



Crise sanitaire COVID
Foire Aux Questions établissements fédérations d'établissements SSR
Version du 16/11/20

Table des matières

1. Contagiosité – Isolement	2
2. Tests PCR	4
3. Ouverture des HDJ	5
4. Visites.....	6
5. EPI	7
6. RH.....	8
7. RH COVID +.....	8
8. Vaccins contre la grippe	9
9. Tests antigéniques	10
10. SSR Pédiatriques.....	11
11. Permissions de sortie.....	12
12. Surcoûts.....	13
13. Ticket modérateur et forfait journalier.....	14
14. Dérogations budgétaires ESPIC	15
15. Balnéothérapie.....	16
16. FICHSUP - PCR	17
17. Auto-écoles.....	18
18. Télé-réadaptation.....	19
19. Activités collectives	20
20. Intervenants extérieurs.....	21

Les nouvelles entrées de la semaine sont surlignées en jaune

1. Contagiosité – Isolement

- Les adhérents demandent une position sur la durée d'isolement nécessaire avant transfert d'une unité de SSR COVID + vers une unité SSR COVID -, les retours allant de 7 à 28 jours.

Réponse DGOS - Recommandations HCSP

Source : **rapport du HCSP du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19¹ et avis du HCSP du 23 octobre 2020 sur le délai de transfert dans un service de soins de suite ou un Ehpad².**

Dans l'état actuel des connaissances, les critères retenus pour autoriser la levée de confinement d'un patient cas confirmé de Covid-19 sont les suivants :

a) Patients Covid-19 en ambulatoire, et hospitalisés

- À partir du 8^{ème} jour à partir du début des symptômes ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8°C (mesurée avec un thermomètre deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22 cycles/min au repos) ;
- AVEC, lors de la reprise des activités professionnelles, le port d'un masque chirurgical de type II [13], pendant les 7 jours suivant la levée du confinement. Il est aussi rappelé l'importance du respect des mesures d'hygiène des mains.

*La disparition de la toux ne constitue pas un bon critère dans la mesure où peut persister une toux irritative au-delà la guérison

Dans les 7 jours qui suivent la levée du confinement, il est recommandé d'éviter les contacts rapprochés avec les personnes à risque de forme grave

b) Patients atteints de Covid-19 immunodéprimés (se référer à la liste des personnes à risque de l'avis du HCSP du 14 mars 2020).

- A partir du 10^{ème} jour à partir du début des symptômes ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8°C (mesurée avec un thermomètre deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22 cycles/min au repos) ;
- AVEC, lors de la reprise des activités professionnelles, le port d'un masque chirurgical de type II, pendant les 14 jours suivant la levée du confinement. Il est aussi rappelé l'importance du respect des mesures d'hygiène des mains.

c) Patients atteints de Covid-19 (RT-PCR positive) mais asymptomatiques

- 7 jours révolus (9 jours en cas d'immunosuppression) après la première RT-PCR positive.

*Il est admis qu'il puisse persister une toux résiduelle irritative, post-virale, isolée. Dans l'état actuel des connaissances, il ne paraît pas utile de pratiquer de RT-PCR vis-à-vis du SARS-CoV2 dans le sang, les urines ou les selles pour décider de la sortie d'isolement du patient.

- Devons-nous créer une zone tampon pour les nouveaux arrivants ?
 - Si oui, de combien de jours ?
 - Doit-elle être sur une même unité ou dispatchée géographiquement ?

Réponse DGOS

L'organisation de l'accueil des nouveaux arrivants est laissée à la libre appréciation des établissements, dans le

¹ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>

² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=934>

respect des critères relatifs à la levée de confinement. La mise en place d'une zone tampon n'est pas obligatoire.

