urps Infirmière PACA
Union Régionale des Professionnels de Santé

Bilan de la crise COVID-19 1er semestre 2020

Propositions des infirmières libérales

Juillet 2020

SOMMAIRE

A. Contexte 4

B. Réponses des professionnels de ville 6

1. Types d'organisation 6

Organisation des équipes dédiées 6

Autres actions des CPTS et initiatives locales 7

2. Points forts des IDEL 8

3. Problèmes rencontrés 8

C. Place de l'URPS infirmière PACA 9

1. Actions de l'URPS durant la crise 9

2. Enquête sur les difficultés des IDEL 9

D. Propositions de l'URPS infirmière PACA 11

1. Propositions principales 11

Equipements de protection indivuduelle 11

Organisation des soins pour les pathologies chroniques 11

2. Propositions complémentaires 11

Organisation territoriale 11

Organisation opérationnelle 12

3. Modélisation des types d'organisation 13

Equipes dédiées 13

Prélèvements 14

E. Propositions dans le cadre du Ségur de la santé 15

1. Transformer les métiers, revaloriser ceux qui soignent 15

2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement 16

3. Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes 16

4. Fédérer les acteurs dans les territoires au service des usagers 17

ANNEXES 18

A. CONTEXTE

Le 17 novembre 2019, dans la province de Hubei en Chine est signalé un premier cas de pneumonie atypique. Le virus prend le nom de SARS-CoV-2 le 12 janvier 2020. Lorsque le premier patient décède, le 13 janvier 2020, la transmission entre humains n'est toujours pas formellement établie.
Dans les semaines qui suivent, l'OMS détermine que la transmission du virus se fait par voie aéroportée d'humain à humain et l'Institut Pasteur achève le séquençage du virus. Le 31 janvier 2020, l'OMS déclare l'Urgence Internationale de la maladie COVID-19.

A partir de cette date, l'épidémie chinoise se transforme en pandémie (OMS 11 mars 2020) et concerne 157 pays dans le monde.
En France, le stade 2 a été déclaré le 28 février 2020 et le stade 3 le 14 mars. La sortie du confinement de la population a débuté 8 semaines plus tard, le 11 mai 2020.

Les infirmières se sont organisées spontanément sur leur territoire pour gérer au mieux cette crise. Elles ont souvent été à l'origine de la création de coordination de proximité, et se sont imposées au sein de CPTS émergeantes ou existantes.
Elles ont travaillé en coordination avec les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les biologistes. Les autres professionnels ont apporté une aide logistique précieuse.

Au niveau de la **région Provence Alpes Côte d'Azur,** l'ARS a débuté une concertation avec les différents intervenants de la ville le 25 février 2020, au rythme d'une à deux réunions par semaine. L'ensemble des 10 URPS a continué ses réunions interprofessionnelles tout au long de la crise au rythme d'une par semaine, le mardi soir.

La Commission Européenne[1] souligne que si le système de santé français obtient de bons résultats en matière de santé publique, la crise COVID-19 a mis en lumière des lacunes dans la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles.
Elle constate une mauvaise coordination entre les acteurs publics et privés, une adaptation très limitée, une disparité importante entre les régions, un accès limité à un médecin dans un certain nombre de territoires ainsi qu'une mauvaise coordination des actions et la nécessité de faire passer les services de santé au numérique.
Elle souligne que le très haut débit est limité aux zones urbaines. Elle demande à renforcer la résilience du système de santé et une répartition équilibrée des professionnels de santé.

L'OMS[2] précise que les infirmiers, qui représentent 59% des professions de santé et jouent un rôle central dans la prise en charge sanitaire, ne seront pas suffisants au regard des cibles pour une couverture sanitaire universelle.
Elle préconise une optimisation du champ d'action et du leadership des infirmiers, insiste sur le manque de représentativité dans les instances de gouvernance et sur la faible rémunération au regard des compétences.
Elle estime les infirmiers moteurs de progrès pour les soins primaires, en optimisant leurs compétences et en modernisant la réglementation. L'OMS juge que ces préconisations sont un investissement pour améliorer la santé de tous.

[1] Recommandations du Conseil concernant le programme national de réforme de la France pour 2020 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour 2020, Commission Européenne Bruxelles 20 mai 2020.

[2] La situation du personnel infirmier dans le monde, OMS 7 avril 2020.

Lors de son discours d'ouverture dans le cadre du lancement du « Ségur de la santé » le 25 mai 2020, Edouard PHILIPPE indique que l'un des « enjeux est de bâtir une nouvelle organisation du système de santé dans chaque territoire, intégrant l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social ».

