



FICHE ARS

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS APRÈS DÉCONFINEMENT

Dans la perspective d'une fin de la période de confinement strict annoncée pour le 11 mai 2020¹, il apparaît nécessaire de réévaluer l'offre de soins qui sera proposée aux patients après cette date. Cette réévaluation doit se faire au regard de l'évolution de l'épidémie de covid-19, des capacités de prise en charge du système de santé et dans le souci d'éviter des pertes de chance pour les patients.

En effet, la concomitance d'une épidémie encore active, qui ne diminuera que très progressivement, et d'une reprise de l'activité de soin programmée mal calibrée pourrait provoquer un nouvel effet de saturation du système de soin dans sa globalité : tensions sur les capacités de réanimation, les ressources critiques (ex : médicaments pour la réanimation) ou les ressources humaines (renforcées par une hausse de l'absentéisme et en prévision de la période des congés estivaux). La fluidité des parcours, la définition du rôle des différents acteurs, la limitation de la propagation du virus et l'optimisation des ressources disponibles sont des prérequis pour prévenir ce risque de saturation.

La stratégie d'adaptation de l'offre de soins, en lien avec le suivi des indicateurs de pilotage du déconfinement, devra donc intégrer quatre objectifs principaux pour les prochaines semaines. Cette stratégie pourra être réévaluée en fonction de l'évolution de la situation et des différents paramètres mentionnés.

Maintenir une capacité de soins dédiée au Covid-19 intégrant l'hypothèse d'une résurgence de l'épidémie

Si, à ce jour et depuis le 9 avril, la tension sur l'offre de soins de réanimation diminue, la prudence reste de mise car l'épidémie continue de progresser avec des entrées de patients COVID+ en réanimation et en hospitalisation de médecine qui restent à un niveau significatif. Des capacités suffisantes doivent donc être maintenues partout sur le territoire pour répondre aux appels dans les SAMU-centre 15, soigner ces patients et prévenir une augmentation rapide du nombre de personnes à prendre en charge. L'évaluation du besoin devra s'appuyer sur les modélisations mises en place et sur le suivi des indicateurs d'activité. La vigilance sur des potentiels rebonds épidémiques sera nécessaire et le réajustement de l'offre de soins dédiée à la prise en charge du covid-19 devra s'accompagner de mesures de réversibilité afin d'y répondre avec réactivité.

¹ Discours du Président de la République le 13 avril 2020. Date prévisionnelle qui reste sujette à l'amélioration de la situation de crise.



Contenir la propagation de l'épidémie : les tests, le contact-tracing et le port des masques

Afin de casser la chaîne de contamination, l'organisation de l'offre de soins reposera sur la mise en œuvre et la coordination de quatre piliers :

- la mise en place d'indicateurs de suivi de l'épidémie pour anticiper et adapter les réponses,
- le déploiement d'un dispositif de dépistage Covid-19 ciblé et réactif, qui impliquera, notamment, les acteurs des soins de ville et les établissements de santé en lien avec l'assurance maladie, (une circulaire spécifique détaille l'ensemble de ces modalités)²,
- des organisations de prise en charge des patients permettant l'application des mesures de distanciation physique protégeant les patients et les professionnels (une fiche est dédiée à l'organisation des cabinets de ville et une fiche dédiée aux établissements de santé et le respect des gestes barrières,
- et la stratégie de port du masque : « chirurgicaux » pour les professionnels de santé, les personnes à très haut risque et les malades Covid+ (ainsi que les personnes contact) et « grand public » pour le reste de la population.

Le succès des opérations de test reposera sur la capacité à informer très rapidement chaque personne prélevée du résultat des analyses, particulièrement lorsqu'elles confirmeront une infection, à engager dans la foulée l'identification des personnes contact et à prescrire des mesures d'isolement ou de quatorzaine au domicile ou dans des lieux dédiés.

Garantir la reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activités, la prise en charge hors Covid-19 en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance

Certaines prises en charge ayant pu être différées de quelques semaines ou mois, du fait de la déprogrammation d'activités ou de diverses contraintes ou craintes liées au confinement, vont devenir urgentes et pourront constituer une véritable perte de chance pour les patients si elles ne font pas l'objet d'une nouvelle évaluation, voire d'une reprogrammation des soins.

Les dispositions prises au sein des territoires par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les acteurs de santé et le rappel effectué le 16 avril 2020 par MINSANTE n°80 ont permis de limiter les renoncements et retards de soins. Elles doivent se poursuivre pour certaines et évoluer à l'aune des perspectives de déconfinement, de l'évolution de l'épidémie et des capacités de réponse des acteurs du système de soins.

Les activités de soins ne mettant pas en cause les possibilités de réactivation rapide des capacités de prise en charge des patients covid+, tout particulièrement en réanimation (disponibilités de lits, médicaments et ressources critiques, disponibilités des ressources humaines spécifiques...), ont vocation à reprendre et à être relancées.

² Instruction interministérielle du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine.



Assurer un pilotage efficace et réactif de l'activité de soin aux niveaux national, régional et territorial pour adapter les décisions nationales et locales en fonction de l'évolution de l'épidémie

Ce pilotage opèrera à deux niveaux :

- le niveau territorial et régional par l'ARS, responsable de coordonner l'organisation des soins avec les acteurs et de veiller à la cohérence d'ensemble;
- le niveau national pour le suivi de l'évolution de l'épidémie, la recherche de solutions pour les territoires les plus en tension et la gestion des ressources critiques.

Les ARS disposent d'outils de suivi et de régulation de l'offre de soins qu'elles doivent continuer à exploiter. En complément, un pilotage national, basé sur des indicateurs décrits à la fin de la fiche, permettra d'appuyer les régions et les territoires les plus en tension dans la recherche de solutions pour les situations complexes et la régulation des ressources critiques, dans un objectif de veiller à l'égalité d'accès aux soins urgents sur tout le territoire.

