



GESTION DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19

Coordination des prises en charge des patients polypathologiques à domicile ou en établissements en sortie d'hospitalisation, d'urgences ou identifiés en ville

- Contexte

De nombreux patients fragiles, polypathologiques et/ou infectés COVID nécessitent un suivi à domicile qu'ils aient été hospitalisés ou qu'ils aient bénéficié d'une prise en charge ambulatoire ou en EHPAD ou établissements médico-sociaux.

En ambulatoire, douze centres de consultations dédiés aux personnes porteuses ou suspectées d'avoir contracté le virus ont ouvert dans le département et de nombreux cabinets de médecine générale ont réorganisé leur activité pour pouvoir prendre en charge ces patients COVID tout en restant disponible à toutes les autres pathologies.

De plus, différents dispositifs d'appui ont pour mission l'appui à la prise en charge des parcours complexes (avec des critères d'intervention différents en termes d'âges et de pathologies). Ces dispositifs ont en commun l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

- Population

Tout patient et particulièrement ceux suspectés ou détectés COVID 19 nécessitant d'être évalué et/ ou nécessitant une surveillance à domicile ou sur leur lieu de vie en situation d'isolement / fragilité et/ou avec des comorbidité(s) et/ou présentant quelques difficultés de compréhension (tout âge, toutes pathologies), mais ne nécessitant néanmoins pas ou plus d'hospitalisation d'après le médecin traitant/hospitalier, à savoir :

- les patients en situation complexe (ressentie) nécessitant un suivi ambulatoire, identifiés par les différents acteurs de la prise en charge à domicile et de la société civile;
- les patients repérés comme fragiles mais non connus jusqu'alors des DAC;
- les patients en sortie d'hospitalisation qui nécessitent un suivi à domicile ;
- les résidents d'EHPAD ou établissements médico-sociaux (MAS , FAM, foyers).

- **Objectif**

L'objectif de ce dispositif est d'assurer le relai entre les prises en charges ambulatoires (notamment les centres COVID du département) ou la sortie d'hospitalisation et les services d'urgence avec la surveillance à domicile ou en EHPAD ou en établissements médico-sociaux (MAS, FAM, foyers logements...) des patients fragiles avec/ ou sans médecin traitant. Cette coordination permet de sécuriser le maintien à domicile, maintenir le confinement, éviter la propagation du virus, les ruptures de parcours, les complications de pathologies chroniques et l'arrivée ou le retour aux urgences des patients fragiles. Cela concourra à l'accès aux soins pour tous les patients et permettra également d'inscrire ou réinscrire des patients dans un parcours de santé.

Ce projet vise notamment l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge des patients atteints ou suspects COVID 19 lors de leur retour et à domicile/lieu de vie à travers la mise en place d'un parcours personnalisé de santé avec une coordination ville-hôpital renforcée en intégrant d'emblée le volet social et une identification des ressources ambulatoires du patient (médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, professionnels de proximité, HAD, SSIAD SAP ...), ainsi que les équipes d'appui à la coordination des dispositifs d'appui des territoires. Cela permettrait, notamment en temps de forte tension, l'optimisation des ressources ambulatoires existantes et disponibles.

Pour ce faire, il est indispensable de continuer à développer les actions concourant à une meilleure coordination des acteurs de la prise en charge, fondées sur le partage de bonnes pratiques, cela dès que le diagnostic est posé, lors des phases de surveillance mais aussi lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.

Nous savons que la nécessité d'une coordination optimale varie selon la complexité de la situation et de la pathologie ainsi que le nombre de professionnels concernés.

Le parcours de santé permet la mise en œuvre d'actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'information entre tous les acteurs impliqués en s'appuyant sur les expertises de chacun au bénéfice du patient acteur de sa santé (respect, continuité, efficacité sécurité, implication ...).

De ce fait, la crise COVID est un cas d'usage du travail de coordination nécessaire à la structure des parcours de santé des habitants du territoire.

- **Cadre réglementaire**

L'Avenant 6 à la convention nationale entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie prévoit l'élargissement de l'accès aux consultations par un système de téléconsultation à destination d'un public fragile pour lequel une consultation sur place représente un risque à éviter dans ce contexte de pandémie.

