

FICHE 4 Appui aux établissements et services médico-sociaux pour la prise en soin des PSH atteintes de COVID

Conformément aux recommandations de « *Prise en charge par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de Covid-19* » du 4 avril 2020 et selon les recommandations du HCSP, et devant la constatation d'un patient/résident présentant des signes d'infection probable, l'équipe de soin en lien avec le médecin référent ou le médecin traitant de la personne analyse :

→ Les signes cliniques présentés dont fièvre, sensation de fièvre, toux, signes respiratoires haut ou bas, signes d'infection virale (courbatures...)

Concernant les personnes en situation de handicap une vigilance accrue doit être apportée sur le repérage des premiers symptômes chez les personnes ne disposant pas d'une communication verbale et ne maîtrisant pas les outils de communication non verbale.

→ Les signes de gravité dont polypnée (fréquence respiratoire > 22/min), oxymétrie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant, pression artérielle systolique < 90 mmHG, altération de la conscience, confusion, somnolence, déshydratation, altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.

Les professionnels des ESMS doivent être informés et vigilants sur les signes permettant de repérer le Covid-19 et d'apprécier la sévérité : personnes à risque de formes graves et signes de gravité : période critique J7 – J10 de l'infection, + AEG, refus d'alimentation, fatigue extrême, essoufflement, douleur thoracique intense, baisse de la saturation en O2, etc.

→ Les comorbidités du patient

Les comorbidités sont des conditions cliniques ou thérapeutiques favorisant l'évolution péjorative de l'infection :

- Personnes âgées de 70 ans et plus ;
- Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- Insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- Cirrhose ≥ stade B ;
- Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque ;
- Diabète insulino-dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie) ;
- Immunodépression
- Obésité morbide IMC > 40

Le médecin décide ainsi des différentes orientations en fonction de son appréciation de la situation:

- Traitement symptomatique et conseils d'hygiène et de surveillance ;
- Maintien à domicile/établissement avec suivi infirmier et médical, selon une fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale ;
- Orientation vers des médecins spécialistes : cardiologues, pneumologues, infectiologues.
- Mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Hospitalisation en cas de signes de gravité, qui sera alors à organiser par appel au SAMU-centre 15. Seul le médecin régulateur du centre 15 décide de l'hospitalisation.

La décision de la prise en charge est réalisée au regard des critères médicaux ; l'indication d'hospitalisation avec hébergement répond aux critères habituellement utilisés pour la prise en charge des adultes atteints d'une infection respiratoire aiguë ou de toute autre pathologie, avec une vigilance accrue au regard des pathologies associées qui rendent les personnes en situation de handicap vulnérables et à risques face au COVID-19.

Les décisions d'hospitalisation en soins critiques doivent être discutées de manière collégiale, après consultation, dans la mesure du possible, de la famille ou de la personne de confiance.

Conformément aux recommandations nationales, en l'absence de critères de gravité nécessitant une hospitalisation, les personnes en situation de handicap atteintes du COVID-19 sont donc prises en charge sur leur lieu de domicile, le cas échéant au sein d'un établissement social ou médico-social ou avec l'accompagnement d'un service médico-social.

Le Haut Conseil de la Santé Publique rappelle dans son avis du 30 mars 2020, l'accès universel aux soins des personnes en situation de handicap : le handicap ne peut être en soi un critère d'exclusion aux soins y compris en réanimation et pour les soins palliatifs.

Comme pour tout patient, les critères d'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, sont donc évalués au cas par cas, et doivent tenir compte de critères cliniques et de vulnérabilité.

Tous les acteurs du système de soins sont mobilisés et peuvent donc être requis pour apporter leur appui à cette prise en charge. C'est l'ensemble des ressources régionales et départementales qui est mobilisable à la fois pour assurer une prise en charge à hauteur des soins nécessaires à domicile et garantir la prise en charge des personnes en situation de handicap atteintes de COVID-19 nécessitant une hospitalisation.

Les délégations départementales organisent en fonction des ressources du territoire l'intervention de ressources complémentaires et diffusent leur organisation aux ESMS, collectivités et acteurs de leur territoire (Fiche 8).

1. Les recommandations et ressources sanitaires régionales mises en place pour des prises en charges spécifiques sont mobilisables et accessibles aux personnes en situation de handicap

1.1. Veiller à la mise en œuvre des mesures renforcées de protection et de confinement

D'une manière générale, les mesures liées au confinement seront prises en référence aux recommandations nationales du 20 avril 2020¹, jointes en annexe 8 du présent kit.

