RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19

A destination des établissements médicosociaux

Pour personnes en situation de handicap et pour public en difficultés spécifiques

Début janvier 2020, un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a été découvert et décrit en Chine. Ce nouveau coronavirus a depuis provoqué une épidémie mondiale (pandémie) de « maladie à coronavirus 2019 », appelée COVID-19. Face à la circulation active du SARS-CoV-2 (phase épidémique de Covid-19), tous les acteurs du système de santé doivent pouvoir se préparer et se mobiliser en s'appuyant sur des modalités d'organisations précises.

La courbe de progression des cas confirmés de COVID-19 et les exemples internationaux :

- nécessitent une déclinaison adaptée des mesures de confinement pour tous les services et établissements accueillant les personnes en situation de handicap et en difficultés spécifiques ;

- appellent la mise en œuvre de mesures de protection très strictes des personnes vulnérables ;

- exigent une stratégie de confinement des établissements accueillant ces personnes.

Il est donc demandé aux établissements d'appliquer ces mesures vis à vis :

- des visiteurs, avec l'interdiction ferme des visites (sauf cas exceptionnels) ;

- des professionnels, qui doivent appliquer strictement les consignes de prévention ;

Tout en assurant une continuité de l'accompagnement.

Ces recommandations concernent le passage en phase 3 de l'épidémie, avec la diffusion généralisée du SARS-CoV-2 en France, elles sont issues des MINSANTE CORRUSS, des instructions et documents ministériels[1], des instructions du CPIAS.

Elles seront sujettes à modification dans le temps en fonction :

- des connaissances sur le COVID-19 ;
- de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Elles comprennent deux parties :

- la première regroupe une synthèse des mesures générales
- et la deuxième des fiches pratiques thématiques.

Au regard de l'évolution épidémique et des connaissances relatives à celles-ci, nous vous invitons à considérer l'ensemble des communications que vous recevez **chronologiquement. Les fiches pratiques sont susceptibles d'évoluer.**

[1] Exemple : le guide de préparation à la phase épidémique est susceptible d'être modifié en fonction de l'état des connaissances et de l'évolution des données épidémiologiques. Il est mis en ligne sur le site du Ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidemique-v15-16032020.pdf

1- Cadre général

Les établissements sont tenus de respecter les consignes nationales et régionales et :

- doivent activer leur plan bleu ;
- doivent définir une procédure de gestion de l'épisode COVID-19 conformément à ces recommandations ;
- doivent actualiser leur plan de continuité de l'activité (sur la base d'un absentéisme de 20% cf. MINSANTE 2020 -24) et notamment pour les Personnes en Difficultés Spécifiques en l'absence de Plan Bleu ;
- doivent désigner un référent COVID-19 (pour synthèse, logistique…) ;
- doivent réactiver les coopérations renforcées entre établissements.

Dans le cadre du déclenchement de votre plan bleu ou de votre plan de continuité d'activité, les établissements veillent :

- à renforcer la vigilance quant au suivi des personnes accompagnées ;
- au respect strict des règles d'hygiène et de la mise en place des mesures barrières ;
- au risque d'isolement des personnes accompagnées notamment au domicile ;
- pour les établissements accueillant les personnes en situation de handicap, à augmenter les personnels dans la mesure du possible. Pour cette dernière mesure, il est recommandé de se rapprocher des retraités des établissements et services et des autres établissements et organismes gestionnaires pour mettre en place une organisation territoriale.

Les mesures de confinement impliquent :

- la mise en œuvre drastique des mesures barrières et interdiction des visites aux résidents, sauf cas exceptionnels. Toutes les activités non médicales et d'agrément ainsi que les sorties sont reportées ;

- la prise en charge, au sein même des structures médico-sociales (ou en HAD) des patients confirmés ou symptomatiques sans critère de gravité ;

- l'identification au sein de chaque structure de regroupement de personnes fragiles en situation de handicap ou en difficultés spécifiques d'un secteur dédié à la prise en charge du Covid-19. Dans le cas où l'identification d'un secteur dédié n'est pas possible, les résidents confirmés ou symptomatiques seront regroupés et isolés;

- la réactivation des coopérations renforcées entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé situés à proximité ;

- le recours dans la mesure du possible à la téléconsultation pour éviter les visites des professionnels de santé au sein des établissements ou pour assurer la continuité de prise en charge des personnes ;

- la fermeture des accueils de jour, internats de semaine ou modulaire, accueil temporaire et des accueils collectifs sauf situation particulière de personne sans solution.
Cela implique pour l'ensemble des établissements et services de prendre des mesures visant à favoriser le maintien à domicile des personnes en situation de handicap concernées.

S'agissant plus particulièrement des CAARUD, la distribution de matériel de réduction des risques et des dommages doit être maintenue et assurée en respectant les mesures barrières.

2- Le suivi du maintien à domicile est impératif et ses modalités de mises en œuvre sont transmises à l'ARS :

Par principe, le retour à domicile des enfants accueillis en établissement doit être favorisé et accompagné en accord avec les parents, les aidants.

Pour ceux pour lesquels ce retour n'est pas possible, il conviendra, comme pour les établissements adultes d'appliquer un certain nombre de mesures pour limiter les risques de propagation du virus au sein de l'établissement.

En tout état de cause, la décision doit être adaptée à la situation de chaque personne en situation de handicap.

- **Le maintien accompagné à domicile pour ceux qui vivent chez leurs aidants** :

Il est demandé d'organiser un dispositif d'écoute et d'évaluation du maintien à domicile. Un numéro d'astreinte, qui peut être mutualisée entre plusieurs organismes gestionnaires, devra être communiqué aux familles et aux autorités de tutelles. Il convient ensuite de procéder à l'évaluation des conditions de maintien à domicile de chaque personne et d'organiser la coordination des réponses à domicile.

- **La sécurisation du domicile dans les structures médico-sociales :**

Sont concernés majoritairement les adultes dont l'adresse de domiciliation est celle de leur FAM, MAS et les enfants et adolescents dont ceux confiés à l'ASE.
Il conviendra d'appliquer un certain nombre de mesures pour limiter les risques de propagation du virus au sein de l'établissement (Interdiction des sorties collectives et rassemblement, limitation des sorties individuelles au strict nécessaire, interdiction des visites extérieures, organisation d'un circuit dédié pour l'entrée et la sortie des prestataires extérieurs).

3- En pratique, au sein de l'établissement (Recommandations CPias- 17/03/2020)

Anticiper et prévenir

- Gestion des ressources en personnel ;
- Information, affichage des recommandations ;
- Respect des mesures barrières renforcées ;
- Interdiction des visites des familles et proches, sauf exceptions encadrées ;
- Gestion des admissions ;
- Gestion des consultations médicales extérieures ;
- Vérification des stocks et des chariots urgences ;
- Sensibilisation du personnel soignant et rappel des Précautions Complémentaires Gouttelettes et Contact.

Agir dès les premiers cas

- Port immédiat du masque chirurgical pour tous les soignants ou intervenants auprès des personnes symptomatiques ou cas confirmés de COVID-19 ;
- Procédure médicale de prise en charge.

S'adapter à l'évolution de la situation

- Information et échanges avec l'ARS ;
- Veille sur évolution des recommandations.

Gérer l'information

- Affichage spécifique COVID-19 au sein de l'établissement ;
- Communication auprès des usagers et des familles sur la mise en place des mesures de prévention mises en œuvre par l'établissement ;
- Diffusion des instructions à tous les personnels ;
- Renforcement des précautions standard et leur rappel dans tous les lieux de soins.

Interdire les visites

- Les visites aux résidents sont suspendues sauf si la situation clinique du patient / résident est extrêmement dégradé et précaire;
- Des exceptions pourront être décidées pour des cas déterminés par le directeur, sur la base des préconisations régionales.

Gérer les admissions et les retours d'hospitalisation

- Pas de consignes de suspension des admissions ;
- Pour tout résident nouvellement admis, résident de retour d'hospitalisation :
    - o Evaluation stricte du tableau clinique ;
    - o Surveillance température et signes cliniques ;
    - o Confinement 14 jours.

Gérer les consultations médicales extérieures

- La télémédecine et les téléconsultations doivent être privilégiées ;
- Les rendez-vous non urgents, pour les consultations médicales extérieures (en ville et à l'hôpital), doivent être reportés, sur avis du médecin.

Gérer les consultations individuelles

- La télémédecine et les téléconsultations doivent être privilégiées ;
- La prescription et la délivrance de Traitements Substitutifs des Opiacés (TSO) doivent être maintenues, en respectant les mesures barrières, dans les CSAPA et officines pharmaceutiques.

Suivre les stocks

- Masques chirurgicaux - surblouses à usage unique et à manches longues –Tabliers plastiques
- Gel hydro-alcoolique - lunettes de protection ;
- Produits pour le bio nettoyage (détergent et désinfectant virucide répondant à la norme NF EN 14476, ou Javel) ;
- Sac DAOM-DASRI.

Vérifier

- La dotation et chariot d'urgence en médicaments (Article R.5 126-113 du Code de la Santé Publique).

Rappeler les bonnes pratiques au personnel

- Précautions standard et mesures barrières ;
- Les procédures de bio nettoyage ;
- Eviter, autant que possible les mouvements d'agents entre différents établissements ;
- Poster les professionnels au sein des unités dédiées.

- **Pour les professionnels présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 :**

Les professionnels de santé symptomatiques sont testés afin de confirmer biologiquement (ou non) leur infection au COVID-19 :

- S'ils sont négatifs, ils peuvent poursuivre leur travail.
- S'ils sont positifs, les recommandations de prise en charge sont identiques à la population générale : isolement, arrêt de travail et levée de l'isolement après critères de guérison.

- **Pour les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable :**

- Réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates.
- Mettre en place si possible du télétravail pour le personnel administratif.

Si le métier ne le permet pas, le professionnel poursuit sa mission en s'appliquant les mesures barrières par précaution, dont le port du masque chirurgical.

4- Gestion des cas

En phase 3, l'obligation de dépistage systématique des cas possibles est levée (MINSANTE 07/03/2020). Il est indispensable toutefois de continuer la confirmation des cas dans les situations suivantes :

• Tous les résidents (dont les enfants) déjà hospitalisés ou dont l'état médical nécessite de l'être;
• Tous les professionnels de santé dès l'apparition de symptômes évocateurs de COVID-19;
• Tous les nouveaux cas groupés : clusters, EHPAD, autres collectivités EMS PH-PDS (dont les établissements médicosociaux pédiatriques et adultes). Dans le cas où la collectivité est clairement identifiée, on pourra se limiter à la confirmation des 3 premiers cas.

Au premier cas suspect de COVID-19 (toux, fièvre, essoufflement…) chez un résident :

- Mise en place immédiate des mesures de confinement ;
- Mise en place immédiate du port du masque chirurgical pour tous les soignants ou intervenants auprès des cas suspects ou cas confirmés COVID-19 et ce pendant 14 jours à partir de la date de la veille de l'apparition des symptômes de chacun des résidents ;
- Mise en place d'un masque chirurgical au résident cas suspects ou cas confirmés COVID-19, s'il le supporte, lors des soins proches ;
- Saisine directe du SAMU ou de l'infectiologue par le médecin de l'établissement ou le médecin traitant du résident pour valider ou non la nécessité du prélèvement.

Les professionnels identifiés comme cas contacts et asymptomatiques doivent porter un masque chirurgical en permanence et ils peuvent poursuivre leur activité.

En application des recommandations du ministère de la Santé, l'obligation de dépistage systématique des cas suspects se limitera à la confirmation des trois premiers cas.

- il est donc recommandé de ne plus dépister au-delà de trois cas confirmés et d'appliquer les mesures de COVID-19 à l'ensemble des cas symptomatiques.

La direction de l'établissement doit s'organiser pour identifier et informer les personnes contacts d'un cas confirmé ou probable :

Il est demandé de déterminer la date d'apparition des premiers symptômes potentiels du cas confirmé ou probable et d'établir la liste la plus exhaustive possible des personnes rencontrées **depuis la veille de ces signes**, que ce soit des professionnels ou des proches.

Une fiche en annexe « contact tracing » précise le rôle de l'établissement dans l'évaluation du risque de contamination des personnes contact (personnel et résidents) et les recommandations adéquates. Cette liste est transmise à l'ARS.

Pour les établissements accueillant les personnes en difficultés spécifiques (PDS)

Formaliser la conduite à tenir en cas de survenue de symptômes évocateurs de coronavirus chez un résident, et notamment, en l'absence de chambres individuelles, d'identifier une pièce à distance des lieux de vie, bien aérée, dans laquelle la personne pourra être isolée en cas de survenue de symptômes. La personne doit pouvoir y être installée confortablement pendant plusieurs heures, le temps de l'intervention de l'équipe sanitaire.

Penser à mettre en place un protocole de portage de repas, de nettoyage et de blanchisserie en cas de survenue ou d'accueil d'un malade de coronavirus dans la structure.

5- ANNEXES : FICHES PRATIQUES/ PROCEDURES

- **Fiche 1 : point sanitaire sur le virus Covid 19……page 11**

➢ **LES PROCEDURES DE SIGNALEMENT en cas de covid 19 +……..page 12**

- **Fiche 2 : démarche en cas de suspicion au sein de votre établissement**
  . COVID-19 définition cas confirmé/probable/possible
  . Documents utiles pour le contact tracing :
    - Fiche de signalement des cas en EHPAD et EMS
    - Protocole de surveillance de cas en EHPAD et EMS (SPF_28/03/20)

➢ **LES MESURES BARRIERES……...page 28**

- **Fiche 3 : mise en œuvre des mesures barrières**
  . Les précautions d'hygiène en ESMS pour un résident cas possible/probable/confirmé COVID-19 (CPIAS 13 mars 2020). Avis de la SF2H relatif au traitement du linge et au nettoyage des locaux ayant hébergé un patient confirmé COVID-19
  . Protocoles habillage déshabillage
  . Gestion des DASRI

➢ **ORGANISATION DES SOINS ……page 43**

- **Fiche 4 : continuité de la prise en charge des résidents**
- **Fiche 5 : prise en charge du patient / résident**
  . Logigramme : prise en charge d'un patient suspect covid 19 d'un EMS vers un hôpital
- **Fiche 6 : organisation au sein de l'EMS**
- **Fiche 7 : lien avec les pharmacies d'officine, les médecins traitants, les kinésithérapeutes**
- **Fiche 8 : prise en charge en HAD**
- **Fiche 9 : prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2. -**
  . Avis du HCSP relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2

➢ **ORGANISATION DES RH EN SITUATION DE CRISE……page 65**

- **Fiche 10 : organisation interne gestion des ressources humaines**
  . fiche info RH . Divers
- **Fiche 11 – mesures de prise en charge médico-psychologique**
- **Lien Foire aux questions (FAQ) site du Ministère de la Santé**

Fiche 1 - Les points sanitaires à repréciser sur le COVID 19

La période de contamination est différente de la période d'incubation

La phase de contamination commence dans les 24 h précédant le début des signes cliniques. Il vous faut donc rechercher les contacts durant cette période et pas au-delà.

Sur les surfaces, le virus persisterait pendant quelques heures à plusieurs jours (en fonction des conditions environnementales et de la nature des surfaces)

La période d'incubation, c'est-à-dire la période entre la contamination et le développement des signes cliniques, s'étend de 1 à 14 jours. En moyenne 5 à 6 jours. Pendant cette période, les tests peuvent s'avérer négatif et donc faussement vous rassurer. Les tests ne sont donc pas actuellement recommandés chez les personnes asymptomatiques.

La transmission :

Deux sources de contamination qui doivent concentrer vos efforts notamment pour l'utilisation de masques et le lavage/désinfection des mains.

- Gouttelettes respiratoires directement projetées à moins d'un mètre, 1 à 2 mètres en cas de toux. La contamination par voie aérienne est faible s'il n'y a pas de source d'aérosolisation.

- Se toucher le visage (bouche et nez) avec ses mains souillées (non lavées après avoir été en contact avec une surface ou une personne contaminée) ; pour le personnel d'entretien (cf. mesures barrières)

La symptomatologie

Nous attirons votre attention sur la présentation clinique qui peut être atypique chez la personne âgée.

Au-delà des symptômes respiratoires classiques et bien connus (écoulement et congestion nasal, toux, désaturation, myalgie…), la maladie peut débuter par :

- Hyperthermie, même fébricule,
- Douleur abdominale et diarrhée avec ou sans hypokaliémie qui peuvent être en prodrome
- Lymphopénie modéré avec AEG,
- Un changement brutal de l'état de santé : asthénie+++, altération de l'état général, confusion et/ou somnolence/ chute inhabituelle

Du retour d'expérience des médecins coordonnateurs des EPHAD, la symptomatologie peut être étonnamment fluctuante avec, dans les premiers jours, une alternance entre une bonne tolérance et un effondrement de l'état général.

