

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

DATE : 19/01/2021

REFERENCE : MARS N°2022_05

OBJET : ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS UN CONTEXTE D'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 EN LIEN AVEC LES SPECIFICITÉS DU VARIANT OMICRON ET RAPPEL DES DISPOSITIFS AMBULATOIRES

Pour action

Établissements médico-sociaux

Établissements hospitaliers

Pour information

DGOS

ARS

SpF

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre :

Mesdames, Messieurs,

Ce message est la synthèse et préambule du pack de documents relatifs aux dispositifs ambulatoires et d'adaptation de l'offre de soins dans le contexte d'épidémie de Covid-19. Ceux-ci sont développés dans le fichier central de ce pack : « Dispositifs ambulatoires et adaptation de l'offre de soins – Covid-19 ». Les détails de certains des dispositifs et autres informations plus précises peuvent être retrouvés dans les fiches annexes indépendantes, dont voici le sommaire, ci-dessous :

- *Annexe 1 – Médecine conventionnelle*
- *Annexe 2 – SSR*
- *Annexe 3 – Télésurveillance*
- *Annexe 4 – Traitement*
- *Annexe 5 - Comparatif des données cliniques, Omicron et Delta*

Les indicateurs épidémiologiques demeurent à des niveaux très élevés. Cette situation intervient dans un contexte de tensions fortes et persistantes sur les ressources humaines, des épidémies hivernales usuelles, de la persistance d'infections au variant Delta et des incertitudes que présente le variant Omicron. Au-delà de l'augmentation de la transmissibilité, de l'échappement immunitaire et de la baisse de pathogénicité, la présentation clinique causée par Omicron semble différente (cf. fiche annexe présentation clinique de l'infection par le SARS-Cov2 en fonction du type de variant), ce qui a un impact sur la prise en charge. **Du fait des hauts niveaux de dynamique virale et d'une « maladie omicron » qui semble moins respiratoire et moins longue, il est capital de fluidifier le parcours des patients à tous les segments de prise en charge, de renforcer l'articulation en amont et en aval de l'hôpital et de développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.**

Dans ce cadre, plusieurs leviers peuvent être activés, **pour répondre à 2 objectifs essentiels :**

- Renforcer au maximum tous les leviers de prise en charge en amont de l'hôpital et en alternative à celui-ci afin d'éviter au maximum les hospitalisations conventionnelles ;

- Fluidifier les parcours hospitaliers des patients, en renforçant l'articulation entre médecine de ville, services d'urgence, HAD, hospitalisation conventionnelle, soins critiques et soins de suite et de réadaptation.

La synthèse ci-dessous rappelle les différents leviers disponibles, qui sont détaillées dans les fiches annexes.

En ville :

Pour la médecine de ville, il est primordial d'assurer la continuité des soins, afin d'éviter les pertes de chances en maintenant les actions de dépistage et diagnostic, en particulier pour les patients chroniques, âgés et/ou en situation de handicap et de participer à la prise en charge des soins non programmés. Son rôle est aussi essentiel dans l'éducation aux gestes barrières, à la sensibilisation des publics fragiles et dans la participation à la campagne de vaccination ainsi qu'au repérage et à l'orientation des patients éligibles à un traitement (AC monoclonaux, Antiviraux). Aussi, la surveillance des patients Covid+ à domicile doit être organisée et la visite à domicile privilégiée pour les patients répondants aux critères définis par la HAS. Les mesures d'accueil en cabinet doivent respecter les mesures barrières et le nombre de personnes sur place doit être limité.

La télésanté doit être généralisée et s'oriente autour de quatre dispositifs :

- L'organisation de la **téléconsultation** peut être proposée lorsqu'elle est pertinente médicalement, possible techniquement et consentie par le patient. La prise en charge à 100% de l'acte de téléconsultation a été prolongée à cet effet ;
- La **téléexpertise**, permettant aux professionnels médicaux de ville de bénéficier, à distance, de l'expertise de confrères dans différents domaines (Pneumologie, Gériatrie, Infectiologie...);
- La **télésurveillance médicale** des patients diagnostiqués COVID-19 peut constituer une aide efficace pour apprécier l'évolution de la santé du patient à domicile (y compris en EHPAD). Elle peut être instaurée pour prévenir une hospitalisation ou pour accompagner une sortie d'hospitalisation. Plusieurs dispositifs ont été déployés dans le cadre de la crise et peuvent être dupliqués, si besoin en est, dans des territoires non couverts ;
- Le **télésuivi par les infirmiers**, et les autres activités à distance des auxiliaires médicaux, leur permet de continuer à assurer le suivi de leur patient à distance,

L'oxygénothérapie, encadrée par une recommandation de l'HAS, doit permettre de prendre en charge des patients à domicile, en amont et en aval d'une hospitalisation, selon des conditions de mise en place et des critères d'éligibilité détaillés.

Pour la prise en charge des personnes âgées et pour les soins palliatifs, les dispositifs d'appui sanitaires territoriaux doivent être mobilisés et renforcés : astreintes « personnes âgées » et « soins palliatifs », afin d'apporter soutien et expertise aux professionnels médicaux de ville et en ESMS. Ces dispositifs mobilisent les ressources territoriales opérationnelles (HAD, admissions directes non programmées en services hospitaliers, équipes mobiles, ...) en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Des dispositifs semblables sont aussi réactivés en matière d'hygiène, d'éthique et de soutien psychologique. Il en est de même des dispositifs pour l'appui sanitaire aux personnes en situation de handicap.

