

RAPPEL DES DISPOSITIFS AMBULATOIRES ET D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS DANS UN CONTEXTE D'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Actuellement, les indicateurs épidémiologiques¹ sont inquiétants en raison de l'arrivée et de la diffusion de nouveaux variants du SARS-CoV-2 sur le territoire national et de la situation hospitalière.

Les patients atteints de formes graves de la Covid-19 sont pris en charge dans les unités de soins critiques, mais en amont de ceux-ci, l'offre de soin composant le parcours des patients Covid a dû être réorganisée et optimisée pour faire face à l'épidémie. Des recommandations en ce sens existent et ont été éprouvées lors des précédentes vagues. Ainsi, différents outils ont été développés en fonction des besoins des patients Covid (surveillance à domicile avec saturomètre autonome, oxygénothérapie à domicile, télésanté) et différents interlocuteurs peuvent intervenir dans le parcours de soins des patients Covid en plus des soins critiques : médecine de ville, HAD, service d'urgence hospitalisation conventionnelle et SSR.

Dans le contexte actuel, les agences régionales de santé veillent à associer les directeurs de crise des établissements de santé et les représentants des URPS-ML afin d'organiser une réponse graduée et adaptée aux besoins de prise en charge des patients Covid+ et des patients souffrants d'autres pathologies en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

1. Mobilisation de la médecine et des professionnels de ville

Continuité des soins

Il est primordial de travailler à la **continuité des soins**, des patients **Covid ou non**, et cela via plusieurs objectifs :

- Assurer la continuité des soins pour les prises en charge les plus aiguës et urgentes ;
- **Éviter les pertes de chances en maintenant les actions de dépistage et de diagnostic, notamment en cancérologie**, et prévenir les décompensations de pathologies chroniques² et psychiatriques³ ;
- **Maintenir les traitements du cancer pour éviter toute perte de chance liée à un rallongement des délais d'intervention ;**
- **Assurer la continuité des soins des patients chroniques, des personnes âgées** et des personnes en situation de **handicap** avec une politique proactive du « aller-vers » pour aller au-devant de ces patients fragiles à risque de décompensation somatique ou psychique ;
- Continuer de participer à la **prise en charge des soins non programmés** pour diminuer le recours aux urgences ;
- Renforcer **l'éducation aux gestes barrières**, et une sensibilisation plus poussée des publics fragiles.

¹ Données Santé Publique France

² [Haute Autorité de Santé - Maladies chroniques dans le cadre de la Covid-19 \(has-sante.fr\)](https://has.sante.fr)

³ [Haute Autorité de Santé - Prise en charge ambulatoire des patients souffrant de troubles psychiques \(has-sante.fr\)](https://has.sante.fr)

Pour cela, plusieurs modalités d'adaptation existent :

- **Au cabinet** : limiter le nombre de personnes dans les salles d'attente, inciter à la prise de rendez-vous, renforcer les gestes barrières dans les salles d'attente (aération régulière, port du masque, lavage de mains) ;
- **Au domicile** : organiser la surveillance à domicile des patients Covid+ le nécessitant, privilégier la visite à domicile pour les patients fragiles ;
- **A distance** : recourir à la téléconsultation, la téléconsultation assistée entre le médecin traitant et l'infirmier présent au domicile du patient, assurer un télé suivi infirmier des patients Covid+, développer le télésoin paramédical (orthophoniste, masseur-kinésithérapie, etc.)
- **A l'hôpital** : sanctuariser la filière cancérologie

Participation à la stratégie de dépistage

Un large éventail de professionnels de ville sont désormais et depuis plusieurs mois mobilisés dans la stratégie de dépistage Covid *via* des autotests, tests antigéniques et tests PCRs. Ils participent ainsi à une stratégie d'isolement et de limitation des cas contacts et donc au freinage de la propagation de l'épidémie et à l'identification de patients Covid-19.