En complément des notes ministérielles, notamment celle du 20/03/2020 à destination des EMS. Ce document a été finalisé le 26 mars 2020.

LES PROCEDURES DE SIGNALEMENT
SI SUSPICION DE CAS COVID 19 POSITIF

Fiche 2 - La démarche en cas de suspicion au sein de votre établissement

La gestion de l'épidémie. Qui alerter ? Quelle est la procédure ?

Afin de permettre le suivi des cas COVID-19 au sein des établissements sociaux et médico-sociaux, un dispositif de signalement est mis en place à partir du portail signalement disponible au lien suivant :

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

Le signalement des cas COVID-19 en temps réel et **dès le premier cas possible ou confirmé** par **les établissements sociaux et médico-sociaux concernés** [1]**,** quel que soit leur statut (adossé ou non à un établissement sanitaire) a pour objectif de détecter rapidement la survenue d'un tableau clinique compatible avec une infection COVID-19 parmi les résidents et/ou le personnel des EMS afin de suivre l'impact de l'épidémie en temps réel.

Il doit permettre aux établissements de bénéficier d'une évaluation de la situation en lien avec l'Agence Régionale de Santé, avec, si nécessaire, l'appui du Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) à la mise en place des mesures de gestion et celui de Santé publique France (SpFrance) en région pour les investigations épidémiologiques.

Il contribue également à la surveillance régionale et nationale de l'impact l'épidémie de COVID-19.

Afin de permettre une surveillance épidémiologique et un pilotage opérationnel le plus efficace possible, nous vous demandons de bien veiller à une **saisie quotidienne des nouveaux cas et des décès éventuels Covid-19**.

Le signalement contient deux questionnaires :

- un questionnaire pour le signalement initial ;
- un questionnaire quotidien pour le suivi et la clôture.

Les modalités pratiques du signalement, la définition de cas, les procédures d'identification, diagnostic et les mesures à mettre en œuvre sont disponibles sur le site de Santé publique France au lien suivant :

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

[1] EHPAD - EHPA - résidences autonomie - résidences seniors
Etablissements PH avec hébergement : MAS - FAM - IME - autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, instituts pour déficients auditifs et visuels) - autres établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)
Secteur social : ASE (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

Pour rappel, les recommandations COVID-19 pour les établissements médico-sociaux sont disponibles sur le site du Ministère des solidarités et de la santé au lien suivant :

https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-recommandations-pour-les-etablissements-medico-sociaux

Par ailleurs, pour toute demande, vous pouvez contacter :

- L'ARS via la **plateforme de veille et d'urgence sanitaire** (PVUS) avec les adresses mail habituelles : sur ARS13-alerte@ars.sante.fr, et sur ars-paca-vss@ars.sante.fr.



Et sur les BAL génériques des délégations départementales :

- 04 : ars-paca-dt04-ph-pds @ars.sante.fr ;
- 05 : ars-paca-dt05-alerte@ars.sante.fr ;
- 06 : ars-paca-dt06-ph-pds@ars.sante.fr ;
- 13 : ars-paca-dt13-esms-secteur-ph@ars.sante.fr ;
- 83 : ars-paca-dt83-medico-sociale@ars.sante.fr ;
- 84 : ars-paca-dt84-alerte@ars.sante.fr

Sans attendre le résultat du test que faire ?

Au cas où vous ne l'avez pas encore fait, désigner un référent, COVID 19 dès à présent qui sera en lien avec l'ARS (pour la logistique : masques, les signalements de cas...).

Identifier les contacts étroits, mais pas uniquement[2]

Compte tenu de la période de contamination, jusqu'à 24h avant le début des signes, vous rechercherez les contacts (personne à moins d'un mètre pendant une durée de plus de 15 mn) de la personne nouvellement atteinte du COVID 19 dans les 24h précédent le début des signes.

Ainsi, si le dernier contact a eu lieu le 1er mars, surveillance rapprochée jusqu'au 15 mars inclus.

[2] Annexe 1 : recherche et prise en charge cas contact

Ces patients / résidents ainsi identifiés devront faire l'objet d'une mesure d'isolement, de mesures barrières rapprochées, ainsi que d'une surveillance médicale renforcée.
Pendant une durée de 14 jours à partir du dernier contact.

Cependant, compte tenu du risque de contamination manu-portée et de la fragilité des résidents, vous voudrez bien établir des modalités de surveillance pour l'ensemble des résidents et du personnel :
Le personnel (contact étroit) en l'absence de symptômes devra porter un masque et surveiller sa température.

Modalités de surveillance de l'ensemble de l'établissement

Vous devez :

1°) Dresser une liste de l'ensemble de vos résidents (sous forme de tableau Excel par exemple) et tracer pour chacun d'entre eux :

- les résultats de la prise de température deux fois par jour
- l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, …) ;
- l'apparition de symptômes cliniques atypiques d'apparition brutale : troubles digestifs, état confusionnel, anorexie, chute inhabituelle, altération de l'état général d'évolution rapide

2°) Demander à votre personnel de surveiller sa température deux fois par jour, avant sa prise de poste, ainsi que l'apparition de symptômes.

Les tests COVID 19

Pour les trois premiers résidents de votre établissement pour personnes handicapées et pour le personnel soignant symptomatique.
En sus des établissements de santé « COVID 19 » les laboratoires de ville peuvent dorénavant effectuer des tests.

COVID-19 DEFINITION CAS CONFIRME/PROBABLE/POSSIBLE

Au préalable, en cas d'infection respiratoire aigüe basse d'allure virale ou bactérienne, il est préconisé de **réaliser un test à la recherche du virus SARS-CoV-2 chez les trois premiers résidents présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de confirmer un Covid-19.

A – Définitions *(*Définitions actualisées selon l'évolution de l'épidémiologie sur le site de santé publique France : www.santepubliquefrance.fr)

RESIDENT SYMPTOMATIQUE

1/ COVID19 confirmé : Diagnostic d'infection par COVID19 réalisé par PCR.
2/ COVID19 : diagnostic d'infection non confirmé + par PCR
- **Cas possible** : résident présentant des symptômes de COVID ;
- **Cas probable** : résident présentant des symptômes de COVID et contact d'un cas confirmé**.**

RESIDENT ASYMPTOMATIQUE

1/ COVID19 exposé *:* résident asymptomatique MAIS :
- **Sujet exposé** revenant d'une zone de transmission communautaire
- **Sujet exposé** revenant d'une zone non contrôlée (autres secteurs d'hospitalisation, domicile)

2/ COVID19 contact *:* résident asymptomatique MAIS :
- **Sujet contact** ayant été en contact avec un cas confirmé

B - Durée des précautions complémentaires

- RESIDENT SYMPTOMATIQUE (COVID19 confirmé ou suspect) : 14 jours après le J1 des symptômes s'il est devenu asymptomatique. Si au-delà des 14 jours de confinement, le résident reste symptomatique, maintenir le confinement et les mesures barrières idoines ;

- RESIDENT ASYMPTOMATIQUE (COVID19 exposé ou contact) : 14 jours après l'exposition à risque

Dans un contexte de cas groupés (au moins 3 cas chez les résidents) de COVID-19, tous les résidents de l'unité étant considérés à risque modéré/élevé, ils doivent être mis en isolement.
La levée de ces mesures se fera 14 jours après le début des signes du dernier cas s'il est devenu asymptomatique sinon jusqu'à la disparition de ses signes cliniques.
Pour les résidents et les professionnels qui ont été en contact avec un cas confirmé ou probable COVID-19, il sera nécessaire de réaliser un contact-tracing et donner les recommandations adéquates. (Cf. fiche « Contact-tracing autour d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 » en annexe).

C - Mesures générales

1. Adaptation des chambres

Quelle que soit la situation les mesures de confinement sont applicables pendant 14 jours après l'exposition définie au paragraphe précédent ;
Dans la mesure du possible, les patients sont en chambre individuelle ;
Pour les chambres doubles, les mêmes précautions sont applicables pour le voisin de chambre.

2. Gestion du matériel en chambre

Usage Unique : Privilégier ce type de dispositifs pour le séjour du patient.

Usage Multiple *:* Entretien du matériel dans la chambre du patient par désinfection au moyen de lingettes imprégnées d'un produit détergent désinfectant.

DOCUMENTS UTILES POUR LE CONTACT TRACING

Calendrier de suivi médical après contact avec un cas probable ou confirmé COVID-19

Date du dernier contact à risque avec le cas probable ou confirmé COVID-19 : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de début du suivi : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de fin du suivi : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Mode de prise de température (frontale, buccale, oreille) : .....

Notez la température et les symptômes dans le tableau

Jour de suivi	Température		fatigue intense	Conjonctivite	Toux	douleurs musculaires /articulaires	autre (préciser)
	matin	soir					
1			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
2			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
3			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
4			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
5			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
6			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
7			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
8			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
9			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
10			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
11			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
12			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
13			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....
14			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	.....

En cas de fièvre ou d'autres symptômes, appelez votre médecin traitant ou le Centre 15 en mentionnant que vous êtes contact d'un cas probable ou confirmé COVID-19.

Santé publique France

Fiche de signalement des cas de COVID-19 en EHPAD et EMS

Mise à jour : 28 mars 2020

CONSIGNES : *Cette fiche a pour objet de signaler rapidement la survenue de personnes présentant un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements médico-sociaux (EMS) afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion.* ***Les informations sur le nombre de cas et de décès doivent être actualisées quotidiennement dans le volet « quotidien ».*** *La partie « bilan final » sera complétée secondairement à la fin de l'épisode.*

Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec de **signes respiratoires** (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le Covid-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Cas confirmé COVID-19 : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Critères de signalement : signaler dès le premier cas COVID-19 possible ou confirmé

SIGNALEMENT

Date du signalement : ____/___/_____

Personne référente COVID-19: Nom :..... Fonction :.....

Tél : ..... Fax : ..... Mail :.....

CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement* .....

Commune* : _____ **Département*** _____Code postal : /... /... /... /... /.../

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Etablissement affilié à un établissement de santé : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nom de l'établissement : _____

Si non, convention avec une Equipe Opérationnel d'Hygiène (EOH) ou une Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) :

❑ Oui ❑ Non

Santé publique France

Type d'établissement :

Hébergement pour personnes âgées : ❑

Si oui : ❑ EHPAD ❑ Autre (EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

Hébergement pour personnes handicapée : ❑

Si oui : ❑ MAS ❑FAM ❑ IME ❑ Autre établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels) ❑ Autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

Aide social à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) : ❑

Nombre de résidents présents lors du signalement : _____	**Nombre de personnes membres du personnel** : _____

VOLET SITUATION LORS DU SIGNALEMENT

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Date du début des signes du premier cas : ___ /___/___

MESURES DE CONTRÔLE

Mesures prises dans l'établissement	Oui	Non
Mise en place d'une cellule de crise	❑	❑
Précautions «standard»	❑	❑
Précautions de type « gouttelettes »	❑	❑
Précautions de type « contact »	❑	❑
Précautions de type «air» pour le personnel pour les actes invasifs ou à risque (prélèvements rhyno-pharyngés…)	❑	❑
Suspension des admissions	❑	❑
Bionettoyage adapté au COVID-19	❑	❑
Equipement de Protection Individuelle (EPI) en quantité suffisante pour la semaine	❑	❑
Information des familles et du personnel	❑	❑
Autres mesures (préciser) : ……	❑	❑

**champs obligatoires*

Santé publique France

Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez lesquelles :

SARS-CoV-2 ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nombre de tests réalisés : _____

Grippe ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nombre de positifs : _____

Type de tests pour d'autres virus respiratoires ❑ Oui ❑ Non

Si oui, résultats : .....

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?

❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez :

Besoin d'un soutien extérieur	Oui	Non
Difficultés RH :	❑	❑
Si oui, absentéisme critique	❑	❑
besoin en recrutements et nombre/catégories professionnelles	❑	❑
autres (à préciser) _____	❑	❑
Difficultés locaux organisations : unité COVID impossible à créer, activité interrompue, autres (à préciser) _____	❑	❑
Difficultés matériels : masques chirurgicaux, masques FFP2, solutions hydro-alcoolique, autres EPI,	❑	❑
Difficultés de trésorerie : état de votre trésorerie en nombre de jours de dépenses de fonctionnement	❑	❑

Commentaires

Merci de compléter quotidiennement le volet quotidien

**champs obligatoires*

Santé publique France

VOLET QUOTIDIEN : *A actualisez quotidiennement*

Date : ____/___/_____

Nom de l'établissement *.....

Commune* : _____ **Département*** :_____

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Tél : _____

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Commentaires :

VOLET BILAN FINAL : *A compléter à la clôture de l'épisode*

Nom de l'établissement *.....

Commune* : _____ **Département*** :_____

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique) : _____

Date du bilan ____/_____/_____ Date de début des signes du dernier cas : ____/_____/_____

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du personnel
Nombre de cas confirmés de COVID-19		
Nombre de cas possibles de COVID-19		
Dont nombre de cas possibles / confirmés hospitalisés		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés dans l'établissement		
Dont nombre de cas possibles / confirmés décédés à l'hôpital		

Nombre de tests SARS-Cov-2 réalisés : ____

**champs obligatoires*

Santé publique France

Protocole de la surveillance active des cas de COVID-19 en EHPAD et EMS

28 mars 2020

Le 31/12/2019, l'OMS a été informée par les autorités chinoises de l'existence de cas groupés de pneumonies dont la majorité avait un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan (région Hubei). Le 07/01/2020, un nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a été identifié comme étant la cause de la maladie dite COVID-19. L'importation de cas de COVID-19 depuis la Chine dans d'autres pays a été observée dès le début de l'épidémie à Wuhan, mais s'est intensifiée depuis la mi-février 2020. En France à la date du 25 mars, le SARS-COV-2 circule dans l'ensemble des régions et on dénombre plus de 25 000 cas confirmés.

Ainsi, dans le cadre de ses missions de surveillance, de vigilance et d'alerte, Santé publique France (SpF) a mis en place la remontée d'information sur les cas diagnostiqués de COVID-19 au travers de son réseau de partenaires. A partir de mi-mars 2020, plusieurs cas groupés de COVID-19 dans les établissements d'hébergement pour personne agrées dépendantes (EHPAD) et dans les établissements médico-sociaux (EMS) ont été signalés mais n'ont pas l'objet d'un signalement via le portail des signalements du ministère chargé de la santé pour les cas groupés d'infections respiratoires aigue (IRA) (1-3). Ce système n'est pas adapté pour les signalements et le suivi des cas de COVID en particulier, pour un suivi quotidien des épisodes de cas groupés. A la demande de la Direction générale de la santé, Santé publique France a développé un nouveau système de surveillance des cas de COVID-19 pour ces établissements permettant le suivi de ces épisodes.

I. Objectifs de la surveillance des cas graves de COVID-19

- Détecter rapidement la survenue de personnes présentant un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements médico-sociaux (EMS) afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion.

- Assurer le suivi du nombre de cas et de décès liés au COVID-19 dans les EPHAD et les EMS en temps réel

- Récolter des informations nécessaires pour aider à la gestion des épisodes de cas groupés de COVID-19 dans les EHPAD et les EMS.

II. Méthodologie

a) Définition de cas

Cas possible COVID-19 : Fièvre (ou sensation de fièvre), et de signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) ou autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Cas confirmé COVID-19 : Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

Santé publique France

b) Période de surveillance

La surveillance débute fin mars 2020 et se terminera avec la fin de l'épidémie de COVID-19.

c) Recueil des données

L'établissement EHPAD ou EMS doit signaler, un épisode, dès le premier cas de COVID-19 possible ou confirmé sur une application Voozanoo disponible via un lien internet figurant sur le portail des signalements(https://signalement.social-sante.gouv.fr/). Cette application est composée de deux formulaires, un formulaire« Signalement initial » à compléter dès la survenue du premier cas COVID-19 possible ou confirmé et un formulaire « Signalement quotidien et de clôture». Ce second formulaire contient 2 volets un volet « Quotidien » avec les informations sur le nombre de cas et de décès et qui doit être mis à jour quotidiennement dès le lendemain du signalement et un volet « clôture » qui sera complété à la fin de l'épisode.