Par ailleurs, une augmentation subite des cas de Covid-19 dans un territoire impliquerait de réactiver très rapidement les capacités locales de prise en charge des patients Covid+, voire de mobiliser les dispositifs de soutien nationaux (ex : renforts RH ou transferts de patients), mais aussi de prendre des mesures restrictives pour endiguer l'expansion de l'épidémie (ex. réinstauration du confinement).

Cette fiche a ainsi pour objectif de fixer les consignes nationales applicables à compter de la date de dé-confinement et les conditions d'accompagnement de la reprise d'activité de l'ensemble du système de soins, en tenant compte des possibilités du système de santé (hospitalier, ville et médico-social) et en préservant sa capacité à faire face à une éventuelle nouvelle vague pandémique.

Ce document traite successivement des enjeux d'organisation propres aux différents secteurs : soins de ville, établissements de santé, psychiatrie et établissements sociaux et médico-sociaux. Chaque partie peut être lue indépendamment des autres.



Les principes d'organisation

Intégrant les besoins et contraintes liés à la crise sanitaire et réaffirmant la nécessité de prévention de la perte de chance pour les patients, il est primordial de penser la reprise de l'activité programmée sur la base d'une organisation et d'une régulation régionales, mobilisant tous les acteurs de l'offre de soins publics et privés, et **appuyées, pour cela**, par un système de régulation nationale en capacité d'aider les territoires les plus en tension pour éviter les pertes de chances pour les patients et permettre un égal accès aux soins.

La reprise progressive de tous les pans d'activité du système de soins devra donc être envisagée à trois niveaux :

- la relance et la mobilisation des soins de ville et le maintien des dispositifs ambulatoires intensifs mis en place pendant la crise (en particulier en psychiatrie) ;
- la reprogrammation de l'activité hospitalière et l'organisation d'une régulation concertée et équitable entre les établissements, sur toutes les étapes du parcours, incluant le champ SSR, tout en préservant les capacités de remobilisation, notamment en réanimation ;
- la fluidité des parcours, la protection des publics vulnérables et le renforcement des coopérations entre le secteur sanitaire et les EHPAD ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes en situation de handicap, notamment par un recours accru aux substituts à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, hospitalisation de jour, HAD ...).

Pour chacun de ces niveaux, il appartient aux ARS de décliner territorialement la doctrine nationale et d'organiser, sur leurs territoires, l'accès aux soins des patients en lien avec l'Assurance Maladie et l'ensemble des acteurs. Une mobilisation de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés, avec ou sans hébergement, mais aussi des professionnels de ville est nécessaire

De nombreuses coopérations ont pu se mettre en place entre les différents acteurs, quel que soit leur statut, pour répondre aux premières phases de l'épidémie. La poursuite et le renforcement d'une approche décroisée représente des enjeux majeurs de réussite de la phase post confinement. Ces coopérations pourront se concrétiser dans plusieurs domaines, et notamment :

- les parcours des patients covid+ et préparation à une éventuelle reprise de l'épidémie,
- la mise en œuvre de la politique de test, tracing et isolement,
- la reprise des soins et suivi des publics vulnérables,
- l'appui aux EHPAD et aux établissements d'hébergement de personnes en situation de handicap,
- l'organisation de la continuité des soins au niveau territorial, en incluant la période estivale.

Les représentants des usagers ont également vocation à participer aux objectifs prédéfinis, en étant associés aux discussions, et informés des conditions de mise en œuvre des organisations, au niveau territorial et dans les établissements.

Pour atteindre ces objectifs, les ARS pourront continuer à mobiliser les dispositifs exceptionnels (ex : assouplissement du recours à l'HAD, simplification du recours à la téléconsultation, autorisations d'activités de soins exceptionnelles...) qui ont fait leurs preuves depuis le début de la crise et qui seront prolongés le temps nécessaire.



Les ARS pourront également s'appuyer sur les recommandations scientifiques disponibles suite aux saisines du HCSP ou des Sociétés savantes par le Ministère ou de travaux régionaux. Enfin, ces éléments de doctrine seront mis à jour par le Ministère en fonction de l'évolution épidémiologique et de l'évaluation des besoins de santé publique.

Enfin, il est nécessaire de préciser que la doctrine « masques » a été révisée en conséquence pour accompagner cette reprise de l'activité de soins, dans ses différentes dimensions.

En revanche il convient de préciser que les tensions restent extrêmement fortes sur certains EPI (notamment les surblouses) et sur certains médicaments, notamment les hypnotiques et les curares. Les principes de reprise d'activité devront prendre en compte ces limites capacitaires.

Le rôle central des soins de ville dans la reprise et la continuité du système de soins

Si les soins de ville n'ont pas fait l'objet de mesures de déprogrammation, on constate une forte baisse d'activité en ville. Par ailleurs, certains professionnels, dont l'activité est de façon intrinsèque liée à des activités hospitalières déprogrammées ont suspendu leur activité.

Les soins de ville seront donc également concernés par un phénomène de reprise d'activité à la sortie du confinement, notamment pour les pathologies chroniques, les soins aux personnes âgées et les sorties d'hospitalisation. Ils auront un rôle central dans la lutte contre les chaînes de transmission, fait de leur rôle dans le diagnostic, l'organisation des prélèvements et des tests, et dans l'identification des personnes contact. Ils devront par ailleurs jouer un rôle majeur dans la gestion des suites de l'épidémie et dans la reprise de soins, notamment pour les patients vulnérables et pour les situations qui se seraient dégradées depuis le début du confinement.