Dans la continuité de ce discours, le « Ségur de la santé » définit 4 piliers :

1. Transformer les métiers, revaloriser ceux qui soignent
2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins
3. Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes
4. Fédérer les acteurs dans les territoires au service des usagers

En s'appuyant sur les éléments de la Commission Européenne, sur l'Organisation Mondiale de la Santé et sur le discours du Premier Ministre, **l'URPS Infirmière Provence Alpes Côte d'Azur propose de faire un bilan de la gestion de la crise dans les différents départements, d'évaluer ces actions de terrain et d'en déduire des propositions pour l'avenir**.

B. RÉPONSES DES PROFESSIONNELS DE VILLE

1 Types d'organisation

Lors des premières réunions organisées par l'ARS, aucune consigne n'a été développée dans le cadre de la prise en charge des patients en ville.
Sans ligne directrice sur l'organisation devant être mise en œuvre, les IDEL ont rapidement adapté leur mode d'exercice au risque de transmission de la COVID-19, et ce malgré le manque d'EPI.

Prise en charge des patients COVID et organisation des IDEL :

- Tournée dédiée COVID (délégation provisoire de la tournée ou durant les jours de repos)
- Organisation spécifique de la tournée pour éviter la contamination des autres patients

Organisation des équipes dédiées

Dans le but d'une intervention efficace, les infirmières libérales ont rapidement pris l'initiative de mettre en place une organisation spécifique.
Grâce à leur expérience et leurs compétences, elles ont su s'adapter à la situation malgré l'absence de consigne des tutelles.

Nous remarquons que toutes ces organisations avaient des points communs :

- Fonctionnement sur la base du volontariat
- Présence d'une coordinatrice qui prépare les éléments d'information, propose une « fiche de suivi », gère le planning, diffuse les procédures de prise en charge de patients COVID
- Respect du code de déontologie : pas de compérage, le patient retrouve son équipe habituelle à la fin de la prise en charge COVID
- Appel à la solidarité pour les équipements de protection (individuelle et/ou du véhicule) et redistribution
- Création de groupes de communication numérique pour faciliter et accélérer le partage d'informations
- Mise à disposition de locaux pour le stockage de matériel (cabinets infirmiers, municipalités, etc.)

Certaines équipes dédiées ont mené des actions complémentaires :

- Renfort en EHPAD
- Achat de matériel par les IDEL et/ou la CPTS du territoire
- Collaboration avec les services municipaux (mise à disposition de véhicule, …)

Les équipes dédiées (avec ou sans l'appui d'une CPTS validée ou en cours de validation) sont satisfaites de l'organisation qu'elles ont réussi à mettre en place sur leur territoire, et ce malgré des directives peu claires et changeantes sur les conduites à tenir.

Elles mettent en avant la cohésion interprofessionnelle et la mobilisation de tous ayant permis aux professionnels de santé de disposer d'EPI pour leur protection et celle de leurs patients malgré les carences de l'Etat.

Cette crise a mis en avant le besoin de coordination et de regroupement pluri-professionnel, ce qui a fait avancer les CPTS en projet.

A noter : L'outil TERCOVID n'a pas donné satisfaction. La traçabilité papier a le plus souvent été la norme.

Autres actions des CPTS et initiatives locales

- Rôle d'information et de diffusion de bonnes pratiques
- Création de centres dédiés COVID et/ou centres de prélèvements (49 en PACA)
- Don de matériel aux professionnels de santé libéraux ainsi qu'aux EHPAD, associations, centres de santé, etc.
- Mise en place et actualisation d'un annuaire des professionnels en activité
- Aide logistique d'autres professionnels de santé empêchés d'exercer
- Maraudes et distributions alimentaires dans les zones présentant une forte précarité (personnes âgées, étudiants, SDF, personnes isolées, etc.)
- Distribution de tracts sur la prévention et les gestes barrières
- Collaboration avec les établissements scolaires

Au sein des CPTS, les IDEL ont été particulièrement impliquées via :

- Leur participation à la permanence et la continuité des parcours de soins
- La préparation et la gestion des centres et équipes dédiées
- La préparation et la gestion des campagnes de dépistage
- La collecte et la distribution de matériel de protection