L'application permet de recueillir les informations suivantes :

Lors du signalement :

- Des informations sur la personne responsable de la surveillance COVID-19 (son nom, sa fonction, son téléphone, son fax et son adresse e-mail)
- Des informations sur l'établissement (son nom, sa commune, son département, son code-postal, son numéro FINESS géographique si disponible, son type EHPAD ou EMS, son lien avec un établissement de santé, le nombre de résidents présents lors du signalement et le nombre de personne membre du personnel)
- Des informations sur l'épisode (le nombre de cas confirmés parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de cas possible parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès dans l'établissement parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès à l'hôpital, parmi les résidents et les personnes membre du personnel, la date de début des signes du premier cas)
- Des informations sur les mesures de contrôle (types de mesures mise en place dans l'établissement, recherche étiologique déjà entreprise ou en cours : SARS-COV-2, Grippe ou autres virus respiratoire et les résultats de ces recherches, la question du besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode)

Chaque jour suivant le jour du signalement :

- Des informations sur l'établissement (son nom, sa commune, son département son numéro FINESS si disponible et un numéro de téléphone)
- Des informations sur l'épisode (le nombre de cas confirmés parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de cas possible parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès dans l'établissement parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès à l'hôpital, parmi les résidents et les personnes membre du personnel)

A la clôture de l'épisode :

- Des informations sur l'établissement (son nom, sa commune, son département son numéro FINESS et un numéro de téléphone)
- Des informations sur l'épisode (le nombre de cas confirmés parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de cas possible parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès dans l'établissement parmi les résidents et les personnes membre du personnel, le nombre de décès à l'hôpital, parmi les résidents et les personnes membre du

personnel, la date du bilan, la date de début des signes du dernier cas, le nombre de test SARS-Cov-2 réalisés)

d) Analyse des données

La base des données peut être exportée au format CSV. Deux niveaux d'accès sont prévus, un accès national et un accès régional. Pour accéder à la base nationale ou aux bases régionales, chaque personne autorisée à un login et mot de passe qui lui est propre.
Au niveau régional, Santé publique France et les ARS ont accès à la base des données de leur région en écriture, validation et extraction pour analyse. Un accès en lecture et extraction est également prévu pour Cépias
Au niveau national, la DGS et la DGCS ont accès en lecture et extraction. Pour Santé publique France, les personnes en charge de la surveillance des cas de COVID-19 à la Direction des maladies infectieuses (DMI) de SpF ont accès à l'ensemble des données.

Les épidémiologistes de Santé publique France seront en mesure de fournir chaque jour :

- le nombre total d'épisode au niveau national et par région
- le nombre de nouveaux épisodes au niveau national et par région
- le nombre total de cas confirmés, de cas possible de cas hospitalisé et de décès au niveau national et par région
- le nombre de nouveaux cas confirmés, de cas possible, de cas hospitalisé et de décès au niveau national et par région

Une description plus détaillée de ces épisodes (nombre moyen de cas et de décès par épisode, durée moyenne ou médiane d'un épisode pourra être réalisée à une fréquence hebdomadaire.

Des listings permettront un accès simplifié aux principales informations.

III. Procédures d'identification, diagnostic et mesures d'isolement

Des mesures de gestion doivent être prises dès l'apparition de premier cas possible (1-3).
Les processus de confinement et les mesures d'isolement et de protections sont disponibles sur le guide « Prise en charge des patients Covid-19 en ville (version du 18/03/2020 (4)). La DGS publie régulièrement des messages d'alerte urgents -MARS- à consulter sur ce lien :
https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/listeMessageBuilder.do?cmd=afficherListe

Lors d'un épisode de cas groupés, les trois premiers patients résidant en EHPAD présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19 feront l'objet, si possible, d'un prélèvement (4). Les prélèvements seront envoyés à un laboratoire habilité pour les analyses par (RT)-PCR ciblant le SARS-CoV-2.

a) Kits de prélèvements

Un prélèvement nasopharyngé par écouvillonnage profond (endonasal) est recommandé. Pour le diagnostic par biologie moléculaire du COVID-19, en l'absence de kits de prélèvements dédiés, il est possible d'utiliser des écouvillons floqués pour prélèvements naso-pharyngés (écouvillons Virocult® ou autres écouvillons équivalents, aspirations) avec un milieu de conservation/transport adapté aux mycoplasmes et aux chlamydias (type eSwab™) (5-6).

b) **Un film décrivant la technique de prélèvement est disponible ici :**
www.youtube.com/watch?v=DVJNWefmHjE

Santé publique France

c) Précautions complémentaires air et contact pendant les prélèvements

Les propositions ci-dessous sont basées sur un avis de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) concernant les mesures de protection à appliquer lors de la réalisation des prélèvements respiratoires à visée diagnostique en consultation dans le contexte du COVID-19 (7):

- Port d'un masque de type FFP2 (non réutilisable) ;
- -Port d'une sur-blouse à UU à manches longues. La protection de la tenue personnelle doit être assurée par une sur-blouse (1 par jour) ;
- Port de lunettes de protection réutilisables et nettoyables entre chaque prélèvement ;
- Protection des cheveux (port d'une charlotte). Le port de charlotte n'est pas indispensable si les cheveux sont courts ou attachés et lavés fréquemment ;
- Réalisation du lavage des mains avec une SHA avant et après le geste ;
- Le port de gants à UU est limité aux situations de contact avec du sang, des liquides biologiques, les muqueuses ou la peau lésée.

d) Triple emballage

La Société française de microbiologie a actualisé sa fiche de gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect de COVID-19. Le triple emballage (tube, papier buvard et sac en plastique, enveloppe à bulles) est recommandé rigide ou à défaut, un double emballage souple avec du papier absorbant, en particulier pour les prélèvements en pot à vis. En stade 3 de l'épidémie, un emballage simple (type prélèvement pour diagnostique de la grippe) peut être envisagé au cas par cas pour ne pas freiner la prise en charge des patients (6).

IV. Aspect Éthique et déontologique, durée et modalité de conservation des données

Toutes les données sont agrégés et non nominatives. Les informations relatives aux personnes déclarantes, noms, téléphone ou mails seront détruites une fois les données consolidées et le dossier clos ou au plus tard à la fin de l'épidémie.

Les autres données sont conservées pour permettre la constitution éventuelle de séries temporelles, en cas de réémergence d'une épidémie de COVID-19 et n'ont pas vocation à être détruites.

La conservation illimitée de ces données se fera après l'élimination du nom de l'établissement, du code FINESS géographique. La suppression du nom de l'établissement confère un caractère anonyme au fichier et permet sa conservation de façon illimitée.

V. Sécurité

L'application Voozanoo est hébergée sur un espace sécurisé sur le serveur de Santé publique France. A la fin de la surveillance, la base de données nationale est conservée sur un espace sécurisé. Chaque Cellule régionale conserve une base régionale de données résultant de l'extraction de la base nationale de ses données régionales. Ces extractions de la base nationale sont gérées selon les modalités déterminées par le présent protocole (suppression du nom de l'établissement et du type de service au bout de 5 ans).

Santé publique France

Références

1. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées – HCSP – collection avis et rapport -Juillet 2012.
   Disponible ici : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120703_infecrespicollagees.pdf

2. INSTRUCTION N° DGS/VSS1/DGCS/SPA/2019/211 du 30 septembre 2019 relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées.
   Disponible ici : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Instruction-IRA-gastro-personnes-agees-Ets.pdf

3. Ministère des Solidarités et de la santé. Guide réflexe sur la prise en charge des cas groupés d'insuffisance respiratoire aigüe (IRA) et de gastroentérite aigüe (GEA) en collectivités de personnes âgées.
   Disponible ici : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-11/Guide%20r%C3%A9flexe%20cas%20group%C3%A9s%20IRA%20et%20GEA%20en%20collectivit%C3%A9%20de%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.pdf

4. Ministère des Solidarités et de la santé. LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19 (version du 18/03/2020)
   Disponible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf

5. Message d'Alerte Rapide Sanitaire : MARS no 2020_9. COVID-19 Actualisation des informations au 06 mars 2020

6. Société française de microbiologie. Fiche : Gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect ou confirmé de COVID-19. Version 4.
   Disponible ici : https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19_V4_SFM.pdf

7. Société française d'hygiène hospitalière
   Disponible ici :https://www.sf2h.net/

MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIERES

Fiche 3 - Les mesures barrières : Former, Reformer et Superviser[3]

En sus des différentes recommandations ministérielles, nous nous permettons d'attirer votre attention sur les points suivants :
Former régulièrement le personnel y compris de **nuit.** Outre les inquiétudes du personnel, il faut régulièrement ré-informer les personnels des bonnes pratiques et les superviser.
Dans cette période de disponibilité limitée de masques, il apparait essentiel de bien identifier les gestes et situations susceptibles d'une contamination (à moins d'un mètre si pas de projection, à 1m5-2m si risque de projection de fluide corporel, par contact de surface ou de déchet comme précédemment décrit).

Les masques FFP2 sont réservés aux professionnels de santé réalisant des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire.

Quand, comment mettre, utiliser, enlever et éliminer un masque ?

Pour qui et quand ?

 Réserver aux professionnels au contact rapproché (moins d'un mètre) aux contacts des résidents
 Les personnes qui présentent des symptômes respiratoires (fièvre et toux) doivent porter un masque en dehors de leur zone d'isolement. Si le patient tousse, il est préférable lors de soins rapprochés de bénéficier d'une double protection soignant/soigné.

Comment ?

Dans les règles à respecter, la vigilance doit être notamment portée sur les éléments en gras :
1. **Avant de mettre un masque, se laver les mains** avec une solution hydro-alcoolique ou à l'eau et au savon.
2. Vérifier que le masque n'est ni déchiré ni troué.
3. Orienter le masque dans le bon sens (**bande métallique ou bord dur vers le haut**).
4. Vérifier que la face colorée du masque est placée vers l'extérieur.
5. Placer le masque sur le visage. **Pincer la bande métallique ou le bord dur** du masque afin qu'il épouse la forme du nez.
6. Tirer le bas du masque pour recouvrir la bouche et le menton.
7. Après usage, retirer le masque, enlever les élastiques de derrière les oreilles tout en **éloignant le masque** du visage et des vêtements afin d'éviter de toucher des parties du masque éventuellement contaminées.
8. Jeter le masque dans une poubelle fermée immédiatement après usage.
9. **Après avoir touché ou jeté le masque, se laver les mains** avec une solution hydro-alcoolique ou à l'eau et au savon si elles sont visiblement sou

[3] Annexe 3 et 3bis : recommandations du Cpias de Bretagne et Cpias Haut de France

LES PROCEDURES CPias

Précautions d'Hygiène en EMS
pour un résident cas possible/probable/confirmé COVID-19

(Version 18 mars 2020)

Prérequis :

Appliquer les Précautions Standard : *voir Annexe 1*

Informer les professionnels et intervenants autorisés

Suspendre les visites (sauf autorisation exceptionnelle)

Appliquer les mesures barrières :

- Gestes barrières : *voir Annexe 3*
- Hygiène des mains (HDM) par friction hydro alcoolique (FHA)*
- Aération régulière

Indications du port de masque : *voir Annexe 4*

- Port du masque chirurgical pour tout soignant / intervenant dès l'entrée dans la chambre
- Port du masque FFP2 exclusivement pour le personnel soignant qui réaliserait des gestes invasifs ou manœuvres au niveau de la sphère respiratoire (prélèvement sphère nasopharyngé, kinésithérapie respiratoire, aspiration endotrachéale)

Prise en charge de résident cas possible/probable/confirmé COVID-19 :

Confinement du cas :

- Chambre individuelle
- **Appliquer les prérequis**
- Arrêter les activités
- Distribuer les repas en chambre
- Privilégier l'utilisation de matériel à usage unique (UU) ou dédié au résident (thermomètre, bassin…)
- **Avoir à disposition** : lunettes de protection, tablier plastique UU ou sur blouse UU, masques chirurgicaux, produit hydro alcoolique, produit détergent-désinfectant*

Avant d'entrer dans la chambre :

- Réaliser une FHA
- Mettre des lunettes de protection et un masque chirurgical
- Mettre un tablier plastique UU ou sur blouse UU pour tout soin de contact (change, toilette…)
- Réaliser une FHA
- Prévoir :
  - Gants à UU : à utiliser UNIQUEMENT pour les soins à risque de contact avec les produits biologiques d'origine humaine (urines, sang, selles…)
  - Supports de linge sale et déchets (DAOM/DASRI) proches de la chambre

Dans la chambre :

- Mettre un masque chirurgical au résident en continu lors des soins proches s'il le supporte

<u>Après le soin :</u>

- Nettoyer-désinfecter l'environnement proche du résident : utiliser un produit détergent-désinfectant* (en respectant le temps de contact pour une virucidie indiqué par le fabricant)
- Eliminer en DAOM tablier/sur blouse et gants avant de sortir
- Réaliser une FHA

* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

Précautions d'Hygiène en EMS
pour un résident cas possible/probable/confirmé COVID-19

(Version 18 mars 2020)

A la sortie de la chambre :

- Si utilisation de dispositifs médicaux partagés : nettoyer-désinfecter avec produit détergent-désinfectant* (stéthoscope, tensiomètre…)
- Retirer les lunettes de protection (voir fiche CPias « entretien des lunettes de protection »)
- Jeter le masque chirurgical en DAOM
- Réaliser une FHA

Gestion excrétas :

- Privilégier les sacs absorbants, à défaut le lave bassin
- **Pas d'utilisation** de douches ou douchettes

Déchets : Eliminer les déchets selon la filière habituelle

DAOM en double sac plastique : gants, tabliers, protections absorbantes, emballages…
Eliminer régulièrement les sacs préalablement fermés

DASRI : selles liquides ou déchets avec présence de sang et/ou vomissements
Ne sont pas considérés comme DASRI : mouchoirs, masques usagés

Pour rappel : FHA après toute manipulation

Bio nettoyage de la chambre :

- Porter : tablier plastique ou sur blouse UU, gants UU, masque chirurgical, lunettes de protection
- Préférer l'utilisation de chiffonnettes/bandeaux de lavage à UU.
  Si utilisation de chiffonnettes/bandeaux réutilisables : les traiter en lingerie à 60°c

Au quotidien :

- Aérer de manière régulière la chambre
- Utiliser un produit détergent-désinfectant* en respectant le temps de contact pour une virucidie indiqué par le fabricant : pour les surfaces hautes et cabinet de toilette
  Ou en cas de non-conformité à la norme NF EN 14476, réaliser la procédure ICD (Javel) *voir Annexe 2*
- Nettoyer les sols selon la procédure habituelle
- **Renforcer le bio nettoyage des surfaces telles que : poignées de porte, barrières, interrupteurs, télécommandes, sonnettes, tablettes …**

En sortie ou fin de période de contagiosité :

- Réaliser la procédure ICD (Javel) pour les sols et surfaces *voir Annexe 2*

Repas / Vaisselle :

- Repas en chambre
- Prise en charge habituelle de la vaisselle

Pour rappel : cycle de lavage à une température de 55°C à 60°C et un cycle de rinçage à plus de 85°C.

Précautions d'Hygiène en EMS
pour un résident cas possible/probable/confirmé COVID-19

(Version 18 mars 2020)

Linge :

- Suivre la filière et les procédures de l'établissement
- Privilégier le double emballage ou sac hydrosoluble
- Pour la manipulation : porter tablier plastique ou sur blouse UU, gants UU, masque chirurgical, lunettes de protection
- Pour le linge fragile : réaliser un prélavage et utiliser un produit lessiviel désinfectant
- **Bannir les mouchoirs tissu aux résidents**

Pour rappel : Ne pas secouer les draps et le linge, ne pas plaquer les draps et le linge contre soi
FHA après toute manipulation

Si entretien du linge par la famille :

- Entreposer le linge sale dans un sac plastique dans la chambre
- Quand la famille récupère le linge : prendre le sac et le déposer dans le sac de transport plastique de la famille (étiqueté)

Conseils à donner à la famille :

- Ne pas secouer les draps et le linge
- Transporter les draps et le linge à laver dans la machine à laver le linge sans dépose intermédiaire dans le logement.
- Laver le linge :
  - A part des autres personnes vivantes sous le même toit
  - dans une machine à laver avec un cycle à 60°c pendant 30 min au minimum. En cas de linge fragile, réaliser un prélavage.
- Réaliser une hygiène des mains en fin de manipulation

* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

ANNEXE 1 : Précautions Standard



* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

ANNEXE 2 : Procédure ICD (Javel)

- Nettoyer avec un produit détergent
- Rincer à l'eau du réseau
- Laisser sécher
- Désinfecter à l'Eau de Javel selon la dilution :

Utilisation en désinfection de l'Eau de Javel : solution à 2,6% diluée au 1/5ème



9,6%

Si utilisation de **berlingots de 250ml** (solution à 9,6%) :
1- dilution dans un flacon de 1 litre (berlingot de 250ml + 750ml d'eau froide pour obtenir une solution de 1 litre à 2,6%),
2- puis nouvelle dilution au 1/5ème (1 litre de la solution préparée dans 4 litres d'eau)



2,6%

Si utilisation de **bidons de 1 ou 2 litres** (solution à 2,6%) :
- dilution directe au 1/5ème (1 litre du bidon dans 4 litres d'eau)

A diluer dans de l'eau froide

Date de péremption :

Berlingot : 3 mois après la date de fabrication indiquée dessus.
Bidon de 1 litre commercialisé : date de péremption indiquée.