Par ailleurs, les professionnels de ville ont un rôle important à jouer dans le cadre du retour ou du maintien à domicile des patients, et la coordination ville-hôpital doit être renforcée pour fluidifier les parcours.

Enfin, l'organisation de cette reprise devra anticiper les contraintes habituelles liées à la période estivale. Les organisations mises en place avec les professionnels de ville, libéraux ou des centres de santé, en lien avec la régulation du SAMU, l'hôpital et le médico-social, devront intégrer les enjeux de continuité des dispositifs et des soins sur cette période, avec une attention particulière pour le suivi des pathologies chroniques et des publics vulnérables.

1. Limiter l'expansion de la contamination

Les professionnels de santé de ville vont avoir un rôle central dans la sortie du confinement et la limitation de l'expansion de la contamination. Les médecins de ville et hospitaliers vont être en charge de l'organisation des diagnostics du patient mais aussi de l'ensemble des personnes de son foyer : prescription et possibilité de réalisation de tests, en lien avec les infirmiers. Les laboratoires de biologie médicale, et tout particulièrement ceux de ville, seront en première ligne pour l'analyse de ces tests à grande échelle.



Lorsque des cas positifs seront diagnostiqués, il reviendra aux médecins de :

- prescrire le dépistage de la cellule familiale et l'orienter vers des structures de test proches ;
- préconiser des mesures d'isolement du patient et de quatorzaine pour la cellule familiale (dont arrêt de travail), après évaluation de la situation sanitaire et socio-environnementale³ ;
- réaliser le niveau 1 du contact tracing⁴.

Si le test est négatif, l'isolement peut être levé. Cependant, si le médecin estime que la symptomatologie est suffisamment évocatrice et que le résultat rendu est faussement négatif (cas probable), il doit maintenir l'isolement, et prescrire un 2nd test RT-PCR ou un scanner thoracique. Un contact-tracing doit également être réalisé dans cette situation.

Les médecins et les laboratoires de biologie médicale devront renseigner les plateformes de système d'information dédiées (SIDEP, Amelipro) au plus vite afin de garantir l'efficacité du système mis en place. L'Assurance Maladie et/ou l'ARS prendront en charge la suite du processus de contact-tracing (niveaux 2 et 3 si nécessaire).

2. Ajuster le fonctionnement des cabinets et structures d'exercice coordonné afin de permettre une prise en charge adaptée

La reprise de certaines activités, dans les cabinets, maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé ou à domicile, implique d'adapter leurs organisations et leurs fonctionnements au respect des gestes barrières et aux enjeux de protection des patients et des professionnels. Les professionnels de santé devront notamment adapter le rythme des prises de rendez-vous aux capacités d'accueil de leurs cabinets pour respecter la distanciation sociale, et devront revoir l'organisation de leur cabinet (ex : plages dédiées aux patients covid-19, séparation des zones d'attente, désinfection des espaces et des équipements ...). Pour cela, ils pourront s'appuyer sur la fiche consacrée à l'organisation des soins de ville et sur les recommandations de la SF2H sur les conditions de nettoyage et de désinfection des cabinets de ville.

Enfin, le port du masque grand public est très fortement recommandé pour l'accès aux cabinets de ville et il est conseillé de distribuer un masque chirurgical aux cas suspect ou confirmés Covid-19 dès leur arrivée au cabinet.

3. Coordonner la prise en charge des patients

■ Grands principes applicables à tous les patients

- **Démarche proactive de reprise de contact** : Il est fondamental que les patients présentant des pathologies hors Covid puissent bénéficier d'une prise en charge, en programmation ou reprogrammation, au plus vite par le système de ville.

³ Instruction interministérielle du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine.

⁴ Idem



Pour cela, les professionnels de santé, médecins ou auxiliaires médicaux, installés en cabinet, en maison de santé pluri professionnelle ou en centre de santé, doivent entamer une démarche proactive de reprise de contact avec leur patientèle souffrant de pathologies chroniques ou de pathologies préexistantes au confinement, pour évaluer leur état de santé. Une évaluation des personnes potentiellement fragilisées par le confinement devra être systématiquement mise en œuvre par l'équipe soignante habituelle : patients à risque de décompensation psychique, patients âgés dépendants, enfants en situation de handicap ou patients sortants d'une hospitalisation. Cette consultation sera également l'occasion de prodiguer les conseils de distanciation sociale et d'hygiène adaptés. Les structures de soins peuvent utilement organiser ces reprises avec l'appui des communautés professionnelles territoriales de santé lorsqu'elles existent.

- **Privilégier la téléconsultation** : différentes dispositions de télésanté relatives aux patients Covid-19 ou pour les autres patients ont été prévues par décret ou arrêté et sont mises en œuvre au moins jusqu'au 31 mai (dérogations au parcours de soins coordonné pour les téléconsultations et au nombre de téléexpertises pour les patients covid-19, dérogation à la connaissance préalable du patient et à l'obligation de vidéotransmission pour les téléconsultations de certaines populations et dans le cadre du télésuivi IDE). En outre, la prise en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire des actes de télésanté prévue par ordonnance est organisée jusqu'au 24 mai. Ces dérogations s'appliquent également aux établissements de santé dans le cadre des actes et consultations externes.

