

FICHE ETABLISSEMENTS DE SANTE ET PROFESSIONNELS DE SANTE DE VILLE**CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'APPUI DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES PROFESSIONNELS DE VILLE AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN ETABLISSEMENT OU A DOMICILE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID-19**

Dans le contexte d'épidémie liée au COVID-19 et lié à la tension sur l'offre de soins qui en résulte, la situation des personnes en situation de handicap vivant à domicile (la très grande majorité) ou en établissement nécessite l'appui de tous les professionnels de santé qu'ils soient libéraux, salariés et en établissements de santé publics ou privés. Il s'agit d'assurer la continuité des prises en charge mais également la qualité et la sécurité de l'accompagnement en soutien des professionnels du secteur, ainsi que de contribuer à la limitation de la propagation de l'épidémie. Les situations des personnes en situation de handicap sont très diverses ainsi, les recommandations présentées dans cette fiche sont à adapter selon le type de handicap.

Les présentes consignes et recommandations s'adressent aux établissements de santé et aux professionnels de santé de ville dans le cadre d'une coordination territoriale assurée par l'ARS. Elles nécessitent la mobilisation de la réserve sanitaire pour accroître la réponse aux demandes de soin des personnes en situation de handicap dans les territoires pendant la période d'épidémie. 90% des personnes en situation de handicap vivant à domicile, ce sont les professionnels de ville qui sont particulièrement sollicités.

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

Les ARS mettent en place une « cellule médico-sociale », en coordination avec les départements, dédiée aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Elle recense les ressources soignantes disponibles pour appui aux structures sociales et médico-sociales. Cette cellule s'adresse également aux établissements de santé et aux professionnels de ville susceptibles de prendre en charge des personnes en situation de handicap.

1. Organiser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, à domicile ou accueillies en établissement médico-social

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

- Une astreinte sanitaire « personnes âgées » de territoire (« hotline »), dédiée aux professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), joignable par téléphone et par mail de 8h à 19h, y compris le week-end à laquelle un infectiologue participe selon les territoires et un référent gériatrique de territoire est chargé de sa coordination (cf fiches appui aux personnes âgées¹). **Cette astreinte peut élargir son périmètre pour les populations vulnérables, dont les personnes en situation de handicap et notamment polyhandicapées.** Selon les territoires, cette hotline pourrait se structurer selon deux niveaux distincts :

- niveau 1 : aide à la prise en charge des usagers en situation de handicap Covid+ suivis en ESMS handicap, en cas de nécessité d'adaptation de la prise en charge ;
- niveau 2 : appel aux professionnels qui suivent habituellement les personnes en situation de handicap selon le type de handicap (notamment issus des consultations dédiées) : handicap psychique, polyhandicap...

- Une **astreinte « soins palliatifs »** (« hotline ») commune aux ESMS.

Elle mobilise l'hospitalisation à domicile (HAD) et les équipes mobiles et/ou territoriales de soins palliatifs (cf. fiches appui aux personnes âgées).

1. Renforcer les coopérations territoriales entre le secteur sanitaire et médico-social

Les relations et coopérations de proximité, entre les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux, antérieures à la période épidémique sont soutenues voire réactivées pour garantir le lien et le suivi des évolutions organisationnelles. Il s'agit de renforcer les synergies et les dispositifs existants.

Les actions / préconisations

- ⇒ S'appuyer sur les coopérations renforcées entre les établissements et services médico-sociaux et des établissements de santé situés à proximité.
- ⇒ Mettre à disposition par l'établissement de santé pour chaque ESMS de son territoire un contact en capacité de dispenser des conseils en hygiène et en infectiologie : **appui des équipes mobiles d'hygiène hospitalières.**

¹ Fiche ARS « Stratégie de prise en charge des personnes âgées en EHPAD et à domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19 » adressée au DGARS lundi 30 mars et Fiche ES « Consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » a été publiée lundi, elle prévoit la mobilisation de l'HAD -> https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_ehpad_etablissements.pdf diffusée mardi 31 mars

2. Maintenir l'offre de soins ambulatoires spécifique aux personnes en situation de handicap

L'enjeu dans cette période est à la fois que les personnes en situation de handicap suivies habituellement continuent d'être prise en charge pour leurs pathologies afin d'éviter les ruptures de soins mais aussi de prendre en charge les patients en situation de handicap atteints du Covid-19.

