	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19 PERIODE DU DECONFINEMENT	Création (V1) Date : 05/06/2020
		Validation technique Direction Métier (DA) Date : 10/06/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date : 11/06/2020
		Validation CRAPS Date : 11/06/2020
COVID-19 085	<i>Interventions en direction des personnes fragiles à domicile et préparation aux vagues de chaleur</i>	Version : 1 Date : 11/06/2020
		Type de diffusion : Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-COVID-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

- Modalités de rédaction : Directions de l'autonomie et de la Veille et de la Sécurité Sanitaire de l'ARS Ile-de-France
- Références :
 - Avis HCSP du 6 mai 2020 relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur¹
 - MINSANTE n°2020-112 du 27 mai 2020 relatif à la préparation des vagues de chaleurs (saison estivale 2020)
 - Avis n°7 du Conseil scientifique COVID-19 du 2 juin 2020²

Cette doctrine intervient en complément et en précisions de l'ensemble des recommandations déjà mise en œuvre dans le cadre de cette crise sanitaire.

Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.

¹ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=817>

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_2_juin_2020.pdf

OBJET DU DOCUMENT

Périmètre : Services d'aide et de soins à domicile, Equipes spécialisées Alzheimer (ESA) et handicap neurologique (dites ESNA), Accueils de jour, Plateformes de Répit et d'Accompagnement des aidants (PFR).

Objectifs :

- Modalités de reprise d'activité des services d'aide et de soins à domicile ESA/ESNA et de réouverture des accueils de jour et PFR.
- Informer les professionnels sur les modalités d'intervention auprès d'une personne malade COVID
- Présenter la mise en place d'une consultation médicale spécifique
- Identifier et adapter les mesures de prévention et de lutte contre la chaleur pouvant être antagonistes avec les mesures barrières et les organisations mises en place dans le cadre de l'épidémie de COVID-19.

Cette doctrine présente les modalités d'organisation des services et dispositifs destinés aux personnes fragiles à domicile dans le cadre d'un déconfinement très progressif qui respecte le principe de précaution.

Le plan de déconfinement progressif a été déclenché depuis le 11 mai 2020 et une nouvelle phase a été annoncée par le Premier Ministre le 2 juin. Dans cette période, les services et dispositifs dédiés aux personnes fragiles à domicile doivent donc reprendre progressivement leurs interventions auprès de tous les publics, dans le respect du choix des personnes.

Par ailleurs, à l'approche de la saison estivale, les enjeux récurrents des fortes chaleurs pour les interventions à domicile doivent cette année se conjuguer avec les enjeux de la phase épidémique Covid-19. La doctrine du ministère s'appuie à ce titre sur l'avis du Haut Conseil de la santé du 6 mai 2020 et du 2 juin 2020³ relatif à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur.

Le HCSP, dans son avis du 6 mai 2020, estime « peu probable que l'épidémie de COVID-19 disparaisse cet été, En revanche, il est raisonnable de penser que son R0 (nombre moyen de cas secondaires générés par une personne durant la période où elle est infectieuse, symptomatique ou non) se maintienne sous la barre de 1, d'autant que les mesures de distanciation physique et de restriction des déplacements sont maintenues et respectées ».

Le déconfinement ne doit pas conduire à discriminer les personnes fragiles à domicile, déjà durement touchées par le confinement et ses conséquences sur leur accompagnement social, sanitaire et médico-social. Il doit leur permettre de commencer à retrouver certaines libertés, tout en garantissant leur sécurité, en reposant sur trois principes :

- la responsabilité individuelle,
- une analyse bénéfice/ risque permettant un choix éclairé,
- des dispositifs et services soucieux des personnes à risques.

³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_2_juin_2020.pdf

Les modalités de déconfinement sont dépendantes du contexte épidémiologique, régional et territorial. Il est progressif, sans exclure la possibilité de revenir à des mesures plus contraignantes si l'évolution de la situation sanitaire le nécessite et doit donc être réévalué autant que de besoin. Il doit également être individualisé, adapté à chacune des personnes accompagnées, à son état de santé, à son ressenti psychologique et à ses souhaits.

La personne doit rester actrice de son projet de vie et de soins, au centre du dispositif, et la recherche de son consentement doit être systématique. La décision de reprise de son accompagnement lui appartient également.

Rappels de définition :

- **Un cas confirmé** est une personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR
- **Un cas probable** est une personne présentant :
 - Des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19, des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë dans les 14 jours suivant un contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 ;
 - Il peut s'agir d'une personne testée par RT-PCR avec un résultat négatif, mais dont le médecin en charge évoque un résultat biologique faussement négatif ;
 - seule la première situation de la définition de « cas probable » fait l'objet de la procédure de contact-tracing.
- **Un cas possible** est une personne présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 et pour laquelle un test RT-PCR doit donc être réalisé.

Toute personne cas confirmé ou cas probable fait l'objet d'un isolement jusqu'à sa guérison. Le cas est signalé le jour même à l'ARS dans l'enquête quotidienne en ligne. L'information du statut COVID et les coordonnées de la personne, du professionnel ou bénévole sera directement transmise à la plateforme nationale SI-DEP.

La recherche des personnes contacts de tout cas symptomatique confirmé de COVID-19 ou de tout cas probable de COVID-19 TDM+ doit être débutée dès que possible, en remontant 48 h avant l'apparition de ses symptômes et jusqu'à la mise en isolement.

Une personne contact à risque est une personne qui, en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact - Hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou la personne contact, masque grand public porté par le cas et la personne contact :

- a eu un **contact direct** avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (conversation, repas, accolades, embrassades par exemple).
- ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, salle d'animation ou à manger, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- ayant partagé un espace confiné (...) ou étant resté en face à face avec un cas à l'occasion d'épisode de toux ou d'éternuement ;
- ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins.

Les « personnes contacts à risque » doivent être placées en quatorzaine et faire l'objet d'un test de dépistage par RT-PCR qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques (dès que possible pour les contacts du foyer et 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé pour les contacts hors du foyer, et immédiatement en cas d'apparition de symptômes).

Les personnes contacts à risque du foyer restent en quatorzaine même en cas de test RT-PCR négatif ; un allègement de leur quatorzaine ne peut être envisagé qu'en l'absence de symptômes et du résultat négatif d'un autre test RT-PCR réalisé 7 jours après la guérison de la personne malade vivant dans le même foyer.

Les personnes contacts à risque hors du foyer voient également leur quatorzaine allégée en cas de négativité d'un test RT-PCR réalisé 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ou probable TDM+ (sorties autorisées limitées, avec port obligatoire d'un masque chirurgical, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de COVID-19, pas de travail en présentiel).

1. Retour progressif à la normale des interventions des services d'aide et de soins infirmiers à domicile en direction des personnes fragiles à domicile

Conformément aux recommandations nationales du 5 juin 2020, les services et dispositifs destinés aux personnes fragiles, au regard de la disponibilité de leurs personnels, reprennent leurs interventions auprès de leurs publics (personnes âgées, personnes en situation de handicap) lorsque celles-ci avaient été suspendues en tout ou partie, et dans le respect du choix des personnes.

Les personnes fragiles à domicile accompagnées par ces services sont pour une large majorité en perte d'autonomie, immunodéficientes et vulnérables. L'aide à la personne, les soins techniques, de nursing, ou relationnels dispensés impliquent une grande proximité entre le professionnel et le bénéficiaire. Les prérequis rappelés en **annexe I** sont indispensables en cette épidémie COVID et devront perdurer ensuite.

Avant toute décision de reprise des interventions à domicile, il conviendra que la direction du service vérifie l'application des prérequis en matière d'hygiène (notamment le respect du circuit des déchets d'activités de soins à risques infectieux-DASRI) et des mesures de protection (mesures barrière) mises en œuvre par l'intervenant, qu'elles soient indiquées et comprises par la personne accompagnée, notamment en cas de sortie.

La priorisation des accompagnements auprès des publics fragiles demeure la règle si l'intégralité de l'activité du service ne peut être assurée.

Comme indiqué dans les recommandations nationales, une vigilance particulière sera apportée aux besoins en matière de sorties d'hospitalisation.

1.1 Cas spécifique des Equipes Spécialisées Alzheimer et handicap neurologique

A l'image des services sur lesquels ces équipes sont adossées, les professionnels des ESA et ESNA sont invités à reprendre progressivement leurs interventions à domicile.

Tant que toutes les interventions habituelles ne peuvent être assurées (au regard de la disponibilité des personnels notamment), ces interventions doivent être hiérarchisées afin de prioriser le suivi de personnes dont les situations présentent un risque d'épuisement de l'aidant, une majoration importante des troubles du comportement, ou encore un risque de rupture du maintien à domicile.

Ces interventions sont conditionnées à une évaluation bénéfique/risque, et soumises à une réévaluation gériatrique (MMS, NPI...).

1.2 Intervention auprès d'une personne malade COVID

La stratégie TESTER-TRACER-ISOLER est essentielle et doit être maintenue.

Il convient de ce fait de sensibiliser et former tous les professionnels au repérage des symptômes évocateurs de la covid-19 et pour les professionnels soignants, à la procédure de réalisation des tests RT-PCR.

Ces symptômes doivent être repérés auprès des usagers mais aussi de leurs aidants et des professionnels.

En cas de suspicion, il convient d'isoler immédiatement la personne, et dans le cas où elle est en accueil de jour, d'organiser son retour à domicile.

- **Aides au diagnostic de Covid-19**

La téléconsultation est un outil pertinent dans la stratégie de diagnostic, d'autant plus si la personne peut être accompagnée d'un aidant ou d'un soignant pour la réalisation de cette téléconsultation. Les téléconsultations sont désormais prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Si le médecin estime que la téléconsultation n'est pas adaptée pour un patient, la visite à domicile, en respectant les mesures de protection, doit être privilégiée.

