

	<b>RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19</b>  <b>PÉRIODE DE DÉCONFINEMENT</b>	<b>Création (V1)</b> Date : 19/03/2020
		<b>Validation technique Direction Métier (DOS)</b> Date : 26/05/2020
		<b>Approbation Cellule Doctrines</b> Date : 27/05/2020
		<b>Validation CRAPS</b> Date : 28/05/2020
<b>COVID-19 013</b>	<i>Cardiologie : reprise de l'activité</i>	<b>Version : 3</b> Date : 28/05/2020
		<b>Type de diffusion :</b> Usage interne ARS Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet
<b>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur :</b> <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</a>		

## PREAMBULE

- Rédacteurs
  - Pr Ariel Cohen – Président de la SFC (Société Française de Cardiologie) – Chef de service de cardiologie Hôp. Saint-Antoine APHP – Coordinateur RESICARD ([ariel.cohen@aphp.fr](mailto:ariel.cohen@aphp.fr))
  - Pr Damien Logeart – Président de la Collégiale de cardiologie APHP- Cardiologue Hôp. Lariboisière APHP
  - Dr Walid Amara – Président du CNCH cardiologie IDF – Cardiologue GHI Le Raincy-Montfermeil
  - Dr Patrick Assyag – Président du Syndicat des cardiologues de la Région Parisienne – Cardiologue libéral Paris – Coordinateur RESICARD
  - Dr Thierry Laperche – Cardiologue – Centre Cardiologique du Nord
  - Dr Thierry Lefèvre – Cardiologue interventionnel - Hôpital Privé Jacques Cartier
  - Dr Marie-Christine Iliou – Cardiologue – Réadaptation Cardiaque – Hôpital Corentin Celton – APHP
  - M. Philippe Thébault – Président de l'Association Alliance du Coeur
  - Dr Sophie Bataille – Référente cardiologie – ARSIF ([sophie.bataille@ars.sante.fr](mailto:sophie.bataille@ars.sante.fr))
- Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer en fonction du développement des connaissances sur le COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

## INTRODUCTION

Le 12 mars 2020, le plan blanc national était déclenché entraînant la déprogrammation de toute activité médicale, interventionnelle et chirurgicale non urgente (objectif de la doctrine de cardiologie V2 du 28 mars 2020). Le 17 mars 2020, le confinement national était imposé pour atténuer l'activité virale et diminuer la tension hospitalière liée au flux de patients COVID-19 avec des formes graves. A partir du 11 mai 2020, le déconfinement, progressif et adapté à chaque département, a commencé, avec le risque d'une résurgence épidémique.

Certaines prises en charge différées depuis le 12 mars 2020, deviennent désormais urgentes sous peine de constituer une véritable perte de chance pour les patients. Les établissements de santé et la ville doivent en plus de la prise en charge des maladies chroniques et des urgences vitales, élargir leur périmètre d'activité aux prises en charges qui ne peuvent plus être différées et aux consultations de diagnostic, dépistage et prévention pour lutter contre les renoncements et retards de soins.

Les éléments de contexte à prendre en compte sont

- Une épidémie qui perdure nécessitant une organisation pérenne pour lutter contre la propagation du virus dans la population générale et pour protéger les patients et les professionnels de santé d'une contamination en particulier.
- Un risque de résurgence épidémique à court terme nécessitant un monitoring des indicateurs et une réactivité du système de santé avec une remobilisation des lits de réanimation sous 48h. Ainsi le plan blanc de niveau 2 reste activé dans les établissements de santé pour les prochaines semaines.
- Une nécessaire vigilance sur l'utilisation des ressources en médicaments, équipements de protection individuelle, tests RT-PCR, lits de SSR.
- Un épuisement des personnels de santé suite à la gestion de la 1<sup>o</sup> vague épidémique.

Cette reprise d'activité doit donc être progressive, territoriale et réversible afin de protéger le système de santé qui doit être capable de prendre en charge tous les patients (COVID-19 ou non COVID-19) qui relèveraient d'une hospitalisation, notamment en réanimation. Elle implique également une organisation des soins et du parcours des patients afin de limiter la diffusion du virus dans l'ensemble de l'offre de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux, ambulatoire) et de protéger les professionnels de santé et les patients. Elle est dimensionnée en tenant compte du fait que les chambres seules sont à privilégier.

Ces principes organisationnels sont présentés dans l'instruction ministérielle du 16 avril 2020 ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_soins-hospitaliers\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf)), et dans la doctrine de l'ARS IDF (<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Adaptation-offre-reprise-activite-medicochir-62-Recommandations-ARSIDF.pdf>) qui en propose une déclinaison francilienne avec notamment :

- Le maintien des filières COVID-19 et non COVID-19 distinctes à l'hôpital comme en ville
- Le maintien d'une capacité de réponse en réanimation
- Le maintien de la possibilité de prendre en charge des patients dont le retard de réalisation des procédures diagnostiques et/ou thérapeutiques constituerait une perte de chance
- L'élaboration d'un plan régional de reprise de l'activité de soins non urgents
- La nécessité d'assurer les moyens de récupération des professionnels de santé.