En synthèse, les préconisations principales

Pour tous les résidents :

- Confiner les résidents dans leur chambre dans un contexte conforme aux recommandations du 20 avril 2020² ;
- Supprimer les activités de groupe, organiser la prise de repas en chambre tant que l'épidémie n'est pas contrôlée ;
- Réduire les visites extérieures au maximum, et mise en œuvre des visites extérieures dans un contexte conforme aux recommandations du 20 avril 2020³ ;
- Sectoriser si possible les équipes par unité afin de réduire la contamination interpersonnelle (les mêmes soignants restent au sein de la même unité) ;
- Prévoir des outils de contact avec les familles et organiser une communication claire en direction des familles pour réguler les appels ;
- Limiter les interventions des professionnels de santé aux réelles urgences qui seront validées par le médecin ou l'équipe de la structure ;
- Organiser la prise en charge médicale des usagers dès que possible avec l'appui l'HAD lorsqu'une hospitalisation n'est pas indiquée ou possible ;
- Définir avec le médecin de la structure (ou le médecin traitant selon la nature de l'établissement), l'équipe soignante, le résident et sa famille ou ses proches (personne de confiance) le souhait d'être hospitalisé ou réanimé en cas de dégradation dans ce contexte épidémique ;
- Vérifier l'état des circuits de distribution d'oxygène et recenser le matériel disponible (extracteurs, pousse-seringue, etc.) ;
- Renforcer les personnels via les appels à volontaires ;
- Organiser l'appui des personnels par les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs ;
- Anticiper la gestion des décès : housses mortuaires, cercueil, disponibilité des entreprises funéraires.

¹ Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée, 20 avril 2020, Ministère des Solidarités et de la Santé

² Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée, 20 avril 2020, Ministère des Solidarités et de la Santé

³ Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSMS et unités de soins de longue durée, 20 avril 2020, Ministère des Solidarités et de la Santé

Pour le résident diagnostiqué positif au Covid-19 :

- Tout patient nécessitant une hospitalisation pour sa prise en charge sera orienté vers une zone Covid-19 + en centre hospitalier ; un accès direct à l'hospitalisation sans passage par les urgences sera organisé si la situation clinique le permet en utilisant une fiche de liaison d'urgence (dont un modèle est fourni en annexe 3 du présent kit);
- Privilégier le transfert du premier patient diagnostiqué Covid-19 + dans zone Covid-19 + du Centre Hospitalier de proximité (sauf si fin de vie imminente ou souhait de non hospitalisation du patient ou de sa famille), en fonction des places disponibles ;
- Si le choix du transfert à l'hôpital en zone Covid-19 + est retenu après échanges entre le médecin ou l'IDEC de la structure et le médecin de l'unité Covid-19+, il faudra favoriser le transfert direct sans recours au 15, sauf si cet appel vise à organiser le transfert ;
- Si le transfert du patient atteint du Covid-19 + n'est pas possible dans une unité Covid-19 +, il doit être transféré dans une zone identifiée Covid-19 + de la structure. Il conviendra alors de mettre en place les mesures barrières adaptées à chaque patient Covid-19 + dont le port du masque par le patient s'il l'accepte lors de l'entrée dans sa chambre d'un personnel ;
- Si ni une hospitalisation, ni un transfert du patient dans une unité COVID-19+ ne sont possibles, alors un transfert devra être organisé vers une unité de recours médico-sociale spécialisée Covid19-+;
- Renforcer le soutien avec les EMG, l'HAD, et/ou réseau de soins palliatifs si l'état du résident le nécessite.

Pour le personnel en contact direct avec le résident diagnostiqué positif au Covid-19 :

En plus du respect strict de l'ensemble des mesures de protection barrière, il conviendra d'appliquer correctement l'utilisation des EPI nécessaires selon les recommandations officielles.

L'application scrupuleuse et correcte de l'ensemble des gestes de protection barrière est la mesure la plus efficace pour freiner la diffusion du virus.

Appliquons-les et faisons-les appliquer ensemble.

L'ARS Occitanie rappelle que ces recommandations ont été faites dans l'état actuel de nos connaissances et des ressources disponibles et qu'elles seront susceptibles d'évoluer.

