	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES Covid-19	Création : v1 : 19/10/2020 v2 : 17/11/2020
		Validation technique par la DOS : 19/11/2020
		Approbation par le département SD-Covid-VE: 19/11/2020
		Validation par la CRAPS : 20/11/2020
Covid-19 036	Soins palliatifs en phase de rebond épidémique de l'épidémie Covid-19	Version 2
		Diffusion : Interne Partenaires ARS Site Internet ARS
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante		

PRÉAMBULE

Ces recommandations remplacent la précédente version de cette doctrine concernant les soins palliatifs (mars 2020) en prenant en compte le retour d'expérience de la vague 1 et l'évolution de la situation épidémiologique en Île-de-France. Elles seront sujettes à évolutions dans le temps en fonction du développement des connaissances sur le Covid-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.

Références

- MINSANTE/CCS n°2020_162 : STRATEGIE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOIN
- MARS N°2020_85 : STRATEGIE D'ADAPTATION DE L'OFFRE DE SOINS A LA REPRISE EPIDEMIQUE
- Recommandations régionales Covid-19 : Adaptation de l'offre de soins hospitalière – Phase rebond
- Recommandations régionales Covid-19 : Dispositifs d'appui à la coordination1 Phase de reprise épidémique Covid-19

Nouveau contexte de mise en œuvre des missions

Cette mise à jour de la doctrine intervient alors que le second état d'urgence sanitaire a été déclaré, le rebond épidémique imposant de revoir l'organisation et la priorisation ses soins, et de prioriser les téléconsultations et télé soins. Une vigilance particulière reste nécessaire pour préserver les activités de cancérologie, de prélèvements et greffes d'organes, de dialyse et de pédiatrie

- Un meilleur approvisionnement qu'au premier semestre 2020 en équipements de protection individuelle (EPI) sécurise les prises en charges et autorise les visites et prises en charge à domicile.

Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge des patients en soins palliatifs au niveau régional et à répondre aux interrogations des établissements, patients et accompagnants.

Les enjeux sont

- De protéger les patients en soins palliatifs Covid-19 négatif, en les séparant des patients en soins palliatifs Covid-19 positif ;
- De permettre aux patients atteints de forme grave de Covid-19, non admis en réanimation ou pour lesquels les traitements actifs ont été arrêtés, de bénéficier de soins palliatifs de qualité et/ou de soins de fin de vie pour mourir sans souffrir et accompagnés ;
- Que ces-dernières prises en charge, soient réalisées dans les meilleures conditions possibles pour les soignants ;
- De privilégier les prises en charge et les accompagnements majoritairement en présentiel dès lors que cela est possible, compte tenu de la mise à disposition des EPI pour l'ensemble des personnels de sante contrairement à la vague 1.

OBJET DU DOCUMENT

Ces recommandations concernent :

En termes d'acteurs

- En premier lieu tous les établissements disposant d'une USP et/ou de LISP ;
- L'ensemble des établissements accueillant des patients atteints par le Covid-19 et nécessitant des soins palliatifs pour leur fin de vie ;
- Les personnels de soins palliatifs, dont les EMSP ;
- Les services et établissements d'HAD ;
- Les EMSP externes et réseaux territoriaux portés ou non par les DAC (dispositifs d'appui à la coordination) pour leur partie palliative ;
- Les bénévoles d'accompagnement en soins palliatifs ;
- Les ministres des cultes ;

En termes de bénéficiaires

- Les patients relevant de soins palliatifs ;
- Les patients Covid-19 + graves relevant de soins palliatifs et/ou en fin de vie ;
- Les familles et proches des patients nécessitant des soins palliatifs ;

Principes généraux guidant les missions et l'organisation des professionnels de soins palliatifs pendant le rebond épidémique

- **Concernant les activités de consultation et d'hôpital de jour (HDJ) :** Afin de permettre le redéploiement des équipes au sein de l'établissement sur les services concernés, les activités de consultation de soins palliatifs et d'hôpitaux de jour seront adaptés en fonction du besoin de redéploiement des personnels de soins palliatifs sur les services recevant des patients Covid +.
Selon les possibilités et les besoins, 1 lit de l'USP pourrait être transformé en lit HDJ, les consultations indispensables diminuées, mises en téléconsultation et regroupées ou transformées en HDJ pour permettre le maintien à domicile. La mise en place de télé expertise ou de téléconsultation pourraient être envisagées, afin de permettre et de sécuriser le maintien à domicile.
- **Concernant les séjours de répit :** Les séjours de répit pour les patients connus relevant de soins palliatifs seront limités, et les téléconsultations pour leur suivi seront favorisées.
- **Concernant la prise en charge à domicile et en établissements médico-sociaux :** Pour aider à la prise en charge en ambulatoire des patients en soins palliatifs à domicile, en EHPAD ou établissements pour PH qu'ils soient suspects ou non de Covid, il est

demandé aux HAD et aux réseaux tri thématiques et/ou DAC, de se coordonner sur les territoires, afin de se répartir le travail et d'agir en complémentarité¹.

Sommaire

Partie 1 : Prise en charge des patients

- En établissement de santé
- A domicile
- En établissements médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées)
- En HAD

Partie 2 : Préconisation pour les usagers, proches de patients en soins palliatifs, bénévoles en soins palliatifs, ministres des cultes

- En établissement de santé
- A domicile
- Les bénévoles de soins palliatifs et ministres des cultes

Partie 3 : Assouplissement de la doctrine de sécurité des systèmes d'information de santé

Partie 4 : Protection des soignants

1 Partie 1 : Prise en charge des patients

NB : Médicaments (cf. aussi annexe 4)

Compte-tenu de l'impossibilité de prévoir la durée de cette pandémie, il est recommandé à tous les établissements prenant en charge des patients pour des soins palliatifs d'avoir une stratégie d'épargne du midazolam et de constituer si possible des stocks de ce produit. Pour ce faire, les protocoles d'épargne du midazolam utilisés en vague 1 seront mis à jour et réutilisés.

Par ailleurs certaines mesures de la vague 1, relatives aux produits de santé, ont été prolongées ou réactivées depuis le 17 octobre 2020 pour la durée de l'Etat d'urgence sanitaire :

La dispensation hors AMM est autorisée pour la prise en charge de patients atteints ou susceptibles d'être atteints par le virus SARS-CoV-2 par le Clonazepam : Rivotril® injectable ; en cas de dyspnée ou de détresse respiratoire en situation palliative (tout prescripteur).