- **Aides au suivi en cas de diagnostic**

Cinq modalités de surveillance et de prise en charge à domicile sont possibles :

- Auto-surveillance (patient ou entourage) ;
- Télésurveillance :
 - Par l'outil COVIDOM qui propose après leur inscription réalisée par un médecin de renseigner en ligne, quotidiennement un questionnaire simple ; en fonction des réponses saisies, des alertes sont générées et prises en charge par un centre régional de télésurveillance, le médecin ayant inscrit le patient pouvant suivre la situation.

Contact et informations: inscription-covidom@aphp.fr

- Par l'outil e-Covid qui propose également à tous les utilisateurs de la plateforme de coordination entre professionnels de santé Terr-esanté, un module spécifique dédié au suivi de leurs patients COVID19+ ou suspects de COVID19.

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

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

- Suivi médical (réalisable en téléconsultation) ;
 - Renforcement du dispositif régional de télémédecine ORTIF (cf. annexe) qui permet une téléconsultation directe du patient⁴
- Contact : ortif@sesan.fr
- Site ORTIF : <http://www.sesan.fr/projet/ortif-plateforme-telemedecine>
- Suivi renforcé à domicile par des infirmiers libéraux ou de SSIAD, en complément du suivi médical (réalisable en télésuivi);
 - Hospitalisation à domicile (HAD) qui permet d'assurer la prise en charge des patients Covid-19 ne requérant pas de soins en réanimation ou en surveillance continue 24H/24 mais dont l'état de fragilité et/ou les comorbidités justifient cette hospitalisation à domicile.

La décision de prise en charge est laissée à l'appréciation du médecin qui détermine le suivi le plus adapté en fonction des signes présentés par la personne et des éléments de contexte (prise en compte de ses comorbidités, de l'entourage familial, de l'environnement social et des aspects psychologiques, de la disponibilité des services d'aide à domicile, IDE, SSIAD, portage repas, etc.).

Les services intervenant au domicile de la personne âgée (services d'aide et d'accompagnement à domicile, services de soins infirmiers à domicile) et les proches aidants sont informés de la décision de prise en charge à domicile de la personne et de ses modalités.

Ils se voient remettre les conseils de conduite à tenir pour les gestes barrières et les signes d'alerte.

En cas d'impossibilité pour la personne âgée malade sans signe de gravité de rester à son domicile habituel (aidant principal hospitalisé, habitat non conforme, empêchement des services de soins et ou des intervenants à domicile, fragilité particulière de l'aidant, etc.), une solution alternative doit être proposée : hébergement chez un membre de la famille pouvant mettre en place des mesures d'isolement, accueil en hébergement temporaire, hospitalisation dans un établissement Covid-19 sur la base des recommandations disponibles sur le site du ministère. Les dispositions générales s'appliquent dans ce cas de figure.

2. Réouverture des accueils de jour et plateforme de répit

2.1 Modalités de réouverture

Les accueils de jours et plateforme de répit qui disposent de la possibilité en termes de locaux (entrée séparée et locaux disponibles) et de personnels (personnels dédiés à l'accueil de jour) peuvent être rouverts (ceux qui ne sont ni séparés ni autonomes de l'établissement demeurent fermés).

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041704122&categorieLien=id>

La reprise de l'accueil se fait sur décision pluridisciplinaire et collégiale de la direction et de l'équipe de soins de l'accueil de jour et suppose impérativement :

- La réalisation d'un auto-questionnaire (**annexe II**) pour le repérage des symptômes Covid-19 des 15 derniers jours pour la personne âgée et son aidant principal;
- Prescription du médecin traitant / mentionnant le statut Covid de la personne et le J-0 si la personne a été Covid+

L'évaluation doit permettre aux professionnels d'identifier les personnes à risque au sein de leur service, et donc de hiérarchiser les interventions dans les périodes critiques.

La reprise se déroule dans le respect strict des consignes sanitaires applicables sur le territoire national (annexe III) :

- Formations régulières de l'ensemble des personnels et personnes accueillies aux règles d'hygiène et aux mesures barrières ;
- Dédier, dans la mesure du possible, une équipe de professionnels à l'accueil de jour ;
- Importance de maintenir les mesures barrières ;
- Port d'un masque pour les professionnels et les personnes accueillies ;
- Réduction du nombre de personnes accueillies à la fois (limiter à 50% du nombre habituel et avec un groupe d'au maximum 8 personnes voire moins si impossibilité de respecter les règles de distanciation sociale avec 8) ;
- Prioriser les transports individuels ou lorsque cela n'est pas possible, s'assurer que les gestes barrières ont été respectés lors de l'utilisation des transports collectifs (port du masque, distanciation physique, nettoyage et désinfection des véhicules) ;
- Activités nécessitant des ustensiles partagés non relancées (ateliers cuisine ...) ;
- Privilégier l'accueil de jour en demi-journées l'après-midi pour éviter l'organisation des repas particulièrement propices à la contamination ;
- L'accueil de personnes symptomatiques est interdit ainsi que les personnes testées positives mais asymptomatiques.

Des appels téléphoniques réguliers doivent être obligatoirement maintenus pour s'enquérir de l'état de santé des personnes habituellement suivies et leurs proches aidants et en particulier de leur éventuelle contamination Covid-19, afin de maintenir un lien et de s'assurer que les interventions ne doivent pas être remises en place suite à une dégradation de la situation. En tant que de besoin, une mise en lien est faite auprès des autres acteurs du territoire pour accompagner les personnes.

Il est conseillé d'élaborer de façon pluridisciplinaire un document de reprise de l'activité prévoyant le calendrier de reprise et les possibilités de mise en œuvre de cette réouverture.

2.2 Critères de reprise de l'accueil

- Des critères d'admission stricts et en particulier :
 - un risque d'épuisement de l'aidant ou reprise de l'activité professionnelle sans possibilité de répit à domicile en substitution ;
 - une dégradation importante de l'autonomie des personnes du fait de l'arrêt des accueils de jour (manque de stimulation etc.) sans possibilité d'accompagnement à domicile en substitution.
- Des critères spécifiques au statut covid :

Admission (**annexe IV**):

- des Covid - avec PCR négative à J-1 ou J-2 par rapport au retour à l'accueil de jour
- des Covid guéris (24 jours après l'apparition des symptômes et 48h après la disparition du dernier symptôme en lien avec une infection Covid-19)

Le retour de l'utilisateur doit être formalisé par un courrier du médecin traitant retraçant les événements étant survenus pendant la période du confinement et est soumis à la réalisation de l'autoquestionnaire.

2.3 Organisation à adopter dans le cadre de la reprise d'activité

Le directeur met en place un document de reprise d'activité élaboré de manière pluridisciplinaire en fonction des directives nationales et territoriales, de l'évolution de l'état sanitaire de la structure, de ses ressources RH et matérielles.

Pour organiser le déconfinement, la direction de la structure doit faire un point hebdomadaire sur les aspects suivants en se référant aux recommandations régionales relatives. :

- ✓ aux ressources humaines
- ✓ à la situation épidémique / état clinique des usagers
- ✓ aux matériels
- ✓ à l'hygiène

afin d'être en capacité de :

- mettre en place l'ensemble des mesures barrières et des règles de distanciation physique ;
- repérer les signes évocateurs de Covid, d'être réactif quant à la réalisation de tests RT-PCR et des mesures d'isolement et de faire la recherche des sujets contacts en cas d'un diagnostic Covid identifié par le contact tracing pour un usager, un professionnel ou un aidant ;
- d'identifier pour chacun des usagers son statut Covid et de faire une évaluation du retentissement du confinement sur les capacités des usagers ;
- de suivre l'état nutritionnel et de la réhabilitation des usagers fragilisés dans le cadre de cette épidémie qu'ils soient Covid positifs ou négatifs ;
- de préparer la continuité de la prise en charge des usagers pendant la période estivale ;
- d'organiser et formaliser l'information des usagers et de leurs proches.

3. Appui à la reprise progressive d'activité

3.1 Organisation de formations flash auprès du personnel

Des formations Flash doivent être organisées pour les professionnels :

- une formation COVID expliquant les particularités du virus, les mesures barrières, les symptômes COVID <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/ems/CPiasIdF-pec-COVID-ehpad-210420.pdf>
- Une formation canicule adaptée à l'épidémie du COVID 19
- Une formation spécifique dénutrition /réhabilitation dans le cadre de la Covid 19
- Une formation aux conduites à tenir en cas d'urgences : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/EHPAD-20-Fiches-Conduite-a-tenir-en-situation-durgence.pdf>
- Une formation à l'usage de la télémédecine : **(Annexe V)**

Ces formations/sensibilisations devront s'organiser en fonction des différents profils de professionnels et intervenants auprès des usagers et sous les formes les plus adaptées à leurs besoins.

3.2 Bilan post confinement

Ce bilan post confinement peut et doit être réalisé conjointement avec le médecin traitant de l'usager

Une consultation spécifique, intégralement prise en charge par l'assurance maladie, a ainsi été mise en place par un décret publié le 29 mai 2020. Il s'agit d'une consultation dite «complexe », cotée à ce titre 46 € pour le médecin qui la réalise.

Cette consultation poursuivra deux objectifs :

- évaluer les impacts du confinement sur la santé de ces patients et de s'assurer de la continuité des soins ;
- conseiller les personnes, en fonction de leurs fragilités et pathologies, sur les mesures de protection à adopter dans le cadre du déconfinement.

Dans le cas spécifique de l'accueil de jour, le médecin référent doit s'assurer de l'organisation de ce bilan par le médecin traitant et proposer une réactualisation du projet d'accompagnement.