Prise en charge en ville des patients positifs

Les modalités suivantes d'organisation des soins sont proposées :

- **Prise en charge des patients suspects Covid** (évaluation de la gravité, diagnostic par tests antigéniques, traitement symptomatique)
- **Suivi en ville des patients « non graves »** en favorisant le recours à la téléconsultation, au télésuivi par les IDE et à la télé-expertise
- **Prise en charge de patients oxygéo-requérants au domicile en amont ou en aval d'une hospitalisation** selon une démarche encadrée et sécurisée (voir le point 2. Oxygénothérapie).
- Lorsque la fragilité de la situation à domicile ou en ESMS le requiert et nécessite coordination et/ou continuité des soins l'HAD peut être sollicitée directement par les professionnels de ville

Des formations accélérées pourront être mises en place en parallèle de ces mesures, en lien avec les CNP et les sociétés savantes, de l'implication et la coordination des soins avec les prestataires d'oxygénothérapie à domicile et de la mise à disposition de référents hospitaliers pour faire le lien avec la ville. **L'objectif vise à accroître la prise en charge en ville des patients Covid en amont et en aval de l'hospitalisation afin d'y réduire les durées moyennes de séjour.** La coopération de la ville avec le SAMU, quand ils existent les services d'accès aux soins (SAS), et les services d'urgence et de soins critiques, notamment en cas de forme grave de Covid, doit également être assurée et renforcée.

Soins palliatifs avec le soutien des équipes mobiles et de l'HAD (voir le point Urgences).

Lien ville-hôpital pour la fluidification des parcours entrée/sortie et la mise en place de la surveillance au domicile par les soignants de la ville associés aux établissements d'HAD si besoin (voir le point HAD)

Oxygénothérapie et ventilation non invasive

Depuis la première vague, l'oxygénothérapie est une des techniques repositionnées à la phase aiguë de la prise en charge des patients Covid mais aussi en aval d'un épisode de ventilation mécanique invasive en réanimation. La ventilation initiale non invasive permet d'éviter l'intubation et est susceptible de réduire la durée du séjour en soins critiques et à l'hôpital. Aussi, ces différentes techniques susceptibles d'être mise en œuvre dans les unités USI Covid permettant de réduire la pression capacitaire sur les unités de réanimation. Une **formation** adéquate aux techniques de suppléances et à la surveillance clinique et paraclinique des patients est indispensable.

3. Recours plus important à la télésanté

La téléexpertise

Les professionnels médicaux de ville, hospitaliers publics comme privés et en Etablissement Sanitaire et Médico-Social prennent en charge les patients atteints de Covid-19, et doivent dès lors pouvoir accéder rapidement à l'avis d'un médecin expert. Durant la crise sanitaire Covid-19, la sollicitation importante et croissante des professionnels de santé, le développement des alternatives à l'hospitalisation avec la nécessité d'obtenir des réponses rapides et la prise en charge croissante par les professionnels de santé de ville de patients en post-hospitalisation justifient que soit développée et renforcée l'offre de téléexpertise.

L'objectif est de proposer une offre de téléexpertise dans tous les territoires que ce soit en **amont** de la prise en charge Covid (éviter une hospitalisation non nécessaire) ou que ce soit en **aval** de la prise en charge (fluidification des filières d'aval). 5 champs d'expertise à développer : Pneumologie, Maladies infectieuses et tropicales, Gériatrie, Soins palliatifs et Médecine physique et réadaptation.

Préalablement au lancement du dispositif de téléexpertise, l'ARS doit recenser sur son territoire les dispositifs de recours à des avis d'experts opérationnels. Les dispositifs déjà actifs doivent être privilégiés et si rien n'est existant, il conviendra d'organiser la désignation d'établissements en tant que centres de références. Ceux-ci organisent : les astreintes médicales par spécialité, les modalités du partage d'information avec les professionnels du territoire, la communication sur le dispositif, le circuit de facturation⁸ et les règles de dérogation⁹ de la téléexpertise dans le cadre de la crise sanitaire.