L'ordonnance médicale doit porter la mention "Prescription Hors AMM dans le cadre du Covid-19". La prise en charge par l'assurance maladie est assurée à 100 %²

La dispensation hors AMM est autorisée aussi pour la prise en charge médicamenteuse des situations d'anxiolyse et de sédation pour les pratiques palliatives par le Clonazepam : Rivotril® voie orale ou injectable, ceci uniquement en cas de difficultés d'approvisionnement en midazolam et par tout prescripteur. L'ordonnance médicale doit porter la mention "Prescription Hors AMM exceptionnelle". La prise en charge assurance maladie se fait dans les conditions du droit commun³

¹ Voir également la doctrine régionale n°55 de l'ARS IdF relative à la fin de vie et soins palliatifs en ESMS (pas encore actualisée depuis sa parution en avril 2020).

² Cf. les recommandations de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs à l'adresse URL suivante : <http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19>

³ Cf. les recommandations de la HAS sur son site internet à l'adresse URL suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2731882/fr/fin-de-vie-soins-palliatifs

De la même manière, le **Dispositif dérogatoire au renouvellement exceptionnel à l'officine** a été réactivé depuis le 17 octobre 2020 pour la durée de l'État d'urgence sanitaire qui concerne notamment les stupéfiants :

Médicaments stupéfiants et assimilés (hors TSO) par les pharmacies d'officine ayant préalablement dispensé ces médicaments au patient sous certaines conditions

La quantité délivrable, lors du renouvellement, est de - 28 jours - selon la posologie et les modalités de fractionnement initiaux –

Le prescripteur peut également assortir l'accord écrit d'une nouvelle prescription s'il estime nécessaire une adaptation de la posologie. L'ordonnance sécurisée n'est pas obligatoire. Elle comporte les mentions habituelles en toutes lettres, timbre de l'officine, date de délivrance, nombre de boîtes dispensées.

Le pharmacien doit avoir l'accord écrit du prescripteur (mail, SMS, tout moyen permettant d'en garder la trace)

Si c'est une nouvelle ordonnance, elle est transmise à l'officine par tout moyen (mail, application de messagerie usuelle)

1.1 EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1.1.1 Pour les Unités de Soins Palliatifs (USP)

Accueil des patients sans Covid-19 (« Covid - »)

Dans la mesure du possible, compte tenu de la fragilité des patients, les USP doivent rester Covid - sauf si elles disposent d'une capacité et de locaux suffisamment vastes pour constituer un secteur Covid + en toute sécurité pour les patients Covid -.

Ainsi, les patients de soins palliatifs non suspects de Covid qui relèvent d'une situation complexe devront prioritairement être pris en charge dans les USP.

Les USP de petite capacité, installées dans des établissements SSR ou MCO, compte-tenu de la fragilité des patients en soins palliatifs, doivent continuer à admettre des patients relevant de soins palliatifs Covid - (absence de critères cliniques évoquant le Covid-19 ou testés négatif).

Ces USP de petites capacités pour patients covid négatifs doivent si possible augmenter leurs capacités et assouplir leurs critères d'admission pour favoriser les entrées directes (après régulation par le SAMU) et ainsi soulager le service des urgences.

En cas d'apparition d'un cas de Covid-19 au cours du séjour

Les patients de l'USP Covid - **qui développeraient des signes cliniques ou seraient testés Covid +** en cours de prise en charge, s'ils ne peuvent être isolés de manière satisfaisante sur place doivent être si possible transférés dans une unité Covid +

Accueil de patients Covid +

Les USP de grande capacité peuvent éventuellement isoler un secteur Covid + pour accueillir des patients ne relevant pas de la réanimation ou pour lesquels une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) est envisagée (cf. infra).

En général, ces patients Covid + seront accueillis dans les services de médecine, ou si nécessaire (et possible), en fonction de leur âge, dans les services de gériatrie et /ou de gériatrie aigüe. L'éventuelle prise en charge palliative se fera en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de l'établissement.

Pour aider à la prise en charge des patients Covid +, des renforts peuvent s'organiser, entre les équipes d'USP et d'EMSP d'un même établissement, pour répondre aux besoins.

Autres modalités d'accueil et de prise en charge

- À l'intérieur du service, les temps collectifs en présentiel sont limités au maximum, en respectant les gestes barrières. Les réunions de synthèse, nécessaires à la prise en charge des patients, sont autant que possible organisées à distance par visioconférence ou dans une salle pouvant être aérée et suffisamment grande pour respecter la distanciation. Dans tous les cas, il s'agit de limiter la durée des réunions et le nombre de personnes présentes.
- Toutes les autres activités présentiels, incluant les interventions de socio esthéticiennes et art-thérapeutes sont suspendues.
- Les salons d'accueil pour les familles resteront fermés sauf circonstance exceptionnelle et à la discrétion du chef de service (une famille à la fois, en respectant en permanence la distanciation, l'obligation du port du masque et le nettoyage des mains), à avec un nettoyage approfondi du salon entre chaque utilisation par une famille

1.1.2 Pour les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) intra hospitalières

Les professionnels des équipes mobiles de soins palliatifs interviennent en appui des professionnels de santé des services comportant des lits identifiés de soins palliatifs et des patients avec des formes graves de Covid-19.

Chaque EMSP, selon les possibilités, organise sa tournée et son équipe de façon à exposer le moins possible les patients Covid -. Ainsi certains membres de l'équipe peuvent par exemple être dédiés Covid + et d'autres Covid - et tourner, si nécessaire, sur plus d'une semaine.

Astreintes téléphoniques intra-établissement

S'il devient nécessaire de reprendre des astreintes de soins palliatifs en intra établissement pour répondre aux demandes des professionnels de leur établissement, les médecins des équipes mobiles, ceux des USP et ceux des centres anti douleur qui sont redéployés organisent cette astreinte en privilégiant le weekend end et les jours fériés.

Ces astreintes doivent faire l'objet d'un relevé précis et seront financées dans le cadre des surcouts Covid.

Liens avec les autres services

Ces équipes mobiles de soins palliatifs intra hospitalières doivent se rapprocher des services des urgences et de réanimation, afin de pouvoir être sollicitées pour les réunions de concertation éthique, la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire. Elles participent aux réunions collégiales sur les décisions de limitation de traitement et participent à la mise en place de sédation profonde jusqu'au décès, et soutiennent les soignants.

Dans le même temps, il est demandé que, par territoire géographique, les EMSP puissent être contactées par les professionnels de santé des établissements privés qui seront confrontés à la prise en charge de patients Covid-19 graves nécessitant une sédation après LATA.