Il a également pour mission d'évaluer les capacités cognitives (MMSE, ou Moca ou 5 mots de Dubois...), identifier avec les professionnels de l'accueil de jour le retentissement du confinement sur l'usager en évaluant ses troubles du comportement, (ex : NPI...) et l'épuisement de l'aidant (Ex : Zarit...).

Une téléexpertise ou une téléconsultation peuvent compléter ce bilan (cf. : annexe TLM).

4. Prise en compte du contexte de l'épidémie COVID-19 pour la préparation aux vagues de chaleur

La vigilance saisonnière canicule s'étend du 1er juin au 15 septembre. En raison du contexte de l'épidémie de COVID-19, le plan national canicule n'est pas modifié en 2020. Les mesures qui s'appliquaient en 2019 sont reconduites, correspondant aux dispositions de la dernière version du plan national canicule, daté de 2017.

L'éventualité de la survenue de fortes chaleurs ou d'une canicule en cette épidémie COVID-19 nécessite d'apporter quelques précisions relatives :

- aux mesures d'anticipation dès l'activation du plan canicule dès le mois de juin,
- aux aspects cliniques et de prise en charge diagnostique et thérapeutique des personnes accompagnées, présentant des pathologies liées à la chaleur et/ou une infection COVID-19
- à la compatibilité du respect des mesures barrières et le rafraichissement des lieux de vie.

Deux pathologies potentiellement mortelles sont associées aux épisodes caniculaires :

- la déshydratation
- le coup de chaleur.

De nombreuses personnes sortent de la phase épidémique de COVID-19 affaiblies, soit par la maladie, soit par les mesures d'isolement et les aménagements des soins et activités au cours des semaines de confinement, soit par les deux.

Ces personnes seront donc plus vulnérables aux effets de la chaleur, nécessitant un renforcement de la vigilance des équipes soignantes et encadrantes et une anticipation des mesures à mettre en œuvre pour limiter l'exposition aux fortes chaleurs, tout en veillant au maintien des mesures barrières COVID.

Au cours de la période estivale, les signes d'impact de la chaleur sur la santé des usagers doivent être recherchés en priorité, et ne doivent pas être retardés par la démarche diagnostique vis-à-vis du COVID-19.

Les équipes des services et dispositifs destinés aux personnes fragiles à domicile doivent veiller, tout au long de la période de vigilance, à la continuité des mesures liées à la canicule.

Une de leurs missions est de préparer une éventuelle canicule en veillant :

- Aux ressources humaines nécessaires pour assurer la continuité de leurs interventions, et tout particulièrement l'identification des médecins traitants mobilisables pendant toute la période estivale,
- Au remplacement des différents professionnels lors de leurs congés afin d'assurer la continuité des interventions et activités,
- Aux modalités de renforts en personnels (salariés et bénévoles) auprès des personnes en cas de survenue de fortes chaleurs,
- Au maintien à domicile ou à l'accueil de jour/plateforme de répit des mesures de bio-nettoyage du fait de la subsistance d'un risque Covid,
- A l'organisation de formations « flash » par les directions aux spécificités de la coexistence du risque Canicule – COVID-19, portant notamment sur :
 - ✓ les procédures organisationnelles afin d'éviter une contamination COVID-19 des professionnels et usagers

Les professionnels devront notamment être formés aux bonnes pratiques quant à l'utilisation des climatiseurs et des ventilateurs. Tous les autres moyens envisageables et disponibles pour rafraichir, une personne sa literie ou sa chambre doivent également être rappelés.

- ✓ les mesures de prévention notamment concernant les besoins hydriques et nutritionnels mais aussi en sel des personnes ayant, pour beaucoup, souffert d'une dénutrition protéino-énergétique pendant l'épidémie COVID-19 et pouvant être exposés à une déshydratation et à une hyponatrémie du fait des fortes chaleurs
- ✓ le repérage des signes cliniques d'alerte (dont ceux liés à une déshydratation) et à la conduite à tenir en fonction de ceux-ci
- A l'identification des fragilités des personnes :
 - ✓ La poly-pathologie et la dépendance sont des facteurs de risque de mortalité en cas de canicule. La chaleur peut aggraver une maladie déjà installée. Une attention particulière sera portée aux traitements médicamenteux qui peuvent en l'absence d'anticipation, favoriser la survenue d'effets indésirables graves liés aux médicaments (ex : surdosage des médicaments à élimination rénale)
 - ✓ les effets de la chaleur peuvent également être favorisés/aggravés par certains médicaments (ex déshydratation sous diurétiques, favorisation d'un coup de chaleur du fait de la prise de psychotropes). L'épidémie COVID-19 a fragilisé les personnes âgées, handicapées et a également engendré de nombreuses complications cardiaques, pulmonaires, rénales, neurologiques. L'anticipation des décompensations potentielles en cas de fortes chaleurs s'impose donc particulièrement.
 - ✓ Il convient d'évaluer :
 - leur autonomie à identifier la nécessité de boire ou à se rafraîchir, leurs capacités à s'hydrater seules, et capacité à alerter de manière pertinente
 - leur statut nutritionnel, leur diabète éventuel, et notamment leurs fonctions neurologiques et psychiques, cardiaques, pulmonaires, rénales, leurs statuts nutritionnels.
 - Pour chaque usager, la synthèse de cette évaluation doit mentionner s'il est « à risque » du fait de ses thérapies médicamenteuses avec si besoin des préconisations d'adaptation des traitements (psychotropes, diurétiques...)⁵, son statut COVID avec la mention du J0 en cas de diagnostic confirmé ainsi que sa dépendance ou son indépendance pour pouvoir s'hydrater seul.
- Aux besoins matériels : le contexte COVID-19 peut conduire à revoir certaines règles organisationnelles en cas de survenue de fortes chaleurs.

Tous les bénéficiaires n'auront pas accès aux salles rafraîchies ou climatisées du territoire. De ce fait, il convient de vérifier :

- ✓ Le bon fonctionnement des stores et des volets et de demander éventuellement à l'entourage d'apposer si nécessaire des filtres thermiques sur les fenêtres ;
- ✓ Les stocks en flacons brumisateurs individuels, en ventilateurs individuels ;
- ✓ Les stocks en masques et autres équipements de protection individuelle, en tenant compte de l'éventuelle nécessité de les changer plus fréquemment en cas de fortes chaleurs et de sudation importante.

⁵ <https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Conditions-climatiques-extremes-et-produits-de-sante/Canicule-et-produits-de-sante>

4.1 Gestion de la température ambiante

Outre les mesures préventives de déshydratation des personnes, la maîtrise de la température ambiante au sein du domicile ou du lieu d'activité est un élément essentiel pour limiter les effets des vagues de chaleur.

La maîtrise de la température ambiante repose sur différentes mesures :

- **L'aération des pièces** aux heures les plus fraîches (fin de nuit et début de matinée)
- **La fermeture des fenêtres en journée** associée à la mise en place d'un écran afin d'éviter le rayonnement direct du soleil sur les fenêtres et baies vitrées (volets extérieurs, stores extérieurs, film anti-chaleur collé sur les fenêtres sans volets ou store)
- **La pratique des activités dans les pièces les moins exposées** au soleil et de préférence en matinée
- **L'utilisation de dispositifs de rafraîchissement de l'air intérieur :**
 - o Ventilateurs, associés éventuellement d'une brumisation
 - o Climatiseur mobile (nécessitant de mettre en place un système d'évacuation de la chaleur vers l'extérieur)
 - o Climatiseurs individuels (de type split) installés en général au-dessus des fenêtres, avec une pompe à chaleur installée à l'extérieur)

L'épidémie de COVID-19 conduit à adapter certaines de ces mesures (ou à renforcer les mesures barrières pour les poursuivre) pour éviter le risque de contamination aéroportée ou manuportée du SARS-CoV-2.

En effet, le flux d'air occasionné par un ventilateur ou une climatisation, pourrait porter les gouttelettes respiratoires émises par les personnes à plus longue distance dans la pièce et rendre moins efficaces les distances de sécurité de 1 mètre entre les personnes.

• Aération des pièces

L'aération quotidienne des pièces permet de chasser par de l'air frais la chaleur qui s'est accumulée au cours de la journée. Cette aération est également recommandée dans les chambres accueillant des personnes COVID+, assurant ainsi par le renouvellement de l'air, un assèchement de l'air et des surfaces, permettant, en complément des mesures barrières et le nettoyage, de maîtriser le risque viral lié à l'environnement.

Pour les chambres des personnes COVID+, dans la mesure du possible, les portes seront calfeutrées (avec un boudin de bas de porte par exemple) le temps de l'aération de la pièce.

• Fermeture des fenêtres et mise en place d'un écran

Les fenêtres des chambres doivent être fermées dès que la température extérieure commence à monter (avant qu'elle ne soit supérieure à celle des pièces intérieures).

Dès que les rayons du soleil atteignent directement la fenêtre, il est nécessaire d'intercaler un écran entre le soleil et le vitrage. Il convient de fermer les volets extérieurs ou abaisser les stores extérieurs.

Lorsque les fenêtres ne sont équipées ni de volets ni de store extérieur, il est recommandé d'appliquer sur les vitres un film solaire anti-chaleur (de préférence en extérieur pour une meilleure performance).

- **Activités collectives dans les accueils de jour : installer les personnes dans les pièces les moins exposées**

En période estivale, les ouvrants situés à l'est, et surtout à l'ouest, sont les plus exposés au rayonnement solaire, et donc au risque d'une élévation importante de la température intérieure.

Les ouvrants sud sont moins à risque, le soleil étant à son zénith ne donne pas directement sur les ouvrants (sauf éventuellement certaines pièces avec des baies vitrées hautes).