2. Tests PCR

- Clarifier le besoin de tester les patients en amont des entrées en HDJ et lors du transfert du patient vers le secteur médico-social

Réponse DGOS - Recommandations HCSP

Le **rapport relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 du HCSP**, en date du 23 juillet³ précise les règles suivantes quant à la stratégie de dépistage à mettre en place :

- Ne pas dépister systématiquement tous les patients hospitalisés en ES, admis en EMS ou pris en charge en cabinet libéral.
- Dépister tout patient qui présente des symptômes évocateurs de Covid-19 par RT-PCR sur prélèvement naso-pharyngé, soit en ambulatoire avant l'hospitalisation, soit dans l'unité d'hospitalisation avec une prise en charge avec des précautions complémentaires de types contact et gouttelettes selon la procédure Covid-19 de l'établissement.
- Dépister les patients asymptomatiques dans les 24/48 h avant l'hospitalisation ou à l'admission en ES dans certaines conditions :
 - Patients ayant été en contact avec un patient Covid-19 avéré dans les 7 derniers jours,
 - Patients présentant une comorbidité à risque de forme grave de Covid-19,
 - Patients bénéficiant de gestes invasifs ou thérapies pour lesquelles la survenue d'un Covid-19 pourrait avoir des conséquences graves (chirurgie majeure, transplantation d'organe, chimiothérapie neutropénisante, etc.).

Concernant spécifiquement les venues de patients ambulatoires (consultations, HDJ), le recours systématique aux tests PCR n'est pas conseillé. L'établissement pourra organiser une prise de contact avec le patient, la veille de son entrée, afin d'évaluer son niveau d'exposition à un patient Covid-19 avéré dans les 7 derniers jours et l'absence de signes évocateurs du COVID (un questionnaire dédié peut être utile). En cas de doute, un test PCR peut être prescrit au patient.

Dans le cas d'un transfert de patients du SSR vers le secteur médico-social, les règles d'isolement et de dépistage mentionnées ci-dessus s'appliquent :

- Pas de dépistage systématique pour une entrée en ESMS en l'absence de symptômes, de contact avec un patient Covid-19 avéré dans les 7 derniers jours ou une fois la durée de contagiosité dépassée pour un patient COVID+ ;
- Durée de contagiosité et d'isolement en lien avec les recommandations du HCSP.

³ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=899>

3. Ouverture des HDJ

Réponse DGOS

Les Hôpitaux de Jour (HDJ) doivent être maintenus ouverts au maximum, afin de limiter au minimum possible les déprogrammations.

Dans les territoires à forte prévalence, l'accès à l'hospitalisation de jour (HDJ) SSR pourra être réservé dans un premier temps aux seules situations de soins indispensables pour éviter les pertes de chance, les complications et/ou les réhospitalisations, évaluées au terme d'une analyse bénéfices/risques.

Si le maintien de l'ouverture de l'HDJ est irréalisable au vu de de la population accueillie ou de la situation épidémique du territoire, l'établissement pourra procéder à la fermeture de son HDJ, après validation par l'ARS.

Dans ce cas, les patients pris en charge au sein de l'HDJ devront être évalués et une proposition alternative de prise en charge devra être formulée. Si le renvoi à domicile génère une perte de chance pour le patient, l'établissement devra envisager de transformer la venue en HDJ en séjour d'hospitalisation complète, éventuellement dans une autre structure.

4. Visites

- La possibilité de visites doit-elle être maintenue ?
- Consignes ARS Hauts de France : suspendre les visites en SSR, consigne de la DGOS ? et spécialement pour la pédiatrie ?

Réponse DGOS

Les recommandations SSR⁴ précisent que l'établissement doit s'organiser pour rendre possible les visites de proches en priorisant les patients les plus impactés psychologiquement par leur hospitalisation et/ou n'ayant pas eu de contact avec leurs proches depuis le plus longtemps.

Dans les zones à forte prévalence, les visites pourront être interdites sauf cas particuliers (patients en fin de vie notamment). Cette décision doit être prise en lien avec l'ARS, qui reste la responsable finale de la décision.

Dans tous les cas, les visites doivent être organisées en respectant les mesures barrières et distances de sécurité.

La consigne de l'ARS Hauts-de-France précise que *l'accélération de la circulation du SARS-Cov-2 et ses impacts dans les établissements de santé nécessite de suspendre de manière provisoire les visites des familles et des proches, sauf dérogations décidées par le médecin en charge du suivi du patient*⁵. L'intention, à vérifier avec l'ARS, est de limiter les visites et de laisser la possibilité aux ES de s'organiser pour les maintenir, en lien avec l'ARS.