L'arrêté du 23 mars 2020 relatif au télé-suivi prescrit les mesures d'organisations 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.

Le 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 télé-médecine pour les personnes exposées au covid-19.

Doctrine ARS, *Télesanté en phase épidémique*, mars 2020.

Doctrine ARS, *Télesuivi avec télésurveillance de personnes atteintes de Covid19 (suspecté ou confirmé)*, mars 2020.

- Parcours du patient

Compte tenu des objectifs de ce projet, il est attendu une réactivité importante des ressources mobilisées. De plus il est important de noter que compte tenu du public concerné cet appui à la coordination pourra aller jusqu'à une prise en charge palliative.

- Identification/ Signalement des patients

Les patients éligibles au dispositif seront signalés aux DAC du département ou à l'APTA 78 par :

- les médecins traitants;
- les professionnels de la santé de ville (notamment les CPTS et les ESP);
- les professionnels du secteur médico-social (PAT, MAIA, réseaux, PTA ...);
- les professionnels de la santé des établissements sanitaires et particulièrement de la PASS, secteurs psychiatriques et infectieux ;
- les EHPAD et autres établissements médico-sociaux ;
- Les structures mandataires, les associations de lutte contre l'exclusion, les PMI, ... ;
- les CCAS et collectivités locales ;
- les associations de patient (en lien avec France Asso santé) ;
- les citoyens qui auraient connaissance de personnes en situation de fragilité et d'isolement.

Pour les patients fragiles en sortie d'hospitalisation ou services hospitaliers sans hospitalisation pour lesquels plusieurs séquelles sont envisagées (notamment BPCO et fonte musculaire), il pourrait être envisagé de mettre en place un protocole de sortie avec :

- le recueil de l'accord patient (ou de son représentant légal) et du médecin traitant si ce dernier existe;
- la prise de rendez-vous systématique en relation avec le médecin traitant (ou un médecin mobilisé dans le cadre de la crise COVID notamment via les centres de consultations dédiées COVID);
- une ordonnance pour un examen biologique de contrôle selon l'état sanitaire du patient, une prescription pour un professionnel paramédical en fonction des nécessités cliniques;
- le passage d'un professionnel de santé de ville ou d'un professionnel du secteur médico-social dans les services d'hospitalisation/ les services sociaux des établissements et/ou une réunion téléphonique avec les services d'hospitalisation/ les services sociaux des établissements en amont de la sortie du patient (binôme ville-hôpital);
- la création du dossier terr-eSanté et notamment l'inscription du patient dans le parcours e.covid.

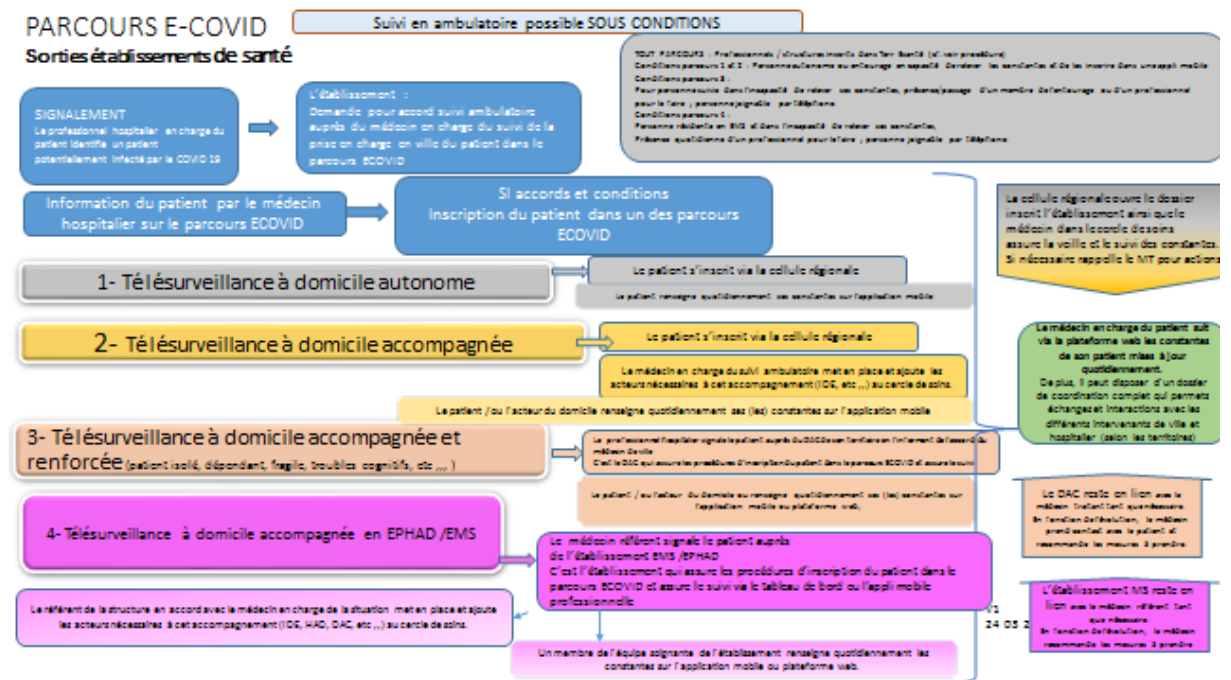
Pour les patients fragiles suivis en ambulatoire, le compte terr-eSanté sera créé dès l'information transmise au patient et mis à disposition du cercle de soins.