Pour les patients pour lesquels un isolement ou une limitation des déplacements est conseillé (en raison de leur fragilité, de leur état de santé – infection Covid-19 ou cas contact – maladies chroniques, de critères géographiques...), **les mesures dérogatoires permettant un accès aux prises en charge à distance seront prolongées autant que nécessaire** (facturation de téléconsultations, séances de préparation à la naissance et bilan valorisant la prévention à distance par les sages-femmes, IVG médicamenteuse à distance, télésoin orthophoniste, ergothérapeutes, psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes et dérogations aux critères d'inclusion à la télésurveillance ETAPES). **Il s'agit ainsi de permettre la continuité des soins et de poursuivre la protection des patients et des professionnels de santé.**

Cette mobilisation ne concerne pas exclusivement la médecine générale et les médecins traitants, mais aussi les autres spécialités (cardiologie, pneumologie, neurologie, endocrinologie...), qui peuvent jouer un rôle majeur dans la priorisation des soins mais aussi dans l'adaptation de prises en charge. La psychiatrie qui s'est fortement mobilisée pour renforcer le suivi ambulatoire et développer des stratégies proactives de maintien du lien avec les patients de ses files actives devra maintenir et renforcer ces stratégies d'alternatives à l'hospitalisation.

Pour les patients vulnérables, la reprise des soins s'accompagnera de la remise à niveau des aides à domicile. Ainsi les services à domicile (SAAD) reprendront contact avec les personnes qu'ils accompagnent pour recommencer leurs activités, avec les mesures de protection adaptées. Les SAAD, ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les infirmiers libéraux, sont des acteurs majeurs du repérage des fragilités des personnes âgées à domicile. Les conseils départementaux devront répondre rapidement aux besoins



de réévaluation des plans d'aides APA et PCH qui devraient être augmentés, ou, en sortie d'hospitalisation, mis en place de façon urgente. Les dispositifs d'appui à la coordination ont également vocation à se mobiliser en complément et en appui à ces professionnels.

■ **Prise en charge spécifique des patients Covid+ ou dont la contamination n'est pas connue**

Conformément aux recommandations actuelles, les patients présentant des signes de Covid doivent être incités à ne pas se déplacer en première intention mais à contacter en amont par téléphone leur médecin traitant pour la mise en place d'une prise en charge spécifique, préservant les professionnels de santé et les autres patients. Il est toutefois essentiel que la prescription de test pour un cas suspect puisse être réalisée dans un très court délai pour permettre l'identification rapide des nouveaux cas de Covid-19.

Pour les patients dont les déplacements seraient déconseillés (personnes à risque élevé de forme grave de covid comme les plus de 65 ans), la téléconsultation et les visites à domicile, avec les gestes et équipements de protection appropriés, seront à privilégier.

■ **Assurer la permanence et la continuité des soins**

Les patients n'ayant pas de médecin traitant doivent pouvoir contacter 7j/7, de jour comme de nuit, un accueil téléphonique ou service web de régulation des soins non programmés – et à défaut le centre 15. Suite à l'avis médical, ils pourront être orientés vers une prise en charge en médecine de ville ou vers une hospitalisation, en fonction de leur état de santé.

L'appui à la reprogrammation et l'organisation d'une reprise d'activité concertée entre les établissements de santé

Il appartient aux ARS d'organiser sur leur territoire la reprise de l'activité hospitalière, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette organisation devra veiller à ce que les équilibres territoriaux soient respectés et garantir que les efforts pour atteindre les objectifs définis dans cette fiche soient partagés équitablement entre les établissements. Les orientations prennent en compte les différentes contraintes : ressources humaines, stock de médicaments et matériel, règles de déconfinement et allongement du temps de soins lié aux gestes barrière.

Les établissements de santé activeront leur plan de gestion de crise en fonction de la situation du territoire (niveau 1 : plan de mobilisation interne ou niveau 2 : plan blanc).

1. Préserver la capacité en réanimation et maintenir sa disponibilité en cas de nécessité de réarmement d'un dispositif Covid renforcé (lits de réanimation, médicaments...)

Le reflux des capacités de réanimation devra donc se poursuivre de façon extrêmement prudente et sous l'égide de l'ARS. Tout désarmement de lits de réanimation devra demeurer progressif et **pouvoir être réversible très rapidement (dans des délais de 24, 48 ou 72 heures selon les lits)** pour



faire face à un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation. Cette notion de réversibilité est essentielle pour faire face à toute évolution de l'épidémie.

Des capacités suffisantes en post-réanimation et SSR devront également être préservées. Il convient non seulement d'être en mesure d'assurer l'aval des patients actuels, mais ces capacités, à l'instar de la réanimation, devront pouvoir être augmentées en cas de reprise de l'épidémie. Ces besoins devront être évalués, ainsi que la participation de chaque établissement à l'organisation territoriale, sous l'égide de l'ARS.

Au niveau national, le suivi de l'évolution de l'épidémie indiqué dans la stratégie d'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière⁵ (suivi des capacités de réanimation, des lits de réanimation disponibles, de l'activité des SAMU...), qui a été mise en place avant le déconfinement, perdurera jusqu'en septembre 2020 et sera adapté ensuite en fonction de la situation épidémique. Le centre de crise sanitaire restera activé afin d'être en capacité à tout moment d'organiser des transferts de patients si le besoin apparaît quel que soit le territoire. En complément de l'organisation de la régulation régionale et territoriale par l'ARS (identification des établissements prioritairement mobilisés, coopération entre la ville et l'hôpital...), il est proposé de recourir à un système d'appui national avec la mise en place d'une cellule chargée d'appuyer la gestion des situations critiques, inspirée de la structure opérant actuellement dans le cadre de l'épidémie⁶. Elle permettra d'aider les ARS à trouver des solutions pour les situations les plus complexes : réallocation ou transfert de ressources critiques (médicaments, matériels, EPI...), renforts RH, voire transfert de patients en dernier recours.

Concernant plus spécifiquement les médicaments, une liste de cinq molécules (à date, le nombre pouvant varier à l'avenir), dites prioritaires, fait l'objet d'un achat exclusif par l'État durant la durée de l'épidémie. Les établissements de santé sont approvisionnés par l'Etat, selon une procédure de répartition nationale des volumes par l'ANSM.