- Quelle est la position concernant les visites en chambre (libres, pas libres, réglementées...) ?
 - Si les visites sont interdites en chambre, doivent-elles être prises uniquement sur rendez-vous et dans un lieu dédié interdisant aux familles de monter dans les unités (hors fin de vie) ?
- Si visite sur rendez-vous dans un lieu dédié (salon, rez-de-chaussée) quid des patients d'une unité où il y aurait un cas COVID :
 - Doit-on interdire l'apport de nourriture extérieure ?
 - Doit-on restreindre le temps de visite ?
 - Doit-on interdire les visites aux mineurs ?
 - Doit-on interdire les permissions (mise en pratique/test d'un éventuel retour à domicile)?

Réponse DGOS

Cf. réponse ci-dessus.

Les modalités d'organisation des visites sont laissées à l'appréciation des établissements dans le strict respect des mesures barrières et des distances de sécurité.

En l'absence de symptômes et de RT-PCR positive, un patient hospitalisé peut bénéficier d'une permission de sortie **thérapeutique**, dans le respect des gestes barrières et des règles liées au confinement.

⁴ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19.pdf

⁵ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/fonctionnement-des-ssr-durant-lepidemie-de-covid>

5. EPI

- Tensions sur les EPI
- Les dotations en EPI vont-elles se poursuivre ?
- Un établissement des HDF alerte sur le fait qu'ils auraient cette semaine leur dernière dotation. Les approvisionnements via les fournisseurs ne sont pas tous fluides et suffisants
- Comment les établissements sauront-ils qu'ils peuvent passer commande d'EPI par la plateforme [distriolog.sante](https://distriolog.sante.fr) ?

Réponse DGOS

Depuis le début de l'épidémie de Covid19, l'Etat a organisé la distribution de masques et d'équipements de protection individuelle (EPI) à tous les acteurs du monde médical et médico-social. Dans un contexte de forte tension sur les approvisionnements, la priorité de l'Etat a été d'assurer la sécurité sanitaire des personnels de santé dans l'exercice de leur mission, et de limiter au maximum la diffusion du virus. Il s'est donc substitué aux acteurs classiques pour répondre à un besoin en équipements inédit.

Aujourd'hui, la situation sanitaire n'est plus corrélée à une tension d'approvisionnement sur les masques, même si des tensions sont apparues sur d'autres équipements de protection, comme les gants. Les ordres d'approvisionnement gratuit en masques et EPI issus du stock d'Etat prennent fin en semaine 40.

La semaine du 5 octobre (S41) constitue donc la dernière semaine de livraison en métropole (les délais d'acheminement sont plus longs pour les bateaux programmés pour les Outre-mer et la programmation des livraisons sera discutée spécifiquement avec chaque ARS concernée par cette situation).

En termes de distribution, la principale amélioration porte sur la logistique du dernier km. En effet, afin d'éviter d'engorger les établissements supports de GHT, qui ont servi de plateforme logistique locale pour l'ensemble des établissements de leur zone géographique, une nouvelle distribution à destination directe des établissements et en flux tirés est mise en place. En effet, 30 000 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics et privés, sont bénéficiaires de ce nouveau dispositif d'approvisionnement en masques chirurgicaux et EPI, qui vise à redonner la responsabilité aux établissements de commander au plus près de leurs besoins. Pour ce faire, ils auront accès à un portail de commandes « DISTRILOGSANTE », qui sera opérationnel en semaine 41. La connexion au portail sera assurée par l'ATIH et le référentiel PLAGE ; les administrateurs et utilisateurs seront prochainement invités à se connecter (ou à créer un compte). La distribution du stock sera opérée par La Poste pour la grande majorité des établissements, et en direct par Santé Publique France pour les plus grands Centres Hospitaliers.

En dehors des périodes de tension d'approvisionnement, les bénéficiaires s'approvisionnent librement auprès des opérateurs classiques du marché, parmi lesquels un consortium formé du RésAH et d'UniHA vient s'ajouter. L'achat et la distribution sont alors payants. Les conditions d'accès à cette offre commerciale seront communiquées par le consortium lui-même.

En cas de tension d'approvisionnement, ce dispositif, via le portail de commandes DISTRILOG-SANTE, est activé pour assurer la disponibilité des produits ; le stock Etat est mobilisé, la distribution est gratuite. Chaque établissement peut exprimer son besoin directement sur le portail. Un contingentement hebdomadaire des commandes, géré au niveau du Ministère de la Santé sur la base des capacités de prise en charge au sein des établissements et du nombre de personnels salariés limite les quantités appelables par établissement pour assurer une répartition homogène.