2 Points forts des IDEL

- La profession infirmière est la seule à assurer la continuité des soins à domicile
- Les prises en charge à domicile ont limité les hospitalisations
- Elles connaissent et respectent les règles d'hygiène et les mesures de protection, ce qui a permis une faible contamination des IDEL et de leurs patients
- Elles font de l'éducation aux patients et à la population, notamment sur les gestes barrières
- Elles soutiennent, écoutent, et aident les patients à gérer le stress et l'anxiété

3 Problèmes rencontrés

- L'absence des autres professionnels de santé a entrainé l'aggravation de l'état de santé de certains patients
- L'arrêt de la plupart des services d'aide à la personne a souvent dû être pallié par les infirmières libérales chez les personnes isolées (courses de première nécessité, pharmacie, repas, etc.).
- Le respect des mesures d'hygiène a été chronophage et onéreux : EPI, désinfection du matériel, entretien du linge à 60° (vêtements dédiés COVID), douche systématique, protection des véhicules
- En tant que soignants, les infirmières libérales se sont heurtées à de l'animosité de la part des patients et voisins
- Il y a eu peu de médiatisation de l'exercice libéral en comparaison au focus médiatique des hôpitaux
- Il y a eu peu de prescriptions de télésuivi infirmier
- Les informations des tutelles concernant l'organisation et la cotation ont été peu fiables et non constantes

C. PLACE DE L'URPS INFIRMIÈRE PACA

1 Actions de l'URPS infirmière durant la crise

- Appel à la constitution de la Force d'Action Rapide Sanitaire FARS (12 mars) permettant de recenser les IDEL volontaires pour la prise en charge de patients potentiellement porteurs du COVID19 (1102 IDEL inscrites)
- Recensement des équipes dédiées, 130 équipes IDEL COVID référencées : 6 dans les Alpes-de-Haute-Provence, 11 dans les Hautes-Alpes, 13 dans les Alpes-Maritimes, 51 dans les Bouches-du-Rhône, 33 dans le Var et 16 dans le Vaucluse
- Soutien et information des IDEL souhaitant créer et faire fonctionner des centres dédiés, 49 centres créés : 12 dans les Alpes-Maritimes, 23 dans les Bouches-du-Rhône, 11 dans le Var et 3 dans le Vaucluse
- Soutien et information des IDEL souhaitant participer à la campagne de dépistage en lien avec l'URPS biologistes
- Participation à l'organisation du renfort des IDEL dans les structures suivantes :
    - EHPAD
    - Services hospitaliers de la région PACA
    - Services hospitaliers des régions Ile-de-France et Grand-Est
- Tournée dédiée COVID (délégation provisoire de la tournée ou durant les jours de repos)
- Organisation spécifique de la tournée pour éviter la contamination des autres patients

2 Enquête sur les difficultés des IDEL

Un questionnaire sur les difficultés rencontrées par les IDEL en période de confinement a été élaboré par l'URPS Infirmière PACA. Disponible sur la plateforme Survey Monkey, il a été envoyé le 14 mai à 6900 IDEL.

1076 réponses ont été reçues entre le 14 et le 26 mai 2020, soit un taux de réponses d'environ 16%.

Résultats

40% des IDEL ont pris en charge des patients COVID avec une moyenne de 2 patients par IDEL. Seulement 20% des IDEL ont effectué des télésuivis.

41% des IDEL n'ont pas eu de demande de soins COVID. [Etude DREES/ORS mai 2020, n° 1150 : les médecins généralistes ont pratiqué eux-mêmes le suivi de leurs patients.]

67% des IDEL ont constaté une rupture dans le parcours de soins des patients. Les causes évoquées sont la volonté des patients, les rendez-vous annulés, la non accessibilité des professionnels de santé durant la période de confinement…

L'organisation spécifique des tournées ou la création d'équipes dédiées ont été les points essentiels : 51 % des IDEL ont accepté de travailler sur leurs jours de repos.

Le manque de matériel ressort comme étant un obstacle important et la difficulté majeure.
Les commentaires libres pointent principalement le manque d'Equipements de Protection Individuelle (EPI), mais aussi :

- La gestion de la crise par les différentes instances
- L'épuisement physique et psychologique des soignants qui se sont sentis seuls
- La mise en avant de l'intérêt des CPTS et des regroupements (équipes et centres dédiés)
- Le déficit de coordination et d'information
- Les ruptures de soins, l'isolement et parfois même le renoncement aux soins
- Les incivilités de toute nature envers les IDEL

Les IDEL soulignent également le manque de reconnaissance des professionnels de santé de ville, la rémunération qui n'est pas à la hauteur de l'investissement consenti et la contradiction des informations publiques durant toute la période de confinement.