Solution à utiliser extemporanément.

* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

ANNEXE 3 : Mesures barrières

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

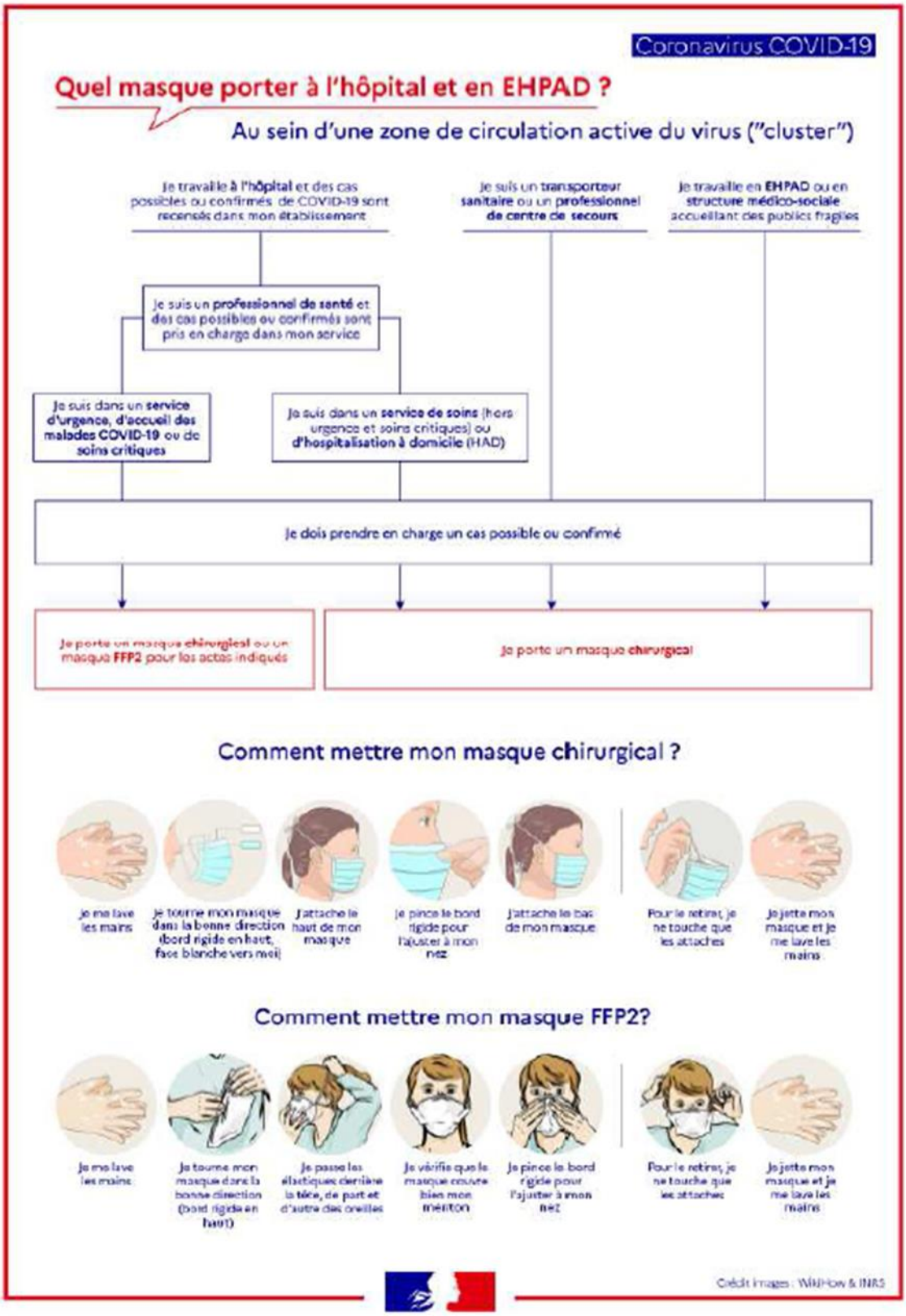
Santé publique France



https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2020/03/coronavirus_gestes_barierre_spf.pdf

* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

ANNEXE 4 : Quel masque porter en EHPAD ?



https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/port_masque_ps_hopital-ehpad.pdf

* Produit répondant à la norme de virucidie NF EN 14476

PROTOCOLE HABILLAGE DESHABILLAGE

À afficher à l'extérieur

Protocole habillage chambre de patient confirmé/suspecté COVID19

Phase 3

1 ***HABILLAGE à l'EXTERIEUR***

1. SURBLOUSE – manches longues 

   +/-Tablier plastique (si soins mouillants/souillants) 
2. MASQUE
   - Chirurgical 
   - ou FFP2 - Vérifier son étanchéité (Fit-check) 
     - Absence de port du masque par le patient
     - Acte invasif sur la sphère ORL
3. LUNETTES de protection 
4. COIFFE - Couvrir entièrement ses cheveux 
5. SHA - Hygiène des mains 

ENTREE DANS LA CHAMBRE

Réalisation des soins nécessaires

2

DESHABILLAGE 1 : à l'INTERIEUR (dans la salle de bains)

Retirer dans l'ordre :



1. TABLIER PLASTIQUE → jeter
2. GANTS → jeter
3. SURBLOUSE – accrocher sur clou/porte manteau face souillée vers mur pour réutilisation (si tissu) / si surblouse usage unique → jeter
4. SHA - Hygiène des mains
5. OUVERTURE DE PORTE



3

DESHABILLAGE 2 : à l'EXTERIEUR

1. SHA - Hygiène des mains



2. FERMETURE DE PORTE
3. RETIRER LES LUNETTES → par les branches
4. RETIRER LA COIFFE → de l'avant vers l'arrière
5. RETIRER LE MASQUE
6. SHA - Hygiène des mains
7. DESINFECTION – LUNETTES – POIGNEE – TUBES – MATERIEL NON DEDIE



Si utilisation de lunettes de protection à usage multiple :

Si absence de liquides biologiques :

Nettoyer-désinfecter ce dispositif médical (DM) avec une lingette et un produit détergent-désinfectant, puis laisser sécher spontanément.

Si présence de liquides biologiques :

Immerger le DM dans une solution détergente-désinfectante* (respecter la dilution et le temps d'immersion indiqués par le fabricant)

Nettoyer par action mécanique, rincer puis sécher.

Nettoyer-désinfecter ce dispositif médical (DM) avec une lingette et un produit détergent-désinfectant, puis laisser sécher spontanément.

8. SHA - Hygiène des mains



À afficher à l'intérieur

2

INTERIEUR de la CHAMBRE

Organisation des soins dans la chambre :

Prévoir le matériel pour **respecter les Précautions Standard**

Exemple :

- Prendre quelques gants dans un haricot- Produit détergent désinfectant – tubes…
- Individualiser au maximum le petit matériel.
- Les consommables non utilisés restent en chambre.

LA GESTION DES DASRI

- **Concernant les EHPADS** (s'adapte aux ESMS) :
  Afin de protéger le personnel de santé en ES et EMS, l'avis (joint) du HCSP du 17 mars 2020 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 **recommande d'éliminer et gélifier les selles des patients dépendants infectés par SARS-CoV-2 en utilisant des sacs spécifiques à éliminer dans la filière DASRI.**

  Par ailleurs, l'OMS, dans son « technical brief » du 3 mars (joint) recommande d'éliminer les couches des patients infectés dans le circuit des DASRI. Des difficultés de collecte et de traitement des DASRI pourraient apparaître si les couches devaient rejoindre les DASRI (production de forte volumétrie). **La DGS proposera une saisine du HCSP ou une position nationale sur la gestion des couches des patients ;**

- **La DGS a effectué une saisine du HCSP du 25 mars 2020 concernant les modalités de protection des collecteurs de déchets (OMR et DASRI)** : cette saisine fait suite à un avis (2011) du HCSP relatif à l'utilisation du stock Etat de masques en situation épidémique.

Haut Conseil de la Santé Publique

Haut Conseil de la santé publique

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

17 mars 2020

Coronavirus (COVID-19)

Elimination des déchets contaminés ou susceptibles d'être contaminés par le Coronavirus chez les personnes malades ou susceptibles d'être infectées maintenues à domicile

Informations et recommandations sur le Coronavirus – Covid-19

L'élimination des déchets contaminés ou susceptibles d'être contaminés par le Coronavirus (masques, mouchoirs à usage unique et bandeaux pour le nettoyage des surfaces des habitations) chez les personnes malades ou susceptibles d'être infectées incombe aux particuliers*.

Comment procéder pour leur élimination ?

Vous êtes malade ou susceptible d'être infecté(e) et maintenu(e) à domicile. Pour aider à lutter efficacement contre la pandémie de maladie à Coronavirus, vous devez respecter les **règles suivantes** :

- Munissez-vous d'un **sac plastique pour ordures ménagères**, que vous réservez à ces déchets ;
- Gardez ce sac dans la **pièce où vous résidez** ;
- Le sac doit être opaque et disposer d'un **système de fermeture** fonctionnel (liens traditionnels ou liens coulissants) et d'un volume adapté (**30 litres** au maximum) ;
- **Jetez** les masques, mouchoirs à usage unique et bandeaux de nettoyage des surfaces usagés dans ce sac dédié (pas de mélange avec les autres ordures ménagères) ;
- Fermez le sac lorsqu'il est presque plein et placez-le dans un **deuxième sac plastique** pour ordures ménagères répondant aux mêmes caractéristiques, que vous pouvez alors fermer ;
- **Stockez** ce double sac de déchets contaminés à votre domicile durant **24 heures**. Le respect de ce délai permet de réduire fortement la viabilité du virus sur des matières poreuses ;
- Passé ce délai de 24 heures, vous pouvez alors éliminer le double sac avec les **ordures ménagères** ;
- Vous devez appliquer cette procédure **jusqu'à la fin** de vos symptômes respiratoires.

ATTENTION : ces déchets ne doivent pas être éliminés avec les déchets recyclables (emballages, verre, végétaux, ...)

*si les déchets sont générés dans le cadre d'un acte de soin, ils doivent être éliminés par le professionnel qui a prodigué le soin.

23/03/2020

L’ORGANISATION DES SOINS

Fiche 4 – Continuité de la prise en charge des résidents

Limitation des entrées au sein de la structure

Le plan de soins peut être réévalué en fonction de l'urgence des interventions (reporter les consultations programmées, mémoire, cardiologie,… différer les soins de rééducation non urgents, podologue,…), privilégier les actes de télémédecine pour les consultations.

Continuité des soins

Seuls les soins indispensables aux résidents et vitaux sont maintenus. Les soins non-urgents sont reportés ou organisés en télémédecine selon les possibilités afin de limiter les entrées et risques de contamination de la structure, tout en maintenant les conditions d'astreinte habituelles.

Continuité de la prise en charge

En ce qui concerne plus particulièrement la fermeture des externats , elle doit systématiquement être associée au déploiement d'un **dispositif d'écoute et de coordination** à même d'organiser la continuité de l'accompagnement au domicile des proches aidants (nature et fréquence des interventions à définir en fonction des besoins prioritaires de la personne, de son choix, et des ressources disponibles sur le territoire) ainsi qu'à la **communication aux familles d'un numéro d'astreinte.**

En ce qui concerne les structures d'hébergement (enfant et adultes), il conviendra d'identifier au sein de chaque territoire **un nombre minimum de zones de confinement mobilisables** (identification précise de la localisation de la zone et du nombre de places).

Une organisation coordonnée et mutualisée doit permettre, sur chaque territoire, notamment et a minima :

- la continuité des accompagnements à domicile en mode dégradé ;

-la mise en place de solutions suffisantes d'hébergement ouvertes 24 h/24 afin de pouvoir répondre aux accueils d'urgence d'enfants -IME/IEM/ITEP- et d'adultes -MAS/FAM/FH- (situations de défaillances de l'aidant au titres desquelles figurent notamment son hospitalisation) ;

-de venir en soutien à toutes les structures d'accueil de protection de l'enfance.

Nous vous recommandons également de mobiliser l'intervention de vos professionnels d'hygiène après chacun de leur passage. Pour faciliter cette mobilisation, vous pouvez proposer un créneau de passage restreint aux fournisseurs et prestataires.

Vous pouvez également solliciter l'ensemble de vos prestataires et fournisseurs afin qu'ils vous communiquent les mesures d'hygiènes qu'ils ont engagées, mais également les modalités de continuité d'activité qu'ils ont prévues.

Cela vous permettra de prendre connaissance d'éventuelles modifications dans les délais de livraison, et/ou l'orientation vers d'autres alternatives en cas de pénurie attendue.

S'agissant spécifiquement des prestataires d'oxygène, en cas de refus et/ou de difficultés d'approvisionnement, vous êtes invités à remonter expressément cette situation auprès de l'Agence Régionale de Santé. Contact : ARS-HDF-DEFENSE@ars.sante.fr

Transport des résidents en ambulance

Les ambulanciers effectuent les allers et retours de tout patient dans le hall et non en chambre.

Pour les résidents suspects ou confirmé COVID-19, vous en informerez le transporteur qui appliquera la procédure en vigueur. Le patient quittera l'établissement avec un masque chirurgical.

Pour les autres résidents, le transporteur respectera les mesures barrières habituelles.

Pour les retours d'hospitalisation, des mesures barrières complémentaires sont appliquées (voir infra).

Registre des entrées extérieures, pour les professionnels

Un registre des entrées extérieures pour tous les professionnels intervenant au sein des établissements est recommandé afin d'assurer une traçabilité des flux. En cas de COVID-19 suspecté ou avéré, cette traçabilité permettra de prévenir chacun et de réduire les risques de propagation de l'épidémie.

Le cas échéant, il vous est demandé de déterminer la date d'apparition des premiers symptômes potentiels et d'établir la liste la plus exhaustive possible des personnes rencontrées depuis la veille de ces signes, que ce soient des professionnels ou des proches. Une fiche en annexe « contact tracing » précise votre rôle dans l'évaluation du risque de contamination des personnes contact et les recommandations adéquates.

En cas de venue des familles au sein de l'établissement pour des raisons exceptionnelles, nous vous prions de veiller à leur inscription au registre des familles et visiteurs. Ce, pour pouvoir prévenir chacun et veiller au confinement et aux précautions nécessaires si un cas est confirmé dans la structure.

Le traitement symptomatique

Au-delà du traitement symptomatique par antipyrétique (paracétamol), les anti-inflammatoires et les corticoïdes à visée symptomatique sont proscrits[4].
En ce qui concerne le risque d'aérosolisation lors de l'utilisation de matériel respiratoire, vous pouvez vous référer notamment au site de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF).
Vous pouvez, si nécessaire, solliciter l'HAD et les services hospitaliers spécialisés de votre secteur.

Hospitalisation ou maintien dans l'établissement médico-social ?

Les critères cliniques d'hospitalisation

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22 / mn)
- Oxymétrie de pouls (SpO2< 90% en air ambiant)
- Pression artérielle systolique < 90 mm Hg
- Altération de l'état général, confusion, somnolence d'apparition brutale
- Déshydratation (si non gérable dans la structure)

La régulation doit obligatoirement être effectuée par le SAMU vers les hôpitaux autorisés à recevoir des patients COVID 19.

Les critères éthiques

Pour les patients lourdement handicapés, ces critères cliniques doivent être pondérés par la capacité de l'établissement à prendre en charge et par des considérations éthiques.
Au-delà de la gravité de l'état clinique, en particulier si des soins de réanimation étaient indiqués, il faudra prendre en compte les directives anticipées et en discuter en réunion pluridisciplinaire et avec les familles.

Une mobilisation des services de soins palliatifs est en cours avec notamment, la mise en place de hot-lines téléphoniques pour les médecins en charge dans les établissements et les médecins traitants. Nous vous tiendrons informés des avancées.