## La doctrine régionale de cardiologie V3

- Actualise la version 2 du 30/03/2020
- Propose un cadre générique à la reprise d'une activité médicale et interventionnelle, en établissement de santé et en ville, dans un contexte de persistance de la circulation du virus SARS-Cov2 et de risque de résurgence épidémique
- Couvre ainsi plus particulièrement les semaines suivant le déconfinement, à compter du 11 mai 2020 et est de fait susceptible d'évoluer selon l'évolution de l'épidémie, même s'il est vraisemblable que certains principes organisationnels sont à envisager dans la durée, notamment l'organisation de l'offre de soins en 2 filières COVID-19 et non COVID-19
- S'adresse à tous les professionnels de santé prenant en charge des patients cardiaques atteints ou non de COVID-19 ; certains des patients souffrant de pathologies chroniques sont considérés comme à risque de développer une forme grave du COVID-19 (annexe et HSCP personnes à risque de formes graves du COVID-19, 20 avril 2020) et font l'objet d'une prise en charge particulière.

## 1° PARTIE : PRINCIPES ORGANISATIONNELS DU PARCOURS DES PATIENTS ET DE LA PROTECTION DES PATIENTS ET DES PERSONNELS DE SANTE

<https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov>

### I. Filières COVID-19 et non COVID-19 distinctes dans les structures de soins (en ville et en établissement de santé) pour protéger les patients et personnels de santé d'une contamination

Pour la prise en charge en ville, se référer à :

- La doctrine ARS IDF « continuité des soins en ville » : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Continuite-Soins-Ville-53-recommandations-ARSIDF.pdf>
- L'outil Coronaclac développé par le Collège de Médecine Générale : <https://lecmg.fr/coronaclac>
- Les Recommandations ministérielles : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/en-ambulatoire-recommandations-covid-19-et-prise-en-charge#Medecins>

### 1. Accueil des patients (en ville et en établissement de santé)

Avant l'accueil, un interrogatoire téléphonique pourra rechercher l'existence d'un syndrome viral soit pour reporter la prise en charge en présentiel si c'est possible, soit pour orienter d'emblée le patient dans la bonne filière :

- ⇒ Accueillir les patients à l'entrée dans un lieu spécifique avec du personnel dédié et formé
- ⇒ Mettre en place des écrans de protection (ex. plexiglas) au niveau des bureaux d'accueil
- ⇒ Demander :
  - Le port du masque chirurgical (à défaut masque grand public sauf pour les personnes à risque de développer une forme grave)
  - Le respect de la distanciation physique ( $\geq 1\text{m}$ )

- La réalisation d'une friction hydro-alcoolique des mains
- ⇒ Orienter le patient dans la bonne filière COVID-19 ou non COVID-19 ou dans la zone de confirmation diagnostique.

## 2. Consultations externes (en ville et en établissement de santé) en présentiel (si indispensable)

Il est demandé dans ce contexte de crise sanitaire de recourir autant que faire se peut à la télésanté.

- cf. Doctrine ARS IDF « télésanté » :  
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf>

### a. Organisation

<https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2020/03/Orgranisation-du-cabinet.pdf>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/consignes-hygiene-cabinets-ville-covid19.pdf>

- ⇒ Eviter que les patients de consultations différentes ne partagent la même salle d'attente (programmation décalée, utilisation de bureaux comme salle d'attente, etc.)
- ⇒ Organiser le planning et les rendez-vous pour limiter les temps d'attente
- ⇒ Distribuer du gel hydro-alcoolique à l'entrée ou dans les salles d'attente
- ⇒ Afficher les recommandations sur les gestes barrières
- ⇒ Espacer les fauteuils et chaises
- ⇒ Aménager les salles d'attente (respecter la distanciation sociale, enlever des lieux les objets non nécessaires [journaux, jouets])
- ⇒ Eviter ou limiter le nombre d'accompagnants
- ⇒ Organiser si possible, un site de consultation indépendant des secteurs d'hospitalisation

### b. Protection des patients

- ⇒ Porter un masque chirurgical
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique à l'entrée et à la sortie du box

### c. Protection des professionnels de santé

<https://www.preventioninfection.fr/informations-sur-lepidemie-de-nouveau-coronavirus-2019-ncov/>

- ⇒ Porter les équipements de protection individuelle adaptés au risque d'exposition aux sécrétions respiratoires, quel que soit le statut COVID-19
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique avant et après chaque contact avec le/la patient(e) et son environnement
- ⇒ Désinfecter après chaque patient le stéthoscope et autres instruments utilisés pendant la consultation
- ⇒ Nettoyer 2 à 3 fois / jour les surfaces de travail, bureau, poignées de porte, téléphone, claviers, imprimantes...

