	<b>RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19</b>	<b>Création</b> v1 : 15/04/2020 v2 : 16/03/2021
		<b>Validation technique</b> DA : 16/03/2021 DOS : 16/03/2021
		<b>Approbation Cellule Doctrines</b> 16/03/2021
		<b>Validation CRAPS</b> 17/03/2021
<b>COVID-19 059</b>	<i><b>Sortie à domicile ou en ESMS de patients dont l'état de santé nécessite un suivi actif</b></i>	<b>Version 2</b> 16/03/2021
		<b>Type de diffusion</b> Usage interne ARS Partenaires externes Site internet ARS
<b>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur :</b> <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19</a>		

## 1 PRÉAMBULE

Cette doctrine est une mise à jour de la doctrine 059 publiée par l'ARS en avril 2020 *élaborée avec le concours d'un groupe de travail de Seine-Saint-Denis complétée avec les recommandations de l'ARS pour faciliter les sorties des SSR ou des MCO de patients, atteints ou non de Covid, dépendants et nécessitant une prise en charge médicosociale au quotidien.*

**Ces recommandations seront mises à jour et évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.**

## 2 OBJET DU DOCUMENT

- Patients en SSR ou MCO en attente de sortie vers leur domicile ou vers un EHPAD, éventuellement via un séjour temporaire en EHPAD en prévision du retour à domicile.
- Ne sont pas toutefois concernés par la présente doctrine :
  - Les patients concernés par les dispositifs PRADO qui bénéficient d'un accompagnement et d'un financement particulier<sup>1</sup> ;
  - Les patients orientés vers un centre d'hébergement<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur ce service organisé par l'Assurance maladie en vue de faciliter le retour à domicile de certains patients, voir la page <https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/service-patient/prado>

<sup>2</sup> Pour ces patients, voir la doctrine régionale n°039.

- Fluidifier les sorties d'hôpital, dans un contexte de fortes tensions des services hospitaliers et du secteur sanitaire en général, avec de fortes interrogations chez les professionnels et les usagers des établissements médicosociaux suite à l'impact massif de la COVID-19, de leur épuisement physique et mental, ravivé par la propagation des nouveaux variants du SRAS COV 2 en Ile de France.
- Permettre, pour les prises en charge post-hospitalisation une articulation ville/hôpital ou ESMS/hôpital<sup>3</sup> dans le cadre de coordinations ambulatoires habituelles ou ad hoc (organisations adaptées en situation d'épidémie COVID19) mises en place au niveau du territoire de santé.
- Limiter les ré-hospitalisations évitables, en proposant une concertation systématique entre les professionnels des secteurs, sanitaire ambulatoire et médicosocial pour élaborer le projet de soin (et de vie) de ce patient et pour certains du futur résident d'EHPAD ou usager de l'ESMS ou du SSIAD.
- Répondre au fort besoin de réassurance des futurs résidents/usagers et des familles quant aux conditions des soins dispensés lors de leur retour à leur domicile propre ou leur admission ou retour en ESMS.

### **Contexte**

Freins à la sortie des patients de MCO et SSR vers leur domicile ou un ESMS

Règles nationales et régionales en matière d'admission

### **Préparation de la sortie par l'établissement hospitalier**

Admission ou retour en EHPAD

Retour à domicile

### **Situations cliniques type et critères médicaux**

Sortie d'hospitalisation avec plan d'aide au quotidien

Retour à domicile possible

Orientation vers un EHPAD ou un ESMS

Suivi post hospitalisation d'un patient Covid-19

### **Annexes**

Terr-eSante et e-COVID

Covidom et Covid-02

---

<sup>3</sup> Voir aussi la doctrine régionale 094 de l'ARS IdF, « *COORDINATION ET CONTINUITÉ DES SOINS VILLE-HÔPITAL - Principes et lignes directrices pour le déploiement de protocoles territoriaux* ».

Comme toutes les doctrines régionales rendues publique elle se trouve à l'adresse URL suivante :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19>

### 3 CONTEXTE

De nombreux freins s'opposent aux retours d'hospitalisation des patients, vers leur domicile vers une admission en ESMS ; qui sont :

#### 3.1.1 Liés aux patients, du fait :

- de l'aggravation de la dépendance des patients par l'altération de leur état général en lien avec la Covid-19 ;
- d'une perte d'autonomie (patients SDF, patients psychiatriques...) ;
- de la méconnaissance fréquente de l'état de santé réel et global de la personne en post-hospitalisation, à l'origine d'une appréhension à les (re)prendre en charge pour des soignants se sentant isolés, aussi bien en SSIAD qu'en EHPAD.

#### 3.1.2 Liés à l'épidémie de Covid-19, du fait

- du rebond épidémique des variants viraux ;
- de la nécessité de la prise en charge hospitalière de patients présentant des maladies chroniques ;
- De l'impact psychologique de la Covid-19 sur les EHPAD et leur l'environnement ;
- Du besoin de réassurance des établissements et des familles sur les conditions des admissions ;
- De l'épuisement physique et moral des professionnels ;
- d'une situation RH tendue, en lien avec un déficit, préexistant mais aussi aggravé par la crise sanitaire actuelle, des effectifs soignants et médicaux avec de nombreuses vacances de postes suite à l'accroissement considérable des démissions (aides-soignantes, IDE, IDEC, rééducateurs et médecins), et du déséquilibre de valorisation salariale entre les secteurs sanitaire et médicosocial ;
- d'une reprise difficile des admissions, encadrée par des règles nationales et régionales, contraignantes et évolutives en fonction des étapes de l'épidémie ; (isolement transitoire au sein de l'ESMS lors de l'admission ou d'un transfert de l'hôpital)
- d'une accélération du fait de l'épidémie de la médicalisation contrainte de ces structures (EHPAD, ESMS et des SSIAD) qui se traduit par une augmentation et une diversification des gestes techniques ;
- du désarroi de tous face aux pratiques imposées par la Covid-19 (mesures barrières et distanciation sociale) souvent incompatibles avec les valeurs des soignants dans l'accompagnement et le prendre soin.

#### 3.1.3 Liés aux difficultés de ressources humaines pour des prises en charge lourdes ou complexes, du fait

- des contraintes budgétaires pour la structure accueillante EHPAD ou SSIAD lorsqu'il faut faire appel à des prestataires ou assurer des soins onéreux ;
- d'une difficulté de conventionnement pour les SSIAD avec les IDEL ;
  - o pour des raisons financières : le paiement des factures des IDEL par les SSIAD peut être long plus long que celui de la CNAM après une télétransmission de la feuille de soins électronique ;
  - o pour des raisons d'organisation complexe des prises en charge partagées ;
- de l'absence fréquente de médecin coordonnateur et/ou de médecin traitant ou prescripteur pour le suivi médical ;
- de la complexité d'assurer la continuité des prises en charge h. 24 et 7j. / 7.
  - o Les SSIAD ne sont pas toujours en mesure d'assurer de nombreux passages quotidiens (> 2 voire 3) notamment pour les soins infirmiers ;

- De la rareté d'une IDE de nuit en EHPAD, ESMS et en SSIAD

### 3.1.4 Liés à la complexité des démarches administratives et à la méconnaissance des structures et leurs différents canaux d'admissions

Le présent document vise notamment à lever ces freins en apportant les renseignements nécessaires.

La Covid-19 et l'apparition des variants viraux imposent, malgré la campagne de vaccination, le maintien d'une vigilance face au risque infectieux lors des admissions en EHPAD, en ESMS ou en SSIAD ; selon les règles définies nationalement<sup>4</sup> et régionalement.

Il s'agit de renforcer la vigilance en terme de contamination et pour toute admission. Cela se traduit par un isolement suivi du respect, pour tout résident en EHPAD, en ESMS ou à son domicile, d'un renforcement des gestes barrières<sup>5</sup> à savoir : une distance d'au moins deux mètres pour se dispenser du port de masque, le port du masque chirurgical pour tous les résidents ou usagers dans la mesure du possible en cas de symptômes psycho comportementaux, et leurs proches en cas de visite

Un établissement est considéré indemne de Covid-19 en l'absence de nouveaux cas depuis 14 jours à compter du dernier test positif (RT-PCR ou TAg)

Conformément aux recommandations, les admissions dépendent à la fois du statut COVID du patient et du statut Covid-19 de l'EHPAD ou de l'ESMS susceptible de l'accueillir.

L'avis éclairé du patient et de ses proches et/ou de l'éventuel tuteur ou curateur sont nécessaires en cas d'admission dans un EHPAD ayant des cas avérés de Covid-19.

## 4 PRÉPARATION DE LA SORTIE PAR L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

### 4.1.1 Admission ou retour en EHPAD

#### 4.1.1.1 Personne non atteinte de Covid-19 lors du séjour hospitalier (ou considérée comme guérie)

Toute personne a priori indemne et sortant de l'hôpital doit cependant respecter un isolement de 7 jours dans sa chambre, quel que soit son statut vaccinal, isolement qui ne sera levé qu'après l'obtention du résultat négatif d'un test Ag ou RT PCR prélevé à j.7.

Ce résident ou l'utilisateur doit porter un masque en présence d'une tierce personne et ne peut bénéficier pendant ces 7 jours des animations collectives, des espaces de déambulation ou des repas en salle à manger.

Si le test à j.7 revient positif, l'isolement sera poursuivi selon les modalités décrites ci-dessous pour la personne diagnostiquée Covid + lors de son séjour hospitalier.

#### 4.1.1.2 Personne confirmée Covid + lors du séjour hospitalier.

**Les modalités de retour ou de primo-admission après une hospitalisation respectent les recommandations relatives aux délais recommandés pour le retour de l'hôpital en EHPAD des résidents atteints de Covid-19** et tiennent compte de l'immunodépression ou non de la personne ou non et de son infectiosité potentielle (cf. figure 1 ci-dessous).