La **traçabilité** de l'acte de téléexpertise, le compte rendu, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans ce cadre sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant¹⁰.

La téléconsultation, un outil pour la médecine de ville

Généralisée depuis les précédentes vagues, la téléconsultation est un outil non négligeable dans le parcours de soin des patients atteint de la Covid-19. Ceux-ci doivent ainsi pouvoir accéder rapidement

⁸ Voir [guide facturation tlm en etablissement de sante.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

⁹ Les dérogations téléexpertise sont mises à jour sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, dans un tableau récapitulatif, voir [guide facturation tlm en etablissement de sante.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

¹⁰ Art.R. 6316-4 du code de la santé publique

à l'avis d'un médecin. Cela peut avoir plusieurs conséquences bénéfiques pour le système de santé et les patients :

- Désengorgement des services d'urgences et des cabinets de ville
- Diminution des risques de contamination à la Covid-19
- Réduction des hospitalisations non nécessaires

La prise en charge à 100% de la téléconsultation des patients Covid est en cours de prolongation. Ainsi, son accès continuera à être facilité et la téléconsultation demeure un outil primordial dans la lutte contre la Covid-19.

La télésurveillance (cf. fiche annexe dédiée)

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.

Le recours à ces outils d'e-santé doit être encouragé et accompagné, tant ils se prêtent particulièrement au suivi de patients complexes à domicile. **COVIDOM** est un exemple concret de l'opportunité que représentent ces dispositifs. Il présente des possibilités rapides de duplications, si besoin en est, dans d'autres régions.

4. Orientation des recours aux soins d'urgence

Le rebond épidémique actuel présente des enjeux d'autant plus forts pour les services de médecine d'urgence, qui sont déjà en tension, dans la mesure où tous les efforts sont faits pour maintenir les autres soins en parallèle de la prise en charge des patients Covid-19.

Les mesures prises doivent donc permettre :

- De faire face à un pic d'activité élevé pour la régulation en maintenant le niveau de performance et de qualité ;
- De maintenir au cours de la crise la prise en charge des urgences non liées à la Covid-19 ;
- De prendre en charge sur le terrain les patients Covid+ avec tous les parcours de soins nécessaires, depuis le maintien à domicile jusqu'à l'admission directe en réanimation ;
- De limiter au maximum les contaminations au sein des structures de soins

Le conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) a élaboré un document détaillant les recommandations d'organisation des services de médecine d'urgence dans le contexte du rebond de l'épidémie de Covid-19, concernant l'urgence préhospitalière comme les structures des urgences. Il préconise notamment plusieurs paliers pour un plan de montée en charge des services concernés, qui peut faire l'objet d'une formalisation au niveau territorial pour les SAMU et les structures d'urgences.

Dans le contexte de cette nouvelle vague épidémique, au-delà des mesures déjà prises lors des précédentes vagues et qui peuvent être réactivées, il est en particulier important de :

- **Clarifier les parcours patients en articulation entre la ville et l'hôpital**, avec recours au médecin traitant ou aux structures de soins non programmés ambulatoires en première intention, avec appel au centre 15 en alternative à défaut de réponse ou en cas d'urgence. Communiquer largement sur la nécessité d'appeler son médecin traitant ou à défaut le 15 avant d'aller aux urgences ;