### 3. Plateau technique non interventionnel

Bien évaluer la pertinence de chaque examen au regard du risque de contamination virale

- ⇒ Imagerie médicale (scanner, IRM, scintigraphie) : Cf Doctrine ARS IDF « imagerie médicale » : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Imagerie-Medicale-07-recommandations-ARSIDF.pdf>
- ⇒ Epreuves d'effort : cf. « Propositions du GERS-P de la Société Française de Cardiologie pour la pratique des épreuves d'effort durant la pandémie Covid-19 » : <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Pratique-epreuves-effort-durant-pandemie-Covid-19-propositions-GERS-P>
- ⇒ Echographie cardiaque trans-thoracique, échographie trans-oesophagienne : Cf Le bureau de la Filiale d'Imagerie Cardiovasculaire / SFC : [https://www.echowebline.com/Covid19\\_Deconf/index.html](https://www.echowebline.com/Covid19_Deconf/index.html)

### 4. Hospitalisation conventionnelle

En cas d'hospitalisation, hors prise en charge SMUR, il est demandé de développer des filières directes entre médecins de ville (cardiologues et généralistes) et cardiologues hospitaliers pour éviter le passage aux urgences et accélérer la prise en charge spécialisée.

#### a. Organisation des filières et des chambres

En concertation avec l'EOH (équipe opérationnelle d'hygiène) pour tenir compte des spécificités architecturales des sites :

- ⇒ Regrouper les patients hospitalisés pour COVID-19 (ou hospitalisés pour une autre pathologie mais avec une symptomatologie COVID-19 prédominante) dans des unités dédiées
- ⇒ Réaffecter ou rouvrir des unités pour la prise en charge de patients non COVID-19 après la réalisation d'un bionettoyage (une fois qu'elles sont complètement libérées des patients COVID-19)
- ⇒ **Privilégier les chambres seules dans les unités/secteurs non COVID-19**
  - Si cela est impossible à cause de contraintes architecturales, RH (ressources humaines)..., **se reporter à ce jour aux propositions du Cpias de la région Auvergne-Rhône-Alpes sur les conditions d'utilisation de la chambre double** : <http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/coronavirus/Demarche-gestion-chambre-double.pdf>
- ⇒ Organiser un secteur/chambres dédié(es) aux confirmations diagnostiques dans les établissements de santé pour les patients éligibles à la RT-PCR à l'admission (Cf paragraphe II.) afin de limiter la diffusion du virus
- ⇒ Nettoyage/désinfection
  - Quotidien des sols
  - Pluriquotidien des surfaces les plus fréquemment touchées (ex. téléphone, ordinateur, surfaces de bureau ou accueil, poignet de portes, sanitaires, ...) avec des produits détergents/désinfectants ou toute autre stratégie efficace sur les virus enveloppés

### **b. Protection des patients (unités/secteurs non COVID-19)**

- ⇒ Porter un masque chirurgical dès l'entrée dans l'établissement, lors de tout déplacement en dehors de la chambre et lorsqu'un soignant entre dans la chambre (indication formelle à l'entrée pour les patients à risque de forme grave de COVID-19, pour les autres éventuellement un masque grand public à l'entrée)
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique à l'entrée et sortie de la chambre
- ⇒ Respecter la distanciation physique de 1 m minimum tout au long du parcours dans l'hôpital
- ⇒ Limiter les visites : les visiteurs ou accompagnants portent un masque chirurgical et réalisent une friction hydro-alcoolique à l'arrivée et au départ (les visites des personnes ayant des symptômes évocateurs de COVID-19 ne sont pas autorisées)
- ⇒ Surveiller l'apparition de signes évocateurs de COVID-19

### **c. Protection des personnels de santé en unités/secteurs COVID et non COVID-19**

<https://www.preventioninfection.fr/informations-sur-lepidemie-de-nouveau-coronavirus-2019-ncov/>

- ⇒ Porter des équipements de protection individuelle adaptés au risque d'exposition aux sécrétions respiratoires, quel que soit le statut COVID-19
- ⇒ Respecter la distanciation physique pour les professionnels hospitaliers et les personnels soignants (staff, pause, repas, ...)
- ⇒ Nettoyer les surfaces
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique à chaque opportunité.

## **5. Hôpital de jour**

### **a. Organisation**

- ⇒ Organiser un circuit spécifique permettant d'éviter le contact avec des patients hospitalisés
- ⇒ Organiser le planning et les rendez-vous pour limiter les temps d'attente
- ⇒ Distribuer du gel hydro-alcoolique à l'entrée ou dans les salles d'attentes
- ⇒ Afficher les recommandations sur les gestes barrières
- ⇒ Espacer les fauteuils / chaises / si chambres doubles se référer au document du Cpias de la région ARA (<http://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/coronavirus/Demarche-gestion-chambre-double.pdf>)
- ⇒ Aménager les salles d'attente (respecter la distanciation physique, enlever des lieux les objets non nécessaires [journaux, jouets])
- ⇒ Eviter ou limiter le nombre d'accompagnants

