	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID 19	Création Date : 18/03/2020
		Validation technique par la direction métier (DOS) Date : 26/03/2020
		Approbation Cellule Doctrines: Date : 26/03/2020
		Validation CRAPS Date : 28/03/2020
		Version : 1 Date : 28/03/2020
COVID-19 036	Soins palliatifs en phase 3 de l'épidémie de COVID 19	Diffusion : Partenaires ARS Site Internet ARS
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

L'infection par COVID-19 est dans la grande majorité des cas sans gravité.

- Elle requiert cependant une vigilance particulière pour les patients présentant des fragilités, et par définition les patients en soins palliatifs. Une partie de ces patients sont immunodéprimés car en cours de traitement anti cancéreux ou l'ayant suspendu. L'autre partie peut avoir des défaillances d'organes terminales sachant qu'il s'agit souvent aussi de patients âgés.
- Par ailleurs durant cette pandémie les soins palliatifs vont être requis pour les patients atteints d'une forme grave de Covid-19, pour lesquels une admission en réanimation n'est pas retenue après discussion collégiale, ou ceux pour lesquels une procédure de LATA sera mise en place.

Ce document a été élaboré grâce à un groupe incluant les personnes suivantes :

- Pr Vincent Morel (Rennes), ex président de la SFAP société Française d'accompagnement et de soins palliatifs
- Dr Isabelle Triol, présidente de la collégiale des soins palliatifs de l'APHP
- Dr Laure Copel, chef de service des soins palliatifs hôpital des diaconesses
- Dr Julia Revnic, présidente par intérim de la CORPALIF (coordination régionale des soins palliatifs d'Île-de-France) EMSF
- Pr associé de médecine palliative Dr Frédéric Guirimand ; Dr Laurent Saillade médecin de soins palliatifs Jeanne Garnier
- Dr France Vautier, réseau de soins palliatifs Paris ouest
- Dr Elisabeth Ballardur, HAD santé service

- Dr Nicolas Gandrille, HAD santé service
- Dr Marie Bisiaux réseau, réseau GOSPEL
- Adrien Beaumel, président du RESIF
- Dr Isabelle Richard, EMSP Notre Dame du Lac
- Lyn Silove, infirmière coordinatrice soins palliatifs
- Pr associé de médecine palliative Dr Elise Perceau-Chambard (Lyon)
- Dr Elisabeth d'Estaintot, référentes soins palliatifs – ARSIF
- Géraldine Isabel, cheffe de projet soins palliatifs ARSIF
- Dr Aurélie Misme, Dirnov ARSIF
- Beatrice Pipitone, Dirnov ARSIF

Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale. Elles seront sujettes à évolutions dans le temps en fonction du développement des connaissances sur le COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Les enjeux sont :

- Protéger les patients en soins palliatifs COVID-19 négatif, en les séparant des patients en soins palliatifs COVID-19 positif,
- Permettre aux patients atteints de forme grave de COVID-19 non admis en réanimation ou pour lesquels les traitements actifs ont été arrêtés, de bénéficier de soins pour mourir dans la dignité,
- Dans le deuxième cas, que ces prises en charge puissent être réalisées dans les meilleures conditions possibles pour les soignants.

OBJET DU DOCUMENT

Ces recommandations concernent :

En termes d'acteurs :

- En premier lieu tous les établissements qui disposent d'une USP et/ou de LISP
- L'ensemble des établissements accueillant des patients COVID-19+ nécessitant des soins palliatifs pour leur fin de vie, notamment les ESMS (personnes âgées et personnes en situation de handicap), pour lesquels des préconisations complémentaires seront apportées dans un autre document
- Les personnels de soins palliatifs dont les EMSP
- Les HAD
- Les réseaux territoriaux pour leur partie palliative

En termes de bénéficiaires :

- Les patients relevant de soins palliatifs

- Les patients COVID-19 + graves en fin de vie
- Les familles des patients nécessitant des soins palliatifs

Ce document décrit les principes généraux d'organisation de l'offre et de fonctionnement des structures de soins palliatifs. Il sera complété ultérieurement par des recommandations relatives à la prise en charge médicale, notamment médicamenteuse, des malades en soins palliatifs.

Principes généraux qui doivent guider les missions et l'organisation des professionnels de soins palliatifs pendant l'épidémie :

Afin de permettre le redéploiement des équipes en interne en intra-établissement sur les services, les activités de consultation de soins palliatifs et d'hôpitaux de jour seront suspendues, et les séjours de répit déprogrammés.

Pour aider à la prise en charge en ambulatoire des patients en soins palliatifs – à domicile, en EHPAD ou établissements pour PH qu'ils soient suspects ou non de COVID, il est demandé aux HAD et aux réseaux tri thématiques et/ou DAC, de se coordonner sur les territoires, afin de se répartir le travail et d'agir en complémentarité.

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, les médecins de réseaux de soins palliatifs pourront prescrire, dès lors que cela est possible, en informant le médecin traitant si le patient est suivi par ce dernier.

Chaque médecin de réseau de soins palliatifs peut se munir de sa propre trousse d'urgence.