- **Inscrire les SAMU dans une régulation partagée ville/SAMU**, en préfiguration du service d'accès aux soins (SAS) : renfort des lignes de régulation libérale Covid en journée par les médecins de ville volontaires et disponibles selon le besoin de chaque département, mise à disposition d'une ligne d'appel au centre 15 avec accès privilégié des professionnels de santé ;
 - **Développer une organisation territoriale de la régulation** : mettre en place une coordination supra-départementale des SAMU, organiser une gestion des lits de soins critiques au-delà de l'établissement avec une cellule de régulation supra-départementale voire régionale ;
 - **Constituer une réserve opérationnelle de personnels mobilisables pour les SAMU** : fidéliser les renforts mobilisés pour la Covid-19 (anciens ARM, étudiants CFARM, médecins ayant une expérience de la régulation, autres médecins urgentistes, médecins de soins critiques, médecins retraités, etc.), organiser des campagnes de recrutement, préciser les modalités de sollicitation et les dispositifs de formation, dans un cadre formalisé au niveau départemental selon une organisation coordonnée au niveau régional ;
 - **Préciser et formaliser le cadre d'emploi des différents effecteurs de l'aide médicale urgente** : définir par convention avec les SIS et les représentants des transporteurs sanitaires privés leurs modalités d'engagement, de coordination et de montée en puissance, définir par convention le renfort possible apporté par les moyens associatifs pour des missions d'évaluation globale à domicile (hors transports sanitaires) ;
 - **Étendre et protocoliser le recours aux transferts paramédicalisés** : généraliser les transferts infirmiers inter hospitaliers pour le transport de patients Covid-19 suffisamment stables et de gravité moyenne entre réanimations, envisager des expérimentations pour la prise en charge à domicile de patients Covid-19 en fonction des compétences et ressources disponibles.
- Développer les partenariats entre SU et médecine de ville** pour prendre en charge en 1ère intention ou si besoin en réorientation les patients non urgents afin d'éviter leurs passages au SU.

Une campagne de communication sur la nécessité d'appeler le numéro 15 avant de se présenter aux urgences 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.

5. Zoom sur les dispositifs d'appui pour la prise en charge des personnes âgées et pour les soins palliatifs

Les dispositifs d'appui sanitaires territoriaux aux personnes âgées, à domicile et en ESMS, et de prise en charge en soins palliatifs (tout âge) doivent rester actifs (hotline), sous la coordination d'un référent. **Leur objectif** est d'apporter un soutien et une expertise aux professionnels qui prennent en charge ces publics, de fluidifier les parcours de soins, et de participer à la procédure collégiale. Ils appuient le SAMU-Centre 15 pour la juste prise en charge des personnes. Les appuis participent également à la mise en place de protocoles et procédures adaptés à la situation sanitaire sous l'égide de l'ARS du territoire.

L'appui gériatrique (astreinte « personnes âgées ») mobilise les ressources territoriales opérationnelles :

- L'hospitalisation à domicile ;
- Les filières d'admissions directes non programmées (ADNP) pour des hospitalisations dans les services sans passage par les urgences ;
- Les équipes mobiles de gériatrie pour des prises en charge sur le lieu de vie des patients ;
- Les dispositifs d'appuis à la coordination pour les sorties d'hospitalisation ;

- Les appuis territoriaux de soins palliatifs ;
Cet appui en journée est étendu le week-end et la nuit lorsque c'est possible.

L'appui en soins palliatifs (astreinte « soins palliatifs ») mobilise également les ressources territoriales opérationnelles en soins palliatifs (USP, LISP, EMSP) en coopération avec l'HAD. Il convient de s'assurer de l'accès aux structures et équipes de soins palliatifs au sein de la filière en vue d'une admission, sans passage par le service des urgences dès lors qu'il est évitable. Cet appui en journée est étendu le week-end et en soirée.

Sont également réactivés les appuis sanitaires aux personnes âgées en matière **d'hygiène, d'éthique et psychologiques**.

6. Mobilisation de la HAD

Les établissements d'HAD sont mobilisés 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.

Développement des plateformes d'orientation patients au sein des établissements MCO :

Les HAD peuvent utilement être sollicitées pour concourir à la prise en charge initiale de patients âgés en ESMS covid +, en alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Un poste d'infirmier de liaison peut être mis en place en amont, dans les établissements avec hébergement, pour faciliter l'orientation vers l'HAD.