Il est donc nécessaire de maintenir l'offre de soins ambulatoires, en particulier l'offre de soins dédiée et en médecine de ville (cf également fiche sur les soins hors Covid-19 à venir).

Cette 1^{ère} ligne apporte aussi un soutien aux ESMS et aux familles pour la prise en charge au sein de l'établissement et à domicile des patients COVID +.

Il est également indispensable que les professionnels de santé puissent s'appuyer sur des outils d'expertise permettant une prise en charge adaptée des personnes en situation de handicap pour favoriser compréhension et communication.

Les actions / préconisations

- ⇒ Pour TOUS les patients en situation de handicap :
 1. Disposer d'une **fiche de liaison médicale accessible 24h/24** par toute équipe soignante qui mentionne si le patient a un médecin traitant (=> un modèle de fiche de liaison existe : <https://www.aphp.fr/fiches-de-liaison-pour-enfants-et-adultes-handicapes>)
 2. En cas d'appel centre du 15, pour une suspicion de contamination évaluer si le patient est à risque de COVID grave (en fonction des critères HCSP) et s'assurer qu'il est suivi par un médecin traitant ou un médecin spécialiste référent
 3. Faire appel à **la personne référente (centre 15 et médecin de ville) : soit proche aidant naturel, soit professionnel référent** (AES, éducateur spécialisé, etc...) pour faciliter la communication
- ⇒ Pour les usagers à domicile (**centre 15 et médecin de ville**): identifier ou s'assurer qu'il existe ou non un aidant naturel (famille) et/ou une personne de confiance
- ⇒ Pour les ESMS :
 1. Identifier si l'établissement bénéficie ou non de la présence d'un médecin coordonnateur, et de celle d'un référent soignant (**centre 15 et médecin de ville**)
 2. S'enquérir de la présence de matériel médical : saturomètre, O2, etc.
- ⇒ Pour la continuité des soins :
 1. Conforter l'**accès aux centres ressources/de référence** qui existent sur l'ensemble des handicaps, à titre d'exemple : centres de références et compétence maladies rares (filiale *Défiscience*, par exemple), centre de ressources Autisme, etc. Ces centres experts sont mobilisés en tant que de besoin et selon leur capacité en lien avec les acteurs du dispositif d'orientation permanent de chaque département, dont la MDPH et l'ARS, afin d'éviter les ruptures de parcours des personnes en situation de handicap. Des astreintes sont favorisées
 2. Maintenir les **consultations dédiées en soins somatiques** pour les personnes en situation de handicap (Handiconsults), en privilégiant le recours aux prises en charge à distance (téléphone, vidéo-transmission).

3. Maintenir le lien avec le patient par les professionnels médicaux et non médicaux qui le suivent habituellement. Ainsi, dans un contexte de confinement lié au risque de contamination, il est important que le médecin traitant ou le médecin spécialiste correspondant habituel prenne contact avec les patients atteints de pathologie chronique les plus fragiles pour s'assurer du suivi et détecter un risque de décompensation de la pathologie. Pour cela, le médecin pourra entrer en contact avec le patient par **téléconsultation par vidéo ou par téléphone, et être rémunéré pour cet acte** sous conditions.

- ⇒ **Développer le recours aux téléconsultations** afin de minorer les risques d'expositions au Covid-19. La téléconsultation est désormais prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire. Il est également possible de déroger au parcours de soins coordonné (orientation par le médecin traitant et connaissance préalable du patient) pour les patients suspects ou infectés Covid-19. Cela signifie que le patient peut téléconsulter préférentiellement son médecin traitant, et à défaut un autre médecin de son territoire.
- ⇒ **Assurer une coordination** entre le référent médical de l'ESMS (coordonnateur médical) et les médecins traitants et/ou spécialistes des usagers de l'ESMS. Pour les ESMS sans référent médical, intensifier le lien avec le médecin traitant.
- ⇒ Mettre en œuvre et financer de manière dérogatoire systématiquement **les transports sanitaires adaptés** nécessaires pour accéder aux soins urgents qui ne peuvent être réalisés à domicile (ex. urgences dentaires)
- ⇒ Prendre en compte les **outils d'aide à la communication et à la compréhension** de l'épidémie auprès des personnes en situation de handicap (Coactis/santé BD2).
- ⇒ Assurer la continuité d'accès aux **dispositifs d'aide au parcours des personnes handicapées** du territoire, tels que les dispositifs intégrés handicap (DIH), les Pôles de prestations et de compétences externalisées (PCPE), les unités mobiles interdépartementales (UMI), les équipes relais handicaps rares.