○ Prise en charge des patients

- Création des dossiers patients terr-eSanté

Après signalement, les patients en situation de fragilité, en ambulatoire, en sortie d’hospitalisation ou des urgences signalés par des acteurs médico-sociaux, associations ou communes se verront, après recueil du consentement, constitués un dossier terr-eSanté par les professionnels de santé, un chargé de mission de l’APTA 78 ou les DAC selon le dispositif en charge de l’appui à la coordination.

Les comptes professionnels terr-eSanté seront créés par le GCS Sesan, à grande échelle, selon un principe de non opposition ce qui permettra de constituer le cercle de soin du patient. Les professionnels demanderont l’ouverture de leur compte soit directement auprès du GCS Sesan soit par l’intermédiaire des dispositions d’appui ou du chargé de mission e.parcours APTA 78.



- Organisation des acteurs de la prise en charge à domicile ou en établissements des patients

Avec l’accord du patient et du médecin s’il existe, une évaluation globale de la situation aura lieu par téléphone /visite (bénéfice /risque) afin d’organiser un maintien à domicile dans les meilleures conditions. Pour répondre à cet objectif il pourra être fait appel aux équipes d’appui à la coordination des dispositifs. Ces dernières devront :

- Mener une évaluation médico-psycho-sociale des demandes concernant le parcours de santé des personnes ;
- Informer et orienter les patients vers les ressources les plus adaptées au regard de leurs besoins et attentes. En fonction de la demande, cette mission pourra nécessiter de faire appel à différents intervenants pour trouver la juste réponse ou orientation ;
- Répondre aux demandes d’appui pour évaluer la situation (et une réévaluation si nécessaire), et accompagner la mise en œuvre effective d’actions en réponse aux besoins de la personne, afin d’assurer la coordination de son parcours. Dans le cas des patients