Pour plus d'information, voir le MARS n°2020_87 relatif à la fin de distribution des masques et EPI, envoyé le 8 octobre 2020 aux établissements de santé et établissements et services médico-sociaux⁶.

⁶ https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/05102020_mars_2020_fin_de_distribution_masques_et_epi-dgospf-ccilms-dgosrh-fedes.pdf

6. RH

- Les adhérents sont nombreux à relayer les grandes difficultés RH actuelles

Réponse DGOS

Une fiche de recommandations existe sur le site du Ministère pour accompagner les établissements dans la gestion de leurs difficultés RH : modalités de mobilisation des personnels dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19 (octobre 2020)⁷

3 foires aux questions dédiées aux RH sont également disponibles sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé :

- Foire aux questions pour les agents hospitaliers sur les sujets RH récurrents⁸
- Foire aux questions pour les étudiants et les internes des filières médicales⁹
- Foire aux questions pour les étudiants non médicaux¹⁰

7. RH COVID +

- Pour les professionnels COVID+ asymptomatiques, travaillent-ils ou non ? Nous sommes, me semble-t-il toujours sur les recommandations de mai 2020 où seuls les contacts à risque peuvent travailler.

Réponse DGOS

La position actuelle du ministère se base sur l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 23 mai relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements sociaux et médico-sociaux selon leur statut vis à vis du SARS-CoV-2 :

- Pour ce qui est des personnels testés positif au COVID, seuls ceux qui sont asymptomatiques et non remplaçables sont maintenus en poste avec des mesures de précaution et d'hygiène renforcées. Cette décision est prise si les bénéfices de la présence du personnel en question sont supérieurs aux risques associés.
- D'autre part, sont considérés comme cas contact :
 - Un contact avec un patient porteur du SARS-CoV-2 si le soignant ne porte pas de masque à usage médical ou si le patient ne porte pas de masque à usage médical
 - La réalisation sans masque FFP2 de gestes à risque d'aérosolisation (intubation, kinésithérapie respiratoire) à un patient atteint de Covid-19
 - Le contact prolongé (plus de 15 mn dans un espace confiné) avec un soignant porteur du SARS-CoV-2 sans masque à usage médical (pendant les pauses principalement)
- Ces personnels « cas contact » continuent à travailler sauf s'ils deviennent symptomatiques ou s'il existe un doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement.
 - Ils doivent pratiquer une auto-surveillance des symptômes et alerter le service de médecine du travail dès l'apparition de symptôme évocateur du COVID afin de réaliser immédiatement un test. Dans l'attente du résultat ils restent à leur domicile.
 - En l'absence de symptôme ils doivent bénéficier d'un test entre J+5 et J+7 du dernier contact.

⁷ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_vademecum_mobilisation_personnels_sante.pdf

⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_faq_hospitaliers_sujetsrh.pdf

⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_faq_etudiants_medicaux.pdf

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_faq_etudiants_paramedicaux.pdf

8. Vaccins contre la grippe

- Difficultés d'accès en vaccins
- Les établissements SSR Filiéris des Hauts de France ont reçu une enquête relative aux besoins en vaccins pour les patients et une pour le personnel. L'objectif de ces enquêtes est-il de faciliter la logistique de distribution des stocks d'état aux établissements de santé ?

Réponse DGOS

Source : DGS-URGENT n°2020_47 relatif à la campagne de vaccination grippe saisonnière 2020-2021 envoyé le 8 octobre 2020¹¹

Conformément à l'avis de la Haute autorité de santé du 20 mai 2020, la stratégie de vaccination 2020-2021 contre la grippe repose sur une priorisation de la vaccination en faveur des personnes les plus à risque de grippe sévère, ciblées dans les recommandations du calendrier des vaccinations, et qui sont aussi à risque de formes graves de COVID-19. En conséquence, la vaccination antigrippale devra être réservée en priorité à ces personnes ciblées, dès le début de la campagne de vaccination qui a démarré le 13 octobre 2020 et au moins jusqu'au 30 novembre, conformément à la lettre ministérielle du 13 octobre

Par ailleurs, les professionnels de santé sont également prioritaires car ils sont les piliers de la prise en charge de ces publics fragiles.

Une enquête flash est en cours auprès des établissements de santé relative aux besoins complémentaires en vaccins anti grippal pour la campagne vaccinale en cours¹².