Selon les dernières recommandations nationales, et suivant l'avis du 3 février 2021 du Haut conseil de la santé publique « *relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 en établissements de santé (ES) et en établissements médico-sociaux (ESMS) complémentaire à l'avis du 18 janvier 2021*<sup>6</sup> », la contagiosité d'une personne et sa capacité à être réintégrée ou non dans un circuit de soins peut s'apprécier d'une part sur la durée évolutive depuis le début des symptômes (DDS) ou la date du prélèvement (DDP) nasopharyngé revenu positif pour une personne

<sup>4</sup> [https://www.fnccs.org/sites/default/files/REPLY\\_MINSANTE\\_07\\_Doctrine\\_lutte\\_variantes.pdf](https://www.fnccs.org/sites/default/files/REPLY_MINSANTE_07_Doctrine_lutte_variantes.pdf)

<sup>5</sup> [https://www.fnccs.org/sites/default/files/REPLY\\_MINSANTE\\_2021\\_07\\_Doctrine\\_lutte\\_variantes\\_26\\_11\\_2021.pdf](https://www.fnccs.org/sites/default/files/REPLY_MINSANTE_2021_07_Doctrine_lutte_variantes_26_11_2021.pdf)

<sup>6</sup> Cet avis est disponible en ligne sur le site internet du HCSP à l'adresse URL suivante : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=978>

asymptomatique et d'autre part sur la valeur du CT (= *Cycle threshold* ou *cycle-seuil*) qui exprime le nombre de cycles d'amplifications qui ont été nécessaires pour détecter la présence du matériel génétique viral.

Ainsi, il est désormais considéré que la personne infestée par le virus de la Covid-19 n'est en pratique plus contaminante au-delà du 10<sup>e</sup> jour d'évolution de son infection, sous réserve de l'absence de symptomatologie résiduelle (absence de fièvre sans apyrétique depuis 48h, absence de dyspnée ; en revanche la persistance d'une toux, habituelle, n'a pas de valeur) ;

**A titre exceptionnel**, pour l'appréciation du risque infectieux résiduel d'un patient, et malgré les variations de valeurs de CT inhérentes aux différentes techniques de RT-PCR utilisées dans chaque laboratoire (nature des réactifs utilisés, nature du thermocycleur...), les valeurs suivantes sont proposées à titre indicatif par la Société Française de microbiologie, en lien avec le Centre national de référence des virus des infections respiratoires :

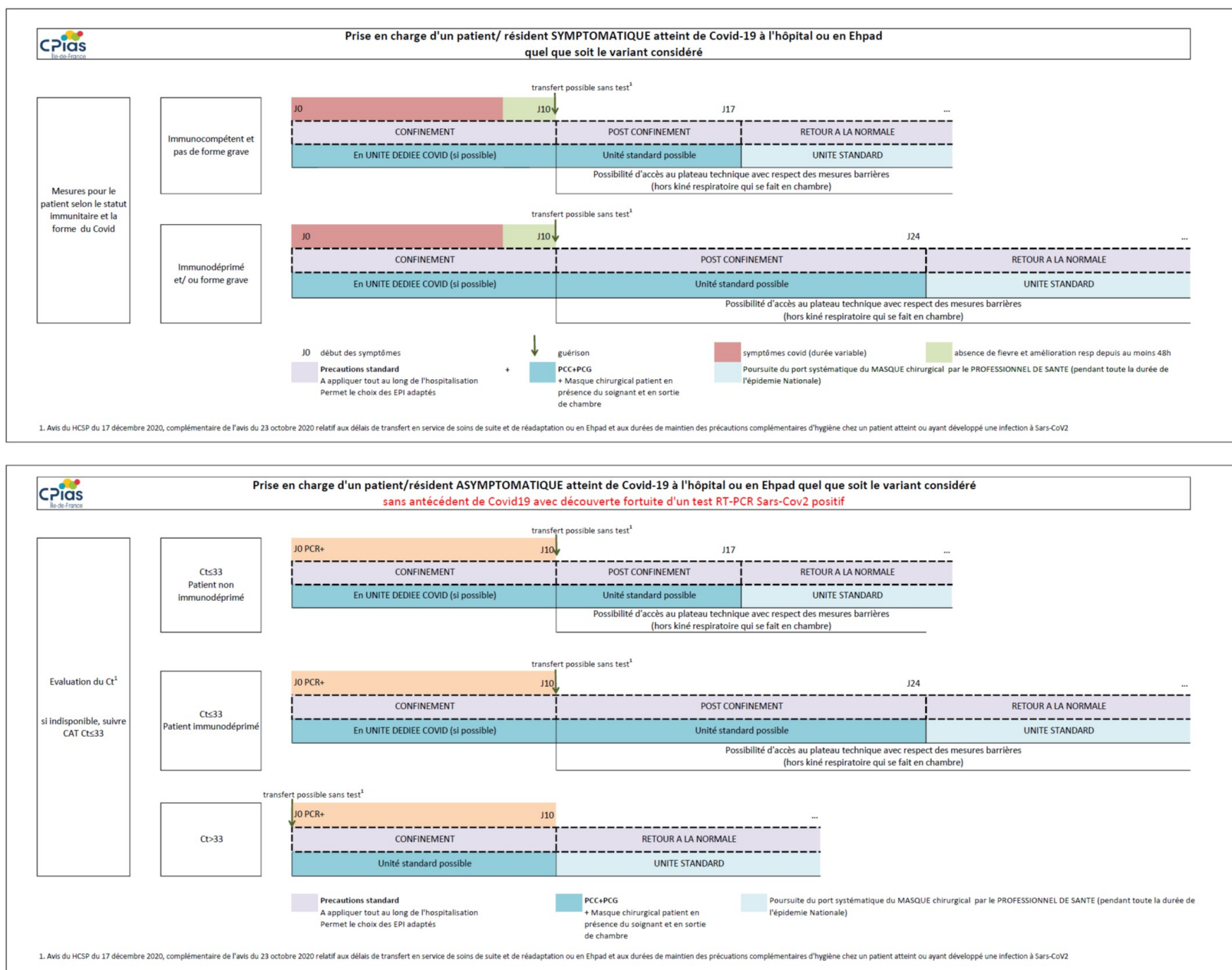
- si la valeur du CT atteinte lors de l'analyse était inférieure à 23 cycles, la haute présence d'ARN viral détectée est compatible avec une forte excrétion virale (et donc une possible contagiosité élevée) ;
- si la valeur du CT était comprise entre 23 et 33 cycles, la présence d'ARN viral détectée est compatible avec une excrétion virale significative ;
- si la valeur du CT était supérieure à 33 cycles, la présence d'ARN viral détectée est compatible avec une excrétion virale modérée ou très faible.

**La diffusion croissante des nouveaux variants, réputés plus contagieux, impose d'accroître et d'harmoniser les durées d'isolement, désormais fixées à 10 jours pour tous les patients<sup>7</sup>, quels que soient la souche virale initiale (dite 'sauvage' ou variants 20I/501Y.V1 ('Britannique'), EOH/501Y.V2 ('Sud-Africaine') et 20J/501Y.V3 ('Brésilienne') et l'immunocompétence du patient**

Les mesures barrières sont scrupuleusement respectées par le patient et le professionnel pendant toute la durée de l'épidémie nationale. La distanciation physique passe à 2m. minimum. Le professionnel a une tenue de travail changée et entretenue quotidiennement. Le retour à domicile est possible à n'importe quel moment. Le patient rentre alors dans le circuit de prise en charge à domicile et poursuit les mesures préconisées correspondant à la période dans laquelle il se trouve.

Il n'est pas nécessaire de re-tester une personne RT-PCR positive au SRAS CoV-2 (initial ou variant V1, V2 ou V3) pour permettre son retour ou sa primo-admission en EHPAD après le 10 jour d'évolution de l'infection, à la condition d'une absence de symptomatologie résiduelle.

<sup>7</sup> Cf. le message MARS du 19/02/2021 diffusé par le Centre de gestion de crise sanitaire du Ministère de la santé, sur l'harmonisation des mesures d'isolement et de quarantaine pour les cas confirmés et les personnes contact à risque dans le cadre de la stratégie de freinage de la propagation des variantes du Sars-CoV-2.



**Figure 1 :** Schémas de la prise en charge d'un patient ou résident symptomatique (en haut) ou asymptomatique (en bas) et dans les deux cas infesté par le virus SARS-Cov-2 quelle qu'en soit la souche, initiale ou variants V1, V2 ou V3.

\* : PCC+PCG= précautions complémentaires contact + précautions complémentaires gouttelettes

#### 4.1.2 Retour à domicile

Dans la décision de sortie, la situation du patient s'apprécie dans sa globalité, par l'établissement de santé, le médecin traitant, le cas échéant l'IDEL, l'EHPAD, ESMS, le SSIAD afin d'évaluer sa capacité à regagner directement son domicile.

Si la personne n'a pas de médecin traitant identifié, l'établissement d'hospitalisation doit, pour préparer son retour du patient à domicile, se rapprocher du DAC du territoire pour participer à l'évaluation et proposer un médecin traitant au patient ainsi que la possibilité de téléconsultation ou de télésuivi avec les ressources territoriales.

#### 4.1.3 Sortie d'hospitalisation d'un patient hospitalisé pour Covid-19

Différentes situations cliniques types, , peuvent être envisagées avec les modalités de suivi correspondantes (voir ci-dessous en figure 1).

Le HCSP a publié le 29 octobre 2020<sup>8</sup> une *actualisation de ses avis antérieurs ( 31 mars, 20 avril, 23 juillet 2020) relatifs aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics.*

La nécessité de poursuite à domicile d'une oxygénothérapie ne constitue pas, en elle-même, une contre-indication<sup>9</sup>.