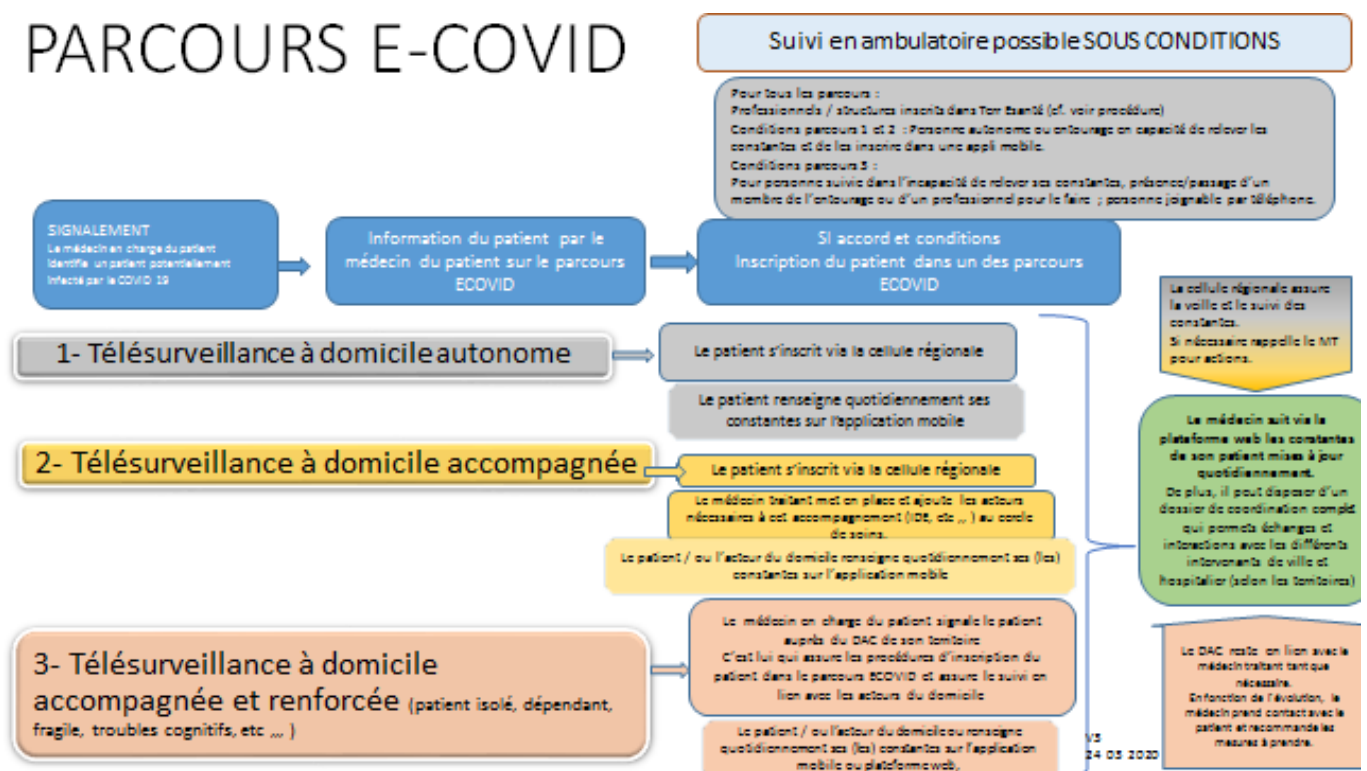
en EHPAD, il pourra être envisagé de déplacer une unité mobile pour une prise en charge particulière.

- Télésurveillance des patients par téléphone

La solution E-Covid est à disposition des professionnels pour suivre ces patients à domicile ou en établissements médico-sociaux :

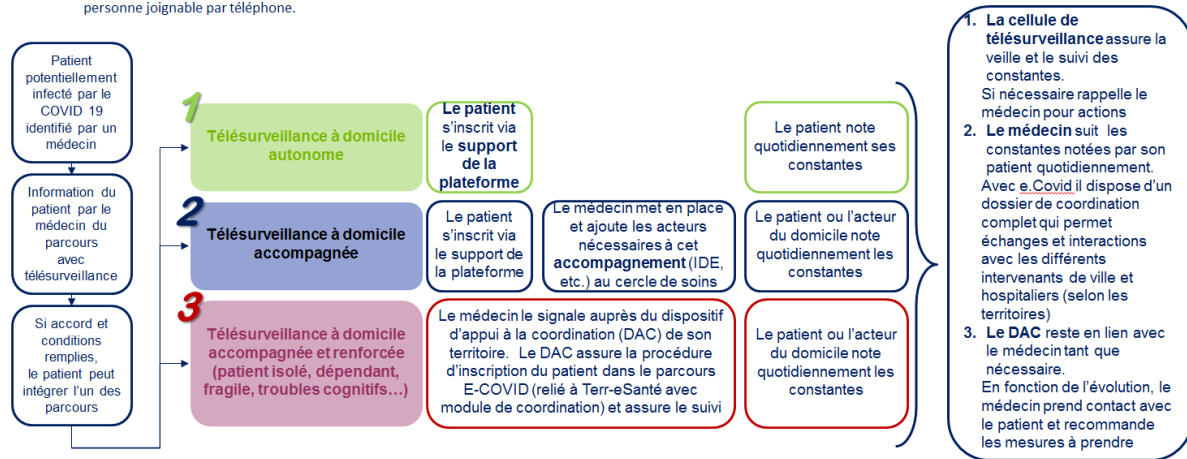
- o Soit le patient dispose d'un médecin traitant qui souhaite une télésurveillance à domicile si l'état de santé du patient le permet qui inclut le patient dans l'outil de télésurveillance via la cellule de télésurveillance ECOVID :
 - ✓ Le rappelle par téléphone matin et soir et remplit les paramètres de suivi du patient.
 - ✓ Délègue à la cellule de télésurveillance les appels pour le recueil des constantes.