Pour tenter de minimiser les difficultés d'approvisionnement pour les établissements, ceux-ci font connaître chaque jour l'état de leurs stocks à travers la plateforme « mapui.fr ». En complément, les établissements de santé qui ne sont pas rattachés à une PUI, et notamment ceux réalisant des soins palliatifs, feront état de leurs besoins directement auprès de leur ARS.

Des mesures d'épargne de doses des médicaments prioritaires et le recours à des alternatives thérapeutiques doivent être recherchés par tous les établissements de santé, quel que soit l'état de leurs stocks. Les commissions médicales d'établissement coordonnent sans délai les modifications de protocoles thérapeutiques au sein des établissements en s'appuyant le cas échéant, sur les recommandations professionnelles des sociétés savantes.

Les autorisations exceptionnelles d'activité de soins seront prorogées automatiquement

Plusieurs autorisations d'activités de soins et fonctionnements dérogatoires ont été accordés à des établissements de santé depuis le début de la crise. Ces autorisations devaient notamment permettre d'augmenter le capacitaire en lits de réanimation. Ces autorisations exceptionnelles sont prorogées automatiquement jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire.

⁵ Message MINSANTE n°2020_80 en date du 16 avril 2020

⁶ La structure actuelle de gestion de la crise COVID-19, bâtie autour du CORRUSS, pourra d'ailleurs être maintenue sous une forme adaptée à la phase de reprogrammation, ce qui en facilitera le déroulement et la compréhension.



Prolongation des dérogations relatives au recrutement de PADHUE dans certains territoires d'Outre-mer

Les dérogations permettant d'assouplir les conditions de recrutement de praticiens à diplôme hors union européenne seront prolongées le temps de l'Etat d'urgence sanitaire.

2. Organiser l'offre de soins pour endiguer le développement de la contamination :

Le port du masque « grand public » ou chirurgical sera fortement recommandé pour toutes les personnes accédant à l'établissement de santé : patients, accompagnants, prestataires. Les professionnels de santé seront quant à eux équipés de masques chirurgicaux ou de FFP2 pour ceux réalisant des actes invasifs. Le nombre de masques par jour et par personne s'appuie sur les recommandations des sociétés savantes, du HCSP et des organisations internationales.

L'organisation de filières COVID+ et de filières COVID- distinctes dans les structures de soins sera recommandée en fonction de la stratégie territoriale, des capacités des établissements et de l'évolution de l'épidémie. Elle implique des conditions matérielles de fonctionnement sécurisées avec des mesures barrière très strictes : notamment la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients, des accès et des circulations identifiés, un aménagement des salles d'attente, des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission.

La prise en charge ambulatoire (HDJ et chirurgie ambulatoire) peut être privilégiée car elle facilite la distanciation sociale et limite le temps de présence à l'hôpital.

Dans le cas d'un patient admis en établissement de santé, avec ou sans hébergement, pour une pathologie hors-Covid (urgences, consultations, hospitalisation...), sans dépistage préalable, et qui présenterait des signes ou symptômes Covid, la conduite à tenir est la suivante :

- le patient sera équipé immédiatement d'un masque chirurgical
- un test sera prescrit et effectué,
- Le patient sera isolé le temps d'avoir les résultats.

Si le résultat s'avère positif :

- le patient se verra prescrire le port d'un masque chirurgical ;
- les personnes contact de la cellule familiale seront identifiées, ainsi qu'éventuellement les autres personnes contact (niveau 1 du contact tracing⁷) ;
- le dépistage de la cellule familiale sera prescrit et elle sera orientée vers des structures de test proches ;
- les mesures d'isolement du patient (si ambulatoire) et de quatorzaine pour la cellule familiale (dont arrêt de travail) seront arrêtées par le médecin après évaluation de la situation sanitaire et socio-environnementale⁸ ;

⁷ Instruction interministérielle du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine.

⁸ idem



Les établissements de santé devront renseigner les plateformes de système d'information dédiées (SIDEp, Amelipro) au plus vite afin de garantir l'efficacité du système mis en place. L'Assurance Maladie et/ou l'ARS prendront en charge la suite du processus de contact-tracing (niveaux 2 et 3 si nécessaire).

3. En sus de la prise en charge des urgences : reprogrammer les activités de soin en priorisant les patients exposés à une perte de chance

Les règles nationales et les organisations régionales devront veiller à conjuguer les enjeux de reprise du système avec les équilibres territoriaux entre les acteurs de soins, garantissant ainsi une réponse territoriale équitable.

La question économique ne peut être un argument guidant la réorganisation de l'offre de soins hospitalière sur un territoire, un système de garantie de financement pour les établissements de santé et médico-sociaux étant par ailleurs établi.

Avant toute chose, le caractère d'urgence de soins et de perte de chance du patient doit demeurer le critère essentiel de reprogrammation. De ce fait, une vigilance spécifique doit être portée aux activités de recours. Ils doivent également avoir une attention particulière pour les pathologies chroniques et les populations vulnérables.

Ce travail réalisé avec les établissements, et en lien avec les équipes de soins, s'appuie sur une évaluation des besoins et priorités de santé publique du territoire. Pour cela, il prend en compte :

- les recommandations des sociétés savantes et du HCSP disponibles ;
- la réévaluation des patients dont les soins ont été déprogrammés et la réalisation d'actes de dépistage ;
- l'évaluation des nouveaux besoins suite aux reprises de contacts pour les professionnels de soins de ville et de l'hôpital.