---

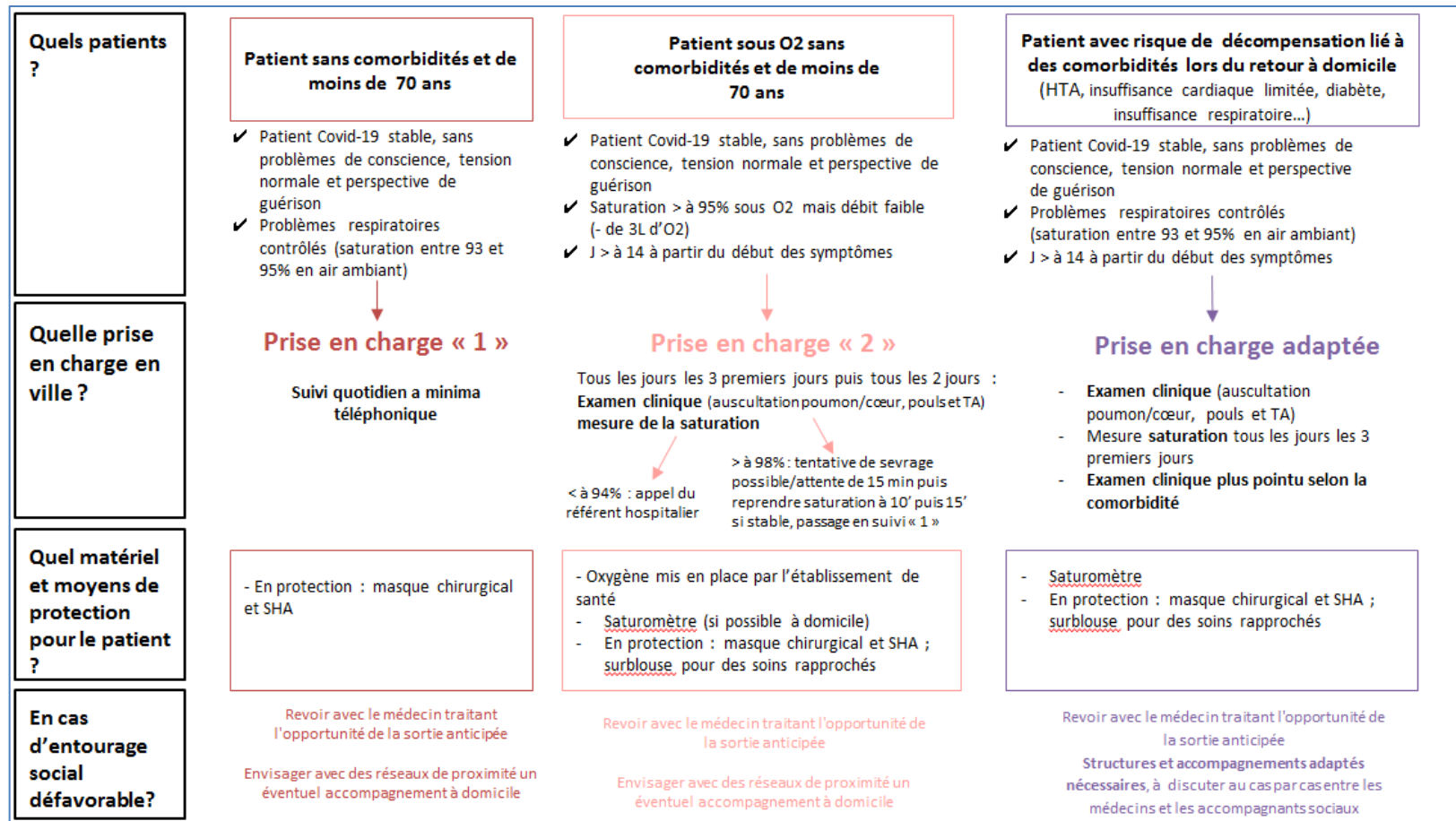
<sup>8</sup> Cet avis est consultable en ligne sur le site du HCSP à l'adresse URL suivante : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>

<sup>9</sup> Voir notamment à ce propos :

- la fiche annexe 1 sur l'oxygénothérapie du message DGS-Urgent 2020-056 du 13 novembre 2020, téléchargeable sur le site du Ministère de la santé à l'adresse URL suivante : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_annexe\\_1\\_oxyge\\_nothe\\_rapie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_annexe_1_oxyge_nothe_rapie.pdf) , ainsi que :

- la fiche du Collège professionnel de Médecine générale intitulée « Covid-19 : Prise en charge à domicile d'un patient oxygénorequérant » et téléchargeable à l'adresse URL suivante : <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2021/01/Infog-Oxy-11janv2021.pdf>

- la page consacrée à l'oxygénothérapie du site Ameli.fr : <https://www.ameli.fr/yvelines/medecin/actualites/prise-en-charge-de-loxygenotherapie-des-patients-covid-19-en-medecine-de-ville>



**Figure 2 :** Situations cliniques-typiques et modalités de suivi correspondantes <sup>10</sup>

<sup>10</sup> Les modalités proposées dans ce document ne constituent pas des bornes fixes, mais sont des points de repères, qui doivent être affinés, au cas par cas, entre les professionnels de santé de ville et des établissements de santé concernés. Il n'a vocation à cadrer que des décisions de sortie de l'établissement dans une perspective de guérison et non dans une perspective de soins palliatifs. Dans la décision de sortie, la situation clinique des patients a vocation à être appréciée au regard de leur environnement social (entourage, habitat, conditions de vie) qui conditionne une bonne prise en charge à domicile. L'ensemble du cercle de soins primaires du patient (médecins, infirmier, MK etc.) peut être mobilisé dans cette prise en charge, sans que le présent document n'ait vocation à fixer les rôles de chacun.



#### 4.1.4 Évaluation des critères de sortie liés aux modalités de prise en charge ambulatoire.

Une évaluation médicosociale doit être réalisée dès les premiers jours d'hospitalisation afin d'identifier les facteurs de vulnérabilité avant l'hôpital et ceux qui pourraient être engendrés au décours du séjour hospitalier.

Le médecin référent, l'IDE référente ou l'assistante sociale de l'établissement de santé prend contact :

- Avec l'entourage du patient et prend en compte ses souhaits. Il évalue également les capacités du patient à prendre une décision quant à son projet de vie et de soins et un éventuel transfert en établissement.
- S'ils existent, avec le médecin traitant et le cas échéant avec l'IDE ou les IDE qui interviennent habituellement dans sa prise en charge.
- Dans les autres cas il recherche et contacte des correspondants ou une organisation locale professionnels de santé libéraux, CMS, CPTS ou MSP), dispositifs d'appui à la coordination (dont réseau, MAIA) si le patient présente des complexités médico-sociales ayant identifié des volontaires pour intervenir auprès des malades Covid+, et coordonner leurs interventions<sup>11</sup>.

L'appréciation par les praticiens de l'état du patient et de son environnement et l'échange entre les professionnels de ville, du secteur médicosocial permettent de prendre la décision de mettre en place un retour et un suivi à domicile du patient.

Les points de vigilance pour permettre un suivi à domicile des patients sont :

- Au plan clinique, l'absence de critères de gravité ;
- Au plan du logement et de l'environnement du patient : une pièce dédiée et aérée, où le patient pourra rester confiné, des moyens de communication possible (téléphone, ordinateur...), un accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Une compréhension pour le patient des règles d'hygiène (désinfection des surfaces, nettoyage des WC et salle de bain) et d'auto-surveillance ;
- L'absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile si les règles d'isolement ne peuvent pas être respectées et si le patient est considéré comme contagieux

Lorsque le patient ne peut retourner à son domicile ou si son état nécessite la mise en œuvre d'aides ou de services supplémentaires, il convient d'en réaliser les démarches, souvent longues, de la manière la plus précoce possible, et de rechercher la structure ad hoc dès que possible et d'en constituer les dossiers administratifs et médicaux.

#### Identification des EHPAD, ESMS et SSIAD

Les structures ESMS doivent s'assurer que leur identification est enregistrée et actualisée dans les différents supports pour faciliter la recherche des travailleurs sociaux et des médecins de SSR ou MCO :

- Le *Répertoire Opérationnel des Ressources* (ROR) ([www.ror-idf.fr](http://www.ror-idf.fr)) est le référentiel unique de description de l'offre de santé. Il centralise les descriptions de l'offre de santé des établissements sanitaires (MCO, PSY, SSR, HAD), des professionnels de santé libéraux et des établissements médico-sociaux en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (EHPAD, SSIAD, SAAD, Résidences autonomie, Accueil de jour...) et des personnes en situation de handicap (FAM, MAS...). Il est accessible en ligne et à destination des professionnels de santé.

<sup>11</sup> Cf. Recommandation n°46 ARS Ile-de-France Covid19 - Dispositifs d'appui à la coordination – v1 du 03/04/2020 accessible ici : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

- *ViaTrajectoire* ([www.trajectoire.sante-ra.fr](http://www.trajectoire.sante-ra.fr)) est interfacé avec le ROR : les données renseignées dans le ROR sont reprises dans *ViaTrajectoire*

*Pour disposer de comptes sur le ROR et ou ViaTrajectoire, contacter [viatrajectoire@sesan.fr](mailto:viatrajectoire@sesan.fr)*

**Le service adresseur étudie le mode de sortie de la personne à organiser au domicile en fonction du niveau de coordination nécessaire pour sa pathologie et sa capacité de la personne à participer à cette coordination (notamment avec le médecin traitant pour les interventions de professionnels libéraux. Il sollicitera alors le dispositif adéquat.**

Il convient en premier lieu de s'assurer que la personne a un médecin traitant dans le cas contraire il faut contacter :

- le dispositif d'appui et de coordination (DAC)<sup>12</sup> du territoire afin que ce dernier guide l'utilisateur ou ses proches pour la recherche d'un médecin traitant ,
- ou s'appuyer sur d'autres ressources du territoire : - Organisation locale : professionnels de santé libéraux, CPTS, MSP, Centres de Santé,
- Une organisation départementale d'orientation comme, par exemple, dans le cadre des départements 78 et 93, la plate-forme d'orientation coordonnée par l'APTA. Cette plate-forme d'orientation est en charge de trouver le médecin se substituant au médecin traitant et de façon générale tout professionnel de santé devant prendre en charge le patient.

Le retour est conditionné à la fois à l'accord du médecin traitant, et le cas échéant et à l'accord de l'IDEL et du service à domicile. Il convient donc d'effectuer les démarches en amont du retour et de la capacité du patient ou de son entourage de se faire délivrer en officine les médicaments et produits prescrits en établissement de santé.

Pour des patients complexes qui bénéficient d'une prise en charge cumulée en HAD et SSIAD par exemple, il est recommandé de s'assurer de la bonne information des différents professionnels et services mobilisés pour leur permettre une bonne articulation afin d'éviter des ré hospitalisations précoces. Il faut aussi mettre en place un moyen de communication direct avec un référent hospitalier en privilégiant une ligne téléphonique Covid si possible 24/24h dédiée aux médecins. Les motifs et les modalités potentiels d'appel ainsi que les responsabilités seront définis entre les partenaires, si possible en amont de l'hospitalisation. Inscrire les patients présentant une situation clinique sévère ou complexe dans un outil partagé de suivi (exemple Terr-eSanté/eCOVID, Covidom, plateforme collaborative de télé suivi à domicile...), avec l'appui de l'APTA quand elle existe.

