

CORONAVIRUS

RECOMMANDATIONS SANITAIRES



RECUEIL DOCUMENTAIRE

FICHES TECHNIQUES THEMATIQUES

Mise à jour du 05/11/2020

Liens utiles :

https://www.paca.ars.sante.fr/liste-communiques-presse?themes_publications%5B14078%5D=14078

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/>

<https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home>

TABLE DES MATIERES

1.	CADRE GENERAL DE DOCTRINE	3
	FICHE 1 - RECOMMANDATIONS – SIGNALEMENT DES CAS DE COVID EN ETABLISSEMENT DE SANTE – 28/09/2020	3
	FICHE 2 – MESURES D’EVICION DES PROFESSIONNELS EXERCANT EN ETABLISSEMENT DE SANTE – 27/05/2020	4
	FICHE 3 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – COVID19 ET GRIPPE – 06/10/2020	5
	FICHE 4 - STRATEGIE D’ADAPTATION AU NIVEAU DE GESTION DE CRISE A L’IMPACT OBSERVE SUR LA CAPACITE DE REPONSE HOSPITALIERE.....	7
	FICHE 5 - STRATEGIE D’UTILISATION DES TESTS VIROLOGIQUES ET SEROLOGIQUES – 05/11/2020	9
2	CONSIGNES REGIONALES PAR FILIERES DE SOINS	15
2.1	PATIENTS A RISQUES.....	15
2.1.1	DIABETE.....	15
	FICHE 6 - INSTRUCTION AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – DIABETE ET COVID 19 – 30/09/2020	15
2.1.2	PERSONNES AGEES.....	18
	FICHE 7 - GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGEES A DOMICILE ET EN EHPAD - 22/09/2020	18
2.1.3	DIALYSE	21
	FICHE 8 - INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES POUR LA DIALYSE – 02/11/2020	21
2.2	POPULATIONS SENSIBLES	25
2.2.1	FEMMES ENCEINTES	25
	FICHE 9 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES - 17/09/2020.....	25
2.2.2	PEDIATRIE.....	27
	FICHE 10 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – PEDIATRIE - 19/09/2020.....	27
	FICHE 11 - INFORMATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – RECOMMANDATIONS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE SUR LES ENFANTS - 18/09/2020	29
2.2.3	PATIENTS PRIS EN CHARGE EN PSYCHIATRIE	31
	FICHE 12 - RECOMMANDATIONS REGIONALES D’ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE GENERALE - TEMPS PLEIN – PERIODE DU 2 SEPTEMBRE AU 15 OCTOBRE 2020	31
2.2.4	PERSONNES EN DETENTION.....	39
	FICHE 13 - INSTRUCTIONS – SCREENING DES PERSONNES DETENUES ENTRANT EN DETENTION POUR LE RISQUE COVID19 – REGION PACA - 25/09/2020.....	39
	FICHE 14 - INSTRUCTIONS AUX USMP – CONTACT TRACING - 25/09/2020.....	42
2.3	PRISES EN CHARGE	44
2.3.1	CARDIOLOGIE	44
	FICHE 15 - RESUME DES RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES EN PHASE DE PIC EPIDEMIQUE - 07/2020.....	44
2.3.2	HAD	45
	FICHE 16 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE SUR LES HAD - 23/09/2020	45
2.3.3	ONCOLOGIE.....	50
	FICHE 17 - ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE EN PACA DANS LE CONTEXTE DE L’EPIDEMIE DE COVID-19 - 09/10/2020	50
	FICHE 18 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE CANCERS ET PATHOLOGIES MALIGNES - 25/09/2020	54

2.3.4 SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION - SSR.....	55
FICHE 19 – RECOMMANDATIONS REGIONALES D’ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN SSR ADULTE EN SITUATION DE DEGRADATION EPIDEMIQUE – SSR ET COVID-19 – 03/11/2020	55
FICHE 20 – INSTRUCTION A DESTINATION DES SAMU ET DES EHPAD - L’ORIENTATION MEDICALE DES PATIENTS EN EHPAD	66
ANNEXES	70
ANNEXE 1- Evaluation clinique du statut Covid d’un patient.....	71
ANNEXE 2 - Facteurs de risque selon les données de la littérature	72
ANNEXE 3- DGS URGENT -Stratégie d’adaptation de l’offre de soins à la reprise épidémique - 15/10/2020.....	73
ANNEXE 4- MINSANTE N°165 – Arrêt de la distribution du stock Etat de masques et EPI et évolution prochaine des modalités de distribution du stock Etat en cas de crise ou de fortes tensions d’approvisionnements – 02/10/2020	76
ANNEXE 5-FICHE ARS – Adaptation de l’offre de traitement du cancer en situation de reprise épidémique COVID-19 – 04/10/2020	81
ANNEXE 6-MARS 82 - FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE – Recommandations d’organisation pour les prises en charge en cas de reprise épidémique de COVID-19 – 24/09/2020.....	86
ANNEXE 7-MINSANTE / CORRUSS 88 - FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE – Organisation de la prise en charge du cancer dans le contexte de l’épidémie de COVID-19 – 24/04/2020	90

1. CADRE GENERAL DE DOCTRINE

FICHE 1 - RECOMMANDATIONS – SIGNALEMENT DES CAS DE COVID EN ETABLISSEMENT DE SANTE -28/09/2020

Que signaler ?	Qui signale ?	A qui doit-il être signalé?	Comment le signaler ?
Un cas patient pris en charge en ambulatoire	Son médecin clinicien	La plateforme territoriale AM (Assurance Maladie)	Par le téléservice Contact Covid via AmeliPro ou si votre établissement n'en dispose pas via messagerie : gaetano.saba@cnam-sm.mssante.fr ou
Un cas patient hospitalisé et secondaire à une contamination communautaire	Son médecin clinicien + EOH pour éviter la création de la chaîne de transmission	La plateforme territoriale AM	Si la personne réside en collectivité, à l'adresse ars13-alerte@arspaca.mssante.fr.
Un cas chez un professionnel de santé de l'établissement secondaire à une contamination communautaire	Le médecin du travail	La plateforme territoriale AM	Par le téléservice Contact Covid via AmeliPro ou si votre établissement n'en dispose pas via messagerie : gaetano.saba@cnam-sm.mssante.fr ou Si la personne réside en collectivité, à l'adresse ars13-alerte@arspaca.mssante.fr et https://voozadoo.santepubliquefrance.fr/682684372/scripts/aindex.php dans le cadre du recensement national des cas de COVID 19 chez les professionnels en établissement de santé
Un cas patient hospitalisé et secondaire à une contamination nosocomiale	Son médecin clinicien + EOH	L'ARS	Par le logiciel e-sin (pour le caractère nosocomial) et si un professionnel de santé est impliqué
Un cas chez un professionnel de santé de l'établissement secondaire à une contamination nosocomiale	Le médecin du travail + EOH	L'ARS	https://voozadoo.santepubliquefrance.fr/682684372/scripts/aindex.php dans le cadre du recensement national des cas de COVID 19 chez les professionnels en établissement de santé
Un cluster (≥ 3 cas sur 7 jours) ou une chaîne de transmission ((≥ 3 cas avec des délais cohérents avec une transmission du virus)	L'EOH et le médecin du travail si du personnel est concerné	L'ARS	

FICHE 2 – MESURES D'ÉVICTION DES PROFESSIONNELS EXERCANT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ – 27/05/2020

27 mai 2020

Tests et mesures d'éviction pour les professionnels en ES/EMS

	Mesures initiales			Levée Eviction
	CAT immédiate	Résultat Test	CAT suite résultat du test	
Cas possible (symptomatique)	Eviction* et test RT-PCR	PCR+ Cas confirmé	Maintien éviction	7 jours après le début des symptômes (reprise du travail le 8ème jour si disparition fièvre et amélioration état respiratoire depuis au moins 48h) Et respect des mesures barrière renforcées pendant les 7 jours suivants
		PCR- Cas non exclu	2nd test RT-PCR, maintien éviction dans attente (<i>sauf situation exceptionnelle</i>)	Si 2ème test positif, maintien éviction et levée selon critères <i>supra</i> Si 2ème test négatif et DDS de moins de 7 jours, levée éviction avec respect strict des mesures hygiène et distanciation physique Si 2ème test négatif et DDS de plus de 7 jours, maintien éviction jusqu'à 48h après disparition fièvre et amélioration état respiratoire
Cas possible (symptomatique) immunodéprimé	Eviction* et test RT-PCR	PCR+ Cas confirmé	Maintien éviction	9 jours après le début des symptômes (reprise du travail le 10ème jour si disparition fièvre et amélioration état respiratoire depuis au moins 48h) Et respect des mesures barrière renforcées pendant les 14 jours suivants
		PCR- Cas non exclu	2nd test RT-PCR, maintien éviction dans attente (<i>sauf situation exceptionnelle</i>)	Si 2ème test positif, maintien éviction et levée selon critères <i>supra</i> Si 2ème test négatif et DDS de moins de 7 jours, levée éviction avec respect strict des mesures hygiène et distanciation physique Si 2ème test négatif et DDS de plus de 7 jours, maintien éviction jusqu'à 48h après disparition fièvre et amélioration état respiratoire
Cas confirmé asymptomatique (détecté suite contact-tracing ou dépistage)	Eviction*	PCR+ Cas confirmé	-	7 jours après la date du prélèvement (reprise du travail le 8ème jour) Et respect des mesures barrière renforcées pendant les 7 jours suivants <i>Si personnel non remplaçable, possibilité dégradée de maintien en poste avec renforcement mesures précaution et hygiène</i>
Cas confirmé asymptomatique (détecté suite contact-tracing ou dépistage) immunodéprimé	Eviction*	PCR+ Cas confirmé	-	9 jours après la date du prélèvement (reprise du travail le 10ème jour) Et respect des mesures barrière renforcées pendant les 14 jours suivants <i>Si personnel non remplaçable, possibilité dégradée de maintien en poste avec renforcement mesures précaution et hygiène</i>
Contact à risque** d'un cas confirmé (cas symptomatique ou non, contact dans le cadre professionnel ou non)	Eviction non systématique	-	-	Si apparition de symptômes, cf. CAT "cas possible" <i>supra</i> Si doute sur possibilité du soignant à respecter mesures barrière dans ES/EMS, éviction selon les mêmes conditions que la population générale Si maintien en poste, autosurveillance symptômes, test RT-PCR entre J5 et J7 du dernier contact (et au maximum à 7 jours du premier contact si celui-ci a persisté) et mesures strictes hygiène et distanciation physique

* Sauf situation exceptionnelle (ex. médecin de garde seul)

** Contact à risque d'infection pour le professionnel de santé au sein de l'ES/EMS :

o Un contact avec un patient porteur du SARS-CoV-2 si le soignant OU le patient ne porte pas de masque à usage médical

o La réalisation sans masque FFP2 de gestes à risque d'aérosolisation (intubation, kinésithérapie respiratoire) à un patient atteint de COVID-19

o 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).

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Coronavirus (COVID-19)

FICHE 3 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE – COVID19 ET GRIPPE – 06/10/2020

La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021 va se dérouler dans un contexte exceptionnel marqué par le risque de co-circulation grippe et COVID-19.

Le strict respect des mesures barrières peut faire reculer l'épidémie de grippe et des autres virus respiratoires. Nous sommes tous en attente d'un vaccin contre la COVID-19 mais nous disposons déjà du vaccin contre la grippe.

Dans ce contexte particulier, la synthèse ci-dessous reprend les principales préconisations nationales auxquelles l'ARS vous demande de porter la plus grande attention. L'objectif est de vacciner 75% des personnes à risque qui était de 48% pour la saison 2019-2020² et d'augmenter le taux de vaccination en établissement de santé (35 % avec de fortes variations selon les professions entre 67% pour les médecins et 21 % pour les aides-soignants³). Nous pouvons mieux faire !

1/ La vaccination grippe s'adresse en priorité aux professionnels de santé et aux populations à risque ciblées par l'Assurance maladie.

Pour mémoire, les populations à risque pour la grippe sont les mêmes que pour la COVID-19. Les populations prises en charge en SSR et dans vos unités de gériatrie font partie des populations à risque.

En pratique, la campagne de vaccination s'effectuera en deux temps. De son lancement, le 13 octobre, jusqu'au 30 novembre *a minima*, les pharmaciens sont invités à ne délivrer des doses de vaccins qu'aux personnes munies d'un bon de l'assurance-maladie. Ensuite s'ouvrira une seconde période, à compter du 30 novembre, durant laquelle les pharmaciens pourront délivrer des doses de vaccins à l'ensemble de la population, cible ou hors cible, grâce à la mobilisation d'un stock national Etat si nécessaire.

En raison de l'efficacité relative du vaccin contre la grippe chez les personnes âgées, la vaccination de tous les personnels de santé qui les prennent en charge prend toute son importance.

Particularités en 2020 :

- Un nouveau vaccin pédiatrique nasal est en cours d'évaluation par la HAS.
- La HAS recommande de reporter la vaccination grippe pour les sujets contacts d'une personne COVID 19 pendant la période d'isolement strict⁴.

2/ Aucun signe clinique ne permettant formellement d'éliminer un diagnostic de COVID-19 devant un syndrome grippal, un test diagnostique doit être pratiqué⁵.

Devant tout signe évocateur de COVID-19, un test RT-PCR doit être pratiqué pour prise en charge spécifique et contact tracing.

Le test diagnostique des virus grippaux est utilisé dans ses indications habituelles : les personnes hospitalisées présentant des formes graves et celles résidant dans des collectivités à risque. Les tests moléculaires sont à privilégier chez l'adulte, les TROD ayant une sensibilité de 60% seulement.

Des recommandations spécifiques ont été émises par le HCSP pour les enfants de moins de 6 ans.

3/ Le monitoring de la grippe 2020-2021

Le suivi épidémiologique est assuré comme chaque année par Santé Publique France.

² HAS – Avis n°2020.0034/AC/SEESP du 20 mai 2020

³ Bulletin de Santé Publique-octobre 2019-Vaccination

⁴ HAS – Avis n°2020.0034/AC/SEESP du 20 mai 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186689/en/avis-n2020-0034/ac/seesp-du-20-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2020/2021-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19-en-france

⁵ HCSP – co-circulation du SARS-CoV-2 et des virus hivernaux <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=920>

Le suivi de la vaccination des personnels en établissement de santé sera assuré par une enquête SOLEN en distinguant personnel médical / personnel non médical / internes et étudiants en santé.

Le suivi de la vaccination des résidents et des professionnels des EHPAD sera assuré par la mise en ligne d'un formulaire spécifique sur le portail des signalements des effets sanitaires indésirables.

L'évolution des stocks de vaccins au sein des PUI des établissements de santé sera assuré via la plateforme « Mapui.fr » : les PUI des établissements de santé et des EHPAD avec PUI renseignent chaque semaine : - le nombre de doses de vaccins en stock à la PUI ; - le nombre cumulé de doses de vaccins commandées.

Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge : le défi de rattraper le retard en PACA

	Saison 2016-2017			Saison 2017-2018			Saison 2018-2019		
	Moins de 65 ans à risque	65 ans et +	Total	Moins de 65 ans à risque	65 ans et +	Total	Moins de 65 ans à risque	65 ans et +	Total
PACA	25,40%	47,90%	43,90%	25,40%	47,50%	43,80%	26,60%	49,10%	45,30%
France entière	28,70%	50,00%	45,70%	28,90%	49,70%	45,60%	29,20%	51,00%	46,80%

Source : SNDS – DCIR- tous régimes – Traitement Santé publique France

FICHE 4 - STRATEGIE D'ADAPTATION AU NIVEAU DE GESTION DE CRISE A L'IMPACT OBSERVE SUR LA CAPACITE DE REPOSE HOSPITALIERE

Département des Bouches-du-Rhône MAJ 14/08/2020

Département des Alpes Maritimes MAJ 29/08/2020

Département du Var MAJ 29/08/2020

Département de Vaucluse MAJ 29/08/2020

Département des Alpes-de-Haute-Provence MAJ 28/09/2020

	Pour action :	Pour information :
• Etablissements de santé – Département des Bouches du Rhône		✓
• Etablissements de santé – Département des Alpes-Maritimes		
• Etablissements de santé – Département du Var		
• Etablissements de santé – Département de Vaucluse		

Référence :

Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_situation_sanitaire_exceptionnelle.pdf



Suite au passage en niveau 3 « vulnérabilité élevée » **du département des Bouches-du-Rhône / des Alpes-Maritimes / du Var et de Vaucluse** et compte tenu de la circulation active du virus faisant craindre un impact potentiellement majeur à venir sur la capacité de réponse hospitalière, une recommandation d'activation du degré le plus élevé de la gestion de crise (niveau 2 – plan blanc) a été formulée conformément aux préconisations du plan rebond, sans toutefois activer immédiatement le levier de la déprogrammation d'activité compte tenu d'une cinétique actuellement lente mais croissante.

Pour rappel, l'organisation de la montée en puissance repose sur la mise en place d'une gradation selon deux niveaux⁶ :

- **Niveau 1 – « Plan de mobilisation interne »** : Pour la gestion des tensions ou des situations avérées potentiellement critiques sans toutefois mettre à court terme l'établissement en difficulté dans son fonctionnement courant. Ce type de situation est toutefois suffisamment critique pour exiger une organisation particulière, une vigilance active et la mise en œuvre le cas échéant de mesures d'anticipation ou de gestion. Ce niveau, qui correspond à l'activation du plan de mobilisation interne, nécessite la mise en place d'une CCH restreinte. *Exemple de situations: gestion interne d'une épidémie saisonnière (ex: grippe), crise de l'approvisionnement en carburants, crues et inondations (réponse de niveau 1 engagée lorsque les informations météorologiques le justifient).* Le niveau 1 peut également correspondre à l'anticipation d'un risque pouvant menacer l'établissement (ex: menace d'attentats) et nécessitant une mise en pré-alerte avec l'activation de la CCH et la mobilisation des services concernés.
- **Niveau 2 – « Plan blanc »** : Pour la gestion des situations exceptionnelles avec un impact potentiellement majeur sur l'établissement de santé. Ce niveau qui correspond à l'activation du plan blanc, permet la mobilisation de toutes les capacités de l'établissement (moyens humains et logistiques) dans le cadre d'une organisation spécifique pilotée par une CCH structurée. Il permet d'assurer la prise en charge des patients lors d'événements graves et/ou inhabituels tout en maintenant la continuité et la qualité des soins, des patients non directement impliqués dans l'événement, par la mobilisation au plus juste des ressources nécessaires. Il permet aussi de préserver la sécurité des patients et des personnels (ex. afflux de victimes potentiellement contaminées).

⁶ Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles pp.28-29

L'activation du niveau 2 permet à l'établissement de recourir aux mesures de gestion qui s'imposent parmi lesquelles figurent la déprogrammation d'activité ou le rappel de personnel, même si ces mesures ne sont pas nécessairement concomitantes temporellement avec le déclenchement du plan blanc.

Ce niveau d'alerte est justifié dans le **département des Bouches-du-Rhône / des Alpes-Maritimes / du Var et de Vaucluse** par les éléments suivants :

- L'importance de l'impact de l'épidémie de Covid sur le fonctionnement hospitalier observée lors de la première vague ;
- la pression épidémique croissante, au-delà des seuils d'alerte, dans la population générale **du département des Bouches-du-Rhône / des Alpes-Maritimes / du Var et de Vaucluse** ;
- la résurgence progressive d'une dynamique d'admission pour cause de Covid+ en hospitalisation conventionnelle et en unité de réanimation, en dépit d'un volume temporairement encore faible ;
- un taux d'occupation des services de réanimation en région PACA supérieur à 95% de la capacité initiale (effet reprise d'activité principalement) et justifiant dès à présent une extension des capacités de réanimation ;

Des points de situation quotidiens sont réalisés à l'échelle régionale avec le réseau des réanimateurs publics et privés coordonnés par la cellule de régulation de l'ARS renforcée notamment par le Professeur PAPAZIAN et le Dr. ODIN.

Des points d'informations réguliers (*quotidiens ou hebdomadaires selon les sujets*) sont organisés à l'échelle départementale afin de partager sur les mesures mises en œuvre par les établissements de santé (*progressivité dans les ouvertures des unités dédiées, filières dédiées, capacité de réponse biologique, lourdeur et origine des patients hospitalisés etc.*), sur la pression épidémique observée et les mesures d'ordre public éventuellement envisagées.

L'adaptation du niveau de gestion de cette situation sanitaire exceptionnelle - et les mesures associées – dans les prochaines semaines suivra l'évolution de la situation sur le plan épidémique, sur le plan des flux d'admissions en hospitalisation et sur le plan des capacités disponibles des services de réanimation (échelles départementale et régionale).

A cet égard, une stabilisation des admissions sur un faible volume observée sur une période de 3 semaines pourra orienter vers une diminution du niveau de gestion de crise en niveau 1 (plan de mobilisation interne).

FICHE 5 - STRATEGIE D'UTILISATION DES TESTS VIROLOGIQUES ET SEROLOGIQUES – 05/11/2020

Ce document présente la place des tests virologiques, antigéniques et sérologiques dans la stratégie de dépistage du SARS Cov2 résultant des recommandations émises par les autorités sanitaires et sociétés savantes (HAS, HCSP,..). Il est susceptible d'évoluer en fonction des directives édictées par les pouvoirs publics.

La stratégie de lutte contre la pandémie de COVID-19 continue de reposer sur le triptyque « Tester-Tracer-Isoler ». L'intensification des actions de dépistage du COVID-19 et la levée de la nécessité d'une prescription médicale préalable se sont accompagnées d'une stratégie de priorisation de la file active des patients demandant l'accès à un test virologique (RT-PCR) et de ciblage d'une partie des campagnes de dépistage vers les publics les plus à risque.

Le conseil de Défense et de Sécurité Nationale du 11 septembre dernier a acté de la simplification de la stratégie de priorisation.

1 / Priorisation des tests virologiques par RT-PCR

L'enjeu est de permettre, pour les indications prioritaires, un prélèvement et un rendu de résultat rapides, compatibles avec un isolement immédiat des cas confirmés et des personnes contacts à risque.

Il est désormais demandé aux laboratoires de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels pouvant assurer la phase de prélèvement, de s'organiser afin de respecter l'ordre de priorité suivant :

Priorité 1 : examens à visée diagnostique – Ces personnes doivent disposer d'un examen dans les 24h et obtenir les résultats dans les 24h suivantes

Personnes disposant d'une prescription médicale, personnes ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou encore sujets « contacts », notamment ceux ayant été contacté par la CNAM ou l'ARS dans le cadre des démarches de contact-tracing.

➤ Professionnels de santé et assimilés intervenant au domicile. Pour rappel, les professionnels de santé exerçant en établissement de santé ou en établissement médico-social doivent avoir accès à un test au sein de leur structure de rattachement.

Priorité 2 : examens à visée de dépistage - Ces personnes peuvent se faire dépister mais ne sont pas prioritaires. Le rendu des résultats est fonction de la capacité du laboratoire à traiter dans les délais impartis les indications prioritaires

➤ Toute autre situation non cité précédemment, notamment les personnes souhaitant disposer d'un test dans le cadre d'un voyage, ou des dépistages préventifs organisés dans des établissements scolaires, des services publics ou des entreprises, sans lien avec un risque précisément identifié.

2 / Place des tests antigéniques

Les tests rapides d'orientation diagnostique antigéniques nasopharyngés pour la détection du SARS-Cov2 peuvent être réalisés par les médecins, les pharmaciens ou les infirmiers.

Concernant les dépistages individuels, ils doivent être réalisés **prioritairement sur les personnes symptomatiques**, sous réserve qu'elles ne présentent pas de facteur de risque de développer une forme grave, qu'elles soient âgées de 65 ans au maximum et que le début des symptômes remonte à 4 jours ou moins.

Des opérations de dépistages collectives peuvent être autorisées par le représentant de l'Etat dans le département (hors personnes contact ou personnes détectées au sein d'un cluster). Les tests sont réalisés par un médecin, un infirmier ou un pharmacien ou sous leur responsabilité par l'une des personnes autorisées à réaliser les prélèvements nasopharyngé, oropharyngé ou salivaire (cf. PRELEVEMENT). Les résultats des tests sont rendus par un médecin, un pharmacien ou un infirmier. Les populations ciblées sont notamment :

- Les personnels **asymptomatiques** des EHPAD et ESMS hébergeant des personnes handicapées à risque de développer des formes graves
- Les **étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur**

- Les **patients admis en urgence dans un établissement de santé**
- Les **passagers aériens** (liaisons entre la métropole et les territoires ultra-marins).

3/ Place des tests sérologiques

On distingue deux catégories principales

- Les tests automatisables selon une méthode immuno-enzymatique (type ELISA) :
Ils sont réalisés sur prélèvement sanguin, généralement par prise de sang, et apportent des informations sur la présence de différents types d'anticorps (IgM et IgG le plus souvent). Ils entrent dans la catégorie des examens de biologie médicale et ne peuvent être faits qu'au sein d'un laboratoire de biologie médicale.
- Les tests unitaires sont quant à eux réalisés à partir d'une goutte de sang prélevée au bout du doigt, en laboratoire, mais aussi en pharmacie, en cabinet médical ou chez soi.
Les tests sérologiques peuvent être réalisés à partir de J + 7 pour les patients symptomatiques graves hospitalisés après l'apparition des premiers symptômes et J + 14 pour les patients symptomatiques sans signe de gravité après l'apparition des premiers symptômes.

En ce qui concerne les **TROD**, les indications sont les mêmes que celles des TDR à l'exception des deux indications relatives aux patients symptomatiques graves hospitalisés et avec les nuances suivantes :

- Les médecins ou sous leur responsabilité un autre professionnel de santé d'une part et, les pharmaciens d'officine d'autre part, peuvent réaliser les tests rapides d'orientation diagnostique sur sang capillaire de détection des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 selon les recommandations de la Haute Autorité de santé
- Il s'agit ici d'orientation diagnostique et non du diagnostic, contrairement aux TDR. En cas de résultat positif, le résultat du TROD devra toujours être confirmé par un test sérologique réalisé en laboratoire de biologie médicale.
- Pour les patients symptomatiques sans facteur de gravité, le recours aux TROD n'est indiqué que pour les populations ayant des difficultés d'accès à un laboratoire de biologie médicale (en secteur rural isolé, populations marginalisées, grande précarité, migrants...).

Pour les arrivées sur le territoire et les sorties vers les outre-mer.

L'utilisation de tests sérologiques n'est pas indiquée afin de déterminer le statut immunitaire de la personne et en tirer des conséquences sur la durée de la quatorzaine.

Utilisation grand public ou en entreprise

Pour les **autotests sérologiques**, la HAS considère leur utilisation dans le contexte actuel de COVID-19 comme encore prématuré à ce jour compte tenu notamment :

- De la difficulté d'interprétation de ces autotests par les utilisateurs,
- De l'absence à ce jour d'évaluation formelle des performances cliniques de ces autotests,
- De l'absence à ce jour de données sur les performances des autotests en conditions réelles d'utilisation.

4 / Conditions à remplir pour la réalisation des tests par RT-PCR

L'ensemble des laboratoires publics et privés sont tenus de :

- Mettre en œuvre, avec le concours de leur éditeur SGL, les opérations nécessaires pour se connecter à **SI-DEP** et transmettre ainsi les informations requises.
- Renseigner la **plateforme DREES** avec les informations demandées. L'accès se fait à l'adresse internet <https://laboratoires.fabrique.social.gouv.fr/>
- Mettre en œuvre la fiche de la Société française de microbiologie relative à la gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect ou confirmé de Covid-19.

Le laboratoire de biologie médicale doit être préalablement accrédité ou en démarche d'accréditation et dont la portée inclut la technique RT-PCR.

5 / Conditions d'accès aux tests de dépistage

Depuis le 24 juillet, tout assuré peut bénéficier à sa demande et sans prescription médicale, d'un test de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale pris

en charge intégralement par l'assurance-maladie obligatoire. Ces dispositions sont également applicables aux personnes qui n'ont pas la qualité d'assurés sociaux⁷.

La présentation des documents de réservation pour un vol au départ du territoire métropolitain et à destination des autres territoires de la République emporte prescription pour la réalisation et le remboursement d'un examen de détection du génome du SARS-CoV-2 par RT-PCR inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale dans les 72 heures précédant le départ, puis d'un second examen le septième jour suivant l'arrivée.

Les professionnels de santé ou leurs employés, les personnels d'un établissement de santé, d'un établissement social ou médico-social peuvent bénéficier, à leur demande et sans prescription médicale, sur présentation d'un justificatif attestant de l'une de ces qualités, dans le laboratoire de biologie médicale de leur choix, d'examens de recherche des anticorps dirigés contre ce virus intégralement pris en charge par l'assurance maladie⁸.

6 / Lieux de prélèvement pour le dépistage par RT-PCR

Le prélèvement peut être réalisé :

- Dans le **laboratoire de biologie médicale** (y compris « à l'extérieur » sur le domaine privé du laboratoire, comme l'ont organisé certains en format « drive » pour créer un circuit de prélèvement spécifique au covid-19).

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, les modalités suivantes peuvent être mises en place : lieu de prélèvement dédié aux publics prioritaires, créneaux horaires dédiés, prise de RDV, mise en place de filières dédiées, etc.

L'acquisition, le déploiement et l'utilisation d'outils numériques de pré-enregistrement en ligne (portail patient), de prise de rendez-vous en ligne, de gestion des files d'attente, et de partage de l'affluence en temps réel peuvent contribuer à l'organisation des flux de patients.

Néanmoins, il est rappelé que le biologiste médical, en suivant les orientations développées dans le cadre de cette doctrine de priorisation, a la capacité d'apprécier le caractère prioritaire de la situation présentée par le patient.

- Dans un **établissement de santé, au domicile du patient** ou dans la **liste des lieux** énumérés à l'article 2 de [l'Arrêté du 13 août 2014 fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases](#).

Les laboratoires peuvent s'associer avec les **infirmières libérales** pour réaliser les prélèvements, par voie contractuelle. Les URPS infirmières et biologistes ont élaboré une procédure pour la coordination des prélèvements nasopharyngés de dépistage COVID à domicile.