Les personnels des équipes mobiles, pour leurs déplacements en établissements ou en EHPAD quand elles y vont, n'interviendront plus en binôme. De la même façon, les visites des équipes de réseaux de soins palliatifs/DAC au domicile de la personne seront privilégiées.

I. Préconisation pour les usagers, proches de patients en soins palliatifs

1. Pour l'ensemble des usagers venant visiter des proches hospitalisés et nécessitant des soins palliatifs

➤ Dans les USP isolées

Un proche, lors de l'entrée du patient en USP, pourra accompagner le malade. Les visites seront interdites durant la durée du séjour.

En cas de décès imminent, un proche pourra être convié à rester auprès du patient jusqu'à la fin.

Dans tous les cas, le visiteur devra porter un masque chirurgical, rester dans la chambre et réaliser une hygiène des mains à la solution hydro-alcoolique.

➤ Dans les établissements MCO comportant des USP

Limiter fortement les visites : seul les ascendants ou descendants directs sont autorisés (père, mère, enfants, conjoints). En cas d'absence d'ascendant ou descendant, un seul visiteur par jour. La visite est interdite aux mineurs.

Les visiteurs devront porter un masque chirurgical, rester dans les chambres, ne pas circuler dans les couloirs, réaliser une hygiène des mains à la solution hydro-alcoolique et sortir lors des soins.

- ❖ En cas de décès imminent (à estimer par le médecin), élargir à un visiteur simultané auprès du patient mais avec possibilité de plusieurs visiteurs sur l'ensemble de la journée. Privilégier les visites courtes. Pour les enfants, les visites doivent être au cas par cas et encadrées par les mesures d'hygiène maximum (hygiène des mains, masques) ;
- ❖ Suspendre les temps de recueillement (au sein de l'unité) après le décès ;
- ❖ Aucun proche ne doit être présent lors de la mise en housse du corps ;
- ❖ Limiter à 2 ou 3 personnes la présence lors de la fermeture de la housse dans la chambre mortuaire

2 : Pour l'ensemble des usagers vivant au domicile avec un proche en soins palliatifs

Si l'un des proches est testé ou suspect cliniquement d'être COVID-19 positif, il reste confiné dans une pièce et ne s'occupe pas du patient en soins palliatifs. Ce confinement peut être levé¹:

- à partir du 8^{ème} jour à partir du début des symptômes ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8°C (mesurée deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ;
- ET au moins 48 heures à partir de la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn au repos) ;

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

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

¹ Avis du Haut conseil de santé publique, 16 mars 2020

Annexe 3 : Principes de prise en charge à domicile

Pour tout le domicile : application des règles d'hygiène

Pour le patient

- Confinement à domicile
 - Rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile
 - Aérer régulièrement
 - Dans les lieux communs (salle de bain et WC)
 - Se laver les mains fréquemment
 - Ne pas toucher d'objets communs et laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones mobiles, etc.)
- Ne pas recevoir de visites sauf les aidants à domicile
- Les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier
- Traitement symptomatique si besoin
- Arrêt de travail de 14 jours depuis le début des signes si besoin
- Surveillance de la température 2 fois par jour
- Si aggravation appel au médecin traitant ou du SAMU-Centre 15
- Limiter au maximum les déplacements, à l'exception de rendez-vous médicaux
 - Port d'un masque chirurgical lors de l'intervention d'un professionnel de santé ou d'une consultation médicale
 - Prévenir en amont le personnel soignant de leur arrivée et signaler leur condition

Pour l'entourage

- Surveillance personnelle de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoire
- Restrictions des activités sociales et des contacts avec des personnes comorbides
- En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes respiratoires appeler le médecin traitant ou le SAMU-Centre 15

Les proches vivants au domicile appliquent strictement les mesures barrières.

II. Prise en charge des patients

1 Pour les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Dans la mesure du possible, compte tenu de la fragilité des patients, les USP doivent rester COVID-, sauf si elles disposent d'une capacité et de locaux suffisamment vastes pour constituer un secteur COVID+ en toute sécurité pour les patients COVID-.

Il est privilégié, pour l'accueil des patients COVID+, la création d'unités spécifiques de soins palliatifs COVID+ proches des réanimations.

Ainsi, les patients de soins palliatifs non suspects de COVID qui relèvent d'une situation complexe devront prioritairement être pris **en charge dans les USP**.

Les USP de petite capacité qui sont installées dans des établissements SSR OU MCO, compte-tenu de la fragilité des patients en soins palliatifs, doivent continuer à prendre des patients relevant de soins palliatifs qui sont COVID négatifs. Les patients seront donc admis en l'absence de critères cliniques évoquant le COVID-19 ou s'ils sont testés COVID négatif.

Les capacités de ces USP devront être augmentées autant que possible, les critères d'admission assouplis pour soulager les services MCO et les entrées directes (après régulation par le SAMU) favorisées pour soulager le service des urgences

- Les équipes de soins de ces USP devront être composées uniquement d'IDE, AS, ASH, médecins, kiné et personnels administratifs

Afin de limiter les contacts, le soutien psychologique doit être effectué par téléphone ou autre moyen de communication à distance et consacré au soutien des familles et des équipes soignantes.