### **Actions réalisées par l'établissement de santé lors de la sortie d'un patient hospitalisé pour Covid-10**

Préalablement à la sortie, l'établissement de santé :

- S'assure de la réalité et de l'organisation d'un relai de prise en charge à domicile avec intervention à distance (PEC1, figure 1) ou à domicile du médecin traitant ou de la coordination locale (PEC2 et PEC adaptée) identifiés et joignables.
- En cas de nécessité de poursuite d'une oxygénothérapie à faible débit, le médecin hospitalier prescrit la mise en place des moyens nécessaires au domicile du patient au moment de sa sortie en ce qui concerne l'administration
- Le cas échéant, fournit une dotation amorce des médicaments et produits prescrits pour éviter une rupture de traitement au retour à domicile.
- Évalue la situation du patient par rapport à sa contagiosité (cf. chapitre 4.1)
- Adresse aux professionnels qui vont assurer le suivi à domicile
  - un compte rendu d'hospitalisation.

<sup>12</sup> Cf. sur ce sujet la doctrine régionale n°046 relative aux DAC.

- une modalité de communication avec l'hôpital pour joindre un référent hospitalier et offrir la possibilité d'appui et de conseil téléphonique si nécessaire (Par exemple : Numéro unique d'un médecin référent joignable si possible 24h/24).
- un document d'information dans lequel sont précisés les principes généraux du suivi à domicile, quelles qu'en soient les modalités
- la ou les ordonnances de sortie ;
- une lettre de liaison sur laquelle figurent notamment les coordonnées du médecin référent hospitalier à contacter si besoin et le cas échéant les coordonnées du prestataire chargé de la dispensation de l'oxygénothérapie à domicile, et les informations relatives aux outils numériques utilisés pour tracer le suivi réalisé au domicile ;
- son prochain rendez-vous hospitalier pour une consultation post-Covid (présentiel ou en téléconsultation)
- s'assurer que le patient a bien compris les modalités de sa prise en charge et qu'il en est d'accord.
- inscrire le patient sur un outil de suivi (Exemple Terr-eSanté/eCOVID ou Covidom /Covid O2).

Outre l'orientation vers des professionnels libéraux, une offre de services variés est aussi mobilisable selon les besoins du patient. Ces différents services sont détaillés ci-dessous.

Avant la décision de la sortie d'hospitalisation, l'établissement de santé organise la prise en charge des patients complexes avec les services de soins à domicile, en connaissance de leurs lieux d'interventions, de leurs missions et leurs possibilités de prises en charge (horaires d'intervention, capacité d'accueil, publics concernés...).

#### 4.1.5 Le SSIAD

Le service de soins infirmiers à domicile a pour missions de :

- Retarder ou prévenir les hospitalisations,
- Faciliter les retours à domicile après une hospitalisation,
- Éviter les hospitalisations,
- Retarder l'entrée en institution,
- Prévenir la perte d'autonomie.

Il intervient sur prescription médicale auprès de personnes âgées de plus de 60 ans et/ou présentant une pathologie chronique invalidante. Certains d'entre-deux ont des autorisations d'intervention auprès des personnes handicapées (places dédiées).

La prise en charge financière est assurée à 100% par l'assurance maladie. L'utilisateur doit donc avoir ses droits ouverts.

Le service est constitué au minimum d'une infirmière coordinatrice ou d'un cadre de santé, et d'une équipe d'aides-soignants qui interviennent au domicile de l'utilisateur. Il peut être constitué également de psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...

Il assure principalement des soins d'hygiène et de confort, des actions de prévention, d'éducation à la santé. Les soins sur prescription sont assurés soit par des infirmiers du service soit en partenariat avec des infirmiers libéraux ayant signé une convention (prise en charge financière par le SSIAD dans le cadre de sa dotation) en fonction des possibilités et des horaires d'ouverture du service.

Toute prise en charge nécessite au-préalable une évaluation de la personne dans le service par audio ou télémedecine. Selon l'état sanitaire du MCO ou du SSR, une visite d'évaluation peut être programmée sur site avec l'équipe médicale et paramédicale et au lit du patient. Cette évaluation permet une présentation médico-psycho-sociale et d'identifier les besoins de la personne, son projet de vie, son projet de soins et la capacité du SSIAD à assurer la prise en charge. À la sortie d'hospitalisation, les actes de soins et de surveillance doivent être formalisés

et validées par les équipes soignantes de part et d'autre. Cette évaluation pluri professionnelle doit être réalisée au plus tôt pour anticiper les actions à mettre en place d'ici le retour à domicile et fluidifier le parcours (visite d'un ergothérapeute pour adaptation du logement, installation de matériel adapté à la perte d'autonomie, conventionnement avec les infirmiers libéraux, coordination avec les autres acteurs du domicile, intervention pour désinsectisation des logements insalubres).

Le nombre de places étant limité, le patient doit parfois être inscrit sur liste d'attente.

#### 4.1.6 Le SAAD

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile intervient auprès des personnes âgées de plus de 60 ans mais aussi auprès de personnes handicapées. Il concourt au maintien à domicile de la personne en proposant des prestations d'aide et d'accompagnement pour les actes essentiels de la vie quotidienne.

Ses principales missions sont :

- l'entretien du logement,
- l'aide aux activités quotidiennes (aide à la préparation du repas, aide au courses, aide à l'entretien du linge),
- l'aide aux soins d'hygiène corporelle,
- l'aide aux tâches administratives.

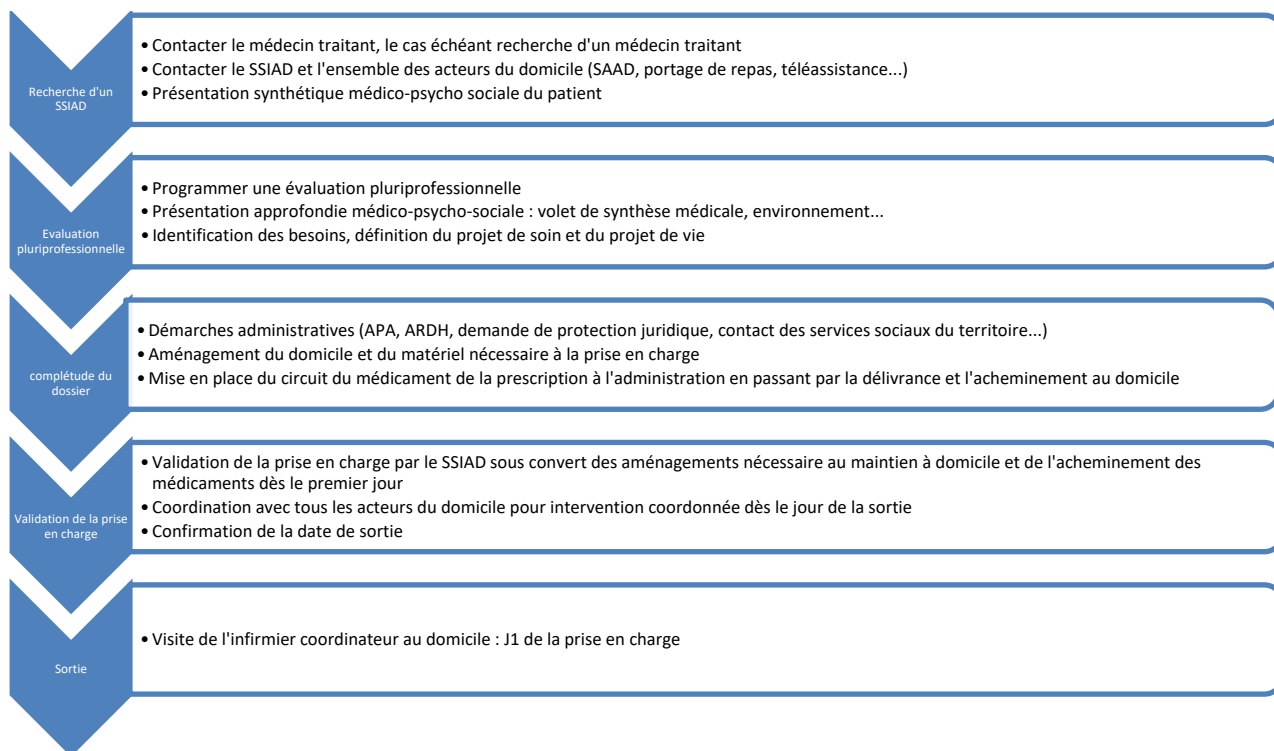
Une aide financière du département peut être apportée sous condition de ressources et en fonction de l'évaluation de la perte d'autonomie. Une demande d'APA à domicile doit être déposée au plus tôt pour les personnes dépendantes (GIR>4).

Une demande d'APA U (= urgente) peut être instruite par le service hospitalier avant la sortie pour activer l'APA dès la sortie d'hospitalisation.

Pour les GIR 5-6 le service social du MCO ou du SSR peut faire une demande d'ARDH (Aide au retour à domicile après hospitalisation) pour obtenir l'octroi d'une aide financière de la caisse de retraite complémentaire en vue du retour à domicile après hospitalisation.

#### 4.1.7 Les SPASAD

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile sont des services intégrés d'un SSIAD et d'un SAAD. Ils proposent une prise en charge avec une coordination renforcée entre les deux services afin de répondre au mieux aux besoins de la personne.



Les démarches d'aides au retour à domicile comprennent :

- Des démarches administratives : une demande d'APA à domicile ou de réévaluation des droits en cas d'évolution des besoins d'aide de la personne. Elle s'effectue soit avec un dossier en ligne, soit par une saisine des services sociaux du département pour réévaluation. Le délai de traitement de la demande est en général de plusieurs mois (2 à 3 mois au minimum pour une obtention de l'APA).

Il existe une possibilité d'ouverture de droits APA en urgence par les départements mais il faut toujours privilégier une anticipation du montage du dossier dès l'entrée de l'utilisateur en SSR ou en MCO.

- Des contacts sont souvent indispensables avec les services sociaux compétents ou les DAC, le cas échéant, afin d'organiser un suivi social avec les travailleurs sociaux des territoires (conseil départemental, etc).

