faut aérer et nettoyer régulièrement ;
- La densité de personnes présentes doit être limitée pour respecter une distance interindividuelle de 2 mètres.

Respecter strictement les mesures barrières et les précautions standard pour la prise en charge de patients/résidents, quel que soit leur statut vis à vis du SARS-CoV-2 :

- Strict respect de l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique à chaque opportunité ;
- Port d'une protection de la tenue professionnelle par un tablier (soins mouillants ou souillants) ou une surblouse à manches longues à usage unique en cas de contact direct avec le patient. Les équipements de protection de la tenue seront éliminés en DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux) avant la sortie du box ou de la chambre (si la filière DASRI existe) ;
- Port de gants à usage unique limité aux situations de contact ou de risque de contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée ;
- Désinfection des dispositifs médicaux qui ne seraient pas dédiés dès leur sortie de la chambre.

Mettre en place systématiquement les précautions complémentaires de type « Gouttelettes » et « Contact » dès le début de la prise en charge d'un patient considéré comme cas suspect ou possible d'une infection à SARS-CoV-2, dans l'attente de la confirmation ou de l'information diagnostique :

- Prise en charge en chambre individuelle dans la mesure du possible ;
- Utilisation préférentielle de matériel dédié ;
- Port d'un masque à usage médical respectant la norme EN 14683, avec double masquage soignant/soigné dès que possible par un masque à usage médical ;
- Port d'un masque FFP2 et d'une protection oculaire en cas de gestes invasifs ou de manœuvres à risque de générer des aérosols au niveau de la sphère respiratoire ou ORL, avec possibilité de conserver le masque FFP2

pour des soins prodigués à la suite à d'autres patients, quel que soit leur statut infectieux vis-à-vis du SARS-CoV-2 ;

MESURES DE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR EVITER UN RISQUE DE RUPTURE DE LA CONTINUITE DES SOINS

Les établissements qui anticipent un risque de rupture de continuité des soins (notamment en raison de l'absentéisme des agents) doivent alerter leur ARS pour sécuriser l'intervention de renforts RH.

Il a été décidé une reconduction des dispositions de mobilisation RH Covid (une nouvelle version du vademécum RH sera diffusée prochainement) **pour les personnels de la fonction publique hospitalière**. Sont ainsi reconduites les mesures facilitant l'augmentation du temps de travail des professionnels et permettant l'annulation de congés sollicités pour les prochaines vacances scolaires :

- **Majoration des heures supplémentaires** de 50% à l'identique du dispositif défini pendant la deuxième vague de l'épidémie. Ce dispositif est déclenché par les établissements après autorisation du DGARS. Le décret est en cours de publication ;
- Reconduction d'une **indemnité exceptionnelle de compensation de congés payés non pris** pour raisons de service, permettant de rémunérer les jours à un niveau supérieur à celui proposé pour l'indemnisation des jours de CET. Le décret qui reconduit cette indemnité est encore cours de préparation ;
- Dérogation aux règles habituelles du **compte épargne temps** pour relever le plafond annuel de 10 à 20 jours et le plafond global de 60 à 80 jours pour l'année 2021. Les arrêtés sont en cours de publication.

Les dispositions **à destination des personnels médicaux** prises à l'occasion de la 1^{ère} vague vont également être reconduites pour la période du 1^{er} février au 30 avril, sur décision du directeur général de l'ARS (comme pour le dispositif de majoration des heures supplémentaires du personnel non médical de la FPH) :

- Majoration du TTA et des gardes (hors étudiants de 2^{ème} cycle des formations médicales MMOP) ;
- Possibilité d'abondement en 2021 des CET sera portée à 30 jours, comme l'année en 2020.

MESURES DE MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR EVITER UN RISQUE DE RUPTURE DE LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE

Les établissements qui anticipent un risque de rupture de continuité des soins doivent alerter leur ARS pour sécuriser l'intervention de renforts RH.