De même lorsque ces établissements ne disposent pas en propre d'équipes mobiles de soins palliatifs, les professionnels de ces établissements peuvent aussi bénéficier de l'appui téléphonique et en visio d'une équipe mobile, d'une USP, ou d'un réseau soins palliatifs de leur territoire disposant d'un personnel suffisant.

En ce qui concerne les patients atteints de cancer, les équipes mobiles, en lien avec les équipes de cancérologues, mettent en place des espaces éthiques de réflexion leur permettant de se positionner sur le recours à la réanimation (qui doit rester exceptionnelle chez un patient dont l'espérance de vie est limitée du fait de sa pathologie) et ainsi d'anticiper la prise en charge de la fin de vie de ces patients.

1.1.3 Pour les lits identifiés de soins palliatifs (LISP)

Les patients relevant de lits identifiés de soins palliatifs, en fonction de leur statut au regard du Covid-19, sont accueillis :

S'ils sont Covid négatif

- en USP
- dans un service de médecine qui continue à prendre des patients uniquement Covid - disposant de lits identifiés de soins palliatifs. Ces derniers accueillent des patients en situation complexe nécessitant des soins palliatifs et leur prise en charge se fait avec le soutien de l'EMSP de l'établissement, si cette dernière existe, ou en lien avec le réseau de soins palliatifs ou l'équipe mobile d'un autre établissement du territoire.

S'ils sont Covid positif

Il serait pertinent de regrouper dans une seule unité Covid + de l'établissement la plupart des LISP avec les personnels soignant formés aux soins palliatifs. Cette unité pourrait être sous la responsabilité d'un médecin formés aux soins palliatifs.

Les autres médecins travaillant dans des services comportant des LISP et formés aux soins palliatifs peuvent renforcer l'EMSP pour soutenir les équipes soignantes dans l'ensemble de l'établissement auprès des patients Covid + requérant des soins palliatifs.

Durant la durée de l'épidémie, les lits identifiés de soins palliatifs sont donc, selon les cas, regroupés au sein d'un service pour accueillir des patients relevant de soins palliatifs Covid + ou répartis dans plusieurs services accueillant des patients Covid -, ou dans un USP.

1.2 AU DOMICILE PRIVÉ DES PATIENTS

En Île-de-France, la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs à domicile est assurée par les réseaux tri thématiques territoriaux, l'équipe de soins palliatifs adossés aux DAC et les équipes mobiles de soins palliatifs externes, elle se fait en complémentarité avec le médecin traitant.

Principes généraux :

- Les patients en soins palliatifs au domicile peuvent être pris en charge pour la pratique des soins par des professionnels de santé libéraux, des HAD, des SSIAD ... Dans tous les cas, le déclenchement de la prise en charge par ces derniers, à l'heure actuelle, se fait sur prescription du médecin traitant. Les premières visites à domicile pour les réseaux et les équipes mobiles de soins palliatifs sont à privilégier en présentiel, en respectant les mesures de protection et tous les gestes barrières, que ce soit pour les médecins, les IDE ou les psychologues.
- La télésanté est ensuite privilégiée pour le suivi des patients connus, et quand cela est pertinent.
- Les psychologues salariés de l'équipe de soins palliatifs pourront assurer si nécessaire des visites à domicile ainsi qu'un soutien par téléphone, aux patients, aux familles et aux professionnels de santé.

En journée, les professionnels de soins palliatifs portés ou non par les DAC travaillent avec leurs correspondants habituels et répondent aux sollicitations du domicile et des établissements médicaux sociaux (PA et PH) en dehors des horaires d'astreintes.

De même, ils répondent aux professionnels de santé de toute la région sur des horaires élargis (notamment aux urgentistes / smuristes) pour tout patient nécessitant des soins palliatifs, particulièrement pour des patients ayant des formes graves de Covid mais ne pouvant être hospitalisés et nécessitant des soins palliatifs pour une dyspnée asphyxiante, quand bien même ceux-ci ne figurent pas sur leur liste de patients connus et pris en charge en soins palliatifs.

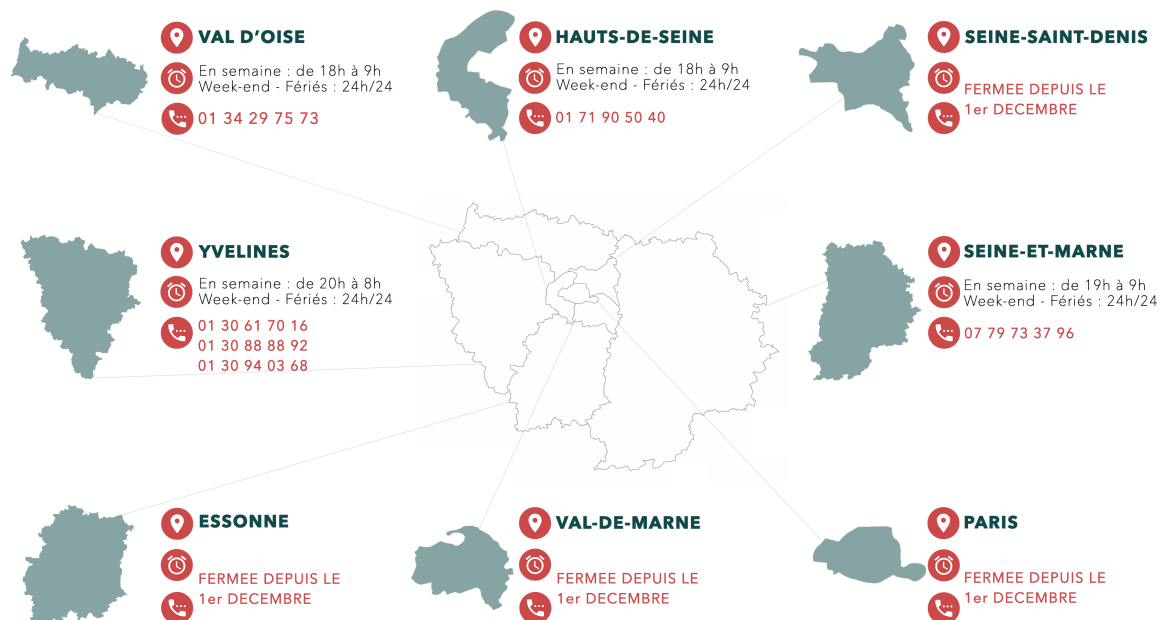
Durant cette pandémie, en subsidiarité des médecins traitants, les médecins des réseaux de soins palliatifs disposant d'ordonnances médicales sécurisées, sont autorisés à prescrire des soins ou des traitements.