D. PROPOSITIONS DE L'URPS INFIRMIÈRE PACA

L'expérience de cette pandémie est une valeur forte qui doit permettre d'être plus efficace dans la gestion des éventuelles crises sanitaires auxquelles notre pays pourrait être soumis. Il faudrait s'y appuyer pour organiser la prise en charge sanitaire de l'ensemble de la population en ville, quelle que soit la pathologie concernée par la crise, le suivi habituel de la population, la coordination entre l'hôpital et la ville. Dans un tel schéma, chaque acteur aurait connaissance des principales lignes de conduite à adopter.

1 Propositions principales

Equipements de Protection Individuelle

- Augmenter la traçabilité, renforcer le contrôle et faciliter la délivrance des EPI
- Prévoir une aide financière individuelle à l'équipement de protection, annuelle et pérenne
- Créer une centrale d'achat pour les professionnels de santé activée en temps de crise afin d'éviter les ruptures de stock

Organisation des soins pour les pathologies chroniques

- Les IDEL pourraient être le relais pour les centres 15 et/ou les médecins (spécialistes ou généralistes) afin d'effectuer de la téléconsultation à domicile ou dans un lieu dédié : la crise a mis en arrière-plan toutes les pathologies chroniques et les soins non programmés.Les patients ont vu leurs rendez-vous annulés ou ne souhaitaient pas se rendre dans un cabinet médical ou aux urgences.
- Mieux reconnaître et rémunérer les IDEL : les IDEL soulignent le manque de reconnaissance des professionnels de santé de ville, la rémunération qui n'est pas à la hauteur de l'investissement consenti et la contradiction des informations publiques durant toute la période de confinement.

2 Propositions complémentaires

Organisation territoriale

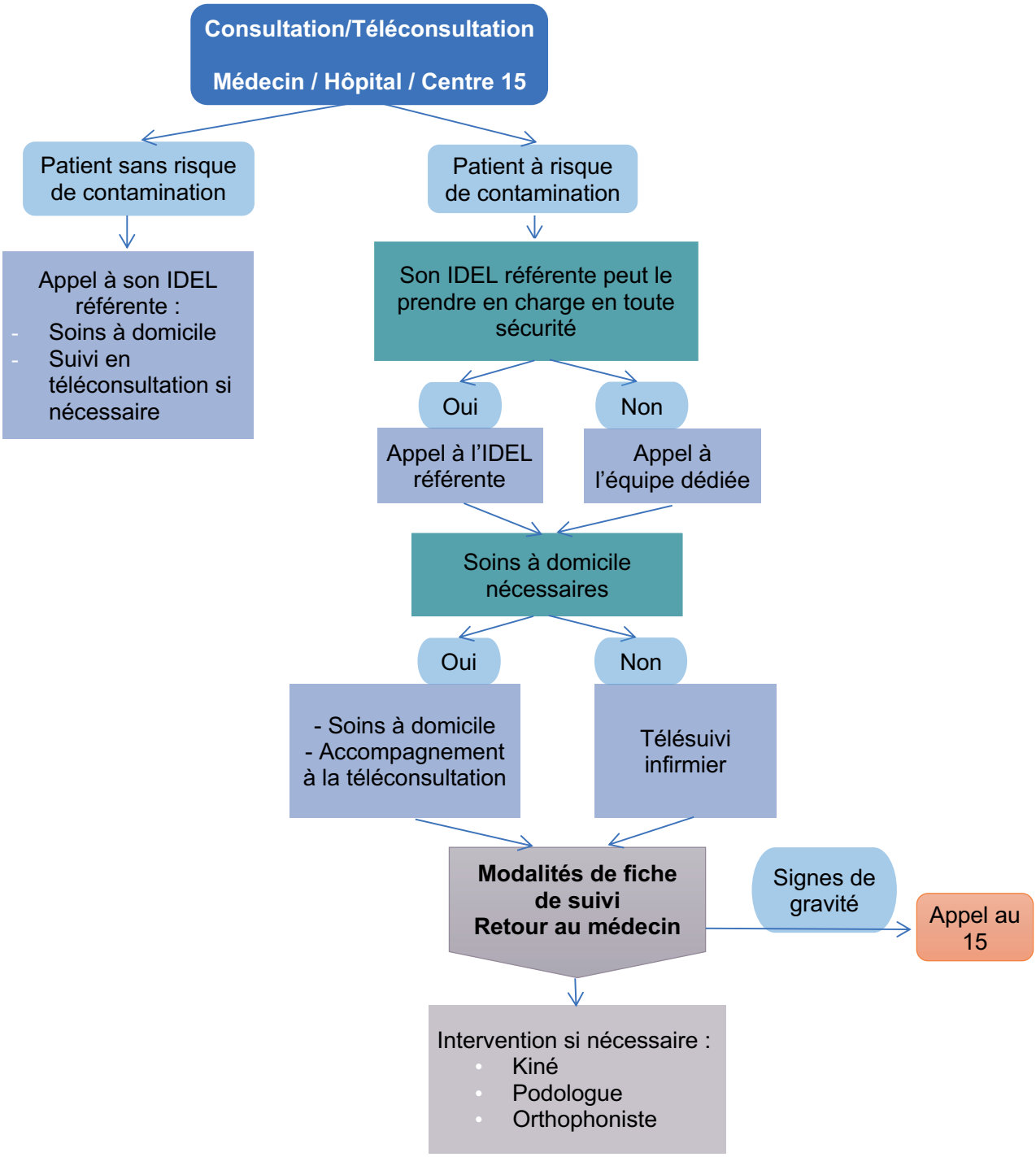
- Reconnaitre et respecter les compétences des professions de santé libérales et les missions de l'hôpital, en évitant le corporatisme
- S'appuyer sur les CPTS pour organiser les soins sur leur territoire
- Trancher le nœud gordien de la coordination : ville/ville et ville/hôpital/ville
- Établir des connexions entre les organisations (professionnels de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, PTA…) et les collectivités territoriales
- Intégrer dans les gouvernances des hôpitaux les représentants des médecins libéraux et des IDEL
- Donner aux ARS la possibilité d'adapter la politique de santé aux spécificités de leur région en partenariat avec les acteurs de terrain, notamment les URPS