¹¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2020-dgs-urgent_47_-_campagne_grippe_2020-2021.pdf

¹² MARS n°2020_96 relatif à l'enquête flash auprès des établissements de santé sur les besoins complémentaires en vaccins antigrippaux pour la campagne vaccinale en cours, envoyé le 5 novembre 2020.

9. Tests antigéniques

- Les adhérents sont confrontés à des difficultés d'accès aux tests antigéniques qui sont prioritairement orientés vers les EHPAD. La priorité aux EHPAD est bien normale compte tenu du contexte mais les SSR devraient aussi être prioritaires compte-tenu des populations accueillies et du fait qu'il n'y a pas de laboratoire de biologie sur site
- Financement

Réponse DGOS

Cf. MINSANTE n°177 relatif à la doctrine d'utilisation des tests antigéniques

La liste des dispositifs de tests antigéniques répondant aux critères de l'arrêté du 16 octobre 2020 est publiée sur le site du ministère : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>

Un déploiement à large échelle des tests antigéniques est prévu. En complément de campagnes de dépistage ciblés, ce déploiement repose également sur l'implication des professionnels de santé libéraux qui disposent désormais de l'autorisation de réaliser ces tests.

Les commandes seront régulées par les ARS, chargées de veiller à la répartition adéquate de leur dotation. Il est d'ores et déjà demandé aux établissements de santé publics et privés de s'organiser pour s'approvisionner soit de façon autonome, soit en se regroupant (GHT et/ou réponse mutualisée), les commandes du consortium Resah/UniHA et de Santé publique France ayant seulement vocation à assurer la transition.

Les établissements médico-sociaux (établissements hébergeant des personnes âgées notamment EHPAD, ESMS accueillant des personnes handicapées à risque de développer des formes graves) s'approvisionneront en tests auprès des établissements de santé qui en disposent, pour la réalisation des opérations programmées au retour des vacances de la Toussaint, en lien avec les ARS ; puis soit de façon autonome, soit en se regroupant. Pour les EPI, l'approvisionnement des établissements médico-sociaux devra se faire de façon autonome.

Le déploiement des tests antigéniques fera l'objet d'un financement dont les modalités sont en cours de finalisation.

10. SSR Pédiatriques

- Des SSR pédiatriques s'interrogent sur la déprogrammation à mener ou non de leurs activités. En effet, lors du précédent confinement, certains avaient maintenu leurs activités avec les patients les plus à risque (en lien avec les ARS). Pour ce confinement, l'école étant maintenu, peuvent-ils maintenir leur activité ? quid de la scolarisation des enfants hospitalisés en SSR ?

Réponse DGOS

Les **RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR SSR DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19**¹³ précisent que la déprogrammation doit se concentrer sur 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 enfants ne rentrent pas dans la catégorie des patients à risque de développer une forme grave. A ce titre, il est recommandé de maintenir au maximum l'activité pédiatrique, a fortiori quand les patients sont accueillis dans des unités / établissements dédiés et que les flux de patients adultes / enfants sont distincts limitant ainsi le risque de contamination des patients les plus fragiles.

Le maintien de la scolarisation des patients doit être favorisée et répondre aux mêmes règles que le maintien de la scolarisation pour la population générale

¹³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19.pdf

11. Permissions de sortie

- Quid des permissions de sortie thérapeutique des enfants hospitalisés en SSR ?

Réponse DGOS

En l'absence de symptômes et de RT-PCR positive, un enfant hospitalisé en SSR peut bénéficier d'une permission de sortie thérapeutique, dans le respect des gestes barrières et des règles liées au confinement.

12. Surcoûts

- Quid de la prise en charge des surcoûts et pertes de recettes (2^{ème} versement en fin d'année) ?
- Les établissements doivent-ils indiquer en surcoûts toutes les commandes EPI passées entre mars et octobre prévues initialement en approvisionnement gratuit par l'état ?
- Compensation des surcoûts COVID dans le cadre de la mise en œuvre d'une autorisation de médecine « like ». Selon quelle procédure ? méthodologie distincte de celle employée pour les surcoûts « classiques » ? Doit-on isoler les surcoûts COVID médecine like des autres ?
- Sur quelles bases exactes sera versée la compensation prévisionnelle surcoûts COVID destinée à compenser les charges engagées pour la deuxième vague ? Comment cette dotation prévisionnelle sera régularisée (càd si l'enquête finale surcoûts normalement diligentée fin 2020 est toujours d'actualité) ?