Astreintes téléphoniques assurées par les DAC / réseaux

En dehors de la journée, une astreinte a été mise en place pour les professionnels de santé pour patient covid positif couvrant la nuit ou une partie de la nuit et les WE et jours fériés selon les départements. (cf. doctrine DAC sur le site de l'ARS)

ASTREINTES TÉLÉPHONIQUES SOINS PALLIATIFS COVID-19 NUITS, WEEK-END ET JOURS FÉRIÉS

Synthèse des dispositifs en Île-de-France



Document réalisé par la CORPALIF - 29/10/20

EN JOURNÉE, VOUS POUVEZ SOLLICITER VOTRE RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS POUR DES CONSEILS POUR LES PATIENTS COVID. [CLIQUEZ ICI POUR ACCÉDER À LA CARTOGRAPHIE](#)

[En journée, vous pouvez solliciter votre réseau de soins palliatifs pour des conseils pour les patients Covid. Cliquez ici pour accéder à la cartographie⁴.](#)

Ces astreintes pour patients Covid+ subsistent encore dans les 4 départements 77, 78, 92 et 95 jusqu'au 18 décembre 2020. En accord avec les professionnels de ces territoires, elle seront suspendues ensuite, et rediscutées en cas de besoin.

Possibilités de prescriptions

Durant cette pandémie, en subsidiarité des médecins traitants, les médecins des réseaux de soins palliatifs ont la possibilité de prescrire des soins ou des traitements.

Lors de la première vague de la Covid-19, la CNAM avait institué un numéro de praticien fictif « **29199145 3** » pour leur permettre la prescription et la dispensation des médicaments, ainsi que pour les arrêts de travail.

Ce numéro fictif peut être à nouveau utilisé, si les conditions antérieures d'utilisation se trouvaient de nouveau réunies (réquisitions de médecins salariés, retraités, etc., au bénéfice de patients Covid +) pour la durée de l'état d'urgence sanitaire de cette phase rebond.

Certifications de décès

Concernant les **certificats de décès**, compte tenu du contexte viral de cette pandémie, différents modes d'établissement des certificats de décès sont envisageables :

⁴ https://santegraphie.fr/mviewer3/?config=app/covid_dac.xml

- En première intention, le certificat de décès, au domicile comme en EHPAD, devra être rédigé par le médecin traitant ou par un autre médecin volontaire en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou en l'absence de médecin traitant.
- À titre exceptionnel le médecin du réseau pourra se rendre au domicile ou en EHPAD pour rédiger le certificat de décès

Les modalités de rédaction du certificat sont indiquées en annexe 2.

1.3 EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL

Patients en EHPAD

Le fonctionnement des réseaux en soins palliatifs et des EMSP en journée ainsi que l'établissement des astreintes pour les patients Covid nécessitant des soins palliatifs permet d'apporter un soutien aux professionnels de santé d'EHPAD pour tous patients nécessitant des soins palliatifs.

Principes généraux

- Les réseaux de soins palliatifs, et parfois des EMSP seront en appui pour l'ensemble des patients relevant de soins palliatifs et pour les patients atteints de Covid-19 nécessitant une prise en charge palliative de fin de vie, auprès du médecin traitant, auprès du médecin coordonnateur et auprès de l'IDEC.
- Les visites en présentiel des professionnels de soins palliatifs sont à privilégier
- Pour aider à la prise en charge médicale en EHPAD, les infirmières libérales peuvent effectuer des télé soins, en lien avec le médecin traitant.

Articulation avec la filière gériatrie et les équipes mobiles de gériatrie

Cette astreinte est complétée par l'appui de professionnels de gériatrie. **Une articulation doit être mise en place avec les filières de soins gériatriques.**

Les modalités de contact des filières de soins gériatriques sont détaillées dans une fiche de territoire ; les « permanences gériatriques » par filière fonctionnent actuellement 5 j / 7 sur des horaires 9 h – 18 h à destination des EHPAD et autres professionnels partenaires des filières de soins gériatriques (médecins traitants DAC, SSIAD). L'organisation est évolutive en fonction de la progression de l'épidémie avec une possible extension des horaires de semaine et astreintes de week-end, en fonction de la situation sanitaire de leur territoire et mise à jour dans les fiches de territoire. Il est demandé aux DAC d'être régulièrement en contact avec les animateurs de la filière de soins gériatrique pour partager ces éléments d'information.

Selon l'organisation du territoire, des médecins d'équipes mobiles de gériatrie **qualifiés** en soins palliatifs pourront également apporter leur soutien aux EHPAD en prescrivant pour les patients relevant des soins palliatifs en subsidiarité du médecin traitant en cas d'urgences de la même manière que réseaux de soins palliatifs.

1.3.1 Personnes handicapées accueillies en établissements médicosociaux

L'organisation mise en place pour les personnes âgées en EHPAD, doit également pouvoir bénéficier aux personnes en situation de handicap, notamment les personnes handicapées vieillissantes.

Il est donc demandé, sur le même modèle que ce qui se met en place en EHPAD sur les territoires, une coordination entre médecin gériatre et /ou le médecin coordonnateur et /ou le médecin traitant avec les médecins de soins palliatifs pour la prise en charge des personnes en situation de handicap

Principes généraux

- Pour l'équipe de soins palliatifs du réseau, il est demandé de privilégier le travail en présentiel, néanmoins le suivi de patients connus pourra se faire en télé consultation. Elle Interviendra en appui pour l'ensemble des patients relevant de soins palliatifs, et pour les patients atteints de Covid- 19 nécessitant une prise en charge palliative de fin de vie, auprès du médecin traitant, du médecin coordonnateur et auprès de l'IDEC.
- La mise en place de l'astreinte de soins palliatifs au niveau des réseaux permettra le soutien des professionnels de santé en ESMS handicap, pour tous les patients nécessitant des soins palliatifs

1.4 EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Sur chaque territoire, les HAD doivent se coordonner avec l'équipe de soins palliatifs des réseaux de manière à travailler en complémentarité. Un point journalier doit être fait systématiquement.

Les HAD pourront bénéficier de l'appui des médecins de réseau pour la prescription.

De même, en cas d'urgence et dans le cadre de la pandémie, les produits de la trousse d'urgence d'un patient pris en charge en HAD pourront dépanner pour la prise en charge d'un autre patient (préciser PEC par l'HAD ou en dehors) en cas de rupture de stock.

Dans tous les cas, que ce soit pour les patients au domicile ou en EHPAD pris en HAD ou non, si une hospitalisation du patient est nécessaire, celle-ci s'organise sans passage par les urgences de l'établissement qui accueillera le patient.