1.2 Faciliter les renforts de personnels en ESMS

Différents outils permettant la mobilisation du personnel ont été diffusés au niveau national et régional, il s'agit notamment de :

- L'application renforts-COVID- www.renfort-covid.fr qui comporte au 19 avril 2020 plus de 11500 volontaires, infirmiers, AS, médecins, etc.
- La plateforme de l'URIOPSS - <https://solidarite-esms-occitanie.fr/renforts-salaries/> qui permet de mettre des ressources RH à disposition entre organismes gestionnaires et également de mobiliser des étudiants en travail social ;

21/04/2020

- La plateforme gouvernementale gérée par les services de Pôle Emploi qui permet de déposer une offre d'emploi avec la garantie d'être appelé par un conseiller Pôle Emploi dans les 48h pour activer l'annonce et affiner le besoin. <https://mobilisationemploi.gouv.fr/#/accueil> : sans attendre qu'un candidat se déclare, le conseiller peut consulter la base Pôle Emploi pour contacter d'éventuels candidats et accélérer ainsi le recrutement..
- L'espace Agora Social Club : plateforme collaborative accessible à l'ensemble des gestionnaires d'ESMS avec l'appli *Sharetribe* <https://covid-ms-occ.sharetribe.com/> permettant une mise à disposition de tout type de ressource, à titre gratuit, entre gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.
- La Boîte à outil RH régionale et la FAQ ministérielle reprenant l'ensemble des éléments règlementaires et outils mobilisables. (Fiche 7)

1.3 Recours à des solutions d'hébergement dédiées pour les personnes non hospitalisées

Le HCSP préconise que les personnes en situation de handicap atteintes du Covid-19, en cas d'impossibilité de maintien à domicile et en l'absence de critères de gravité nécessitant une hospitalisation, puissent être hébergées durant la phase symptomatique dans une structure d'hébergement médico-sociale dédiée.

Ces structures peuvent être organisées dans les établissements d'internat de semaine qui ont fermé ou d'externat ayant une capacité d'accueil adaptée, notamment dotés de chambres individuelles.

Un cahier des charges régional est en cours de finalisation (Accessible sur AGORA pour avis des gestionnaires et collectivités).

1.4 Concernant la gestion des urgences (15/114) et des hospitalisations

→ Mobilisation des établissements de santé

Un binôme référent handicap médico-administratif est désigné au sein de l'établissement support de GHT, conformément au Projet Régional de Santé afin d'organiser la diffusion de l'information aux seins des établissements du GHT ainsi que les remontées de besoins des différents établissements et services d'accueil des PSH. Ce binôme sera l'interlocuteur privilégié pour organiser les coopérations nécessaires avec les ESMS et mobiliser les expertises au sein des différents services des établissements de santé pour organiser un appui technique en lien avec le dispositif de consultations dédiées du territoire.

→ Améliorer la connaissance des services de régulation médicale des centres 15

Des recommandations spécifiques sur les caractéristiques propres à certains handicaps et sur les risques spécifiques liés à la situation de handicap ont été diffusées au niveau régional à l'ensemble des centres 15. Ces recommandations pourront être par la suite complétées et harmonisées pour faciliter la connaissance des professionnels de soins. Les dispositifs des consultations dédiées pourront venir en appui le cas échéant.

→ Sensibilisation des établissements de santé à des outils facilitant la prise en charge des PSH

- **Dossier de liaison (Fiche 7)**

21/04/2020

Ce dossier à renseigner par l'équipe soignante en lien avec la personne et/ou son entourage de façon anticipée, il permet de préparer une éventuelle hospitalisation (recommandation HCSP) et d'informer les équipes soignantes sur l'autonomie, les habitudes de vie, les soins quotidiens, etc., ainsi que les modalités de communication appropriées au handicap.

Il permet également de préciser les comorbidités qui sont aussi à surveiller de façon spécifique au cours de l'hospitalisation : épilepsie, situations cardiaque, etc.

- **Outils d'aide à la communication** mis à disposition, notamment les outils Santé / BD (Coactis-santé), pour favoriser, par la personne en situation de handicap elle-même si cela est possible, l'expression de symptômes potentiels.

→ Mobilisation des capacités hospitalières de court séjour et de SSR

Lorsque l'HAD ou le maintien à domicile n'est pas possible, en particulier en sortie d'hospitalisation une prise en charge des patients Covid + en situation de handicap dans les établissements et les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) est réalisée.

Les filières d'admission directe dans les services hospitaliers (associant capacités hospitalières de court séjour, SSR, hôpitaux de proximité, établissements privés) sont privilégiées.