Il est également pertinent de recourir à des **équipes-mobiles** pour la réalisation d'un prélèvement en grande série, par exemple en cas de clusters, car il permet l'optimisation des ressources humaines et matérielles. Le laboratoire qui prendra en charge la campagne de dépistage aura la responsabilité, en lien avec l'ARS, d'organiser la logistique autour des équipes de prélèvement, du transport des échantillons et de leur analyse.

Des lieux de prélèvement peuvent également être autorisés par le préfet de département, sur proposition de l'ARS, après accord avec les médecins libéraux dans ou en relation avec des **lieux de consultation médicale** dédiés à la prise en charge des patients covid-19.

Points de vigilance

Le « drive » doit être adossé à un laboratoire de biologie médicale, en effet le prélèvement d'un échantillon humain fait partie de la phase pré-analytique d'un examen de biologie médicale, il est donc réalisé sous la responsabilité du **biologiste médical**. Dans certains cas, les collectivités territoriales peuvent apporter une aide à l'aménagement du « drive » : zone de stationnement aux abords du laboratoire, prêt de matériel, installation de tente,...

Chaque projet de « centre de dépistage » doit être apprécié au regard de la réalité des besoins du territoire. Il convient en effet de ne pas aggraver les tensions d'approvisionnement en équipement de protection, en kits de

⁷ [Arrêté du 24 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé](#)

⁸ [Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé](#)

prélèvement et en kits de réactifs, ni de créer une redondance par rapport à l'offre existante des laboratoires de biologie médicale sur ce territoire.

Ces initiatives doivent donc être strictement encadrées par :

- un adossement obligatoire à un laboratoire de biologie médicale.
- la réalisation des prélèvements uniquement par le personnel du laboratoire ou un professionnel ayant passé convention avec celui-ci.
- l'accueil et la réalisation des prélèvements dans des conditions permettant d'assurer le respect des mesures barrières.
- une gestion des DASRI en conformité avec la réglementation en vigueur.

7/ Prélèvement pour le dépistage par RT-PCR

Le prélèvement nasopharyngé, oropharyngé ou salivaire nécessaire à l'examen de détection du SARS-CoV-2 peut être réalisé, à condition qu'il atteste avoir suivi une formation spécifique à la réalisation de cette phase conforme aux recommandations de la Société française de microbiologie et dispensée par un professionnel de santé déjà formé à ces techniques, par :

1. Un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme, un pharmacien, un masseur-kinésithérapeute ou un infirmier ;
2. Un manipulateur d'électroradiologie médicale, un technicien de laboratoire médical, un préparateur en pharmacie, un aide-soignant, un auxiliaire de puériculture, un ambulancier ou un **étudiant ayant validé sa première année** en médecine, chirurgie dentaire, pharmacie, maïeutique ou soins infirmiers, sous la responsabilité d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un infirmier ;
3. Pour une zone et une période définies par le représentant de l'État territorialement compétent, sous la responsabilité d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un infirmier :
 - a) un sapeur-pompier professionnel ou volontaire titulaire du bloc de compétences "Agir en qualité d'équipier prompt-secours" défini dans les référentiels nationaux d'activités et de compétences et les référentiels nationaux d'évaluation de l'emploi opérationnel d'équipier prévus à l'article 4 de l'arrêté du 22 août 2019 relatif aux formations des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires et publiés sur le site internet du ministère de l'intérieur ;
 - b) un sapeur-pompier de Paris titulaire de la formation élémentaire en filière "sapeur-pompier de Paris" (SPP) ou filière "secours à victimes" (SAV) ou titulaires de leur formation élémentaire en filière "spécialiste" (SPE) ;
 - c) un marin-pompier de Marseille détenant le brevet élémentaire de matelot pompier (BE MOPOMPI) ou le brevet élémentaire de pompier volontaire (BE MAPOV) ou le brevet élémentaire de sécurité et logistique (BE SELOG) ;
 - d) un secouriste d'une association agréée de sécurité civile, titulaire de l'unité d'enseignement "premier secours en équipe de niveau 1" à jour de sa formation continue^[1].

De manière générale, **une vigilance particulière est portée aux points suivants :**

- Le prélèvement est réalisé par des personnels **formés** en raison du risque élevé de faux négatifs.
- Le **préleveur** habilité doit notamment porter un masque protecteur type FFP2, une sur-blouse, des lunettes de protection ainsi qu'une protection complète de la chevelure et des gants.
- Les **auto-prélèvements** sont fortement déconseillés sachant que la performance des tests dépend étroitement de la qualité du prélèvement (risque de faux négatifs).
- Les recommandations de la **Société française de microbiologie** relative à la gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect ou confirmé de Covid-19 sont mises en œuvre (<https://www.sfm-microbiologie.org/covid-19-fiches-et-documents-sfm/>).

Pour répondre aux éventuelles tensions résultant d'un manque de préleveurs, les laboratoires de biologie médicale peuvent créer un compte sur la plateforme renfort RH crise (<https://renfortrh.solidarites-sante.gouv.fr/>) afin d'exprimer une demande de renfort.

^[1] [Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé](#)

8/ Réalisation des tests virologiques et sérologiques

La liste des tests covid-19 (ARN viral et sérologie) disponibles sur le marché et répondant aux conditions posées par l'arrêté du 23 mars 2020 est consultable sur le site : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>. Cette liste est mise à jour régulièrement.

Le laboratoire doit utiliser des kits RT-PCR marqués CE avec 2 cibles minimum ou validés par le CNR, ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie. En cas de difficultés d'approvisionnement, l'utilisation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro non marqués CE, est rendue possible à condition qu'ils soient validés par le Centre national de référence du virus des infections respiratoires (CNR) avant leur mise en service.

Le périmètre des laboratoires autorisés à pratiquer la phase analytique des tests SARS-CoV2 a été élargi aux laboratoires départementaux d'analyse (laboratoires vétérinaires publics), aux laboratoires de recherche et autres laboratoires sous la responsabilité d'un laboratoire de biologie médicale. Un arrêté préfectoral est pris à titre dérogatoire.

Lorsque les laboratoires de biologie médicale ou les laboratoires mentionnés ci-dessus ne disposent pas du nombre de **techniciens de laboratoire médical** nécessaire à la réalisation de l'examen de "détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR", sont autorisées, dans le respect des dispositions du code de la santé publique, et notamment de son article L. 6211-7, à participer à la réalisation de la phase analytique de cet examen au sein de ces laboratoires sous la responsabilité du biologiste médical et après avoir suivi une formation dispensée par un biologiste médical du laboratoire :

- les personnes possédant un diplôme dans le domaine de la biologie moléculaire ou justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins un an dans ce domaine ;
- les personnes possédant l'un des diplômes mentionnés en annexe de l'arrêté du 10 juillet 2020⁹, encadrées par un technicien de laboratoire médical.

9/ Rendu des résultats des tests par RT-PCR

L'interprétation de la valeur de Ct (Cycle threshold, estimation de la charge virale) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positive sur les prélèvements cliniques respiratoires réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage est conforme à l'avis du 25 septembre 2020 de la Société Française de Microbiologie (SFM)¹⁰.

Tout résultat **positif** doit être communiqué sans délai au patient, selon les modalités convenues avec ce dernier lors du prélèvement, ainsi qu'au médecin le prenant en charge ou au médecin traitant.

Pour se protéger et protéger ses proches, le malade est invité à contribuer à la recherche des « personnes contact », à respecter les mesures d'isolement, à surveiller son état de santé et à prendre toute une série de précautions qui permettront d'enrayer la transmission du virus.

Tout résultat **néгатif** doit être accompagné d'une conclusion, informant le patient que ce résultat ne le protège pas d'une contamination ultérieure et qu'il doit continuer à respecter les mesures barrières.

10/ Facturation des examens

Les tests virologiques et sérologiques SARS CoV2 sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie dans les conditions prévues à la nomenclature des actes de biologie médicale^{11 12}.

⁹ [Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé](#)

¹⁰ [Avis du 25 septembre 2020 de la Société Française de Microbiologie \(SFM\) relatif à l'interprétation de la valeur de Ct \(estimation de la charge virale\) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positive sur les prélèvements cliniques réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage - Version 1_25/09/2020](#)

¹¹ [Arrêté du 12 mai 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale \(détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR\)](#)

¹² [Arrêté du 27 mai 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale \(diagnostic sérologique de l'infection par le SARS-CoV-2\).](#)

Covid-19 : quel test utiliser ?

Zoom avant (Ctrl+Plus)

Vous avez des symptômes de Covid-19	Vous n'avez pas de symptômes de Covid-19	
	Vous êtes personne-contact (isolée ou au sein d'un cluster)	Vous n'êtes pas une personne-contact
Test antigénique dans les 4 jours suivant l'apparition des symptômes , dès lors que qu'un résultat de test RT-PCR ne peut pas être obtenu en moins de 48h	Test RT-PCR (recommandation susceptible d'être revue dès que des données seront disponibles)	Pas de test
Cas particulier des personnes présentant un risque de développer une forme grave de Covid-19 <ul style="list-style-type: none"> - Si le test antigénique est négatif ou non interprétable, contrôle par test RT-PCR - Consultez votre médecin traitant (consultation ou téléconsultation) 		Sauf dans le cadre d'un dépistage organisé en population ciblée (par exemple au sein d'une université, chez les soignants d'un hôpital...) Test antigénique
Si prélèvement nasopharyngé impossible ou difficile, test RT-PCR sur prélèvement salivaire	Si prélèvement nasopharyngé impossible ou difficile, test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé	

Le test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé reste le test de référence pour la détection du virus SARS-CoV-2. Les recommandations ci-dessus ne concernent pas les personnes hospitalisées. Source : avis HAS du 8 octobre 2020.

2 CONSIGNES REGIONALES PAR FILIERES DE SOINS

2.1 PATIENTS A RISQUES

2.1.1 DIABETE

FICHE 6 - INSTRUCTION AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE - DIABETE ET COVID 19 - 30/09/2020

1 Enjeux

Les données disponibles précisent que le diabète est un des facteurs de risque chez les patients présentant une infection au Covid-19.

Lors de la phase épidémique du printemps 2020, les données disponibles étaient issues d'une étude initiale chinoise parmi les patients hospitalisés, où 48% présentaient une comorbidité et en particulier un diabète ou une maladie cardiovasculaire (MCV).

Celle-ci montrait que les patients ayant un diabète représentaient 10 à 20% des personnes hospitalisées, 22% de celles admises en réanimation et 31% des décès, en notant que 48% des personnes décédées avaient une HTA et 24% une MCV, mais il n'est pas possible de dire si ces facteurs étaient indépendants ou liés à l'âge.

Globalement, le diabète était associé à un odds ratio de mortalité hospitalière de 2,85 (IC95% 1,35-6,05, p=0,0062).

Plus récemment, les premiers résultats d'une étude observationnelle, multicentrique, nationale française, menée chez des patients présentant un diabète et hospitalisés pour Covid 19, (CORONADO) montrent que l'âge est un facteur déterminant de la gravité de l'épidémie dans cette population.

Les patients diabétiques âgés sont particulièrement touchés par la gravité de l'épidémie de Covid-19 car ils combinent deux facteurs majeurs de gravité que sont le diabète et l'âge.

En effet, l'âge est un facteur de mauvais pronostic en raison des co-morbidités plus fréquentes et de la plus grande sensibilité des seniors aux infections. Ces faits sont attestés par le faible taux de mortalité de l'ordre de 0,2% avant 40 ans qui s'élève en Italie à 20,2% après 80 ans. La mortalité très importante déplorée dans les EHPAD en est l'illustration la plus évidente puisque 50% des décès se sont produits dans ces établissements.

L'âge des patients diabétiques de type 2 constitue un facteur essentiel de la gravité. Le fait que la moitié des personnes diabétiques soit âgée de plus de 65 ans et le quart de plus de 75 ans montre que ces seniors sont très nombreux notamment dans les maisons de retraite où plus de 20% des pensionnaires présentent un diabète. Ces personnes présentent fréquemment des comorbidités et une obésité qui sont également des facteurs péjoratifs en cas de Covid-19.

Dans l'étude CORONADO, l'âge moyen des patients était très proche de 70 ans, 35% de femmes, 65% d'hommes, IMC moyen 28,4 kg/m², 89% de DT2 et 3% de DT1, et presque la moitié de ces patients présentait des complications du diabète.

Ainsi, concernant le risque de décès au 7ème jour (11% des patients), l'âge, mais également l'hypertension, les complications micro et macro angiopathiques, les comorbidités cardiaques ou respiratoires, ou l'apnée du sommeil appareillée étaient significativement associés à ce risque. Les personnes âgées de plus de 75 ans avaient un risque de décès 14 fois supérieur aux patients de moins de 55 ans.

Cependant, en analyse multivariée, seuls âge, complications micro ou macrovasculaires et syndrome d'apnée du sommeil appareillée persistaient comme facteurs indépendamment associés au risque de décès à 7 jours.

Concernant le critère composite intubation trachéale et/ou décès dans les 7 jours suivant l'admission (29% des patients), en analyse multivariée, l'âge n'était pas prédictif de ce critère principal. Ce fait est probablement lié à la gravité de l'état de santé de ces malades pour lesquels l'indication de l'intubation a été réfutée. Seul l'IMC avant admission persistait comme facteur indépendant associé au critère principal.

En revanche, les résultats rassurants observés dans CORONADO concernant la faible incidence de la maladie au cours du diabète de type 1 est au moins en partie en lien avec le plus jeune âge de ces personnes.

Ces constatations concernant l'influence de l'âge des personnes diabétiques, démontrent l'importance des mesures barrières qui ont été mises en œuvre au cours de l'épidémie et de la nécessité de leur maintien.

Vous trouverez ci-dessous les recommandations du HCSP relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/new_hcsp-sars-cov-2_patients_fragiles_v3.pdf

2 Les caractéristiques spécifiques de COVID-19 chez les personnes ayant un diabète

Les symptômes ne diffèrent pas en présence d'un diabète : toux, fièvre, courbatures, fatigue mais aussi parfois signes digestifs.

En revanche, l'infection aura tendance à déséquilibrer le diabète (tout comme lors d'une grippe).

En présence d'une toux et d'une fébricule chez une personne ayant un diabète, l'absence de déséquilibre important du diabète est un élément rassurant allant plutôt contre COVID-19 – mais imposant, en situation d'épidémie, de rester chez soi.

Une infection par le COVID-19 va ainsi très probablement induire un déséquilibre du diabète avec un risque important d'hyperglycémies voire de décompensation cétosique, y compris potentiellement chez certains patients ayant un diagnostic de diabète de type 2. Il existe aussi un risque d'hypoglycémies induites par l'anorexie liée à l'infection, en absence d'adaptation du traitement anti diabétique.

Il faut donc insister sur l'intérêt d'une surveillance attentive du diabète et, en cas de suspicion de COVID-19, au renforcement de celle-ci, à la surveillance attentive des glycémies ou taux de glucose et de l'acétone et à la mise en route des mesures de correction.

Il faut insister sur le caractère éventuellement très rapide de la cétose (comme pour la grippe) et sur le fait qu'un bon équilibre préalable aide probablement à mieux gérer la situation.

3 Les précautions à prendre contre le COVID-19 en cas de diabète

La HAS a publié une fiche sur l'intérêt pour les patients diabétiques de surveiller attentivement la glycémie et de poursuivre les traitements habituels, de vérifier avec le médecin traitant les consultations et soins à ne pas reporter, de maintenir une alimentation et une activité physique adaptée à la situation de chacun.

L'avis du Haut Conseil de la santé publique sur la reprise de l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19 et mesures barrières spécifiques (en complément de l'avis du HCSP du 20 avril 2020) 19 juin 2020 avait considéré comme personnes à risque de forme grave de COVID 19 les patients présentant un diabète non équilibré ou présentant des complications (compte tenu de l'expérience de terrains des réanimateurs auditionnés-données non publiées). La mise à jour au 30 août 2020 restreint les critères, il faut « être âgé de 65 ans ou plus et avoir un diabète associé à une obésité ou des complications micro ou macrovasculaires »
En termes de précautions, de sont les mêmes que dans la population générale

Des précautions à prendre pour la prise en charge du diabète

- Avoir le meilleur équilibre glycémique possible diminue probablement les difficultés de gestion du diabète au moment de l'épisode aigu.

- Disposer de 2 semaines pour le traitement (insuline notamment), le matériel de traitement (aiguilles, cathéters et réservoirs ou pods, schéma de remplacement, piles), le matériel de surveillance (capteurs, bandelettes pour glycémie et acétone, lecteur, piles et/ou chargeur), sucre, kit de Glucagen.
- Avoir du paracétamol en sachant que le traitement par paracétamol perturbe les résultats de mesure du glucose en continu avec les capteurs dont nous disposons actuellement en France - sauf avec le FreeStyle Libre dont les résultats peuvent en revanche être faussés par de hautes concentrations de vitamine C (il faut se méfier car certains patients en prennent à forte dose pendant cette période d'épidémie...). En cas de doute pratiquer une glycémie capillaire.
- Renforcer le rythme de surveillance du diabète a fortiori en cas de symptômes
- S'assurer que la conduite à tenir est connue en cas de déséquilibre du diabète : recherche d'acétone, adaptation du traitement anti diabétique, à la hausse comme à la baisse, injections d'insuline rapide de correction...
- S'assurer que le patient possède tous les numéros d'urgences : 15, numéro du cabinet ou du service de diabétologie, numéros d'astreinte 24H/24 et 7j/7 médicale et technique en cas de traitement par pompe.
- Si vous pouvez mettre en place dès maintenant des moyens de télésurveillance avec vos patients (dans ou en dehors du programme ETAPES), cela peut constituer un point très positif pour discuter avec eux de leurs résultats et les aider à adapter leur traitement sans les obliger à se déplacer.

Références :

- HAS : Diabète Poursuivre ses soins et faire face au COVID 19- Avril 2020
- Haut Conseil de la santé publique : Avis sur la reprise de l'activité professionnelle des personnes à risque de forme grave de Covid-19 et mesures barrières spécifiques (en complément de l'avis du HCSP du 20 avril 2020) 19 juin 2020
- <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/8/29/2020-1098/jo/texte>
JORF n°0212 du 30 août 2020
- Etude CORONADO : <https://www.diabetes-covid.org/wp-content/uploads/2020/08/20200826-Article-Diabetes-Care.pdf>

2.1.2 PERSONNES AGEES

FICHE 7 - GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES A DOMICILE ET EN EHPAD - 22/09/2020

Plusieurs départements de la région PACA sont classés en situation de circulation active du SARS-COV-2.

Au regard du risque que représente cette circulation virale pour les personnes âgées, le nouveau guide sur la stratégie de prise en charge des personnes âgées à domicile et en EHPAD vient d'être réactualisé et adressé à tous les établissements médico-sociaux de la région PACA.

Les établissements de santé ont un rôle majeur à jouer dans l'appui à cette prise en charge.

La dernière version du guide qui est régulièrement mis à jour en fonction des dispositions nationales et disponible sur le lien suivant :

<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Guide-PA-COVID-13-10-2020.pdf>

Les aides devant être déployées par les établissements sanitaires sont résumées dans cette fiche :

1 L'hospitalisation des patients âgés en établissement de santé

- ✓ **Au sein d'un EHPAD, les deux premiers résidents** symptomatiques et/ou confirmés Covid-19 **avec signes de gravité doivent être hospitalisés** pour rompre la chaîne de contamination.
- ✓ Le(s) résident(s) confirmé(s) Covid-19 asymptomatique(s), ou **sans signes de gravité) restent dans l'EHPAD.**
- ✓ Privilégier **l'admission directe** en unité médicale ou unité COVID sans passage par les urgences, en articulant ce circuit court avec les hot-lines gériatriques et les SAMU.
- ✓ Privilégier **le retour en EHPAD dès que possible**, avec l'appui éventuel de la ou des HAD du secteur (voir fiche action 1-5).
- ✓ **Prévenir la perte d'autonomie** des patients hospitalisés par une mobilisation fonctionnelle précoce (lever précoce, kinésithérapie, ...)
- ✓ **Prévenir la dénutrition** des patients par un repérage et une prise en charge précoce du risque de dénutrition ou d'une dénutrition avérée.

2 Rôle des Equipes mobiles de gériatrie (fiche action1-1 du guide)

- ✓ Rôle d'expertise gériatrique dans l'appui aux EHPAD et dans la prise en charge des patients hospitalisés.
- ✓ Rôle de concertation collégiale avec les médecins d'EHPAD et des SAMU dans les décisions d'hospitalisation, d'orientation en réanimation et de sortie d'hospitalisation.
- ✓ Intérêt des hot-line gériatriques pour être en appui aux médecins coordonnateurs (liste des hot-line gériatrique en fiche action 1-1 du guide)

3 Rôle des Equipes mobiles de soins palliatifs et des hot-line soins palliatifs (fiche action 1-2 du guide)

- ✓ Appui des médecins et équipes soignantes d'EHPAD, au moins par téléphone
 - dans les prises en charge sous forme de conseils thérapeutiques,
 - pour accompagner et soutenir les résidents, les équipes médico soignantes et les familles dans les situations engageant potentiellement le pronostic vital,
 - pour favoriser l'admission de patients en soins palliatifs si nécessaire (en privilégiant une admission directe en lits identifiés en soins palliatifs ou en Unité de soins palliatifs),
 - pour éviter les ruptures de prise en charge, et l'aggravation de situations fragiles.

- ✓ Rôle de concertation collégiale avec les équipes mobiles de gériatrie, les médecins traitants, les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les médecins des SAMU dans les décisions d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie, et situations éthiques délicates.
- ✓ Coordination recommandée avec les équipes mobiles gériatriques.
- ✓ Intérêt des hot-line soins palliatifs pour être en appui aux médecins coordonnateurs (liste des hot-line soins palliatifs en fiche action 1-2 du guide).

4 Rôle des services d'HAD (fiche action 1-5 du guide)

- ✓ Rôle d'appui des médecins et équipes soignantes d'EHPAD :
 - pour assurer la prise en charge des résidents COVID ne requérant pas de soins en réanimation ou en surveillance continue 24H/24 mais présentant l'une des caractéristiques suivantes :
 - Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
 - Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;
 - Ainsi la mobilisation des HAD doit être systématiquement envisagée lorsque l'hospitalisation d'un résident est pressentie :
 - pour prendre en soin les résidents pour lesquels un accompagnement en soins palliatifs a été collégialement décidé, après prise en compte des directives anticipées,
 - pour limiter les risques de contamination des résidents et éviter leur hospitalisation à chaque fois que leur état de santé le permet,
 - pour assurer la prise en charge en aval de l'hospitalisation, permettant un retour du résident en EHPAD dans un environnement hospitalier.L'intervention des HAD est facilitée :
 - par les dispositifs d'appui dérogatoires du sanitaire au médico-social avec des conditions d'accès à l'HAD assouplies :
 - il n'est plus nécessaire de signer une convention entre le centre d'hébergement et la structure d'HAD pour que celle-ci intervienne (un simple protocole suffit).
 - 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 qu'une prescription médicale n'ait été 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, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge.
 - 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.

5 Rôle des équipes opérationnelles d'hygiène / appui avec le CPIAS

Les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) de votre établissement de santé doivent pouvoir accompagner les EHPAD afin de leur apporter leur expertise sur la situation sanitaire et les mesures à prendre en matière d'hygiène. Parallèlement, certains centres hospitaliers ont organisé leurs EOH en équipe mobile d'hygiène (EMH) qui intervient dans les EHPAD, dans un cadre conventionnel.

En période de crise, ces EMH accompagnent les EHPAD dans leur gestion des risques liés à l'épidémie :

- Aide à l'organisation de la structuration des unités COVID dans les établissements
- Aide à la protocolisation concernant le nettoyage, la gestion du linge, la gestion des excréta, la gestion des déchets (DASRI)...

A ce jour, tous les territoires ne sont pas couverts et un accompagnement peut être sollicité auprès du CPIAS.

Coordonnées du CPIAS : cpias.paca@ap-hm.fr

Coordonnées des EMH (voir tableau)

DPT	ETABLISSEMENT	INTITULE	IDENTITE RÉFÉRENT	MAILS
4	GHT 04		Dr Nicole MORATI	morati.n@ch-manosque.fr
6	CH GRASSE	LE FELIN	Dr Nadine NÉGRIN	n.negrin@ch-grasse.fr
6	CHU NICE	CHU NICE	Dr Thierry FOSSE	fosse.t@chu-nice.fr
13	CH Salon de Provence	LINEHPAD	Dr Emmanuelle JOSEPH	emmanuelle.joseph@ch-salon.fr
13	CH Aubagne	CoClin	Dr Anne DAVIN REGLI, responsable du CoCLIN	aregli@ch-aubagne.fr
13	CHI Aix Pertuis	EMH_EMS	Dr Laurence MAULIN Dr Caroline GRAND	cgrand@ch-aix.fr
83	CH HYERES	EMH Var Ouest	Dr Philippe CARENCO	pcarenco@ch-hyeres.fr mtexier@ch-hyeres.fr
83	CH Pierrefeu	EMH Var_EMS PH	Dr Catherine ROMOLI	catherine.romoli@ch-pierrefeu.fr
84	CH Avignon	INTERCLIN 84	Dr Florence POSPISIL	fpospisil@ch-avignon.fr

2.1.3 DIALYSE

FICHE 8 - INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE AUTORISES POUR LA DIALYSE – 02/11/2020

Ce document constitue un cadre général d'organisation qui doit être décliné selon le contexte particulier à chaque territoire et chaque établissement de santé. Il a pour objectif de préciser les conditions de fonctionnement en conciliant les mesures qui permettent un contrôle de la circulation virale avec le maintien des soins pour les patients qui en ont besoin.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DIALYSES DANS LE CONTEXTE DE L'EPIDEMIE A SARS-COV-2

Un patient présentant une insuffisance rénale dialysé est à risque de forme sévère de COVID-19. Les patients présentant des signes de gravité doivent être hospitalisés d'emblée, tandis que pour les patients non ou peu symptomatiques, le médecin néphrologue peut décider le maintien à domicile avec information du patient sur la conduite à tenir en cas d'aggravation des signes et suivi téléphonique quotidien. Il convient donc de suivre des procédures rigoureuses de dépistage des cas suspects et, en cas d'infection, d'évaluer précocement la nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier.

Les séances de dialyse des patients COVID-19 seront réalisées pendant au moins 24 jours (ou 14 jours et deux RT-PCR négatives) en secteur dédié COVID-19, et pour au moins les 10 premiers jours dans le centre de repli de l'unité de dialyse habituelle du patient.

Les objectifs de ce mode de fonctionnement adapté à la situation épidémique sont :

- d'assurer la continuité des prises en charges en dialyse tout en limitant le risque infectieux ;
- de limiter au maximum les ruptures de parcours et pertes de chances liées.

Concernant ce dernier point, il est rappelé aux équipes concernées que l'ensemble des activités de prévention et soins doivent être maintenues afin de limiter au maximum l'isolement des patients insuffisant rénaux, notamment en maintenant les suivis habituels (parcours MRC, biopsies, consultations, bilans pré-transplantation, ...) voire en les renforçant par un suivi téléphonique.

Préparation des établissements

Tout centre lourd et son établissement support doivent mettre en place un secteur dédié pour les patients COVID-19, en se rapprochant le cas échéant de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Ceci de façon à pouvoir y accueillir les patients COVID-19 habituellement suivis en Unité d'Auto Dialyse (UAD) ou en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM). Les patients COVID-19 de ces unités doivent être rigoureusement transférés vers le centre de repli identifié de leur structure habituelle afin d'assurer et sécuriser la continuité de leur prise en charge en dialyse. En cas de nécessité, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour faciliter la communication, aux services de régulation, du centre de repli identifié pour le patient afin d'assurer la bonne continuité de prise en charge.

Toute structure d'UDM ou d'UAD doit mettre en place un protocole de prise en charge de patients positifs pour l'infection au SARS-CoV-2, notamment pour leur prise en charge temporaire en cas de suspicion avant transfert vers le secteur dédié COVID-19 de leur centre de repli.

Ce protocole doit prévoir le renforcement des gestes barrières et des règles d'hygiène et de nettoyage, ainsi que l'organisation adaptée des espaces :

- en prévoyant un espace dédié au dépistage des arrivants ;
- en adaptant l'espace d'attente qui doit permettre la distanciation physique des patients ;
- en prévoyant un espace permettant l'isolement des patients suspects d'infection à SARS-CoV-2 durant leur séance de dialyse.

L'organisation des structures de soins doit être redéfinie et mise à jour en temps réel en fonction de l'évolution de l'épidémie, en suivant les recommandations ministérielles et s'adaptant aux contingences logistiques. Les responsabilités professionnelles doivent être clairement définies, les stratégies et protocoles de soins élaborés, le suivi des procédures respecté de manière permanente. Il convient notamment de s'assurer que la chaîne

d'approvisionnement en matériels est maintenue, notamment concernant les équipements de protection individuelle (EPI).

Application des règles de prévention et des mesures barrières :

- Rappeler à chaque patient les mesures barrières, s'assurer qu'il les a comprises, qu'il les applique, et qu'il les fait appliquer à son entourage.
- Il est demandé aux personnes dialysées de porter, à minima, un masque chirurgical dès la sortie de leur domicile et jusqu'à leur retour à domicile. Le transport sanitaire doit s'effectuer dans des véhicules désinfectés et avec un seul patient par véhicule.
- Les visites par des accompagnants sont proscrites en secteur d'hémodialyse.
- Les établissements fournissent un masque à leurs patients à l'occasion de leurs séances de dialyse.
- Le personnel soignant est équipé dans tous les cas d'EPI adaptés¹³.
- Les mesures barrières « contact » et « gouttelettes » doivent être expliquées aux personnes dialysées. Un affichage rappelant ces consignes doit être apposé à l'entrée de la structure.
- Afin de favoriser le port du masque permanent par les patients et le respect des mesures barrières, il est recommandé de supprimer le temps de la collation pendant la dialyse. Si la prise d'une collation est prévue, il est nécessaire de l'organiser en prenant les mesures nécessaires pour garantir la sécurité des patients et des soignants.
- Entre chaque séance les locaux sont aérés et les surfaces désinfectées.

La bonne mise en œuvre de ces règles présuppose un effort particulier de communication auprès des patients : celles-ci doivent être non seulement rappelées mais aussi expliquées. Il est nécessaire de s'assurer auprès des patients de la bonne compréhension des règles et de leurs raisons d'être, ainsi que de leur application par les patients et leur entourage.