### **b. Protection des patients**

- ⇒ Porter un masque chirurgical
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique l'entrée et à la sortie de la chambre/box

### **c. Protection des professionnels de santé**

<https://www.preventioninfection.fr/informations-sur-lepidemie-de-nouveau-coronavirus-2019-ncov/>

- ⇒ Porter les équipements de protection individuelle adaptés au risque d'exposition aux sécrétions respiratoires, quel que soit le statut COVID-19
- ⇒ Frictionner les mains au gel hydro-alcoolique avant et après chaque contact avec le (la) patient(e) et son environnement

- ⇒ Désinfecter après chaque patient le stéthoscope et autres instruments utilisés pendant la consultation, les fauteuils / chaises / chambres entre chaque patient.

## 6. Plateau technique interventionnel

- ⇒ Annexe : Stratégie de reprise de l'activité de cardiologie interventionnelle et structurale / GACI

## 7. En centre de réadaptation cardiaque

Cf. :

- 1° partie, chapitres 4 et 5.
- Doctrine ARS IDF SSR : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-recos-SSR-71-Recommandations-ARSIDF.pdf>
- Réadaptation cardiaque en période épidémique de COVID-19 / GERS-P / 06/05/2020 : [https://www.sfcardio.fr/sites/default/files/2020-05/2020-05-06-R%C3%A9adaptation\\_cardiaque\\_covid19.pdf](https://www.sfcardio.fr/sites/default/files/2020-05/2020-05-06-R%C3%A9adaptation_cardiaque_covid19.pdf)
- <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/recommendations-on-how-to-provide-cardiac-rehabilitation-activities-during-the-c>

Dans les centres de réadaptation cardiaques d'IDF, les HDJ ont été fermés depuis le 16 mars 2020. Nombre d'entre eux ont assuré le suivi des patients par téléconsultation (visio ou téléphone). Onze centres sont restés ouverts (en général avec des capacités limitées liés aux problèmes des chambres seules et de RH), dont 4 avec des possibilités d'accueillir des patients post COVID-19. Contrairement aux autres spécialités ces centres de réadaptation cardiaque en HC ne sont pas encore saturés, mais la reprise des activités (médicales, interventionnelles et chirurgicales) laisse présager une "vague" non négligeable. Il faut aussi tenir compte du fait du détachement de personnel des centres de réadaptation cardiaque vers d'autres activités (en particulier liées au COVID-19) lors de cette 1° phase épidémique et des chambres seules et de l'application des mesures barrières pour toute activité en groupe. La durée de la contagiosité des patient COVID-19, permettant, sans risque, d'accueillir des patients post-COVID-19 dans des unités d'hospitalisation ayant également des patients très fragiles (immunodéprimés, transplantés, insuffisants cardiaques) se précise. (Référence: Interpreting Diagnostic Tests for SARS-CoV-2, Nandini Sethuraman, JAMA. Published online May 6, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8259 : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837>)

Les conditions de la reprise des activités ambulatoires qui seront forcément limitées en nombres de place, du fait de l'application des règles barrières et de la distanciation mais qui pourront être complétées par l'utilisation d'outils technologiques tant pour la partie exercice que pour l'ETP (éducation thérapeutique du patient).

Les centres de réadaptation d'IDF (11 centres) ont proposé une aide (avis téléphonique) aux collègues non cardiologues prenant en charge pour rééducation des patients post COVID avec antécédents cardiologiques.

## 8. Prise en charge d'un patient que l'on découvre COVID-19 pendant son hospitalisation dans un secteur non COVID-19

- ⇒ Changer le patient de secteur d'hospitalisation
- ⇒ Tester RT-PCR son voisin s'il est en chambre double
- ⇒ Prévenir l'EOH

## 9. Prise en charge des patient COVID en post hospitalisation MCO et SSR

Référence : Doctrine ARS IDF « sortie à domicile de patients Covid-19 dont l'état de santé nécessite un suivi actif » : [https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/059\\_ARS-IDF\\_CRAPS\\_2020-04-17\\_Doctrine\\_Sortie-hopital.pdf](https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/059_ARS-IDF_CRAPS_2020-04-17_Doctrine_Sortie-hopital.pdf)

## II. S'assurer du statut COVID-19 du patient au plus tôt dans la prise en charge pour l'orienter dans la bonne filière

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3185272/fr/avis-n-2020-0032/ac/sbpp-du-14-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-sur-les-modalites-de-depistage-du-virus-sars-cov-2-chez-les-patients-admis-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3185272/fr/avis-n-2020-0032/ac/sbpp-du-14-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-sur-les-modalites-de-depistage-du-virus-sars-cov-2-chez-les-patients-admis-en-etablissement-de-sante)

- L'HAS rappelle que toute personne admise en établissement de santé doit être considérée comme un potentiel malade COVID-19 et que le respect des mesures barrières est l'élément essentiel de la prévention de la transmission du virus
- L'HAS estime que le développement du dépistage systématisé est souhaitable autant que possible de manière générale, tant pour la protection individuelle des patients que pour éviter le risque de diffusion de l'épidémie.