Réponse DGOS

1. Les premières compensations ont été données en dotation d'urgence en C1 (avril/mai) de façon forfaitaire, les ARS ayant alloué selon les besoins locaux, tous les établissements étaient éligibles.
2. Puis, une enquête Flash d'objectivation des impacts Covid a eu lieu cet été sur les surcoûts liés à la crise sur le premier semestre.
3. Lors de la circulaire C2 qui est en train d'être déléguée ont été pris en compte les compensations de surcoûts telles que :
 - Compensations basées sur les remontées de l'enquête des impacts en charges de l'épidémie effectuée auprès des établissements : les surcoûts déclarés sont pris en compte sans comparaison à ce stade aux écarts budgétaires, au vu de la poursuite de l'épidémie sur le second semestre. Les impacts de la crise sur les budgets hospitaliers pour l'année 2020 seront analysés en année pleine, ce qui permettra de dépasser les biais d'une étude à mi année.
 - Les montants sont fléchés par établissement sous réserve de corrections à la marge par les ARS, ils couvrent à la fois des aides en exploitation et des aides à l'investissement.
4. En complément dans le cadre de la C2 une dotation forfaitaire de 500M€ qui, sur le même principe qu'au printemps dernier en C1 est à la main des ARS, a pour objectif d'anticiper les surcoûts de la suite de l'épidémie et cible tous les établissements confrontés à l'épidémie. Ces dotations – comme celle versée en C1 – auront vocation à être prises en compte dans l'analyse budgétaire réalisée en année pleine afin de dépasser les biais d'une étude à mi année. Il a bien été rappelé que tous les établissements sanitaires sont concernés.

13. Ticket modérateur et forfait journalier

- La deuxième circulaire tarifaire comprend des crédits non reconductibles pour un montant de 380 M€ au titre de la couverture des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier des établissements de santé sur le champ MCO.
- Nous nous étonnons que les établissements du champ SSR ne bénéficient pas de ces subventions, alors qu'ils ont bénéficié des avances accordées par l'Assurance Maladie sur ces recettes d'activité – part complémentaire. Le groupe Filieris demande une égalité de traitement des établissements de santé des champs MCO et SSR.
- Concernant les avances de trésorerie au titre de la couverture des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier AMC, vous voudrez bien nous indiquer s'ils gardent leur statut d'avances remboursables et dans ce cas la procédure et l'échéance de ce remboursement.

Réponse DGOS

La deuxième circulaire tarifaire ne concerne effectivement que la couverture des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier des établissements de santé pour le champ MCO. La compensation des pertes de recettes de ticket modérateur et forfait journalier hospitalier pour les ES MCO est issue des données d'activité issues de l'ATIH. Le principe général consiste à estimer les pertes d'activité entre 2019 et 2020, puis appliquer un taux de conversion entre produits AM et produits de titre 2. Ces montants sont fléchés par ES.

Le SSR n'est pas oublié pour autant et le chiffrage pour les établissements SSR est en cours et la compensation devrait pouvoir être versée en troisième circulaire budgétaire. Il est en effet nécessaire de disposer de données d'activité fiables pour pouvoir évaluer le montant des recettes à compenser. Or, les remontées d'activité infra-annuelles ne sont pas fiables pour le champ SSR : beaucoup d'établissements ne remontent pas leurs données au fil de l'eau, mais plutôt en fin d'année. Les remontées M9 sont généralement jugées assez fiables pour permettre une évaluation du niveau d'activité.

Jusqu'à notification du niveau de recettes compensé, les avances de trésorerie au titre de la couverture des pertes de recettes liées à la facturation du ticket modérateur et du forfait journalier AMC conservent le statut d'avance. Ce mécanisme est disjoint de celui des avances de T2 dont la régularisation interviendra ultérieurement.

14. Dérogations budgétaires ESPIC

- Question concernant la confirmation des dérogations annoncées pour les ESPIC (notamment production PRP/PGFP) ? (amendement au projet de loi de prorogation de l'état d'urgence sanitaire habilite le gouvernement à déroger par ordonnances aux règles de fonctionnement, de gouvernance ou encore d'exécution budgétaire des établissements de santé publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Epic))

Réponse DGOS

En attente validation et communication officielle

15. Balnéothérapie

- Quid du maintien de l'ouverture des plateaux de balnéothérapie ?