PARCOURS E-COVID



- o Soit le patient n'a pas de médecin traitant ou le médecin traitant est dans l'impossibilité d'assurer la télésurveillance : la cellule de télésurveillance départementale (APTA 78) avec l'appui du dispositif de coordination du territoire pour la coordination du parcours, assurent le suivi des patients en :
 - ✓ Appellant une à deux fois par jour le patient et en l'évaluant selon la grille de télé suivi ;
 - ✓ Conseillant et orientant les patients ou en déclenchant une téléconsultation avec une infirmière à domicile ou en établissement.

- **Conditions parcours 1 et 2** : personne autonome ou entourage en capacité de relever les constantes et de les inscrire dans une appli mobile.
- **Conditions parcours 3** : personne suivie dans l'incapacité de relever ses constantes, présence/passage d'un membre de l'entourage ou d'un professionnel pour le faire ; personne joignable par téléphone.



- Télé-suivi infirmier à domicile et en établissements

L'infirmier libéral ou l'infirmier des DAC assure un télé-suivi à domicile et en établissements médico-sociaux selon 3 modalités :

1. Accompagnement du patient à la téléconsultation à son domicile/ en établissement, organisée à la demande et avec le médecin présent au centre dédié COVID (code TLP dans NGAP) via le dispositif régional de télémédecine ORTIF (GCS Sesan) ou l'outil de son choix. Le Conseil Départemental fournira des tablettes aux EHPAD ;
2. Suivi clinique adaptée et alerte du médecin si nécessaire en adéquation avec les antécédents du patient comme le prévoit la NGAP (surveillance clinique et prévention d'un patient pour épisode de décompensation, d'une insuffisance cardiaque ou exacerbation d'une BPCO). A cet effet, des protocoles de soin et thérapeutiques de même que des ordonnances NGAP pourraient être créés ;
3. Accompagnement des patients détectés COVID-19 ayant bénéficié d'une consultation (téléconsultation ou physique) au centre COVID, intégré dans l'outil e.covid et étant dans l'incapacité d'utiliser l'outil numérique pour le report des items dans l'application mobile. Ceci permettra de prévenir les décompensations et de transmettre l'information en temps réel.

Dans le cadre d'un suivi infirmier à domicile après étude (bénéfice/risque) et dans le cas d'un patient non autonome, d'absence ou d'incapacité d'entourage pour recueil et transmissions des données soit via l'application mobile soit auprès de la cellule de télésurveillance, il sera privilégié le recours à l'équipe habituelle du patient.

Dans le cas d'une prise en charge via l'HAD, le SSIAD, les infirmiers de ces structures pourront assurer cette mission, limitant ainsi le nombre de personnes intervenant à domicile.

De même, il pourra selon les situations être fait recours aux auxiliaires de vie, acteurs du domicile présent à domicile.

En dernier recours il sera fait appel selon les ressources aux infirmiers des dispositifs d'appui à la coordination ou un infirmier libéral via les outils d'adressage (INSEE-CARE, Entract, DocNco...).

Les suivis à domicile seront réalisés sous réserve des équipements ci-dessous :

- Surblouses
- Masques ffp2 et chirurgicaux
- Lunettes
- Charlottes
- SHA
- Lingettes de désinfection
- Oxygène
- Tensiomètre
- Feuille de surveillance (modèle en annexe)
- Tablette ou smartphone.