Continuité des prises en charge classiques en HAD

Est éligible à l'HAD, tout patient dont l'état clinique ne nécessite pas :

- Une surveillance continue en soins intensifs (cf. algorithme HAS ADOP'HAD)¹¹ ;
- Un accès direct et immédiat à un plateau technique

En **cancérologie**, seules les HAD formées et expérimentées, administrant habituellement des traitements de chimiothérapies injectables doivent être sollicitées pour prendre le relais des prises en charge ne pouvant être réalisées en hospitalisation de jour ou de court séjours. Dans la continuité des vagues épidémiques précédentes, l'HAD est également mobilisable pour assurer les **surveillances post-chimiothérapies**, la prise en charge de la **douleur**, les **transfusions** ainsi que la mise en place des **soins de support et de soins de nursing lourds**.

Pour les **soins palliatifs**, la mobilisation et l'alerte de l'HAD doivent se faire le plus tôt possible, notamment en EHPAD, afin d'éviter tout transfert évitable d'un patient en fin de vie. De façon générale, de façon générale, devant tout risque de dégradation de l'état de santé de leurs résidents, les EHPAD sont invités à solliciter en amont les structures d'HAD qui interviennent sur leur territoire

¹¹ <https://adophad.had-sante.fr>

pour mettre en œuvre des **évaluations anticipées des résidents**, et ainsi permettre des prises en charges éventuelles dans des délais courts, y compris le week-end.

Prise en charge en HAD des patients Covid

Pour les **patients Covid-19**, l'HAD intervient dans les situations suivantes :

- **Pour les patients ne requérant plus une surveillance continue 24h/24 mais nécessitant une surveillance médicale et soignante** pouvant inclure une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire visant à réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité liées au séjour prolongé en réanimation ;
- **Pour les patients n'ayant pas justifié de séjour en réanimation mais dont les comorbidités associées imposent un suivi ou des soins hospitaliers à domicile** avec ou sans oxygénothérapie
- **Pour une prise en charge de 48h ou de courte durée, au décours du séjour MCO**, afin d'assurer la surveillance et la mise en place du traitement d'oxygénothérapie à domicile avant le relais par un prestataire.

Enfin, initiées dans le contexte épidémique, les **dérogations** actuelles sont poursuivies :

- L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, **l'admission en HAD peut être réalisée sans prescription médicale formalisée** ;
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, **le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant**. Dans ce cas, ce dernier est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge ;
- **La convention entre les ESMS et l'HAD n'est plus obligatoire** en première intention pour initier une prise en charge urgente ;
- L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée

Aussi, le **recours aux outils d'e-santé doit être encouragé et accompagné** (voir point 3.)

7. Organisation et montée en charge des services de médecine en hospitalisation conventionnelle

Une montée en charge capacitaire des services de médecine en hospitalisations conventionnelles peut s'avérer nécessaire pour permettre de faire face à l'afflux de patients Covid et assurer la continuité des soins pour les patients non Covid.

Pour ce faire, **plusieurs actions peuvent être mises en place en anticipation et réaction** :

- **Mise en place de cellules de gestion des lits**, incluant le capacitaire de médecine et de SSR, au niveau des établissements de santé et coordonnées à l'échelle du territoire, par les ARS ;
- **Recensement des lits de médecine**, y compris les places d'hospitalisation de jour, mobilisables à court et à moyen terme (15 jours) pour des prises en charge Covid, avec ordre de priorité (en aval des urgences ou en admissions directes) :
 - Lits des services d'infectiologie, de pneumologie et gériatrie
 - Lits d'autres services de médecine et de chirurgie, mobilisables selon la déprogrammation des activités
 - Places d'hôpital de jour adaptées à la prise en charge de patients Covid