- A l'intérieur du service, les temps collectifs en présentiel sont limités au maximum. Les réunions de synthèse nécessaires à la prise en charge des patients sont organisées autant que possible à distance par visioconférence.
- Limiter le temps de transmission et le nombre de personnes présentes à ces réunions
- Toutes les autres activités présentielles incluant des bénévoles, aumôniers, étudiants, stagiaires, socio esthéticienne, art thérapeute sont arrêtées
- Les aumôniers ou représentants du culte utilisent le téléphone ou autre moyen de communication à distance
- Fermer les salons d'accueil pour les familles

Les patients de ces USP qui développeraient des signes cliniques ou testés COVID + doivent être transférés dans une unité COVID +

2. Ouvrir des unités dédiées en soins palliatifs au sein des centres hospitaliers qui accueillent des patients infectés

La création d'une telle unité est nécessaire quand les capacités des services de soins qui accueillent les patients COVID+ sont mises en difficulté pour assurer les prises en charge du fait d'un afflux massif de patients. (Annexe1)

Ces patients sont à la fois ceux identifiés COVID + dès le début de la prise en charge et ceux dont le dépistage COVID+ intervient au décours de la prise en charge initiale avec un objectif de soins purement palliatif visant à les accompagner jusqu'à leur décès.

Il est vraisemblable qu'au regard de la population accueillie, un travail conjoint avec les services de gériatrie soit à encourager.

La responsabilité de cette unité pourra être confiée selon les cas, au responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement, à un médecin gériatre ou à médecin de spécialités formé en soins palliatifs.

Les infirmières de ces unités seront celles formées aux soins palliatifs travaillant dans des services accueillant en temps normal des patients en LISP.

Les USP de grande capacité peuvent éventuellement isoler un secteur COVID positif pour accueillir des patients non admis en réanimation ou pour lesquels une décision de LATA doit être mise en route.

- Les professionnels de l'équipe mobile viennent en appui des soignants qui travailleront dans cette unité. Ils sont là pour faciliter la réflexion sur les décisions de limitation de traitements et les indications de passage en réanimation (cf doc Enjeux

éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19)

- Pour ce faire, une ligne dédiée en intra établissement pour répondre H24 aux professionnels de santé est mise en place par les professionnels des soins palliatifs
- Les médecins attachés à cette unité sont en lien constant avec les autres services de l'établissement qui prennent en charge des patients infectés (circuit urgence –service pneumo et infectieux-réa) pour faciliter la prise en charge et l'orientation des patients ;
- Les visites sont restreintes comme dans les unités de soins palliatifs
- Les visiteurs portent un masque chirurgical dès l'entrée de l'hôpital, restent dans la chambre du patient et réalisent une hygiène des mains au gel hydro-alcoolique à l'entrée et à la sortie de la chambre.

Lorsque les établissements ne disposent pas en propre d'équipes mobiles de soins palliatifs, les professionnels de cette unité peuvent bénéficier de l'appui téléphonique d'une équipe mobile ou d'une USP de leur territoire.

Si une équipe douleur existe dans cet établissement, elle peut venir en appui à ces professionnels de santé.

3. Pour les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

Les patients relevant de lits identifiés de soins palliatifs, en fonction de leur statut au regard du COVID-19, sont accueillis soit en USP s'ils sont COVID négatif, soit dans un service accueillant des patients COVID + s'ils sont testés positif et/ou présentent des signes cliniques de COVID.

Durant la durée de l'épidémie, les lits identifiés de soins palliatifs sont donc, selon les cas, regroupés au sein d'un service pour accueillir des patients relevant de soins palliatifs COVID + ou répartis dans plusieurs services accueillant des patients COVID +.

4. Pour les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) intra hospitalière

Les professionnels des équipes mobiles de soins palliatifs sont en appui des professionnels de santé des services ayant des lits identifiés de soins palliatifs et des patients COVID-19+ sévères.

Les déplacements des membres de l'EMSP ne sont jamais effectués en binômes.

Comme susmentionné, la psychologue de l'équipe mobile travaille principalement par téléphone pour le soutien des équipes et des familles.

Les visites sont restreintes, comme dans les unités de soins palliatifs.

Les médecins des équipes mobiles, ceux des USP et des centres anti douleur redéployés organisent une astreinte H24 pour répondre aux demandes des professionnels de leur établissement, notamment pour participer aux réunions collégiales de décision de LATA, assurer les protocoles de sédation profonde jusqu'au décès, et soutenir les soignants.

Dans le même temps, il est demandé que, par territoire géographique, cette astreinte H24 de soins palliatifs mise en place dans les établissements, puisse être contactée par les professionnels de santé des établissements privés qui seront confrontés à la prise en charge de patients COVID-19 graves nécessitant une sédation après décision de LATA.

En ce qui concerne les patients atteints de cancer, les équipes mobiles, en lien avec les équipes de cancérologues, mettent en place des espaces éthiques de réflexion leur permettant de se positionner sur le recours à la réanimation (qui doit rester exceptionnelle chez un patient dont l'espérance de vie est limitée du fait de sa pathologie) et ainsi d'anticiper la prise en charge de la fin de vie de ces patients.