Lorsque cela est possible, les activités physiques et collectives seront réalisées dans des pièces exposées Nord ou Sud, en mettant en œuvre les mesures d'écran lorsque le soleil commence à rayonner sur les vitres.

Avec l'épidémie de COVID-19, les activités en groupe en accueil de jour ou plateforme de répit ont été arrêtées pendant la période de confinement et reprennent progressivement, en petits groupes en respectant les distanciations physiques.

L'organisation de ces activités devra être adaptée en cas de vague de chaleur, en fonction de l'activité physique attendue. Les activités seront réalisées aux heures les plus fraîches.

Par ailleurs, si la salle collective est climatisée, le port du masque chirurgical sera indispensable, en plus des mesures de distanciation physique.

L'usage d'un ventilateur dans un espace collectif est proscrit dès lors que plusieurs personnes y sont présentes, même porteuses de masques chirurgicaux.

- **Systèmes de ventilation et de climatisation**

Les systèmes de ventilation et de climatisation viennent **en complément, et non en substitution**, des mesures d'aération et de limitation de la température citées précédemment.

Ces dispositifs brassent l'air des pièces et rendent ainsi les mesures de distanciation physique moins efficaces pour se protéger des émissions de gouttelettes respiratoires émises par les personnes présentes dans la pièce.

Selon le type de système de ventilation ou de climatisation, les risques ne sont pas les mêmes et les conditions d'usage seront différentes.

➤ *Ventilateur*

Le ventilateur ne permet pas de rafraîchir l'air ambiant, mais le brassage d'air rafraîchit le corps (tant que la température de l'air est inférieure de plusieurs degrés à la température corporelle, au-delà, l'effet du ventilateur n'existe plus).

Son usage devra être limité aux pièces accueillant une seule personne et positionné de manière à pouvoir être stoppé par le personnel dès l'entrée dans la chambre du résident. Son usage sera donc proscrit dans les salles collectives des accueils de jour.

Toute personne avant d'entrer dans une pièce dans laquelle une autre séjourne avec un ventilateur en fonctionnement devra porter un masque. Le ventilateur devra être arrêté tant que plusieurs personnes séjournent dans la pièce.

Avant et après chaque manipulation du ventilateur (ou de sa télécommande), la personne se lave les mains ou applique une friction hydro-alcoolique.

➤ *Climatiseurs mobiles*

Ces climatiseurs sont en général peu performants et ne permettent de rafraîchir que de petits espaces fermés. Une forte contrainte est de pouvoir placer le tuyau d'évacuation de l'air chaud à l'extérieur de la pièce, sans engendrer dans le même temps, par l'ouverture de la fenêtre, une entrée abondante d'air chaud rendant inopérant le rafraîchissement de la pièce, voire aboutissant à son réchauffement.

Les filtres à air de ces climatiseurs mobiles sont en général peu performants, insuffisants pour retenir les virus.

En conséquence, ce type de climatiseur ne pourra être utilisé que dans une pièce où ne séjourne qu'une seule personne. Son usage sera donc proscrit dans les salles collectives des accueils de jour.

Toute personne avant d'entrer dans une pièce dans laquelle une autre est présente avec un climatiseur mobile en fonctionnement devra porter un masque.

Le climatiseur devra être arrêté tant que plusieurs personnes sont dans la pièce.

Avant et après chaque manipulation du climatiseur ou de sa télécommande, la personne se lave les mains à l'eau et au savon ou se désinfecte les mains par friction hydro-alcoolique.

➤ *Climatiseurs individuels fixes*

Les climatiseurs individuels fixes sont constitués :

- d'une unité intérieure (split) qui prend l'air dans la pièce, le filtre et le recycle à la température désirée.
- d'une unité extérieure (compresseur/pompe à chaleur) qui produit les frigories et évacue la chaleur à l'extérieur

En conséquence, un climatiseur individuel n'assure pas le renouvellement de l'air de la pièce mais le rafraîchit, le filtre et le brasse dans celle-ci. Le renouvellement de l'air de la pièce est assuré séparément, soit par une VMC, soit par la ventilation naturelle.

Les climatiseurs individuels fixes sont en général équipés de filtres à air performants et permettant de retenir les virus. En conséquence, si le filtre est performant, bien installé et régulièrement entretenu et changé selon les recommandations des fabricants, ce type de climatiseur fournit un air filtré qui fait baisser significativement la charge virale de la pièce.

Pendant, même si l'air est correctement filtré, le flux d'air généré par le climatiseur peut augmenter la distance de projection d'une gouttelette émise par l'oropharynx. Dans les accueils de jour, en début de saison de vigilance canicule, **il est indispensable de vérifier le bon entretien des climatiseurs et de s'assurer de la qualité du filtre** (choisir le filtre le plus performant sur le plan sanitaire⁶ tout en veillant à sa compatibilité technique avec l'installation).

⁶ Pour connaître les performances des filtres, se référer à l'annexe 4 de l'avis du HCSP du 6 mai 2020 : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=817>

Lorsque les installations de climatisation le permettent, les filtres HEPA et les filtres EPA de type E12, aux performances de filtration supérieures aux masques FFP2, seront privilégiés. Si ces types de filtres ne sont pas compatibles avec les installations, choisir le filtre assurant la meilleure performance de filtration restant compatible avec les caractéristiques techniques du climatiseur.

Vérifier que le contrat de maintenance de l'installation comprend l'inspection et si nécessaire le remplacement des filtres, selon les recommandations du fabricant, et prévoit les conditions d'intervention en cas de panne, y compris les week-ends et jours fériés.

Les personnes manipulant la télécommande de l'appareil ou les boutons de l'appareil se désinfectent les mains (ou friction hydro-alcoolique) avant et après les avoir touchés et que les commandes et télécommandes sont régulièrement désinfectées.

➤ *Regroupement des personnes dans les espaces climatisés lors des épisodes de forte chaleur*

Une des mesures de gestion lors des épisodes de forte chaleur (à partir du niveau 3 du plan canicule) est de permettre aux personnes de bénéficier au moins 3 heures par jour d'un espace climatisé.

Les mesures barrières « COVID » peuvent conduire à réduire le nombre de personnes pouvant être accueillies en même temps dans l'espace climatisé afin de maintenir les distanciations physiques.

Par anticipation, en début de saison de vigilance canicule, chaque structure vérifie que ses espaces climatisés permettent d'accueillir tous ses usagers au moins 3 heures par jour en prenant en compte les contraintes COVID (un minimum de 4 m² par personne accueillie, hors espace occupé par le mobilier).

De façon générale la distanciation physique est moins efficace dans les espaces climatisés du fait du flux d'air qu'ils occasionnent.

Toutes les personnes accueillies dans l'espace climatisé doivent porter le masque chirurgical pendant toute la durée de présence dans cet espace.

- **Autres mesures de rafraîchissement des personnes**

➤ *Brumisateurs*

Il convient de privilégier les brumisateurs en flacons individuels du commerce, afin d'éviter tout risque de contamination lors du remplissage de l'eau (notamment les légionelles).

Ils doivent être dirigés sur les avant-bras, ce qui est suffisant pour rafraîchir la température corporelle.

Ils ne comportent aucun risque pour le soignant qui réalise la brumisation.

L'utilisateur se lave les mains (ou friction hydro-alcoolique) avant et après manipulation de l'aérosol.

L'utilisation de ventilateur à pile avec brumisateur intégré en direction de l'utilisateur sont des systèmes très intéressants et sans risque pour les professionnels.

➤ *Autres moyens*

L'utilisation de vessies de glaces ou de sacs de grains de riz congelés, placés au fond des lits peuvent permettre de rafraîchir les lits.

Un linge mouillé ou un bloc de glace placé devant un ventilateur permet de rafraîchir également l'air.

Remarque : bien veiller :

- à la qualité, à la propreté et à la désinfection des contenants,
- à la qualité de l'eau utilisée pour les blocs de glace,
- à l'entretien du(des) congélateur(s) et des contenants (nettoyage/désinfection).

4.2 Repérage des signes cliniques respectifs des pathologies liées à la chaleur et au COVID-19

• Mécanisme de la thermorégulation et risques liés à la chaleur

Le centre de la thermorégulation se trouve dans l'hypothalamus. On parle de thermostat hypothalamique. Ce thermostat est très précis et maintient la température centrale autour de 37°C (36°1 C- 37°8 C). En cas de coup de chaleur, ce thermostat est dépassé. L'organisme ne peut pas faire face aux élévations simultanées de la température extérieure et de production de chaleur interne.

Jusqu'à 23°C de température extérieure et au repos, la régulation est quasi passive. La température du corps s'écoule vers l'extérieur.

Quand la température extérieure s'élève au-dessus de 23°C, un premier mécanisme entre en jeu. Il associe vasodilatation périphérique, vasoconstriction de la circulation digestive et accélération du débit cardiaque. L'écoulement passif de la température du corps vers l'extérieur est davantage augmenté, mais au détriment du bon fonctionnement des organes tels que le cœur et les intestins.

Au-delà de 26°C, la sudation devient le mécanisme majeur pour refroidir le corps. L'évaporation de la sueur se fait dans la peau, qui reste sèche. Ce n'est qu'en cas de production abondante que la sueur coule sur la peau et ruisselle. Les pertes peuvent être alors très abondantes, jusqu'à 10 litres par 24h.

Dans ces deux cas, il faut compenser, outre les pertes en liquide, la perte des sels minéraux contenus dans le sérum et emportés avec la sueur.

Pendant toute la période de vigilance saisonnière canicule (niveaux 1 et 2) :

- Veiller en permanence à ce que les personnes âgées ne soient pas déshydratées et lutter contre leur dénutrition potentielle
- Prendre leurs constantes (pouls tension température saturation)
- Les peser deux fois par mois et plus en cas de fortes chaleurs
- Repérer les symptômes pouvant évoquer une infection à la Covid19, une déshydratation et en cas de fortes chaleurs, un coup de chaleur

La fièvre, qui correspond à une réponse de l'organisme pour lutter contre un organisme extérieur (virus) est à distinguer de l'hyperthermie liée à des fortes chaleurs ambiantes.