La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs a émis dans l'urgence des recommandations pour la prise en charge de la dyspnée et de la détresse respiratoire aigüe, accessibles par le lien suivant : http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-etcovid-19

[4] A l'inverse, les patients sous corticoïdes ou autres immunosuppresseurs pour une pathologie chronique ne doivent pas interrompre leur traitement, sauf avis contraire du médecin qui les suit pour cette pathologie

Au retour de l'hospitalisation et critères de guérison permettant la levée des mesures d'isolement

Nous attirons votre attention, sur la nécessité que vos patients/résidents réintègrent votre structure, sous peine d'engorgement des services hospitaliers, deux cas sont à distinguer :

> **Soit le patient est COVID 19 positif** [5]: mesures barrières renforcées jusqu'à : critères de guérison. Compte tenu des critères de levée de l'isolement dans la population générale et des caractéristiques des personnes fragiles en EMS, les critères les plus exigeants doivent s'appliquer à vos résidents :
- La levée du confinement peut avoir lieu à partir du 10ème jour du début des symptômes ET au moins 48h après la disparition de la fièvre ET au moins 48h après la disparition de la dyspnée, AVEC un maintien du masque pendant 14 jours.
- La disparition de la toux ne constitue pas un bon critère dans la mesure où peut persister une toux irritative au-delà de la guérison.

> **Soit le patient a été hospitalisé pour une autre cause** : un confinement doit être préconisé pendant 14 jours avec surveillance des symptômes dont température 2 fois par jour.

[5] Ministère de la santé : Prise en charge des patients Covid-19 en ville (version du 18/03/2020)

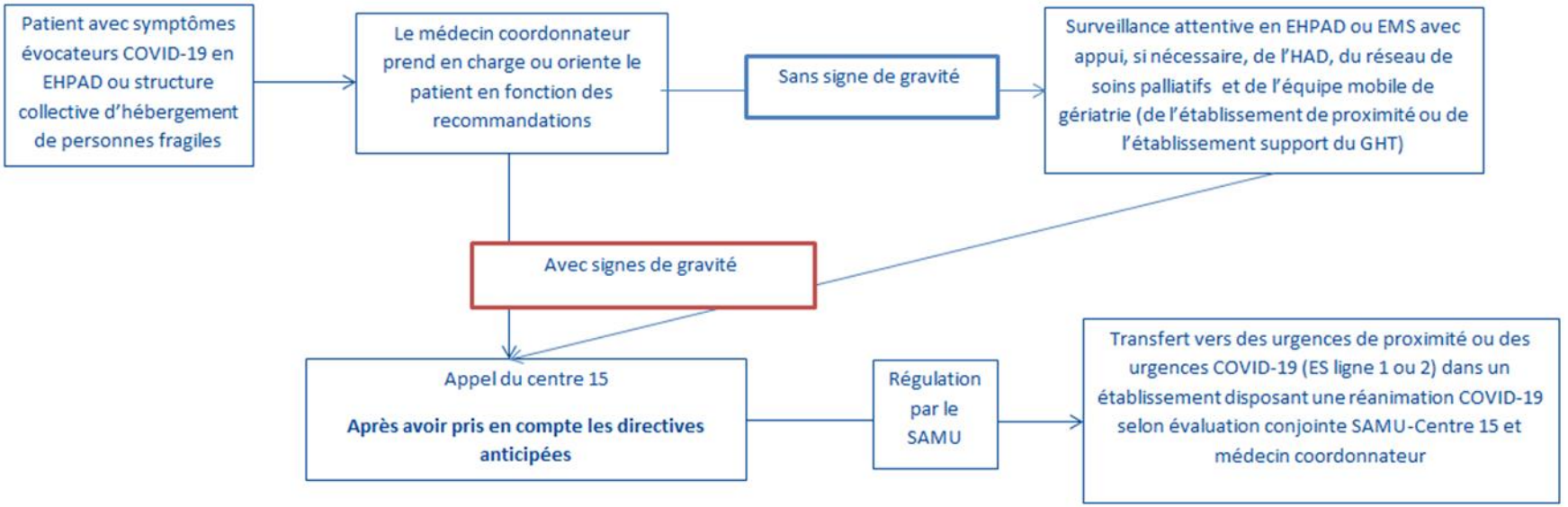
Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Direction de l'offre de soins

Parcours Patient–29 mars 2020

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUSPECT COVID-19 EN REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR D'UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL VERS L'HÔPITAL

Recommandation : A partir de 3 patients déjà détectés COVID+ dans le même EHPAD ou structure collective d'hébergement de personnes fragiles, le diagnostic clinique suffit à confirmer le diagnostic



Facteurs de risques :
Age ≥ 70 ans, Comorbidités respiratoires à risque de décompensation, Insuffisance rénale dialysée, Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV, Cirrhose ≥ stade B, Diabète insulinodépendant ou requérant compliqué,

Fiche 6 - Organisation au sein de l'EMS

A la suite du déclenchement de vos plans bleus, vous nous avez fait part de certaines difficultés. Si dans cette crise sanitaire inédite, il n'y a pas de conduite à tenir unique, nous vous prions de trouver ci-joint**,** les recommandations suivantes, issues des directives ministérielles et centrées sur le partage d'expériences dont les EHPAD.
Pour rappel, en matière d'organisation, les conduites à tenir en cas d'épidémie auxquelles vous avez déjà été confronté (Infections Respiratoires Aigües de type grippe) sont valables.

Un seul mot d'ordre : CLOISONNER

Dans l'idéal : un cloisonnement géographique des cas

D'ores et déjà, il convient d'organiser une zone dédiée aux résidents suspects et ou confirmés de coronavirus. A partir du premier cas, les contaminations peuvent se propager très vite.
Cette zone, peut être une aile de votre établissement, l'accueil de jour si vous en disposez, les salles d'activité (kinésithérapie, salle à manger…). Si vous n'avez d'autres solutions, et si c'est possible, envisager de déplacer des résidents pour créer une zone dédiée (pouvant être fermée, disposant d'un point d'eau indépendant, aux extrémités de vos couloirs avec sortie extérieure…)
Il est fortement souhaitable d'y affecter un personnel dédié pour éviter tout turn-over et une parfaite connaissance et maîtrise des procédures.
Cette zone doit être clairement signalée à son entrée (par exemple panneau rouge…) notamment pour prévenir une possible baisse de vigilance qui peut survenir auprès du personnel (fatigue, lassitude..) et compte tenu du recours probable aux intérimaires.
Les mesures barrières doivent y être renforcées. En sus du document du ministère de la santé[6] destiné aux EMS, vous trouverez ci-joint le document du Cpias de Bretagne.

Si aucune solution de cloisonnement géographie n'est possible : un cloisonnement fonctionnel

Si un isolement dans une zone dédiée des cas n'est pas possible, un isolement dans leurs chambres doit être effectué et celles-ci doivent clairement être signalées (panneau rouge ou autres).
Il est fortement souhaitable d'y affecter un personnel dédié « COVID 19 » ASH, AS et IDE qui seront en charge de l'ensemble des résidents contaminés et auprès duquel, une formation renforcée sera faite et qui sera régulièrement supervisée.

[6] Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées : Informations sur la conduite à tenir envers les professionnels et publics (familles et personnes accueillies) en phase épidémique de coronavirus COVID-19, 20 mars 2020

Les difficultés inhérentes à cette période de diminution des activités et distanciation sociale pour les patients/résidents

Certains résidents, notamment les résidents déambulants ou atteints de troubles psychiques ne sont pas en mesure de respecter les consignes. Des difficultés comportementales ont déjà été signalées.

Différentes pistes peuvent être explorées, si les mesures idéales ne peuvent être respectées

Plusieurs services en salle à manger pourraient être organisés, notamment en respectant la situation géographique des chambres des résidents (par aile, par pavillon ou demi-étage en fonction de l'architecture géographique de votre structure). Cela permettra aussi d'avoir moins de résidents en salle et autour des tables et de pouvoir maintenir une distance d'au moins de 1m50 à 2m entre les résidents (risque de projection de salive, de toux … lors du repas).

Si vous disposez d'un espace extérieur

En fonction de la taille de votre extérieur, des sorties pourraient être proposées à un nombre limité personnes (moins de trois) en veillant à ce que les mesures barrières soient en permanence respectées.
Désinfection des locaux le long du trajet de sortie (barre d'appui, poignée de porte, boutons d'ascenseur… qui auraient pu être touchés) après leur passage.

Une modification de l'utilisation des espaces

Certains établissements ne disposant pas d'unité protégée ont confiné dans leur chambre les résidents capables de comprendre la mesure d'isolement et ont mis à la disposition des déambulants, les locaux communs ou des salles à manger, salle d'activité… en espace de déambulation.

Cas des établissements disposant d'une unité protégée

La prise en charge et l'organisation dans cette unité devra faire l'objet d'une attention particulière du fait de la déambulation et des difficultés des résidents à comprendre et respecter les consignes de distanciation sociale.
La survenue d'un seul cas de COVID 19 pourrait entrainer la contamination de toute l'unité. Dès lors qu'un résident présentera un symptôme évocateur de COVID 19, vous devrez envisager la possibilité de le sortir de l'unité et de le transférer dans la zone dédiée COVID 19 et/ou si besoin de le maintenir en chambre fermée.
Il est fortement recommandé qu'un personnel soignant soit, en permanence, présent au sein de l'unité, y compris la nuit.
Compte tenu de l'arrêt des visites des familles, de l'atmosphère anxiogène inhérente à cette période, vous serez attentif, autant que possible, au maintien du socle minimal prévu pour son fonctionnement et notamment la présence d'un personnel aguerri afin de limiter les troubles du comportement.

La contention

Certains d'entre vous nous ont posé la question de l'élargissement des possibilités de contention des patients déambulants dans cette période de confinement.
Comme vous le savez la balance/bénéfice risque de la contention est en général toujours défavorable. Dans ces circonstances exceptionnelles de crise sanitaire, d'absentéisme du personnel, la balance bénéfice/ risque est à évaluer au cas par cas en fonction du personnel présent, de la géographie de l'établissement, des mesures de déambulation alternatives qui auront pu être trouvées.

Ces contentions devront bien entendu être réévaluées quotidiennement. Cela ne peut être qu'une pratique par défaut, en désespoir de cause, à certain moment et pas à d'autres. Vous veillerez à ce qu'elles soient limitées au strict nécessaire.
La contention chimique doit autant que possible être proscrite : certains de ces produits ayant un impact sur la vigilance et la fonction respiratoire pourraient fortement aggraver la symptomatologie déjà délétère du COVID 19.

L'accueil des nouveaux résidents, les retours d'hospitalisations, les dialysés…

Il est préférable que le résident nouvellement arrivé, revenant d'hospitalisation ou de dialyse soit mis en quatorzaine et bénéficie des mesures barrières.
Il faut dédier du personnel et éviter un turn-over autour de ces personnes. Comme pour les autres résidents, vous devez surveiller la température deux fois par jour et vérifier l'apparition de symptômes.
Pour les résidents dialysés, vous voudrez bien informer le centre de dialyse de la contamination au sein de l'établissement, et le cas échéant, de la contamination du résident. En effet, une prise en charge spécifique a été organisée.

Le travail en mode dégradé

Priorisation des tâches au quotidien

Compte-tenu de la non-venue de personnels extérieurs (kinésithérapeute, intervenant activité physique adapté…) et pour certains d'entre vous, l'existence d'un absentéisme accru, il peut être nécessaire de prioriser les tâches en terme de soins et /ou d'activité.
Priorité doit être donnée à l'application des mesures barrières et de désinfection des parties communes et à la « supportabilité » de la période de restriction de contact et d'activités. (cf. organisation de l'établissement).
Il vous faudra probablement revoir les plans de soins et recentrer l'activité de votre personnel sur les soins essentiels, à un rythme non plus souhaitable mais réalisable.

Recentrer l'activité des médecins et des IDE

Leur activité doit être exclusivement centrée sur la prévention de la survenue et la diffusion de l'épidémie, les soins, la coordination et l'organisation des soins en mode dégradé.
Ils doivent impérativement être libérés des tâches administratives (rapport d'activité….)
Ils doivent former régulièrement et faire une supervision directe de la bonne observation, compréhension et mise en place des mesures barrières.
Leur rôle dans la réévaluation des plans de soins, dans la mise à jour des recommandations concernant cette épidémie est fondamental.
Pour rappel, lorsqu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels, les médecins coordonnateurs peuvent, en accord avec le médecin traitant ou en l'absence de médecin traitant, disposer d'un pouvoir de prescription générale.

Les pharmaciens sur la base de l'ordonnance renouvelable dont la durée de validité est expirée, peuvent délivrer, dans le cadre de la posologie initialement prévue, le traitement jusqu'au 31 mai 2020[7].

[7] En vertu de l'article L.5125-23-1 du Code de la santé publique, renforcé par l'arrêté du 14 mars 2020,

Les recommandations actuelles concernant le travail des professionnels de santé au contact du COVID 19

- **Pas de symptômes** mais contact étroit avec une personne COVID 19 positif en l'absence de mesure de protections appropriées :

 Auto-surveillance de la température 2 fois par jour, gestes barrières standard
 Porter un masque sur le lieu de travail

Ceci pendant les 14 jours suivant le contact.

- **Symptômes :**

- Se faire dépister en cas de symptômes, même sans signes de gravité, informer immédiatement le directeur
- Rester strictement à domicile dans l'attente du résultat du test.
 Si le résultat est négatif : retour au travail (si la symptomatologie le permet) et mesures barrières standard
 Si le résultat est positif : rester à domicile

Personnel de santé non à risque de développer une forme grave
La levée du confinement peut avoir lieu à partir du 8ème jour du début des symptômes ET au moins 48h après la disparition de la fièvre ET au moins 48h après la disparition de la dyspnée, AVEC lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours suivant la levée du confinement.

Personnel de santé à risque de développer une forme grave de Covid-19
La levée du confinement peut avoir lieu à partir du 10ème jour du début des symptômes ET au moins 48h après la disparition de la fièvre ET au moins 48h après la disparition de la dyspnée, AVEC lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des professionnels de santé, le port d'un masque chirurgical pendant 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement.

Les professionnels de santé à risque de développer une forme grave du COVID 19, (atteints de pathologies chroniques)[8]

Vous ou votre salarié pouvez saisir la médecine du travail afin qu'elle puise estimer le degré de risque du salarié (au vue de sa pathologie, de son évolutivité..) et formuler des préconisations auprès de votre service des ressources humaines (arrêt de travail, limitation des activités de soins…).

[8] Site ameli déclaration

Fiche 7 - Lien avec les pharmacies d'officine, les médecins traitants, les kinésithérapeutes

Lien avec la pharmacie de ville

Suite à l'autorisation exceptionnelle donnée aux pharmacies de renouveler les traitements chroniques de vos résidents y compris les Traitements Substitutifs aux Opiacés (TSO), nous vous invitons à vous orienter vers elles pour les renouvellements.

L'objectif est ici pour les médecins traitants de :
- limiter les allers et venues et donc les risques de contamination
- leur permettre de se concentrer sur les prises en charges urgentes et à risque.

Médecins traitants

Pour limiter les risques de contamination, nous vous invitons lorsque cela est possible à :

- utiliser un dispositif sécurisé de visio-consultation qui permet de pouvoir entrer en contact avec un médecin de ville et/ou en établissement de santé sans équipement spécifique de télémédecine via **l'outil de communication Ville-hôpital TerCOVID** accessible sur la Portail de Santé PACA (iesS -gratuit pour tous les professionnels de santé) de 8h30- 12h30 et 13h30 – 17h30 (jours ouvrés).

- réaliser une demande d'inscription au **Portail de Santé PACA** à l'adresse suivante : https://sante-paca.fr .Tel : 04 69 968 968 ou ror@ies-sud.fr

- veiller à conserver des transmissions régulières téléphoniques ou mails entre médecins.

Kinésithérapeutes : kinésithérapie respiratoire et prise en charge complexe

L'association régionale ARBAM spécialisée en kiné respiratoire et en prise en charge complexe, a organisé un recensement des kinés qui pourraient intervenir pour des prises en charge de patients COVID. Ils interviennent également en soutien de structures médico-sociales rencontrant des difficultés sur cette catégorie de professionnels
Ces professionnels peuvent intervenir au domicile comme au sein de la structure.

Le lien donnant accès à leur site : http://www.arbam.fr/covid-19.php

HAD – Hospitalisation à domicile

Afin de faciliter les soins dans les établissements médicosociaux, les interventions de l'HAD sont facilitées.

Fiche 8 - Prise en charge en HAD

Coronavirus (COVID-19)

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19

Annexe 5

Prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)

Rôle de l'HAD dans la prise en charge des patients Covid-19

En cas de diffusion large du virus et donc de passage en phase épidémique, l'hospitalisation conventionnelle est réservée aux patients présentant des signes de sévérité ou de gravité. L'HAD constitue une alternative intéressante à l'hospitalisation complète pour certains patients.

L'intervention des HAD permet dans ce cadre :

- Le suivi étroit de patients Covid-19 à domicile en lien avec les établissements de santé ;
  La délivrance des préconisations préventives pour les entourages et un rôle de diffusion des bonnes pratiques, notamment des professionnels du domicile, cette garantie éducative étant indispensable pour limiter la diffusion du virus ;
- Un suivi épidémiologique et une relation étroite avec les ARS.