En second lieu, l'activité ambulatoire sans anesthésie générale pourra également être reprogrammée, selon les choix régionaux.

L'activité de SSR, au-delà de l'activité Post-COVID, pourra redémarrer en fonction des choix régionaux, et notamment avec la reprise des activités de groupes et l'intégration sécurisée des nouveaux entrants

Dans le cas particulier des pathologies psychiatriques et addictologiques, sans exclure la possibilité d'un afflux de patients nécessitant une hospitalisation pour décompensation, il conviendra de renforcer les dispositifs ambulatoires qui assurent 80 % de l'activité afin d'éviter les hospitalisations.



Les établissements de santé devront assurer cette reprogrammation en maintenant le dialogue social et les échanges avec les usagers. Les usagers et les professionnels de santé de ville sont informés de l'organisation des soins définie par l'ARS en concertation avec l'ensemble des établissements.

De la continuité dans le dispositif de psychiatrie et d'addictologie et la prise en compte des conséquences de l'épidémie

Depuis plusieurs semaines, les activités de psychiatrie ont dû s'adapter à l'épidémie de Covid-19 et aux mesures de confinement. Dans les prochaines phases de déconfinement puis de post-crise, la réorganisation des activités de psychiatrie va devoir tenir compte de nombreux défis :

- une situation préexistante de forte tension ;
- le respect autant que possible des mesures visant à limiter la propagation du virus, et en particulier limiter au maximum les concentrations de patients en milieu hospitalier et donc de développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- privilégier le maintien des organisations en ligne avec les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) de chaque département et avec la feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie ;
- le recensement des publics qui ont été le plus mis en difficulté par la crise et le confinement pour y apporter des réponses prioritaires en terme de soins psychiatriques et somatiques ;
- la recherche proactive des patients perdus de vue et les prises en charge urgentes et intensives des cas de décompensation ;
- le redémarrage conjoint avec les structures médico-sociales afin de retrouver rapidement des parcours fluides et éviter les ré-hospitalisations en psychiatrie de patients des structures médico-sociales ;
- les nouveaux patients en situation de souffrance psychique du fait du confinement (anxiété, dépression, précarité sociale, addictions, suicide, violences intrafamiliales...) ;
- la nécessité d'organiser une offre de prise en charge pour les professionnels fortement impactés par la gestion de la crise.

Cependant, des opportunités sont à saisir pour la psychiatrie :

- de nombreux dispositifs mis en place pendant la crise doivent être renforcés et pérennisés car ils contribuent à l'efficacité de l'offre : équipes mobiles, suivis intensifs de post hospitalisation, prise en charge dématérialisées en fort développement, plateformes d'écoute, coopérations avec les familles/aidants ;
- coopération entre les différents secteurs publics, privés, psychiatrie libérale, structures médico-sociales, acteurs sociaux afin de fluidifier les parcours.

Il conviendra d'associer les associations de patients ou d'aidants dans la démarche



4. La poursuite et le soutien aux dispositifs mis en place pour adapter la psychiatrie au covid-19

Les perspectives de déconfinement appellent dans un premier temps à une poursuite des dispositifs décrits dans les fiches dédiées aux établissements autorisés en psychiatrie et à un maintien des consignes, et notamment:

- Privilégier, renforcer voire intensifier les dispositifs de soins en ambulatoire, avec l'usage notamment de la téléconsultation lorsque la situation du patient le permet ; maintenir les activités / prises en charge collectives en dématérialisé pour les patients pour lesquels ces prises en charge sont adaptées ;
- Restaurer la relation avec les patients ayant pris leurs distances et recherche proactive des « perdus de vue » sur la base du dispositif mis en place de suivi de la file active ;
- Intensifier les visites et suivis à domicile, avec les équipements de protection nécessaires, notamment pour les patients ne répondant plus au téléphone ;
- Maintenir des rappels réguliers des gestes barrière et des symptômes d'infection selon des modalités adaptées au patient ; rappeler la conduite à tenir en cas de symptômes et lien effectif avec un médecin généraliste ;
- Accorder une attention particulière aux publics classiquement difficiles à atteindre (ASE, précaires, migrants, personnes placées sous main de justice (PPSMJ), mais aussi aux patients médico-légaux (programmes de soins) ;
- Maintenir les mesures barrières adaptées aux hospitalisations en psychiatrie ;
- Maintenir les unités dédiées aux patients atteints du Covid-19 et les dispositifs de coopération avec les services MCO ;
- Accompagner les patients atteints du Covid-19 souffrant de conséquences psychiatriques ;
- Permettre les autorisations de sortie dérogatoires dans le cadre défini au niveau national autorisé⁹ pour les patients à domicile et pour les patients hospitalisés ;
- Accompagner les aidants et permettre les visites dans le cadre défini au niveau national (à venir).

5. L'anticipation des conséquences de l'épidémie, du confinement et de la forte augmentation des facteurs de risque psycho-sociaux sur la santé psychique de la population

L'épidémie, l'impact socio-économique de la crise et les mesures de confinement associées risquent d'avoir des conséquences sur la santé psychique de la population. Des travaux devront évaluer les caractéristiques et l'ampleur de ces risques et proposer dans une fiche dédiée des réponses adaptées sur les enjeux suivants :

- Prise en compte des éventuels cas de psycho-traumatismes dans la population générale ;
- Effets du confinement sur la santé psychique (anxiété, dépression, suicide, sommeil) ;
- Forte augmentation des addictions, en particulier de l'alcool ;

⁹ <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/coronavirus/article/foire-aux-questions>



- Santé physique des patients de psychiatrie du fait de difficultés supplémentaires pour accéder aux soins somatiques.