Réponse DGOS

L'intention au niveau national est de maintenir les plateaux techniques ouverts au maximum.

La SF2H a émis un avis en mars sur le sujet : <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/03/Avis-SARS-CoV-2-et-eau-de-piscine-SF2H-09.03.2020.pdf> qui précise que, même si aucune étude ne le confirme, l'eau des piscines ne semble pas un lieu de propice pour la survie et le développement des virus.

L'enjeu principal concernant les balnéothérapies, et plus largement les plateaux techniques en SSR, est donc surtout de réussir à faire respecter les gestes barrières, principalement la distanciation physique. Lorsque c'est possible, il faut maintenir le plateau ouvert.

Les fiches de recommandations précisent ce point

(https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19_reprise-epidemique.pdf).

16. FICHSUP - PCR

- Une difficulté remontée par un adhérent sur le FICHSUP RT-PCR SSR : visiblement, il y a bien la possibilité de le charger sur E-PMSI mais le logiciel FICHSUP SSR ne permet pas de le produire et l'établissement craint de perdre plusieurs dizaines de milliers d'euros. L'ATIH est peut-être l'interlocuteur le plus approprié ?

Réponse DGOS

La prise en charge financière de l'activité de dépistage SARS-CoV-2 par test RT-PCR est prévue pour l'ensemble des établissements du champ SSR selon deux modalités :

- Seuls les établissements ex-DG (EPS et EBNL) sont concernés par la valorisation par remontée par FichSup à l'ATIH de l'activité de dépistage SARS-CoV-2 par test RT-PCR. La remontée par FichSup est le seul mode de rémunération de ces prestations pour les établissements ex-DG ; leur facturation directe est interdite.
- Les établissements ex-OQN ne sont pas concernés : ils facturent l'activité de test PCR directement à l'AMO.

Pour les établissements ex-DG rencontrant des difficultés techniques dans l'exploitation du FICHSUP RT-PCR SSR, l'interlocuteur privilégié est l'ATIH.

17. Auto-écoles

- Les auto-école n'ont plus le droit de former et d'assurer les leçons ; par contre, ils ont le droit de maintenir le passage des permis de conduire. Les auto-écoles handicap relèvent elles des mêmes dispositions ?
- Si oui, cela pose le problème de la non fermeture administrative et donc le non accès aux aides et indemnisation de chômage partiel. Pour ce qui concerne les évaluations de conduite automobile au cours du séjour du patient, qu'en est-il ? Peut-on maintenir les mises en situation (roulante en ville) ?

Réponse DGOS

En cours d'instruction

18. Télé-réadaptation

- Télé-réadaptation : peut-on mener des ateliers collectifs ? ou ces derniers doivent être uniquement individuels ?
- Dispose-t-on d'informations sur la valorisation des journées codées télé-R comme l'avait annoncé l'ATIH ?

Réponse DGOS

Tant que la séance respecte les conditions qui permettent de coder une séance de télé-réadaptation¹⁴, les ateliers collectifs sont possibles à distance.

Pas d'information supplémentaire à ce stade sur la valorisation des journées de télé-réadaptation SSR.

¹⁴ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3812/atih_consignes-covid19_ssr_150520.pdf

19. Activités collectives

- Concernant les repas :

- Doit-on les maintenir en salle à manger ?
- Si oui, quid des patients d'une unité où il y aurait un cas COVID + ?

Réponse DGOS

Comme précisé dans les recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19¹⁵, les activités collectives (rééducation en groupe, ateliers, activités sociales, prise de repas...) doivent être limitées, voire interdites dans les territoires ou établissements présentant une incidence élevée.

Dans tous les cas, les activités collectives doivent être organisées dans le strict respect des gestes barrières et des distances de sécurité mais aussi en aérant la pièce régulièrement (10 minutes 3 fois par jours).

¹⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19.pdf

20. Intervenants extérieurs

- Devons-nous interdire les intervenants extérieurs ?
- Devons-nous arrêter l'accueil des stagiaires ?

Réponse DGOS

L'accès aux intervenants extérieurs et stagiaires doit être maintenu dans le respect strict des gestes barrières et des distances de sécurité. Les conditions d'accès doivent répondre aux mêmes règles que pour les professionnels de l'établissement (voir question n° 7).