Le paracétamol efficace en cas de fièvre est inefficace en cas d'hyperthermie et peut même être rapidement toxique pour le foie en cas de déshydratation.

Les personnes fragiles sont particulièrement exposées aux risques :

- de coup de chaleur car leurs capacités d'adaptation physiologique à la chaleur sont défaillantes Le rythme cardiaque et la vasodilatation périphérique sont diminuées du fait du vieillissement, des maladies neurodégénératives, d'un éventuel diabète...et la sudation est altérée du fait des cellules sudoripares qui se fibrosent.

- de déshydratation, parce qu'elles ressentent moins la soif. Ce risque est important surtout si elles prennent des diurétiques et que l'adaptation de leurs doses n'est pas anticipée,

Pendant une vague de chaleur (à partir du niveau 3) :

- Permettre à la personne d'accéder à un lieu rafraîchi au moins 3 h par jour, aérer son lieu de vie lorsque la température externe est inférieure à la température à l'intérieur de la chambre (fin de nuit et début de matinée)
- Mettre en place un ensemble de mesures hygiéno-diététiques, évaluer ses besoins et tracer ses apports hydriques
- Surveiller quotidiennement et même plusieurs fois par jour son état clinique, (TA – Pouls- température -conscience)

• COVID-19 et effets de la chaleur

Dans le contexte de l'épidémie :

- ✓ Les personnes peuvent être atteintes d'une infection par la COVID-19 et/ou d'une pathologie liée à la chaleur.
- ✓ La déshydratation fréquemment associée à l'infection par la COVID-19 (via la fièvre, les pathologies pulmonaires et les pertes digestives) sera aggravée lors de la survenue de fortes chaleurs.
- ✓ Un coup de chaleur peut se surajouter à une infection COVID-19 chez des personnes dont le système sudoripare est défaillant (personnes âgées, insuffisants cardiaques, personnes souffrant de pathologies du système nerveux central, de diabète et ou traité par psychotropes)

Les difficultés pour les professionnels seront d'identifier la cause des symptômes parfois communs à ces trois situations cliniques chez une personne fragilisée.

➤ *Déshydratation, coup de chaleur et/ou COVID : les principaux signes cliniques*

Déshydratation

Chez la personne âgée, la déshydratation sera visible par :

- Une baisse de l'attention, la sécheresse des muqueuses de la bouche, une grande fatigue
- Une diminution de la production de sueurs et d'urines
- La fièvre sans raison manifeste, des maux de tête
- L'accélération du pouls
- Des vertiges, conséquence d'une baisse de la tension artérielle
- Des nausées et des vomissements
- La confusion, la constipation
- Une perte de poids significative sur une courte période. La pesée permet de voir les changements dans la balance hydrique. Le médecin peut avoir recours à l'échelle de couleur de l'urine comme degré d'hydratation

En cas de déshydratation important il faut réagir vite ; la déshydratation peut conduire chez la personne âgée à des convulsions voire des troubles de la conscience tels que le coma.

Prévention de la déshydratation :

- Planifier les consommations d'eau à intervalles réguliers notamment en repérant les personnes ne pouvant s'hydrater seules et en ciblant, au moins 1,5 litre par jour et par personne. Proposer abondamment de l'eau de boisson, éventuellement aromatisée selon les goûts de la personne, mais aussi des soupes, potages, laitages, thé, tisanes, (même chauds), ou des glaces
- Veiller à poursuivre une alimentation normalement salée et inciter à la consommation de potages frais et de jus de légumes frais+++ • éviter les boissons à forte teneur en caféine (café, thé, colas) ou très sucrées (sodas), • ne pas proposer de boissons alcoolisées.
- Signaler au médecin si les prises ne sont pas suffisantes afin d'envisager une hydratation de sous cutanée ou intraveineuse.

Coup de chaleur :

Chez la personne âgée, il est lié à une exposition prolongée à des températures ambiantes excessives (> 30°C). Attention le coup de chaleur peut survenir dès le premier jour de vague de chaleur. L'hyperthermie survient lorsque les mécanismes de régulation corporelle de la chaleur sont entravés par l'excès de chaleur de l'environnement.

Le coup de chaleur non prévenu par des actions adaptées met en jeu le pronostic vital du résident. Les périodes de canicule, en plus de générer des pathologies liées à la chaleur, peuvent conduire à une aggravation des pathologies sous-jacentes.

Signes cliniques du coup de chaleur :

- **Au début**
 - Température $\geq 39^{\circ}\text{C}$
 - Peau et visages chauds et rouges
 - Pulsations rapides (tachycardie)
 - Confusion
 - Sensation de vertiges ou de malaise, épuisement
 - Céphalées
 - Nausées
- **Phase d'état**
 - Hyperthermie maligne (température > 40°C)
 - Convulsions
 - Délire ou coma
 - Hyperventilation, polypnée
 - Vomissements, diarrhées
 - Hypotension, état de choc

En période de canicule, toute hyperthermie chez un usager doit faire évoquer un coup de chaleur jusqu'à preuve du contraire, pour le traiter sans délai.

Il faut déplacer immédiatement la personne dans une pièce rafraîchie, idéalement en l'isolant (au cas où il serait covid+), et le refroidir par tous les moyens possibles, en évitant d'hydrater massivement.

Infection COVID-19

Le diagnostic doit être évoqué en cas d'apparition d'un signe évocateur ;

- Toux – expectoration essoufflement
- Maux de gorge - rhinite conjonctivite
- Diarrhées vomissements
- Courbature/myalgies
- Etat confusionnel
- Chutes /troubles de l'équilibre
- Fatigue
- Changement de comportement -confusion
- Essoufflement
- Décompensation maladie chronique

Sa confirmation doit être réalisée par un test RT-PCR dans les plus brefs délais. La personne est isolée dans l'attente du résultat.⁷

Dès le premier cas positif, les services doit en informer l'ARS qui organisera avec celui-ci le contact-tracing et définira les mesures d'isolement et de test des personnes contacts à risque identifiés.

➤ *Conduite à tenir en pratique*

Les signes cliniques de déshydratation, coup de chaleur ou infection par COVID-19 (cf. chapitre 4.2.1) montrent que de nombreux signes peuvent être communs à ces trois situations cliniques. Un diagnostic précis peut de fait être difficile à établir.

Dans ce contexte, il est nécessaire de repérer :

- de manière générale, pour tous les usagers, les signes cliniques qui vont permettre d'orienter le diagnostic vers une pathologie donnée ;
- et de compléter cette analyse par une approche individuelle, pour repérer chez chaque usager l'apparition de signes d'alerte : soit de nouveaux signes ou de signes qui témoignent d'une aggravation d'un état antérieur.

L'objectif attendu est de pouvoir orienter sans attendre le diagnostic et ne pas retarder une prise en charge plus spécifique.

En l'attente d'un diagnostic précis, les mesures barrières en lien avec une possible infection COVID-19 s'appliquent : isolement, utilisation de solutés hydro-alcooliques et port d'un masque obligatoire pour les professionnels.

En pratique, chez une personne dont l'état de santé se dégrade lors d'une période de chaleur, les étapes suivantes sont proposées :

⁷ Cf. doctrines régionales relatives aux plans de déconfinement en EMS : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

- **Etape 1 : évaluer l'état de la muqueuse gingivo-jugale**

- si la muqueuse est humide, évoquer en premier lieu un coup de chaleur (signe clinique à croiser avec les autres signes cliniques attendus en cas de coup de chaleur).
 - ⇒ Dans ce cas, la conduite à tenir à envisager consiste à : refroidir le corps (mettre la personne dans une pièce fraîche si possible - utiliser des linges humides sur le corps - de la glace sur les axes vasculaires - utiliser les brumisateurs et ventilateurs individuels selon les recommandations).
- si la muqueuse est sèche, évoquer une déshydratation,
 - ⇒ envisager une réhydratation, soit par voie buccale, soit en cas d'impossibilité par voie sous-cutanée, sans attendre les résultats du bilan biologique.

- **Etape 2 : veiller à la réalisation d'examens biologiques :**

- **un bilan biologique** (notamment ionogramme sanguin : urée, créatininémie, natrémie - glycémie - NFS),
- **et un test RT- PCR**

- **Etape 3 : veiller à la mise en place d'une surveillance clinique voire biologique (en cas d'anomalies détectées lors du bilan de l'étape 2).**

- **L'hyponatrémie : point de vigilance en cas de déshydratation ou de coup de chaleur**

A côté des risques de coup de chaleur ou de déshydratation, l'hyponatrémie (diminution de la concentration de sel dans le sang) représente une complication grave souvent méconnue.

Elle peut être parfois la conséquence d'un apport excessif d'eau par rapport au sodium (sel) ou d'un excès de perte de sel par rapport à l'élimination en eau. Elle peut être favorisée par l'âge, certaines maladies chroniques (insuffisance rénale, cardiaque, hépatique, respiratoire, voire troubles neuropsychiatriques, etc.), et certains traitements médicamenteux (diurétiques en 1^{er} lieu, mais également psychotropes (neuroleptiques et antidépresseurs).

Les personnes âgées poly-pathologiques et poly-médicamentées sont les plus exposées à un risque d'hyponatrémie.

La présence de symptômes (asthénie, nausées et vomissements) ou de signes cliniques suggestifs (œdèmes chez les insuffisants cardiaques et hépatiques) impose le dosage de la natrémie (sodium dans le sang). Les symptômes neuropsychiatriques (léthargie, état confusionnel, convulsions et coma) apparaissent pour des hyponatrémies aiguës sévères et dominant alors le tableau clinique.