Organisation opérationnelle

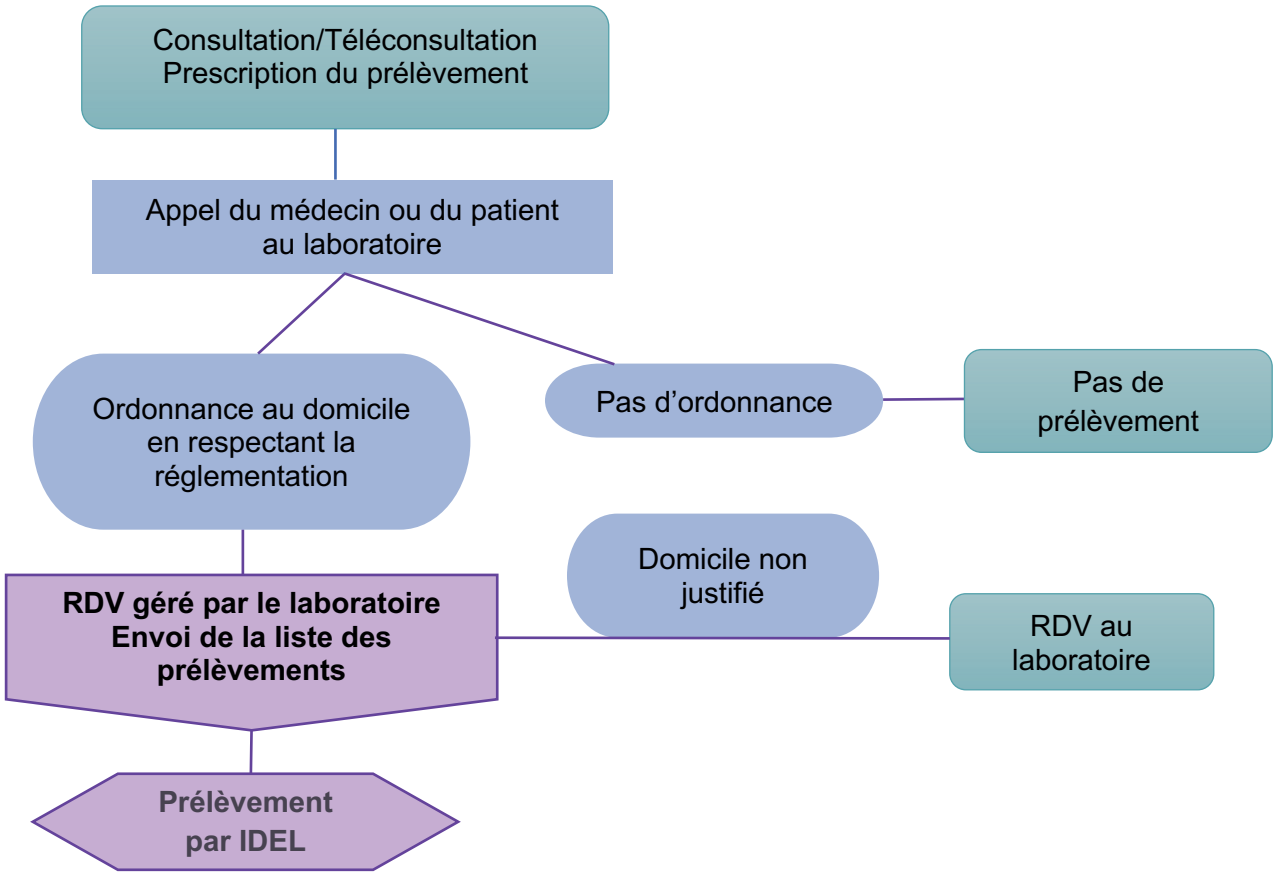
- Les procédures doivent s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels de santé de terrain, et ne pas être nécessairement dictées par des procédures nationales souvent inhibitrices d'innovation
- Mettre les professionnels de santé de ville au cœur de la prévention et de l'éducation à la santé
- Revoir et enseigner les règles élémentaires d'hygiène dès l'école maternelle
- Considérer que les IDEL sont les seules à prendre en charge le patient de manière holistique
- Définir les missions des professionnels de l'aide à domicile, améliorer et harmoniser leur formation
- Intégrer l'exercice libéral dans la recherche