- La **plateforme « renfort RH »** du ministère a été mise en place pour permettre une régulation et une priorisation des besoins de renforts en situation de crise. Les établissements peuvent y déposer leurs besoins et accéder aux candidatures de professionnels de santé qui ont accepté de se mobiliser pour la crise en cours. Cet accès aux candidatures se fait soit de manière directe, soit après priorisation des ARS en gestion de crise avancée. C'est à l'établissement de contacter le professionnel. Il est important que le demandeur mette bien à jour la suite donnée à la demande dans l'outil (accord ou refus du candidat) pour permettre la mise à disposition du vivier à d'autres établissements ;
- **Campagne de recrutement en urgence** dans le secteur personnes âgées (circulaire du 9 octobre 2020) : depuis sa mise en place plus de 13 500 offres de renfort RH ont été satisfaites pour les EHPAD, c'est-à-dire 81% des offres. Pour le domicile, près de 27 750 offres satisfaites, soit un taux de 80% (chiffres au 8/02/2021) ;
- La **mobilisation de Pôle Emploi et des missions locales**, en lien avec ARS et aux ESSMS en difficulté, permet d'identifier les besoins urgents et favoriser l'intermédiation avec la mise en place de formations courtes, en lien avec les OPCO. Une instruction est en cours de finalisation sur la mise en place de formations courtes, de six à sept semaines, à destination des demandeurs d'emploi vers des emplois d'aide à la personne pour faire face aux besoins accrus de professionnels dans le secteur du grand âge ;
- La priorité accordée au secteur social et médico-social pour le déploiement des **contrats initiative-emploi** : pour y avoir recours, Pôle emploi peut accompagner les ESSMS intéressés ;
- La **mobilisation d'étudiants en santé** (aménagement des cursus, mise en place de formations courtes, mise en place d'une indemnisation exceptionnelle pour les étudiants en IFSI, etc.) est également possible. Les étudiants en établissements de formation au travail social peuvent également être mobilisés dans le cadre de

la « réserve sociale » mise en œuvre lors du premier confinement. Les DRCS, demain les DREETS, sont chargées de la mise en relation des étudiants avec les établissements nécessitant un renfort RH ;

- Un soutien exceptionnel aux associations intermédiaires intervenant en EHPAD a été mis en place, par un système de **bonification pour chaque heure de mise à disposition effectuée par une AI en Ehpad**, à compter du 1er décembre 2020 et pour une période de trois mois (jusqu'au 28 février 2021).

Enfin, en novembre, plus de 10 000 missions de Service civique auprès des personnes âgées, ont été créées pour lutter notamment contre leurs isolements à domicile ou en établissement.

Nous vous remercions sincèrement pour votre engagement.