Pour ces populations à risque, en prévention, il est nécessaire :

- d'accompagner la prise de boissons d'une alimentation variée, équilibrée et suffisante
- de faire réévaluer systématiquement par le médecin les régimes sans sel (hyposodés) et les traitements en cours (en particulier les diurétiques).

ANNEXE I : Prérequis en matière hygiène

Des prérequis d'hygiène doivent être appliqués par tous les professionnels et intervenants auprès des personnes âgées :

- hygiène corporelle quotidienne
- cheveux propres et attachés s'ils sont longs
- entretien des lunettes au moment de la prise de poste et en cas de souillure.
- Pour les mains :
 - ongles courts
 - pas de vernis même incolore
 - pas de faux ongles
 - pas de bijoux (y compris alliance) sur les mains et avant-bras
 - hygiène des mains avant de revêtir sa tenue et après l'avoir retirée.
- Port du masque chirurgical

Le port d'une tenue professionnelle est recommandé pour tous les professionnels et intervenants. Elle a pour but de remplacer la tenue de ville afin de limiter le risque infectieux lié à la transmission de micro-organismes omniprésents dans l'environnement et de protéger ainsi le résident et les professionnels.

Porter une tenue professionnelle à manches courtes nécessite :

- de changer de tenue tous les jours et impérativement dès qu'elle est souillée (selon l'organisation du service de blanchisserie, 5 à 7 tenues par agent peuvent être nécessaires pour assurer leur rotation)
- de ne pas porter de vêtement personnel sur la tenue (un T-shirt à manches courtes sous la tenue est toléré)
- de protéger sa tenue pour des soins de proximité et/ou des soins à risque de projection (respect des précautions standard)
- de mettre la tenue, en fin de poste ou d'intervention, dans un sac à linge prévu à cet effet (après avoir vidé les poches) et d'envoyer quotidiennement le sac de tenues sales à la blanchisserie (même non rempli). La tenue professionnelle ne doit pas être entretenue au domicile afin de protéger son environnement familial et de s'assurer de la qualité du lavage.

Les tenues professionnelles dans les établissements de santé – CCLIN Sud Est – 2008 15

Exemple de fiche de surveillance des symptômes des personnes prises en charge

Nom :Prénom : Unité

Date	(toux - expectoration - essoufflement)	(maux de gorge - nez bouche)	conjonctivi te	Signes digestifs	Vomisseme nts	Courbatures (douleurs)	Etat confusio nnel	Change ment comport ement	Maux de tête	decompe nsation maladie chronique	Fatigue asthénie	Chute(s)	fievre ≥ 38 +/- hypothermi es

Annexe III : Exemple de charte relative à la réouverture des accueils de jours à destination des usagers et de leurs aidants

Conformément aux consignes applicables sur le confinement dans les établissements hébergeant des personnes âgées et unités de soins de longue durée du protocole du 04 juin 2020, les accueils de jours et les plateformes de répit peuvent être ré ouverts :

- dans des conditions très encadrées,
- et seulement s'ils sont **autonomes** et disposent d'une **entrée séparée** au sein de l'établissement

Cette charte vise à mettre en œuvre leur ré-ouverture et de protéger leurs usagers et les professionnels en période de pandémie liée au COVID 19.

1- Horaires et durée de la visite

L'accueil de jour est ouvert de préférence en demi-journée, l'après-midi pour éviter l'organisation des repas.

2- Limitation du nombre d'usagers

Le nombre de personnes accueillies à la fois est limité à 50% du nombre habituel et avec un groupe maximum de 8 personnes voire moins si impossibilité de respecter les règles de distanciation physique.

3- Règles de sécurité et gestes barrière

Engagement des usagers et de leurs aidants à signaler tous symptômes évocateurs d'une infection Covid-19 et/ou d'un diagnostic RT-PCR positif et/ou de leur reconnaissance comme cas contact

Priorisation des transports individuels ou lorsque cela n'est pas possible, et à défaut respect des gestes barrières lors de l'utilisation des transports collectifs (port du masque, distanciation physique, nettoyage et désinfection des véhicules)

Suspension des activités nécessitant des ustensiles partagés (ateliers cuisine ...)

4- Non-respect des règles de sécurité et gestes barrière

En cas de transgression des règles indiquées, les visites seront suspendues.

Je soussigné (e) Mme/M

aidant de Mme/M

Certifie avoir lu l'intégralité de la présente charte et m'engage à

- Renseigner les auto-questionnaires pour confirmer l'absence de symptômes.
- Respecter strictement l'ensemble des informations concernant les règles et mesures de protection à adopter dans le contexte d'épidémie au COVID-19

A

le

Signature

ANNEXE IV – Recommandation du CPIAS pour le déconfinement



Procédure de déconfinement des patients atteints du Covid-19

04 mai 2020

Objet : Procédure de déconfinement des patients/résidents présentant un Covid-19 (probable ou confirmé*). Ne concerne pas les patients/résidents ayant fait une forme grave pour lesquels il est recommandé d'avoir un suivi virologique.

Objectif : Définir les modalités de sortie de confinement des patients/résidents pris en charge à domicile, en Ehpad ou à l'hôpital.

Qui est concerné : tout patient/résident présentant un Covid-19 (probable ou confirmé*) qu'il soit toujours sur son lieu de prise en charge initiale ou qu'il ait été transféré. Dans ce dernier cas, les mesures à mettre en œuvre sont celles correspondant à la période dans laquelle le patient se trouve au moment de son transfert.

**tout patient/résident présentant une PCR positive avec ou sans symptômes*

Documents existants :

- Recommandations du HCSP du 16 mars (levée de confinement des patients à l'hôpital) et du 8 avril (prise en charge d'un patient Covid-19 à domicile).
- Recommandations du siège de l'APHP du 27 mars : critères de levée de confinement pour les patients âgés atteints de Covid-19.

Modalités de construction des synoptiques (Annexe 1) :

- 3 cas de figure ont été distingués selon que le patient est pris en charge à l'hôpital, en Ehpad ou à domicile. L'Ehpad a été distingué du domicile car il s'agit d'une collectivité avec un risque épidémique majoré nécessitant quand cela est possible une prise en charge du résident Covid en unité dédiée.
- 2 catégories de patients ont été identifiées, ceux ayant au moins un facteur de risque (FDR) de forme grave (Cf. annexe 2) et ceux sans facteur de risque. A noter que les résidents en Ehpad ont de par leur âge au moins 1 FDR.
- 3 périodes ont été définies
 - o Période de CONFINEMENT
 - o Période de POST CONFINEMENT
 - o Période de RETOUR A LA NORMALE
- ⇒ chaque période a été définie de la même façon que le patient soit à domicile, en Ehpad ou à l'hôpital.
- ⇒ de durée variable selon la durée des symptômes et selon l'existence de FDR.
- ⇒ à chacune correspondent des mesures pour le patient et pour le professionnel de santé le prenant en charge.
- Il est admis qu'à l'issue de la période de confinement, le retour à domicile est à privilégier et à organiser lorsqu'il est possible. Le patient rentre alors dans le circuit de prise en charge à domicile. En ce qui concerne le retour d'hospitalisation du résident en Ehpad, compte tenu

des nombreux foyers épidémiques encore actifs (non encore maîtrisés) dans un grand nombre d'Ehpad d'Ile de France, il semble plus raisonnable que le retour du résident se fasse à l'issue de la période Post-confinement (soit au minimum à J24 après le début des symptômes). Néanmoins, ce retour peut se faire plus tôt dès lors que l'Ehpad gère déjà des cas de Covid et que les mesures (PCG+PCC) seront les mêmes pour le résident jusqu'à la fin de la période Post confinement.

Dans tous les cas, les mesures préconisées correspondant à la période dans laquelle le patient/résident se trouve seront poursuivies (Cf. synoptique de prise en charge d'un patient Covid-19 à domicile ou en Ehpad).

Prérequis : les mesures barrières sont respectées par le patient et le professionnel pendant toute la durée de l'épidémie nationale. Les précautions standard sont rigoureusement respectées et poursuivies tout au long de la prise en charge de ces patients/résidents.

Caractéristiques des 3 périodes :

1. Période de CONFINEMENT

- Déterminée par le 1^{er} jour des symptômes (=J0) ou par la date du prélèvement positif (PCR+) lorsque le patient/résident est asymptomatique. A noter qu'un patient/résident asymptomatique à PCR+ peut à tout moment développer des symptômes. Dans ce cas, son J0 devra correspondre au 1^{er} jour des symptômes.
- Instaurée dès le J0, elle prend fin quand les critères de guérison sont remplis (cf. définitions).
- De durée variable selon la présence de FDR ou non.
- Mais avec une durée **minimale** de 8 jours pour les patients sans FDR et de 10 jours pour ceux avec FDR y compris pour les patients/résidents asymptomatiques qui le restent jusqu'à ces dates.
- Majorée selon la durée des signes cliniques d'autant de jours.

Critères de guérison (Avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 16 mars 2020)	
Population générale (= sans FDR)	Pour les personnes immunodéprimées* (figurant dans la liste des personnes à risque de l'avis du HCSP du 20 avril 2020)
Au plus tôt au 8^{ème} jour (J8) à partir du début des symptômes	Au plus tôt au 10^{ème} jour (J10) après le début des symptômes
ET	
à l'issue d'une période d' apyrexie d'au moins 48 heures (température rectale inférieure à 37,8°C mesurée avec un thermomètre, deux fois par jour, et en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures)	
ET	
au moins 48 heures à partir de la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn) et après amélioration franche des autres symptômes (expectoration, céphalée, fatigue, myalgies)	

* Par extrapolation, et pour simplifier les schémas de prise en charge, le CPIas a considéré que rentraient dans cette catégorie toutes les personnes présentant au moins 1 FDR de forme grave.