III. Les patients au domicile

En Ile-de-France, la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs au domicile est assurée par les réseaux soins palliatifs en subsidiarité du médecin traitant.

Les patients au domicile en soins palliatifs peuvent être pris en charge pour la pratique des soins par des professionnels de santé libéraux, des HAD, des SSIAD ...

Dans tous les cas, le déclenchement de la prise en charge par ces derniers, à l'heure actuelle, se fait par prescription d'une ordonnance rédigée plutôt par le médecin traitant.

Durant cette pandémie, en subsidiarité des médecins traitants, les médecins des réseaux de soins palliatifs ont la possibilité de prescrire des soins ou des traitements. De même, ils répondent aux professionnels de santé pour des patients COVID+ graves non admis pour une prise en charge en hospitalisation et nécessitant des soins palliatifs pour dyspnée asphyxiante, alors même que ceux-ci ne sont pas inclus dans leur liste de patients connus et pris en charge en soins palliatifs.

Une ordonnance est attendue prochainement pour permettre la prescription d'opiacées sur ordonnanciers non sécurisé. Par ailleurs, la CNAM permet, pour la prise en charge d'un patient COVID positif, l'utilisation d'un numéro fictif pour la prescription et la dispensation des médicaments.

*« Dans le cadre des mesures Covid 19, ces professionnels médecins non enregistrés au FNPS peuvent utiliser le **numéro fictif 29199145 3**, l'apposer sur les ordonnances et les arrêts de travail qu'ils peuvent être amenés à faire ».*

Décision CNAM transmise par le ministère DGOS le 26 03 2020

La télésanté est privilégiée. Durant la période de la pandémie, les réseaux de soins palliatifs répondent H24 aux professionnels de santé (notamment aux urgentistes / smuristes) sur toute la région pour tout patient nécessitant des soins palliatifs, particulièrement pour les

patients COVID positifs en fin de vie. Pour ce faire, en dehors de la journée, un renforcement des astreintes uniquement médicales est à prévoir. Les modalités organisationnelles et financières nécessitées par l'adaptation de ces astreintes médicales seront précisées par l'ARS IDF, en concertation avec les représentants des professionnels de soins palliatifs.

Ils permettent notamment la tenue de la réunion collégiale requise avant chaque décision de LATA.

Les psychologues salariés de l'équipe de soins palliatifs pourront assurer un soutien par téléphone aux familles et aux professionnels de santé, de même que des consultations de psychologues en ville pourront être financées via les prestations dérogatoires.

Concernant les **certificats de décès**, compte tenu du contexte viral de cette pandémie, différents modes d'établissement des certificats de décès sont envisageables :

- En première intention, le certificat de décès au domicile comme en EHPAD devra être rédigé par le médecin traitant ou un médecin volontaire en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou en l'absence de médecin traitant.
- Possibilité de mobiliser des médecins volontaires
- A titre exceptionnel le médecin du réseau pourra se rendre au domicile ou en EHPAD pour rédiger le certificat de décès

Les modalités de rédaction du certificat sont indiquées en annexe 2.

IV. Patient en EHPAD

La valence palliative des réseaux tri thématiques selon les territoires de santé apporte son expertise pour la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs en EHPAD.

Selon l'organisation du territoire, des médecins d'équipes mobiles de gériatrie pourront également apporter leur soutien aux EHPAD.

Il est donc demandé, selon l'organisation territoriale, une coordination entre médecin gériatre et médecins de soins palliatifs pour la prise en charge des résidents en EHPAD.

Pour l'équipe de soins palliatifs du réseau, il est demandé de privilégier le travail à distance, comme pour le domicile en utilisant les mêmes moyens de communication

Ils seront en appui pour l'ensemble des patients relevant de soins palliatifs et pour les patients atteints de COVID-19 nécessitant une prise en charge palliative de fin de vie, auprès du médecin traitant, auprès du médecin coordonnateur et auprès de l'IDEC.

Si des visites sur site doivent avoir lieu, elles ne se font jamais en binôme et le médecin de réseau peut prescrire.

Une recommandation régionale envers les EHPAD précisera à nouveau la composition du chariot d'urgences et la dotation à prévoir.

Pour aider à la prise en charge médicale en EHPAD, les infirmières libérales peuvent effectuer du TELESOINS en lien avec le médecin traitant.

La « réponse H24 aux professionnels de santé » mise en place au niveau des réseaux permettra le soutien des professionnels de santé d'EHPAD pour tous patients nécessitant des soins palliatifs. Cette astreinte sera complétée par l'appui de professionnels de gériatrie, dont les modalités seront détaillées dans une doctrine spécifique.

V. Patient en HAD

Sur chaque territoire, les HAD doivent se coordonner avec l'équipe de soins palliatifs des réseaux de manière à travailler en complémentarité. Un point journalier doit être fait systématiquement.

Les HAD pourront bénéficier de l'appui des médecins de réseau pour la prescription.