Les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) sont aussi mobilisés en soutien, par exemple ils peuvent notamment assurer la mise en place d'une oxygénothérapie.

2 Partie 2 : Préconisations pour les usagers, les proches de patients en soins palliatifs, les bénévoles en soins palliatifs et les ministres des cultes

L'enjeu pour les patients en fin de vie, encore plus pour cette phase de rebond épidémique susceptible de s'inscrire dans la durée est de maintenir le lien social, quand bien même les visites impliquent l'investissement des équipes soignantes concernées pour former les visiteurs à la mise en place des EPI et au respect des gestes barrières.

2.1 Pour l'ensemble des usagers venant visiter des proches hospitalisés et nécessitant des soins palliatifs :

2.1.1 Dans les unités de soins palliatifs (USP), dans les services accueillant des patients Covid + en soins palliatifs et dans les services disposant de LISP

Modalités d'accueil et de visites

Un proche, lors de l'entrée du patient en USP, pourra accompagner le malade.

Que ce soit en USP, dans des services comprenant des LISP, ou dans ceux accueillant des patients Covid + nécessitant des soins palliatifs, les visites seront autorisées dans la limite de deux visiteurs simultanés en chambre individuelle. Les personnes peuvent néanmoins se succéder dans la chambre en l'aérant, si possible, entre chaque visite.

La visite est interdite aux mineurs, sauf exception avec accord du responsable travaillant le jour de la demande notamment à partir de 11 ans.

Pour permettre cet accompagnement des patients, les horaires de visites seront si possible élargis de 14 h à 20 h.

Dans tous les cas, les visiteurs devront porter un masque chirurgical dès l'entrée de l'hôpital, rester dans la chambre et éviter les déambulations dans les couloirs, réaliser une hygiène des mains à la solution hydro-alcoolique à l'entrée et à la sortie de la chambre, et sortir lors des soins.

Décès imminent / décès

- En cas de décès imminent (à estimer par le médecin, cadre ou la coordinatrice du service), il est possible d'élargir les visites à quatre visiteurs simultanés auprès du patient et avec plusieurs visiteurs se succédant sur l'ensemble de la journée et de la nuit. Privilégier les visites courtes. Dans ce cas, les visites des enfants sont autorisées au cas par cas et encadrées par des mesures d'hygiène strictes (hygiène des mains, masques) que les parents doivent faire appliquer à leurs enfants ;
- Suspendre les temps de recueillement (au sein de l'unité) après le décès sauf cas exceptionnel, avec accord préalable du responsable travaillant ce jour ;
- Limiter à 2 ou 3 personnes la présence lors de la mise en housse du corps ;
- Limiter à 2 ou 3 personnes la présence lors de la fermeture de la housse dans la chambre mortuaire

2.2 Pour l'ensemble des usagers vivant au domicile avec un proche en soins palliatifs

En cas de proches devenant Covid +

Si l'un des proches est testé positif à la Covid-19 ou bien présente cliniquement des symptômes de Covid-19, il reste confiné seul dans une pièce et cesse de s'occuper du patient en soins palliatifs.

Cet isolement peut être levé, pour une personne immunocompétente ⁵:

- à partir du 8^{ème} jour à partir du début des symptômes ;
- ET après au moins 48 heures de disparition de la fièvre vérifiée par une température corporelle inférieure à 37,8°C (mesurée deux fois par jour en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) et une nette amélioration de l'état respiratoire (fréquence respiratoire inférieure à 22/mn au repos ou besoin en oxygène inférieur ou égal à 2l./min pour maintenir la SaO₂ au repos supérieure ou égale à 95%);

Durant les 7 premiers jours après la levée de l'isolement, les précautions complémentaires 'goutelettes' et 'contact' devront être strictement respectées (hygiène des mains, distanciation et port permanent du masque chirurgical)

En cas de personne immunodéprimée, la sortie d'isolement ne peut être envisagée qu'à partir du 10^è jour après le début des symptômes ou après la date du premier test RT-PCR revenu positif et sous réserve des mêmes conditions cliniques que détaillé ci-dessus ; cette sortie d'isolement sera suivie pendant 14 jours des précautions complémentaires 'goutelettes' et 'contact' strictement respectées comme supra.

Nota bene : la disparition de la toux ne constitue pas un bon critère dans la mesure où peut persister une toux irritative au-delà la guérison.

⁵ Avis du Haut conseil de santé publique du 16 mars 2020 sur les critères cliniques de sortie d'isolement des patients infectés :

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200316_corsarcovcriclidesordisodespatin.pdf

Voir aussi l'avis du HCSP du 23 octobre 2020 relatif au délai de transfert en SRR ou en EHPAD des patients ayant présenté un Covid-19 : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=934>

Dans les 7 jours (ou 14 jours pour une personne immunodéprimée) qui suivent la levée du confinement, il est toutefois recommandé **d'éviter les contacts rapprochés avec les personnes particulièrement à risque de forme grave.**

En cas de proches devenant contact-Covid +

Si l'un des proches est sujet contact d'un patient Covid +, il s'isole au minimum pour 7 jours et cesse de s'occuper du patient en soins palliatifs ;

- S'il reste asymptomatique, il effectue un test de dépistage de Covid-19 7 jours après le dernier contact avec le patient infecté par le virus Covid ;
 - Si le test revient négatif le confinement est levé ;
 - Si le test revient positif le confinement est prolongé de 7 jours ;

Si ce sujet contact déclare des signes, il se fait tester sans délai et applique les recommandations du paragraphe « **En cas de proches Covid +** » ci-dessus.

Annexe 3 : Principes de prise en charge à domicile

Pour tout le domicile : application des règles d'hygiène

Pour le patient

- Confinement à domicile
 - Rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile
 - Aérer régulièrement
 - Dans les lieux communs (salle de bain et WC)
 - Se laver les mains fréquemment
 - Ne pas toucher d'objets communs et laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones mobiles, etc.)
- Ne pas recevoir de visites sauf les aidants à domicile
- Les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier
- Traitement symptomatique si besoin
- Arrêt de travail de 14 jours depuis le début des signes si besoin
- Surveillance de la température 2 fois par jour
- Si aggravation appel au médecin traitant ou du SAMU-Centre 15
- Limiter au maximum les déplacements, à l'exception de rendez-vous médicaux
 - Port d'un masque chirurgical lors de l'intervention d'un professionnel de santé ou d'une consultation médicale
 - Prévenir en amont le personnel soignant de leur arrivée et signaler leur condition

Pour l'entourage

- Surveillance personnelle de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoire
- Restrictions des activités sociales et des contacts avec des personnes comorbides
- En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes respiratoires appeler le médecin traitant ou le SAMU-Centre 15

Les proches vivants au domicile appliquent strictement les mesures barrières.