3. Organiser le dépistage des patients et des professionnels COVID +

Afin d'endiguer la propagation de l'épidémie, l'accès au dépistage des personnes vulnérables en ESMS et à domicile et des professionnels qui les accompagnent est développé. Il convient de renforcer l'aller-vers pour les personnes en situation de handicap.

Le Haut Conseil de la Santé Publique préconise dans son avis du 30 mars 2020 de considérer les personnes en situation de handicap comme des populations prioritaires pour l'accès aux tests de diagnostic virologique.

Actions / préconisations

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

² <https://santebd.org/>

- ⇒ Favoriser, par la personne en situation de handicap elle-même si cela est possible, l'expression de symptômes potentiels ; et organiser ensuite si besoin l'organisation du dépistage et selon les cas prévus par la doctrine³, en utilisant **les outils d'aide à la communication** mis à disposition, notamment les outils Santé / BD (Coactis).
- ⇒ Etre vigilant sur le repérage des premiers symptômes chez les personnes ne disposant pas d'une communication verbale et ne maîtrisant pas les outils de communication non verbale.
- ⇒ **Organiser les dépistages en ESMS** par des équipes mobiles des établissements de santé et par des infirmiers libéraux ou des laboratoires autorisés à effectuer les tests (laboratoires de ville, hospitaliers, départementaux, etc.) afin d'éviter le déplacement des résidents et selon la doctrine nationale de tests.
- ⇒ Porter une attention particulière à la situation des personnes en situation de handicap et notamment de **handicap cognitif ou psychique à domicile**, car ils peuvent rendre plus difficiles la compréhension ainsi que l'application des gestes barrières et de la distanciation sociale. Il est ainsi recommandé :
 - Le développement d'une vigilance accrue de la part des professionnels de santé (en particulier de la part des accompagnants habituels de ces patients en ambulatoire) pour compenser ces difficultés.
 - D'accorder la plus grande importance à l'éducation aux gestes barrière et à la distanciation sociale, à leur répétition pluriquotidienne, ainsi qu'à l'explicitation des règles du confinement.
 - De répéter et démultiplier les moyens de communication et les accompagnements à leur compréhension, au-delà des affichages de consignes.

4. Prendre en charge par les établissements et structures d'HAD les patients pouvant rester à domicile et en ESMS

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

Il est rappelé qu'une partie des personnes handicapées présente des comorbidités qui peuvent les faire relever des populations à risque de formes sévères du COVID-19 telles que listées par le HCSP dans son avis du 14 mars 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=775>. Dans ce contexte, l'hospitalisation à domicile permet d'assurer une surveillance accrue de l'évolution des symptômes.

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

³ Fiche ARS « Stratégie de prévention et de prise en charge des personnes en situation de handicap dans le cadre de la gestion de l'épidémie de COVID-19 »

Actions / préconisations

⇒ Solliciter les établissements et structures d'HAD qui peuvent assurer la prise en charge des résidents COVID-19 ne requérant pas de surveillance continue 24/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation.

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

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

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

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

2. Adapter la prise en charge des formes sévères et critiques dans les établissements de santé publics et privés conventionnels

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

En cas d'urgence, il faut contacter les régulations 15 et 114.

Seul le médecin régulateur du centre 15 décide de l'hospitalisation.