En cas de besoin il est conseillé de faire appel à l'équipe opérationnelle d'hygiène du CH de proximité.

L'ensemble des personnels intervenant en établissement de santé doit continuer à être sensibilisé aux recommandations qui permettent de le protéger de l'exposition au virus et de prendre en charge de façon adéquate les patients COVID-19. Le document de la société française d'hygiène hospitalière du 12 mai 2020 « Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins¹⁴ » peut utilement servir de base aux échanges, notamment concernant les équipements de protection individuelle adaptés pour les soignants en secteur COVID-19.

Les soignants présentant des facteurs de risque doivent être évalués par la médecine du travail et selon la décision faire l'objet d'une adaptation du poste de travail.

Gestion des patients dialysés suspectés ou diagnostiqués pour la COVID-19

Patient suspect d'infection à SARS-CoV-2

Afin d'assurer la bonne prise en charge de chaque situation, il est nécessaire d'identifier d'éventuels patients suspects en amont de la séance de dialyse :

- Avant l'entrée dans l'établissement, en demandant aux personnes dialysées dans la structure de se signaler par téléphone à l'établissement et au transporteur sanitaire en cas d'apparition de symptômes (cf. check-list en annexe), sans attendre la prochaine séance de dialyse. Tout patient COVID-19 se signalant de la sorte doit être orienté, en favorisant la téléconsultation, vers un service d'urgence à même de poser un diagnostic de certitude rapidement et d'évaluer les éventuels critères de gravité.
- Ou au plus tard dès l'arrivée, soit en se signalant, soit via un dépistage. A cet effet, un espace de dépistage adapté aux risques de transmission est mis en place dans toutes les unités de dialyse, permettant un entretien soignant-patient et une prise de température à chaque arrivée afin d'identifier et d'isoler rapidement les cas suspects.

¹³ <https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov>

¹⁴ <https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov>

Tout patient suspect à la suite du dépistage, une fois isolé, sera testé par RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé, avant sa séance de dialyse. En attendant le résultat de RT-PCR le patient réalise la séance de dialyse prévue, en isolement rigoureux.

Dans tous les cas, une fois l'infection à SARS-CoV-2 documentée, le patient sera orienté pour les prochaines séances vers son centre de dialyse de repli identifié.

Le patient, en accord avec les recommandations du HCSP¹⁵, pourra quitter le secteur COVID-19 dédié :

- Soit après 14 jours et deux résultats de RT-PCR négatifs (et asymptomatique depuis 48h) ;
- Soit après 24 jours et absence de symptômes depuis plus de 48h.

Concernant le retour depuis le centre de repli vers l'unité de dialyse habituelle du patient, celui-ci peut avoir lieu :

- Soit en secteur non COVID-19 à la fin de la période susmentionnée ;
- Soit en secteur dédié COVID-19 dès le 10^{ème} jour, si le secteur dédié COVID-19 de son UAD/UDM habituelle permet d'assurer le même niveau de sécurité infectieuse que le centre de repli.

Patient COVID-19 présentant des signes de gravité

En présence de signes de gravité, le patient doit être hospitalisé d'emblée dans l'établissement de santé support du centre de dialyse de repli.

Si l'état du patient nécessite une prise en charge en réanimation pour son infection respiratoire, l'hospitalisation se fait après régulation par le centre 15 qui oriente le patient vers l'établissement le plus à même de le prendre en charge.

Le médecin régulateur prend en compte la spécificité du patient insuffisant rénal chronique dialysé et chaque fois que c'est possible oriente le patient après échange avec son médecin néphrologue.

Patient COVID-19 sans signe de gravité

En cas de diagnostic positif de COVID-19, une décision d'hospitalisation est évaluée avec le médecin néphrologue qui peut décider, en l'absence de signes de sévérité, du maintien à domicile avec information du patient sur la conduite à tenir en cas d'aggravation des signes et suivi téléphonique quotidien.

Les patients COVID-19 d'UAD ou UDM sont orientés vers le centre de dialyse de repli qui les prendra en charge en secteur COVID-19 dédié.

Les séances de dialyse y seront réalisées :

- Pendant au moins 14 jours si 2 RT-PCR négatives (et asymptomatique depuis 48h) ;
- Ou bien pendant au moins 24 jours et absence de symptôme depuis plus de 48h.

En fonction des décisions médicales, le patient pourra retourner en dialyse dans son unité et selon la modalité habituelle:

- Soit en secteur non COVID-19 à la fin de la période susmentionnée ;
- Soit en secteur dédié COVID-19 dès le 10^{ème} jour, si le secteur dédié COVID-19 de son UAD/UDM habituelle permet d'assurer le même niveau de sécurité infectieuse que le centre de repli.

Patient en dialyse à domicile

Le recours aux téléconsultations est fortement conseillé pour le suivi et le rappel des mesures de prévention et les informations d'éducation thérapeutique.

L'auto-surveillance des signes cliniques (check-list en annexe) doit être comprise et mise en œuvre de manière quotidienne.

En cas d'infection, il convient d'appeler systématiquement le néphrologue référent pour décider de l'hospitalisation ou définir les modalités de suivi et de traitement à domicile.

¹⁵ HCSP- avis du 23 octobre 2020 relatif au délai de transfert en SSR ou en EHPAD des patients ayant présenté un COVID-19 mis en ligne le 2 novembre 2020

Ressources

ANNEXE 1 Evaluation clinique du statut Covid d'un patient

ANNEXE 2 Facteurs de risque selon les données de la littérature

Points épidémiologiques

Pour l'international et le national, les informations actualisées sur l'évolution de l'épidémie et de la définition de cas sont disponibles sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>.

Pour PACA, l'évolution de l'épidémie à SARS-CoV-2 peut être suivie grâce au bulletin régional accessible sur le site de l'ARS :

<https://www.paca.ars.sante.fr/veille-hebdo>

Stratégies de prélèvements biologiques

La liste des tests remplissant les caractéristiques de l'arrêté du 21 mai 2020 a été publiée à l'adresse suivante : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests> .

Une section détaillée concernant les stratégies d'utilisation des tests virologiques et sérologiques est présente en début du présent document.

Documents et annexes

Instruction ministérielle en date du 08/04/2020 « Prise en charge Hors Covid »

Les recommandations de la société européenne de néphrologie (qui sont susceptibles d'être actualisées régulièrement – à consulter en ligne)

<https://www.era-edta.org/en/covid-19-news-and-information/#toggle-id-2>

Les recommandations des CDC en date du 12 avril 2020 (qui sont susceptibles d'être actualisées régulièrement – à consulter en ligne)

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dialysis.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fdialysis.html

Le document « **Déconfinement et dialyse** » de la SFNDT

<https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/medias/documents/D%C3%A9confinement%20et%20dialyse%20-%207%20juillet.pdf>

Réponse rapide de la HAS intitulée « Maladie rénale chronique : adaptation de la prise en charge à la levée du confinement » :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-06/reponses_rapides_covid19_mrc_levee_confinement.pdf

2.2 POPULATIONS SENSIBLES

2.2.1 FEMMES ENCEINTES

FICHE 9 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE - PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES - 17/09/2020

Les femmes enceintes sont considérées comme des patientes fragiles. Le HCSP recommande de mettre en place les mesures barrière ou mesures de distanciation sociale à partir du **troisième trimestre de la grossesse**.

Les femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse sont considérées comme personnes à risque présumé de développer une forme sévère de COVID-19.

Les mesures barrières doivent être respectées et renforcées. La prise en charge d'une femme enceinte atteinte de COVID-19 est plus complexe notamment en raison de l'impact de la grossesse sur le système respiratoire et cardiovasculaire de la femme enceinte et en raison du risque de prématurité.

Une attention particulière sera portée aux **femmes enceintes présentant un facteur de risque** pour le COVID et pour les patientes en surpoids.

1 Enjeux

Protéger les établissements disposant d'une maternité du risque d'introduction virale

Maintenir une activité qui permette de répondre aux besoins de soins de proximité des femmes enceintes.

2 Recommandations de l'HAS et des sociétés savantes (23 juin 2020)

L'HAS recommande de continuer à articuler le suivi des grossesses autour des 3 échographies obstétricales et de réaliser le suivi des femmes à bas risque obstétrical au maximum en ville.

- Maintenir l'entretien prénatal précoce et proposer un soutien psychologique s'il est souhaité par les femmes, même à distance
- Maintenir les séances de préparation à la naissance grâce à la téléconsultation ou en les couplant à certaines consultations en leur consacrant un temps dédié, et accompagner les femmes pour préparer la naissance et la sortie précoce de maternité.
- Proposer le suivi en téléconsultation ou en présentiel en fonction du risque obstétrical et de l'évolution de la situation clinique, mais aussi du contexte social et psychologique de la femme et d'un éventuel risque de violence intrafamiliale.
- Être attentif à la sécurité psychologique et émotionnelle de la femme doit être une préoccupation des professionnels de santé lors de toute consultation de suivi, de l'entretien prénatal précoce et de toutes les séances de préparation à la naissance.
- Renforcer le suivi des grossesses suspectées ou diagnostiquées COVID-19, en privilégiant la téléconsultation.
- Proposer le dépistage par RT-PCR au minimum en amont des interventions programmées (césarienne, déclenchement), et au mieux avant toute hospitalisation programmée.

3 Prise en charge d'une femme enceinte « cas confirmé » de Covid 19

Pour les femmes enceintes au cours du troisième trimestre de la grossesse, le port du masque chirurgical chez la femme enceinte est obligatoire dès l'entrée dans un établissement de santé.

Mise en place d'un circuit dédié dans chaque maternité pour les femmes enceintes Covid positives et négatives.

Maintenir une prise en charge de proximité en hospitalisant les **formes graves de Covid 19** dans les établissements disposant d'une réanimation adulte et d'une maternité de **niveau III ou II B**.

Renforcer le suivi des grossesses suspectées ou diagnostiquées COVID-19, en privilégiant la téléconsultation.

Proposer le dépistage par RT-PCR au minimum en amont des interventions programmées (césarienne, déclenchement), et au mieux avant toute hospitalisation programmée. (Recommandation HAS 23-juin-2020)

Pas d'hospitalisation systématique de la femme enceinte avec infection confirmée.

Si l'état de santé de la femme le permet, elle rentre à son domicile

- Surveillance à organiser avec le médecin traitant, le gynécologue et/ou la sage-femme de ville
- Recours à l'HAD pour les patientes Covid.19 et présentant des facteurs de risques.

Orientation des femmes enceintes présentant des formes graves

- Les patientes de moins de 32 SA avec des formes graves indépendamment de l'âge gestationnel doivent être orientées vers les maternités de niveau 3 (CHU de Nice, Ap-HM)
- Pour l'orientation des patientes sur les niveaux 3 marseillais
 - Les patientes enceintes relevant de réanimation doivent être orientées prioritairement sur le site de Nord en fonction de l'âge gestationnel et si la capacité de la réanimation le permet
 - Les formes graves ne relevant pas de réanimation d'emblée mais dont la prise en charge devra être décidée de manière collégiale seront prises en charge sur le site de Nord surtout si la grossesse est en période de viabilité fœtale 24 sa.

4 Accouchement d'une femme enceinte « cas confirmé » de Covid 19

- Chaque maternité identifie la salle de travail la plus adaptée, le matériel et le personnel dédié à cette prise en charge. Le personnel est réduit au strict nécessaire
- Le CNGOF recommande la présence d'un accompagnant lors de l'accouchement dans le contexte de Covid.19. (27-avril 2020)
- La société Française de Néonatalogie et celle de pathologie Infectieuse Pédiatrique ne recommandent pas la séparation mère enfant et ne contre indique pas l'allaitement.

5 Post Partum d'une femme « cas confirmé » de Covid 19

- Hospitalisation en maternité au sein d'une chambre individuelle avec mise en place des mesures barrières (unité dédiée ou secteur dédié si possible)
- Si l'état clinique de la mère et de l'enfant le permettent, retour précoce à domicile avec contact téléphonique par l'établissement de santé de la sage-femme libérale et du médecin traitant pour obtenir leur accord et leur transmettre les informations médicales de la patiente.
- Recours à l'Hospitalisation à Domicile(HAD) pour les situations les plus complexes.

6 Prise en charge en charge d'un nouveau-né dont la mère est hospitalisée dans un service ne pouvant accueillir le nouveau-né.

- L'enfant est hospitalisé en néonatalogie pour surveillance et préparation à son retour à domicile en chambre seul avec mise en place des mesures barrières.
- Les visites sont limitées au père ou au représentant légal qui prendra en charge l'enfant à domicile

7 Prise en charge d'un nouveau-né prématurité, pathologie congénitale ou toute autre pathologie et dont la mère ou le père est porteurs du COVID-19.

- L'enfant est hospitalisé en réanimation néonatale/ soins intensifs/néonatalogie, en chambre seul avec mise en place des mesures barrières.
- Les visites sont limitées à la mère et au père avec respect stricte des règles d'hygiène dès l'entrée de l'hôpital
- L'allaitement est possible

2.2.2 PEDIATRIE

FICHE 10 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE - PEDIATRIE - 19/09/2020

Actualisation des recommandations pour une bonne gestion des enfants suspects ou infectés par le SARS-COV 2 prenant en compte l'expérience de la première vague d'infections, ainsi que les recommandations de la Société Française de Pédiatrie (SFP) en date du 27/08/2020 sur le place de l'enfant dans la transmission du SARS-COV 2

https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/recommandations_09092020_court.pdf

1 Enjeux

Le principe général vise à **assurer la prise en charge des enfants** présentant une infection respiratoire SARS-COV 2 **non graves à domicile** afin de ne pas saturer les établissements de santé et de limiter la circulation virale au sein des services de pédiatrie.

La prise en charge **des formes sévères et graves** est effectuée dans les établissements de santé **disposant d'un service de pédiatrie** (Cf. liste des établissements) et dans les deux établissements de la région disposant d'un **service de réanimation pédiatrique** que sont l'AP-HM et l'Hôpital de Lenval à Nice.

2 Particularités du SARS-COV 2 chez les enfants

Selon la SFP, **l'enfant** et en particulier celui de moins de 10 ans, **ne contribue pas à la transmission de SARS-CoV2** : très faible taux d'attaque secondaire à partir des enfants ; rareté des clusters à point de départ pédiatrique. Il est très probable que l'enfant exposé à un cas contaminant s'infecte moins qu'un adulte.

L'enfant infecté est plus souvent asymptomatique et les formes sévères hospitalisées sont rares

Néanmoins début mai 2020 un certain nombre de sociétés savantes dont la Société Française de Pédiatrie avait alerté sur l'apparition de **tableaux de myocardites et vascularites chez des enfants en lien probable avec une infection par le SARS-COV 2**, communément appelé « Kawasaki like »

Un recensement et suivi épidémiologique de ces situations cliniques a été confié à Santé Publique France avec la mise à disposition d'un questionnaire épidémiologique.

Au 11 mai 2020, Santé Publique France avait recensé 114 cas de tableaux de myocardites et vascularites en France, dont 8 en Paca avec 1 décès dont la sérologie COVID-19 était positive.

Il est donc recommandé d'orienter ces **enfants présentant un tel tableau clinique** vers les deux établissements de la région disposant d'une **réanimation pédiatrique** (AP-HM ; Hôpital Lenval à Nice)

3 Filière pédiatrique dans les établissements de santé

Afin d'isoler les potentiels cas SARS-COV 2 un accueil spécifique aux enfants présentant des infections respiratoires aiguës est à privilégier, en particulier avec l'arrivée de la saison hivernale (affichage, orientation vers une zone dédiée, limitation du temps d'attente).

En l'absence de détresse respiratoire, PAS D'HOSPITALISATION SYSTEMATIQUE de l'enfant avec infection confirmée. La décision se fonde sur l'évaluation des facteurs de risque La surveillance est à organiser avec le médecin traitant (seuls des signes de mauvaise tolérance clinique, de détresse respiratoire ou d'impossibilité de surveillance par les parents justifient l'hospitalisation)

Si l'enfant présente des **signes de détresse respiratoire, il est hospitalisé**

Les indications de tests PCR seront adaptées à la faible contribution de l'enfant dans la transmission de l'infection

En dehors de toute notion de contact, un dépistage systématique de formes asymptomatiques chez les enfants en collectivité est inutile, du fait du faible rôle transmetteur des enfants

Chez les enfants symptomatiques de moins de 6 ans (crèches et maternelles), la grande fréquence des infections virales pendant l'hiver, associé à la faible transmissibilité de l'infection à SARS-CoV2 par les jeunes enfants, doit faire réserver les indications de PCR COVID :

Aux formes hospitalisées, ou suffisamment sévères pour justifier des explorations complémentaires

Aux enfants ayant eu un contact avéré avec un cas COVID+

Aux enfants en contact à leur domicile avec des personnes considérées à risque pour une infection à SARS-CoV2

Aux enfants dont les symptômes ne s'améliorent pas après un délai de 3 jours

Une politique d'incitation aux vaccinations antigrippale et anti-rotavirus permettra de limiter les autres causes de symptômes digestifs et/ou respiratoires.

Liste des ES disposant d'un service de pédiatrie

04 : CH de Manosque

05 : CH de Gap / CH de Briançon

06 : CHU de Nice / CH de Cannes / CH de Antibes / CH Grasse/ Hôpital Lénval (**réa pédiatrique**)

13 : AP-HM (**réa pédiatrique**) / CHIAP / Hôpital Saint Joseph / CH de Martigues / CH Aubagne / CH Salon

83 : CHITS / CH Fréjus st Raphaël / CH Draguignan/ CH Hyères

84 : CH d'AVIGNON

FICHE 11 - INFORMATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE - RECOMMANDATIONS DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE SUR LES ENFANTS - 18/09/2020

Référence : NI-2020-007

	Pour action	Pour information
Etablissements de santé de la région PACA		v

Le Haut Conseil de la Santé Publique a rendu 2 avis portant respectivement d'une part sur les stratégies de prévention de la diffusion du virus SARS-COV-2 en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant et en milieu scolaire et d'autre part sur l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans.

- Avis du 17 septembre 2020 complémentaire à l'avis du 9 septembre 2020 sur les stratégies de prévention de la diffusion du virus SARS-CoV-2 en Établissement d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE) et en milieu scolaire

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=911>

Par cet avis complémentaire, le HCSP précise ses recommandations du 9 septembre 2020 concernant les stratégies de prévention de diffusion du SARS-CoV-2 en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et en milieu scolaire.

Le HCSP prend en considération que les enfants sont peu à risque de forme grave et peu actifs dans la transmission du SARS-CoV-2. Le risque de transmission existe surtout d'adulte à adulte et d'adulte à enfant et rarement d'enfant à enfant ou d'enfant à adulte. Les transmissions surviennent surtout en intra-famille ou lors de regroupements sociaux avec forte densité de personnes en dehors des établissements scolaires. Le port du masque par les adultes dans les classes primaires accueillant des enfants de moins de 11 ans vise surtout à protéger les enfants d'une contamination par des adultes porteurs du virus et asymptomatiques.

Le HCSP recommande de :

- rendre systématique le port préférentiel d'un masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor à destination de professionnels au contact de la population ;
- considérer que les masques grand public ne répondant pas aux spécifications de la catégorie 1 de l'Afnor ne sont pas recommandés pour les professionnels au contact des enfants/élèves ;
- rendre systématique pour les enfants de plus de 11 ans le port d'un masque grand public répondant de préférence aux spécifications de la catégorie 1 de l'Afnor ;
- ne pas considérer un adulte encadrant comme contact s'il porte un masque grand public de catégorie 1 répondant aux spécifications de l'Afnor ou un masque à usage médical au contact d'un enfant de moins de 11 ans détecté positif Covid-19 ne portant pas de masque

- Avis du 9 septembre 2020 relatif à l'actualisation des recommandations sanitaires concernant le port du masque dans les structures d'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=910>

Le HCSP revoit ses recommandations pour le port du masque par les professionnels de l'enfance accueillant les jeunes enfants de 0 à 3 ans en crèches collectives, à domicile par assistante maternelle et en établissement relevant de l'aide sociale à l'enfance.

Il tient compte de l'évolution des connaissances sur la transmission du Covid-19 chez les enfants, des recommandations dans d'autres pays et de la perception du risque de transmission par des pédiatres et des responsables de PMI.

Il propose deux stratégies de prévention adaptant les différentes mesures (hygiène, aération des locaux, etc.) en fonction du niveau de circulation du virus.

En complément de ces différentes mesures, il précise les circonstances du port du masque par les adultes dans le cadre l'accueil des enfants âgés de 0 à 3 ans, en fonction du mode de garde (collectif ou assistante maternelle), du niveau de circulation du virus (active ou sous contrôle) et de l'état de santé des enfants (présence de troubles du comportement, relationnels ou de handicaps). Des masques à fenêtre transparente, tels que ceux validés par la Direction générale de l'armement, sont à privilégier pour les interactions avec certains enfants.

Le port du masque n'est pas recommandé chez les jeunes enfants.

2.2.3 PATIENTS PRIS EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

FICHE 12 - RECOMMANDATIONS REGIONALES D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE GENERALE - TEMPS PLEIN - PERIODE DU 2 SEPTEMBRE AU 15 OCTOBRE 2020

Ce document constitue un cadre général d'organisation qui doit être décliné selon le contexte particulier à chaque territoire et chaque établissement de santé.

Il a pour objectif de préciser les conditions de fonctionnement en période estivale et de concilier les mesures qui permettent un contrôle de la circulation virale et la reprise des soins pour les patients qui en ont besoin.

La prise en charge en psychiatrie doit rester un temps d'éducation en santé pour les mesures barrières COVID.

L'évolution régionale de l'épidémie COVID peut être suivie grâce au bulletin régional accessible sur le site de l'ARS : <https://www.paca.ars.sante.fr/veille-hebdo>

1/ Temps plein

1.1 Principes généraux

En l'absence de mesures pharmaceutiques (médicaments, vaccin, immunothérapie) pour lutter contre la pandémie de Covid-19, les mesures de santé publique non pharmaceutiques, (gestes barrières, distanciation physique, mesures d'hygiène et les organisations individuelles et collectives) sont d'une extrême importance pour atténuer la diffusion du SARS-CoV-2 dans la communauté, protéger les personnes vulnérables, permettre la prise en charge hospitalière des cas les plus sévères et éviter la saturation des hôpitaux. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'organisation de l'activité temps plein.

- **LE PRINCIPE** : maintien de l'activité combinée avec un strict respect des mesures barrières. Si la circulation virale augmente, les établissements de santé doivent être en capacité d'accueillir des patients Covid positif.
- **L'OBJECTIF** : assurer les prises en charge des patients dont l'état nécessite une hospitalisation. Lors du séjour hospitalier, le patient devra sortir dès que son état clinique le permet et le relais de prise en charge sera effectué en ambulatoire (HDJ/CMP).

Il convient de renforcer les interactions public/ privé afin de fluidifier les parcours, notamment en cas de rebond, de tensions sur les capacités d'hospitalisation ou de difficulté à faire face à la double prise en charge somatique et psychiatrique.

1.2 Mesures de contrôle

Le virus continue à circuler avec des niveaux différents selon les territoires. Il est impératif de limiter l'apparition de nouvelles infections et la pénétration du virus parmi les contacts des personnes infectées.

Les mesures barrières et de distanciation physique et la protection des populations les plus vulnérables doivent être maintenues.

Etant donné les nombreuses incertitudes, la grande transmissibilité du virus, la proportion inconnue de formes asymptomatiques, les défis logistiques et technologiques, l'hétérogénéité de l'adhésion de la population, la résurgence de l'épidémie après le confinement reste possible. Dans pareil cas, un nouveau confinement ne pourra être exclu. Tout doit être mis en œuvre pour éviter un tel scénario.

Le respect strict des mesures barrières

Maintien des règles de distanciation physique et de protection matérielle :

- Mise en chambre individuelle : chaque fois que cela est possible et systématiquement pour les personnes présentant un facteur de risque (cf check-list en annexe 2) pour le Covid ou dans l'attente du résultat d'un test RT-PCR.
- Mise en chambre double : après résultat RT-PCR ou à la fin d'une semaine (cf MARS 2020-64)
- Respect des distances minimales (1 mètre au moins de chaque côté) pour éviter une contamination respiratoire et manuportée par gouttelettes
- Port du masque chirurgical pour les soignants
- Port du masque grand public pour les patients lors de leur interaction avec d'autres patients ou les soignants : le masque est proposé. Il n'est pas imposé. Une attention particulière sera portée aux personnes présentant un facteur de risque pour le Covid.
- Hygiène des mains : lavage des mains et mise à disposition de solution hydro-alcoolique (SHA). Les bonnes pratiques de lavage des mains doivent être systématiquement rappelées, expliquées et appliquées. Elles sont reproductibles par tous alors que l'achat de SHA représente un coût qui peut être un obstacle pour certains patients lors de leur retour à domicile.

Ces règles doivent être rappelées par affichage au sein de chaque unité et par les soignants qui s'assurent qu'elles sont comprises et appliquées.

L'admission

La prise en charge du patient à l'entrée en hospitalisation temps plein doit répondre à un double impératif : assurer une prise en charge de qualité pour la pathologie psychiatrique et sécuriser la prise en charge du point de vue du Covid. Le patient doit recevoir une information claire et précise sur les mesures prises pour le protéger et protéger les autres.

Pour cela :

- Un examen somatique est réalisé à l'entrée qui inclut un dépistage des symptômes du Covid (cf. annexe 1), un repérage de personnes Covid positif dans l'entourage du patient et une prise en compte des facteurs de risque pour le Covid (cf. annexe 2)
- L'établissement pratique un test de dépistage RT-PCR à l'entrée (J0)
- Le port de masque est préconisé quand le patient circule dans les espaces communs et pendant les 14 premiers jours de l'hospitalisation.
- Une surveillance de la température et des symptômes de Covid est mise en place pendant 14 jours.

En cas de transfert du patient, un nouveau test RT-PCR n'est pas systématique. La situation sera examinée au cas par cas en fonction des conditions d'hospitalisation précédente et du comportement du patient après examen d'entrée (somatique et psychiatrique).

Il peut être recommandé :

- Test négatif
 - Patients symptomatiques : si la PCR est négative, si le médecin estime que la symptomatologie est suffisamment évocatrice sans autre étiologie documentée, il peut s'agir d'un résultat faussement négatif¹⁶. On maintient l'isolement et réalise un 2nd test RT-PCR à 48 heures d'intervalle.
 - Si le test est négatif et que le scanner thoracique est informatif, le test est répété à 48 heures d'intervalle et une sérologie est effectuée à partir de J7 (selon les recommandations de la HAS https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19)
 - Dans les autres cas, l'isolement est levé.
- Test positif
 - Patients symptomatiques et positifs : prise en charge ad hoc (voir paragraphe ci-dessous), enquête de contacts à mener.

¹⁶ La sensibilité du test est proche de 100 % quand le test est réalisé de façon adapté (importance du savoir faire du préleveur) et que le prélèvement est profond mais non traumatique (la présence de sang négative le test).

- Si le test est positif, maintien de l'isolement strict du patient au moins 8 jours après la date de début des symptômes (ou 10 jours pour les personnes à risque élevé de faire une forme grave de la maladie) ET 48 heures d'apyrexie et sans dyspnée, conformément à l'avis du HCSP du 16/03/2020.
- Application des mesures de protection pour le personnel soignant et en particulier le port du masque FFP2 systématique pour les soignants lors de la réalisation de gestes invasifs au niveau respiratoire (prélèvement nasopharyngé) ou lors des interventions pour maîtriser un patient avec troubles du comportement.

Prise en charge des patients covid+

En période de confinement, les unités Covid mises en place en particulier dans les établissements de santé spécialisés ont été peu utilisées. Ce dispositif a toutefois sans doute contribué à la limitation de la pénétration du virus au sein des structures. Les établissements à activité mixte ont préférentiellement orienté les patients vers les unités Covid et renforcé le dispositif de liaison pour étayer la prise en charge. Ce dispositif a bien fonctionné y compris pour des patients en soins sans consentement.

Le maintien d'une prise en charge adaptée pour les patients Covid doit se combiner avec la nécessité de libérer des capacités en lits pour accueillir de nouveaux patients avec une tension sur les lits d'hospitalisation en lien avec les besoins de soins des patients (décompensation en sortie de confinement) et la période estivale.

Tant que le nombre de patients COVID + reste limité au niveau des établissements et services de psychiatrie, chaque patient reste dans son établissement¹⁷ et fait l'objet d'une prise en charge adaptée à son risque infectieux. Quand le nombre de patients devient important au niveau du territoire de santé mentale (échelle du département et du GHT), les patients sont orientés soit vers une unité COVID au sein d'un établissement spécialisé soit vers une unité Covid MCO avec un dispositif de liaison adapté.

Chaque établissement spécialisé est en charge au sein de son territoire de mener une réflexion en lien avec l'établissement tête de pont du GHT et l'ensemble des autres établissements publics et privés autorisés en psychiatrie pour définir l'organisation adéquate dont il informe l'ARS (DD et Siège-Julie Biga).

Tous les établissements indiquent à l'ARS (DD et Siège-Julie Biga) lorsqu'un patient COVID est accueilli en hospitalisation temps plein.

NB : Les mesures ci-dessus concernent les patients sans signe de gravité. Dès qu'un patient présente des signes de gravité, il est hospitalisé dans un établissement MCO après régulation par le centre 15.

Les soignants

L'ensemble des personnels intervenant en établissement de santé doit continuer à être sensibilisé aux recommandations qui permettent de le protéger de l'exposition au virus et de prendre en charge de façon adéquate les patients COVID. Le document de la société française d'hygiène hospitalière du 12 mai 2020 « Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins¹⁸ » peut utilement servir de base aux échanges.

Les soignants présentant des facteurs de risque doivent être écartés des activités de groupe et leur intervention limitée au télésoin ou à la prise en charge individuelle avec strict respect des mesures barrières. Ils font l'objet d'une évaluation par la médecine du travail et selon la décision d'une adaptation du poste de travail.

Les facteurs de risque sont ceux répertoriés en annexe 2.