Pour permettre le maintien à domicile, l'équipe SP collabore avec ces partenaires pour la mise en place de professionnels nécessaires pendant le confinement d'une proche.

2.2 Pour les bénévoles en soins palliatifs :

Les bénévoles d'accompagnement sont autorisés à reprendre leur activité en présentiel en accord avec la direction de l'établissement, des chefs de services et/ou les réseaux de soins palliatifs/DAC. Ils peuvent poursuivre leurs visites d'accompagnement des patients et leur soutien aux familles étant bien entendu qu'ils respectent les gestes barrières, portent des masques chirurgicaux utilisent la solution hydro alcoolique pour le lavage des mains et portent des EPI lorsque cela est nécessaire.

En aucun cas les responsables d'associations de bénévoles en soins palliatifs ne doivent imposer à leurs membres la poursuite des accompagnements des patients en soins palliatifs hospitalisés ou à domicile, à fortiori pour les bénévoles considérés comme à risque de formes

graves de Covid-19⁶ : certaines maladies chroniques, maladie fragilisant le système immunitaire, obésité, les personnes de plus de 65 ans, les femmes enceintes au 3ème trimestre)

2.3 Pour les ministres des cultes :

Les ministres des cultes sont autorisés à reprendre leur activité en présentiel en accord avec la direction de l'établissement et des chefs de services. Ils peuvent poursuivre leurs visites d'accompagnement des patients et leur soutien aux familles, étant bien entendu qu'ils respectent les gestes barrières, portent des masques chirurgicaux, utilisent la solution hydro alcoolique pour le lavage des mains et portent des EPI lorsque cela est nécessaire.

3 Partie 3 Assouplissement de la doctrine de sécurité des systèmes d'information de santé depuis la déclaration de l'État d'urgence sanitaire du 17 octobre 2020

Il est rappelé aux professionnels de santé l'importance de recourir à des systèmes d'informations et des outils numériques conformes à la réglementation pour l'hébergement des données de santé.

Cependant les mesures dérogatoires qui concernent le champ de la télésanté sont prolongées dans le cadre du nouvel état d'urgence sanitaire institué jusqu'au 16 février 2021.⁷

Une dérogation est temporairement prévue pour tolérer, après information du patient, l'utilisation d'outils de communication « grand public » existants sur le marché (exemple : Skype, FaceTime, Google Duo, Whatsapp, Hangout, Viber, ...) pour les communications avec le patient et pour la transmission de données médicales.

4 Partie 4 Protection des personnels

4.1 Dans les USP Covid –

Les soignants, en plus des précautions standard, doivent prendre les précautions de type contact et gouttelettes. Ils porteront un masque chirurgical et utiliseront des solutions hydro alcooliques.

4.2 2 : Dans les unités Covid +

Dans les unités Covid + accueillant des patients relevant de soins palliatifs Covid + ou des patients ne relevant pas de la réanimation et nécessitant un accompagnement de fin de vie, les précautions d'hygiène doivent être renforcées, conformément aux recommandations

4.3 3 : Au domicile

Voir annexe 3

⁶ <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14380>

⁷Cf. sur le site gouvernemental légifrance la version consolidée de l'arrêté du 10 juillet 2020, plusieurs fois modifié depuis sa publication, à l'adresse URL suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000042107183/2020-07-11/#LEGIARTI000042107183>

Cf. également la doctrine régionale télésanté de l'ARS IdF

5 Annexes

Sommaire des annexes :

- Annexe 1 : Aide à la décision pour l'admission en soins critiques
- Annexe 2 : Certificat de décès
- Annexe 3 : Précautions d'hygiène
- Annexe 4 : médicaments

5.1 Annexe 1 : Aide à la décision pour l'orientation vers une prise en charge palliative

Voir notamment les doctrines régionales de l'ARS IdF suivante :

- n° 10 sur la décision d'admission des patients en unités de réanimation ou de soins critiques dans un contexte d'épidémie de Covid-19
- n° 26 sur la prise en charge des patients atteints de Covid-19 dans les filières de soins critiques adultes
- n° 31 sur la prise en charge des patients atteints de Covid-19 dans les filières de soins critiques pédiatrique
- n° 93 sur la fluidification des services de médecine en période de rebond de l'épidémie de COVID-19

Rappel : toutes les doctrines régionales sont consultables sur le site internet de l'ARS IdF à l'adresse URL suivante : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

Voir aussi la fiche « enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques en contexte de pandémie de Covid-19 » de la Société française de soins palliatifs, à l'adresse URL suivante : <http://www.sfap.org/document/enjeux-ethiques>

5.2 Annexe 2 : Certificat de décès

ANNEXE 1		Caractéristiques techniques du certificat de décès sur support électronique	
DÉPARTEMENT : [] [] []		CERTIFICAT DE DÉCÈS conforme à l'arrêté du XX xxxx 2017	
VOLET ADMINISTRATIF À remplir par le médecin ayant constaté le décès			
Je soussigné(e) M. _____, docteur en médecine, certifie que le décès de la personne désignée ci-dessous, est réel et constant <small>(Nom lisible en majuscules) (voir au verso 1)</small>			
Date et heure (réelle ou estimée) de la mort : _____ à _____ h <small>À défaut (impossibilité à établir), date et heure du constat de décès : _____ à _____ h</small>			
INFORMATIONS D'ÉTAT CIVIL		INFORMATIONS FUNÉRAIRES <small>Cocher chaque ligne par oui ou par non</small>	
COMMUNE DE DÉCÈS : _____		Obstacle médico-légal (voir au verso 2) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <small>Même en ce cas, renseigner au mieux l'ensemble du certificat de décès.</small>	
Code postal [] [] [] [] [] []		Obligation de mise en bière immédiate (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
NOM : _____		- dans un cercueil hermétique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
NOM de jeune fille, le cas échéant : _____		- dans un cercueil simple : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Prénoms : _____		Obstacle aux soins de conservation (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Date de naissance : _____ / _____ / _____		Obstacle au don du corps à la science (voir au verso 5) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Recherche de la cause du décès demandée (ou demandée en cours) par prélevement, examen ou autopsie médicale (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Domicile : _____		Si transport de corps nécessaire, délai de (voir au verso 3) : <input type="checkbox"/> 48 h <input type="checkbox"/> 72 h	
RÉSERVÉ À LA MAIRIE <small>Numéros à reproduire au verso</small>		Présence identifiée, au moment du décès, d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile (voir au verso 4) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
N° d'acte [] [] [] [] [] []		Si prothèse présente, enlèvement de prothèse déjà effectué par le médecin : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
N° d'ordre du décès [] [] [] [] [] []		SIGNATURE À _____ le _____ <small>et cachet obligatoire du médecin</small>	

Voir aussi la fiche technique de la direction des affaires juridiques de l'AP-HP, ci-après reproduite

RECOMMANDATIONS

Rédaction des certificats de décès pour les patients décédés atteints, probablement atteints ou ayant été atteints de la covid-19 Fiche pratique à l'attention des médecins Version 2 -8 novembre 2020

Rappel : La certification électronique doit désormais être systématiquement utilisée au sein de l'AP-HP. Pour se connecter à CertDC, accéder au lien : <https://sic.certdc.inserm.fr>

La certification des décès sur support papier n'est maintenue que pour les personnels médicaux dépourvus de carte CPS.