⇒ Vérifier, lors de la prise de rendez-vous de la présence/absence :

- De symptômes compatibles avec une infection par le SARS-CoV-2
- D'un contact avec une personne COVID-19 dans les 14 jours précédents
  - Si suspicion d'infection par le SARS-CoV-2 reporter si possible l'hospitalisation, sinon hospitaliser le patient dans la filière COVID-19 ou dans la zone dédiée aux confirmations diagnostiques

⇒ Dépister par RT-PCR :

- Les patients
    - Symptomatiques et les personnes contact
    - Asymptomatiques et sans contact identifié
      - Au minimum
        - Avec un risque de forme grave de COVID-19
        - Pour lesquels est programmée une chirurgie avec ouverture ou exposition des voies aériennes (chirurgie ORL, thoracique, de la base du crâne, bronchoscopie, ou tout autre situation à risque), une chirurgie générant des aérosols ou une chirurgie majeure à risque opératoire ou postopératoire
      - Au mieux, avant toute hospitalisation programmée.
- Ces préconisations de l'HAS doivent être adaptées au regard des possibilités organisationnelles locales et de l'évolution de la pandémie.
- Soit
    - Au mieux, en ville, dans les 48h, avant l'hospitalisation programmée
    - Sinon au moment de l'admission dans l'établissement de santé, dans un secteur /chambre dédié(e) aux confirmations diagnostiques (SAS, zone grise, ...).



## 2<sup>ème</sup> PARTIE : CONDUITES A TENIR SELON LES DIFFERENTES SITUATIONS CLINIQUES

- I. Les pathologies chroniques
- II. Les activités de diagnostic, de dépistage et de consultation pour éviter tout retard de soins et réponse à la demande de soins
- III. Les pathologies aiguës cardiaques sévères : syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire, œdème pulmonaire
- IV. Les pathologies cardiaques en cours de bilan (explorations invasives et semi-invasives) ou de traitements programmés dans les plateaux techniques interventionnels

### I. Les pathologies chroniques

<b>Objectifs</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques dans des conditions sécurisées (télésanté, renouvellements d'ordonnances, livraison des médicaments à domiciles, prélèvements biologiques à domicile)</li> <li>2. Détecter les patients dont la prise en charge (actes diagnostique ou thérapeutique, hospitalisation, consultation présentielle) ne peut plus être reportée en préparant la reprise progressive de l'activité</li> <li>3. Assurer la prise en charge en limitant le risque de contamination des patients et des professionnels de santé</li> </ol>
<b>CAT (Conduite A Tenir)</b>	<p>En établissement de santé et en ville, une démarche proactive des médecins (hospitaliers et de ville) est attendue (<a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf</a>).</p> <p>⇒ Il s'agit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En repartant des activités qui ont été déprogrammées au cours des dernières semaines, de recontacter les patients concernés et de reprogrammer si nécessaire leur prise en charge à court terme</li> <li>○ De s'assurer de la bonne prise en charge des autres patients (bonne observance thérapeutique, pas de signe de COVID-19, nécessité d'ETP ou de SSR).</li> </ul> <p>⇒ Cette démarche proactive vise à lutter contre le renoncement aux soins en rassurant les patients hors COVID-19 sur le fait qu'ils pourront bénéficier d'une prise en charge sécurisée dans le cadre d'une filière non COVID-19.</p> <p>⇒ Cette réévaluation peut s'appuyer sur des outils de télémédecine (<a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf</a>) qui ont été déployés avec une utilisation facilitée.</p> <p>⇒ De plus, il est recommandé d'établir une organisation à une maille territoriale pertinente entre les établissements de santé publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, pour proposer une complémentarité selon leur degré actuel d'occupation avec, éventuellement, des équipes d'un établissement surchargé avec des patients COVID-19 qui pourraient aller intervenir ou faire des explorations dans un autre établissement, de sorte que l'accès au traitement ne dépende pas du niveau d'encombrement des structures mais du seul besoin de santé.</p>