L'autosurveillance

Chaque personnel de l'unité et chaque patient qui fréquente l'unité doit intégrer des pratiques d'autosurveillance :

- Prise de température au minimum tous les matins et si possible matin et soir
- Signalement systématique de l'apparition d'un cas suspect ou confirmé dans l'entourage
- Sensibilisation sur les signes avant coureurs : frissons ; asthénie, perte d'odorat ; perte de goût (installation très progressive de la symptomatologie) puis fièvre, toux et courbatures ou diarrhée.

¹⁷ Sauf accord local entre plusieurs établissements

¹⁸ <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2H-Soins-et-Deconfinement-VF-du-12-mai.pdf>

Chaque unité doit disposer d'une procédure permettant de décrire les actions à mettre en place (procéder ou faire procéder rapidement à un test biologique par RT-PCR / identifier le circuit de soins adapté / déclencher la procédure de contact tracing et informer l'ARS).

L'utilisation de la sérologie

Préalable : tout personnel symptomatique ou contact d'un cas confirmé doit se voir proposer une RT-PCR. La sérologie n'est pas adaptée.

Sérologie : stratégie de dépistage individuel ayant fait l'objet d'échanges préalables avec la médecine du travail, l'EOH, le responsable du service de maladies infectieuses et le responsable du laboratoire de biologie.

La demande s'inscrit dans le cadre de la médecine du travail avec entretien préalable à la recherche de RT-PCR antérieures ; de symptômes COVID non pris en compte ; de contact avec une personne COVID + en dehors du cadre professionnel et des facteurs de risque éventuels de la personne.

Les personnels se voient proposés par l'établissement une sérologie IgG en privilégiant les personnels qui ont été particulièrement exposés (urgences ; unités COVID). Si un test IgG seul ne peut être pratiqué, la médecine du travail doit se préparer au rendu de résultats IgM + et IgG – (réalisation d'une RT-PCR ; maintien des fonctions en appliquant les mesures barrières...)

L'établissement doit prendre en compte l'affectation des personnels pendant la période Covid (à déterminer au préalable, par exemple, déclenchement plan blanc et levée plan blanc) et non pas l'affectation habituelle des personnels.

Un rendu des résultats est effectué individuellement en rappelant qu'un test positif permet de confirmer un diagnostic *a posteriori* et possède ainsi une valeur significative. Pour autant, il ne permet ni de se considérer comme protégé durablement contre une réinfection ni de faire abstraction des gestes barrières.

1.3 Prise en charge

Prises en charge en soins

Le paragraphe ci-dessous ne reprend que les particularités liées au Covid.

Education en santé

- Le temps d'hospitalisation doit être un temps qui permet au patient de s'approprier les gestes barrières qu'il pourra ensuite appliquer chez lui et dans l'espace public
- La distanciation physique est la mesure principale
- Les règles d'hygiène (pour prévenir la transmission de type contact) et le port du masque (pour prévenir la transmission de type goutellettes) complètent le tryptique

Les activités de groupe

- Les activités groupales en intra sont reprises avec un nombre de participants limité en fonction de l'état des patients, des contraintes des locaux, de la capacité maximale d'accueil et (par exemple 1 soignant avec un groupe de 3 à 5 patients) et respect des gestes et distances barrières, et port du masque,
- Les activités de plein air doivent être privilégiées
- Les activités en salle doivent être organisées de façon à respecter la distance d'un mètre entre les personnes présentes (4m² par personne présente dans la salle / soignant compris).
- Les salles fermées doivent être aérées 10 à 15 minutes entre chaque groupe et nettoyées de façon adaptée. Les équipes d'hygiène hospitalière seront sollicitées à ce sujet.
- La reprise des activités extérieures à l'établissement (activités sportives ou culturelles) s'effectuera selon les consignes gouvernementales.
- Pour les activités nécessitant la sortie de l'établissement et donc l'utilisation d'un véhicule de transport collectif, la taille du groupe ne pourra dépasser 4 personnes afin de respecter les distances de sécurité à toutes les étapes du processus.
- Le matériel utilisé pour les activités doit également être nettoyé de façon adaptée.

- Les activités à médiation corporelles sont limitées au strict nécessaires et sous réserve de disposer d'équipements de protection individuelle,
- La prise en charge individuelle est privilégiée pour les patients présentant des facteurs de risques somatiques et/ou psychiatriques

Les temps collectifs

- Les repas sont servis en chambre pour les patients à risque et ceux qui sont en attente des résultats de la RT-PCR. Les repas au réfectoire sont organisés de manière à permettre le respect des distances préconisées (au moins un mètre de distance entre chaque personne).

Nouveaux outils de lien patient/soignant

- Le temps de l'hospitalisation peut être un temps de familiarisation avec les outils de connexion à distance (téléphone ; vidéoconférence).

Liberté d'aller et venir

La période de confinement a été une période de restriction de la liberté d'aller et venir pour l'ensemble de la population. Des restrictions ont été appliquées au sein des établissements de santé dont ceux de psychiatrie (suppression des autorisations de sortie et des permissions / interdiction de visites des familles).

Le respect des libertés individuelles doit se concilier avec l'impératif de protection par rapport au virus avec un impératif de proportionnalité.

Les patients doivent être clairement informés de leur droit d'aller et venir, des restrictions mises en place et des raisons qui ont conduit à mettre en place ces restrictions. Cette information peut être formalisée et le consentement écrit du patient à cette organisation recueilli.

Les recommandations nationales sont édictées dans le message MARS du 3 juin 2020.

Pour cela, il est proposé d'autoriser **les visites** sur le modèle de ce qui a été mis en place en EHPAD :

- Respect des règles de distanciation
- Locaux ou extérieurs dédiés
- Port du masque systématique pour le patient et les visiteurs
- Hygiène des mains
- Prise de rendez-vous préalable
- Nombre de visiteurs limités (1 à 2)
- Interdiction de visites pour les mineurs et pour les personnes âgées (avec possibilité d'aménagement en fonction d'une évaluation bénéfique/risque et sous la condition d'un respect stric des mesures barrières)
- Les durées sont limitées à une demi-heure environ
- En complément, les visites virtuelles sont maintenues ou développées par les équipes soignantes en vue de maintenir les liens

Les sorties

Sont autorisées dans les enceintes des établissements avec port du masque (et un accompagnement soignant en fonction de la situation clinique)

- Sont autorisées pour les sorties à l'extérieur, en petits groupes, accompagnées d'un personnel soignant, sous réserve que l'évaluation clinique le permette, pour une durée brève et en vue de faire des courses indispensables, de favoriser l'éducation aux gestes barrière dans la cité et de préparer la sortie.

Les permissions

- Sont autorisées sur évaluation par le médecin du rapport bénéfique/risque, le risque encouru au titre du Covid étant évalué en fonction de la circulation virale dans le département, des conditions de transport envisagé, des conditions d'hébergement et de l'adhésion du patient et des aidants aux mesures barrières.

Préparation à la sortie

Les préparations à la sortie doivent faire l'objet d'une attention particulière pour limiter le risque de nouvelle hospitalisation et pour stabiliser le patient à domicile d'autant plus que l'objectif est de réduire autant que possible la durée du séjour.

Lien avec la médecine de ville et accompagnement spécialisé

- Lien avec le médecin traitant, le psychiatre libéral du patient ou le CMP
- Les équipes de soins doivent accorder une attention soutenue au suivi somatique et vérifier l'existence d'un référent médical. En son absence, elles aident à le mettre en place en lien avec les organismes de sécurité sociale.
- Mise en situation à domicile du patient avec l'aide d'équipes mobiles ou des CMP (visites à domicile). Les établissements privés pourront s'appuyer sur les établissements publics.
- Accompagnement in situ sur les gestes barrière et le port des équipements individuels de protection de la population générale,
- Mise en place de rappel téléphoniques systématiques à J+7 et visio-prise en charge lorsque cela s'avère adapté et possible, en complément des autres modalités de suivi (CMP, CATTP, HJ),

Évaluation du risque Covid

- Évaluation des activités du patient qui comporte un risque de contamination
- Identification des modes de transport utilisés (dans la vie quotidienne et pour se rendre au CMP)
- Identification des facteurs de risque pour le patient ou les personnes de l'entourage. Si le patient est âgé ou présente des facteurs de risque (check list en annexe), il peut lui être proposé une VAD ou un transport sanitaire si le déplacement au CMP est nécessaire.

Cas particulier

La sortie définitive d'un patient asymptomatique mais demeurant positif COVID19 peut s'envisager après :

- Évaluation des capacités de compréhension du patient pour maintenir les soins, les gestes barrière et la distanciation sociale au retour au domicile,
- Évaluation de l'environnement de vie, personnes au domicile, et informations en conséquence
- Existence d'un suivi médical extérieur.

Lorsque les équipes identifient des partenaires, les relations devront être davantage sollicitées et coordonnées avec notamment :

- Le médecin traitant
- Les associations de parents et de famille
- Les GEM
- Les équipes mobiles médico-sociales telles les SAMSAH et SAVS,
- Les CCAS...

Lorsque les équipes identifient des partenaires, les relations devront être davantage sollicitées et coordonnées avec notamment :

- Le médecin traitant
- Les associations de parents et de famille
- Les GEM
- Les équipes mobiles médico-sociales telles les SAMSAH et SAVS,
- Les CCAS...

Prise en charge des personnes âgées et personnes à autres facteurs de risque

Prise en charge des sujets âgés

- Il convient d'apporter une attention extrêmement soutenue aux règles d'équipement de protection, de respect des gestes barrière, de limiter les changements dans l'affectation des personnels,
- Les admissions de sujets âgés non agités en provenance des EHPAD peuvent se faire directement en unité dédiée en chambre individuelle, avec prise de repas en chambre et port du masque lors des interactions sociales,
- L'intervention des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé doit être réactivée avec respect des règles d'équipement et les gestes barrières,
- Il convient toutefois de privilégier les outils de télé-prises en charge,

Les équipes des établissements autorisés en psychiatrie demeurent en appui des établissements médico-sociaux. Pour les EHPAD, il est demandé aux établissements de psychiatrie d'être proactif en direction de ces structures à la fois pour la prise en charge individuelle des patients (patients connus ou nouvelles demandes en lien avec le confinement) et des équipes souvent durement affectées par les situations extrêmes qu'elles ont eu à affronter.

Soins sans consentement

La mesure de soins sans consentement se poursuit en cas de transfert dans un hôpital général pour recevoir des soins somatiques, notamment ceux liés à la prise en charge liée à une infection à COVID-19.

En cas d'hospitalisation en unité de soins somatiques, le malade hospitalisé sans consentement peut rester, selon l'état de santé, sous la surveillance de l'établissement de santé mentale d'origine pour ce qui est de la prise en charge psychiatrique. Il revient à l'équipe de psychiatrie d'assurer la réalisation des soins psychiatriques ordonnés par le Préfet et de veiller au respect des dispositions légales.

Afin de mettre en œuvre la double prise en charge (somatique et psychiatrique) dans des conditions adaptées en termes de qualité des soins et de sécurité, il revient aux établissements de définir l'organisation la plus adaptée (lieux d'hospitalisation, éventuellement présence de compétences soignantes psychiatriques auprès du patient et organisation de celle-ci, etc.) tout au long des soins, en tenant compte de leurs contraintes respectives en période de crise et des précautions à prendre pour limiter les risques de transmission. Ces choix organisationnels seront clairement indiqués dans le dossier du patient.

Audiences devant le JLD¹⁹

Des dispositions particulières ont été prises pour la période dite « juridiquement protégée » entre le 12 mars et l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la cessation de la date de l'état d'urgence sanitaire.

Le JLD statue dans les délais législatifs et réglementaires habituels.

Le principe est la généralisation des audiences par tout moyen de communication électronique (y compris le téléphone).

La situation est à concerter avec l'autorité judiciaire qui, dans certains territoires, entend maintenir en 1^{ère} phase de déconfinement une procédure exclusivement écrite. Pour autant la possibilité doit être laissée aux avocats de pouvoir s'entretenir au téléphone ou en présentiel avec leurs clients.

2/ Suivi et évaluation de l'organisation mise en place

Chaque établissement de santé adapte le schéma de prise en charge à son cas particulier et le décline en procédure.

En pratique :

- L'organisation des circuits est pensée le plus tôt possible dans chaque établissement
- Une procédure d'admission, de prise en charge des patients Covid et de contact tracing est disponible
- Les moyens matériels nécessaires (dont les EPI) sont répertoriés sur la base d'une check list.
- Les moyens humains mobilisables sont recensés par les DRH
- La montée en charge est harmonisée et coordonnée entre temps plein / hospitalisation à temps partiel et CMP avec un point d'étape au sein des GHT.
- Les partenaires du réseau sont informés sur le fonctionnement mis en place.

La procédure est adaptée de façon mensuelle :

- Aux recommandations nationales
- Aux points forts et points faibles de sa mise en œuvre
- A l'évolution de l'épidémie. Chaque établissement doit se préparer à reprendre une activité confinée si la circulation virale venait à augmenter.

Au 1^{er} septembre 2020, l'organisation est une nouvelle fois adaptée à la fin de la phase intermédiaire.

(Se reporter à l'annexe 1 : Check-list pour l'évaluation clinique du statut Covid du patient entrant)

¹⁹ Ordonnance n°2020-304 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale et aux contrats de syndic en copropriété

Suspicion de Covid :

- Les CDC précisent que pour la toux ou la dyspnée, la présence d'un des deux signes de façon isolée suffit à suspecter un Covid
- Le HCSP précise que la survenue brutale d'une anosmie ou hyposmie, en l'absence de rhinite associée, doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
- Le HCSP précise que la diarrhée est un signe présent dans environ 15 % des cas de Covid, associé à d'autres signes cliniques dans la majorité des cas mais qui peut néanmoins, précéder les signes respiratoires, en particulier chez les personnes âgées, sans température, et doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
- Le HCSP indique que la personne âgée de plus de 80 ans, l'altération de l'état général, les chutes répétées, l'apparition ou l'aggravation des troubles cognitifs, un syndrome confusionnel, la diarrhée ou la décompensation d'une pathologie antérieure doivent alerter.
- En dehors de ces cas particuliers, la combinaison d'au moins deux symptômes doit amener à suspecter un Covid.
- Les contacts potentiels de la personne détenue avec une personne Covid positive (diagnostiquée cliniquement, biologiquement ou radiologiquement – scanner pulmonaire) sont également pris en compte dans l'orientation diagnostique.

Mesures à prendre :

En cas de suspicion de Covid, la personne reçue au CMP est isolée dans un local adéquat, elle se lave les mains et porte un masque chirurgical.

Un prélèvement rhino-pharyngé pour RT-PCR est effectué ou la personne orientée vers un laboratoire pour cela. L'objectif est que le résultat soit disponible en moins de 24 heures pour permettre de prendre en charge le patient et dans un objectif de contact tracing autour du cas confirmé.

La veille de la venue en CMP, un contact téléphonique avec le patient permet de faire le point sur les manifestations cliniques qui peuvent faire suspecter un Covid, sur la prise de température et sur l'absence de cas de Covid dans l'entourage. Si ce point ne peut être fait la veille, il est fait au plus tard lors de l'arrivée dans la structure.

(Se reporter à l'annexe 2 : Check-list pour le repérage des facteurs de risque chez le patient)

2.2.4 PERSONNES EN DETENTION

FICHE 13 - INSTRUCTIONS - SCREENING DES PERSONNES DETENUES ENTRANT EN DETENTION POUR LE RISQUE COVID19 - REGION PACA - 25/09/2020

1/ Principes

La démarche de dépistage a pour objectif d'identifier le plus d'individus atteints d'une affection pour intervenir précocement et réduire le risque de cas secondaires. L'objectif de ce document est de répertorier les manifestations cliniques d'apparition précoce dont certaines sont atypiques afin de poser rapidement l'indication d'un test RT-PCR et de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de Covid-19.

L'enjeu est stratégique en détention où le risque de propagation virale en milieu clos est important.

La période qui suit la levée du confinement (11 mai 2020) était une période à haut risque du fait de la reprise de mouvements en détention de façon plus importante et du potentiel relâchement des mesures barrières. Le maintien du niveau de la population carcérale à ce qu'il était au sortir du confinement était de nature à faciliter le respect des mesures de distanciation physique (quatorzaine, encellulement individuel...).

Afin d'essayer de limiter le risque d'introduction virale en détention, 3 axes d'action sont apparus majeurs :

- La limitation du risque d'introduction virale par la personne détenue (entrant venant de liberté ou transfert d'une personne détenue à partir d'un établissement pénitentiaire où une circulation virale est identifiée).
 - *Pour limiter ce risque, la limitation du nombre d'entrants et du nombre de transferts était primordiale. Cette gestion raisonnée des flux a sans nul doute contribué de façon importante à faire des établissements pénitentiaires des zones où la circulation virale a été très limitée. La limitation des transferts ne concernait pas les transferts pour raison médicale.*
 - Le screening, clinique et biologique, proposé dans ce document serait plus efficace complété d'une stratégie de limitation des flux. Il ne peut la remplacer du fait du risque avéré de contamination à partir de personnes asymptomatiques et du fait de résultats biologiques faussement négatifs (dans 30 % des cas en moyenne).
 - Enfin, comme en population générale, le port du masque grand public lors du contact des personnes détenues avec des tiers ou lors de rassemblement collectif (promenade ; activités de groupe...) est de nature à limiter le risque de propagation virale quand il est combiné avec les autres mesures barrières.
 - Lors des extractions (judiciaires ou médicales), la personne détenue porte un masque et respecte l'hygiène des mains. La réalisation d'un test RT-PCR ou la prise d'une mesure de septaine au retour sont dès lors inutiles.
 - Les personnes détenues de retour de permissions sont prises en compte comme des entrants venant de liberté.
- La limitation du risque d'introduction virale par les personnels présents auprès des personnes détenues. L'équipement en masques des personnels soignants et pénitentiaires doit permettre de réduire ce risque. Pour mémoire, la distanciation physique (au moins un mètre) est une mesure majeure. L'hygiène des mains doit venir compléter le tryptique. L'ensemble des mesures barrières doit être comprise et ces mesures intégrées dans la pratique quotidienne. Sur la base du volontariat et en fonction des ressources humaines disponibles, les USMP pourront proposer aux directions d'établissements pénitentiaires des micro-formations sur les gestes barrières à l'attention de leurs personnels.
- La limitation du risque d'introduction virale lors des parloirs. L'expérience de PACA montre qu'en période de confinement, l'ensemble des personnes détenues Covid + ont été contaminées lors d'un parloir famille ou avocat. L'application stricte des mesures barrières doit permettre de limiter le risque :
 - Distanciation physique par le respect d'une distance d'au moins un mètre (la mise en place d'un marquage au sol est de nature à faciliter son respect) ou mise en place d'une barrière physique de type hygiaphone, ou plexiglass.
 - *Lors du confinement et post confinement : Limitation du nombre de visiteurs au parloir. Interdiction des visites pour les enfants et adolescents (vecteurs potentiels de transmission virale) et les personnes âgées*

(du fait de leurs facteurs de risque – seuil à 70 ans pour l'administration pénitentiaire). Pour ces dernières, il s'agissait, comme en population générale d'une recommandation qui pouvait être appliquée avec souplesse en fonction de la situation individuelle de chaque personne détenue. Le visiteur devait être informé du risque et il devait respecter les mesures barrières (port du masque chirurgical pour le visiteur).

- Port du masque. Le port du masque grand public par le visiteur **et** le détenu renforce le niveau de protection. Dans le cas contraire, port d'un masque chirurgical par le visiteur.
- Hygiène des mains à l'entrée du parloir.
- Engagement écrit du visiteur sur l'absence de facteurs de risque de contagion (absence de symptômes et absence de contact avec une personne Covid positive)

2/ Evaluation clinique du statut Covid de la personne détenue²⁰

Cette check-list prend en compte **des manifestations cliniques d'apparition brutale dans le contexte épidémique actuel**. Elle est adaptée au profil habituel des personnes détenues (pas d'enfants ; des adolescents qui présentent la même symptomatologie que les adultes ; peu de personnes > 80 ans).

(cf. annexe 1 : Evaluation clinique du statut Covid d'un patient)

La prise de température dans un objectif de dépistage de Covid-19 dans la population n'apparaît pas comme une mesure fiable pour repérer les personnes infectées par le virus SARS-Cov-2 et en éviter la diffusion.²¹

Elle reste pertinente à titre individuel quand elle est médicalisée (et avec une technique adaptée).

Suspicion de Covid :

- Les CDC précisent que pour la toux ou la dyspnée, la présence d'un des deux signes de façon isolée suffit à suspecter un Covid
- Sinon, la combinaison d'au moins deux symptômes doit amener à suspecter un Covid.
- Le HCSP précise que la survenue brutale d'une anosmie ou hyposmie, en l'absence de rhinite associée, doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
 - Le HCSP précise que la diarrhée est un signe présent dans environ 15 % des cas de Covid, associé à d'autres signes cliniques dans la majorité des cas mais qui peut néanmoins, précéder les signes respiratoires, en particulier chez les personnes âgées, sans température, et doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
 - Le HCSP indique que la personne âgée de plus de 80 ans, l'altération de l'état général, les chutes répétées, l'apparition ou l'aggravation des troubles cognitifs, un syndrome confusionnel, la diarrhée ou la décompensation d'une pathologie antérieure doivent alerter.
 - Les contacts potentiels de la personne détenue avec une personne Covid positive (diagnostiquée cliniquement, biologiquement ou radiologiquement – scanner pulmonaire) sont également pris en compte dans l'orientation diagnostique.

Mesures à prendre :

En cas de suspicion de Covid, la personne détenue est confinée (isolement en cellule seule à visée médicale).

La surveillance médicale mise en place est, jusqu'à preuve du contraire, celle d'un patient Covid.

Un prélèvement rhino-pharyngé pour RT-PCR est effectué.

L'objectif est que le résultat soit disponible en moins de 24 heures pour permettre d'hospitaliser le patient (UHSI dans la limite des capacités disponibles pour le Covid – afin de limiter la circulation virale et dans tous les cas si le patient a des facteurs de risque) et dans un objectif de contact tracing autour du cas confirmé.

²⁰ HCSP – avis relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid 19 – 20 avril 2020

²¹ HCSP – avis relatif à un contrôle d'accès par prise de température dans la préparation de la phase de confinement en lien avec l'épidémie de Covid-19 – 28 avril 2020

Pour les personnes transférées (vers un autre établissement pénitentiaire, l'UHSI, l'UHSA ou l'établissement de proximité), à chaque fois que l'USMP a connaissance du transfert, la check-list clinique est réalisée la veille du transfert. Son résultat est transmis à l'unité sanitaire qui reçoit le patient avec les autres documents de liaison. Une check-list positive amène l'USMP d'origine à un échange téléphonique avec l'USMP d'accueil pour évaluer les conditions du transfert et l'opportunité d'un report ou d'une hospitalisation à l'UHSI.

Pour le transport lors des extractions médicales, les personnels pénitentiaires en contact avec la personne détenue (hors chauffeur) se protègent et protègent la personne détenue par le port d'un masque chirurgical et le respect des recommandations en matière d'hygiène des mains. La friction au SHA précède la mise en place du masque chirurgical juste avant la prise en charge de la personne détenue. Le masque est porté jusqu'à l'arrivée dans l'établissement de santé. Il est éliminé dans la filière DASRI de celui-ci.

Le port de gant peut représenter une fausse sécurité. Les gants peuvent devenir des vecteurs de contamination. Ils ne sont pas compatibles avec l'utilisation de SHA.

3/ Evaluation biologique du statut Covid de la personne détenue

Principes :

- Il est proposé à toute personne entrante venant de liberté un test biologique par RT-PCR.
- Ce test est effectué le plus tôt possible par rapport à l'entrée
- Dans l'attente de ces résultats, la personne est confinée en cellule individuelle.
- Dans tous les cas, chaque fois que cela est possible, une septaine est appliquée. Cette mesure est parmi toutes celles proposées la seule dont l'efficacité soit avérée.
- Dans l'état actuel des connaissances, la sérologie n'est pas un outil pertinent pour effectuer le diagnostic de Covid.

Exceptions : si la septaine n'est pas possible :

- Le confinement dans l'attente des résultats de la RT-PCR est impératif
- Le confinement réduit à 7 jours reste pertinent (période d'incubation lors de laquelle la majorité des personnes se révèle être symptomatique).
- Le test peut être répété à 48 heures d'intervalle si la personne est symptomatique (pour éliminer le risque de faux négatifs²²) et qu'aucun autre diagnostic n'a été posé.
- Le test doit être réalisé à J7 en cas de contact identifié avec une personne Covid si le contact est asymptomatique. Il est réalisé sans délai si la personne est symptomatique.
- Le test n'est pas réalisé lors d'un transfert quand la personne détenue est originaire d'un établissement pénitentiaire qui est indemne de circulation virale sauf si l'USMP d'accueil en décide autrement.

(se reporter à l'annexe 2 : Evaluation des facteurs de risque de la personne détenue par rapport au Covid)

Pour toute personne détenue présentant un facteur de risque :

- l'encellulement est individuel si la personne détenue est en accord avec cette mesure.
- la personne détenue est sensibilisée à l'importance de l'auto-surveillance et fait l'objet d'une attention particulière lors de la distribution de médicaments.
- le port du masque grand public dès que la personne détenue est en contact avec une autre personne est préconisé (détenue ou personnel pénitentiaire ou autre).
- le port du masque chirurgical est proposé à la personne détenue lors des consultations à l'USMP.²³ En milieu de soins la double protection assurée par le port du masque chirurgical pour la personne et le soignant est idéale lorsqu'elle est réalisable. Le masque distribué par l'USMP à l'arrivée dans ses locaux est repris à la sortie de l'USMP. Cette mesure peut être étendue aux autres détenus venant en consultation à l'USMP sur décision de celle-ci en fonction des organisations propres à chaque unité.
- Selon l'état de santé de la personne, une suspension de peine pour raison médicale est envisagée.

²² La sensibilité de la RT-PCR est très bonne quand la technique de prélèvement est performante (prélèvement profond mais non traumatique car ne devant pas déclencher de saignement).

²³ HCSP – Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics

FICHE 14 - INSTRUCTIONS AUX USMP – CONTACT TRACING - 25/09/2020

Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires pour la mise en œuvre au sein de vos USMP du contact tracing post-confinement pour le COVID-19.

L'identification et la prise en charge des cas confirmés de COVID-19 et de leurs personnes contacts sont essentielles afin d'identifier et d'interrompre précocement les chaînes de transmission du virus. Dans le cadre de la levée du confinement strict, cette stratégie nécessite la mise en œuvre d'un dispositif de contact-tracing robuste permettant d'identifier rapidement le plus grand nombre possible de personnes nouvellement infectées. Il s'agit donc, en complément des mesures de distanciation sociale et physique qui doivent être strictement mises en œuvre et respectées, de poursuivre la lutte contre l'épidémie, d'éviter une reprise de la circulation virale à la hausse et de pouvoir diminuer la pression sur le système de santé, voire sa saturation.

Cette stratégie de détection des cas, d'identification des personnes contacts et d'isolement et de quatorzaine des cas et des contacts à risque repose sur une **organisation en 3 niveaux**, mobilisant :

- Les professionnels des USMP, pour la prise en charge des cas possibles et l'identification des contacts à risque.
- La direction de l'établissement pénitentiaire pour l'appui aux USMP dans l'identification des contacts au sein de la détention et au sein de son personnel.
- L'ARS en lien avec la cellule régionale de Santé publique France, pour la gestion des situations complexes, dont notamment toutes celles survenant en détention. La détention est un milieu considéré comme à risque de voir se développer rapidement une chaîne de transmission si le contact tracing n'est pas opéré rapidement.

1 Repérer les personnes avec des symptômes cliniques évocateurs du COVID-19

Une check-list de ces symptômes que vous connaissez bien vous est proposée en annexe.

Si les symptômes sont évocateurs :

- Prescription pour réalisation immédiate d'un test RT-PCR (ou scanner si indication)
- Port du masque chirurgical par le patient et isolement strict et sans délai dans l'attente du résultat du test
- Le patient est hospitalisé à l'UHSI s'il y consent (dans les limites des places réservées par cette structure pour le Covid) ou retourne en détention.
- En cas de retour en détention, l'encellulement individuel est préconisé. La personne reste confinée et porte un masque chirurgical lors des mouvements ou si les mesures de distanciation physique ne peuvent être respectées.
- Délivrance de 2 masques par jour pour toute la durée de l'isolement si test RT-PCR positif.

L'isolement des cas confirmés ou probables symptomatiques est réduit à 7 jours pleins à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 7ème jour (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après disparition de cette fièvre).

Pour les cas confirmés asymptomatiques, l'isolement est compté à partir du jour du prélèvement positif pour une durée de 7 jours pleins également. En cas de survenue de symptômes évocateurs de la Covid19, la période d'isolement devra être rallongée de 7 jours à partir de la date d'apparition des symptômes.

La fin de la période d'isolement des cas symptomatiques et asymptomatiques doit s'accompagner par le port rigoureux du masque chirurgical et le strict respect des mesures barrière et de la distanciation physique durant les 7 jours suivant la levée de l'isolement.

2/ Initier le contact tracing

- Cible : pour qui ?

- Les patients « cas confirmé ». Un cas confirmé est une personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2.
- Les patients « cas probable » scanner +. Un cas probable est une personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19.

Pour les personnels soignants, le contact tracing au sein de leur milieu professionnel s'effectue via vos EOH et votre médecine du travail.

- Période d'exposition

Recherche des personnes contacts à risque selon la définition de Santé publique France en remontant à 48 heures avant le début des symptômes et jusqu'au début de l'isolement du cas.

A noter que pour le contact tracing, l'identité du cas confirmé ou probable TDM+ n'est révélée à la personne contact que si le consentement du patient a été recueilli au préalable par le médecin.

- L'USMP identifie les contacts au sein de la détention

En droit commun, les contacts à risque sont d'abord ceux du foyer qui correspond aux personnes vivant au même domicile que le cas. En détention, il s'agit en priorité des co-détenus qui partagent la même cellule que le patient.

Actions à réaliser :

- Mise en septaine des co-détenus en cellule individuelle (les promenades sont distinctes des autres détenus)
- Prescription de tests RT-PCR, qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques
- **la mesure de quarantaine se poursuit jusqu'au rendu du résultat pour un prélèvement réalisé à J7 du dernier contact avec le cas confirmé, et ne prend fin qu'en cas de résultat de test négatif et devant l'absence de symptômes évocateurs du Covid19.**

La fin de la période de quarantaine doit s'accompagner par le port rigoureux du masque et le respect strict des mesures barrière et de la distanciation physique durant les 7 jours suivant la levée de la mesure.