MÉDECINS RÉDACTEURS

Peuvent rédiger les certificats de décès :

- les médecins diplômés et inscrits au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Parmi ceux-ci, et depuis le 18 avril 2020, les médecins retraités sans activité figurant sur la liste des médecins retraités autorisés à établir des certificats de décès dressée par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Il ne peut toutefois être fait appel à un médecin retraité sans activité qu'en cas d'impossibilité pour un médecin en activité d'établir un certificat de décès dans un délai raisonnable ;

- les étudiants de troisième cycle des études de médecine qui ont validé deux semestres au titre de la spécialité qu'ils poursuivent. Ces internes sont autorisés à rédiger ces documents dans le cadre de leurs stages de troisième cycle, par délégation et sous la responsabilité du praticien maître de stage ou du responsable de stage dont ils relèvent ;

- les praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (Padhue), à partir de la deuxième année de leur parcours de consolidation des compétences, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont ils relèvent.

MODALITES DE REDACTION DES CERTIFICATS (PARTIE « ADMINISTRATIVE ») :

- Pour les patients atteints ou probablement atteints de la Covid 19 au moment de leur décès :
 - ✓ cocher la case « oui » pour « obstacle aux soins de conservation »
 - ✓ cocher la case « oui » pour « obligation d'une mise en bière immédiate »
 - ✓ cocher la case « oui » pour dans un « cercueil simple » et « non » pour « hermétique »
 - ✓ cocher la case « oui » pour « obstacle au don du corps à la science »
 - ✓ cocher le cas échéant les cases relatives aux informations suivantes (ces opérations demeurant possibles) :
 - pratique de prélèvements à des fins scientifiques ou d'autopsies médicales
 - récupération des prothèses fonctionnant au moyen d'une pile avant mise en bière, dans les conditions permettant de respecter les précautions de nature à éviter toute contamination du personnel ou de l'environnement.
- Pour les patients qui ont été atteints ou probablement atteints de la Covid 19, mais ne sont plus considérés comme contagieux au moment de leur décès, les dispositions générales s'appliquent, sauf cas particulier :

✓ cocher la case « non » pour « obstacle aux soins de conservation »

✓ cocher la case « non » pour « obligation d'une mise en bière immédiate »

✓ cocher la case « non » pour dans un « cercueil simple » et « non » pour « hermétique »

✓ cocher la case « non » pour « obstacle au don du corps à la science »

Pour mémoire, les critères de non-contagiosité fixés par le HCSP pour la covid-19 sont les suivants :

- 14 jours après les premiers symptômes pour les patients avec forme ambulatoire de Covid-19 ou forme justifiant une hospitalisation hors réanimation
- 24 jours après les premiers symptômes pour les patients avec immunodépression ou forme grave de Covid-19 ou ayant justifié une hospitalisation en réanimation.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (entrée en vigueur immédiate).
- Décret n° 2020-446 du 18 avril 2020 relatif à l'établissement du certificat de décès (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041808398>)
- Articles 4 et 5 de l'arrêté du 12 juillet 2017 fixant les listes des infections transmissibles prescrivant ou portant interdiction de certaines opérations funéraires mentionnées à l'article R. 2213-2-1 du code général des collectivités territoriales. (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035243624>)
- HCSP, avis du 23 juillet 2020, « Coronavirus SARS-CoV-2 : actualisation de la prise en charge » et du 23 octobre 2020, « Covid-19 : délai de transfert dans un service de soins de suite ou un EHPAD »

Rédaction : Marc Dupont
Relecture : Sandra Fournier
Validation : Christine Guéri

5.3 Annexe 3 : Mesures d'hygiène et mesures d'hygiène renforcées

Annexe : Mesures d'hygiène renforcées (en plus des précautions standard, précautions complémentaires de type « contact » et « air ») 1/2

- Pour le patient : après friction des mains avec une solution hydroalcoolique, lui demander de revêtir un masque chirurgical et l'informer de la nécessité des mesures de protection
- Pour les soignants d'un patient classé « cas possible » ou « cas confirmé »,
 - Ajouter aux précautions standard, les précautions complémentaires de type « air » ainsi que de type « contact » (précautions REB renforcées), selon les modalités suivantes :
 - Le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2 en vérifiant l'étanchéité au visage (réalisation d'un fit check) pour tout soignant avant d'entrer dans le box ou la chambre ;
 - NB : Pour bien fonctionner, il importe que les appareils de protection respiratoire (APR) FFP2 soient bien ajustés et étanches. En cas de mauvais ajustement ou de manque d'étanchéité, des fuites peuvent entraîner l'inhalation de particules en suspension dans l'air et rendre l'appareil inefficace. Il est donc nécessaire que les professionnels de santé soient formés à leur usage : mise en place du masque et retrait du matériel. Il est rappelé que chacun des professionnels de santé devra effectuer un test d'étanchéité lors de la mise en place du masque FFP2 ; les masques doivent être mis immédiatement au rebut après leur retrait. Lorsqu'un masque est mouillé ou souillé, il sera nécessaire d'en changer immédiatement.
 - La protection de sa tenue professionnelle par une surblouse à usage unique à manches longues : cette surblouse sera imperméable si réalisation de soins mouillants ou souillants
 - La prévention d'une éventuelle projection dans les yeux par le port systématique de lunettes de protection ;
 - Le port d'une protection complète de la chevelure (charlotte, calot couvrant, ...)
 - La réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique ;
 - Les indications du port de gants à usage unique reste limitées aux situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée ;
 - L'élimination de ces équipements de protection individuelle (EPI) en DASRI avant la sortie du box ou de la chambre, sauf pour les lunettes, l'APR et la coiffe (ex. charlotte) qui seront retirés après la sortie du box ou de la chambre
 - Réaliser une désinfection rigoureusement respectée :
 - Des dispositifs médicaux qui ne seraient pas dédiés dès leur sortie de la chambre ;
 - De l'environnement proche du patient (sa chambre) à minima quotidiennement selon la technique et avec les produits habituels : le soignant en charge de cette désinfection respectant les recommandations de protection ci-dessus