Le dispositif national de soutien psychologique mis en place pendant le confinement devra être réévalué. Certains risques doivent être envisagés :

- les familles ayant vécu un deuil sans pouvoir complètement faire leurs adieux ;
- les aidants qui décompensent au moment du retour de leur proche en institution (enfant ou adulte) ;
- les aidants de personnes fragiles qui resteront confinées plus longtemps que les autres et devront continuer à les accompagner au quotidien, alors que la vie reprendra au dehors ;
- les soignants confrontés à des situations inédites.

Renforcement des dispositifs d'appui sanitaire des EHPAD et des établissements d'hébergement des personnes en situation de handicap

1. Stratégie de dépistage des résidents et des professionnels

Les résidents et les professionnels des établissements doivent être diagnostiqués de manière plus systématique. Le renforcement des tests permet de mieux connaître les risques au sein de l'établissement, afin de créer des secteurs Covid+ et Covid-. La conduite à tenir vis-à-vis des professionnels positifs vise également à minimiser les risques tout en garantissant la continuité d'activité. L'entrée d'un nouveau résident ne doit être autorisée qu'après un test virologique effectué dans une temporalité immédiate avant l'admission, le résultat du test déclenchant (ou non) l'admission.

Le port des masques, les gestes barrières et le port des équipements de protection devront être respectés selon les recommandations en vigueur, pour les professionnels et les visiteurs.

Chaque EHPAD continuera à renseigner le portail des signalements mis en place par Santé publique France afin de suivre l'évolution de sa situation et pouvoir réagir très rapidement. Ce suivi revient à l'équipe de direction de l'établissement, avec le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordinatrice, et avec le soutien de l'ARS (astreinte gériatrique, équipe mobile d'hygiène...) dès que nécessaire.

2. Ancrage sanitaire de la prise en charge des patients des EHPAD

Les établissements et services médico-sociaux continueront à prendre en charge les patients Covid + non graves ou qui ne justifieraient pas, sur un plan médical, un transfert à l'hôpital. Dans ce cadre, la mobilisation du système de ville (médecins, infirmiers, kinés) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) reste primordiale.



L'organisation des soins et l'appui aux établissements médico-sociaux, mis en place durant la deuxième phase de confinement, devront perdurer selon les modalités décrites dans les fiches dédiées. Elles doivent permettre de protéger leurs publics vulnérables de l'épidémie de covid-19 et de profiter des dispositifs mis en œuvre pour renforcer l'accompagnement sanitaire des personnes. Parmi ces dispositifs à faire perdurer et à conforter au-delà de la prise en charge des personnes atteintes de Covid :

- L'application des gestes barrières ;
- Le développement de la téléconsultation ou du télésoin ;
- Les astreintes gériatriques et/ou de soins palliatifs dans les territoires, qui doivent également être mises en place là où elles ne l'auraient pas été ;
- Les admissions directes en hospitalisation sans passer par les urgences ;
- L'intervention des équipes mobiles (gériatriques, soins palliatifs, psychiatrie ou d'hygiène) ;
- L'assouplissement des conditions d'intervention de l'HAD et un recours accru à ce substitut à l'hospitalisation avec hébergement ;
- L'intervention facilitée de professionnels libéraux ou l'organisation de renforts RH.

L'ARS évaluera au fil du temps le besoin du maintien de sa cellule régionale et/ou départementale dédiée aux personnes âgées et handicapées.

L'association du conseil départemental au pilotage dans le secteur médico-social du déconfinement est indispensable en raison des répercussions du déconfinement sur les plans d'accompagnement à domicile (allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap), ainsi que sur les aidants.

3. Ajustement des règles de confinement et d'organisation des visites pour permettre un accompagnement sécurisé

Afin de minimiser les risques pour leurs résidents et ne pas causer de recrudescence de l'épidémie, les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) doivent maintenir des mesures particulières d'organisation.

Cette organisation sera adaptée en fonction de la persistance de cas Covid dans le territoire, chez les personnels et résidents de l'établissement, en application de la politique de test mise en place notamment.

Toutefois, ils devront systématiquement assouplir leurs règles de fermeture, y compris dans les zones qui ne seraient pas tout de suite déconfinées, afin d'éviter les syndromes de glissements des résidents âgés. Certains résidents ont pu souffrir de la durée du confinement strict qui leur a été imposé pour leur sécurité. Une évaluation individuelle du risque doit permettre de continuer à préserver les autres résidents fragiles d'une éventuelle contamination tout en apportant à ce résident les contacts familiaux ou amicaux nécessaires, dans le respect strict des mesures barrières. Pour ceux dont le bénéfice serait défavorable, tout devra être mis en œuvre pour minimiser l'isolement par des moyens technologiques ou physiques adéquats.



L'assouplissement des règles de visites et activités individuelles et s'accompagne de la reprise d'interventions de professionnels de santé (kinésithérapeutes pédicures...), afin de limiter l'aggravation de la dépendance.

Toutefois, les sorties des résidents ne pourront être autorisées qu'exceptionnellement par le directeur, et être suivies d'un confinement au retour.

Les activités collectives pourront reprendre dans les établissements qui ne présentent aucun cas Covid confirmé ou au sein des unités Covid-. L'intervention d'animateurs extérieurs devra obéir à des règles strictes d'hygiène.

Certains aidants ont également souffert de l'absence de répit en raison de la fermeture des accueils de jour et de l'hébergement temporaire pour lequel l'admission de nouveaux résidents a été stoppée. Ces activités pourront reprendre dans les accueils de jour autonomes, sous réserve des conditions de sécurité sanitaire (test des professionnels et des personnes âgées selon la doctrine en vigueur, séparation des flux, application des gestes barrières). En alternative, le répit à domicile sera développé.