- Mesures pendant la période de confinement :
 - **A domicile**
 - Le patient est confiné à son domicile jusqu'à ce que les critères de guérison soient remplis.
 - Le patient porte un masque chirurgical quand il est à son domicile.
 - Les professionnels de santé intervenant au domicile :
 - ✓ Portent systématiquement un masque chirurgical (pendant toute la durée de l'épidémie nationale) et respectent rigoureusement l'hygiène des mains (HDM) par friction hydro-alcoolique (FHA).
 - ✓ Utilisent les autres équipements de protection individuelle (EPI) comme la protection de la tenue, les gants, les lunettes de protection selon le soin réalisé dans le respect des précautions standard sous réserve qu'ils aient une tenue de travail changée et entretenue quotidiennement et le masque FFP2 en remplacement du masque chirurgical pour la réalisation de gestes à risque d'aérosolisation (Cf. annexe3).
 - ✓ Ne portent pas de charlotte ni de surchaussures.
 - **En Ehpad**
 - Le résident est idéalement placé dans une unité DÉDIÉE Covid ou à défaut est confiné dans sa chambre dans une unité MIXTE (avec des résidents non diagnostiqués Covid).
 - Pendant cette période, le résident ne sort pas de sa chambre sauf si sa prise en charge le nécessite, il porte alors un masque chirurgical.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts viennent s'ajouter aux précautions standard qui sont poursuivies tout au long de la prise en charge du résident.
 - **A l'hôpital**
 - Le patient est idéalement placé dans une unité DÉDIÉE Covid ou à défaut dans une unité MIXTE (avec des patients non diagnostiqués Covid)
 - Pendant cette période, le patient ne sort pas de sa chambre sauf si sa prise en charge le nécessite, il porte alors un masque chirurgical.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts viennent s'ajouter aux précautions standard qui sont poursuivies tout au long de la prise en charge du patient.
 - En SSR, les activités collectives sont suspendues et la rééducation est réalisée en chambre si l'état du patient le permet.

2/ Période de POST CONFINEMENT

- Débute quand les critères de guérison sont remplis soit au minimum à J8 pour les patients sans FDR et à J10 pour les patients avec FDR, y compris pour les patients/résidents asymptomatiques qui le sont restés.
- De durée variable selon la présence de FDR ou non :
 - 7 jours pour les patients sans FDR
 - 14 jours pour les patients avec FDR
- Objectifs : sortir du confinement et reprendre une activité (professionnelle pour la personne à domicile ou de rééducation pour la personne à l'hôpital) tout en maintenant des mesures de protection.
- Mesures pendant la période de post confinement :

- **A domicile**
 - Le patient porte un masque chirurgical quand il est à son domicile et s'il reprend le travail.
 - Les professionnels de santé intervenant au domicile :
 - ✓ Portent systématiquement un masque chirurgical (pendant toute la durée de l'épidémie nationale) et respectent rigoureusement l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique.
 - ✓ Utilisent les autres équipements de protection individuelle (EPI) comme la protection de la tenue, les gants, les lunettes de protection selon le soin réalisé dans le respect des précautions standard sous réserve qu'ils aient une tenue de travail changée et entretenue quotidiennement et le masque FFP2 en remplacement du masque chirurgical pour la réalisation de gestes à risque d'aérosolisation (Cf. annexe3).
 - ✓ Ne portent pas de charlotte ni de surchaussures.
- **En Ehpad**
 - Le résident est maintenu dans une unité DÉDIÉE Covid si elle préexistait ou à défaut dans une unité MIXTE (avec des résidents non diagnostiqués Covid).
 - Pendant cette période, le résident peut sortir de sa chambre et porte alors un masque chirurgical.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts sont poursuivies et s'ajoutent aux précautions standard.
 - La kinésithérapie respiratoire se fait en chambre.
- **A l'hôpital**
 - Le patient est maintenu dans une unité DÉDIÉE Covid si elle préexistait ou à défaut dans une unité MIXTE (avec des patients non diagnostiqués Covid)
 - Pendant cette période, le patient peut sortir de sa chambre et porte alors un masque chirurgical.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts sont poursuivies et s'ajoutent aux précautions standard.
 - En SSR, la reprise des activités de rééducation (plateau technique notamment) peut se faire en regroupant les patients qui en sont au même stade de la maladie sous réserve que le patient porte un masque dès qu'il sort de sa chambre et que les précautions standard sont rigoureusement respectées sur le plateau technique avec respect des opportunités d'HDM et bionettoyage du matériel entre chaque patient.
 - La kinésithérapie respiratoire se poursuit en chambre.

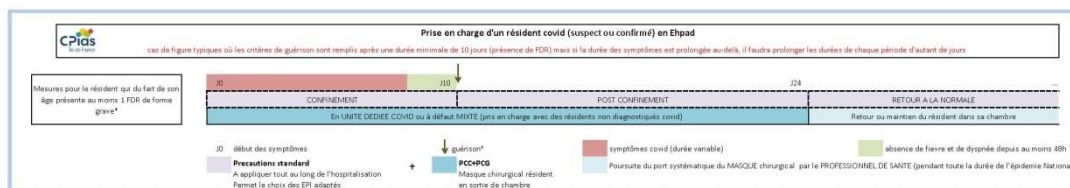
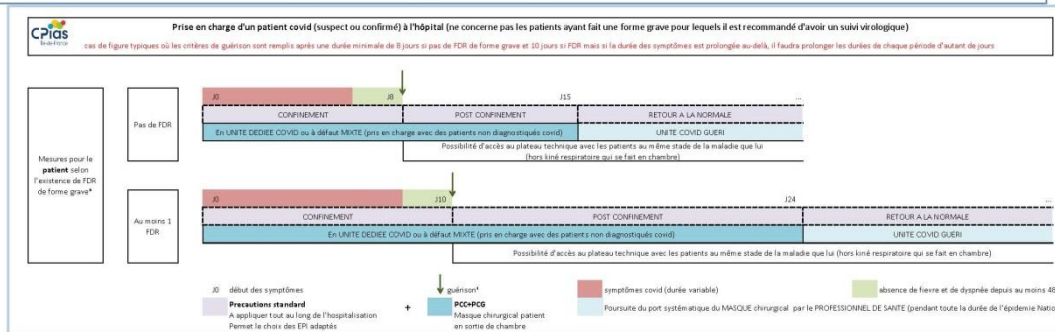
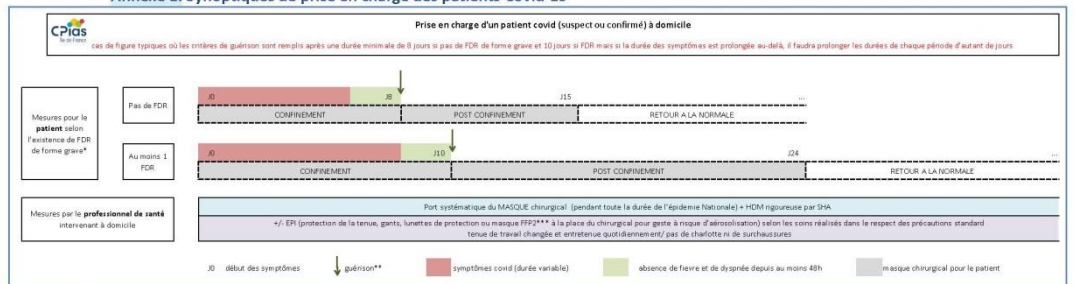
3/ Période de RETOUR A LA NORMALE

- Débute quand la période de post confinement prend fin y compris pour les patients/résidents asymptomatiques.
 - Au minimum à J15 du début des symptômes pour les patients sans FDR.
 - Au minimum à J24 du début des symptômes pour les patients/résidents avec FDR.
- Mesures pendant la période de retour à la normale :
 - **A domicile**
 - Le patient ne porte plus de masque chirurgical quand il est à son domicile ou s'il reprend le travail.
 - Les professionnels de santé intervenant au domicile :

- ✓ Portent systématiquement un masque chirurgical (pendant toute la durée de l'épidémie nationale) et respectent rigoureusement l'hygiène des mains par friction hydroalcoolique.
 - ✓ Utilisent les autres équipements de protection individuelle (EPI) comme la protection de la tenue, les gants, les lunettes de protection selon le soin réalisé dans le respect des précautions standard sous réserve qu'ils aient une tenue de travail changée et entretenue quotidiennement et le masque FFP2 en remplacement du masque chirurgical pour la réalisation de gestes à risque d'aérosolisation (Cf. annexe3).
 - ✓ Ne portent pas de charlotte ni de surchaussures.
- **En Ehpad**
 - Le résident retourne ou est maintenu dans sa chambre.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts ne sont plus indiquées. Les précautions standard sont poursuivies.
 - La reprise des activités collectives peut s'envisager avec des résidents qui en sont au même stade de la maladie que lui. Les précautions standard sont rigoureusement respectées notamment les opportunités d'HDM.
 - La kinésithérapie respiratoire, si indiquée, se poursuit en chambre.
 - **A l'hôpital**
 - Le patient est transféré dans une unité DÉDIÉE Covid Guéri où sont regroupés tous les patients au même stade de la maladie que lui.
 - Pendant cette période, les précautions complémentaires gouttelettes et contacts ne sont plus indiquées. Les précautions standard sont poursuivies.
 - En SSR, la reprise/poursuite des activités de rééducation (plateau technique notamment) peut se faire en regroupant les patients qui en sont au même stade de la maladie. Les précautions standard sont rigoureusement appliquées respectées sur le plateau technique avec notamment les opportunités d'HDM et le bionettoyage du matériel entre chaque patient.
 - La kinésithérapie respiratoire se poursuit en chambre.
- NB : il est admis que pour les patients hospitalisés en psychiatrie lourde, la sortie de la période post confinement est assimilée à un retour à domicile. Pas de transfert en unité Covid guéri. Le retour à la normale se fait dans une unité standard où les précautions standard sont poursuivies.