Annexe : Mesures d'hygiène renforcées (en plus des précautions standard, précautions complémentaires de type « contact » et « air ») 2/2

Ces mesures d'hygiène renforcée doivent se mettre en oeuvre selon un séquençage rigoureux dans le secteur hospitalier, idéalement les cas confirmés doivent être hospitalisés dans des chambres disposant d'un sas permettant le respect strict de ce séquençage :


- Avant d'entrer dans la chambre du patient « cas possible »
 - Couvrir les cheveux d'une coiffe ;
 - Placer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2) ;
 - Vérifier son étanchéité par un test d'ajustement (fit-check) ;
 - Entrer dans la chambre ;
 - Enfiler une surblouse à usage unique ;
 - Porter un tablier plastique à usage unique en cas de soins à risque mouillant ;
 - Mettre systématiquement des lunettes de protection ;
 - Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec une solution hydro-alcoolique ;
 - Enfiler des gants non stériles à usage unique si nécessaire : situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée.
- Procédure de sortie de la chambre du patient « cas possible »
 - Dans la chambre :
 - Enlever les gants ;
 - Enlever la surblouse ;
 - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique ;
 - Après être sorti de la chambre :
 - Retirer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2), la coiffe et les lunettes en dehors de l'atmosphère contaminée (la chambre ou le box)
 - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.
 - Tous les matériels jetables seront alors placés dans un conteneur à déchets contaminés, et éliminés suivant la filière des DASRI.

Les professionnels de santé en contact direct

Le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la chambre ou la zone d'isolement et le nombre d'entrées de chaque agent de santé doivent être réduits au minimum nécessaire pour les soins aux patients Covid-19. Pour minimiser le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la salle ou la zone d'isolement, les tâches doivent être exécutées par le plus petit nombre de professionnels de santé possible.

Un dispositif de communication entre la zone d'isolement et l'extérieur apparaît utile.

Cf. aussi la doctrine régionale n° 5 de l'ARS IdF sur les soins infirmiers à domicile Covid-19, partiellement reproduite ci-après.

	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19	Création : Date : 17/03/2020
		Validation technique Direction Métier : DOS Date : 17/03/2020
		Approbation Cellule Doctrine Date : 18/03/2020
		Validation CRAPS : Date : 19/03/2020
COVID-19 005	Soins infirmiers à domicile Mesures barrières au domicile du patient	Version : 1 Date : 19/03/2020
		Type de diffusion : Usage interne ARS Diffusion partenaires Mise en ligne internet

Contexte

Le coronavirus **SARS-CoV-2** est un virus qui se transmet par les gouttelettes du patient infecté. Dans le cadre de l'épidémie de **COVID-19**, les soignants doivent donc mettre en place des **précautions dites « gouttelettes » en complément des précautions standard**.

Ces précautions concernent l'équipement lors des soins, la désinfection du matériel et l'organisation de la tournée.






Cette procédure a été préparée par l'ARS IDF – DOS en collaboration avec :



Quel équipement de protection individuel doit-on choisir ?

Les équipements décrits ci-dessous doivent être utilisés pour **tout patient suspecté d'être infecté par le COVID-19 ou dont l'infection est confirmée par un test virologique**.

Comme pour tous les patients, vous devez procéder à un **lavage des mains** (ou utilisation de **solutions hydro-alcooliques**) **avant et après les soins**.

	<p>Masque chirurgical</p>	<p>A porter durant toute votre tournée. Le même masque peut être porté pendant 4 heures¹ (sauf s'il est souillé). Si vous touchez votre masque : pensez au lavage des mains.</p>
	<p>Masque FFP2</p>	<p>A porter en cas de risque de projections (crachat, aspiration, soin de bouche, ...). Le même masque peut être porté pendant 8 heures. Si vous touchez votre masque : pensez au lavage des mains.</p>
	<p>Lunettes de protection</p>	<p>En cas de risque d'exposition à des liquides biologiques.</p>
	<p>Tablier de protection à usage unique ou Surblouse à manches longues à usage unique</p>	<p>En cas de contact (même de courte durée) avec le patient. Par exemple : prise de sang, toilette, réfection de pansement, ... Selon la symptomatologie du patient et la nature des soins réalisés</p>
	<p>Gants à usage unique</p>	<p>En cas de risque d'exposition à des liquides biologiques (crachats, soins de bouche...).</p>

¹ Avis de la société française d'hygiène hospitalière du 14 mars 2020 : <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/avis-sf2h-utilisation-masque-14mars2020.pdf>

Comment désinfecter le matériel réutilisable ?

Privilégier autant que possible le matériel à usage unique.

Tout le matériel réutilisable qui a été en contact avec le patient (et qui n'est pas à usage unique) doit être nettoyé / désinfecté (tensiomètre, saturomètre, lunettes de protection...).

Vous pouvez par exemple utiliser des lingettes détergentes – désinfectantes virucides.

Comment organiser la tournée ?

Nous vous conseillons plusieurs modes d'organisation à adopter en fonction de votre situation :

- 1- Organisation avec les autres cabinets de votre ville (ou de votre organisation territoriale) afin que certains cabinets se « consacrent » uniquement aux patients suspectés d'être atteints du COVID-19, et que d'autres cabinets s'occupent des patients non infectés par le COVID-19.

OU

- 2- Organisation au sein même de votre cabinet pour que certains infirmiers libéraux fassent des tournées dédiées aux patients atteints du COVID-19.

OU

- 3- Si vous travaillez seul(e), faites votre possible pour prendre en charge vos patients non infectés par le COVID-19, les plus fragiles, en début de tournée, et prendre en charges les patients atteints par le COVID-19 en fin de tournée.

Que faire si vous avez été en contact avec un patient atteint du COVID-19 ?

Si l'infirmier a été en contact avec un patient infecté par le coronavirus, la conduite à tenir dépend de deux cas de figure :

1. **Si vous n'avez pas de symptômes** : pas de confinement, portez un masque constamment, chez tous les patients.
2. **Si vous avez des symptômes** : confinement 14 jours. Vous serez alors en arrêt de travail. Vous êtes prioritaire pour avoir accès au test de dépistage.