La demande d'admission doit comporter le même niveau de renseignement des données médicales, sociales et administratives que celle à destination des EHPAD. (cf. infra)

Pour les situations complexes, un appui des DAC ou d'un autre dispositif de coordination présents sur le territoire (MAIA, CLIC, ...) peut être sollicité, et également une prise en charge conjointe à celle du SSIAD peut être organisée (HAD.)

#### 4.1.8 L'HAD

L'Hospitalisation à domicile - HAD est une alternative à l'hospitalisation en établissement, offrant au patient une possibilité de prise en charge hospitalière au domicile ou au sein d'établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement (EHPAD, résidence autonomie, foyer de travailleur migrant, hôtel).

L'HAD y dispense des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, caractérisés par la complexité et la fréquence des actes (ex pansements de plus de trente minutes par jour, chimiothérapie, alimentation parentérale, perfusion, pompes à morphine, soins palliatifs...)

Elle intervient auprès de personnes atteintes de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, nécessitant des soins techniques spécifiques de type hospitalier. Ne sont pas admis en HAD, les malades qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés (infirmiers libéraux) ou de soins infirmiers à domicile.

L'HAD intervient sur prescription médicale (médecin hospitalier ou libéral) après une évaluation par le service d'HAD et après accord du médecin traitant. La prise en charge financière est assurée par l'assurance maladie à 100%. Toutes les prestations, interventions, le matériel, la pharmacie sont à la charge de l'HAD.

Une permanence de soins est assurée 24h/24 et 7 jours sur 7. La durée de la prise en soins est fonction du projet thérapeutique.

L'équipe est constituée d'un médecin coordonnateur, d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'aide-soignant mais également de psychologues, assistants sociaux, diététiciens, masseurs kinésithérapeute, ergothérapeutes, stomathérapeutes, orthophonistes... (salariés ou libéraux) ayant signé une convention avec l'HAD.

L'intervention de l'HAD peut être seule, conjointe avec un SSIAD, un SPASAD (en période de crise épidémique de Covid-19, le délai de 7 jours de prise en charge SSIAD antérieure à l'hospitalisation est levé), avec un réseau de soins palliatifs, un SAAD.

L'intervention de l'HAD peut être immédiate après l'hospitalisation ou différée dans le cadre de l'anticipation d'un risque de décompensation aiguë et rapide. Dans ce cas, l'HAD constitue un dossier dormant qui peut être activée sans délai dès que la situation le nécessite. La prise en charge est alors immédiate.

La première étape consiste à interroger les EHPAD (ou ESMS...) sur leur statut Covid et leur disponibilité quant à l'accueil de résident ou usager. Pour faciliter les démarches il est nécessaire de vérifier que les places disponibles correspondent au profil du futur résident (statut Covid, maladie de type Alzheimer, maladie psychiatrique, déambulante ou non déambulante.)

#### 4.1.9 Démarches de primo-admission ou de retour en structure médicosociale

L'ouverture des droits (assurance maladie, nationalité française ou carte de séjour) est un prérequis pour une admission dans un EHPAD. Il s'agit du dossier national Cerfa<sup>13</sup> qui comporte :

- Un volet administratif renseigné par le proche ou la personne de confiance avec le soutien du travailleur social du SSR ou du MCO de l'hôpital ou de l'établissement de santé ;
  - Un volet médical renseigné le médecin référent du service adresseur. Ce volet médical étant relativement succinct il est fortement conseillé d'y joindre les derniers comptes rendus médicaux pertinents,
  - le statut Covid du futur résident
    - la date du diagnostic par RTPCR ou test antigénique en cas de maladie Covid, la date de disparition des derniers symptômes),
    - le résultat du test Covid à j.7 en cas de sujet contact,
    - le séquençage d'un éventuel variant,

<sup>13</sup> [https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa\\_14732.do](https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_14732.do)

- le statut vaccinal avec le nom du vaccin, le numéro du lot et les dates des deux injections.
- Le GIR et notamment la cotation selon la grille AGGIR

Le dossier peut être adressé à un ou plusieurs EHPAD sous format papier mais le dépôt sous forme dématérialisée dans Via Trajectoire est à privilégier autant que possible.

#### 4.1.10 Ouverture des droits des prises en charge financières(rappels)

##### 4.1.10.1 Les demandes d'APA en établissement<sup>14</sup>

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. L'APA en établissement aide à payer une partie des frais correspondant à l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR de la personne entrant en EHPAD ou USLD

Pour bénéficier de l'APA en établissement, il faut être âgé de 60 ans ou plus, résider en France de façon stable et régulière, être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Il n'y a pas de conditions de revenu pour bénéficier de l'APA. En revanche, le montant attribué dépend du niveau de revenus. Au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation progressive sera demandée.

Elle est attribuée par le département du lieu de résidence de la personne ou du lieu de domicile de secours (pour les personnes issues de la précarité).

Si l'EHPAD est hors du département de résidence, dépôt d'une demande d'APA auprès du département du domicile. Pour les personnes sans domicile, il est nécessaire dans un premier temps de rechercher le domicile de secours.

##### 4.1.10.2 Les demandes d'aide sociale à l'hébergement (ASH)

31 % des personnes en attente de places d'EHPAD relèvent d'une demande d'ASH<sup>15</sup>.

Les personnes les plus démunies qui ne peuvent assumer le coût de l'EHPAD doivent adresser un dossier de demande d'ASH au département de leur domicile de secours dans les 2 mois suivant leur entrée dans un établissement habilité à recevoir l'ASH.

Le conseil départemental fixe le montant de l'ASH en fonction de la situation de la personne et du règlement d'aide sociale en vigueur dans le département. Il va étudier ses ressources, celles de son conjoint, celles de ses obligés alimentaires.

Le conseil départemental détermine le montant que la personne peut payer tous les mois en fonction de ses ressources et de celles de son conjoint. Il détermine également, le cas échéant, le montant que doivent payer tous les mois ses obligés alimentaires en fonction de leurs ressources. Une somme minimum sera obligatoirement laissée au bénéficiaire de l'ASH, par le conseil départemental. Il s'agit de 1 % du montant annuel de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées), ex-minimum vieillesse, soit 108 € par mois en 2020.

Un résident peut entrer en tant que « payant » et en cas de difficultés pour continuer de payer la facture au cours du séjour demander une l'ASH, mais il est préférable d'anticiper cette nécessité dès l'entrée.

Le conseil départemental paie la partie non couverte par les revenus du résident directement à l'établissement.

Il récupère ensuite la participation demandée aux obligés alimentaires, s'il y en a.

<sup>14</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

<sup>15</sup> <https://www.78-92.fr/annuaire/aides-et-services/detail/aide-sociale-a-lhebergement-dune-personne-agee>

Les délais d'instruction des dossiers sont susceptibles d'être longs. Si le conseil départemental accorde l'ASH alors que la personne est déjà dans l'établissement depuis un certain temps, l'établissement reçoit rétroactivement les sommes dues de la part du conseil départemental. En effet, le droit à l'ASH est ouvert à partir de la date d'entrée en établissement.

Dans le cadre d'un hébergement en accueil familial, le Conseil départemental verse directement l'ASH à la personne accueillie ou à son tuteur.

- Une aide sociale d'État peut être attribuée pour les personnes sans domicile de secours.
- Les personnes pouvant bénéficier d'une reconnaissance MDPH

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ne peut pas intervenir tant qu'elle n'a pas reçu de demande de la part d'une personne handicapée ou de son représentant légal. Une première demande est déposée au moment où la personne le souhaite. Le dossier de demande est constitué de documents obligatoires (formulaire de demande (cerfa N°15692\*01), certificat médical, justificatif d'identité, justificatif de domicile) et de documents facultatifs comme le projet de vie.

Le formulaire permet de renseigner la MDPH sur la situation et les besoins du demandeur afin d'étudier ses droits aux aides sociales suivantes ce formulaire permet d'accéder en particulier à une orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

#### 4.1.11 Personnes relevant d'une demande de mesure de protection

S'il existe la nécessité de mise en place d'une mesure de protection, il convient d'anticiper les démarches dès le début du séjour. Il existe une possibilité de jugement sans audience en cas d'accord des parties.

**La sauvegarde de justice avec désignation d'un mandataire spécial peut répondre aux situations d'urgence**<sup>16</sup>, dans l'attente d'une décision du juge lorsqu'une demande d'ouverture de curatelle ou de tutelle a été formulée. Dans ce cas, il convient que le médecin hospitalier ou le médecin traitant fasse la demande par écrit auprès du procureur de la République joint dans la mesure du possible du certificat médical d'un psychiatre.

L'ouverture d'une mesure de protection juridique du majeur (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) peut être demandée au juge des contentieux de la protection par les personnes suivantes :

- la personne à protéger elle-même, ou la personne avec qui elle vit en couple (c'est-à-dire l'époux, le partenaire ou le concubin),
- un parent ou un allié,
- une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables,
- la personne qui exerce déjà la mesure de protection juridique (curateur ou tuteur).

La demande est appelée requête.

La demande peut aussi être présentée par le procureur de la République qui la formule soit de sa propre initiative, soit à la demande d'un tiers (par exemple, médecin, directeur d'établissement de santé, travailleur social).

Si la personne âgée est déjà sous mesure de protection, il faut envisager en amont avec le représentant légal, des perspectives d'admission en EHPAD qui signalera au juge du contentieux des protections, l'admission en EHPAD.

<sup>16</sup> Cf. l'article 425 du Code civil : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006427435](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427435) ainsi que les articles 433 à 439 du même code : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006150532/>



#### 4.1.12 La visite de pré admission en EHPAD ou autre établissement

**Il est fortement recommandé de recourir à la téléconsultation pour faciliter les visites de préadmission (éligibilité de la personne) et les échanges entre les équipes du SSR ou du MCO et celles des EHPAD (ou ESMS...) sur le cadrage du projet de soin.**

Il est recommandé que L'EHPAD fournisse une présentation de l'établissement en vidéo ou sous la forme d'une plaquette ou d'un livret afin que le futur résident puisse découvrir calmement sa nouvelle résidence.