	<b>L'échange téléphonique régulier entre le médecin et le patient conduit à 2 situations cliniques</b>
<b>1° situation clinique</b>	<p>Le patient présente des signes de décompensation ou d'aggravation de sa maladie chronique et la prise en charge (consultation présentielle, hospitalisation, examen complémentaire, cardiologie interventionnelle) ne peut plus être reportée</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convoquer le patient pour sa consultation (en ville ou en établissement de santé), son examen complémentaire (en ville ou en établissement de santé), son hospitalisation avec ou sans geste de cardiologie interventionnelle</li> <li>2. Rechercher des signes cliniques de COVID-19 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Faire un RT-PCR <ol style="list-style-type: none"> <li>i. En ville si possible avant l'hospitalisation pour orienter le patient dans la bonne filière</li> <li>ii. Sinon faire un RT-PCR au moment de l'admission, dans un secteur dédié aux confirmations diagnostiques</li> </ol> </li> <li>b. Résultat <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Si le RT-PCR est positif, repousser l'hospitalisation si possible</li> <li>ii. Sinon, hospitaliser le patient dans la filière COVID-19</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. Privilégier l'HDJ ou l'ambulatoire autant que faire se peut</li> <li>4. Rassurer le patient hors COVID-19 sur la sécurisation de la prise en charge dans une filière non COVID-19</li> <li>5. Evaluer la balance bénéfique – risque de manière collégiale si besoin, consignée dans le dossier, expliquée au patient</li> </ol>
<b>2° situation clinique</b>	<p>Le patient est stable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rechercher des signes de COVID-19 <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Comment : interrogatoire, contact avec un patient COVID-19 dans les 14 derniers jours, température, RT-PCR positive, TDM pulmonaire évocateur de COVID-19</li> <li>b. S'il existe des signes de COVID-19 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Soit absence de signe de gravité<sup>1</sup> : maintien à domicile (<a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf">https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf</a> )</li> <li>ii. Sinon hospitalisation en lien avec le SAMU</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Informer le patient sur l'importance <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De continuer à prendre le traitement de fond (Si besoin d'un renouvellement d'ordonnance, les pharmaciens peuvent sur la dernière ordonnance périmée, avec les cartes vitale et mutuelle fournir un traitement pour 1 mois (pas besoin de se rendre chez le médecin pour un renouvellement d'ordonnance)</li> <li>b. De rester confiné si le patient présente des comorbidités</li> <li>c. De surveiller la température et les signes respiratoires, les signes de décompensation aiguë de la maladie chronique et tout autre signe inhabituel (douleur thoracique prolongée au repos, ...)</li> </ol> </li> </ol>

<sup>1</sup> Signes de gravité du COVID-19 nécessitant une hospitalisation : FR >22/min, SpO2 < 90% en air ambiant, PA systolique <90 mmHg, Altération de la conscience, Déshydratation, AEG brutale chez le sujet âgé

	<p>Si un de ces signes apparaît, il faut sans délai, appeler en priorité le médecin traitant (tél.) ou le cardiologue (tél.) puis si échec, appeler le 15</p> <p>3. Organiser la suite de la prise en charge sécurisée par rapport au risque infectieux en prévoyant (Cf doctrine ARS IDF « télésanté » <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Téléconsultation (avec traçabilité de cet échange dans le dossier médical)</li> <li>b. Consultation téléphonique (avec traçabilité de cet échange dans le dossier médical)</li> <li>c. Intervention d'une IDE à domicile sur prescription médicale (L'IDE cotera un acte de surveillance clinique de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une BPCO)</li> <li>d. Télésurveillance des patients insuffisants cardiaques chroniques (ETAPES)</li> <li>e. Consultation présenteielle en ville ou en établissement de santé (un rappel téléphonique doit être renouvelé le jour de la consultation afin de statuer sur le COVID-19 afin d'orienter au mieux le patient)</li> </ol> <p>4. Rassurer le patient en créant une relation personnalisée et un accès sécurisé à l'expertise médicale dans ce contexte épidémique qui peut générer de l'angoisse</p>
--	---

## II. Les activités de diagnostic, de dépistage et de consultation pour éviter tout retard de soins et réponse à la demande de soins

<b>Objectifs</b>	Offrir un accès à des soins de qualité aux patients nécessitant un diagnostic, un dépistage, une consultation en limitant le risque de contamination des patients et des personnels soignants les prenant en charge
<b>Méthode</b>	Il est nécessaire d'organiser dès à présent une reprise, en ville et en établissement de santé, des activités de diagnostic, de dépistage et de consultation dont l'offre a parfois été réduite depuis le début de l'épidémie. Il s'agit d'éviter tout retard de diagnostic, toute perte de chance. Là encore, à l'instar de ce qui a été demandé pour les médecins traitants et les médecins spécialistes pour le suivi des patients présentant une pathologie chronique, il est recommandé de reprendre activement le contact avec les patients dont les consultations ont été suspendues, afin de les encourager à bénéficier d'une consultation, en présentiel dans le cadre d'une filière non COVID-19 ou à distance (téléconsultation), en ville comme en établissement de santé.