De même, en cas d'urgence et dans le cadre de la pandémie, les produits de la trousse d'urgence d'un patient pris en charge en HAD pourront dépanner pour la prise en charge d'un autre patient en cas de rupture de stock.

Dans tous les cas, que ce soit pour les patients au domicile ou en EHPAD pris en HAD ou non, si une hospitalisation du patient est nécessaire, celle-ci s'organise sans passage par les urgences de l'établissement qui accueillera le patient.

Les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) sont aussi mobilisés en soutien, ils peuvent notamment assurer la mise en place d'une oxygénothérapie.

VI. Personnes handicapées accueillies en établissements médicosociaux

L'organisation mise en place pour les personnes âgées en EHPAD, doit pouvoir bénéficier également aux personnes en situation de handicap, notamment les personnes handicapées vieillissantes.

Il est donc demandé, sur le même modèle que ce qui se met en place en EHPAD sur les territoires, une coordination entre médecin gériatre et /ou le médecin coordonnateur et /ou le médecin traitant avec les médecins de soins palliatifs pour la prise en charge des personnes en situation de handicap

Pour l'équipe de soins palliatifs du réseau, il est également demandé de privilégier le travail à distance comme pour le domicile en utilisant les mêmes moyens de communication. Ils Interviendront en appui pour l'ensemble des patients relevant de soins palliatifs et pour les patients atteints de COVID- 19 nécessitant une prise en charge palliative de fin de vie auprès du médecin traitant, auprès du médecin coordonnateur et auprès de l'IDEC.

Une recommandation régionale est en cours, visant à préciser la composition du chariot d'urgences et la dotation à prévoir dans le cadre de la gestion de la phase épidémique COVID-19.

La « réponse H24 aux professionnels de santé » mise en place au niveau des réseaux permettra le soutien des professionnels de santé en ESMS handicap, pour tous les patients nécessitant des soins palliatifs

VII. Assouplissement de la doctrine de sécurité des systèmes d'information de santé

Il est rappelé aux professionnels de santé l'importance de recourir à des systèmes d'informations et des outils numériques conformes à la réglementation pour l'hébergement des données de santé.

En cas d'impossibilité, une dérogation est temporairement prévue pour tolérer, après information du patient, l'utilisation d'outils de communication « grand public » existants sur le marché (exemple : Skype, FaceTime, Google Duo, Whatsapp, Hangout, Viber, ...) pour les communications avec le patient et pour la transmission de données médicales.

1 : Télé suivi infirmier

Sur prescription médicale, l'infirmier pourra, pour des personnes fragiles et peu autonomes, suivre et surveiller l'évolution des signes cliniques du patient et permettre, en lien avec le médecin, de prendre une décision médicale.

Prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pour la prise en charge des patients Covid 19 (cas suspects ou confirmés).

Valorisation à hauteur d'un AMI 3.2. par les infirmiers

Valorisation acte par acte et non au forfait, à une fréquence décidée par le médecin.

Ce télé-suivi infirmier peut se faire par visioconférence, ou à défaut par téléphone

Une fiche de PEC infirmier sera jointe aux lignes directrices de la PEC ambulatoire.

2 : Télésurveillance

Pour mieux faire face à la phase épidémique du COVID-19, il est nécessaire de diffuser largement auprès des établissements de santé et des médecins de ville, les dispositifs numériques adaptés permettant le suivi à distance des patients à domicile.

Outil COVIDOM

Dans ce contexte, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France invite les établissements et médecins libéraux à utiliser l'outil COVIDOM™, développé initialement par l'AP-HP avec la Société Nouvéal, qui a fait l'objet d'échanges étroits avec l'URPS médecins, et est désormais mis à la disposition gratuitement de tous les médecins et hôpitaux de la région.

COVIDOM™ est un outil immédiatement et facilement utilisable pour tous, qui propose aux patients - après leur inscription réalisée par un médecin - de renseigner en ligne, quotidiennement un questionnaire simple ; en fonction des réponses saisies, des alertes sont générées et prises en charge par un centre régional de télésurveillance, le médecin ayant inscrit le patient pouvant suivre la situation.

Cet outil permet à la fois de **sécuriser le suivi des patients suivis à domicile et infectés ou possiblement infectés par le Sars-Cov2** et de **dégager du temps médical, en ville et à l'hôpital**, pour le consacrer aux situations les plus prioritaires.

Contact et informations pour installer COVIDOM: inscription-covidom@aphp.fr

Nota : Pour les adhérents de l'URPS médecins libéraux : vos codes d'accès vous seront transmis par mail par l'URPS médecins libéraux sans démarche nécessaire de votre part

L'Agence régionale de santé, en lien avec le GCS Sesan et l'URPS médecins, propose également à **tous les utilisateurs de la plateforme de coordination entre professionnels de santé Terr-esanté**, un module spécifique dédié au suivi de leurs patients COVID19+ ou suspects de COVID19 : **le module e-Covid**.

Ce module permet également aux patients de renseigner directement dans une application mobile des constantes quotidiennes pour permettre leur suivi à distance par le centre régional de télésurveillance.