Le médecin de l'USMP prend en compte les personnes présentant des facteurs de risque au sein des co-détenus.

L'USMP déclare le cas par messagerie sécurisée auprès de l'ARS. ars13-alerte@arspaca.mssante.fr ainsi qu'à julie.biga@ars.sante.fr et caroline.vandevondele@ars.sante.fr

Autres contacts à risque :

- Les détenus partageant le créneau des douches
- Les détenus partageant le créneau des promenades ou autres activités
- Les détenus ayant partagé la salle d'attente au sein de l'USMP
- Les auxiliaires qui interviennent dans le quartier du détenu
- Le personnel pénitentiaire et le personnel de l'USMP sont protégés par le port du masque chirurgical.

cf. ANNEXE 1 Evaluation clinique du statut Covid d'un patient

Cf. ANNEXE 2 Facteurs de risque selon les données de la littérature

Suspicion de Covid :

- Les CDC d'Atlanta précisent que pour la toux ou la dyspnée, la présence d'un des deux signes de façon isolée suffit à suspecter un Covid. Sinon, la combinaison d'au moins deux symptômes doit amener à suspecter un Covid.
- Le HCSP précise que la survenue brutale d'une anosmie ou hyposmie, en l'absence de rhinite associée, doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
- Le HCSP précise que la diarrhée est un signe présent dans environ 15 % des cas de Covid, associé à d'autres signes cliniques dans la majorité des cas mais qui peut néanmoins, précéder les signes respiratoires, en particulier chez les personnes âgées, sans température, et doit faire évoquer le diagnostic de Covid.
- Le HCSP indique que la personne âgée de plus de 80 ans, l'altération de l'état général, les chutes répétées, l'apparition ou l'aggravation des troubles cognitifs, un syndrome confusionnel, la diarrhée ou la décompensation d'une pathologie antérieure doivent alerter.
- Le HCSP indique que chez l'enfant une altération de l'état général ou une diarrhée doivent alerter.
- Les contacts potentiels de la personne détenue avec une personne Covid positive (diagnostiquée cliniquement, biologiquement ou radiologiquement – scanner pulmonaire) sont également pris en compte dans l'orientation diagnostique.

2.3 PRISES EN CHARGE

2.3.1 CARDIOLOGIE

FICHE 15 - RESUME DES RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES EN PHASE DE PIC EPIDEMIQUE - 07/2020

Les activités différables sont déprogrammées. Deux situations sont à distinguer, la prise en charge des urgences et la continuité de prise en charge des pathologies chroniques.

1 Situations d'urgence

Les affections cardio- et neurovasculaires, peuvent engager le pronostic vital et fonctionnel des patients si elles ne sont pas prises en charge en urgence (IDM, AVC, AIT, arythmies, insuffisance cardiaque décompensée ...).

- Les traitements médicamenteux et interventionnels sont indiqués, qu'il y ait ou non une infection à COVID-19. La réalisation du dépistage par PCR ne doit pas retarder la prise en charge (considérer le patient comme possible covid19 jusqu'au résultat)
- L'accès aux plateaux techniques et aux soins intensifs n'est pas différé et des lits doivent rester disponibles pour les urgences vitales.
- Autant que possible un circuit COVID19-/+ sera mis en place au sein des plateaux techniques interventionnels (si 2 salles, 1 salle dédiée au covid19, ou réaliser les actes chez les patients covid19 en fin de programme).
- En hospitalisation, on essaiera de ne pas prendre en charge de patients covid19 au sein des USIC et USINV, les patients seront pris en charge en réa covid19 avec suivi cardiologique et/ou neurologique. En cas d'impossibilité des lits covid19+ seront identifiés dans des zones de moindre circulation, en chambre individuelle, au sein des USIC et USINV.
- Les hospitalisations courtes et l'activité ambulatoire sont privilégiées. Pour raccourcir la durée de séjour, les SSR, s'ils le peuvent, accueillent les patients en sortie de MCO.
- Pour les patients COVID19 déjà hospitalisés et présentant une décompensation cardiologique ou neurologique la prise en charge sera dispensée tant que possible dans l'unité COVID19.

2 Suivi des maladies chroniques

Les patients aux antécédents cardio et neurologiques sont à risque de développer une forme grave de l'infection, il faut donc au maximum limiter leur exposition au virus lors de leur prise en charge.

Il conviendra de suivre les recommandations des sociétés savantes (liste des actes prioritaires) et d'assurer la continuité du lien avec les patients afin de repérer tout signe d'aggravation.

2.1 Sans décompensation de la maladie chronique

- En milieu hospitalier : déprogrammer les consultations et les examens sur les plateaux techniques. Assurer une prise en charge sécurisée par rapport au risque infectieux : téléconsultation, prolongation des ordonnances, intervention à domicile (IDE), limiter les actes non indispensables.
- Si possible différer les HDJ et les HDS. Sinon décision au cas par cas pour les patients suivis pour radio/chimiothérapie, par perfusion (traitement de fond SEP,)....Si cela est possible une organisation en HAD sera réalisée.

2.2 Avec décompensation de la maladie chronique :

- Hospitalisation, dans la mesure du possible dans une unité neurologique ou cardiologique COVID- et dans l'établissement de suivi habituel.
- En cas d'hospitalisation (hors prise en charge SAMU SMRU) il est favorable de développer des filières directes entre médecins de villes et cardiologues, neurologues hospitaliers afin d'éviter le passage par les urgences.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer elles ont été élaborées à partir des recommandations des sociétés savantes (SFC, GACI, FIC, GERS, SFNV...), recommandations régionales ARS IDF, HAS...

2.3.2 HAD

FICHE 16 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE SUR LES HAD - 23/09/2020

Les structures d'HAD constituent un élément de réponse essentiel à l'épidémie de COVID-19 qui touche la France en mettant à disposition une offre de soins au domicile des patients ou en EHPAD, soit en substitution à une hospitalisation classique soit au décours d'une hospitalisation classique afin de poursuivre la prise en charge au domicile ou de mettre en place pour les patients COVID qui le nécessiteraient une rééducation et réadaptation.

Le rôle des HAD est primordial pour venir en soutien aux EHPAD et aux autres ESMS dans ces périodes de crises pour assurer la prise en charge des résidents COVID ne requérant pas de soins en réanimation ou en surveillance continue 24H/24 mais présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;

Ainsi la mobilisation des HAD doit être systématiquement envisagée lorsque l'hospitalisation d'un résident est pressentie :

- pour prendre en soin les résidents pour lesquels un accompagnement en soins palliatifs a été collégialement décidé, après prise en compte des directives anticipées,
- pour limiter les risques de contamination des résidents et éviter leur hospitalisation à chaque fois que leur état de santé le permet,
- pour assurer la prise en charge en aval de l'hospitalisation, permettant un retour du résident en EHPAD dans un environnement hospitalier.

L'intervention des HAD est facilitée par les dispositifs d'appui dérogatoires du sanitaire au médico-social avec des conditions d'accès à l'HAD assouplies :

- il n'est plus nécessaire de signer une convention entre le centre d'hébergement et la structure d'HAD pour que celle-ci intervienne (un simple protocole suffit).
- 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 qu'une prescription médicale n'ait été 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, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge.
- 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.

Il est important de rappeler que, conformément au code de la santé publique, les HAD sont des établissements sanitaires polyvalents, aptes à prendre tous types de demandes de prise en charge : soins palliatifs, pansements complexes, soins de nursings lourds, traitement IV, nutrition, assistance respiratoire, maladie neuro-dégénérative, rééducation... Elles répondent totalement aux obligations de l'article D. 6124-309 en matière de continuité des soins et à l'article D. 6124-308 du CSP en termes d'équipe pluri professionnelle.

Ci-après, une liste indicative des différentes HAD de la région PACA pour lesquelles sont indiqués un numéro de téléphone et/ou une adresse mail, et les particularités éventuelles de ces HAD malgré leur polyvalence (implication dans les traitements médicamenteux systémiques du cancer par voie IV ou SC, transfusion à domicile, astreinte 24/24 de médecin coordonnateur de l'HAD, médecin coordonnateur formé aux soins palliatifs (DU de soins palliatifs).

Cette liste indicative à ce stade est susceptible de modifications.

DEPARTEMENT DES ALPES DE HAUTE PROVENCE :

HAD CLARA SCHUMANN

☎ : 04 42 29 45 10 / 04 42 29 45 11

✉ : secretariat@hadclaraschumann.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusion à domicile dans les EHPAD
Prise en charge palliative avec 2 médecins formés aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)
Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HAD CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD

☎ : 04 92 40 78 00 (Secrétariat) / 04 92 40 78 55 (cadre de santé)

✉ : HAD Centre Hospitalier InterCommunal des Alpes du Sud : HAD.GAP@chicas-gap.fr

Couverture du territoire Nord des Alpes de Hautes Provence (Sisteron, Barcelonnette)

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)
Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD et médecins de l'USP 24h/24 et 7j/7

DEPARTEMENT DES HAUTES ALPES :

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD

☎ : 04 92 40 78 00 (Secrétariat) / 04 92 40 78 55 (cadre de santé)

✉ : HAD Centre Hospitalier InterCommunal des Alpes du Sud : HAD.GAP@chicas-gap.fr

✉ : Antenne du centre hospitalier de Briançon : had-cheb@ch-briancon.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)
Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD et médecins de l'USP 24h/24 et 7j/7

DEPARTEMENT DES ALPES MARITIMES :

TERRITOIRE OUEST DES ALPES MARITIMES :

HAD DU CH DE GRASSE

☎ : 04 93 09 55 56

Fax : 04.93.09.55.57

✉ : had@ch-grasse.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge pédiatrique

HAD du CH PIERRE NOUVEAU CANNES

☎ : 04 93 69 72 68

✉ : secretariat.had@ch-cannes.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Chimiothérapie à domicile possible si chimiothérapie initiée à l'hôpital
Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

TERRITOIRE EST DES ALPES MARITIMES :

HAD ARNAULT TZANCK

☎ : 04 92 27 55 43

✉ : HAD@tzanck.org

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

HAD DE NICE ET REGION

☎ : Antenne de Nice : 04 97 25 77 77

✉ : coordination-nice@hadnice.fr

11 Avenue du Dr Victor Robini – Espace Nikaïa – 06200 NICE

☎ : Antenne de Menton : 04 92 15 29 50

✉ : coordination-menton@hadnice.fr

117 Avenue de Sospel – 06500 MENTON

☎ : Antenne de Villeneuve Loubet : 04 92 08 23 29

✉ : coordination-villeneuve@hadnice.fr

1662 RD 6007 – Azur Buro – 06270 VILLENEUVE- LOUBET

✉ : contact@hadnice.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Astreinte téléphonique Médicale de 8h à 18h WE et Jours Fériés.

DEPARTEMENT DES BOUCHES DU RHONE :

MARSEILLE :

HAD CH GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL

☎ : Secrétariat : 04 91 12 75 63 / standard : 04 91 12 74 00

✉ : had@cgd13.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge exclusive sur Marseille
HAD avec une spécificité gériatrique à domicile, en EMS ou en EHPAD
Service HAD au sein d'un établissement gériatrique intégrant l'ensemble de la filière gériatrique.
Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

HAD SOINS ASSISTANCE MARSEILLE et MARTIGUES
SUD ETANG DE BERRE

☎ : 04 96 20 66 88

✉ : secretariat.had@soins-assistance.org

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et médecin avec capacité d'évaluation et traitement de la douleur

Astreinte médicale téléphonique par les médecins coordonnateurs de l'HAD 7j/7 et 24h/24

Chimiothérapie selon molécules

HAD de l'HOPITAL ST JOSEPH

☎ : 04 91 80 70 20

Fax: 04 91 80 70 25

✉ : had@hopital-saint-joseph.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge exclusive sur Marseille

Prise en charge palliative avec un médecin, une IDE Co et une assistante sociale formés aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et médecin avec capacité d'évaluation et traitement de la douleur

Chimiothérapie selon molécules

Perfusion de fer

HAD de l'INSTITUT PAOLI CALMETTES

☎ : 04 91 22 38 80 – 04 91 22 38 86

✉ : had@ipc.unicancer.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge exclusive sur Marseille

Prise en charge palliative en lien avec l'Equipe Mobile des Soins Palliatifs de l'IPC
Transfusion à domicile et en EHPAD

HOSPIDOM AP-HM

☎ : 04 91 43 53 00

✉ : had-secretariat@ap-hm.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusions à domicile et en EMS

Perfusions de fer et immunoglobulines IV à domicile et en EMS

Chimiothérapie IV (Vidaza, Velcade...)

Prise en charge des nouveaux nés à risque, néonatalogie, pédiatrique

Prise en charge des grossesses à risque

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HAD BOUCHES DU RHONE EST

☎ : 04 91 44 40 02

✉ : secretariat@had-bdr.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec une IDEC formée aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)
Perfusion de Fer au domicile

TERRITOIRE OUEST DES BDR :

HAD du CH DU PAYS D'AIX

☎ : 04 42 33 90 78

✉ : had@ch-aix.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et avec une capacité d'évaluation et traitement de la douleur
Astreinte téléphonique 24h/24

HAD CLINIQUE DE L'ETANG DE L'OLIVIER

☎ : 04 42 47 62 90 / 04 42 47 60 00

✉ : had.istres@almaviva-sante.com

Éléments significatifs de cette HAD :

Pansements complexes avec Vac thérapie

Perfusions IV de fer

Chimiothérapies (selon molécules) et surveillances post chimiothérapies initiées en milieu hospitalier

Prise en charge de la douleur par médecin coordinateur avec capacité douleur

HAD SANTE ET SOLIDARITE DES BOUCHES-du-RHÔNE

☎ : 04 42 49 91 65

✉ : direction@sante-solidarite-bdr.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Astreinte téléphonique Médicale de 7H30 à 19H30 WE et Jours Fériés (mutualisation HAD SSV).

HAD CLARA SCHUMANN

☎ : 04 42 29 45 10 / 04 42 29 45 11

✉ : secretariat@hadclaraschumann.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusion à domicile dans les EHPAD

Prise en charge palliative avec 2 médecins formés aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HOSPIDOM AP-HM

☎ : 04 91 43 53 00

✉ : had-secretariat@ap-hm.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusions à domicile et en EMS

Perfusions de fer et immunoglobulines IV à domicile et en EMS

Chimiothérapie IV (Vidaza, Velcade...)

Prise en charge des nouveaux nés à risque, néonatalogie, pédiatrique

Prise en charge des grossesses à risque

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HADAR

☎ : 04 90 13 47 40

✉ : secretariat-had@hadar.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

- Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et 2 médecins avec capacité d'évaluation et traitement de la douleur
- Chimiothérapie IV (Vidaza, Velcade)
- Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD en semaine du lundi au vendredi étendue les week-ends et jours fériés de 08h00 à 20h00

TERRITOIRE EST DES BDR :

HAD CLARA SCHUMANN

☎ : 04 42 29 45 10 / 04 42 29 45 11

✉ : secretariat@hadclaraschumann.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusion en EHPAD

Perfusion de fer

Prise en charge palliative avec 2 médecins formés aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HAD SOINS ASSISTANCE MARSEILLE et MARTIGUES SUD ETANG DE BERRE

☎ : 04 96 20 66 88

✉ : secretariat.had@soins-assistance.org

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et médecin avec capacité d'évaluation et traitement de la douleur

astreinte médicale téléphonique par les médecins coordonnateurs de l'HAD 7j/7 et 24h/24

Chimiothérapie selon molécules

HAD du CH D'AUBAGNE

☎ : 04 42 84 72 62 – 04 42 84 71 48

✉ : had@ch-aubagne.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge obstétricale (grossesse à risque et complications post partum)

HAD du CH DE LA CIOTAT

☎ : 04 42 08 75 92 FAX : 04 42 08 75 94

✉ : had@ch-laciotat.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec équipe hospitalière dont un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Transfusion à domicile et en EHPAD

Perfusion de fer

HAD BOUCHES DU RHONE EST

☎ : 04 91 44 40 02

✉ : secretariat@had-bdr.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec une IDEC formée aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Perfusion de Fer

DEPARTEMENT DU VAR :

TERRITOIRE OUEST DU VAR :

HAD SANTE ET SOLIDARITE DU VAR

☎ : Antenne HAD La Garde 04 94 27 50 50

✉ : direction@sante-solidarite-var.fr / had-toulon@wanadoo.fr

1328 Chemin de la Planquette – CS 90587 LA GARDE – 83041 TOULON Cédex 9

☎ : Antenne HAD Brignoles : 04 94 72 40 00 ✉ :

had-brignoles@orange.fr

Quartier Saint Jean – RN7 – 83170 BRIGNOLES

☎ : Antenne HAD La Seyne Sur Mer: 04 94 87 78

09 : had-laseyne@orange.fr

178 Avenue Estienne d'Orves – 83500 LA SEYNE SUR MER

☎ : Antenne HAD Hyères- La Londe: 04 22 80 13

81 ✉ : had-hyereslalonde@sante-solidarite.fr

N°4 Zone d'Activité du Bas Jasson – 83250 LA LONDE LES MAURES

Éléments significatifs de cette HAD :

Astreinte téléphonique Médicale de 7H30 à 19H30 WE et Jours Fériés.

HAD CAP DOMICILE

☎ : Antenne HAD La Seyne sur Mer 04 89 29 72 60

✉ : had.capdomicile83500@elsan.care

☎ : Antenne HAD Hyères 04 94 48 04 02 ✉ :

had.capdomicile83400@elsan.care

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Prise en charge de pansements complexes par thérapie par pression négative

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD (de 7h30 à 21h30 la semaine et le weekend (7j/7))

HAD du CH DE LA CIOTAT

☎ : 04 42 08 75 92

FAX : 04 42 08 75 94

✉ : had@ch-laciotat.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec équipe hospitalière dont un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Transfusion à domicile et en EHPAD

Perfusion de fer

HAD BOUCHES DU RHONE EST

☎ : 04 91 44 40 02

✉ : secretariat@had-bdr.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec une IDEC formée aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Perfusion de Fer

TERRITOIRE EST DU VAR :

HAD SAINT ANTOINE

☎ : 04 94 51 51 42

✉ : contact-hsa@elsan.care

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

POLYCLINIQUE NOTRE DAME

☎ : 04 94 50 12 09

✉ : had-idec.pnd@elsan.care

Éléments significatifs de cette HAD :

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

DEPARTEMENT DU VAUCLUSE:

HADAR

☎ : 04 90 13 47 40

✉ : secretariat-had@hadar.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et 2 médecins avec capacité d'évaluation et traitement de la douleur

Chimiothérapie IV (Vidaza, Velcade)

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD en semaine du lundi au vendredi étendue les week-ends et jours fériés de 08:00 à 20:00

TERRITOIRE SUD DU VAUCLUSE :

HAD CLARA SCHUMANN

☎ : 04 42 29 45 10

✉ : secretariat@hadclaraschumann.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Transfusion en EHPAD

Perfusion de fer

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs)

Astreinte médicale téléphonique par le ou les médecins coordonnateurs de l'HAD 24h/24 et 7j/7

HAD du CH DU PAYS D'AIX

☎ : 04 42 33 90 78

✉ : had@ch-aix.fr

Éléments significatifs de cette HAD :

Prise en charge palliative avec un médecin formé aux soins palliatifs (DU soins palliatifs) et avec une capacité d'évaluation et traitement de la douleur

Astreinte téléphonique 24h/24

2.3.3 ONCOLOGIE

FICHE 17 - ORGANISATION DE LA CANCEROLOGIE EN PACA DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 - 09/10/2020

1/ Actions de l'ARS

Dès le début de la crise, l'ARS PACA a adressé plusieurs mails de diffusion à tous les établissements suite aux recommandations du HCSP, du ministère et de l'INCa.

Les recommandations de l'ARS Ile de France puis les recommandations émises par la SFRO concernant la radiothérapie ont également été diffusées à titre informatif.

Le Groupe régional expert en OncoHématologie Paca-Corse a élaboré un document de synthèse sur les recommandations de prise en charge en OncoHématologie dans le contexte de l'épidémie COVID-19, intégrant de plus dans une 2^{ème} partie des exemples d'organisations mises en place dans différents établissements de la région. Ce document a été adressé à tous les établissements de la région le 15 avril 2020 par l'ARS et le RRC ONCO PACA Corse. Il est disponible sur le site du réseau :

<https://www.oncopaca.org/fr/page/prise-en-charge-hematologie>

Par ailleurs l'ARS a eu des contacts rapprochés avec les directeurs des CLCC (Institut Paoli-Calmettes, Centre Antoine Lacassagne), et de l'institut Sainte Catherine, afin d'évaluer les organisations mises en place. Une enquête téléphonique avec plusieurs chirurgiens de différentes spécialités de l'AP-HM et le Pr Barranger, chirurgien et directeur du Centre Antoine Lacassagne sur l'organisation et les problématiques de la chirurgie carcinologique, a été mise en place le 2 avril 2020, afin de voir leurs difficultés de terrain.

L'ARS PACA a également mis en place depuis le mois de mai des réunions régulières du comité régional « Covid et cancer », en lien avec le réseau régional de cancérologie et avec l'appui du comité national « Covid et cancer » ; puis, en juillet, un comité de pilotage régional de chirurgie carcinologique, regroupant des chirurgiens représentant les différentes chirurgies carcinologiques soumises à seuil, et travaillant au sein d'établissements publics, ESPIC et privés de toute la région PACA. Ce comité s'est réuni à 2 reprises.

L'ARS PACA poursuit son accompagnement des établissements de santé et des professionnels de médecine de ville pendant toute la période de rebond de l'épidémie de Covid-19.

2/ Actions du RRC ONCO PACA Corse

Le RRC ONCO PACA a accompagné l'ARS PACA pendant toute cette période et poursuit cet accompagnement au quotidien.

Dès le début, mise en place d'un tableau de suivi, accessible en ligne, en lien avec les 3C, des réorganisations d'activité des établissements autorisés au traitement du cancer, et des difficultés à remonter à l'ARS.

Globalement, les mesures suivantes ont été adoptées par les établissements :

- Check-List COVID ou protocole à l'entrée à l'hôpital avec questionnaire type, et vérification température dès l'admission à l'entrée de l'hôpital
- Validation des traitements la veille en téléconsultation, afin d'éviter de multiplier les déplacements les déplacements inutiles
- Isolement des patients en box individuels, accompagnants interdits
- Report de certains traitements systémiques (chimiothérapies, immunothérapie), en particulier dans les situations métastatiques avec plusieurs lignes de traitements systémiques, avec instauration de pauses thérapeutiques
- Sanctuarisation d'unités spécifiques d'oncologie (Hôpital Saint Joseph, CH Fréjus, CH De Toulon)
- Admission des patients onco avec COVID19 au sein d'un service dédié covid
- Comités de programmation quotidiens auxquels participent anesthésistes et chirurgiens pour définir le degré d'urgence

- Chirurgies les plus impactées : thoraciques, digestives car nécessitent un environnement de réanimation
- Report de certaines interventions non urgentes

Difficultés remontées par les professionnels au cours de la première vague :

1. Les chirurgies « semi-urgentes » pouvant devenir rapidement urgentes
2. Manque de matériel : EPI masques puis surblouses, ...
3. Accès aux tests diagnostiques Covid-19 pour les patients atteints de cancer malgré la mise en place de parcours de soins spécifiques pour ces patients à risque
4. Difficultés à accéder à de la recherche interventionnelle (thérapeutique).

Autres actions du RRC ONCO PACA Corse :

- Préconisations sur la réorganisation du fonctionnement des RCP auprès des 3C et des coordonnateurs de RCP
- Suivi de l'activité eRCP dans la limite des outils de gestion des RCP disponibles, sous réserve des problèmes d'accès à l'infocentre Jaspersoft non géré par le RRC (dysfonctionnement bloquant sur l'infocentre, en particulier sur les mesures et la création de tableau de bord, paramétrage des mesures). L'activité en termes de nombre de fiches peut être effectuée, mais il n'est actuellement pas possible d'avoir un rapport plus complet.
- Evolution de la trame régionale de la fiche RCP sur eRCP : il s'agit d'harmoniser la saisie des items se référant au covid et d'en faciliter l'analyse, notamment concernant les traitements ayant dû être adaptés en raison du covid (là aussi cependant en attente du paramétrage sur l'infocentre statistique demandé par le RRC au Grades). cf document en annexe 1.
- Poursuite de l'activité de gestion des RCP selon les besoins des 3C (ex création d'une RCP cancer et covid territoriale, finalement fonctionnement non pertinent pour les acteurs ...)
- Elaboration et mise à jour quotidienne via une veille documentaire, de la page covid et cancer créée spécialement :
- à destination des professionnels de santé sur le site oncopaca.org :
<https://www.oncopaca.org/fr/page/espace-pro-infos-covid>
- ET sur le portail ville-hôpital du RRC :
<https://www.proinfoscancer.org/fr/page/cancer-covid-19-acteurs-de-ville>
- à destination des patients et proches : <https://www.oncopaca.org/fr/page/patients-et-proches>
- Diffusion également de ces infos via les réseaux sociaux du RRC, et l'espace collaboratif 3C
- Informations sur la prise en charge en préservation de la fertilité dans le contexte
- Diffusion des recommandations et préconisations via les réseaux sociaux du RRC
- Elaboration et diffusion d'une newsletter régionale spéciale Covid et cancer
- Validation en cours d'une affiche d'informations PATIENTS « cancer et covid » pour les salles d'attente et locaux des établissements.

3/ Dernières recommandations de l'ARS

Les dernières recommandations de l'ARS ont été transmises le 9 octobre à l'occasion de la parution de la fiche rebond activité du cancer par la DGOS (cf. Annexe 5).

Ces recommandations sont des leviers à actionner les établissements de soins en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique Covid-19 et des possibilités de prise en charge locales/régionales/nationales. Elles tiennent compte de premiers éléments de retours d'expérience issus des travaux du comité national « Covid et Cancer » piloté par l'INCa en lien avec la DGOS et la DGS et de préconisations précédemment diffusées (MINSANTE 88 du 24 avril 2020, MARS 82 du 24 septembre 2020 cf ANNEXE 6 et 7).

Il est demandé aux établissements d'activer tous les leviers pour mettre en place ces recommandations, en prenant en compte les points de vigilance suivants en fonction de la situation épidémique régionale et infra régionale :

- Organisation de coopérations inter-établissements pour la continuité des soins des patients atteints d'un cancer en période épidémique, en veillant au maintien d'un accès équitable aux soins et à la limitation des déprogrammations. Cette organisation en coopération peut, le cas échéant, être inter-territoires ou inter-régionale (avec des transferts de patients y compris par train ou avion) pour éviter les pertes de chance.

- Vigilance accrue, sur l'organisation du dépistage et des actes à visée diagnostique (imagerie dont mammographie, endoscopie, chirurgies à visée diagnostiques) dont les retards cumulés peuvent avoir une incidence forte sur les files d'attente en chirurgie. Préserver autant que possible le maintien dans leurs fonctions des infirmiers de consultation d'annonce et des infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) dans ce contexte.

- Poursuite voire développement des alternatives thérapeutiques en ambulatoire (chirurgie ambulatoire et RAAC ; chimiothérapie en HDJ, chimiothérapie orale, poursuite et développement de la chimiothérapie injectable (notamment par voies sous-cutanée et intraveineuse) et des soins de support en HAD, en association avec un ou plusieurs établissements de santé autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer par chimiothérapie, développement des téléconsultations notamment pour le suivi des patients).

Dans ce contexte épidémique, la problématique des seuils d'activité de soins en cancérologie opposables aux titulaires d'autorisation ne doit en aucun cas constituer un frein à l'organisation des coopérations précitées. Une expertise est en cours au niveau national pour envisager la neutralisation de l'activité 2020 en cancérologie.

Conclusion

La période épidémique montre une capacité d'adaptation importante et une bonne réactivité des établissements autorisés au cancer en région PACA. Les points de vigilance concernent les activités de chirurgie carcinologique dites à seuil, qui doivent pouvoir être maintenues malgré l'épidémie, pour éviter des pertes de chance des patients.

Annexe 1 : évolution du formulaire e-RCP dans le contexte épidémique COVID-19



FICHE PRATIQUE N°4 : Evolution du formulaire e-RCP dans le contexte épidémique COVID-19

1. PARTIE 'DEMANDE DE PASSAGE' ENVOYEE A LA RCP

Item 'Comorbidités ou état(s) associé(s) pertinents pour l'avis' (déjà existant) :

> Ajout de 2 modalités « COVID suspecté » et « COVID confirmé » en haut de liste.

Comorbidités ou état(s) associé(s) pertinents pour l'avis

COVID suspecté COVID confirmé Autre cancer Cardiovasculaire Dermatologique Digestive Gynécologique Grossesse

Hormonale Pneumologique Infectieuse Neurologique Psychiatrique Urologique Hématologique VIH

Trouble métabolique Autre

2. PARTIE 'AVIS RENDU' PAR LA RCP

A. Nouveau bloc 'COVID-19' (créé) :

> Introduction de l'item « Avis infectiologue demandé » (Oui/Non)

> Introduction de l'item « Stratégie thérapeutique modifiée par contexte COVID-19 » (Oui/Non)

Si 'Oui' est coché sur cet item : différentes options liées au COVID-19 apparaissent à l'écran.

NB : Si 'Oui' est coché sur au moins 1 des 2 items précédents : un champ 'Précisions' s'affiche.

COVID-19

Avis infectiologue demandé Oui Non

Stratégie thérapeutique modifiée par contexte COVID-19 Oui Non

Si Oui :

Abstention thérapeutique Report chirurgie Report chimiothérapie Adaptation protocole chimiothérapie Report radiothérapie

Adaptation protocole radiothérapie Report immunothérapie Adaptation protocole immunothérapie Inclusion essai suspendue

Passage en surveillance SOS Autre

Précisions sur la modification de stratégie et/ou l'avis de l'infectiologue :

B. Bloc « Proposition thérapeutique » (déjà existant) :

> Item 'Type de la proposition' (existant) : ajout d'une 5^{ème} modalité « Adaptation COVID-19 »

Proposition thérapeutique

Statut du cas présenté * Discuté Enregistré

Nature de la proposition * Type de la proposition *

Application référentiel
Traitement hors référentiel
Essai clinique
RCP de recours
Adaptation COVID-19

- Tous les nouveaux items sont facultatifs

- Leur introduction ou suppression (le moment venu) n'ont pas d'incidence sur le reste de la fiche.