La vocation des HAD est de prendre en charge des patients Covid-19 complexes pour des raisons médicales ou psycho-sociales ne permettant pas une prise en charge ambulatoire.

L'objectif est de mettre à disposition les moyens et compétences de l'HAD pour proposer aux patients et aux établissements de santé des solutions alternatives protocolisées et sécurisées.

Principes de prise en charge des patients Covid-19 en HAD

- Les patients Covid-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation peuvent être pris en charge en HAD ;
- Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :
  - → Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
  - → Existence de comorbidités ;
  - → Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
  - → Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.)
- La prise en charge en HAD est sollicitée à la demande d'un :
  - → Établissement de santé ;
  - → Médecin coordonnateur d'EHPAD/ESMS ;
  - → Médecin traitant.
- Elle est formalisée par une prescription médicale ;

Prise en charge des patients Covid-19 en ville (13/03/20200)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Page 1 sur 2

- L'établissement d'HAD s'assure, sans délai, de la faisabilité de la prise en charge au domicile (entourage, disponibilité des soignants, compatibilité du domicile avec isolement, modalités d'organisation EHPAD/ESMS, etc.) et de l'accord du médecin traitant ;
- L'HAD informe quotidiennement, si nécessaire, les référents hospitaliers, de l'évolution des patients pris en charge, avec l'outil choisi avec le centre hospitalier référent (messagerie de santé sécurisée – par mail ou application – téléphone, dossier patient informatisé, plateforme de partage d'information, etc.) ;
- L'HAD dispose d'un accès privilégié aux établissements de santé en cas d'aggravation des patients ;
- L'HAD met en œuvre les moyens habituels de protection de tous les intervenants au domicile, soignants, salariés et libéraux, mais également aidants du quotidien avec un rôle éducatif de proximité ;
- La gestion des déchets est assurée selon les procédures habituelles et sécurisées DASRI des HAD.

Protocole de surveillance

- Surveillance médicale en accord avec le médecin traitant, selon un rythme dépendant de la situation, éventuellement appuyée par la télémédecine
- Surveillance au minimum biquotidienne par l'IDE :
  - → Des constantes et signes cliniques suivants : température, pouls, TA, saturation en oxygène, signes respiratoires, transit, poids, autres selon comorbidités
  - → Dans le cadre d'un algorithme décisionnel fixant des seuils de vigilance (renforcement de la surveillance mais maintien à domicile) et des seuils d'alertes (avis médical dans un délai court, discussion de transfert en hospitalisation conventionnelle) élaboré par les établissements d'HAD
  - → Avec un retour quotidien systématique des informations vers l'HAD, pour les HAD collaborant avec des professionnels de santé libéraux
- Nécessité d'une vigilance accrue en début de 2ème semaine après le début des symptômes en raison du risque d'aggravation.
- Surveillance biologique le cas échéant, selon la symptomatologie, l'existence de comorbidité (ex. diabète) ou surveillance thérapeutique (ex. anticoagulants) ;
- Organisation en tant que de besoin d'une consultation par un médecin spécialiste (téléconsultation).

Fiche 9 - Prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2

Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées

Informations sur la conduite à tenir par les professionnels relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2

Dans le cadre de l'évolution de l'épidémie de COVID 19 sur le territoire, en phase épidémique, cette fiche vous présente la conduite à tenir dans vos établissements médico-sociaux pour la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2.

Cette fiche s'appuie sur l'avis du Haut Conseil de la santé publique relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé COVID19 du 24 mars 2020.

A. **Instructions pour les autorisations de visites en cas de fin de vie et de mise en bière**

1. **La famille peut-elle venir assister à la fin de vie en cas d'infection de la personne au COVID19 ?**

Conformément aux doctrines définies concernant les cas exceptionnels pouvant faire l'objet d'un aménagement de la suspension des visites diffusées le 7 mars 2020 :

- Des autorisations exceptionnelles de visite peuvent être accordées par le directeur de l'établissement après une appréciation au cas par cas. Cette appréciation s'appuie sur les présentes lignes directrices nationales et sur les préconisations et arrêtés locaux de l'ARS et de la préfecture.

- La situation de fin de vie constitue un motif d'autorisation exceptionnelle.

- La décision du directeur de l'établissement tient compte de l'état de santé de la personne, en lien avec le médecin coordonnateur le cas échéant.

- La direction de l'établissement veille à ce que les visiteurs exceptionnellement autorisés ne présentent pas de symptôme et organise une prise de température frontale systématique. A partir de 38°C, les visiteurs ne sont pas admis dans l'établissement.

- Lors des visites exceptionnellement autorisées, les personnes doivent veiller au strict respect de l'ensemble des mesures barrières. Leur circulation au sein de l'établissement, ainsi que les contacts avec les autres personnes et les professionnels doivent être limités autant que possible.

Les visiteurs devront porter un masque. Les EPI devront être adaptés à la situation et identiques à ceux utilisés par le personnel soignant accompagnant le résident en fin de vie (lunettes, surblouse et charlotte).

2. **La famille peut-elle venir assister à la mise en bière en cas d'infection de la personne au COVID19 ?**

Les mêmes recommandations s'appliquent pour la mise en bière que pour la fin de vie mentionnée supra, en respectant toutefois un délai de quelques heures maximum entre le décès et la mise en bière.

Les transferts de corps sans mise en bière vers le domicile de la famille ne sont pas autorisés.

Le corps doit être recouvert d'un drap jusqu'au buste pour présentation du visage du défunt à la famille, si elle le demande, sans que la famille ne touche le corps et reste à distance d'au moins un mètre.

La présence de la famille doit être limitée à deux personnes à la fois.

B. **Instructions pour la gestion des corps si le décès survient dans une chambre de patient en EHPAD ne disposant pas d'une chambre mortuaire**

1. Quelles mesures de protection pour la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2 ?

Les précautions standards et complémentaires de type gouttelette et contact, doivent être maintenues même après le décès du patient.

Les personnels assurant la prise en charge du corps doivent revêtir les équipements de protection individuel (EPI), selon la procédure de prise en charge d'un patient infecté par le virus SARS-CoV2, en plus de ces EPI les gestes barrières suivants sont à respecter scrupuleusement :

- **le lavage et la désinfection des mains**, à l'eau et au savon ou par l'application de solutions hydro-alcooliques ou du savon liquide, à l'entrée et à la sortie de chaque chambre de résident en établissement ainsi que, pour les intervenants à domicile, de chaque personne accompagnée. Une possibilité de lavage et de désinfection des mains doit être garantie pour les professionnels, les résidents et les personnes autorisées à leur rendre visite de façon exceptionnelle par le directeur de l'établissement (à l'accueil de l'établissement, aux ascenseurs et à l'entrée des salles à manger et collectives, à proximité des chambres des résidents). De façon générale et même en l'absence de cas avérés, il est nécessaire de renforcer le rythme de désinfection des mains mais aussi des locaux ;
- **éviter les contacts physiques non indispensables ;**
- **l'aération régulière de la pièce.**

2. Comment doit se dérouler la toilette mortuaire ?

Le personnel de soins ôte les bijoux du défunt et les désinfecte avec un détergeant désinfectant ou de l'alcool à 70° puis réalise l'inventaire des bijoux.

La toilette mortuaire est réalisée en appliquant les précautions gouttelette et contact sans eau, dans la chambre. Utiliser des serviettes et gants à usage unique. Les gants de toilette doivent être pré-imbibés d'une solution nettoyante et conçus pour être utilisés sans eau et sans rinçage. Le nécessaire à toilette sera éliminé dans la filière DASRI.

Si un impératif rituel nécessite la présence active d'un membre désigné par la famille, cela doit être limité à deux personnes, équipées comme le personnel de soin, avec l'accord préalable de l'équipe de soins.

3. Comment retirer une prothèse à pile ?

A l'exception des dispositifs intracardiaques[1], un médecin, constatant le décès, procède à l'explantation de la prothèse et atteste de la récupération de cette prothèse avant la toilette et mise en housse.

4. Quelles instructions vis-à-vis de la housse mortuaire ?

Le corps doit être enveloppé **dans une seule housse mortuaire imperméable** avec identification du défunt et l'heure de décès inscrits sur la housse.

La housse doit être fermée, **en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté à la famille.**

[1] Arrêté du 19 décembre 2017 fixant la liste des prothèses à pile exonérées de l'obligation d'explantation avant mise en bière prévue à l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales

Elle devra être fermée en chambre funéraire, ou en l'absence de chambre mortuaire ou funéraire dans l'établissement, dans la chambre du résident, et désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan®).

En cas d'indisponibilité d'une housse, le corps doit être enveloppé dans un drap et déposé sur le brancard, puis recouvert d'un drap avant transfert en chambre mortuaire.

5. Quelles instructions vis-à-vis du transport du corps vers la chambre funéraire ?

Un brancard recouvert d'un drap à usage unique doit être apporté dans la chambre pour y déposer le corps.

Le corps dans sa housse doit être déposé sur le brancard et la housse doit être recouverte d'un drap.

La personne décédée sera transportée vers une maison funéraire en transport funéraire dédié avec un équipement de ventilation/réfrigération.

6. Comment doivent être gérés les effets personnels de la personne décédée

Les effets personnels de la personne décédée, s'ils ne peuvent pas être lavés à plus de 60° pendant au moins 30 minutes ou désinfectés, sont mis dans un sac plastique fermé pendant 10 jours.

7. Quels sont les mesures de précaution à mettre en application dans le nettoyage de la chambre d'un patient décédé infecté par le virus SARS-CoV-2 ?

Le personnel devant procéder au bionettoyage de la chambre applique les mesures de précaution préconisées pour la prise en charge du patient infecté.

Il convient de procéder au nettoyage des locaux fréquentés par la personne décédée : un délai de latence de 20 minutes est souhaitable avant d'intervenir, pour s'assurer que les gouttelettes sont bien retombées sur les surfaces.

Il convient d'équiper les personnes en charge du nettoyage des sols et surfaces d'une blouse à usage unique, de gants de ménage (le port de masque de protection respiratoire n'est pas nécessaire du fait de l'absence d'aérosolisation par les sols et surfaces) et de privilégier une stratégie de lavage-désinfection humide :

- nettoyer les sols et surfaces avec un bandeau de lavage à usage unique imprégné d'un produit détergent ;
- rincer à l'eau du réseau d'eau potable avec un autre bandeau de lavage à usage unique ;
- laisser sécher ;
- désinfecter les sols et surface à l'eau de javel diluée avec un bandeau de lavage à usage unique différent des deux précédents ;
- ne pas utiliser un aspirateur pour les sols ;
- gérer la vaisselle selon les recommandations habituelles.

Les déchets produits par la personne contaminée suivent la filière d'élimination classique (DASRI).

S'agissant du changement des draps du lit :

- porter une surblouse, des lunettes de protection, des gants jetables ;
- ne pas secouer le linge et ne pas plaquer le linge contre soi ;
- placer le linge dans des sacs habituellement utilisés et le laver à 60°C ;
- jeter les déchets potentiellement infectés dans un sac DASRI ;
- laver et désinfecter les lunettes de protections avec un produit détergent-désinfectant virucide.

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé COVID-19

24 mars 2020

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) le 10 mars 2020 afin de réexaminer les modalités de prise en charge des corps en cohérence avec les précautions recommandées pour la prise en charge des patients peu ou pas symptomatiques (cf. Annexe1).

Le HCSP a émis un premier avis le 18 février 2020 sur la conduite à tenir en cas de décès d'un patient infecté par le virus SARS-CoV-2 [1].

Au vu des connaissances disponibles en février et du caractère encore émergent du virus, cet avis préconisait des mesures maximalistes. L'évolution des connaissances, de l'épidémie (avec le passage en stade épidémique de niveau 3) et du nombre de décès ainsi qu'un taux de mortalité plus faible par rapport à des infections dues à d'autres coronavirus (SRAS, MERS-CoV) rend caduc cet avis.

Le HCSP a réactivé le groupe de travail « *grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes* » composé d'experts du HCSP ainsi que d'autres experts pour l'actualiser (cf. Annexe 2).

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants :

- Le risque infectieux ne disparait pas immédiatement avec le décès d'un patient infecté ; mais les voies de transmission sont réduites, et en particulier la voie respiratoire, qui constitue le mode principal de transmission du SARS-CoV-2 [2].
- Les précautions standard doivent être appliquées lors de la manipulation de tout corps d'une personne décédée [3].
- Le virus est retrouvé dans les voies aériennes supérieures et potentiellement dans les voies aériennes profondes et le système digestif des personnes infectées par le SARS-CoV-2.
- L'ARN du SARS-CoV-2 a pu être détecté dans les selles (au 7e jour de la maladie) [4]. Toutefois, le caractère infectieux du virus détecté dans les selles n'a été évoqué qu'en une seule occasion chez un patient prélevé 15 jours après le début des symptômes [5], ce qui laisse supposer que la transmission par les selles est beaucoup moins importante que la transmission par les gouttelettes respiratoires ou manuportée [6]. En particulier, le risque de transmission fécale du virus SARS-CoV-2 n'a pas été documenté [5, 7].
- La transmission des coronavirus des surfaces contaminées vers les mains n'a pas été prouvée. Cependant, elle ne peut être exclue, à partir de surfaces fraichement contaminées par les sécrétions. Par ailleurs, les coronavirus survivent probablement jusqu'à 3 heures sur des surfaces inertes sèches et jusqu'à 6 jours en milieu humide [8]. Ainsi, la transmission manuportée à partir de l'environnement ou du patient est possible.
- L'existence de formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques est avérée et un certain nombre de patients décédés, porteurs du SARS-CoV-2 ne seront probablement

pas identifiés [9]. De plus, la recherche de SARS-CoV-2 n'est pas indiquée chez les personnes décédées.

- La manipulation d'un corps peut exposer le personnel le manipulant à des germes à transmission aérienne, comme cela a été rapporté pour *Mycobacterium tuberculosis*.
- La recommandation du HCSP de 2009 [2] relative à la mise en bière immédiate dans un cercueil simple et l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes : rage, tuberculose active non traitée ou traitée pendant moins d'un mois, toute maladie émergente infectieuse transmissible (SRAS, grippe aviaire...) a été prise en compte.
- L'infection par le SARS-CoV-2 n'est pas considérée comme relevant d'une mise en bière immédiate. La notion de mise en bière immédiate signifie que celle-ci est réalisée dans les 24 heures au maximum après le décès.
- Des opérateurs funéraires peuvent intervenir sur réquisition sur le lieu de découverte d'un corps qui doit être transporté vers un institut médico-légal (IML) ou un centre funéraire sur la base d'une réquisition judiciaire. Dans ce cadre, les opérateurs ont pour mission de placer eux-mêmes le corps dans une housse mortuaire fournie par leur soin (et donc de manipuler le corps pour ce faire), puis de transporter le corps placé dans la housse (souvent qualifié de transport « à visage découvert ») dans les véhicules adaptés jusqu'à l'IML (ou le centre funéraire) prescrit par l'officier de police judiciaire (OPJ) ou le magistrat.

En préambule, le HCSP rappelle que, dans la prise en charge des personnes décédées, il convient de respecter la stricte observance des règles d'hygiène et de mesures de distance physique, mais aussi de respecter dans leur diversité les pratiques culturelles et sociales autour du corps d'une personne décédée, notamment en ce qui concerne la toilette rituelle du corps par les personnes désignées par les proches, ainsi que la possibilité pour ceux-ci de voir le visage de la personne décédée avant la fermeture définitive du cercueil.

Le HCSP émet

I - les recommandations générales suivantes

- L'annulation de l'avis du 18 février 2020.
- Il n'est pas recommandé de réaliser un test de diagnostic d'infection par le SARS-CoV-2 chez les personnes décédées.
- Les précautions énoncées ci-dessous s'appliquent en cas de décès d'un patient cas probable ou confirmé de COVID-19.
- Le personnel en charge de la toilette, de l'habillage ou du transfert dans une housse est équipé d'une tenue de protection adaptée (lunettes, masque chirurgical, tablier anti-projection, gants à usage unique).
- Les proches peuvent voir le visage de la personne décédée dans la chambre hospitalière, mortuaire ou funéraire, tout en respectant les mesures barrière définies ci-après pour chaque lieu.
- Si un impératif rituel nécessite la présence active de personnes désignées par les proches, cela doit être limité à deux personnes au maximum, équipées comme le personnel en charge de la toilette, de l'habillage ou du transfert dans une housse, après accord de l'équipe de soins ou du personnel de la chambre mortuaire ou funéraire, selon le lieu de sa réalisation.
- Aucun acte de thanatopraxie n'est pratiqué.
- Les effets personnels de la personne décédée, s'ils ne peuvent pas être lavés à plus de 60 °C pendant au moins 30 minutes ou désinfectés, sont mis dans un sac plastique fermé pendant 10 jours.