Il permet aux professionnels de santé inscrits dans le cercle de soins **Terr-esante** de partager des informations pour mieux assurer le suivi de leurs patients, en particulier complexes.

Contact et informations pour installer e-covid: support.pro@terr-esante.fr et 01 83 62 05 62

3 Renforcement du dispositif régional de télémédecine ORTIF

Le dispositif régional ORTIF se renforce en généralisant la téléconsultation directe du patient, en application du Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 *adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19*.

L'ARS Île-de-France a institué un dispositif dédié à l'ensemble des adhérents du SESAN.

L'ARS Île-de-France, SESAN et NEHS Digital (titulaire du marché régional ORTIF), se sont mobilisés pour activer ce dispositif en 48h.

Les professionnels peuvent ainsi à partir de la plateforme ORTIF :

- Proposer une téléconsultation directe aux patients sur smartphone ou ordinateurs ;
- Disposer de workflows spécifiques à la gestion du Covid-19 ;
- Bénéficier d'une assistance téléphonique pour les professionnels de santé et les patients de 8h à 23h du lundi au samedi,
- Avoir recours à 'un dispositif technique de support en (24/7) pour tous les sites.

Ce dispositif, financé par l'ARS Île-de-France, est mis à disposition pour toute la durée de la crise Covid-19.

Contact : ortif@sesan.fr

Site ORTIF : <http://www.sesan.fr/projet/ortif-plateforme-telemedecine>

Site équipés de la solution ORTIF :

<https://santegraphie.fr/mviewer/?config=app/ortif/ortif.xml#>

VIII. Protection des personnels

1 : Dans les USP COVID-

Les soignants, en plus des précautions standard, doivent prendre les précautions de type contact et gouttelettes. Ils porteront un masque chirurgical et utiliseront des solutions hydro alcooliques.

2 : Dans les unités COVID +

Dans les unités COVID + accueillant des patients relevant de soins palliatifs COVID+ ou des patients non admis en réanimation et nécessitant un accompagnement de fin de vie, les précautions d'hygiène doivent être renforcées, conformément aux recommandations

3 : Au domicile

Voir annexe 3

Annexes

[Annexe 1 : Aide à la décision](#)

[Annexe 2 : Certificat de décès](#)

[Annexe 3 : Précautions d'hygiène](#)