FICHE 18 - RECOMMANDATIONS AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE CANCERS ET PATHOLOGIES MALIGNES - 25/09/2020

Dans le contexte actuel de crise sanitaire en lien avec l'épidémie de COVID-19, ci-après les recommandations dans la prise en charge dans les pathologies malignes:

- Les patients ayant une **tumeur ou une hémopathie maligne**, en cours ou au décours de traitements médicamenteux systémiques (chimiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie), de radiothérapie, de greffes de cellules souches hématopoïétiques, sont considérés comme des **patients à risque de forme sévère de COVID-19**.
- **En chirurgie**, les interventions urgentes ou ne pouvant être différées sont maintenues, après évaluation en collégialité du rapport bénéfice – risque d'une prise en charge chirurgicale au regard du pronostic de la pathologie tumorale et des risques inhérents à l'infection par le SARS-Cov2.
- Les recommandations générales et par pathologie concernant la prise en charge des pathologies malignes dans le contexte de l'épidémie sont régulièrement mises à jour par le Réseau Régional de Cancérologie et accessibles par le lien suivant :

<https://www.oncopaca.org/fr/page/espace-pro>

2.3.4 SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION - SSR

FICHE 19 – RECOMMANDATIONS REGIONALES D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN SSR ADULTE EN SITUATION DE DEGRADATION EPIDEMIQUE – SSR ET COVID-19 – 03/11/2020

Adaptation des recommandations au regard :

- de l'instruction régionale SSR du 17 mars 2020
- du Schéma régional d'orientation en Soins de suite et réadaptation COVID-19 du 7 avril 2020
- des recommandations régionales d'organisation des prises en charge en SSR adulte post confinement du 18 mai 2020
- du Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS) de 07 septembre 2020 aux établissements et services de SSR
- du Message d'Alerte Rapide Sanitaire (MARS) du 11 septembre 2020 aux établissements et services de SSR

Il est rappelé que les structures de SSR constituent un élément de réponse essentiel à la crise de COVID 19 en mettant à disposition une offre de soins de réadaptation pour les patients COVID qui le nécessitent.

Les établissements SSR devront maintenir une offre de réadaptation en aval du court séjour et continuer à accueillir les catégories de patients qu'ils accueillent habituellement mais aussi être en capacité de prendre en charge un patient qui se révélerait covid + sans signe de gravité au cours de son hospitalisation.

Ce document, issu des recommandations nationales, constitue un cadre général d'organisation qui doit être décliné selon le contexte particulier à chaque territoire et chaque établissement de santé.

Il s'agit de l'adaptation des prises en charge au regard de la dégradation épidémique en PACA en octobre 2020 et de concilier les mesures qui permettent un contrôle de la circulation virale et celles qui autorisent la continuité des soins pour les patients qui en ont besoin.

La prise en charge en SSR est également un temps d'éducation à la santé pour les mesures barrières COVID.

L'anticipation de la montée en charge des besoins en SSR doit permettre d'assurer le maintien des soins pour les patients non covid tout en priorisant si besoin ceux des patients pour lesquels repousser le soin constituerait une perte de chance.

Elle doit capitaliser sur les nouveaux modes de communication et d'articulation, avec les patients, qui ont émergé lors de la pandémie du printemps 2020.

Le document prend en compte les nouveaux besoins qui ont émergé lors de la phase épidémique du printemps 2020 notamment dans le cadre du télésoin.

TABLE DES MATIERES

A. GENERALITES.....	
1. RAPPEL DE LA STRATEGIE DE REPOSE CIBLEE ET GRADUEE A UNE REPRISE EPIDEMIQUE DE LA COVID 19 (tous champs confondus).....	
2. MESURES DE CONTRÔLE	
Le respect strict des mesures barrières.....	
Rôle des équipes opérationnelles d'hygiène	
Les locaux.....	
Les soignants –personnels de l'établissement	
Les patients	
L'autosurveillance.....	
3. MISE EN PLACE DU CONTACT TRACING EN CAS DE PATIENTS OU PROFESSIONNELS DE SANTE DECLARANT UN COVID 19 AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT.	
B. PRISES EN CHARGE DES PATIENTS.....	
1. PRINCIPES D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN SOINS.....	
Soins à Distance	
Soins en Présentiel.....	
Zone d'activité de groupe et plateau technique	
2. HOSPITALISATION COMPLETE	
Admission des patients	
Circulation des patients	
Accueil en chambre	
Education thérapeutique.....	
Visites-permissions	
3. HOSPITALISATION DE JOUR.....	
C. SUIVI ET EVALUATION DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE.....	
D. ANNEXES.....	
1. Check-list pour l'évaluation clinique du statut Covid 19 du patient en hôpital de jour.....	
2. Check-list pour le repérage des facteurs de risque chez un adulte de l'entourage du patient..	
3. CHARTE DE VISITES	

A/ GENERALITES

1/ RAPPEL DE LA STRATEGIE DE REPOSE CIBLEE ET GRADUEE A UNE REPRISE EPIDEMIQUE DE LA COVID 19 (tous champs confondus)

Pour préparer la France à la poursuite de l'épidémie de COVID 19 et en diminuer les conséquences, le Conseil scientifique a établi, dans son avis n°7 daté du 2 juin 2020, 4 scénarii probables prenant en compte la situation actuelle et les connaissances acquises depuis le début de l'épidémie. Ces scénarii permettent d'établir et de proposer des mesures à prendre dans chacune de ces situations.

Des indicateurs ont été consolidés pour permettre le suivi de l'épidémie et de nouveaux indicateurs fondés sur la réalisation des tests biologiques, l'identification des cas et des contacts sont mis en place. Ces différents indicateurs permettent de détecter et suivre les signaux et l'évolution de l'épidémie (taux d'incidence, taux de positivité, etc.).

Sur la base de la situation telle qu'elle a été constatée en fin de période de confinement, l'élaboration des scénarios a amené le Conseil scientifique à recommander l'élaboration d'un plan de Prévention et de Protection renforcées (P2R COVID) fondé sur plusieurs protocoles permettant de préparer des mesures qui pourront être activées graduellement ou massivement selon l'évolution de l'épidémie. Ce plan d'action a pour objectif de décliner de manière opérationnelle les recommandations qui visent à gérer la situation sanitaire du pays en fonction de l'ampleur et sa diffusion géographique de l'épidémie.

En août et septembre, l'activation du niveau 3 de « vulnérabilités élevée » s'était déjà accompagnée du renforcement de la cellule de crise hospitalière des établissements MCO avec nomination d'un directeur médical de crise au niveau de chaque établissement et nomination d'un directeur référent en charge du reporting devant s'assurer de la mise à jour fiable des données dans SIVIC et le ROR, en particulier pour les capacités en lits de réanimation, soins intensifs et surveillance continue mais également du renseignement quotidien et exact des autres bases de données (MaPUI ; SI-DEP ; Plate-forme DREES...).

Les modalités opérationnelles de mise en œuvre à l'échelle de chaque établissement relèvent naturellement de la responsabilité de chacun des acteurs, fondés à déployer le dispositif le plus adapté à sa situation particulière.

Au stade de la déclaration de l'état d'urgence sanitaire (EUS) en octobre 2020 dû à l'accélération de l'épidémie et compte tenu de l'impact particulièrement important sur les services de réanimation et de médecine, le directeur général de l'ARS PACA par courrier du 03 novembre 2020 a demandé aux directeurs d'établissements de santé, dans certains départements de la région, de procéder sans délai à une déprogrammation des activités médico-chirurgicales non urgentes ou pouvant être différées et ce pour une période de 4 semaines dans le cadre de l'article R3131-14 du Code de la Santé Publique.

Il est demandé aux établissements SSR d'activer leur plan blanc et de mettre en place la gouvernance de gestion de crise à l'instar des établissements MCO.

2/ MESURES DE CONTROLE

Le virus circule activement : il est plus que jamais impératif de limiter l'apparition de nouvelles infections. La stricte application des mesures barrières de distanciation physique et de protection des populations les plus vulnérables doivent être maintenues.

Il convient d'apporter une vigilance particulière aux règles d'hygiène à l'intérieur de l'établissement en les relayant régulièrement auprès du personnel.

Les établissements pourront s'appuyer notamment sur les équipes opérationnelles d'hygiène et les recommandations mises ligne par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H).

Le respect strict des mesures barrières

Maintien des règles de distanciation physique et de protection matérielle :

- Respect des distances minimales (1 mètre au moins de chaque côté) pour éviter une contamination respiratoire par gouttelettes et manuportée

- Port du masque obligatoire pour les soignants (chirurgical) et les patients.
- Les consignes de port de masque peuvent être adaptées en fonction :
 - ✓ de la tolérance individuelle qui peut être limitée pour certaines pathologies
 - ✓ de certaines activités ne permettant pas le port du masque (chambre, réfectoire, activité physique....)
 - ✓ de la configuration des locaux (permettant ou non les mesures de distanciation)
- Hygiène des mains : lavage des mains et mise à disposition de solution hydro-alcoolique (SHA). L'achat de SHA pouvant représenter un coût qui peut être un obstacle pour certaines familles, les bonnes pratiques de lavage des mains doivent être systématiquement rappelées, expliquées et appliquées. Elles sont reproductibles par tous.

Ces règles doivent être rappelées par affichage et à chaque début de séance par les soignants qui s'assurent qu'elles sont comprises et appliquées par tous.

Le Ministère chargé de la santé a mis en ligne des ressources documentaires spécifiques avec infographie simplifiée (affiches adaptées, vidéos etc.) pour informer vos patients et professionnels de santé sur l'épidémie COVID-19 ²⁴.

Rôle des équipes opérationnelles d'hygiène

Les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) peuvent vous accompagner afin d'apporter leur expertise sur la situation sanitaire et les mesures à prendre en matière d'hygiène. Parallèlement, certains centres hospitaliers ont organisé leurs EOH en équipe mobile d'hygiène (EMH) pouvant intervenir dans un cadre conventionnel.

En période de crise, ces EMH peuvent accompagner dans la gestion des risques liés à l'épidémie :

- Aide à la gestion de cas covid au sein de l'établissement
- Aide à l'organisation de la structuration des unités COVID dans les établissements
- Aide à la protocolisation concernant le nettoyage, la gestion du linge, la gestion des excréta, la gestion des déchets (DASRI)...

A ce jour, tous les territoires ne sont pas couverts et un accompagnement peut être sollicité auprès du CPIAS. Coordonnées du CPIAS : cpias.paca@ap-hm.fr

Coordonnées des EMH (voir tableau ci-après)

DPT	ETABLISSEMENT	INTITULE	IDENTITE RÉFÉRENT	MAILS
04	GHT 04		Dr Nicole MORATI	morati.n@ch-manosque.fr
05	CHI de GAP (CHICAS)		Dr Colette Gerbier	Colette.GERBIER@chicas-gap.fr
06	CH GRASSE	LE FELIN	Dr Nadine NÉGRIN	n.negrin@ch-grasse.fr
06	CHU NICE	CHU NICE	Dr Thierry FOSSE	fosse.t@chu-nice.fr
13	CH Salon de Provence	LINEHPAD	Dr Emmanuelle JOSEPH	emmanuelle.joseph@ch-salon.fr
13	CH Aubagne	CoClin	Dr Anne DAVIN REGLI, responsable du CoCLIN	aregli@ch-aubagne.fr
13	CHI Aix Pertuis	EMH_EMS	Dr Laurence MAULIN Dr Caroline GRAND	cgrand@ch-aix.fr
83	CH HYERES	EMH Var Ouest	Dr Philippe CARENCO	pcarenco@ch-hyeres.fr mtexier@ch-hyeres.fr
83	CH Pierrefeu	EMH Var_EMS PH	Dr Catherine ROMOLI	catherine.romoli@ch-pierrefeu.fr
84	CH Avignon	INTERCLIN 84	Dr Florence POSPISIL	fpospisil@ch-avignon.fr

²⁴ site <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/dans-les-etablissements-de-sante-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge>

Les locaux

Préalable : identification d'une chambre ou box de mise à l'isolement en cas de suspicion de COVID +

Chaque établissement de santé doit identifier une chambre ou box de mise à l'isolement dans l'attente du transfert ou du retour à domicile d'un patient qui présenterait des manifestations cliniques en faveur d'une Covid-19 à l'arrivée ou lors du déroulement d'une séance.

L'établissement de santé doit disposer d'une procédure permettant de procéder ou de faire procéder rapidement à un test biologique par RT-PCR et identifier le circuit de soins adapté en lien avec le service hospitalier référent ou le médecin traitant suivant l'évaluation clinique du patient.

La survenue d'un cas au cours d'une hospitalisation en SSR déclenche la saisine de la Délégation Départementale de l'ARS afin d'organiser le contact tracing nécessaire. (cf.MARS du 7 mai 2020).

Accès aux locaux :

- Les déplacements des individus sont des sources potentielles de circulation du virus et donc de réapparition de zones à forte circulation virale.
- Pour chaque patient accueilli, l'équipe doit évaluer son mode de déplacement et le risque encouru. Les transports professionnalisés sont à privilégier par rapport aux transports en commun.

Zone d'attente :

- Les zones d'attente doivent permettre d'accueillir en toute sécurité les patients.
- Ceux-ci seront incités à respecter strictement les horaires de rendez-vous et à attendre au sein du véhicule en cas d'arrivée à l'avance.
- Chaque fois que cela est possible, les horaires d'arrivée seront étalés afin de permettre aux soignants de vérifier (1) l'absence de signes cliniques d'alerte et de contrôler (2) le lavage des mains et (3) le port du masque (distribution d'un masque chirurgical s'il n'en dispose pas).
- Les consignes seront également rappelées au groupe au début de chaque séance/ admission.

Zone de restauration :

- Si la restauration ne peut se faire qu'en espace collectif, l'organisation des espaces doit permettre le respect des règles de distanciation sociale.

Bureau de consultation :

- Le bureau doit être aménagé pour respecter la distance d'un mètre entre les personnes présentes.
- Il doit être aéré régulièrement et nettoyé de façon adaptée, tout comme le matériel qui sert d'intermédiation avec le patient.

Sanitaires :

- Les zones de lavage de mains seront clairement identifiées.
- Du savon et des serviettes à usage unique doivent être mis à disposition (séchage à l'air libre si ce dernier item n'est pas disponible).
- Pour mémoire, les solutés hydro-alcooliques nécessitent d'être utilisés sur des mains visuellement propres.

Ventilation²⁵ :

- Le contrôle des locaux avant l'accueil des patients doit permettre de vérifier les systèmes de ventilation, de traitement d'air et des installations aérauliques pour s'assurer qu'ils fonctionnent et sont entretenus correctement.
- Une aération régulière de l'ensemble des locaux doit être réalisée quand cela est possible.

²⁵ 17/03/2020 Avis relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients COVID-19

Les soignants –personnels de l'établissement

Le personnel identifié par le service de médecine du travail comme ayant au moins un facteur de risque fera l'objet, si possible, d'une évaluation et, selon le résultat de celle-ci, d'une adaptation du poste de travail. Si le risque est avéré, le soignant doit être écarté des activités de groupe et son intervention limitée à la prise en charge individuelle avec strict respect des mesures barrières ou au télésoin.

Le port du masque est obligatoire pour les personnels de l'établissement.

Enfin, si les soignants comme les patients ont su s'adapter aux conditions de travail à distance, il convient d'être particulièrement attentif au maintien d'une dynamique d'équipe.

Les patients

Avant toute admission, chaque patient fait l'objet d'une évaluation du bénéfice/risque du soin dans l'établissement de santé, soin individuel ou en groupe, soin à distance ou en présentiel.

Un projet thérapeutique spécifique est élaboré et régulièrement réévalué selon l'évolution de l'état sanitaire et de la propagation virale.

Pour les patients, un interrogatoire régulier doit permettre :

- D'identifier par un questionnaire ciblé (voir check-list en fin de document) l'apparition de symptômes de COVID-19 avant chaque venue.
- D'identifier les personnes de l'entourage présentant des facteurs de risque.
- D'évaluer les autres activités des patients comportant un risque de contamination.
- D'identifier les modes de transport utilisés (dans la vie quotidienne et pour se rendre dans l'établissement de santé). D'identifier le médecin traitant du patient si ces données n'ont pas encore pu être recueillies.
- En fonction des constatations médicales, un test de dépistage pour COVID-19 peut éventuellement être prescrit ; sans pour autant constituer une condition préalable à l'admission en SSR.

Lors du contact préalable à toute venue, il est recommandé aux établissements de santé SSR de présenter oralement et/ ou transmettre par écrit, au patient et/ou son entourage, des éléments synthétiques relatifs à l'organisation mise en œuvre dans l'établissement dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID 19 .

L'auto surveillance

Chaque personnel de l'unité et chaque patient qui fréquente l'unité doit intégrer des pratiques d'auto surveillance :

- Prise de température une fois/jour en cas de ressenti de symptômes suspects ;
- Signalement systématique de l'apparition de symptomatologie évocatrice de COVID 19 ;
- Sensibilisation sur les signes avant-coureurs : frissons ; asthénie, perte d'odorat, perte de goût (installation très progressive de la symptomatologie) puis fièvre, toux et courbatures ou diarrhée ;
- Signalement systématique de la survenue d'un cas suspect ou confirmé dans l'entourage.

3/ MISE EN PLACE DU CONTACT TRACING EN CAS DE PATIENTS OU PROFESSIONNELS DE SANTE DECLARANT UN COVID 19 AU SEIN DE VOTRE ETABLISSEMENT.

Les instructions concernant le contact tracing diffusées aux établissements de santé s'adressent à tout établissement de santé y compris SSR. Ils convient de s'y référer.

B/ PRISES EN CHARGE DES PATIENTS

1/ PRINCIPES D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN SOINS

Soins à Distance

- Les consultations téléphoniques ou en visioconférence se sont montrées souples pendant le confinement et ont donné d'excellents résultats pour certains patients :
 - o Quand elles se sont révélées adaptées et qu'aucun besoin impérieux d'évaluation en présentiel n'émerge, les soins individuels peuvent être réalisés sur ce mode.

- Des activités de groupe peuvent être également proposées par visioconférence.
- La vidéoconférence qui doit être sécurisée, permet également de voir le patient dans son environnement, cette visite à domicile virtuelle permet de mieux appréhender le contexte familial.
- En date du 14 mai 2020, l'ATIH a émis des consignes de recueil et un codage spécifique pour les actes de télé-réadaptation (cf. site de l'ATIH).

Soins en Présentiel

- Les prises en charge individuelles en présentiel sont à maintenir pour les patients les plus « urgents » pour lesquels le soin à distance n'est pas suffisant et dont les besoins de soins sont les plus élevés.
- Les indications sont à définir en équipe pluridisciplinaire en fonction des échanges téléphoniques et de l'évaluation de la situation clinique.
- Le type de consultations individuelles : entretiens infirmiers, psychologiques et médicaux en présentiel sont proposés en fonction des besoins et des possibilités de soins offertes par les personnels soignants mobilisables.

Zone d'activité de groupe et plateau technique

- L'utilisation des plateaux techniques se fait de façon adaptée avec port du masque obligatoire et en limitant le nombre de patients pour permettre le respect des gestes barrières :
 - ✓ Respecter la distance d'un mètre entre les personnes présentes ;
 - ✓ Aérer les salles fermées 10 à 15 minutes entre chaque groupe et les nettoyer de façon adaptée. Les équipes d'hygiène hospitalière seront sollicitées à ce sujet ;
 - ✓ Eviter le transfert de matériel entre patients.
- Le matériel utilisé pour les activités doit être nettoyé de façon adaptée.
- Les balnéothérapies non chlorées seront fermées et l'accès aux balnéothérapies chlorées sera restreint en s'appuyant sur une analyse bénéfique/risques pour les patients concernés.
- Les activités de plein air lorsque les conditions météorologiques le permettent peuvent toujours être proposées quand la structure bénéficie d'un jardin ou d'un espace aéré.
- Les activités extérieures à la structure s'effectuent selon les consignes gouvernementales en considérant que les activités thérapeutiques en dehors de l'établissement de soin restent dépendantes de la réglementation locale sur la pratique des activités physiques et soumises aux consignes appliquées aux établissements recevant du public (ERP).

2/ HOSPITALISATION COMPLETE

Accueil des patients

L'accueil des patients intégrant l'hospitalisation complète sera soumise aux conditions décrites ci-après²⁶ :

Les admissions sont organisées de manière à réaliser une évaluation initiale de l'état de santé somatique du patient.

a/ Admission de patients non covid en SSR

Dans les 48h précédant l'arrivée d'un patient dans l'établissement de soin, le médecin du SSR interrogera celui-ci ou le service prescripteur afin de dépister des signes de COVID-19 et/ou des facteurs de risques dans l'entourage.

Selon le résultat de cette analyse multicritère, il peut être préconisé un test de dépistage COVID 19 à l'admission (sans pour autant être une condition d'admission en SSR) et le maintien du patient en chambre individuelle dans l'attente du résultat.

En cas de résultat positif, et en fonction de l'analyse de l'état clinique et d'une analyse complémentaire multicritère, il sera mis en place soit une mise à **l'isolement, accompagnée d'une prise en charge médicale adaptée, pour une durée qui doit être égale à 7 jours pleins** soit un transfert en unité dédiée COVID en fonction de la gravité des symptômes.

²⁶ Mars n° 79 septembre 2020 - Recommandations applicables aux établissements de santé autorisés aux soins de suite et de réadaptation en situation de dégradation épidémique.

Durant la semaine qui suit la levée de l'isolement et en l'absence de signes symptomatiques, le risque résiduel peut être maîtrisé par le **port rigoureux du masque chirurgical**, et le **suivi scrupuleux des mesures d'hygiène et de la distanciation physique**. (Cf. avis du Conseil scientifique du 3 septembre 2020).

b/ Transfert de patients en SSR ayant présenté un COVID-19

Le HCSP²⁷ a actualisé ses recommandations relatives au délai de transfert et maintien des mesures de prévention en services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) des patients atteints de Covid-19.

Ce délai dépend de la gravité clinique et de l'existence ou non d'une immunosuppression.

- Pour les formes sans gravité chez un patient non immunodéprimé, **le transfert est possible au moins 7 jours après le début des signes cliniques ou de la date du prélèvement pour recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR et au moins 48 h après la fin des symptômes** (fièvre et signes respiratoires) sous réserve du maintien des précautions de type gouttelettes et contact (distance physique, hygiène des mains, port du masque) pendant les 7 jours suivants.
- Pour les **patients immunodéprimés ou ayant une forme grave de Covid-19, le transfert est possible au moins 10 jours après le début des signes cliniques ou de la date du prélèvement pour recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR et au moins 48 h après la fin des symptômes** (fièvre et signes respiratoires) sous réserve du maintien des précautions de type gouttelettes et contact (distance physique, hygiène des mains, port du masque) pendant les 14 jours suivants.
- En cas de découverte fortuite d'une infection par le SARS-CoV-2 chez un patient asymptomatique hospitalisé, il est nécessaire de respecter des précautions complémentaires gouttelettes et contact pendant les 7 jours (14 jours si patient immunodéprimé) après la date du premier test RT-PCR SARS-CoV-2 positif.

Au-delà de ces délais, les précautions complémentaires (hygiène des mains, masques, distanciation physique) peuvent être levées et la réalisation d'un test RT-PCR SARS-CoV-2 sur prélèvement naso-pharyngé n'est pas recommandée. **En revanche, en cas de transfert avant ces délais, la détermination de la valeur du CT (cycle threshold) lors du test RT-PCR peut orienter la conduite à tenir : en effet un CT inférieur ou égal à 33 contre-indique le transfert.**

L'arrivée dans le SSR du patient se fera sur rendez-vous afin de limiter le croisement et le flux de personnes à l'entrée du centre.

Le port d'un masque est exigé à l'entrée de l'établissement pour le patient. Une solution hydro-alcoolique sera mise à disposition par l'établissement de santé pour nettoyage systématique des mains.

Un seul accompagnant familial sera admis par patient, il devra porter un masque.

Circulation des patients

Les patients devront respecter les gestes barrières et le port du masque dans l'établissement.

Il est recommandé à l'établissement de santé de mettre en place des circuits de circulation, dans la mesure du possible et selon la configuration architecturale des bâtiments, permettant de limiter les croisements et flux de patients à certains endroits.

Accueil en chambre

Les patients seront logés dans leurs chambres avec le respect des règles de distanciation en cas de chambre double.

Education thérapeutique

Les activités d'éducation thérapeutique seront réalisées en respectant les consignes de distanciation.

²⁷ HCSP- avis relatif au délai de transfert en SSR ou en Ehpad des patients ayant présenté un Covid-19 - 23 octobre 2020 mis en ligne le 02 novembre 2020.

Les Activités Physiques Adaptées (APA) seront de préférence réalisées en extérieur lorsque les conditions climatiques le permettent ou en petit groupe en salle dans des espaces suffisamment grands et aérés.

En cas de nécessité de transport hors établissement pour les activités thérapeutiques, le déplacement sera réalisé en respectant les consignes avec un siège laissé libre entre deux patients ou à défaut port du masque pour toutes les personnes présentes dans le véhicule.

Visites-permissions

Le maintien du lien social pour les patients est indispensable.

Les visites en établissement de santé SSR seront maintenues dans la mesure du possible (sauf cas particulier) en respectant la distanciation, les mesures barrières dont le port du masque obligatoire y compris pour les visiteurs.

La Direction de l'établissement de santé, dans le cadre de son pouvoir réglementaire d'organisation des visites et après avis médical, pourra décider, si elle l'estime nécessaire, un encadrement des visites selon une **organisation permettant une maîtrise et une régulation des demandes de visites** (visite sur RDV, à la demande du patient, 1 à 2 visiteurs maximum par visite, lieu dédié aux visites si possible, traçabilité des visites etc).

L'organisation des visites dans des espaces dédiés à cet effet sera privilégiée par rapport aux visites en chambres, si la situation médicale du patient le permet.

Pour les visites en chambre, elles seront limitées à 1 seul visiteur à la fois.

Un modèle de charte de visite est proposé en annexe de ce document ainsi qu'un modèle de questionnaire à destination des visiteurs si nécessaire. Ces modèles de document s'inspirent de ceux diffusés pour les visites en EHPAD ou en établissement médico-social. Il s'agit d'une trame indicative qui peut être adaptée par le directeur en fonction de chaque établissement.

Autorisations de sortie de courte durée (permissions) :

Compte tenu de l'intensité de la circulation virale, elles seront temporairement supprimées sauf cas particulier apprécié par le directeur après avis médical.

3/ HOSPITALISATION DE JOUR

L'objectif premier des SSR consiste à maintenir leur capacité de réponse aux demandes venant du MCO, pour les patients covid + comme pour les patients relevant d'autres filières, tout en adaptant leurs organisations à la prise en charge de patients fragiles et vulnérables.

A ce jour, compte tenu des consignes de déprogrammation des activités médico-chirurgicales dans certains départements, il convient d'apprécier au cas par cas la l'opportunité de maintenir les activités en hospitalisation de jour.

Si l'activité est maintenue, une attention particulière sera portée sur la balance bénéfique/risque d'un soin en hospitalisation complète par rapport à une hospitalisation de jour ou à un télésoin.

En ce qui concerne les locaux, outre les préconisations du chapitre Généralités, le circuit des patients de l'HDJ est distinct de celui de l'Hospitalisation complète.

Une attention particulière doit également être portée aux zones d'attente, vestiaires individuels des patients, etc.

Il convient de limiter le nombre de patients présents sur les plateaux techniques pour permettre la distanciation physique et ne devront pas être utilisés au même moment pour les patients d'HDJ et d'HC.

Si nécessaire, un étalement des prises en charge des patients sur une période plus longue peut être envisagé en fonction de la balance bénéfique/risque pour le patient.

La programmation des activités non essentielles pour le patient (analyse bénéfique/risque) pourra être adaptée :

- ✓ Réévaluation du programme thérapeutique individuel de chaque patient en fonction du contexte et des modalités de poursuite du traitement.
- ✓ Programmation différée des activités non urgentes a fortiori pour les patients à risque de développer une forme grave d'infection à la COVID 19 en cas de contamination .
- ✓ Anticipation et développement des prises en charge alternatives pour le retour à domicile, sous forme de télé réadaptation, possiblement associée à une prise en charge ambulatoire à domicile avec l'intervention de professionnels libéraux. En cas de besoin, le retour des patients à domicile peut associer les structures d'HAD présentes sur le territoire ou inclure la poursuite du projet de réadaptation en autonomie à domicile.

C/ SUIVI ET EVALUATION DE L'ORGANISATION MISE EN PLACE

Chaque établissement de santé adapte le schéma de prise en charge à son cas particulier et le décline en procédure.

La procédure est adaptée aux recommandations nationales actualisées selon l'évolution de la situation épidémiologique.

Chaque établissement de SSR doit se préparer à augmenter son activité de prise en charge à distance si la circulation virale venait à augmenter.

Pour anticiper cela, le personnel évalue pour chaque nouvel entrant les moyens disponibles pour le contacter et les moyens disponibles au foyer pour une connexion à distance.

D/ ANNEXES

1/ ANNEXE 1- Evaluation clinique du statut Covid d'un patient

CF. ANNEXE 1- Evaluation clinique du statut Covid d'un patient

2/ ANNEXE 2 - Facteurs de risque selon les données de la littérature

CF. ANNEXE 2 Facteurs de risque selon les données de la littérature

3/ ANNEXE 3 CHARTE DE VISITES

Ceci constitue un **exemple** de charte de visite sur le modèle de celle diffusée pour des établissements médico-sociaux. Cette trame nécessite d'être adaptée en fonction de chaque établissement.