II - les recommandations particulières suivantes selon le lieu de décès

➢ **Si le décès survient dans une chambre hospitalière de patient :**

- Est maintenu le respect des précautions standard et complémentaires de type gouttelettes et contact, même après le décès du patient, quel que soit le lieu de prise en charge (y compris en cas de réalisation d'une autopsie) [10] ;
- Si la personne décédée est porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, à l'exception des dispositifs intracardiaques[1], un médecin procède à son explantation et atteste de la récupération de cette prothèse avant la toilette et mise en housse ; la prothèse doit être désinfectée avec un détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan® ou tout autre produit équivalent), en appliquant les précautions standard ;
- Le personnel de soins ôte les bijoux de la personne décédée et les désinfecte avec un détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés ou de l'alcool à 70°, puis réalise l'inventaire des bijoux ;
- La toilette mortuaire, incluant l'obturation des orifices naturels avec du coton, est réalisée en appliquant les précautions d'hygiène mentionnées précédemment ;
- Un brancard recouvert d'un drap à usage unique est apporté dans la chambre pour y déposer le corps ;
- Le corps est enveloppé dans une housse mortuaire imperméable avec l'identification de la personne décédée et l'heure de décès inscrits sur la housse ;
- La housse est fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté aux proches et devra l'être en chambre mortuaire, et désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan® ou tout autre produit équivalent) ;
- Le corps dans sa housse est déposé sur le brancard ;
- Le corps dans sa housse recouverte d'un drap est transféré en chambre mortuaire ; cette procédure permet de gérer le risque infectieux en toute sécurité ;
- **Dans la chambre mortuaire :**
  - Le personnel qui ouvre la housse porte un masque chirurgical, des lunettes, des gants et un tablier anti-projection ;
  - Le corps, dans sa housse, est recouvert d'un drap jusqu'au buste pour présentation du visage de la personne décédée aux proches, si ceux-ci le demandent. Le corps est présenté aux proches à une distance d'au moins un mètre, le contact avec le corps n'étant pas autorisé ;
  - Le corps est déposé en cercueil simple, répondant aux caractéristiques définies à l'article R.2213-25 du Code général des collectivités territoriales ;
  - L'explantation d'un dispositif implantable est réalisée si elle n'a pas été faite dans la chambre d'hospitalisation.

[1] Arrêté du 19 décembre 2017 fixant la liste des prothèses à pile exonérées de l'obligation d'explantation avant mise en bière prévue à l'article R.2213-15 du code général des collectivités territoriales

➢ **Si le décès survient dans une chambre de patient en EHPAD, ne disposant pas d'une chambre mortuaire :**

- Est maintenu le respect des précautions standard et complémentaires de type gouttelettes et contact, même après le décès du patient [9] ;
- Le personnel de soins ôte les bijoux de la personne décédée et les désinfecte avec un détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés ou de l'alcool à 70°, puis réalise l'inventaire des bijoux ;
- La toilette mortuaire, incluant l'obturation des orifices naturels avec du coton, est réalisée en appliquant les précautions d'hygiène mentionnées ci-dessus ;
- Un brancard recouvert d'un drap à usage unique est apporté dans la chambre pour y déposer le corps ;
- Le corps est enveloppé dans une housse mortuaire imperméable avec l'identification de la personne décédée et l'heure de décès inscrits sur la housse ;
- La housse est fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut, si le corps n'a pu être présenté aux proches et devra l'être en chambre funéraire, et désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan® ou tout autre produit équivalent) ;
- Le corps dans sa housse est déposé sur le brancard et la housse est recouverte d'un drap ; cette procédure permet de gérer le risque infectieux en toute sécurité ;
- La personne décédée est transportée vers la chambre funéraire (selon l'opérateur funéraire choisi par les proches) par tout véhicule répondant aux critères définis par les articles D.2223-110 à 112 du Code général des collectivités territoriales.

➢ **Si le décès survient au domicile :**

- Le médecin qui constate le décès applique les précautions standard et complémentaires de type gouttelettes et contact ;
- L'entreprise funéraire du choix des proches est contactée ;
- Si les proches ne l'ont pas fait, le personnel funéraire ôte les bijoux de la personne décédée et les désinfecte avec un détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés ou de l'alcool à 70°, puis réalise l'inventaire des bijoux ;
- Un brancard recouvert d'un drap à usage unique est apporté dans la pièce pour y déposer le corps ;
- Le corps de la personne décédée est placé dans une housse mortuaire imperméable avant transfert vers une chambre funéraire ou un IML, avec identification de la personne décédée et l'heure de décès inscrits sur la housse ;
- La housse est fermée, en maintenant une ouverture de 5-10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté aux proches et doit l'être en chambre funéraire, et désinfectée avec une lingette imprégnée de détergent-désinfectant répondant aux normes de virucidie vis-à-vis des virus enveloppés (type Surfa'safe Premium® ou lingettes de Septalkan® ou tout autre produit équivalent) ;
- Le corps dans sa housse est déposé sur le brancard et la housse est recouverte d'un drap ; cette procédure permet de gérer le risque infectieux en toute sécurité ;
- La personne décédée est transportée vers la maison funéraire (selon l'opérateur funéraire choisi par les proches) ou un IML, par tout véhicule répondant aux critères définis par les articles D.2223-110 à 112 du Code général des collectivités territoriales ;

- Les OPJ qui doivent faire des recherches sur les corps afin de récupérer les « valeurs » (montre, bijoux, portefeuille, etc.), avant transmission à l'IML ou aux chambres funéraires, sont équipés de gants à usage unique. Une hygiène des mains doit être réalisée après le retrait des gants.

➢ **Dans la chambre funéraire :**

- En cas de nécessité d'explantation d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, cela est réalisé par un thanatopracteur équipé des équipements de protection adaptés ;
- La toilette mortuaire est réalisée en appliquant les précautions gouttelettes et contact ;
- Le corps est recouvert d'un drap jusqu'au buste pour présentation du visage de la personne décédée aux proches, si ceux-ci le demandent. Le corps est présenté aux proches à une distance d'au moins un mètre, le contact avec le corps n'étant pas autorisé ;
- Le corps est déposé en cercueil simple, répondant aux caractéristiques définies à l'article R.2213-25 du code général des collectivités territoriales.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de publication de cet avis, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances et des données épidémiologiques.

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Validé par le président du Haut Conseil de la santé publique le 24 mars 2020.

L’ORGANISATION DES RH (RESSOURCES HUMAINES) EN PERIODE DE CRISE

Fiche 10 - Organisation interne gestion des ressources humaines

Garde d'enfant du personnel



Un service d'accueil pour les enfants des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire est mis en place dans les écoles et collèges.

Afin de répondre aux questions des usagers relatives à la continuité pédagogique, une permanence téléphonique est assurée :

- **Au rectorat de l'académie d'Aix-Marseille** de 9h à 12h et de 14h à 17h au numéro suivant **: 04 42 91 72 64**

Pour connaître les listes des écoles et collèges qui accueillent les enfants de ces personnels rendez-vous sur les pages dédiées des sites Internet des Directions des services départementaux de l'Education nationale (DSDEN) :

- Alpes-de-Haute-Provence : A venir prochainement sur le site : http://www.ac-aix-marseille.fr/dsden04/pid31601/accueil.html

- Hautes-Alpes : http://www.ac-aix-marseille.fr/dsden05/cid150508/accueil-et-garde-des-enfants-de-personnels-necessaires-au-bon-fonctionnement-du-service-sanitaire.html

- Bouches-du-Rhône : http://www.ac-aix-marseille.fr/dsden13/cid150543/accueil-et-garde-des-enfants-de-personnels-necessaires-au-bon-fonctionnement-du-service-sanitaire-dans-les-bouches-du-rhone.html

- Vaucluse : http://www.ac-aix-marseille.fr/dsden84/cid150782/accueil-et-garde-des-enfants-de-personnels-necessaires-au-bon-fonctionnement-du-service-sanitaire.html

Par ailleurs, retrouvez les informations sur la continuité pédagogique à distance dans l'académie d'Aix-Marseille sur : http://www.ac-aix-marseille.fr/cid150576/la-continuite-pedagogique.html.

Ces pages sont actualisées régulièrement.

 Au rectorat de l'académie de Nice :

- Les listes des écoles et collèges qui accueillent les enfants de ces personnels sont disponibles sur le site internet de l'académie de Nice en page d'accueil / Actu et en suivant le lien : http://www2.ac-nice.fr/cid150801/accueil-et-garde-des-enfants-de-personnels-necessaires-au-bon-fonctionnement-a-la-gestion-de-la-crise-sanitaire.html



Ces pages sont actualisées régulièrement.

- **Coordonnées ARS : Plateforme de veille et d'urgence sanitaire :**



Plan de gestion avec 20% d'effectif manquant

Nous vous conseillons de prévoir votre plan de continuité de l'activité en cas d'absentéisme *a minima* de 20% de vos effectifs soignants. Vous pouvez ainsi par exemple, et outre la mise en place des réorganisations internes et réaménagements des fiches de poste des soignants en mode dégradé dont vous avez l'habitude, ajouter les solutions alternatives ci-dessous :

- Redéploiement des services type « accueil de jour » que vous auriez éventuellement fermés
- Passage de vos soignants en contrat temps partiel en temps complet
- Réorganisation des fiches de postes en journées de 12h

- Rappel des soignants en congés (tous types de congés sauf congés longue maladie, congés longue durée, AT/MP, congé maladie ordinaire et congés maternités), de même les CET sont mobilisables (préretraite…)
- Possibilité de redéployer le personnel administratif en temps hôtelier
- Rappel des personnels partis en retraite
- Recours aux CDD
- Recours aux agences d'intérim.

En cas de difficulté, vous pouvez toujours assigner vos professionnels pour raison de continuité du service. Nous vous rappelons qu'en situation exceptionnelle, toutes les règles habituelles de Ressources Humaines sont levées. Exemple : Possibilité de faire des contre postes…

Gestion des positions des agents/salariés absents

Motifs en lien avec la situation personnelle de l'agent / du salarié

Pour les professionnels fragiles et à risque : par principe de précaution suggérer l'arrêt travail conformément aux recommandations concernant les sujets malades en ALD.

En cas de professionnel présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 : Port de masque chirurgical immédiat et contact téléphonique auprès du médecin traitant pour avis et éventuel arrêt.

Si le professionnel a été en contact avec un cas confirmé ou probable : mise en place du télétravail pour le personnel administratif. Si le métier ne le permet pas, le professionnel vient sur site en s'appliquant les mesures barrières par précaution dont le port du masque chirurgical.

S'agissant des absences en lien avec la garde d'enfants :

- Soit l'agent / le salarié a un problème de garde véritable (et s'il n'existe pas de solutions alternatives), il faut l'orienter vers un arrêt de travail via le dispositif temporaire proposé par l'Assurance Maladie. La demande par l'employeur se fait sur le site : declare.ameli.fr

- Soit il existe une ou plusieurs solutions alternative(s) pour garder son ou ses enfants mais l'agent / le salarié ne veut pas l'utiliser et garder son/ses enfant(s) lui-même. On peut alors imposer la consommation des congés annuels, RTT, Récupération, etc.

Pour que le droit de retrait s'applique, il est nécessaire de prouver que l'employeur ne peut pas fournir les équipements et protection individuels (EPI) tels que recommandés.

Pour les professionnels dont l'enfant est malade :
- S'il s'agit d'un cas de maladie ordinaire, il faudra positionner le professionnel en autorisation d'absence pour enfant malade.
- Si suspicion COVID+ ou si fragilités qui empêchent d'être gardé en collectivité, mobilisation du dispositif temporaire d'arrêt Sécurité Sociale.

Dématérialisation des modes de contact

La mise en place du télétravail est recommandée pour les agents / les salariés pour lesquels la possibilité existe, en particulier les personnels administratifs.
Si possible, mettre en place un dispositif de visioconférence pour les échanges nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement et limiter les réunions d'équipe à leur strict minimum, en essayant de respecter la distance d'au moins 1 mètre.
Nous vous invitons de même à limiter les déplacements au strict nécessaire et utiliser les attestations nationales mises en place par le gouvernement à compter du 17/03/2020.

Fiche info RH

Droit de retrait, abandon de poste et assignation

Il est probable que des professionnels de vos établissements invoquent le droit de retrait face à la gestion de la crise d'épidémie de COVID 19 ou abandonnent leur poste.
Dans ces deux situations, il conviendra d'être très précautionneux et rigoureux dans leur gestion en veillant notamment à la bonne réalisation et maîtrise des outils RH afférents.
Egalement, il faut prendre en considération les statuts des établissements employeurs : publics et privés.
La spécificité du secteur public, par définition, est qu'il répond à des obligations et exigences de service public, auquel le secteur privé EHPAD n'est pas astreint. Ainsi, les notions de continuité de service public et/ou d'activité d'intérêt général permettent d'actionner des leviers juridiques précis et contraignants dans la gestion du personnel pour le secteur public, sans équivalent pour le secteur privé (sauf accords locaux et conventions cadres le prévoyant).

L'abandon de poste

L'abandon de poste se distingue du droit de retrait. Il se matérialise par une absence irrégulière sans prévenance et/ou sans justificatifs. Elle est donc constatée de fait par l'employeur. Suite à ce constat d'absence irrégulière, une mise en demeure doit être envoyée à l'agent. Dans le cas présent, nous vous conseillons d'assortir cette mise en demeure d'une assignation.
L'assignation est spécifique au secteur public.
En cas de refus de l'agent de revenir et/ou de silence gardé, il convient de procéder à la radiation des cadres et aux retenues sur salaires pour la période constatée en abandon.
Le secteur privé peut avoir créé via des accords locaux et/ou des conventions cadres des procédures équivalentes à l'assignation en secteur public.
Si pas, il peut mettre en demeure le professionnel de revenir travailler et tirer les conclusions qu'il considère opportunes en cas de non-retour de l'agent (retenues sur salaire, licenciement, etc.), selon le code du travail et les accords et conventions-cadres existantes.

Le droit de retrait

Le droit de retrait est quant à lui caractérisé par une manifestation explicite de ne pas vouloir travailler dans des conditions présentant un « danger grave et immédiat pour la vie et la santé » des professionnels. La crise épidémique COVID19 correspond vraisemblablement à ces conditions.

Pour les deux secteurs (public et privé), il vous est toutefois conseillé d'avoir recherché en amont toutes les autres alternatives possibles pour éviter de recourir par assignation aux agents invoquant le droit de retrait et de pouvoir le prouver (ex : même une société d'intérim n'arrivait pas à réponde à votre demande).

- Pour le secteur public, le droit de retrait se télescope avec le principe de continuité du service public (une des lois Rolland et c'est un Principe Général du Droit) et le devoir d'obéissance des agents publics. En ce cas, il vous est conseillé de prendre une décision d'assignation.

Pour le secteur public, le principe de continuité du service public étant de valeur supérieure, il supplante le droit de retrait.
En parallèle, vous devrez pouvoir prouver que sans le recours à ces agents invoquant le droit de retrait, la continuité du service public n'était plus assurée (ex : il n'y avait pas le nombre d'agents suffisants pour assurer même un service minimum ou dégradé, dûment identifié c'est à-dire avoir des tableaux de service minimaux élaborés).
L'assignation doit concerner des personnels dont les fonctions, le métier et le statut étaient effectivement indispensables (ex : *a priori*, les agents en contrat aidé sur des fonctions d'animation pourraient valablement prétendre à en être exemptés. Ceci n'est pas envisageable pour un agent soignant ou un médecin, sauf contre-indications ou fragilités médicales).
En droit administratif, les assignations sont considérées comme des Mesures d'Ordre Intérieur, insusceptibles de recours.

- Pour le secteur privé

En secteur privé, à défaut d'avoir prévu dans les accords locaux et/conventions-cadres un système équivalent aux décisions d'assignation issues du secteur public, l'employeur privé peut demander aux professionnels de revenir travailler par tout moyen (courrier, demande orale, etc.) mais ne peut l'imposer (les EHPAD privés ne participant pas à un service public).
En cas de refus, même valablement et juridiquement justifié, l'employeur ne pourra donc imposer au professionnel de venir travailler et aucune sanction ni retenue sur salaire ne pourra être prise, notamment si l'agent invoque son droit d'alerte et de retrait ou s'il obtient un arrêt maladie.
L'employeur pourra utilement et sur le moyen et long termes tirer les conclusions de ces refus en usant des possibilités que lui ouvre le droit du travail.