En ce qui concerne la filière soins non programmés / urgences :

L'orientation des recours aux soins et services d'urgences présente un fort enjeu. La ville et l'hôpital doivent s'articuler afin que le parcours patient soit clarifié, que le SAMU soit inscrit dans une régulation partagée ville / SAMU, que l'organisation de la régulation soit territoriale et qu'une réserve opérationnelle de personnels mobilisables pour le SAMU soit constituée. Aussi, le cadre d'emploi des différents effecteurs de l'aide médicale urgente doit être précisé et le recours aux transferts paramédicalisés étendu et protocolisé. Enfin, **une campagne de communication sur la nécessité** avant de se présenter aux urgences **d'appeler son médecin traitant ou le 15**, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, peut permettre d'éviter l'engorgement des services d'urgence et d'optimiser l'orientation des patients atteints du Covid à travers le parcours de soin disponible. Les organisations type **SAS** (service d'accès aux soins) doivent être déployées.

Au niveau des services d'urgence, l'organisation doit permettre de délester le circuit classique avec une filière spécifique « infection respiratoire aigüe ». Un recours moins systématique au scanner thoracique en fonction de la présentation clinique doit pouvoir accélérer le circuit. Une attention toute particulière doit être portée à l'aval des urgences, avec l'utilité **d'identifier un secteur « UHCD COVID », de type circuit ultra-court de moins de 48h, au SAU ou ailleurs dans l'hôpital**, pour les patients Covid + de faible niveau de sévérité, sans comorbidités, pour permettre la surveillance de l'évolution, la réhydratation, la prévention des complications etc.

En ce qui concerne l'hospitalisation conventionnelle et les soins critiques :

La montée en charge capacitaire des services de médecine en hospitalisation conventionnelle est nécessaire. Pour ce faire, en anticipation et réaction, doivent être mis en place : des cellules de gestion de lits, des équipes mobiles d'accélération des sorties, le recensement des lits de médecine mobilisables à court et moyen termes, le recours aux hôtels hospitaliers, une cellule de gestion de l'activité programmée multidisciplinaire pour chaque établissement et la mobilisation des dispositifs RH. Des unités d'hospitalisation Covid « circuit court », de 3 à 4 jours maximum, pourront utilement être identifiées, pour des patients de sévérité moyenne, afin de gérer les complications, de surveiller l'évolution et de préparer le retour à domicile. Ce secteur doit permettre de délester une charge importante des unités d'hospitalisation conventionnelle pour optimiser la prise en charge des patients COVID incluant l'aval des soins critiques et pour permettre la poursuite de la prise en charge des patients présentant des maladies non COVID.

Les **soins critiques** adaptent leurs capacités de mobilisation dans le cadre des organisations mises en place, en lien avec l'ARS.

La filière SSR doit maintenir ses capacités de mobilisation, que ce soit pour les patients Covid+ ou non, en adaptant leurs organisations. En concertation avec l'ARS, il s'agira de s'intégrer dans des filières de prise en charge des patients Covid+, via des unités SRPR (Unité Covid de Soins de réadaptation post-réanimation) et USV (Unité Covid de sevrage ventilatoire). Il faut par ailleurs maintenir l'admission de tous les patients nécessitant une prise en charge SSR et de mettre en place des procédures d'admission accélérées. Aussi, il est nécessaire, dès que nécessaire, de libérer des lits de court séjour en SSR pour participer au délestage des services de court séjour MCO.

La psychiatrie reste, enfin un secteur à soutenir. Les patients accueillis constituent une population fragile, avec des comorbidités importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social. Il est donc nécessaire de faciliter l'accès aux soins et de maintenir les soins pour les patients déjà connus, avec une réponse ou un RDV donnés rapidement en fonction de l'évaluation clinique pouvant se faire sur place ou à distance : consultation rapprochée en psychiatrie ou démarche de « aller vers », à domicile. Les modalités d'organisation du suivi et de la prise en charge sont à adapter au cas par cas et la télésanté privilégiée autant que possible.

En ce qui concerne l'hospitalisation à domicile :

La HAD doit continuer à être mobilisée en alternative à l'hospitalisation complète en MCO ou SSR d'une part mais aussi dans l'objectif de raccourcir les durées de séjour en hospitalisations conventionnelles pour les patients atteints de la Covid-19 mais aussi pour les autres patients éligibles à l'HAD et ceux se présentant aux urgences. Elle peut intervenir pour de nombreux patients Covid : ceux ne nécessitant pas ou plus une surveillance en continue et pouvant nécessiter une assistance respiratoire et autres dispositifs, ceux dont les comorbidités imposent un suivi ou des soins hospitaliers à domicile et ceux nécessitant une prise en charge de 48h ou de courte durée, au décours du séjour MCO.

Des dérogations sont aussi poursuivies : l'admission en HAD peut être réalisée sans prescription médicale formalisée, le patient peut être admis sans l'accord de son médecin traitant en cas d'urgence ou si celui-ci est indisponible, la convention entre les ESMS et l'HAD n'est plus obligatoire et l'obligation d'une prise en charge SSIAD d'au moins 7 jours avant intervention conjointe HAD/SSIAD est supprimée.

Nous vous remercions de votre mobilisation et votre engagement.

Katia JULIENNE
Directrice Générale de
l'Offre de Soins

Signé