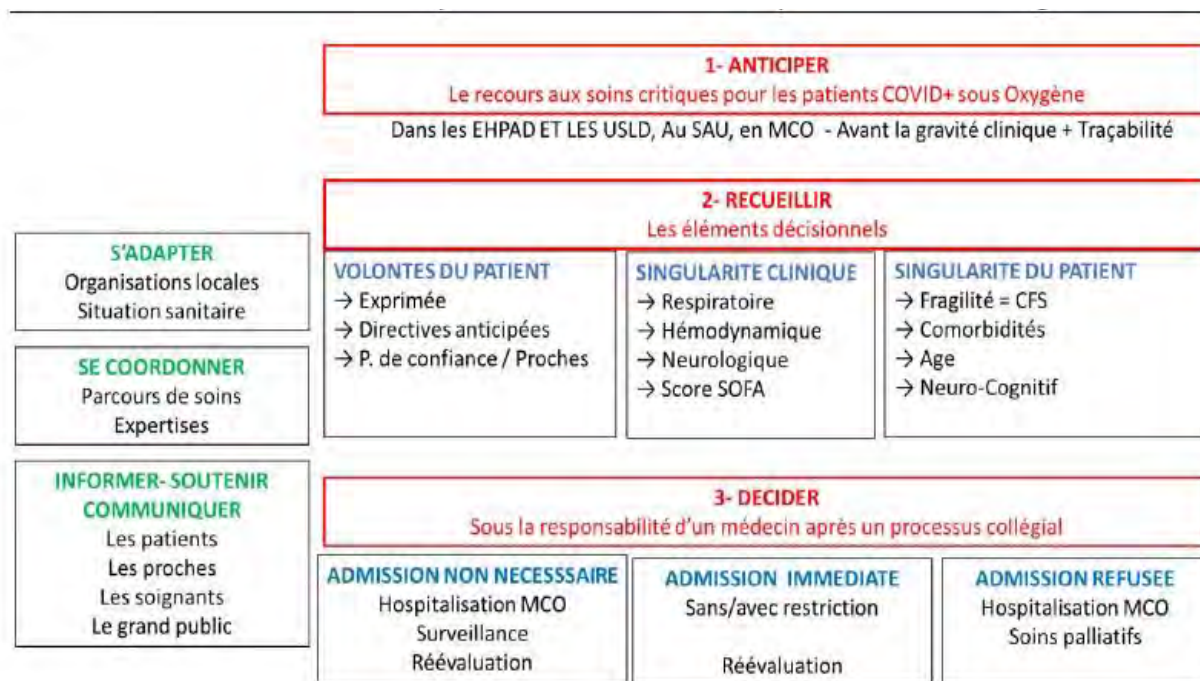
Annexe 1 : Aide à la décision

Aide à la décision pour l'orientation vers une prise en charge palliative

Figure 1. Échelle de la fragilité clinique

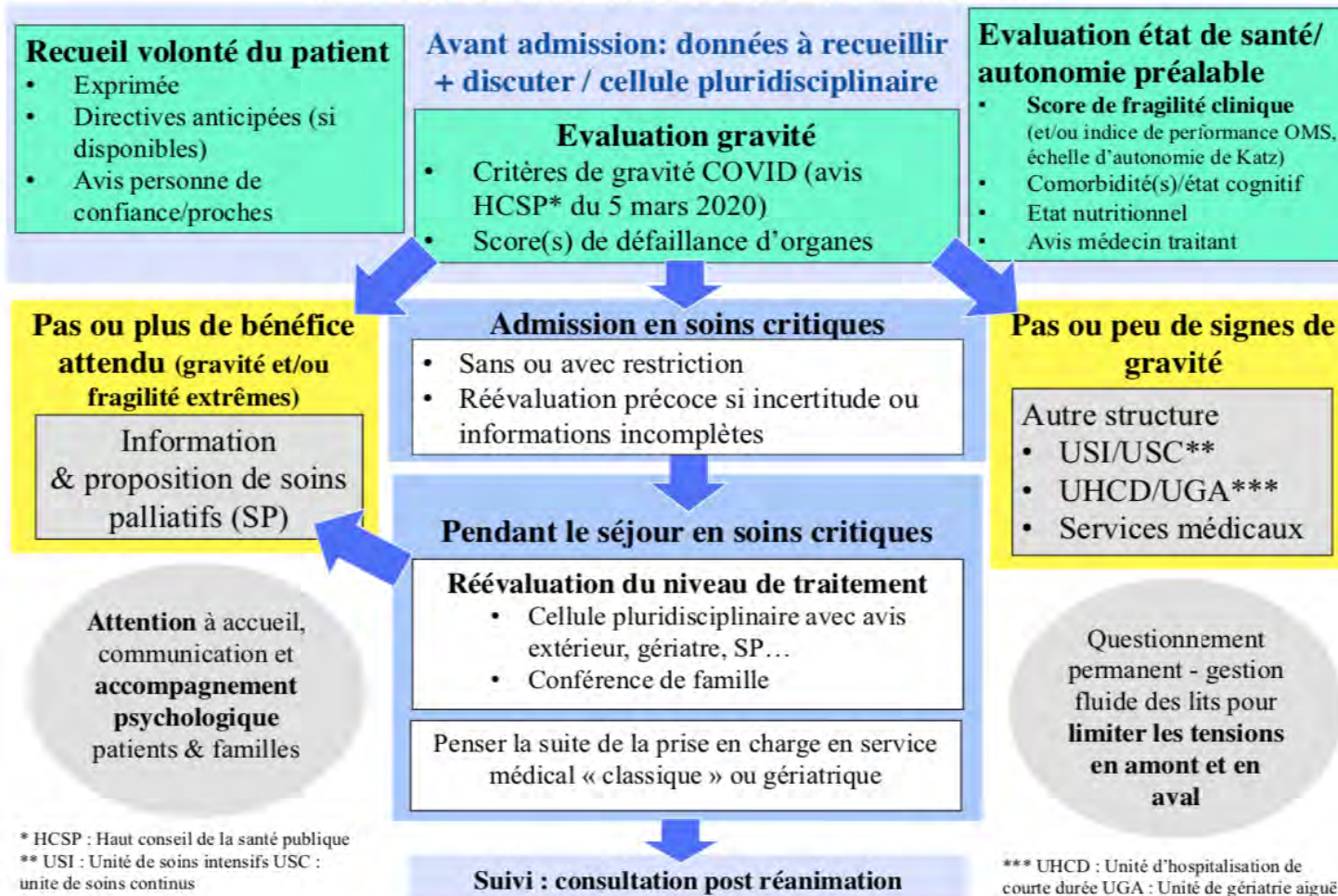


CF doctrine ARS critère admission soins critiques



Aide à la décision d'orientation en soins critiques d'un patient COVID-19

(va 15 mars 2020 – SRLF SFAR SFGG SPILF SFAP mission COREB)



Annexe 2 : Certificat de décès

Certificat de décès

ANNEXE 1

Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique

DÉPARTEMENT : [][][] **CERTIFICAT DE DÉCÈS** conforme à l'arrêté du XX xxxx 2017

VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès

Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant.
(Nom (stable en majuscules) (voir au verso 1))

Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h _____
À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h _____

INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL	INFORMATIONS FUNÉRAIRES <small>Cocher chaque ligne par oui ou par non</small>
COMMUNE DE DECÈS : _____ Code postal [][][][][] NOM : _____ NOM de jeune fille, le cas échéant : _____ Prénoms : _____ Date de naissance : ____/____/____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Domicile : _____	Obstacle médico-légal (voir au verso 2) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Même en ce cas, renvoyer au verso l'ensemble du certificat de décès.</i> Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : - dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Recherche de la cause du décès demandée (ou demande en cours) par prélèvement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> 48 h <input type="checkbox"/> 72 h Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RÉSERVÉ À LA MAIRIE
Numéros à reproduire au verso