- **Recours aux hôtels hospitaliers** en amont ou en aval d'une hospitalisation
- **Appui sur le Besoin Journalier Minimal en Lits et mise à jour régulière du répertoire opérationnel des ressources** et de l'ensemble des outils de suivi de crise. Cela en identifiant dès que possible le taux d'occupation et le capacitaire en médecine conventionnelle pour les prises en charge Covid
- **Mise en place dans chaque établissement d'une cellule de programmation multidisciplinaire** médicalisée en lien avec les cellules de soutien éthique et s'appuyant sur les recommandations édictées par les CNP, le HCSP, les CPIAS et les CLIN en termes d'indications et d'organisations des prises en charge. Elle contribuera à l'organisation du capacitaire non-Covid selon l'organisation par palier du capacitaire en réanimation/soins critiques et en médecine avec le maintien d'une capacité d'accueil incompressible pour les prises en charges médicales en urgence ou qui ne peuvent être différées pour éviter toute perte de chance ;
- **Mobilisation des dispositifs RH** : recommandations et outils parus graduellement depuis les précédentes vagues et rappelés dans le MARS du 09 décembre 2021.

8. Mobilisation de la psychiatrie

Sont particulièrement concernées pour la psychiatrie ¹²:

- Les structures proposant une prise en charge ambulatoire en psychiatrie de secteur ou intersectorielle, ou en psychiatrie privée : **Centres Médico-Psychologiques (CMP), CATTP, équipes mobiles...** ;
- Les alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier les structures d'hospitalisation partielle telles que les **hôpitaux de jour** ;
- Les activités de **consultation externe** des services de psychiatrie.

Les patients présentant des pathologies psychiatriques constituant **une population fragile, avec des comorbidités somatiques importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social**, il s'agit dans la mesure du possible de mobiliser les moyens, pour :

- Maintenir une prise en charge de qualité avec **une attention particulière pour les personnes isolées** ;
- Répondre aux **nouveaux besoins de prise en charge liés au contexte** ;
- Prévenir les rechutes psychopathologiques et éviter autant que possible les passages par le service des urgences par un **suivi renforcé de certains patients connus de la file active** ;
- Eviter, autant que faire se peut, les reports vers l'hospitalisation à temps complet par une **prise en charge ambulatoire intensive** par l'équipe pluri professionnelle ;
- **Limiter la perte de contact et les ruptures de traitement** notamment médicamenteuses par un suivi personnalisé pour certains patients particulièrement fragiles ;
- Aider à la **compréhension et à la meilleure application des gestes barrière** et des mesures de protection ;
- Privilégier les **liens avec les acteurs de premiers recours** (médecin traitant, pharmacien, infirmier libéral, ...) pour l'accompagnement à la vaccination, la réalisation de test RT-PCR en cas de suspicion de covid-19 ou de soins somatiques particuliers.

¹² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3188174/fr/prise-en-charge-ambulatoire-des-patients-souffrant-de-troubles-psychiques

- Favoriser l'accueil des **nouvelles demandes et des soins non programmés** et l'orientation des nouvelles demandes de soins pour une prise en charge spécialisée dans des délais permettant d'éviter des passages aux urgences et des décompensations

Une organisation est mise en place dans la mesure du possible pour **faciliter l'accès aux soins** avec une réponse ou un RDV donnés rapidement en fonction de l'évaluation clinique qui se peut se faire sur place ou par téléphone, par l'infirmier ou le psychiatre :

- **Consultation rapprochée en psychiatrie** (téléphonique, en téléconsultation ou présenteielle) avec l'équipe médico-soignante ;
- **« Aller vers » à domicile** en fonction de l'indication médicale.

Si la personne n'est pas en mesure de réaliser cet entretien téléphonique ou le refuse, il est mené avec la personne ayant orienté, avec prise éventuelle d'informations complémentaires pour déterminer la conduite à tenir, pouvant aller en fonction de l'évaluation clinique du risque jusqu'à une visite à domicile lorsque la personne est connue de la structure ou une hospitalisation en milieu spécialisé via le SAMU.