##### **Il faut prévoir**

- Une configuration permettant une prise de connaissance globale du patient et futur résident, avec la présence de chaque côté, des médecins (médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant pour l'EHPAD) et des soignants (IDE ou AS référentes) en associant dans la mesure du possible des professionnels de rééducation si c'est une sortie de SSR.
- Un échange avec la personne âgée pour une partie de la visite dans le but de présenter la future équipe et afin de rechercher son consentement pour une admission en EHPAD ou en ESMS.
- Un contact avec la famille ou la personne de confiance pendant la visite de préadmission ou un temps d'échange spécifique (y compris en présentiel).
- Un cadrage des conditions de la continuité des soins en EHPAD.

Dans l'objectif de fluidifier au maximum les filières de prise en charge et les sorties d'hospitalisation, l'ARS Ile-de-France a réactivé le dispositif « hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation » sur le modèle du dispositif proposé par la CNAMTS et l'a étendu aux USLD.

Ce dispositif est mis en place pour les sorties d'hospitalisation dès lors que le retour à domicile est difficile ou impossible dans l'immédiat afin :

- de fluidifier la filière de soins des personnes âgées de 60 ans et plus hospitalisées, en priorisant les admissions provenant du secteur sanitaire (MCO, UGA, SSR, UCC, USLD)
- de réduire la durée d'hospitalisation des personnes âgées de 60 ans et plus,

Ainsi, l'ARS prendra en charge :

- Les séjours en hébergement temporaire pour les sorties d'hospitalisation de résidents non COVID (les hospitalisés « COVID » émargeant sur le dispositif CNAM).
- Pour une durée de 30 jours, non renouvelable, (identique au dispositif CNAM).
- Jusqu'à 90€/ jour avec un reste à charge de 20€ par jour, soit le montant du forfait journalier hospitalier 2020 (identique sur le dispositif CNAM).

Il est rappelé que le projet doit s'inscrire dans une logique de partenariat avec les établissements de santé et médecins traitants des personnes prises en charge.<sup>17</sup>

Les modalités de ces admissions en hébergement temporaire réservées aux patients ne présentant pas une Covid-19 sont détaillées dans l'annexe 2

Ce financement vient en complément des actions qui seraient déjà mises en place par les CD. À ce titre, la durée maximale de 30 jours comprend également la durée d'un séjour payé par une autre autorité publique.

<sup>17</sup> Cf annexe 2 ci-dessous.

Pour un EHPAD ou un USLD ayant des places disponibles et souhaitant s'engager dans cette démarche, voici la procédure à suivre :

- 1- Se rapprocher de la Délégation Départementale du territoire afin de manifester sa volonté de s'inscrire dans le dispositif, en précisant le nombre de places mobilisables dans la structure ;
- 2- Communiquer auprès des établissements du territoire, afin de les informer des places disponibles. La délégation départementale communiquera en parallèle les informations aux établissements de santé de son territoire.
- 3- En amont de chaque projet d'accueil, solliciter la Délégation Départementale afin d'obtenir un accord écrit permettant d'assurer une traçabilité et de sécuriser le financement du séjour.

Un accord entre l'ES et l'EHPAD/USLD doit être recherché sur le retour en hospitalisation en cas d'urgence et/ou de besoin.

Compte tenu du caractère temporaire de cette modalité d'hébergement, il est nécessaire que l'établissement hospitalier demandeur :

- S'assure de la poursuite des démarches administratives et sociales engagées par le service social au titre du projet de sortie d'hospitalisation « pérenne »
- S'engage à reprendre le patient au terme des 30 jours si les démarches engagées au titre du projet de sortie d'hospitalisation n'ont pas abouti.

Les modalités d'admission sont identiques à celles d'entrée en EHPAD. Une téléconsultation doit être organisée pour présenter la situation de la personne et élaborer conjointement le projet de soins entre le SSR et l'hébergement temporaire. Depuis avril 2020 et dans le cadre de l'état d'urgence, l'ensemble des EHPAD d'Ile-de-France ont été équipés par la plateforme ORTIF (Outil Régional de Télémédecine d'Ile-de-France).

## 5 Suivi post-hospitalisation d'un patient atteint de Covid-19

**En sortie d'hospitalisation il est possible, pour les cas complexes, de solliciter :**

- le DAC lors du retour au domicile du patient
- la filière gériatrique, lors des admissions en EHPAD

Les outils numériques disponibles pour le suivi post-hospitalisation :

- la plate-forme numérique régionale de coordination Terr-eSanté ([www.terr-esante.fr](http://www.terr-esante.fr)) a pour objectif de faciliter la coordination médicale, médico-sociale et sociale entre professionnels avec le patient. Plusieurs expérimentations pour sécuriser la sortie d'hospitalisation du patient avec retour à domicile ont eu lieu pendant la crise sanitaire pour les patients atteints de la COVID (voir annexes – *pour plus d'informations, contacter : [contact@terr-esante.fr](mailto:contact@terr-esante.fr)*)
- Aux outils de télésuivi des patients à domicile que ce soit la solution e-COVID intégrée à la plate-forme numérique Terr-eSanté ou Covidom /Covidom O2 (voir annexes)

Dans certains cas, le suivi à domicile peut être assuré par simple auto-surveillance avec programmation d'une consultation (physique ou téléconsultation) de suivi à une date déterminée avec le médecin traitant.

**Cette auto-surveillance à domicile comporte a minima :**

- la surveillance biquotidienne de sa température
- la consigne, en cas d'aggravation de l'état général, d'un appel au médecin traitant ou au médecin ayant réalisé le diagnostic initial ou, à défaut ainsi qu'en cas de signes de gravité, d'appeler le SAMU-Centre 15 ;
- En cas de nécessité clinique, la surveillance de la saturation en oxygène peut être utile.

Elle peut également comporter un reporting de l'état de santé sur un système de télésurveillance, éventuellement complété par l'organisation d'interventions à domicile :

Dans les situations de suivi de niveau 1 (cf. figure 2, page 8), le suivi médical peut être assuré en téléconsultation<sup>18</sup> (cf. figure 3, ci-dessous)

Dans le cas où il est nécessaire de mettre en place un suivi par un infirmier<sup>19</sup>, le médecin doit établir une prescription précisant la fréquence et les modalités de ce suivi : en présentiel à domicile (cf. chapitre 4.3) ou à distance en télé suivi infirmier ou par le DAC si le patient présente des complexités médico-sociales (cf. figure 4 ci-dessous), les signes d'alerte à rechercher, l'articulation éventuelle avec des téléconsultations.

L'ordonnance du médecin peut être adressée de manière dématérialisée à l'infirmier.<sup>20</sup>

<p>Téléconsultation n En vidéotransmission  (code TCG et TCG**)</p>	<p>Les patients connus et orientés par le MT*  Les patients atteints ou susceptibles d'être atteints de covid-19</p>	<p>Pour le suivi médical des patients Covid-19 en sortie d'hospitalisation  Pour convertir la consultation présenteielle des patients des consultations externes en consultation à distance.</p>	<p>Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19  Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire</p>
<p>Téléexpertise  (code TE1 et TE2***)</p>	<p>Tous les patients</p>	<p>Pour solliciter ou fournir une expertise pour tout type de prise en charge</p>	<p>Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19</p>

\*\* Facturation : appliquer un taux de remboursement à 100% de l'acte de téléconsultation ; un motif d'exonération = 3 (DIV), cette exo 3 est prioritaire aux autres exo ; et l'indicateur parcours de soins à « urgence »  
 \*\*\* Les codes sont facturés dans les mêmes conditions que les actes en présentiel (avec les mêmes autorisations de codage) réalisés au actes et consultations externes

Figure 3 : Télésuivi par un médecin

<sup>18</sup> Toutes les téléconsultations, quel que soit leur motif médical, sont prises en charge à 100 %. La dérogation à la règle de la connaissance préalable du patient et à celles du parcours de soins n'est possible que pour les téléconsultations pour des patients atteints du Covid-19 ou susceptible de d'être.

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/672691/document/fiche-medecin-06042020.pdf>

<sup>19</sup> Cf. la page suivante du site de l'Assurance maladie :

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/665893/document/fiche\\_prise\\_en\\_charge\\_en\\_ville\\_des\\_patients\\_covid-19\\_par\\_les\\_ps\\_-\\_assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/665893/document/fiche_prise_en_charge_en_ville_des_patients_covid-19_par_les_ps_-_assurance_maladie.pdf)

<sup>20</sup> Cf. les informations disponibles sur le site du ministère de la santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/covid-19-et-tele-sante-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>

ainsi que les doctrines de l'ARS île-de-France, accessibles à l'adresse URL suivante :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/doctrines-regionales-de-lars-ile-de-france-en-lien-avec-la-covid-19>

- o Doctrine ARS IdF n°039\_ARSIIdF-CRAPS\_2020-03-31\_Doctrine\_Admission\_sortie\_centres\_hebergement.pdf
- o Doctrine ARS IdF n°016\_ARSIIdF-CRAPS\_2020-11-16\_Doctrine\_Telesante-v5

<p><b>Télesuivi</b> Préférentiellement en vidéotransmission, à défaut par téléphone  (AMI 3.2***)</p>	<p>Les patients atteints de covid 19 (diagnostic médical symptomatique ou biologique), sur prescription médicale</p>	<p>Pour le suivi infirmier des patients Covid-19 en sortie d'hospitalisation</p>	<p>Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus</p> <p>Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire</p> <p>Avis n° 2020.0022/AC/SEAP du 16 mars 2020 du collège de la Haute Autorité de santé</p>
---	--	--	---

\*\*\* Les codes sont facturés dans les mêmes conditions que les actes en présentiel (avec les mêmes autorisations de codage) réalisés au actes et consultations externes

**Figure 4 : Télesuivi infirmier**

Le médecin intervient à domicile pour les « prises en charge 2 » et pour les prises en charge adaptées (cf. figure 1, ci-dessus).

Le cadre d'intervention des infirmiers est clairement précisé dans le document « *Doctrine de prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19* »<sup>21</sup>.

*« Pour le suivi à domicile de patients présentant des symptômes d'infection à Covid-19, l'infirmier 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 bronchopathie chronique obstructive (BPCO) qui peut être utilisé par analogie(AMI 5,8).La place de l'infirmier est bien dans le suivi et la surveillance des patients et non pas dans le diagnostic d'une décompensation respiratoire qui lui doit être fait par un médecin. »*

Si besoin, le médecin et/ou l'infirmier peuvent contacter le médecin hospitalier référent.<sup>22</sup>

## 6 Annexes

### 6.1 Terr-eSanté et e-Covid

L'ARS Ile-de-France, en lien avec le GIP Sesan et l'URPS médecins, propose à titre gratuit à tous les professionnels de santé de la région Ile-de-France, la plateforme régionale de coordination Terr-eSanté ([www.terr-esante.fr](http://www.terr-esante.fr)), au service de la coordination ville-hôpital à toutes les étapes du parcours patient

En complément de fonctionnalités de coordination entre professionnels de santé et du social, Terr-eSanté propose le module e-COVID, dédié au télesuivi des patients Covid19+ ou suspects de Covid19.