→ Les établissements de santé ont été également sensibilisés à l'importance de permettre par dérogation l'accompagnement des PSH, par leur aidant ou un professionnel de l'ESMS afin de faciliter l'hospitalisation. En effet cet accompagnement permet d'apporter une réassurance pour le patient en situation de handicap, il facilite les soins, les repas, ou à la communication. **Il doit se faire dans le respect des règles de sécurité des accompagnants (matériel de protection) et de fonctionnement des services par un accord mutuel.**

1.5 Concernant ensuite l'usage d'oxygène au sein des ESMS

- L'oxygène à usage médical (dit médicinal) est un médicament soumis à **prescription** médicale, quelle que soit sa source – concentrateur, liquide ou bien gazeux (bouteille) ;
- Dans tous les cas, la structure qui le distribue doit être **autorisée à distribuer ou dispenser** du gaz à usage médical : exclusivement PUI, pharmacie d'officine, dispensateur d'oxygène à domicile, établissement pharmaceutique fabricant,
- L'utilisation des concentrateurs individuels doit être privilégiée mais les besoins en oxygène des patients COVID+ évoluent très rapidement et dépassent rapidement les capacités des bouteilles ou concentrateurs,
- Les bouteilles d'O2 doivent - en cette période de tension - être essentiellement réservées pour assurer la **mobilité** des patients oxygène-dépendants.

Lorsque les concentrateurs ne sont pas disponibles, compte tenu des circonstances exceptionnelles liées à l'épidémie de covid-19 et de la nécessité de maintenir la disponibilité de l'oxygène pour les patients qui en ont besoin, l'Agence du médicament (ANSM) précise que le **remplacement de concentrateurs par de l'oxygène liquide ou en bouteille** ne présente pas de risque pour les patients, **dès lors que l'oxygène utilisé est de qualité médicinale c'est à dire :**

21/04/2020

- si l'oxygène utilisé dispose d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) : bouteilles d'oxygène gazeux, réservoirs d'oxygène liquide de contenance inférieure à 60L,
- si l'oxygène liquide est issu du fractionnement par un dispensateur d'oxygène à domicile, à partir d'un réservoir fixe ou mobile rempli ou mis à sa disposition par un établissement pharmaceutique de fabrication de l'oxygène médicinal.

Toute autre solution alternative envisagée non prévue par les textes en vigueur (usage industriel, plongée, sans détendeur, de pays étrangers...) **doit faire l'objet d'une demande d'avis de l'ANSM par les structures qui le distribue ou dispense.**

Un accompagnement par les prestataires de services et distributeurs de matériels des ESMS ou des patients à domicile, plus particulièrement en termes de sécurisation des pratiques et d'éducation thérapeutique est donc nécessaire.

Par ailleurs, votre attention est appelée sur le fait, dans les ESMS, que l'administration des médicaments est de la compétence propre des IDE ; une collaboration pour « l'aide à la prise » de ce médicament ne pourrait être réalisée par les AS qu'au regard de protocoles de soins élaborés avec l'équipe soignante. En conséquence, dès lors qu'une bouteille d'oxygène est détenue dans l'établissement sur le chariot d'urgence, l'usage doit être encadré par un protocole d'utilisation adapté ou par l'intervention d'un médecin.

2. Les ressources sanitaires départementales mises en place pour des prises en charges spécifiques sont mobilisables et accessibles aux personnes en situation de handicap

La fiche 8 reprend par département les ressources mobilisables et leurs coordonnées de contact direct pour les dispositifs suivants :

- HAD
- Appui en matière de prise en charge palliative
- Plateforme COVID PA en Occitanie
- Dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap

2.1 Mobiliser l'hospitalisation à domicile (HAD) afin de prendre en charge les patients pouvant rester à domicile et en EMS

Comme pour tout patient, la prise en charge à domicile ou sur le lieu de vie de la personne est favorisée.

Dans ce contexte, l'hospitalisation à domicile permet d'assurer une surveillance accrue de l'évolution des symptômes. Elle permet la prise en charge des résidents COVID-19 ne requérant pas de surveillance continue 24/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation.

Il est important qu'un contact soit établi avec les HAD de façon très anticipée. Les structures d'HAD peuvent apporter des conseils et une expertise hospitalière aux établissements et structures médico-sociales concernant la prise en charge, le suivi et l'organisation des soins des résidents mais également pour la mise en œuvre des procédures COVID-19.

L'HAD peut, ainsi, assurer la surveillance des patients notamment dans le cas où préexistent des facteurs de risques ou des pathologies possiblement aggravantes, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière, la réévaluation clinique régulière et appel éventuel du centre 15 si nécessité, et la réalisation ou l'accompagnement de soins palliatifs.

Dans le contexte épidémique, l'intervention de l'HAD est facilitée :

- Les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis pour éviter au maximum l'hospitalisation en structures conventionnelles
- Plusieurs obligations encadrant l'intervention de l'HAD sont suspendues :
 - L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'admission en HAD peut être réalisée sans qu'une prescription médicale n'ait été formalisée ;
 - En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant. Dans ce cas, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge ; la convention entre les structures ou établissements médico-sociaux et l'HAD n'est plus obligatoire ;
 - L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée.