N° d'acte
 [][][][][][][][]

N° d'ordre du décès
 [][][][][][][][]

SIGNATURE A. _____ le _____
et cachet obligatoire du médecin

Pour le médecin établissant le certificat de décès :

Obstacle médico-légal : « non »

Obligation de mise en bière immédiate : « non »

Dans un cercueil hermétique : « non »

Dans un cercueil simple : « oui »

Obstacles aux soins de conservation : « oui »

Obstacles au don du corps à la science : « oui »

Recherche de la cause du décès demandée : selon les cas, autopsie n'est pas interdite

Annexe 3 : Précautions d'hygiène

Annexe : Mesures d'hygiène renforcées (en plus des précautions standard, précautions complémentaires de type « contact » et « air ») 1/2

- Pour le patient : après friction des mains avec une solution hydroalcoolique, lui demander de revêtir un masque chirurgical et l'informer de la nécessité des mesures de protection
- Pour les soignants d'un patient classé « cas possible » ou « cas confirmé »,
 - Ajouter aux précautions standard, les précautions complémentaires de type « air » ainsi que de type « contact » (précautions REB renforcées), selon les modalités suivantes :
 - Le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2 en vérifiant l'étanchéité au visage (réalisation d'un fit check) pour tout soignant avant d'entrer dans le box ou la chambre ;
 - NB : Pour bien fonctionner, il importe que les appareils de protection respiratoire (APR) FFP2 soient bien ajustés et étanches. En cas de mauvais ajustement ou de manque d'étanchéité, des fuites peuvent entraîner l'inhalation de particules en suspension dans l'air et rendre l'appareil inefficace. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé soient formés à leur usage : mise en place du masque et retrait du matériel. Il est rappelé que chacun des professionnels de santé devra effectuer un test d'étanchéité lors de la mise en place du masque FFP2 ; les masques doivent être mis immédiatement au rebut après leur retrait. Lorsqu'un masque est mouillé ou souillé, il sera nécessaire d'en changer immédiatement.
 - La protection de sa tenue professionnelle par une surblouse à usage unique à manches longues : cette surblouse sera imperméable si réalisation de soins mouillants ou souillants
 - La prévention d'une éventuelle projection dans les yeux par le port systématique de lunettes de protection ;
 - Le port d'une protection complète de la chevelure (charlotte, calot couvrant, ...)
 - La réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ;
 - Les indications du port de gants à usage unique reste limitées aux situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée ;
 - L'élimination de ces équipements de protection individuelle (EPI) en DASRI avant la sortie du box ou de la chambre, sauf pour les lunettes, l'APR et la coiffe (ex. charlotte) qui seront retirés après la sortie du box ou de la chambre
 - Réaliser une désinfection rigoureusement respectée :
 - Des dispositifs médicaux qui ne seraient pas dédiés dès leur sortie de la chambre ;
 - De l'environnement proche du patient (sa chambre) à minima quotidiennement selon la technique et avec les produits habituels : le soignant en charge de cette désinfection respectant les recommandations de protection ci-dessus

Annexe : Mesures d'hygiène renforcées (en plus des précautions standard, précautions complémentaires de type « contact » et « air ») 2/2

Ces mesures d'hygiène renforcée doivent se mettre en oeuvre selon un séquençage rigoureux dans le secteur hospitalier, idéalement les cas confirmés doivent être hospitalisés dans des chambres disposant d'un sas permettant le respect strict de ce séquençage :

- Avant d'entrer dans la chambre du patient « cas possible »
 - Couvrir les cheveux d'une coiffe ;
 - Placer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2) ;
 - Vérifier son étanchéité par un test d'ajustement (fit-check) ;
 - Entrer dans la chambre ;
 - Enfiler une surblouse à usage unique ;
 - Porter un tablier plastique à usage unique en cas de soins à risque mouillant ;
 - Mettre systématiquement des lunettes de protection ;
 - Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec une solution hydro-alcoolique ;
 - Enfiler des gants non stériles à usage unique si nécessaire : situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée.
- Procédure de sortie de la chambre du patient « cas possible »
 - Dans la chambre :
 - Enlever les gants ;
 - Enlever la surblouse ;
 - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique ;
 - Après être sorti de la chambre :
 - Retirer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2), la coiffe et les lunettes en dehors de l'atmosphère contaminée (la chambre ou le box)
 - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.
 - Tous les matériels jetables seront alors placés dans un conteneur à déchets contaminés, et éliminés suivant la filière des DASRI.

Les professionnels de santé en contact direct

Le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la chambre ou la zone d'isolement et le nombre d'entrées de chaque agent de santé doivent être réduits au minimum nécessaire pour les soins aux patients Covid-19. Pour minimiser le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la salle ou la zone d'isolement, les tâches doivent être exécutées par le plus petit nombre de professionnels de santé possible.

Un dispositif de communication entre la zone d'isolement et l'extérieur apparaît utile.

Cf. Doctrine ARS Soins infirmiers à domicile :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-03/Covid19-Doctrine-Soins-infirmiers-a-domicile-recommandations-ARSIDF.pdf>