- Précisions pour les deux secteurs :

Le droit de retrait est potentiellement justifiable si l'agent argue et est en capacité de prouver par exemples que d'autres solutions sont possibles, que le service minimum est assuré, etc.

Le droit de retrait est injustifié notamment dans les cas de « retrait préventif », pour garder ses enfants et si l'employeur a bel et bien mis en œuvre toutes les mesures possibles pour retrait ne peut en principe trouver à s'exercer. Dans ce cadre, la retenue sur salaire, voire la radiation des cadres pour le secteur public sont applicables.
Nous vous invitons toutefois à éviter les décisions extrêmes (licenciements, sanctions, etc.), toujours potentiellement contestables en justice, et ce d'autant qu'une situation épidémique appelle aussi à une certaine bienveillance et compréhension face à des professionnels qui sont inquiets pour leur santé et celle de leurs proches. Le dialogue apaisé doit être recherché.
Enfin, si le maintien du retrait ou de l'abandon de poste de certains professionnels vous place en difficultés (notamment si ceux-ci sont ensuite couverts/régularisés par des arrêts maladie), nous vous invitons à vous reporter sur les paragraphes relatifs à la gestion de l'absentéisme ou à votre plan de continuité d'activité, volet RH.
Si les difficultés pour assurer le service persistent, nous vous invitons à prendre contact avec les établissements de santé voisins ayant supprimé certaines activités (chirurgie, plateaux techniques) afin de connaître les éventuels professionnels disponibles.
Ultimement, si ces difficultés persistent et si vous vous interrogez sur le caractère justifiable de certains retraits ou autres arrêts maladies de régularisation post-abandon de poste, nous vous invitons à le faire remonter à l'ARS et aux services d'Assurance Maladie.

DIVERS

➢ Plateforme nationale pour les personnes Handicapées : Plateforme www.solidaires-handicaps.fr



Dans ce contexte d'urgence,, le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées et le réseau national des CREAI s'unissent pour tenter de répondre à trois objectifs :
- Gérer, ordonner, valider et publier la multitude d'initiatives (privées, associatives, publiques) de solidarité à l'égard des personnes en situation de handicap, dans la diversité de leurs contextes de mise en œuvre
- Permettre à toute l'offre de services bénévoles de se rendre visible auprès des personnes concernées
- Permettre aux personnes vivant avec un handicap et à leurs aidants d'exprimer leurs besoins d'aide

Sous l'égide du Secrétariat d'Etat aux Personnes Handicapées, avec l'appui du secrétariat général du Comité Interministériel du Handicap (CIH), le réseau des CREAI et le Comité National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) mettent en place une plateforme vouée à centraliser ces informations : https://www.covid19.solidaires-handicaps.fr/
https://www.solidaires-handicaps.fr/action/new/perimetre



➢ Plateforme Autisme nationale

AUTISME : UNE PLATEFORME D'ECOUTE RENFORCEE POUR SOUTENIR LES FAMILLES ET LES PERSONNES ADULTES AUTISTES PENDANT LA PERIODE DE CONFINEMENT

Pour joindre Autisme Info Service :
Par téléphone : 0800 71 40 40
Par mail : autismeinfoservice.fr

https://www.paca.ars.sante.fr/autisme-une-plateforme-decoute-pour-soutenir-les-familles-pendant-la-periode-de-confinement

➢ Plateforme loco-régionales : parcours-handicap 13

https://www.parcours-handicap13.fr/parcours/nos-publications

- **Plateforme de l'URIOPSS PACA – Renfort en personnel pour les ESMS : un outil partagé**
  L'URIOPSS PACA met en place un outil partagé pour le recensement des besoins et ressources en personnels qualifiés et volontaires des ESMS pour les champs du social et du médico-social :
  outil partagé de l'URIOPSS PACA

➢ Informations concernant spécifiquement les structures PDS

Employeurs et responsables de lits halte soins santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM)

Informations sur la conduite à tenir envers les professionnels et publics en stade 3 de l'épidémie de coronavirus COVID-19

Consignes sur le lien sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid19_stade3_conduite_a_tenir__lam_lhss_23032020.pdf

Fiche 11 - Mesures de prise en charge médico-psychologique

La situation liée à l'épidémie de Covid-19 constitue une situation potentiellement stressante pour de nombreuses personnes. Une démarche de prévention des risques psycho-sociaux afin de préserver le bien -être et renforcer la résilience de la population est primordiale.

Afin de répondre à cette situation, un dispositif national de prise en charge médico-psychologique au bénéfice des personnes qui en auraient besoin est instauré **via le numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 800 130 000** en lien avec la Croix-Rouge et le réseau national de l'urgence médico-psychologique (CUMP).
Le dispositif national est décrit dans le fichier pdf en pièce jointe.

En région PACA, il est apparu souhaitable de compléter ce dispositif par un dispositif régional de veille psychologique d'écoute et de soutien à la population. Il repose sur le centre régional du psycho-traumatisme, le réseau régional des CUMP, l'offre ambulatoire des établissements de santé autorisés en psychiatrie et l'offre de ville. Le numéro régional vient prendre le relais et compléter le numéro vert national.

Le dispositif régional est décrit dans le logigramme en pièce jointe. Il est coordonné par le centre régional du psycho-traumatisme basé à Nice.

Le processus de gestion des appels est le suivant :

1. L'appel passe par la plateforme régionale **04 97 13 50 03**
   – L'appel est gratuit – Il est opérationnel en semaine de 9 heures à 20 heures.

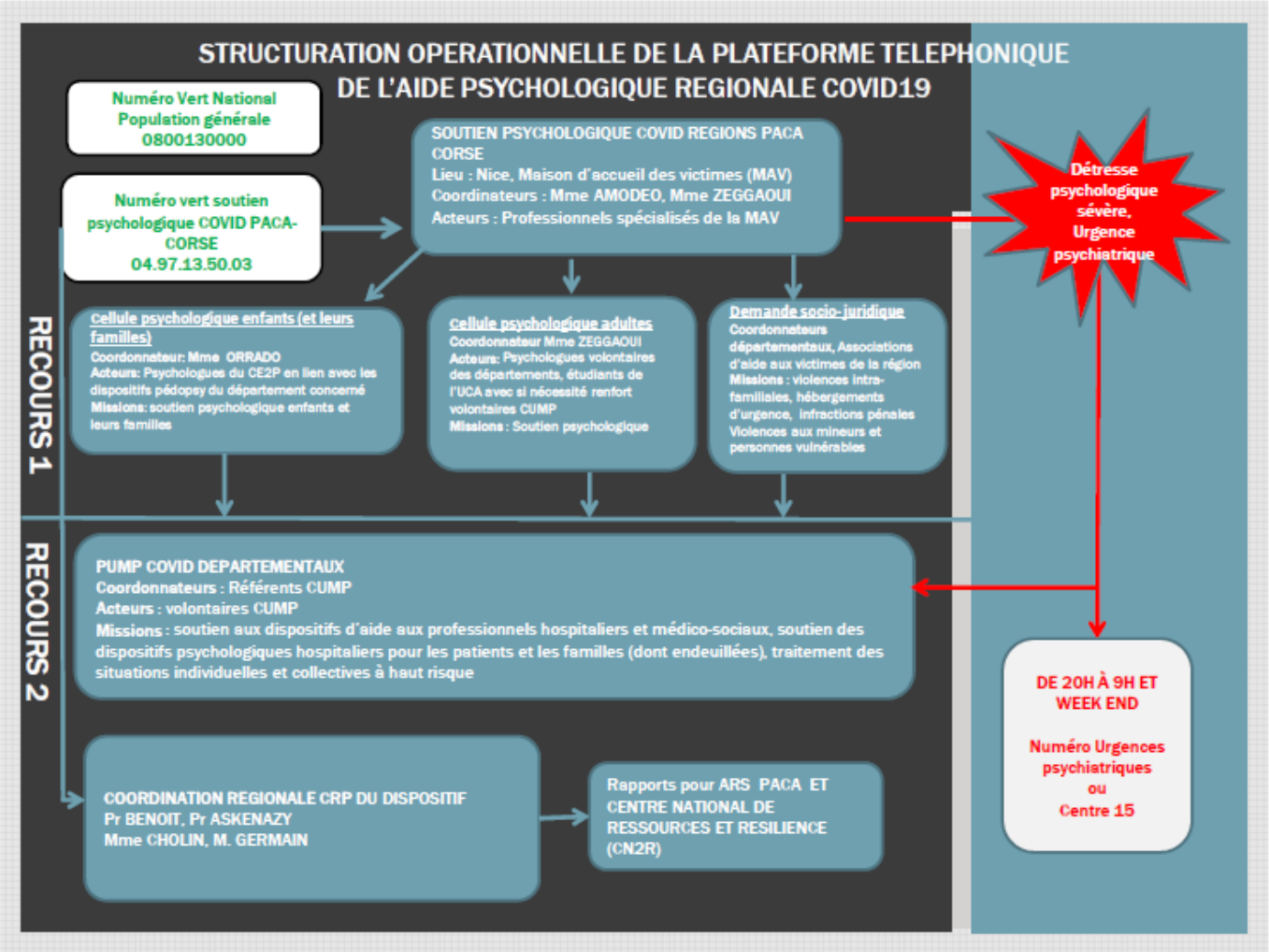
2. La 1ère réponse est assurée par des répondants professionnels de la maison d'accueil des victimes

3. Si ces répondants repèrent un besoin de soutien, la réponse de 1er ligne est la suivante :
   a. Pour les enfants et leurs familles, l'appel est orienté vers la cellule psychologique spécialisée située au CE2P (Centre d'évaluation pédiatrique du psychotraumatisme) à Lenval
   b. Pour les adultes, l'appel est orienté vers une cellule psychologique qui repose sur des psychologues volontaires de l'ensemble de la région

c. Si la demande est sociojuridique, l'appel est orienté vers des coordonnateurs départementaux des associations d'aide aux victimes.
d. Si la demande porte sur des renseignements sur le COVID, l'appel est renvoyé vers **le numéro vert de l'ARS PACA – 08 00 73 00 87** – numéro qui fonctionne 7 jours sur 7 de 9 à 19 heures

4. Si le besoin de prise en charge doit s'inscrire dans la durée, les répondants de la 1ère ligne orientent les patients dans le droit commun (offre libérale de ville / centres médico-psychologiques pour adultes et enfants selon le lieu de résidence de la personne).

Ce dispositif grand public est complété par un dispositif ciblé pour le soutien aux professionnels des établissements de santé et pour les patients pris en charge au sein des établissements de santé et leurs familles. Ce dispositif est organisé et coordonné par les CUMP départementales.



Coronavirus (COVID-19)

PRESENTATION & PROCEDURE

DISPOSITIF NATIONAL DE SOUTIEN MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE DE L'EPIDEMIE DE CORONAVIRUS (COVID-19)

La situation liée à l'épidémie de Covid-19 constitue une situation potentiellement stressante pour de nombreuses personnes.

Afin de répondre à cette conséquence, un dispositif national de prise en charge médico-psychologique au bénéfice des personnes qui en auraient besoin est instauré via le numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 800 130 000 en lien avec la Croix-Rouge et le réseau national de l'urgence médico-psychologique (CUMP).

L'objectif est d'assurer le repérage des personnes appelant le numéro vert grand public déployé par le Ministère des solidarités et de la santé qui expriment un besoin de soutien psychologique ou le cas échéant, présentent des manifestations de stress dans leur discours ou une détresse psychologique (cf. annexe 1). Il s'agit aussi d'éviter de surcharger les SAMU-Centre 15 de ces appels.

1. Un dispositif innovant et partenarial

Le dispositif s'appuie sur :

- le numéro vert grand public afin de ne pas créer un numéro supplémentaire ;
- la plateforme « Croix-Rouge Écoute » qui s'adresse à toute personne ressentant le besoin de parler, quel que soit son âge ou sa situation ;
- Le réseau national de l'urgence médico-psychologique regroupant les professionnels des CUMP.

2. Processus de gestion des appels

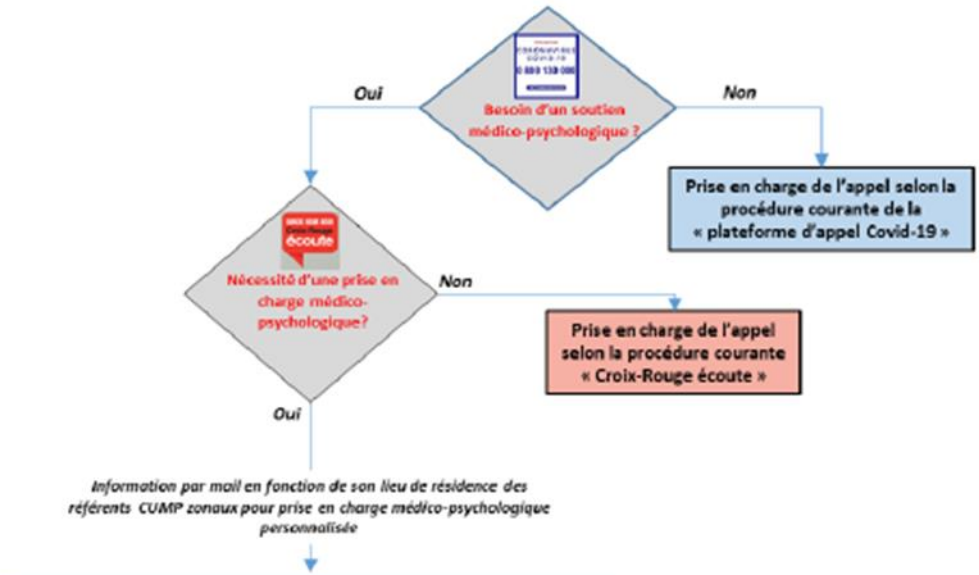
Le processus de gestion des appels est le suivant :

1. L'appel passe par la plateforme 0 800 130 000 ;
2. Si demande directe ou repérage par les opérateurs du numéro vert d'un besoin de soutien psychologique transfert sur la plateforme « Croix-Rouge écoute 0 800 858 858 » ;
3. Si nécessité d'une prise en charge médico-psychologique spécialisée identifiée par les bénévoles de la plateforme « Croix-Rouge écoute 0 800 858 858 » renvoi sur les référents CUMP zonaux pour prise en charge médico-psychologique personnalisée en fonction du lieu de résidence des appelant ;
4. Prise en charge médico-psychologique personnalisée organisée par la CUMP zonale en lien avec les CUMP de la zone.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

23/03/2020

Coronavirus (COVID-19)

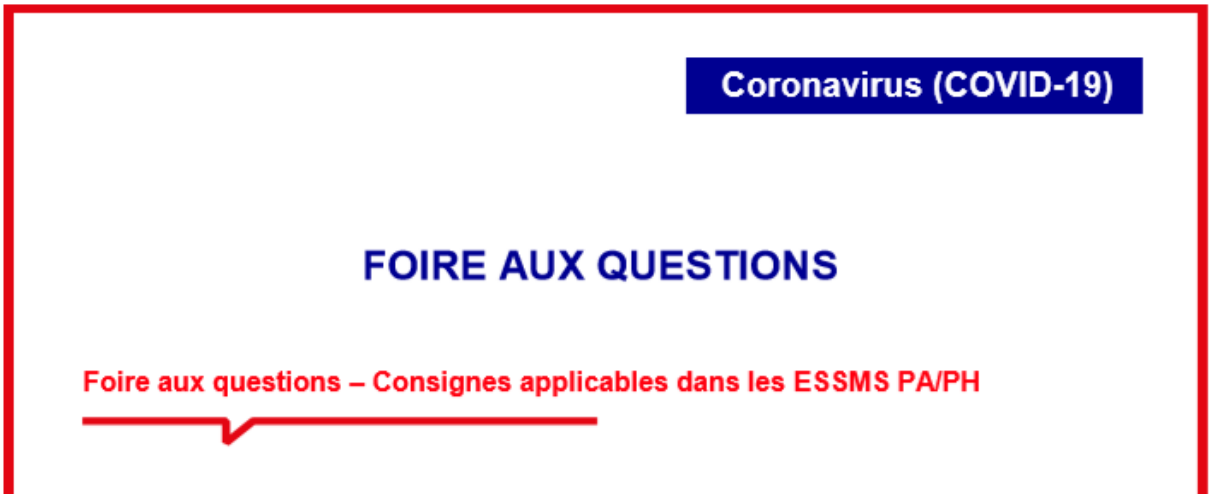




Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

23/03/2020



Vous avez une FAQ sur le site du Ministère de la Santé au lien suivant :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19-stade3-faq-esms-pa-ph.pdf