PREAMBULE :

*La Direction, dans le cadre de son pouvoir réglementaire d'organisation des visites, autorise à nouveau les visites selon une **organisation précise**.*

*La présente charte **engage** l'établissement, les patients et les visiteurs.*

*L'objet de ces visites est de maintenir le **lien social** entre les patients de l'établissement et leurs proches et ce afin de lutter et/ou prévenir une détresse psychologique avec incidences sur leur état de santé.*

*Cet objectif vertueux ne doit pas faire oublier la nécessaire **maîtrise du risque de contagion**. Ce risque est par principe accru par toute visite.*

Un principe de confiance quant au scrupuleux respect des règles ci-après définies anime donc la présente charte.

Principes d'organisation

- Les visites se font à la demande ou selon la manifestation du besoin exprimé par le **patient**.

- Les visites peuvent être organisées sur prise de **rendez-vous**.
- Les visites s'effectuent dans un **lieu** identifié et aménagé spécifiquement. Si le déplacement vers ce lieu pour le patient est impossible ou délétère, les visites auront lieu dans la chambre du patient.
- **Un seul visiteur** est autorisé par visite, dans le cadre d'une visite dans la chambre du patient. Deux visiteurs peuvent être autorisés dans le cadre d'une visite organisée en extérieur ou dans une partie commune de l'établissement réservée à cet effet. Dans ce cadre, le lieu fera l'objet d'un protocole de désinfection entre chaque visiteur.
- **Si plusieurs proches veulent être visiteurs**, sans que ces derniers n'arrivent à un consensus pour décider de qui sera le visiteur de la semaine, la priorisation sera effectuée selon la décision du patient visité. Si ce dernier est dans l'incapacité de s'exprimer et/ou si l'équipe est dans l'incapacité de deviner le souhait du patient, il sera proposé la 1^{ère} visite au référent familial dûment identifié dans le dossier du patient. S'il n'y en pas ou si ce dernier ne souhaite pas venir, selon le même principe il sera proposé la visite à la personne de confiance, puis le tuteur le cas échéant et enfin les autres proches. Pour les visites qui suivent, l'identification des visiteurs prioritaires peut être la même ou prévoir un roulement entre les proches, sous couvert de la décision du patient et/ou si celui-ci est dans l'incapacité de s'exprimer sur la proposition de l'équipe pluridisciplinaire.
- **Afin de respecter l'équité entre tous les patients**, un roulement pourra être établi si nécessaire afin de garantir que chaque patient pourra recevoir une visite.
- Les visites n'ont lieu que **l'après-midi sur un créneau horaire** dont l'amplitude est comprise entre XXh et XXh (sauf le week-end et jours fériés où l'heure de fin de visite est fixée à XXh).

Préparation à la visite

- Le visiteur suit un **protocole** strict de préparation :
 - Lavage des **main**s et/ou application de solution hydro-alcoolique
 - Port du **masque** chirurgical ou, en cas d'impossibilité, d'un masque grand public
- Le visiteur respecte les **circuits** d'arrivée et de sortie indiqués par le personnel de l'établissement et ne peut y déroger.
- Le visiteur évitera autant que possible de **toucher** les objets, murs et rampes, poignées de porte, sur son chemin.

Pendant la visite :

- Une **distance** minimale de 1 mètre est respectée entre le visiteur et le résident.
- **Il est recommandé d'éviter tout contact physique**
- Le visiteur ne peut déroger au parcours imposé par l'équipe de l'établissement et ne peut aller d'une pièce à une autre (exemple : aller à la salle de soins pour demander des renseignements).

Fin de la visite :

- A la fin du créneau, le visiteur est **raccompagné** via un circuit de sortie dûment identifié.
- La même conduite que le **circuit** d'arrivée est à respecter s'agissant du circuit de sortie :
 - ⇒ Eviter autant que possible de toucher les objets, mobilier, mur, rampes, poignées de porte, etc. sur le chemin.
 - ⇒ Le visiteur est ensuite raccompagné jusqu'à la sortie.

En cas de non-respect de ces règles, le visiteur sera interdit de visite jusqu'à nouvel ordre. Lorsque le non-respect de ces règles amène un risque de contamination pour le patient, ce dernier est placé en confinement en chambre pour sa protection et celle de la communauté des patients et professionnels.

La Direction de l'établissement de santé XXX
2.3.5 EHPAD

FICHE 20 – INSTRUCTION A DESTINATION DES SAMU ET DES EHPAD - L'ORIENTATION MEDICALE DES PATIENTS EN EHPAD

Suite à plusieurs retours concernant des transferts de résidents "suspect COVID" vers les services d'urgences, la direction de l'organisation des soins a rédigé des fiches d'aide à la décision d'orientation et de régulation médicale pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé. Elles ont été adressées à tous les SAMU de la région et à tous les EHPAD.

Elles comprennent un logigramme d'aide à l'orientation du patient en fonction de ses signes de gravité, de son état général, de ses comorbidités, ainsi que des directives anticipées ou volontés renseignées sur son dossier médical.

Elles sont déclinées par département afin d'accéder aux coordonnées des hotlines gériatriques et des hotlines Soins palliatifs utiles.

Elles permettent également d'accéder au document rédigé par l'ARS concernant la stratégie de prise en charge des personnes âgées en EHPAD et au domicile, et d'accéder au schéma régional des HAD en PACA avec un annuaire des HAD par département.

Ces éléments sont surtout à destination des médecins coordinateurs d'EHPAD, et aux médecins traitants.

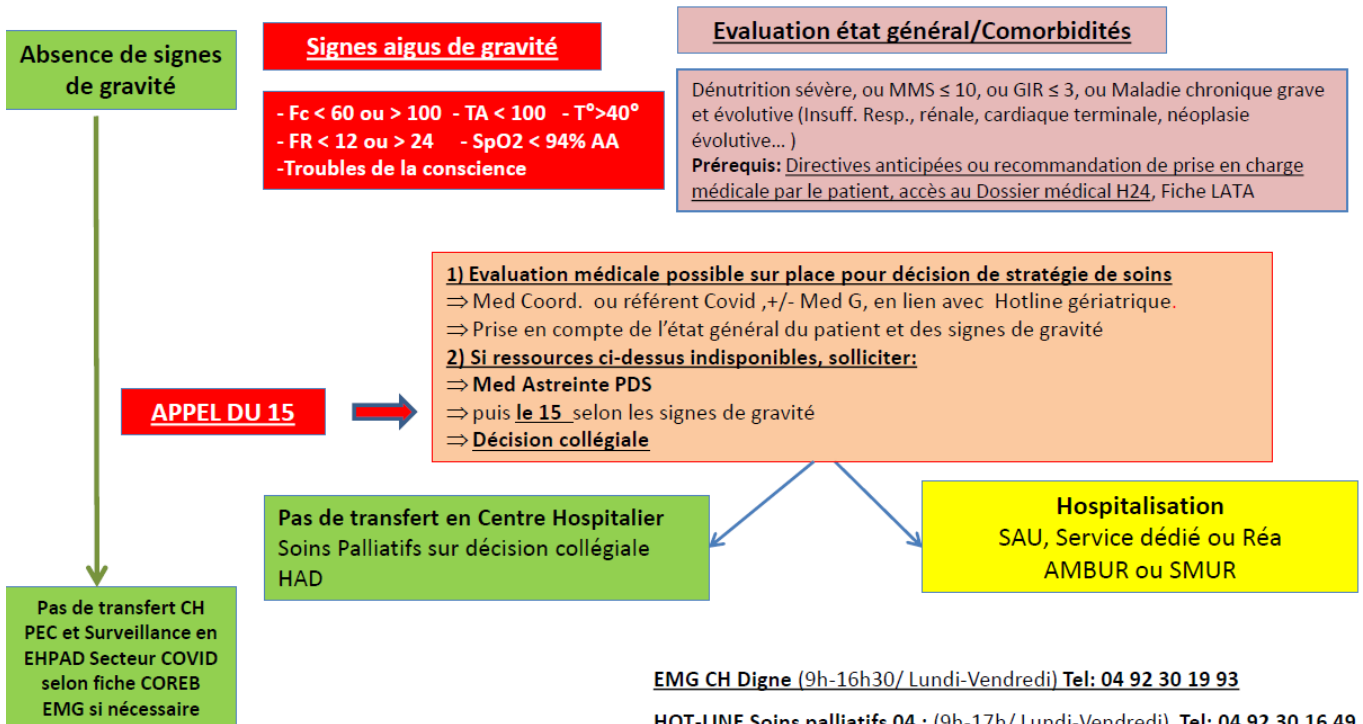
1/ Département des Alpes-de-Haute-Provence



Aide à la décision d'orientation et régulation médicale, pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

04

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => **Pas d'envoi systématique du patient au SAU**



HAD du département :
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile :
<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

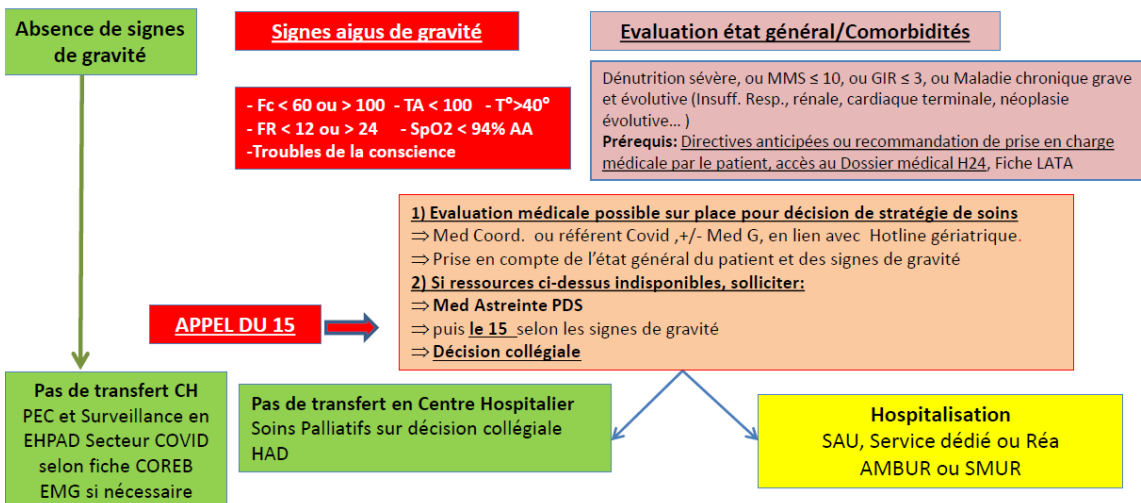
2/ Département des Hautes-Alpes



Aide à la décision d'orientation et régulation médicale, pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

05

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => Pas d'envoi systématique du patient au SAU



EMG CH Embrun : Tel: 06 46 84 40 92

HOTLINE Soins palliatifs 05 : (9h-17h/ Lundi-Vendredi) Tel: 04 92 40 69 16 / 04 92 40 67 07

8h30-12h30-13h30-17h/ Lundi-Vendredi)

EMG CH Gap-Sisteron : Tel: 04 92 40 77 25 (8h-18h/ Lundi-Vendredi) / Gériatre de garde : H 24

HAD du département : <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile :

<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

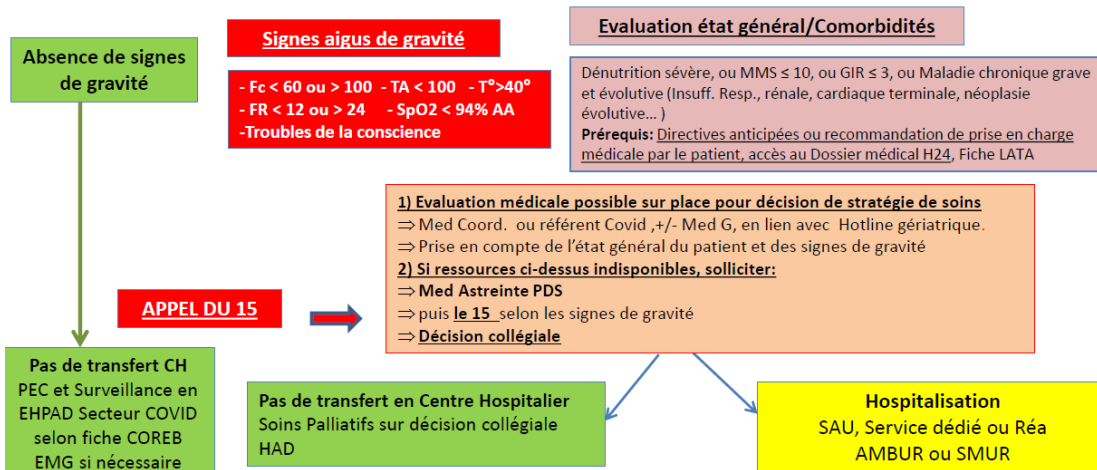
3/ Département des Alpes-Maritimes



Aide à la décision d'orientation et régulation médicale pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

06

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => Pas d'envoi systématique du patient au SAU



EMG CHU Nice : 04 92 03 40 52 (8h-17h/ Lundi-Vendredi)

EMG CH Antibes : 04 92 91 96 26 (8h-19h/ Lundi-Vendredi)

EMG CH Cannes : 04 92 91 96 26 (8h-19h/ Lundi-Dimanche)

EMG CH Grasse : 04 93 09 55 55 (8h-19h/ Lundi-Dimanche)

EMG CH Menton : 04 93 85 11 25 ((8h-17h/ Lundi-Vendredi)

HOT-LINE Soins palliatifs Alpes Maritimes Est :

06 24 34 46 81 (9h-17h/ Lundi-Vendredi)

HOT-LINE Soins palliatifs Alpes Maritimes Ouest :

04 97 24 82 98 (9h-20h/ Lundi-Vendredi et 9h-16h week-ends)

HAD du département :

<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile :

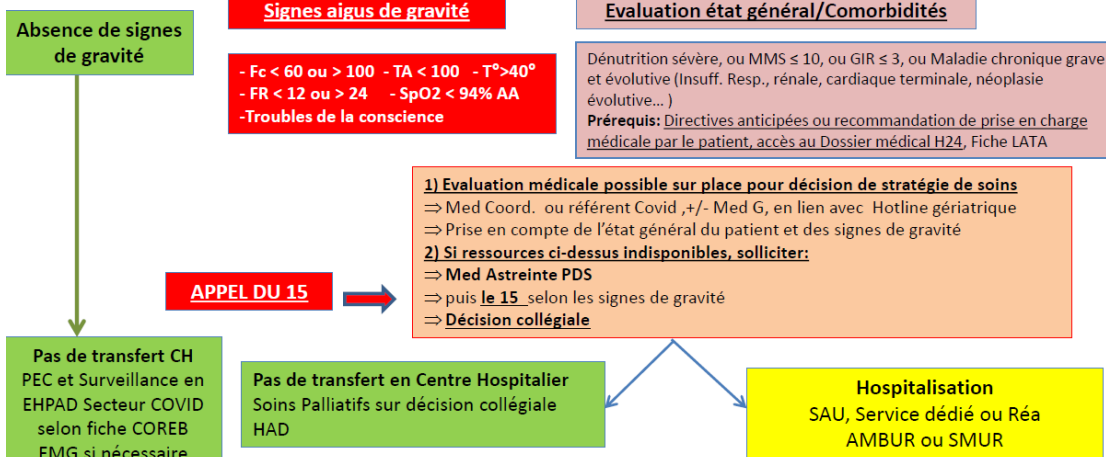
<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

4/ Département des Bouches-du-Rhône

Aide à la décision d'orientation et régulation médicale pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

13

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => Pas d'envoi systématique du patient au SAU



EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE MARSEILLE
Hotline COVID APHM : 04 91 96 45 55 (9h-17h / Lundi-vendredi)
EMG HOP SAINT JOSEPH : 04 91 80 82 80 / 06 28 71 21 89 (9h-18h / L-V)
EMG HOPITAL EUROPEEN: 04 91 80 82 80 / 04 13 427 46 (9h-18h / L-V)
CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL : 06 45 37 29 91 (9h-18h / Lundi-Vendredi)

HORS MARSEILLE
EMG AIX: 04 42 33 55 61 / 04 42 17 18 74 (9h-18h- Lundi-vendredi)
EMG AUBAGNE: 04 42 84 71 66/ 06 09 34 73 10 (9h-18h- Lundi-vendredi);
EMG CH SALON DE PROVENCE : 04 90 44 90 85 (10h-16h - Sauf Merc.10h-12h)
EMG ARLES : 04 90 47 86 35 (8h30h-18h- Lundi-vendredi)
EMG MARTIGUES 04 42 43 28 65 (9h-18h- Lundi-vendredi)

HAD du département : <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

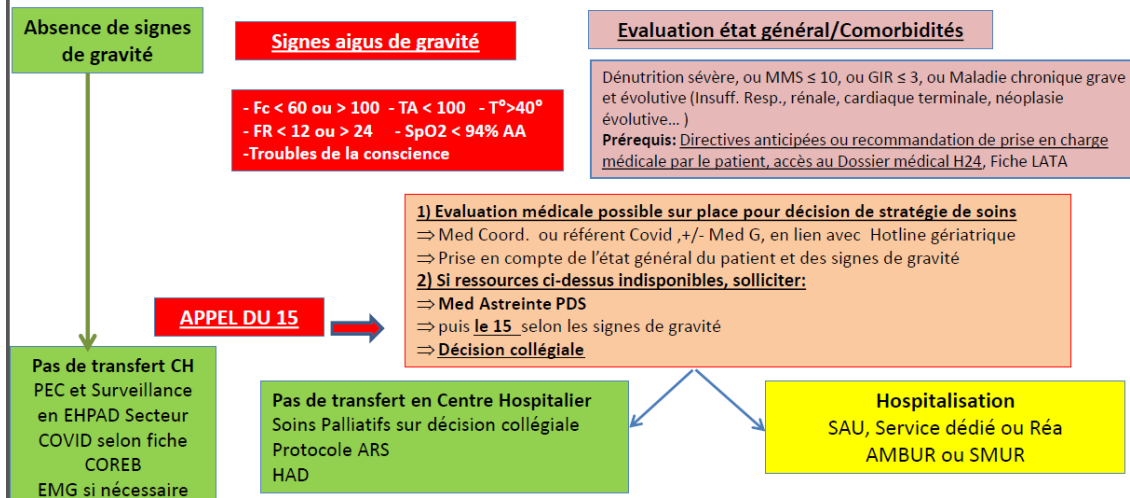
Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile : <https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

5/ Département du Var

Aide à la décision d'orientation et régulation médicale pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

83

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => Pas d'envoi systématique du patient au SAU



EMG CHITS : 04 94 14 56 41 (9h-16h30 sauf mercredi et vendredi 9h-12h30)
EMG CH Hyères : 04 94 00 10 62 (12h-16h30/mercredi et vendredi)
EMG CHI Fréjus St Raphael: 04 94 17 79 23 (8h30-18h30/ Lundi-Dimanche)
EMG CH Draguignan: 04 94 60 55 91 (8h-17h/ Lundi-Vendredi)
EMG CH Brignoles: 06 30 51 21 27 (9h-17h/ Lundi-Vendredi)

HOT-LINE Soins palliatifs Var Ouest :
04 94 14 52 99 (9h-17h/ Lundi-Vendredi)
HOT-LINE Soins palliatifs Var Est :
04 94 60 50 98 (8h30-17h30/ Lundi-Vendredi)
06 11 58 36 12 (7/7)

HAD du département :
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile :
<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

6/ Département de Vaucluse



Aide à la décision d'orientation et régulation médicale,
pour un résident suspect COVID ou COVID confirmé

84

Organisation de l'EHPAD en « Zone COVID » et « Non COVID » => Pas d'envoi systématique du patient au SAU

Absence de signes
de gravité

Signes aigus de gravité

- Fc < 60 ou > 100 - TA < 100 - T° > 40°
- FR < 12 ou > 24 - SpO2 < 94% AA
- Troubles de la conscience

Evaluation état général/Comorbidités

Dénutrition sévère, ou MMS ≤ 10, ou GIR ≤ 3, ou Maladie chronique grave et évolutive (Insuff. Resp., rénale, cardiaque terminale, néoplasie évolutive...)

Prérequis: Directives anticipées, accès au Dossier médical H24, Fiche LATA

1) Evaluation médicale possible sur place pour décision de stratégie de soins

⇒ Med Coord. ou référent Covid, +/- Med G, en lien avec Hotline gériatrique
⇒ Prise en compte de l'état général du patient et des signes de gravité

2) Si ressources ci-dessus indisponibles, solliciter:

⇒ Med Astreinte PDS
⇒ puis **le 15** selon les signes de gravité
⇒ **Décision collégiale**

APPEL DU 15

Pas de transfert CH
PEC et Surveillance en
EHPAD Secteur COVID
selon fiche COREB
EMG si nécessaire

Pas de transfert en Centre Hospitalier
Soins Palliatifs sur décision collégiale
HAD

Hospitalisation
SAU, Service dédié ou Réa
AMBUR ou SMUR

EMG Avignon : 04.32.75.93.53 (9h-18h/ Lundi-vendredi)
EMG Apt : 04 90 04 20 37 / 06 13 86 16 73 (8h30-17h/ Lundi-Vendredi)
EMG Carpentras : 04 13 97 02 07 (9h-16h/ Lundi-Vendredi)
EMG Vaison : 04 90 36 54 50 (8h30-18h30/ Lundi-Vendredi)

HOT-LINE Soins palliatifs Vaucluse :
04 32 75 93 53 (9h-18h/ Lundi-Vendredi)
04 32 75 93 54 ou 55 (9h-18h/ Week-end)

Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissement et à domicile :
<https://www.paca.ars.sante.fr/covid-19-les-actions-mises-en-oeuvre-dans-les-ehpad>

HAD du département :
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2020-09/Sch%C3%A9ma%20HAD-09-2020.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1- EVALUATION CLINIQUE DU STATUT COVID D'UN PATIENT

Cette check-list prend en compte des manifestations cliniques d'apparition brutale dans le contexte épidémique actuel.

		Fréquence ²⁸
Fièvre²⁹ > 38° le matin et 38°3 le soir	<input type="checkbox"/>	Les 4 symptômes les plus fréquents
Toux	<input type="checkbox"/>	
Douleur musculaire (myalgie)	<input type="checkbox"/>	
Essoufflement (dyspnée)	<input type="checkbox"/>	
Fatigue (Asthénie) d'apparition récente et inexpliquée	<input type="checkbox"/>	Symptômes fréquents
Frissons	<input type="checkbox"/>	
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	
Maux de tête (céphalées en dehors de tout contexte migraineux)	<input type="checkbox"/>	
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	Symptômes peu fréquents mais qui peuvent être au 1 ^{er} plan chez les personnes âgées
Vomissements	<input type="checkbox"/>	
Perte d'odorat	<input type="checkbox"/>	
Perte de goût	<input type="checkbox"/>	
Absence de symptômes	<input type="checkbox"/>	
Contact dans les deux semaines précédentes avec une personne Covid (suspecte ou confirmée)	<input type="checkbox"/>	

²⁸ HCSP – avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS Cov2 – 5 mars 2020 et avis relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS Cov2 – 16 mars 2020

CDC – Watch for symptoms –self check n date du 30/04/2020 - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>

²⁹ HCSp – avis relatif à un contrôle d'accès par prise de température dans la préparation de la phase de déconfinement en lien avec l'épidémie à Covid-19

ANNEXE 2 - FACTEURS DE RISQUE SELON LES DONNEES DE LA LITTERATURE

<i>Facteurs de risque selon les données de la littérature</i>	
les personnes âgées de 65 ans et plus	<input type="checkbox"/>
les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV*	<input type="checkbox"/>
les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications	<input type="checkbox"/>
les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment)	<input type="checkbox"/>
les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/>
les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)	<input type="checkbox"/>
les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2)	<input type="checkbox"/>
<i>Facteurs de risque en raison d'un risque présumé de Covid-19 grave</i>	
les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise : médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ; infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm ³ ; consécutives à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ; liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;	<input type="checkbox"/>
les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins	<input type="checkbox"/>
les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie	<input type="checkbox"/>
les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 3- DGS URGENT -STRATEGIE D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS A LA REPRISE EPIDEMIQUE - 15/10/2020



DGS Urgent

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
SOUS DIRECTION VEILLE ET SECURITE SANITAIRE

DATE : 15/10/2020

REFERENCE : DGS-URGENT N°2020-48

OBJET : STRATEGIE D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS A LA REPRISE EPIDEMIQUE

Professionnels ciblés

Tous les professionnels

Professionnels ciblés (cf. liste ci-dessous)

Chirurgien-dentiste

Ergothérapeute

Manipulateur ERM

Médecin-autre spécialiste

Infirmier

Masseur Kinésithérapeute

Médecin généraliste

Audioprothésiste

Autre professionnel de santé

Orthopédiste-Orthésiste

Pédicure-Podologue

Opticien-Lunetier

Orthoptiste

Orthophoniste

Podo-Orthésiste

Sage-femme

Diététicien

Pharmacien

Psychomotricien

Orthoprothésiste

Technicien de laboratoire
médical

Zone géographique

National

Territorial

A l'attention des professionnels de ville

Mesdames, Messieurs,

Le présent message DGS-Urgent vise à rappeler le contexte épidémiologique actuel (1) et son impact sur les acteurs du système de santé (2). Il présente également la stratégie d'adaptation de l'offre de soins, à laquelle participe les professionnels de ville (3).

1. Le contexte épidémiologique

La situation épidémiologique actuelle objective une très forte circulation du virus sur le territoire avec toutefois des différences entre les départements. A ce jour, 74 départements sont classés en zones de circulation active (ZCA). Des mesures de freinage complémentaires ont été mises en œuvre au sein des métropoles.

CE MESSAGE COMPORTE 3 PAGES – Pour toute question, contactez votre ARS

En parallèle, on note des indicateurs issus de l'offre de soins illustrant une mobilisation croissante tant en pré-hospitalier qu'hospitalier avec une reprise soutenue des admissions dans les établissements de santé que ce soit dans les services de réanimation mais aussi en hospitalisation conventionnelle. La reprise épidémique se conjugue, en effet, à un haut niveau d'activité hospitalière lié au rattrapage des activités déprogrammées durant le second trimestre, avec des plateaux techniques opératoires fortement mobilisés et un niveau d'activité qui rejoint celui de 2019 dans de très nombreuses régions, voire le dépasse.

Les modélisations faites par l'Institut Pasteur dans certaines régions indiquent d'ores et déjà que leur capacité régionale pourrait être dépassée dans les prochaines semaines. Dans ce cadre, le système de santé doit être totalement mobilisé afin de pouvoir prendre en charge les patients COVID+ et assurer la qualité et la sécurité des soins pour les autres patients.

Cette nécessaire évolution doit engager l'ensemble des acteurs tant au niveau régional que national.

2. L'impact de la reprise épidémique sur les acteurs du système de santé

L'impact de l'épidémie sur l'organisation se caractérise d'abord par une forte mobilisation des acteurs de ville, tant dans le dépistage que pour la prise en charge des patients.

A l'hôpital, la reprise épidémique impacte, en premier lieu, les activités de médecine en lien étroit avec la médecine de ville. Ces services connaissent d'ailleurs une sollicitation plus importante liées à des évolutions de prise en charge requérant moins de soins réanimatoires, l'âge des patients et une articulation renforcée avec les EPHAD.

Aujourd'hui, l'impact de la Covid est aussi croissant sur les services de réanimation et plus largement sur l'ensemble de la filière soins critiques pré- et post-réanimation dans un contexte de mobilisation concomitante pour des patients Covid et non-Covid (soins programmés et reprise de l'activité « polytraumatisé »).

L'enjeu est donc, dans de nombreuses régions, d'organiser simultanément, et pour les patients Covid et pour les patients non-Covid, la filière médecine en lien étroit avec la ville, l'HAD et les EHPAD d'une part et la filière de prise en charge de soins critiques, médecine et SSR d'autre part.

3. La stratégie d'adaptation de l'offre de soins

Une organisation territoriale pilotée par les ARS

Pour organiser la réponse de l'offre de soins, les ARS pilotent la gouvernance territoriale au niveau de chaque région. Cette gouvernance a vocation à mettre en réseau l'ensemble des acteurs (SAMU, établissements de santé publics et privés, URPS, établissements et services médico-sociaux, etc.), afin de disposer d'une vision partagée de la situation et de ses évolutions ; de déployer une organisation territoriale adaptée aux besoins des patients en coordonnant l'ensemble des acteurs et de mettre en œuvre la stratégie régionale de l'ARS dans le cadre du plan ORSAN REB.

CE MESSAGE COMPORTE 3 PAGES – Pour toute question, contactez votre ARS

La structuration de la filière de prise en charge ambulatoire

Une vigilance forte des ARS est nécessaire sur la structuration et la fluidité de la filière de médecine. Celle-ci doit concerner, au vu des volumes, l'ensemble des acteurs publics et privés, et être organisée territorialement.

En tant que professionnels de ville, vous serez engagés à :

- Assurer la prise en charge en ville des patients Covid et des sujets contacts, ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière ;
- Assurer l'amont et l'aval des hospitalisations conventionnelles, pour les retours des patients Covid à leur domicile, mais également pour les sorties précoces des patients hospitalisés non Covid ;

par le biais d'une instance de régulation territoriale partagée et commune sous l'égide de l'ARS et avec les acteurs du territoire (via les URPS notamment).

L'implication des pharmaciens d'officines est majeure au sein de cette prise en charge, *via* notamment la délivrance de masques de protection aux patients atteints de la Covid, cas contact et personnes vulnérables à risque de développer une forme grave.

Concernant l'arrêt de l'approvisionnement en masques *via* les stocks de l'Etat, un message spécifique vous sera adressé prochainement.

L'implication de tous les acteurs dans la sensibilisation des patients sur les préconisations pour diminuer la transmission du virus est essentielle notamment vis-à-vis des patients les plus vulnérables et de leurs proches.

Merci pour votre mobilisation.