<sup>21</sup> Cf. ce document en ligne sur le site internet du ministère de la santé : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_fiche\\_medecin\\_v16032020finalise.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf)

<sup>22</sup> Cf. les informations disponibles sur le site du ministère de la santé concernant les prises en charge ambulatoires <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>

### 6.1.1 e-COVID

Accessible sur web et mobile, e-COVID propose un module dédié aux patients leur permettant de renseigner quotidiennement des critères d'auto-surveillance. Le dispositif est disponible aussi bien pour les patients au diagnostic COVID confirmé que pour des patients en attente de résultats.

Les patients saisissent l'évolution de leur état de santé à partir des critères d'auto-surveillance :

- Température,
- Frissons, malaise,
- Gêne respiratoire, toux
- Perte d'odorat
- ...

Des fonctionnalités dédiées à chaque typologie de patients ont été conçues :

- Mise en place de questionnaires différents pour la pédiatrie en fonction de l'âge de l'enfant
- La possibilité de renseigner les critères en lieu et place du patient s'il n'est pas autonome,
- Un module de suivi des cas contacts
- Le suivi des patients sous O<sup>2</sup>
- ...

L'équipe de santé en charge du télésuivi du patient dispose d'un tableau de bord mis à jour en temps réel. Les professionnels de santé peuvent ainsi suivre l'évolution de la santé d'un patient et être alertés en cas d'aggravation des symptômes ou en cas d'hospitalisation. Les facteurs de gravité peuvent être renseignés dans le dossier pour mieux repérer les patients à risque.

Enfin, c'est dans la coordination ville-hôpital que le module e-COVID sur Terr-eSanté trouve tout son sens. Les informations e-COVID sont accessibles à l'ensemble du cercle de soins du patient (médecin traitant, infirmier à domicile, médecin spécialiste, dispositif d'appui à la coordination...) et permettent une consultation du dossier en urgence lors d'une hospitalisation.

#### Comment organiser le télésuivi ?

**Le télé-suivi d'un patient est à l'initiative et coordonné par un professionnel de santé.**

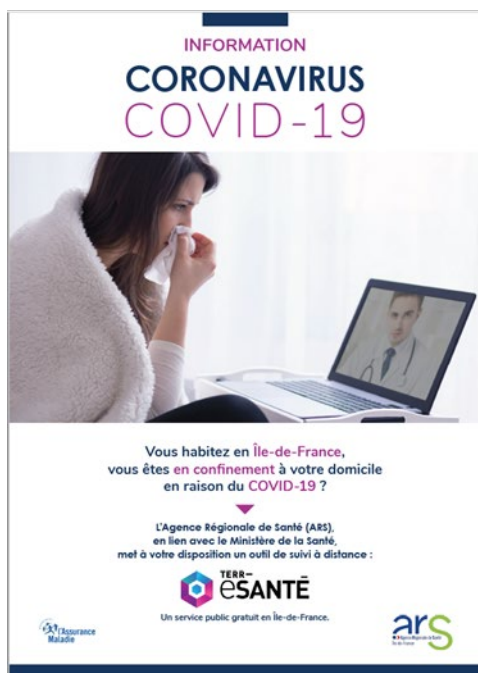
Chaque structure peut mettre en place une organisation de suivi et de prise en charge des patient, ou s'appuyer sur les organisations déjà en place (hôpitaux, Centres ambulatoires COVID, Dispositifs d'Appui à la Coordination, etc.).

**Depuis le printemps dernier, 20.000 patients ont bénéficié du télésuivi e-COVID.** Des cellules de suivi ont été mises en place dans un temps record par de nombreux établissements hospitaliers et centre COVID ambulatoires franciliens, avec le soutien de l'URPS Médecins Ile-de-France

Ce dispositif est déjà largement déployé sur les hôpitaux, centres ambulatoires COVID, et DAC des départements 77, 78, 91, 93, 95 et en cours sur l'ensemble de l'Ile-de-France.

Une plateforme régionale téléphonique a également été mise en place pour aider à la création des dossiers des patients et les assister dans l'utilisation d'e-COVID.

Contact et informations pour utiliser e-COVID : [contact@terr-esante.fr](mailto:contact@terr-esante.fr) et 01 83 62 05 62



### 6.1.2 La coordination de la sortie d'hospitalisation avec retour à domicile avec l'appui de la plateforme Terr-eSanté

Terr-eSanté est la solution régionale d'échange et de partage entre professionnels pour faciliter la prise en charge coordonnée des patients. Elle est mise à disposition gratuitement auprès des professionnels de santé et des patients par l'ARS Ile-de-France.

Terr-eSanté met à dispositions des fonctionnalités utiles à la coordination ville-hôpital à toutes les étapes du parcours patient :

- Consultation du dossier en urgence lors d'une hospitalisation et alerte **au Cercle de soins**.
- Sécurisation de la sortie d'hospitalisation: visibilité du cercle de soins, plan d'intervention, transmission de la **lettre de liaison**, alerte à la sortie d'hospitalisation.
- Retour à domicile du patient : **Tchat sécurisé** avec le médecin traitant, **partage de notes** et de photos, demande d'appui au DAC, plan personnalisé de santé...

Terr-eSanté a été mobilisé sur plusieurs territoires dans le cadre de la crise avec la mise en œuvre de processus « **sortie d'hospitalisation** », expérimenté dans les départements du 78 et du 93.

Lors de l'hospitalisation du patient pour COVID ou souffrant d'une autre pathologie, son dossier Terr-eSanté est créé et des organisations territoriales en appui sont contactés (**Association des Plateformes Territoriales d'Appui - APTA - et dispositifs d'appui à la coordination – DAC**) pour enrôler son médecin traitant et les professionnels intervenant à domicile dans la cercle de soins. Dans le cas où le patient n'a pas de médecin traitant, la dispositif d'appui recherche un médecin pour accompagner le retour à domicile.

L'objectif est de faciliter la communication et la coordination entre les professionnels, de sécuriser le retour à domicile et prévenir les ré-hospitalisations.

Contact et informations pour utiliser Terr-eSanté : [contact@terr-esante.fr](mailto:contact@terr-esante.fr) et 01 83 62 05 62

## 6.2 Covidom et Covid-02

L'outil COVIDOM, également recommandé par l'ARS Ile-de-France, a été développé initialement par l'AP-HP avec la société Nouvéal, et fait l'objet d'échanges étroits avec l'URPS médecins libéraux.

Il est mis à la disposition gratuitement de tous les médecins et de tous les hôpitaux de la région.

COVIDOM propose aux patients, après une inscription par un médecin, de renseigner quotidiennement un questionnaire simple en ligne ; en fonction des réponses au questionnaire, il peut être généré des alertes qui sont prises en charge par un centre régional de télésurveillance, le médecin ayant inscrit le patient pouvant suivre la situation et participer à la télésurveillance en gérant les alertes générées par l'application.

Contact et informations pour installer COVIDOM : [inscription-covidom@aphp.fr](mailto:inscription-covidom@aphp.fr).

Pour les adhérents de l'URPS médecins libéraux les codes d'accès sont transmis par mail par l'URPS médecins libéraux sans démarche nécessaire de leur part.

## INFORMATION AUX MÉDECINS

## Se connecter et inclure vos patients dans COVIDOM

L'application COVIDOM est mise à disposition des médecins d'Île-de-France pour assurer le suivi à domicile des patients porteurs ou suspectés Covid-19.

La surveillance est assurée grâce à des questionnaires en ligne, générant des alertes traitées par un **centre régional de télésurveillance** : en y incluant vos patients, vous serez soutenu par le centre qui assurera leur surveillance, tout en disposant d'un état en temps réel vous permettant de reprendre directement contact si vous le souhaitez avec chacun d'entre eux.



### Créez votre compte et connectez-vous

Afin de créer et activer votre compte, un e-mail va vous être / vous a été envoyé contenant votre login et un lien pour modifier votre mot de passe à la première connexion.

Si vous ne trouvez pas cet e-mail, contactez [inscription-covidom@aphp.fr](mailto:inscription-covidom@aphp.fr) en précisant vos nom, prénom, lieu d'exercice, adresse e-mail et si libéral numéro RPPS afin que le message vous soit (ré)envoyé.



### Inclure vos patients

Sur le premier onglet se trouve le « Tableau de bord » de suivi de vos patients : ce tableau est pour votre information, **leur suivi est assuré par le centre régional de télésurveillance**.

Pour inclure un patient, vous devez vous rendre sur l'onglet « **Nouveau suivi** », et renseigner les noms, prénom et date de naissance :

- Si le patient existe déjà dans COVIDOM, vous êtes alors rebasculé sur sa fiche,
- S'il s'agit d'un nouveau patient dans COVIDOM, il est alors créé : une page s'affiche vous invitant à renseigner son identité complète, ainsi que les informations médicales utiles à son suivi.

Cliquez sur « créez le suivi », c'est fini ! Le patient reçoit alors une notification pour ouvrir son compte et commencer son suivi à domicile sous surveillance du centre régional de télésurveillance.

#### Attention :

- *Veillez à bien renseigner la date de naissance du patient, elle lui sera utile pour valider son compte,*
- *Veillez à bien renseigner les numéros de téléphone et e-mail (si possible d'un proche également), qui conditionnera la capacité du centre régional de télésurveillance à joindre le patient,*
- *Le centre régional de télésurveillance est joignable au numéro 01 40 27 35 73.*






Pour les patients nécessitant une oxygénothérapie à domicile, le médecin peut utiliser le protocole COVID-O2 de COVIDOM<sup>23</sup> qui permet :

- d'équiper à domicile les patients inclus en extracteurs + saturomètres
- la surveillance des sorties d'hospitalisation avec monitoring à distance (3 appels par jour).