Les modalités **d'organisation du suivi et de la prise en charge** sont adaptées au cas par cas en fonction des besoins propres à chaque situation clinique, prenant en compte le bénéfice / risque. La **télé Santé, notamment la téléconsultation** (voir point 3.), doit être privilégiée autant que possible notamment pour les personnes présentant des **comorbidités somatiques avec des facteurs de risque** susceptible de développer des formes graves du COVID ou des décompensations somatiques de leur maladie chronique. Toutes les informations actualisées sur les pratiques médicales et soignantes à distance autorisées dans le cadre de l'épidémie sont disponibles sur le site du ministère.

9. Mobilisation du SSR

Les SSR constituent un maillon essentiel permettant de fluidifier les parcours de prise en charge, et ainsi d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil, notamment en court séjour. Ils doivent pour cela maintenir leur capacité de réponse aux demandes venant du secteur MCO, pour les patients Covid+ comme pour les patients relevant d'autres filières, en adaptant éventuellement leurs organisations.

Plus précisément, il s'agira de :

- **S'intégrer dans les filières de prise en charge des patients atteints de Covid-19**, par territoire, en concertation avec leur ARS, selon les recommandations publiées sur le site du Ministère et en lien avec les établissements de court séjour adresseurs, en développant partout où c'est possible une offre adaptée aux besoins des patients Covid, notamment
 - o Des **unités Covid-19 de Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)** pour des patients dépendant de la VNI permanente et modérée ou d'une trachéotomie ;
 - o Des **unité Covid-19 de Sevrage Ventilatoire (USV)** pour les patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, stabilisés, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie.
- **Maintenir l'admission de tous les patients qui nécessitent une prise en charge en SSR** en aval d'un séjour MCO **et mettre en place des procédures d'admission accélérées** avec les établissements demandeurs. La mise en œuvre de dispositifs de coordination d'aval du MCO

associant équipes de SSR et d'HAD a montré son efficacité en termes d'orientation et de pertinence de parcours et doit être développée ;

- **Traiter en priorité les demandes** concernant des patients adressés en SSR **dans un objectif de libération des lits de court séjour**
 - Là où c'est possible, **la participation des établissements SSR à un délestage des services de court séjour plus important doit être anticipée et pilotée** (*i.e.* pour les patients sans besoin de rééducation active)
 - Les possibilités de prise en charge en SSR patients stabilisés avec un besoin de prise en charge médicale simple, un état clinique en amélioration franche, et sans besoins de rééducation active
 - Un recensement des lits de SSR doit être réalisé, puis intégrer les SSR dans le ROR.
- **Déployer des équipes mobiles pluri professionnelles** de bilan, d'orientation et de réadaptation précoce en intra ou inter établissements
- **Développer des prises en charge alternatives** (domicile et télé-réadaptation), dans le cadre de parcours de prise en charge anticipés et coordonnés, pour maintenir la capacité de réponse
- **En dernier recours, déprogrammer les activités non urgentes, a fortiori** pour les patients à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 en cas de contamination. Les recommandations relatives aux **délais de transfert de patients Covid+ en SSR et en EHPAD** et la durée du maintien des mesures de prévention sont précisées par le HCSP dans son avis du 23 octobre 2020.
- Dans un contexte d'hospitalisation de jour, par **l'extension des horaires d'ouverture** de leurs Hôpitaux de Jour (Hôpitaux de Jour de soirée par exemple pour les personnes qui travaillent)
- **Par la mise à disposition de leur plateau pour une activité libérale** (pour leurs salariés ou pour des professionnels de ville) et ainsi accélérer le retour à domicile des patients dont les soins de réadaptation pourront plus facilement être dispensés en ambulatoire.

Des solutions coordonnées peuvent aussi être envisagées afin de faciliter le retour à domicile ou en EHPAD, par un soutien financier dédié permettant de mobiliser et d'articuler des soins de réadaptation et des services non médicaux (nursing, repas, etc.)