Katia Julienne
Directrice générale de l'offre de soins

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

CE MESSAGE COMPORTE 3 PAGES – Pour toute question, contactez votre ARS

ANNEXE 4- MINSANTE N°165 – ARRET DE LA DISTRIBUTION DU STOCK ETAT DE MASQUES ET EPI ET EVOLUTION PROCHAINE DES MODALITES DE DISTRIBUTION DU STOCK ETAT EN CAS DE CRISE OU DE FORTES TENSIONS D'APPROVISIONNEMENTS – 02/10/2020



MINSANTE / CORRUSS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 02/10/2020

REFERENCE : MINSANTE N°165

OBJET : ARRET DE LA DISTRIBUTION DU STOCK ETAT DE MASQUES ET EPI ET EVOLUTION PROCHAINE DES MODALITES DE DISTRIBUTION DU STOCK ETAT EN CAS DE CRISE OU DE FORTES TENSIONS D'APPROVISIONNEMENTS

Pour action

Pour information

Mesdames, Messieurs,

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 la sécurité sanitaire des personnels de santé dans l'exercice de leur mission, et la limitation au maximum de 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, comme annoncé fin juillet. Les établissements et professionnels de santé et médico-sociaux sont invités à reprendre leurs commandes auprès des circuits habituels. En l'absence de tension d'approvisionnement, un retour au droit commun de la commande publique pour les établissements qui y sont assujettis a lieu, via les marchés passés habituellement, soit directement, soit par l'intermédiaire de centrales d'achat.

La semaine du 3 octobre (S41) sera 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).

1) ANTICIPATION DE LA FIN DU DISPOSITIF EN FIN DE SEMAINE 41 : UN FLUX POUSSE MODULE

A) *Une distribution adaptée via les établissements supports de GHT qui prend fin en S41*

La distribution de masques et d'EPI se poursuit sur la semaine 41 en flux poussé selon les contingentements concertés en semaine 40 avec les ARS, en tenant compte de la doctrine issue des recommandations des sociétés savantes, via les établissements supports GHT. Des flux urgents de réassort sont toujours possibles en direction des établissements et services en difficulté.

Les GHT continuent donc à recevoir des masques chirurgicaux et FFP2, et des EPI (notamment des blouses et des gants, actuellement en tension) jusqu'à la fin de la semaine 41. Des tableaux de répartition et de modulation des dotations ont été envoyés à cet effet.

CE MESSAGE COMPORTE 3 PAGES

Une attention particulière est portée aux établissements et services du secteur médico-social, et notamment à l'approvisionnement des services d'aide à domicile, dans cette phase de transition, compte tenu de leur positionnement en fin de chaîne logistique actuelle.

B) Un flux tiré vers les officines qui commandent aux grossistes-répartiteurs

Le Centre des Spécialités Pharmaceutique poursuit jusqu'en S40 ses demandes de livraison de Santé Publique France à destination des officines de pharmacies, qui font remonter leurs besoins via leur grossiste répartiteur principal. Ces livraisons, qui arriveront en officine en semaine 41 et 42 a priori, restent destinées aux professionnels de santé et aux personnes malades, contact ou à très haut risque médical, sur prescription médicale ou sur indication de l'Assurance maladie, ainsi qu'aux salariés de particuliers employeurs intervenant auprès de personnes vulnérables. Des flux urgents de réassort sont toujours possibles en direction des grossistes-répartiteurs en difficulté. La distribution du stock Etat par les officines est autorisée jusqu'au 30 octobre afin de permettre l'écoulement du stock restant. Les professionnels libéraux et les salariés de particuliers employeurs intervenant auprès de personnes vulnérables font l'objet d'une veille dédiée dans cette phase de fin du dispositif.



2) ACCOMPAGNEMENT AU RETOUR A UN FONCTIONNEMENT « NORMAL »

Conscient des conséquences que la bascule pourrait avoir sur certains établissements, notamment les plus petits, et d'une forte tension sur les gants, le ministère adapte la fin de la doctrine de distribution sur le schéma suivant.

A) La reconstitution des stocks de sécurité de chaque acteur, avec le soutien et la mobilisation des ARS

Il revient aux Agences régionales de Santé de s'assurer que les dernières distributions permettent aux acteurs de constituer leur stock de sécurité de 3 semaines, et de s'assurer à plus long terme que ces stocks sont constitués. Dans cette phase de reconstitution des stocks, une vigilance accrue est de mise en ce qui concerne les établissements du secteur médico-social, et notamment en ce qui concerne l'approvisionnement des services d'aide à domicile.

Si des difficultés à reconstituer les stocks apparaissaient, la Cellule de Coordination Interministérielle Logistiques et Moyens Sanitaires, intégrée désormais au Centre de crise sanitaire du Ministère de la Santé, prendra les remontées pour assurer sur le mois d'octobre des dotations complémentaires ponctuelles. A cet effet, les ARS utilisent l'application EPI-Stock et s'assurent de son remplissage.

B) Un secours ponctuel toujours possible

Les approvisionnements de secours, dit « de dépannage urgent » resteront possibles par la suite, sur demande des ARS adressée au Centre de Crise Sanitaire, pour tous les bénéficiaires actuels. Les dépannages entre établissements proches pour toute urgence doivent être privilégiés en première intention, si ces solutions ne peuvent être mises en œuvre, Santé Publique France se chargera de l'organisation de ce flux réservé aux urgences, qui doit permettre à tous de continuer à faire face à des situations ponctuelles de forte tension. Là aussi, l'outil EPI-Stock doit permettre de fluidifier les échanges pour ce premier niveau de gestion locale.

C) Une adaptation à la tension actuelle d'approvisionnement sur les gants

Compte tenu de la volatilité du marché des gants et des tensions d'approvisionnement constatées, des commandes massives de gants ont été réalisées. Cet approvisionnement sera mobilisé à destination des acteurs, via différents canaux de distribution décrits ci-après, à mesure de leur arrivée effective et en cohérence avec la constitution d'un stock stratégique à terme.

3) MISE EN ŒUVRE D'UNE NOUVELLE CHAÎNE LOGISTIQUE EN CAS DE TENSION MAJEURE SUR L'APPROVISIONNEMENT QUI NECESSITERAIT UNE MOBILISATION DU STOCK STRATEGIQUE

Le nouveau dispositif couvre l'ensemble des acteurs du système de prise en charge sanitaire, social et médico-social, en établissement comme en ville, via différents canaux, et repose sur 4 piliers :

Stock stratégique

- > Masques : 10 sem. de conso. de crise
- > Équipements de protection individuelle : activité Covid+ pour 29 000 patients et parfaitement activité des urgences, médico-social et ville
- > + stock de sécurité de 3 semaines dans les établissements et auprès des PS

Canaux de distribution

- > 4 canaux complémentaires : : officines, laboratoires, GHT et consortium
- > Alimentés par Santé publique France à partir du stock stratégique
- > Mobilisables dès le 1/10 (délai d'armement de 1 à 2 semaines)

Veille sur les stocks des établissements

- > Déploiement d'un outil de veille sur les stocks des établissements de santé et médico-social, accessible aux ARS : EPI-stock

Pilotage

- > Suivi des conditions d'achat et d'approvisionnement auprès d'établissements, de centrales d'achat et de fournisseurs : prix, délais...
- > Capitalisation faite sur les processus, outils et compétences

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 réalisée par La Poste à destination directe des établissements et en flux tirés est mise en place. 30 000 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics et privés, sont d'ores et déjà référencés dans le portail de commandes qui sera opérationnel en semaine 41.

A) En dehors des périodes de tension d'approvisionnement, un nouvel acteur accessible



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.

Schéma de la distribution des masques et EPI en dehors des périodes de tension d'approvisionnement. Les bénéficiaires s'approvisionnent via les acteurs usuels. Ils ont le choix de passer ou non par le Consortium (RESAH + UNIHA) qui a accès au portail du MSSE pour distribuer ses produits.

B) En période de tension, un outil de distribution qui assure la logistique du dernier kilomètre et rend plus autonomes les établissements

En cas de tension d'approvisionnement, ce dispositif, DISTRILOG-SANTÉ, 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.

Un reporting hebdomadaire aux ARS permettra de visualiser les commandes par établissement.

Schéma de la distribution des masques et EPI pour une période de tension. Le flux est tiré par la demande des bénéficiaires. Le réseau logistique de la Poste permet d'atteindre directement tous les bénéficiaires finaux sans surcharger les GHT.

Chaque ARS disposera via DISTRILOG d'un « stock régional » en sus des dotations contingentées des établissements pour la gestion des besoins urgents au sein de sa région, qui correspond à 10% de la dotation régionale. Il s'agit d'assurer localement des flux de dépannage ou de permettre à l'ARS de disposer de son propre stock pour des opérations ponctuelles.

En ce qui concerne les autres acteurs, les flux du stock Etat en cas de crise ou forte tension d'approvisionnement sont envisagés par les canaux suivants :

SSIAD	Santé Publique France via Consortium
SSAD	Santé Publique France via Officines
Professionnels de santé libéraux	Santé Publique France via Officines
Patients, cas contacts, personnes médicalement à risque	Santé Publique France via Officines
PSAD	Santé Publique France via ALLOGA
Laboratoires	Santé Publique France via DUTSCHER

Lien vers la page du site du Ministère qui contient les informations actualisées sur le dispositif DISTRILOG-SANTÉ :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/distri-log-sante>

Nous tenons à vous remercier pour votre implication et votre mobilisation tout au long de cette période de régulation nationale, et plus globalement sur toute la période de la crise sanitaire.

Katia Julienne
Directrice générale de l'offre de soins

Pr. Jérôme Salomon
Directeur général de la santé

CE MESSAGE COMPORTE 3 PAGES

ANNEXE 5-FICHE ARS – ADAPTATION DE L’OFFRE DE TRAITEMENT DU CANCER EN SITUATION DE REPRISÉ ÉPIDÉMIQUE COVID-19 – 04/10/2020

Fiche ARS

ADAPTATION DE L’OFFRE DE TRAITEMENT DU CANCER EN SITUATION DE REPRISÉ ÉPIDÉMIQUE COVID-19

1. Principes généraux

Les recommandations présentées ci-après s’entendent comme autant de leviers à actionner par les ARS et les établissements de soins (ES) en fonction de l’évolution de la situation épidémiologique Covid-19 et des possibilités de prise en charge locales/régionales/nationales. Elles tiennent compte de premiers éléments de retours d’expérience issus des travaux du comité national « Covid et Cancer » piloté par l’INCA en lien avec la DGOS et la DGS et s’appuient sur les préconisations pour l’adaptation de l’offre de soins des établissements accueillant les patients atteints de cancer dans le contexte de l’épidémie de Covid-19 (diffusées par MINSANTE 88 du 24 avril 2020) dont les grandes lignes restent valides en cas de reprise épidémique. Elles complètent les recommandations nationales d’organisation pour les prises en charge non Covid en période de reprise épidémique Covid-19 (diffusées par le MARS 82 du 24 septembre 2020). Il s’agit d’identifier les points de vigilance pour l’adaptation des actions à mener en fonction de la situation épidémique régionale et infra régionale.

2. Organisation de l’offre de soins

2.1. Organisation des territoires et des établissements de santé

Mettre en place dans chaque établissement de santé, une organisation progressive et adaptative pour le maintien des prises en charge en cancérologie (toutes modalités) en tenant compte de la situation épidémique locale et de l’organisation par paliers du capacitaire en réanimation :

- Organisation de « filières préservées de la Covid » en cancérologie limitant le risque de contamination nosocomiale, et diffusion de cette information. La réalisation de tests diagnostiques à la recherche de Sars-CoV2 avant les actes à risque d’aérosolisation et suivant les recommandations des sociétés savantes, peut contribuer à ces mesures;
- Organisation de la prise en charge des patients traités pour cancer et atteints de Covid-19 en préservant les possibilités de traitement dans des locaux ou à des créneaux horaires dédiés lorsque la réalisation des traitements du cancer ne peut être différée.
- Organisation de coopérations inter-établissements pour la continuité des soins des patients atteints d’un cancer en période épidémique, en veillant au maintien

d'un accès équitable aux soins et à la limitation des déprogrammations. Cette organisation en coopération peut, le cas échéant, être inter-territoires ou inter-régionale (avec des transferts de patients y compris par train ou avion¹) pour éviter les pertes de chance. Elle s'appuie en tant que de besoin sur les acteurs de ville et du premier recours ainsi que sur les établissements d'Hospitalisation à domicile (HAD), pour ne pas interrompre la poursuite des traitements et l'accès aux examens diagnostiques d'imagerie, de biologie et d'anatomopathologie ;

- Pour les situations locales de circulation épidémique élevée avec un palier maximum de mobilisation capacitaire en réanimation, garantir le maintien à l'échelle du territoire, de la région ou de l'inter-région :
 - d'une offre de recours en cancérologie (y compris par sanctuarisation d'une offre de chirurgie oncologique et de greffe hématopoïétique sur des sites identifiés pour concentrer l'accueil des patients concernés) ;
 - d'une filière d'accès aux soins de réanimation « hors Covid » permettant notamment la continuité des soins et la gestion d'éventuelles complications des traitements oncologiques médicamenteux, chirurgicaux ou interventionnels à risque. A cet effet, l'organisation progressive et adaptable de l'offre de soins en réanimation en fonction du capacitaire pour l'accueil des patients non Covid, prévue dans les recommandations nationales diffusées le 16 septembre 2020,² pourra également prévoir de réserver une partie d'une unité de réanimation voire un site de réanimation à une offre de prise en charge en réanimation « hors Covid » si l'organisation territoriale hospitalière le permet, en regard de l'intensité de la situation épidémique locale et en accord avec les équipes médicales de(s) l'(s)établissement(s) concerné(s).

2.2. Seuils

Dans ce contexte épidémique, la problématique des seuils d'activité de soins en cancérologie opposables aux titulaires d'autorisation ne doit en aucun cas constituer un frein à l'organisation des coopérations précitées. Une expertise est en cours au niveau national pour envisager la neutralisation de l'activité 2020 en cancérologie dans les contrôles des ARS sur le fondement de l'article L6122-13 du CSP, les visites de conformités et les procédures de renouvellement des autorisations, en cours ou à venir.

2.3. Autorisations exceptionnelles

Ces organisations peuvent mobiliser le recours aux autorisations exceptionnelles d'activité de soins dans un cadre sécurisé.³

¹ cf. MINSANTE du 16 septembre 2020 « Préparation à la prise en charge des patients en réanimation et post-réanimation en cas de dégradation de la situation épidémique »

² Arrêté du 16 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000042345133&dateTexte=&categorieLien=cid>



Ce dispositif permet par exemple d'organiser le déport de l'activité de soins autorisée sur un autre site avec le transfert de l'équipe compétente, sous condition de prérequis en termes de ressources humaines expérimentées, de plateau technique, et d'accès à des spécialistes ou aux soins critiques pour la gestion des éventuelles complications.

3. Parcours de soins du patient

Une vigilance accrue, en cas de rebond de l'épidémie, doit être portée à l'organisation du dépistage et des actes à visée diagnostique (imagerie dont mammographie, endoscopie, chirurgies à visée diagnostiques) dont les retards cumulés peuvent avoir une incidence forte sur les files d'attente en chirurgie. Tout dysfonctionnement constaté par exemple sur l'acheminement des examens et prélèvements devra être signalé au niveau local, régional ou national afin d'envisager rapidement les ajustements adaptés.

En toute circonstance, il doit être rappelé aux patients et usagers la nécessité de ne pas renoncer aux soins, actions de dépistage et de prévention dès lors que ceux-ci sont proposés par les professionnels de santé et établissements de soin.

Préserver autant que possible le maintien dans leurs fonctions des infirmiers de consultation d'annonce et des infirmiers de coordination en oncologie (IDEC). Ces personnels sont en effet essentiels à l'accompagnement, au suivi ou à la coordination des parcours des soins des patients atteints d'un cancer en période épidémique. Ils peuvent garantir le suivi, l'effectivité de la surveillance et de la continuité des soins au domicile ou l'observance d'une alternative thérapeutique en l'attente d'une reprogrammation des prises en charge éventuellement reportées.

Maintenir, même en mode dégradé, l'offre de soins de support (douleur, nutrition, soutien psychologique...). La poursuite des soins de support peut être favorisée par l'utilisation de la téléconsultation, y compris pour la prise en charge psychologique, l'activité physique adaptée et l'accès à un diététicien⁴.

4. Adaptations organisationnelles communes à toutes les prises en charge en oncologie

Garantir le maintien de RCP, notamment sous forme dématérialisée, qui devront s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques validées : avec l'appui éventuel des RRC, les RCP devront avoir identifié les référentiels sur lesquels elles s'appuieront pour les propositions thérapeutiques, en particulier en cas de recours à des alternatives thérapeutiques aux prises en charge « courantes » en situation de crise impactant l'organisation de ces dernières. Toutes les décisions d'alternatives thérapeutiques précitées et adaptations concernant la stratégie thérapeutique devront être validées collégialement et tracées dans le dossier patient.

⁴ Chapitre 4 de l'arrêté du 30 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGISLATION_2020-07-30_ARS000002000004&cidTexte=LEGISLATION_2020-07-30_ARS000002000004&cidTexte=LEGISLATION_2020-07-30_ARS000002000004

La priorisation des cas au sein de la file active pour assurer une équité de traitement et limiter les pertes de chance pourra bénéficier de la mise en place de RCP dédiées « Covid et cancer ».

Développer les adaptations de prises en charge permettant de limiter l'exposition au risque épidémique :

- Poursuite voire développement des alternatives thérapeutiques en ambulatoire (chirurgie ambulatoire et réhabilitation améliorée après chirurgie ; chimiothérapie en hospitalisation de jour ; chimiothérapie orale).
- Poursuite voire développement de la chimiothérapie injectable (notamment par voies sous-cutanée et intraveineuse) et des soins de support en HAD, en association avec un ou plusieurs établissements de santé autorisés à l'activité de soins de traitement du cancer par chimiothérapie.
- Développement des téléconsultations notamment pour le suivi des patients.
- Organisation de l'accueil et des soins aux patients atteints de cancer sur des plages horaires dédiées/étendues (ex dans les centres de radiothérapie).
- Organisation de la protection des patients (par exemple par questionnaire) et de dépistage du Covid-19 par PCR auprès des patients et personnels, conformément à la doctrine en vigueur, de manière à assurer un accueil et des prises en charge sécurisées.

Le développement de ces modalités de prise en charge doit s'accompagner d'une réflexion en amont autour des pré-requis en termes de compétences professionnelles, de filières de soins en cancérologie et d'organisation de la continuité de ces soins (y compris la gestion du suivi et des complications et l'accès aux soins critiques).

Veiller à l'intégration de l'activité de cancérologie, quelle que soit la modalité de traitement du cancer concernée, dans le cadre de l'organisation interne collégiale de la déprogrammation/reprogrammation des activités instaurée dans l'établissement³. Toute déprogrammation partielle ou totale décidée en raison du contexte épidémique et de son impact sur le maintien d'une activité (chirurgie, chimiothérapie, etc.) est prise en considération de ses conséquences sur la continuité des soins. Elle s'accompagne de mesures visant à garantir le rattrapage des soins et des interventions déprogrammées afin de garantir l'absence de perte de chance pour les patients. En tout état de cause, il convient d'assurer le suivi des patients dont la prise en charge en cancérologie a été déprogrammée. La reprogrammation des traitements doit se faire de façon à privilégier les situations d'urgence oncologique, à limiter les pertes de chance individuelles en tenant compte des enjeux collectifs et notamment de la taille des files actives. Il est nécessaire que le patient soit informé des causes du report et de la suite de l'organisation de sa prise en charge. Le transfert vers un autre établissement, un autre territoire peut, le cas échéant, être préférable pour limiter les pertes de chance, les bénéfices et les risques liés à cette option doivent être évalués et discutés avec le patient.

³ Recommandations nationales d'organisation pour les prises en charge non COVID en cas de reprise épidémique de covid 19 (diffusées par MINSANTE le 24 septembre 2020)

5. Dispositif de suivi de l'activité de traitement du cancer

L'ARS, grâce à la structuration d'une instance ou réunions régionales de régulation de l'activité de traitement du cancer qui peut prendre la forme d'un comité régional « Covid et cancer », en lien avec le réseau régional de cancérologie et avec l'appui du comité national « Covid et cancer », est amenée à poursuivre son accompagnement des établissements de santé et des professionnels de médecine de ville pendant toute la période de rebond de l'épidémie de Covid-19.

Ces structurations régionales, peuvent s'intégrer dans le cadre des instances régionales ou territoriales existantes par ailleurs, sous l'égide de l'ARS, en vue de favoriser la régulation territoriale de l'offre de soins pendant la période épidémique Covid-19.

Elles pourront être un moyen facilitateur pour favoriser une approche territoriale de l'organisation des filières de soins préservées en cancérologie, et une organisation des prises en charge entre établissements, selon les ressources sur un territoire donné. A cet effet, elles pourront prendre notamment appui sur les structures publiques ou privées de recours en cancérologie de la région et sur les GHT. Il s'agira d'inciter les acteurs à d'abord rechercher la solution la plus pertinente sur le territoire et de privilégier les solutions locales. En dernier recours, dans le cadre d'une gradation de la réponse, il pourra être envisagé des transferts de patients hors région.

Cet accompagnement régional au long cours du rattrapage d'activité en cancérologie et de l'organisation de la continuité des soins en cancérologie tient compte de l'évolution locale de l'épidémie ainsi que de l'organisation par paliers du capacitaire en réanimation.

À cet effet, des outils nationaux sont mis à la disposition de l'ARS (fast-track PMSI ; tableaux de bord INCa sur le suivi de l'activité en chirurgie oncologique mis en place dans le cadre des travaux du comité national « Covid et cancer » piloté par l'INCa, en lien avec la DGOS et la DGS).

ANNEXE 6-MARS 82 - FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE - RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION POUR LES PRISES EN CHARGE EN CAS DE REPRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19 - 24/09/2020

 <p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE</p>	<h1>MARS</h1> <p>Message d'Alerte Rapide Sanitaire</p>
--	--

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
CENTRE DE CRISE SANITAIRE**

DATE : 24/09/2020

REFERENCE : MARS n°2020_XX

OBJET : RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION POUR LES PRISES EN CHARGE NON-COVID EN CAS DE REPRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19

Pour action

Etablissements hospitaliers

Pour information

DGOS

ARS

SpF

DGCS

ARS de Zone

ANSM

Autre :

Mesdames, Messieurs,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint la fiche relative aux « RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION POUR LES PRISES EN CHARGE NON-COVID EN CAS DE REPRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19 ».

Merci de votre mobilisation.

Katia Julienne
Directrice générale de l'offre de soins

Signé

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

Signé

CE MESSAGE COMPORTE 1 PAGE – Pour toute question, contactez votre ARS

FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE

RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION POUR LES PRISES EN CHARGE NON-COVID EN CAS DE REPRISE EPIDEMIQUE DE COVID-19

La présente fiche a pour vocation de décrire la manière dont les établissements de santé doivent s'organiser pour maintenir une activité non-COVID en période de rebond épidémique.

Synthèse

Il convient que chaque établissement de santé dispose, le cas échéant par coopérations territoriales, d'une organisation progressive et adaptable en fonction du capacitaire organisé par paliers en réanimation, afin de :

- Garantir le maintien d'activités non-COVID en vue d'éviter les pertes de chances et d'assurer la continuité des soins ;
- Organiser, de manière collégiale et sur la base d'une analyse bénéfices/risques de la situation des patients, de nouvelles déprogrammations d'actes ou interventions si celles-ci sont rendues nécessaires au regard de la situation épidémique ;
- Envisager le déport de certaines activités sur un autre site hospitalier en utilisant, le cas échéant, le vecteur des autorisations exceptionnelles, afin de limiter les pertes de chances des patients ;
- Envisager la possibilité de transferts, y compris interrégionaux, de patients en situation de fortes pertes de chance.

Dans ce contexte de crise sanitaire, cette organisation doit impérativement s'effectuer en lien et en accord avec les recommandations de l'ARS qui assure la coordination régionale.

1. Les principes généraux pour maintenir une activité non-COVID

Catégorie de mesure	Actions pouvant être mise en œuvre
Analyse du case-mix	Analyser de façon collégiale les données portant sur les activités, afin de prendre les décisions sur les programmations et déprogrammations, en fonction d'une analyse bénéfices/risques pour les patients. Il est possible de s'appuyer sur les données ATIH ou les recommandations formulées par les sociétés savantes, les CMP, l'INCa, l'ABM...
Activité ambulatoire	Maintenir une activité conventionnelle et ambulatoire et développer le recours aux alternatives thérapeutiques en ambulatoire.
Maintien des prises en charge et continuité des soins	Maintenir, dans le cadre de coopérations territoriales : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des prises en charge urgentes ; ○ Des prises en charge programmées à risque de perte de chance en cas de report prolongé ; ○ Autant que possible, d'autres prises en charge programmées, à visée diagnostique et thérapeutique, sous réserve qu'elles ne mobilisent que de façon limitée les ressources des équipes anesthésiques, de certains produits anesthésiques, qu'elles ne nécessitent pas de surveillance en unité de soins continus et qu'elles soient réalisées, lorsque c'est possible, en ambulatoire.
Filières distinctes de prise en charge	Organiser les filières de prises en charge en lien avec des établissements ayant une activité non-COVID similaire afin, notamment, de pouvoir transférer des patients en fonction de l'évolution du capacitaire non-COVID disponible. Séparer, lorsque c'est possible, les circuits de prise en charge dans l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secteurs préservés du Covid : interventions programmées pour des patients non contaminés ; ▪ Secteurs « Covid + » : interventions en urgence pour les cas suspects ou confirmés et interventions programmées pour les cas confirmés.
Télésanté	Développer le recours à la télésanté pour le suivi des patients et les soins à domicile, afin de limiter les passages en établissement.

Cellule de programmation	Mettre en place dans chaque établissement une cellule de programmation multidisciplinaire <i>ad hoc</i> ou par évolution de structures existantes (exemple : conseil de bloc opératoire). Elle établira notamment de façon collégiale (praticiens, CME...) et en tenant compte du case mix de l'établissement, la programmation selon les critères de priorisation et de programmation des patients. Elle contribuera à l'organisation du capacitaire non-COVID en fonction de l'organisation par palier du capacitaire en réanimation.
Communication	Un suivi des patients déprogrammés dans le cadre de la vague 1 du Covid19 ou de la période de rebond éventuel doit être assuré et tracé par la cellule de programmation. Informier les patients et les aidants avec une communication adaptée. Mettre en place une organisation claire et pédagogique en direction du patient s'agissant de la stratégie de déprogrammation et de suivi des patients déprogrammés (qui peut s'appuyer sur les professionnels libéraux).
Recommandations	Suivre les recommandations édictées par le HCSP, les CPIAS et les CLIN en termes d'indications et d'organisation des prises en charge.
ROR et outils de suivi	Mettre à jour régulièrement le répertoire opérationnel des ressources et l'ensemble des outils de suivi de crise.

2. Les 3 principes de l'organisation territoriale s'appuyant sur les filières et les coopérations entre structures

Catégorie de mesure	Actions pouvant être mise en œuvre
Mobilisation des équipes	Mobiliser les équipes, hospitalières et libérales, et favoriser les interventions dans d'autres structures dans le cadre d'une collaboration établie ou à établir au regard des moyens disponibles.
Collaboration entre filières	Faire collaborer les filières, notamment pour mutualiser les moyens de tout type ainsi que les contraintes médicales et paramédicales, que ce soit au sein d'une même structure ou dans le cadre de coopérations établies ou à établir.
Communication avec l'ARS	Echanger avec l'ARS régulièrement de l'état du capacitaire, de la mobilisation des équipes, de leur disponibilité et de l'état de la programmation/déprogrammation des prises en charge.

ANNEXE 7-MINSANTE / CORRUSS 88 - FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE – ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 – 24/04/2020



MINSANTE / CORRUSS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 24/04/2020

REFERENCE : MINSANTE N°88

OBJET : ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

Pour action

Pour information

Mesdames, Messieurs,

Des préconisations concernant les principes d'organisation de la prise en charge du cancer dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 ont été élaborées par l'INCa en partenariat avec le ministère de la santé. Elles ont pour objectif d'assurer la continuité des prises en charge en veillant à assurer aux patients des soins sécurisés, adaptés au contexte et prenant en compte l'analyse au cas par cas des bénéfices/risques :

- Limiter les risques de contaminations :
 - o en mettant en place les préconisations du HCSP en matière de mesures barrières avec notamment l'identification de circuits de prises en charge distincts COVID plus et COVID moins ;
 - o en favorisant dès que cela est possible les soins ambulatoires et le recours au télé-soin ;
- Maintenir la tenue des réunions de concertation pluri disciplinaires afin d'assurer au patient la meilleure option thérapeutique dans le cadre des recommandations émises par les sociétés savantes ;
- Organiser la continuité des soins médicaux et chirurgicaux indispensables aux patients en favorisant les coopérations interterritoriales entre les établissements de santé ;
- Anticiper la reprogrammation et la reprise complète et progressive des activités médicales et chirurgicales ;
- Veiller à délivrer une information complète et adaptée à tous les patients, à toutes les étapes de leur parcours de soins ;
- S'informer des évolutions des préconisations en consultant le site de l'INCa qui permet de consulter une documentation actualisée.

CE MESSAGE COMPORTE 2 PAGES

La fiche, téléchargeable sur le site de l'INCa (<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Preconisations-pour-l-adaptation-de-l-offre-de-soins-des-etablissements-accueillant-les-patients-atteints-de-cancer>), s'adresse à l'ensemble des établissements et professionnels de santé concernés par la prise en charge du cancer. Elle précise les organisations à envisager dans le domaine de l'oncologie médicale, de la chirurgie, l'endoscopie interventionnelle, la radiologie interventionnelle et la médecine nucléaire thérapeutique et de la radiothérapie.

Elle met l'accent sur l'importance du renforcement des coopérations territoriales sous l'égide des ARS, s'appuyant d'une part sur la désignation d'un référent COVID au sein de chaque centre de coordination en cancérologie (« 3C ») et, d'autre part, sur la mobilisation des réseaux régionaux de cancérologie. Elle vise à mettre en place des organisations structurées par filières, garantissant l'accès équitable aux soins.

Ces coopérations permettront d'améliorer les réponses aux besoins de soins en période de phase 3 mais également de préparer la reprise d'activité en phase de déconfinement, d'anticiper l'organisation de la reprogrammation progressive des activités de traitement du cancer, en coordination avec les autres activités médicales et chirurgicales, en garantissant des prises en charges adaptées évitant les pertes de chance.

Un cadre d'organisation de la reprise progressive d'activité de traitement du cancer est par ailleurs en cours de réflexion en lien avec l'INCa.

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

Signé

CE MESSAGE COMPORTE 2 PAGES