Dans les établissements pour personnes en situation de handicap, la reprise des externats s'accompagnera d'une évaluation systématique de la compréhension des mesures barrières. Un accompagnement des familles et des personnes elles-mêmes sera mis en place pour que les soins reprennent en tenant compte des conséquences du confinement, en lien si nécessaire avec la cellule d'appui de l'ARS. Le plan de reprise d'activité dans les centres experts, notamment en diagnostic, devra être clairement exposé afin de bénéficier, si nécessaire, de l'appui de ressources externes.

L'accompagnement et le soutien des professionnels comme conditions de la reprise du système de soins

La mise en œuvre de cette stratégie globale repose avant tout sur une stratégie RH renforcée pour accompagner les professionnels qui ont été fortement mobilisés pour gérer l'épidémie, leur assurer un soutien et reconnaître leur action. Cette question devra être traitée selon deux principaux aspects : le renforcement des effectifs des personnels non médicaux et la dimension médico-psychologique et sociale.

1. Assurer le soutien médico-psychologique et social des professionnels exposés pendant l'épidémie

La « récupération » des professionnels très mobilisés, notamment en réanimation, apparaît comme un enjeu majeur et fait partie intégrante de la dimension RH de la stratégie de reprise.

Les personnels médicaux et non médicaux des établissements qui ont été concernés par la prise en charge intensive des patients COVID+ auront été très éprouvés durant deux mois du fait de leur très forte mobilisation pour permettre le fonctionnement des lits de soins critiques. Une offre de récupération dédiée au personnel engagé sera mise en place et incluse dans la programmation de reprise de l'activité de soin.



Elle mobilisera les services de santé au travail et induira la poursuite et l'adaptation des dispositifs de soutien médico-psychologique et sociaux dédiés aux soignants (professionnels, retraités, étudiants, ainsi que tout volontaire de la réserve sanitaire et de toute autre plateforme née de la crise).

L'offre de récupération pourra s'appuyer sur :

- l'organisation des prises de congés en donnant la priorité aux personnes les plus mobilisées dans la gestion de la crise ;
- un questionnaire d'évaluation du besoin psychologique, envoyé aux DRH d'établissements et aux structures ayant mis à disposition des renforts ;
- des numéros d'appel et des cellules de suivi psychologique en proximité à mettre en place avec les établissements spécialisés en psychiatrie ;
- des séances collectives permettant ensuite de cibler les besoins en matière de suivi individuel ;

Les professionnels des EHPAD et des établissements pour personnes en situation de handicap au sein desquels le virus s'est propagé, sont également durement éprouvés par la crise sanitaire. Ils bénéficient des mêmes soutiens psychologiques que le secteur sanitaire et continueront à en bénéficier, en particulier pour éviter des décompensations post-crise. Les employeurs devront particulièrement veiller, avec l'appui de la médecine du travail, à leur apporter le soutien nécessaire et adapté. Un échange de pratiques supervisé en équipe est recommandé.

2. Organisation et qualité de travail

La stratégie de gestion des ressources humaines en sortie de confinement devra reposer sur trois niveaux d'organisation et de régulation :

- organisation interne aux établissements ;
- régulation territoriale et intra régionale (mobilité de professionnels entre établissements, renforts de libéraux, plateformes régionales de renforts...) ;
- régulation nationale via l'adaptation des dispositifs mis en place pour la gestion de la crise (réserve sanitaire, plateforme nationale, cellule d'appui, renforts de directeurs...).

Elle tiendra compte de :

- la prise en compte de l'absentéisme lié à l'activité covid-19 et aux congés estivaux : à cet égard, les établissements de santé qui n'auront pas pu arrêter le tableau prévisionnel des congés annuels des personnels de la FPH prévu pour le 31 mars de chaque année par le décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 en raison de la gestion de crise devront avoir arrêté ce planning pour le 31 mai au plus tard ;
- le maintien de certains renforts dans les établissements en tension ;
- la cohérence des outils d'appui par le national (doivent permettre de faire remonter les besoins de PEC vs disponibilité, de repérer rapidement les compétences disponibles, à plus long terme d'aider à lisser le temps de travail sur l'année) ;
- la prévision de renforts externes (profils et expertises à identifier) pour l'élaboration des retours d'expérience terrain (conservation des modifications utiles en tous temps, consignation des bonnes pratiques et des écueils à éviter en cas de nouvelle crise majeure) ...



Les dispositifs de renforts en ressources humaines sont maintenus que ce soit la réserve sanitaire ou les plateformes mises en place par les ARS en soutien des établissements de santé et des ESMS. La mobilisation de renforts RH continuera à s'appuyer sur ces différents dispositifs (recrutements temporaires via des contrats, mise à disposition de personnels, etc.).

3. Garantir l'activité des professionnels dans les ES et les ESMS

Conformément aux annonces du Premier Ministre lors de son discours du 28 avril devant l'Assemblée-nationale, les enfants des soignants resteront prioritaires pour l'accès à l'école et pour la reprise des gardes en crèche :

- **tout personnel travaillant en établissements de santé publics/privés** : hôpitaux, cliniques, SSR, HAD, centres de santé ...
- **tout personnel travaillant en établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées** : maisons de retraite, EHPAD, USLD, foyers autonomie, IME, MAS, FAM, SSIAD ...
- **les professionnels de santé et médico-sociaux de ville** : médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, transporteurs sanitaires, biologistes, auxiliaires de vie pour personnes âgées et handicapées...
- **les personnels chargés de la gestion de l'épidémie des agences régionales de santé (ARS) des préfectures et ceux affectés à l'équipe nationale de gestion de la crise.**

En fonction des besoins, les dispositifs de remboursement des taxis et des hébergements pourront être réactivés par les établissements.