Cet appui est réalisé en collaboration avec le médecin coordonnateur de l'ESMS/référent de la PSH. L'HAD favorise l'utilisation des dispositifs de communication à distance : mise en place lorsque c'est possible de réponses en télésanté, notamment de téléconsultation (consultation médicale à distance avec outil de vidéo-transmission), et à défaut d'outils connectés, mise en place d'un appel téléphonique.

L'HAD peut assurer la surveillance des patients notamment dans le cas où préexistent des facteurs de risques ou des pathologies possiblement aggravantes, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière et la réalisation ou l'accompagnement de soins palliatifs (prise en charge de la douleur pouvant solliciter l'administration de médicaments de la réserve hospitalière, soins de nursing, traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort, accompagnement psychologique de la famille et des proches).

21/04/2020

2.2 L'appui en matière de prise en charge palliative

Les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes territoriales peuvent être contactées par les professionnels des structures sociales et médico-sociales pour apporter leur expertise et se substituer, en cas de nécessité, aux médecins traitants et coordonnateurs.

Les astreintes « soins palliatifs » organisées par l'ARS sont également accessibles aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap. Organisées en lien avec les astreintes gériatriques, l'HAD et les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs, elles participent à la prise de décision collégiale.

L'annexe 4 précise l'organisation mise en place en région Occitanie et les ressources concernant les soins palliatifs accessibles pour chaque département.

En complément, plusieurs dispositifs ont vocation à appuyer l'entourage du patient et les professionnels de santé, ils proposent soutien, écoute et accompagnement :

- Le Centre National Soins Palliatifs et Fin de Vie (CNSPFV)
<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/covid-19/>
- La SFAP Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs
- Les associations de bénévoles ainsi que la hotline nationale de soutien médico-psychologique
Numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 800 130 000
- Le Centre National de Ressources et de Résilience
- Le dispositif national et l'application mobile
Numéro vert 24h/24 et 7j/7: 0 805 232 336

2.3 Plateformes COVID en Occitanie

En Occitanie, avec l'appui des GHT et des établissements de santé 22 plateformes COVID ont été identifiées, ces plateformes doivent pouvoir répondre aux professionnels des services médico-sociaux qui prennent en charge les personnes âgées soit en établissement, soit à domicile.

Leurs missions actuelles sont :

- répondre aux besoins d'informations,
- déclencher la réalisation de test biologique Covid-19 et aider au dépistage d'une personne âgée dépendante ou d'un soignant suspect en ESMS,
- conseiller et soutenir les ESMS PA par télémedecine,
- aider à la décision d'accès à la filière et à la prise en charge spécifique, notamment par l'accompagnement à une réflexion éthique et collégiale autour de la prise en charge des patients Covid-19 positifs,
- aider à la protection des personnels,
- apporter les informations sur des procédures de soins.

Certaines de ces plateformes ont d'ores et déjà élargi leur périmètre à d'autres populations vulnérables, dont notamment les adultes en situation de handicap. Un département a privilégié la création d'une plateforme COVID dédiée aux personnes en situation de handicap.

Quelle que soit l'organisation retenue (plateforme COVID PA/PH ou PH uniquement), et selon les ressources disponibles sur le territoire, ces plateformes s'associeront les compétences de médecins MPR, SSR, pédiatres, psychiatres et dispositifs de consultation dédiée déjà créés. Par ailleurs, au niveau régional, des acteurs de seconde ligne pourront être mobilisés en appui (CRA, équipes relais handicap rare).

Les départements concernés, indiquent dans la fiche ressources les contacts de ces dispositifs (Fiche 8).

2.4 Les dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap peuvent être sollicités

Les dispositifs de consultations constitue **une offre de soins complémentaire pour certaines situations complexes de handicap pour lesquelles l'offre de soins courants généralistes ou spécialistes ordinaires, sont difficilement mobilisables en raison de la nécessité de compensation du handicap** (par exemple : prise en charge spécifique des patients non communicants) et des adaptations pour la réalisation des soins (par exemple : fauteuil dentaire adapté aux personnes à mobilité réduite).

Suite à l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B n°2015-313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap et sur la base d'un cahier des charges régional, l'ARS Occitanie finance 11 dispositifs dont 3 sont portés par des MSP et 8 par des établissements de santé.

Ces dispositifs peuvent être mobilisés :

- Pour faciliter l'accès aux soins courants (Fiche 5)
- Pour apporter leur expertise et appui aux structures confrontées à des cas suspects ou confirmés de Covid-19 que ce soit les ESMS ou les établissements de santé.