Les mesures présentées dans cette procédure seront réévaluées et adaptées pour tenir compte de l'évolution de l'épidémie et des recommandations nationales

Annexe 1. Synoptiques de prise en charge des patients Covid-19



Annexe 2. Facteurs de risque de formes graves de Covid-19 selon avis du Haut Conseil de la santé publique du 20 avril 2020

Au total, la liste des personnes considérées à risque de développer une forme grave de Covid-19 comporte :

Selon les données de la littérature

- les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV* ; - les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications* ;
- les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm⁻²) ;

* compte tenu de l'expérience de terrains des réanimateurs auditionnés (données non publiées)

En raison d'un risque présumé de Covid-19 grave

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - o médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - o infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm³ ;
 - o consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
 - o liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

Annexe 3. Liste des actes invasifs ou manoeuvres au niveau de la sphère respiratoire ou ORL pouvant provoquer cette aérosolisation de particules infectantes nécessitant le port d'un masque de type FFP2 : avis du HCSP 10 mars 2020 (non diffusé au public)

- *Intubation / extubation (dont masque laryngé)*
- *Ventilation mécanique avec circuit expiratoire « ouvert »*
- *Ventilation mécanique non invasive (VNI)*
- *Aspiration endotrachéale (hors système clos)*
- *Fibroscopie bronchique*
- *Kinésithérapie respiratoire générant des aérosols (ex. pour désencombrement et expectoration induite)*
- *Aérosolthérapie*
- *Prélèvement nasopharyngé*
- *Explorations fonctionnelles respiratoires*
- *Autopsie*

Annexe V : Tableau récapitulatif des dispositifs de télésanté et de leurs conditions d'utilisation

Description des différents actes de télésanté						
		Patients éligibles et conditions d'éligibilité	Outil	Cotation	Prise en charge AMO	Textes législatifs/réglementaires
Médecins	Téléconsultation (TC)	<p>Pour les patients COVID-19 (suspects ou diagnostiqués) Dérogation à l'avenant 6</p> <ul style="list-style-type: none"> TC possible et remboursée pour tous les patients. Les professionnels de santé peuvent recourir à la téléconsultation sans connaître préalablement le patient. Comme le prévoit la convention médicale, ces téléconsultations devront s'inscrire prioritairement dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées 	Vidéo transmission	TCG/TC	100 % AMO	Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au COVID-19
		<p>Pour les patients non COVID-19, Dans les conditions prévues par l'avenant 6</p> <ul style="list-style-type: none"> Les TC doivent s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné ; Le patient est orienté par le MT et connu du médecin téléconsultant Des exceptions sont possibles le cadre d'une organisation territoriale ; Pour les patients ne disposant pas de MT désigné ou dont le MT n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé L'ensemble des téléconsultations seront prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie obligatoire, à titre transitoire et exceptionnel jusqu'au 30 avril 2020 		TCG/TC	100 % AMO	Avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

	<p><u>Applicables à compter de lundi 6 avril 2020</u> à titre dérogatoire et pendant la seule période de crise épidémique</p> <p>Pour les patients</p> <ul style="list-style-type: none"> *atteints COVID-19 (suspects ou diagnostiqués) ou *en affection de longue durée (ALD) ou *âgés de plus de 70 ans sans moyens de vidéotransmission <p>Dérogation à l'avenant 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité, en dernier recours, d'une téléconsultation par téléphone 	Téléphone	TCG/TC	100 % AMO	<p>Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19 (Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de COVID-19) sur le 100% AMO.</p> <p>Décret no 2020-459 du 21 avril 2020 modifiant le décret no 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus</p>
Téléexpertise (TE)	<p>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19)</p> <p>La TE est réservée aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients en affection longue durée (ALD) • Les patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation • Les patients résidant en zones dites « sous-denses » • Les patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en structures médico-sociales • Les personnes détenues 	Outils respectant PGSSIS et RGPD	<p>TE1 : 12€ par TE (<ou= 4 actes/an, /méd. / patient)</p> <p>TE2 : 20 € par TE (<ou= 2 actes/an, /méd. / patient)</p>	100 % AMO	Avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie
	<p>Pour les patients COVID-19 (suspects ou diagnostiqués) par dérogation à l'avenant 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus peuvent bénéficier de TE • Suppression de la limitation du nombre de télé expertises annuel 				100 % AMO

	Télésurveillance ETAPES (TS)	<p>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des cahiers des charges publiés (arrêté du 27 octobre 2018) définissent les conditions de mise en œuvre des activités de TS : <ul style="list-style-type: none"> ○ La TS des patients en insuffisance respiratoire chronique ○ La TS des patients en insuffisance cardiaque chronique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modification du cahier des charges dans le cadre de l'épidémie : suppression du critère d'hospitalisation dans l'année ou les 30 jours précédents pour l'inclusion des patients dans le dispositif ○ La TS des patients en insuffisance rénale chronique ○ La TS des diabètes diabétiques ○ La TS des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique 	Sans objet	Cf. Cahier des charges	100 % AMO	Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi no 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018
Sages-femmes		<p>IVG médicamenteuse</p> <p>Femmes enceintes (dans le respect des délais légaux, PEC en ville)</p>	Vidéo transmission	IC/ICS + FHV + IC/ICS	IC/ICS + FHV + IC/ICS	Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire
	Téléconsultation	<p>Pour toutes les patientes (COVID-19 et non COVID-19)</p>	Vidéo transmission	TCG	Règles habituelles	Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

IDE	Télésoin	<p>Pour les patients COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur prescription médicale : « participe à la surveillance clinique des patients suspectés d'infection ou reconnus atteints du COVID-19 » • Dérogation au premier soin en présentiel et à l'obligation d'utilisation de vidéotransmission • Conditions prévues par la Haute Autorité de santé dans son avis du 16 mars 2020 	<p>1. Vidéotransmission 2. Téléphone</p>	AMI 3,2	100 % AMO	<p>Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus</p> <p>Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire</p> <p>Avis n° 2020.0022/AC/SEAP du 16 mars 2020 du collège de la HAS relatif à l'inscription sur la LAP mentionnée à l'article L. 162-1-7 du CSS du télésoin infirmier renforçant un suivi médical des patients COVID-19 maintenus à domicile ou en retour au domicile après avoir été hospitalisés</p>
	Aide à la téléconsultation	<p>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19)</p> <p>L'IDE accompagne le patient pour la réalisation d'une téléconsultation avec le médecin.</p> <p>À compter du 1er janvier 2020, un acte infirmier d'accompagnement du patient à la téléconsultation est créé, en lien avec le médecin, valorisé différemment selon que l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu (acte à 10 €), ou organisé de manière spécifique à domicile (acte à 15 €) ou dans un lieu dédié aux téléconsultations (acte à 12 €)</p>	Vidéotransmission	Varie 10 € et 15 €		<p>Avenant n° 6 a la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie</p>
Orthophonistes	Télésoin	<p><u>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19)</u></p> <p>A l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes d'orthophonie visés peuvent être réalisés à distance par télésoin.</p> <p>La pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'orthophoniste.</p> <p>Réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'orthophoniste.</p> <p>Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire.</p>	Vidéotransmission		AMO avec coefficient Cf. annexe de l'arrêté	<p>Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire</p>

<p>Kinésithérapeutes</p>	<p>Télé-soin</p> <p>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19) A l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes de masso-kinésithérapie peuvent être réalisés à distance par télésoin.</p> <p>La pertinence du recours au télésoin est déterminée par le masseur-kinésithérapeute.</p> <p>Réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'ergothérapeute ou le psychomotricien.</p> <p>Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire.</p> <p>Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.</p>	<p>Vidéo transmission</p>	<p>AMK avec coefficient Cf. annexe de l'arrêté</p>	<p>100% AMO</p>	<p>https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F8253CEA47CB4078C0F6DBCCA1640832.tplgfr29s_2?cidTexte=JORFTEXT000041807257&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT00041807149</p>
<p>Pharmacien</p>	<p>Aide à la téléconsultation</p> <p>Pour tous les patients (COVID-19 et non COVID-19) Le pharmacien met à disposition le plateau technique nécessaire à la réalisation de la téléconsultation au sein de son officine, et se charge de son organisation en prenant contact avec le médecin.</p> <p>L'avenant 15 détaille le rôle du "pharmacien accompagnant", qui peut assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.</p> <p>Ces actes réalisés à distance bénéficient d'un remboursement de droit commun depuis septembre 2018 sur la base de l'avenant n°6 à la convention médicale.</p>	<p>Vidéo transmission</p>	<p>AMK avec coefficient Cf. annexe de l'arrêté</p>	<p>Participation forfaitaire au temps passé en fonction du nombre de TCS réalisées</p>	<p>Avenant no15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie</p>

Ergothérapeutes et psychomotriciens	<p>Pour tous les patients</p> <p>À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les activités d'ergothérapeute et de psychomotricien peuvent être réalisées à distance par télésoin.</p> <p>La pertinence du recours au télésoin est déterminée par le professionnel.</p> <p>Réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'ergothérapeute ou le psychomotricien.</p> <p>Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire.</p> <p>Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.</p>	Vidéotransmission	SO Mais facturation du forfait dans le cadre des plateformes de coordination et d'orientation autisme possible	SO	Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de COVID-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire
-------------------------------------	---	-------------------	---	----	--