La décision de la prise en charge est réalisée au regard des critères médicaux ; l'indication d'hospitalisation avec hébergement répond aux critères habituellement utilisés pour la prise en charge des adultes atteints d'une infection respiratoire aiguë ou de toute autre pathologie, avec une

vigilance accrue au regard des pathologies associées qui rendent les personnes en situation de handicap vulnérables et à risques face au COVID-19 (cf. pathologies très présentes dans la population en situation de handicap et listées par le HCSP dans son avis du 30 mars 2020).

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

Les actions / préconisations

- ⇒ Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, les personnes en situation de handicap, particulièrement les personnes handicapées vieillissantes, bénéficieront de **la filière d'admission directe dans les services hospitaliers** (associant capacités hospitalières de court séjour, SSR, hôpitaux de proximité, établissements privés) prévue par la stratégie de prise en charge des personnes âgées.
- ⇒ **Faire accompagner, en lien avec l'établissement de santé, le patient en situation de handicap par un** proche aidant ou professionnel de l'ESMS identifié au sein de l'établissement de santé pour justifier la mesure dérogatoire si sa présence est nécessaire à la réassurance, à la facilitation des soins, des repas, de la toilette ou à la communication de la personne hospitalisée.
- ⇒ Utiliser des documents de partage entre l'ESMS et les équipes hospitalières :
 - un dossier de liaison d'urgence incluant les comorbidités qui sont aussi à surveiller : épilepsie, situations cardiaque, etc. (voir supra)
 - des informations personnalisées liées aux habitudes de vie (fiche « habitudes de vie ») ainsi que les modalités de communication appropriées au handicap
- ⇒ Pour améliorer la connaissance par les services de régulation centres 15 des risques spécifiques liés à certaines situations de handicap, il est mis à disposition de **recommandations spécifiques sur les caractéristiques propres à certains handicaps**, avec l'aide des associations de patients et familles (voir par exemple l'initiative conduite pour le polyhandicap, avec l'aide du Groupe Polyhandicap France et de Handiconnect). Un référent spécialisé handicap au sein du SAMU est identifié pour accompagner les équipes
- ⇒ **Favoriser l'hospitalisation en SSR** pour les patients Covid + en situation de handicap (notamment dans des unités dédiées Covid+), notamment pour la sortie d'hospitalisation aigue, lorsque l'HAD ou le maintien à domicile n'est pas possible.

3. L'appui en matière de prise en charge palliative

Les équipes mobiles de soins palliatifs et les équipes territoriales (ex. : ex-réseaux de soins palliatifs) peuvent être contactées par les professionnels des structures sociales et médico-sociales pour apporter leur expertise et se substituer, en cas de nécessité, aux médecins traitants et coordonnateurs. Les établissements d'HAD ont également une expertise dans la prise en charge en soins palliatifs et peuvent être sollicités pour réaliser des prises en charge en soins palliatifs. Cf fiche COVID-19 à destination des employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées).

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

Les comités locaux d'éthique et les espaces régionaux peuvent être sollicités pour répondre à des situations ou contribuer à des protocoles ou décisions collégiales.

Des **assouplissements des conditions et modalités de prescription et délivrance de certains médicaments** utilisés dans le cadre de la prise en charge palliative ont été décidés par le ministère des solidarités et de la santé.

Plusieurs dispositifs ont vocation à appuyer l'entourage du patient comme le **Centre National Soins Palliatifs et Fin de Vie (CNSPFV)⁴**, la **SFAP**, les **associations de bénévoles** ainsi que la **hotline nationale de soutien médico-psychologique⁵**.

Le **Centre National de Ressources et de Résilience⁶** et le **dispositif national et l'application mobile⁷** proposent soutien, écoute et accompagnement aux professionnels de santé.

S'agissant de l'HAD, son intervention permet la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire qui interviendra directement au sein de l'établissement médico-social ou à domicile pour assurer une prise en charge palliative. Il peut s'agir de réaliser les actions suivantes :

- prise en charge de la douleur pouvant solliciter l'administration de médicaments de la réserve hospitalière
- soins de nursing,
- traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort,
- accompagnement essentiellement psychologique de la famille et des proches (par téléphone par exemple).

⁴ <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/covid-19/>

⁵ Numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 800 130 000

⁶ <http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19/>

⁷ Numéro vert 24h/24 et 7j/7 : 0 805 232 336

<https://www.asso-sps.fr/>