Katia Julienne

Directrice Générale de l'Offre de Soins

Signé

Jérôme Salomon

Directeur Général de la Santé

Signé

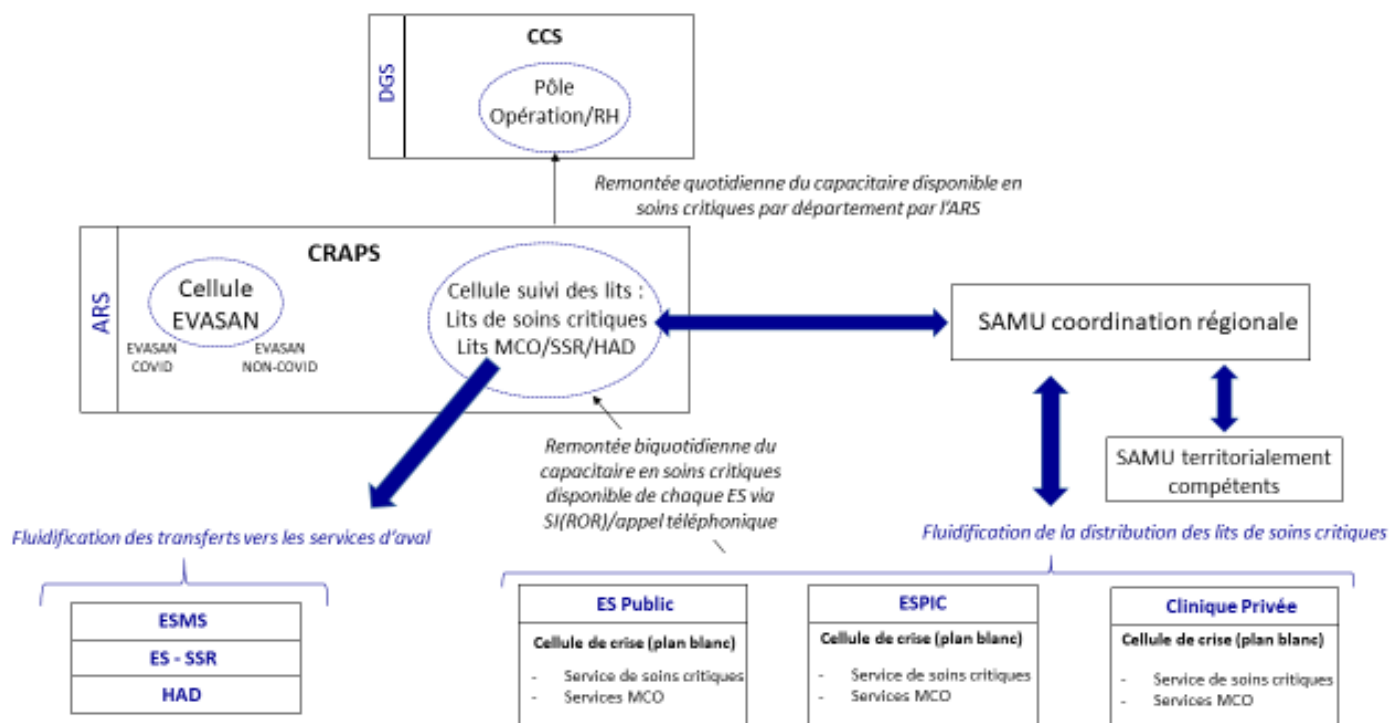
Annexe 1 : Recommandations pour la mise en place d'une « cellule de recherche et de suivi des lits de réanimation » en ARS

L'utilisation de l'ensemble des lits de soins critiques au sein de la région nécessite une régulation fine, basée sur une **vision précise et en temps réel des lits disponibles par département**. C'est dans ce sens qu'il est demandé aux ARS de créer en leur sein une **cellule de recherche et suivi des lits de réanimation disponibles** qui devra :

- Formaliser et suivre la remontée et le décompte en temps quasi réel des lits de réanimation disponibles (dans son acception large avec USI et USC upgradés) auprès des cellules de crise de chaque établissement public et privé de sa région disposant de services de soins critiques ;
- Les modalités d'échanges avec les établissements et les échéances des remontées des lits disponibles sont à déterminer par l'ARS ; ces reportings se baseront sur les données du ROR (et/ou d'autres SI utilisés localement), éventuellement couplés d'appels téléphoniques de l'ARS aux établissements si nécessaire, pour disposer du suivi « en temps réel » du nombre de lits de réanimation disponibles ;
- Sur instruction du CCS via un formulaire SISAC, les « cellules de recherche et de suivi des lits de réanimation disponibles » des ARS devront pouvoir transmettre une fois par jour le capacitaire en lits disponibles de réanimation (dont USI/USC upgradés) pour chaque département de la région. Pour ce formulaire, les cellules pourront s'appuyer sur les données du ROR. A défaut de transmission du formulaire, le CCS exploitera directement les données du ROR.

Cette cellule effectuera ainsi, en étroite collaboration avec le SAMU de coordination régionale (ou le SAMU zonal selon les organisations), les services de soins critiques des établissements et les SAMU territorialement compétents, le **pilotage et la régulation fine de la distribution des patients au sein des services de réanimation des établissements**.

L'ARS pourra si la situation le nécessite dupliquer ce mode de fonctionnement et de suivi à l'ensemble des lits de soins critiques, aux lits de médecine, de SSR et HAD.



Annexe 2 : Schéma d'organisation pour la réalisation des opérations d'évacuation sanitaire