### III. Les pathologies aiguës cardiaques sévères : syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire, œdème pulmonaire

#### 1. SANS signes évocateurs de COVID-19

<b>Objectifs</b>	Traiter le patient en le protégeant d'une contamination COVID-19
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacter le 15 pour la destination et le transport du patient</li> <li>2. Confirmer si possible l'absence d'infection à SARS-CoV-2 sans retarder la mise en œuvre des traitements urgents (angioplastie coronaire si IDM aigu) (Cf 1<sup>o</sup> partie, chapitre II)</li> <li>3. Hospitaliser en USIC +/- salle de cardiologie interventionnelle (Cf 1<sup>o</sup> partie, chapitre I, paragraphe 6) ou en cardiologie dans le secteur dédié aux patients sans signe évocateur de COVID-19</li> <li>4. Protéger le personnel par la mise en œuvre des mesures d'hygiène renforcées</li> <li>5. Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs</li> </ol>

#### 2. AVEC signes évocateurs de COVID-19

<b>Objectifs</b>	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID-19 d'une contamination au SARS-CoV-2 en permettant de prendre en charge les patients COVID-19 dans la qualité et la sécurité
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacter le 15 pour la destination et le transport du patient</li> <li>2. Hospitaliser en USIC +/- salle de cardiologie interventionnelle ou en cardiologie dans le secteur dédié aux patients avec signes évocateurs de COVID-19  Pour les patients emmenés en salle de cardiologie interventionnelle et nécessitant une IOT (intubation oro-trachéale), il est recommandé d'intuber avant l'arrivée en salle de cardiologie interventionnelle (au SAU, dans un autre service, au domicile par le SMUR, ...)</li> <li>3. Confirmer le COVID-19 par une RT-PCR sans retarder la mise en œuvre des traitements urgents (angioplastie coronaire si IDM aigu)</li> <li>4. Protéger le personnel par la mise en œuvre des mesures d'hygiène renforcées</li> <li>5. Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs</li> </ol>

#### 3. Patient COVID-19 confirmé, déjà hospitalisé, qui présente une pathologie cardiaque aiguë sévère

<b>Objectifs</b>	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID-19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID-19 dans la qualité et la sécurité
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitaliser en USIC +/- salle de cardiologie interventionnelle, en cardiologie, en médecine dans le secteur dédié aux patients COVID-19</li> <li>2. Protéger le personnel par la mise en œuvre des mesures d'hygiène renforcées</li> <li>3. Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs</li> </ol>

## IV. Les pathologies cardiaques en cours de bilan (explorations invasives et semi-invasives) ou de traitements programmés dans les plateaux techniques interventionnels

Comme pour la prise en charge des maladies chroniques, une démarche proactive des médecins (hospitaliers et de ville) est attendue ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_soins-hospitaliers\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf))

⇒ Il s'agit

- En repartant des activités qui ont été déprogrammées au cours des dernières semaines, de recontacter les patients concernés et de reprogrammer si nécessaire leur prise en charge à court terme
- De s'assurer de la bonne prise en charge des autres patients (pas de signe d'aggravation de la pathologie cardiaque, pas de signe de COVID-19, bonne observance thérapeutique).

⇒ Cette démarche proactive vise à lutter contre le renoncement aux soins en rassurant les patients hors COVID-19 sur le fait qu'ils pourront bénéficier d'une prise en charge sécurisée dans le cadre d'une filière non COVID-19.

⇒ Cette réévaluation peut s'appuyer sur des outils de télémedecine (Cf doctrine ARS IDF « télésanté » <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf>) qui ont été déployés avec une utilisation facilitée.

En sachant que le contexte est particulier avec un capacitaire réduit (nécessité de chambres seules, double filière COVID-19 et non COVID-19, zone de confirmation diagnostique, ...), un épuisement du personnel et une fragilité des ressources humaines. Le contexte est instable avec un risque de résurgence épidémique et de retour en arrière avec nécessité de déprogrammer de nouveau.

Dans l'état actuel de la disponibilité des tests RT-PCR rapides, il n'est pas obligatoire de faire de PCR à tous les patients hospitalisés. Il est vivement conseillé de tester les patients cités en 1° partie, paragraphe II.

Enfin pour diminuer le risque de contamination virale à l'intérieur de l'établissement de santé, il est conseillé de raccourcir autant que faire se peut les durées de séjour et au mieux de privilégier l'ambulatoire.

### L'échange téléphonique régulier entre le médecin et le patient conduit à 2 situations cliniques

**1° situation clinique**

#### A reprogrammer rapidement

1. Convoquer le patient
2. Rechercher des signes cliniques de COVID-19
  - a. Faire un RT-PCR
    - i. En ville si possible avant l'hospitalisation pour orienter le patient dans la bonne filière
    - ii. Sinon faire un RT-PCR au moment de l'admission, dans un secteur dédié aux confirmations diagnostiques
  - b. Résultat
    - i. Si le RT-PCR est positif, repousser l'hospitalisation si possible