INFORMATION AUX MÉDECINS

## Utiliser le protocole covid<sub>0</sub><sub>2</sub> de covi dom



**Le dispositif COVIDOM s'étoffe avec un suivi à domicile des patients sortant d'hospitalisation, placés sous oxygénothérapie avec monitoring à distance par un saturomètre.**

Pour l'utiliser, il convient au préalable de créer ou se connecter à son compte COVIDOM, et demander à être rattaché en plus de l'établissement d'origine à « l'établissement O2 » ([inscription-covidom@aphp.fr](mailto:inscription-covidom@aphp.fr)). Pour tout difficulté, se reporter à la fiche réflexe « Se connecter et inclure ses patients dans COVIDOM » ci-contre.

### Inclure vos patients

Veillez à bien sélectionner « Etablissement Patients O2 » en haut à droite de l'interface, afin que les patients soient affecté à ce protocole.

**Critères d'inclusion :**

- Nécessitant O2 ≤ 2l/min depuis ≥ 48h avec saturation ≥ 94% (phase d'amélioration)
- Avec stabilité 3h sous extracteur d'oxygène
- ≥ J10 d'évolution
- Stable par ailleurs depuis ≥ 48h :
  - FC ≤ 100/min
  - Fr ≤ 22/min
  - Température < 38°C
  - PAS ≥ 100mm Hg
  - Pas de trouble neurologique
- Amélioration des symptômes initiaux
- Non insuffisant respiratoire chronique connu
- Présence d'un entourage et compréhension des signes d'alerte d'appel du 15
- Médecin traitant prévenu et courrier remis au patient


**Critères d'exclusion :**




- Insuffisant cardiaque
- BPCO
- Hypercapnie
- Insuffisant respiratoire chronique
- Absence de sécurité sociale
- Incapacité/impossibilité à interagir avec interface digitale
- Pas de téléphone portable
- Refus du patient

### Fournir l'équipement à domicile à vos patients

Vous avez la possibilité de faire équiper en extracteurs et saturomètres vos patients à leur domicile : il vous suffit de transférer la fiche d'inclusion ci-contre à l'adresse [covido2.equipement@aphp.fr](mailto:covido2.equipement@aphp.fr).

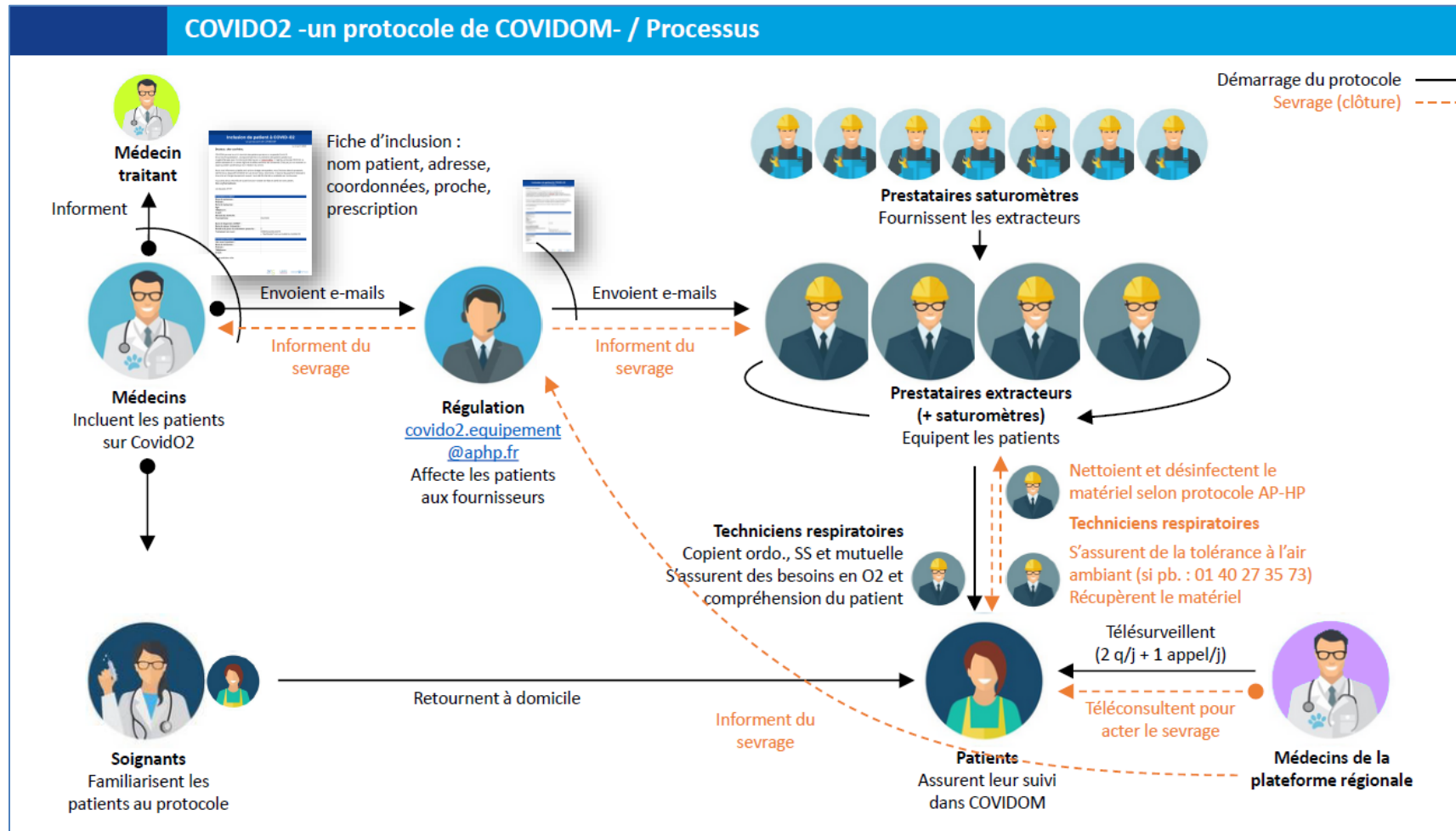
Une plateforme centrale traitera la demande, vous n'avez rien d'autre à faire.



<sup>23</sup> Processus d'inscription des médecins :

- Médecin écrit à [inscription-covidom@aphp.fr](mailto:inscription-covidom@aphp.fr)
- E mail de réponse : lien fiche web d'inscription + « merci de signaler par retour de mail le souhait O2 »,



## 6.3 ViaTrajectoire

L'ARS Ile-de-France, avec le GIP SESAN, met à disposition de l'ensemble des professionnels d'Ile-de-France l'outil inter régional ViaTrajectoire, site Internet sécurisé d'aide à l'orientation et à l'admission des patients vers les structures sanitaires et médico-sociales ([www.viatrajectoire.fr](http://www.viatrajectoire.fr)).

### Le Module ViaTrajectoire Sanitaire

*Aide à l'orientation vers les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Hospitalisation à Domicile (HAD).*

Ce module comprend :

- Un annuaire national grand public des établissements sanitaires, synchronisés avec le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR)
- Un dossier d'admission standardisé, qui permet des échanges structurés entre les professionnels, autour d'un dossier unique
- Un suivi en temps réel des réponses des établissements, via des tableaux de bord
- Une fonction « Observatoire », permet de disposer de statistiques d'activité et de données d'analyse des besoins non couverts

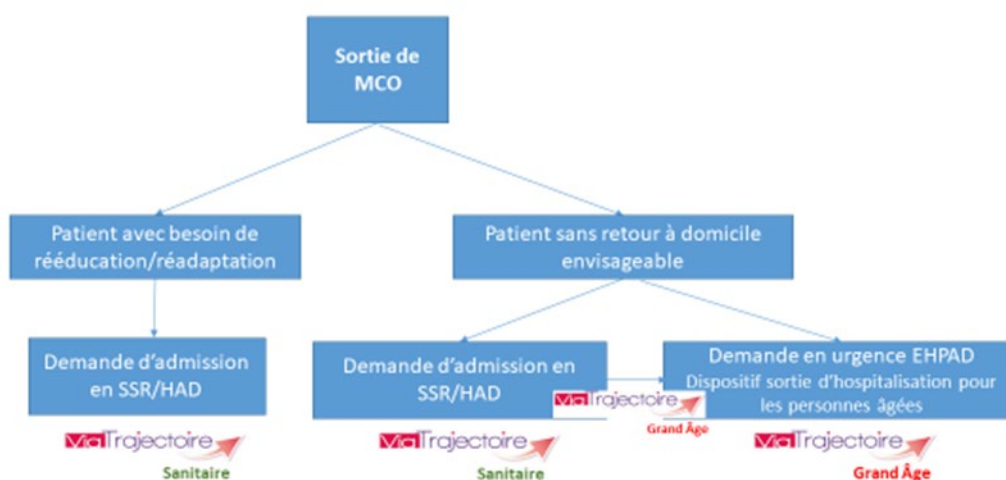
### Le module ViaTrajectoire Grand-Âge

*Aide à l'orientation vers les EHPAD, Accueils de jour, EHPA médicalisés, Résidences Autonomie et Unités de Soins de Longue Durée (USLD).*

Ce module comprend :

- Un annuaire national grand public des EHPAD, USLD et Accueil de Jour qui intègre les types d'hébergements, les tarifs (depuis le site de la CNSA), les ressources et soins techniques, les prestations de confort.
- Une recherche en adéquation avec les attentes et les besoins de la personne s'appuyant sur les référentiels métiers partagés : GIR.
- Un suivi en temps réel des réponses des établissements, via des tableaux de bord

La création du dossier Grand Âge est possible à partir de la demande d'admission en SSR (module Sanitaire) de ViaTrajectoire et permet ainsi de pré compléter le dossier.



**ViaTrajectoire Sanitaire – Une aide à l’orientation par la cellule de régulation SSR COVID ARS pour les bed-blockers**

Si la demande MCO envoyée aux établissements SSR reste sans réponse sous un délai de 48h pour les patients COVID-19 positif ou négatif, il est possible d’effectuer une demande d’expertise.

Cette demande sera envoyée à la cellule de régulation mise en place à l’ARS qui l’étudiera pour trouver l’établissement receveur le plus adéquat au profil du patient.

*Pour disposer de comptes sur ViaTrajectoire ou pour toute question, contacter [viatrajectoire@sesan.fr](mailto:viatrajectoire@sesan.fr)*