	<p>ii. Sinon, hospitaliser le patient dans la filière COVID-19</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Privilégier l'HDJ ou l'ambulatoire autant que faire se peut</li> <li>4. Rassurer le patient hors COVID-19 sur la sécurisation de la prise en charge dans une filière non COVID-19</li> </ol> <p>Evaluer la balance bénéfice – risque de manière collégiale si besoin, consignée dans le dossier, expliquée au patient</p>
<p><b>2° situation clinique</b></p>	<p><b>Le patient n'est pas à reprogrammer rapidement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rechercher des signes de COVID-19</li> <li>2. Informer le patient sur l'importance             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. De continuer à prendre le traitement de fond</li> <li>b. De rester confiné si le patient présente des comorbidités</li> <li>c. De surveiller la température et les signes respiratoires, les signes de décompensation aiguë de la maladie chronique et tout autre signe inhabituel (douleur thoracique prolongée au repos, ...)</li> </ol> <p style="margin-left: 40px;">Si un de ces signes apparaît, il faut sans délai, appeler en priorité le médecin traitant (tél.) ou le cardiologue (tél.) puis si échec, appeler le 15</p> </li> <li>3. Organiser la suite de la prise en charge sécurisée par rapport au risque infectieux en prévoyant (Cf doctrine ARS IDF « télésanté » <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-Telesante-13-Recommandations-ARSIDF.pdf</a>)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Téléconsultation (avec traçabilité de cet échange dans le dossier médical)</li> <li>b. Consultation téléphonique (avec traçabilité de cet échange dans le dossier médical)</li> <li>c. Intervention d'une IDE à domicile sur prescription médicale (L'IDE cotera un acte de surveillance clinique de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une BPCO)</li> <li>d. Télésurveillance des patients insuffisants cardiaques chroniques (ETAPES)</li> <li>e. Consultation présentielle en ville ou en établissement de santé (un rappel téléphonique doit être renouvelé le jour de la consultation afin de statuer sur le COVID-19 afin d'orienter au mieux le patient)</li> </ol> <p>Rassurer le patient en créant une relation personnalisée et un accès sécurisé à l'expertise médicale dans ce contexte épidémique qui peut générer de l'angoisse</p> </li> </ol>

## Annexe : Comorbidités - Avis du HCSP définissant le périmètre des patients jugés comme à risque de formes graves d'infection COVID-19



### Haut Conseil de la santé publique

#### AVIS

#### Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics

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<sup>-2</sup>) ;

\* compte tenu de l'expérience de terrain 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/mm<sup>3</sup> ;
  - 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 : Stratégie de reprise de l'activité de cardiologie interventionnelle et structurelle



Groupe Athérome et Cardiologie Interventionnelle  
de la Société Française de Cardiologie



### Fiche pratique

#### Stratégie de reprise de l'activité de cardiologie interventionnelle et structurelle

La stratégie de reprise d'activité doit être adaptée à la situation du centre, qui peut être très différente en fonction des régions (circulation du virus ; zone rouge vs zone verte) et en accord avec les ARS et les structures hospitalières locales.

##### Stratégie avant l'hospitalisation

Utilisation systématique avant hospitalisation et le jour de l'hospitalisation d'un questionnaire dédié à la recherche de symptômes compatibles avec un COVID et/ou d'un contact (<14J) avec un patient COVID

Test PCR (24/48H) réalisé idéalement avant l'hospitalisation, sinon le jour de l'hospitalisation pour tous les patients symptomatiques ou ayant eu des symptômes évocateurs ou ayant été en contact avec un patient COVID moins de 2 semaines auparavant ainsi que les patients asymptomatiques devant bénéficier d'un geste interventionnel pouvant nécessiter une anesthésie générale et/ou une échocardiographie transoesophagienne (Pose de Mitraclip, Prothèse auricule fermeture de FOP ou CIA, TAVI ...).

Le recours au scanner thoracique est à discuter au cas par cas.

##### Hospitalisation :

Gel hydro-alcoolique et masque pour tous les patients dès l'entrée par le SAS dédié de l'établissement de soin. Limitation au maximum des accompagnants.

Les patients hospitalisés de manière programmée pour un examen de cardiologie interventionnelle doivent bénéficier d'un parcours patient dédié COVID – en évitant au maximum le contact avec les autres patients hospitalisés, en favorisant une durée d'hospitalisation la plus courte possible, et en privilégiant l'ambulatorio et les chambres seules.

##### Plateau technique interventionnel. Protection des patients et personnels

Circuit COVID + et COVID- dédié si plusieurs salles de cathétérisme disponibles. Pression neutre ou négative dans les salles en concertation avec les hygiénistes.

Protection du patient: masque chirurgical pendant le brancardage du patient, en salle de réveil et pendant l'intervention

Protection du personnel: port des équipements individuels de protection adapté à la situation du patient.

##### Examens à réaliser et à reprogrammer. Cardiologie interventionnelle et structurelle

- Les urgences (SCA, TAVI très symptomatiques) restent prioritaires
- Autres examens et bilans

Maintenir un contact régulier avec les patients déprogrammés est fondamental.

Reprogrammer progressivement les examens annulés depuis le confinement en hiérarchisant et en commençant par les patients les plus symptomatiques ou considérés comme à risque modéré ou sévère.

Ref : Chieffo A, Stefanini GG, Price S et al. EAPCI Position statement on invasive management of Acute Coronary syndrome during the COVID-19 pandemic. Eur heart J 2020;0:1-13