3 Modélisation des types d'organisation

Equipes dédiées



Prélèvements



E. PROPOSITIONS DANS LE CADRE DU SEGUR DE LA SANTÉ

Ces propositions sont faites en partenariat avec le Conseil Régional de l'Ordre Infirmier en s'insérant dans les piliers du Ségur de la Santé.

1 Transformer les métiers, revaloriser ceux qui soignent

- Proposition n°1

Respecter chaque profession de santé dans ses compétences.

Réingénierie des études d'infirmière en intégrant tous les actes faits et non pris en compte dans le CSP :

- Surveillance des traitements (TP/INR, NFS, Chimie),
- Traitement de la douleur,
- Prescriptions élargies,
- Repérage des signaux faibles de pathologie ou de dégradation de l'état de santé (rôle de prévention),
- Attestation de décès infirmière autorisée (déplacement souvent long du médecin pour établir le certificat de décès).

- Proposition n°2

Prévoir une semaine de cours en commun avec les médecins en formation initiale : connaissance respective du métier de l'autre, exercice coordonné, exercice libéral.

- Proposition n°3

Revoir les formations universitaires : 3 ans en cognitif + 1 an de pratique, 5 ans pour les spécialités IADE, IBODE, Puériculture, réanimation & urgence et pratique avancée, 6 ans doctorat avec recherche en sciences infirmières.

Etablir une logique de carrière avec un suivi d'évolution : attractivité et évolution tout au long de la carrière.

- Proposition n°4

Proposer des formations interprofessionnelles et inter-exercices dans le but de développer la trans-professionnalité.

2 Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins

- Proposition n°1

Externaliser les soins infirmiers des enveloppes SSIAD et ainsi permettre aux IDEL de les facturer directement à l'Assurance Maladie.

- Proposition n°2

Définir clairement les rôles et missions de chacun: hôpital (GHT, structures privées), libéral, exercice coordonné (CPTS, ESP, MSP…)

Reconnaitre et respecter les compétences des professions de santé libérales.

Mettre en place des éléments qui aboutiront à une confiance entre chaque acteur (outil de coordination numérique).

- Proposition n°3

Mettre les professionnels de santé de ville au cœur de la prévention et de l'éducation à la santé.

- Proposition n°4

Développer et financer les ESP.

- Proposition n°5

Augmenter le nombre d'IDE avec intégration d'un ratio IDE par patients en structures.

Valoriser financièrement les infirmières (en structures et en libéral).

3 Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

- Proposition n°1

Intégrer les IDEL dans le premier recours en considérant qu'elles sont les seules à prendre en charge le patient de manière holistique.

- Proposition n° 2

Intégrer les IDEL dans la prise en charge des soins non programmés.

- Proposition n° 3

Intégrer les IDEL dans la prise en charge de la PDSA.

- Proposition n° 4

Trancher le nœud gordien de la coordination : ville/ville et ville/hôpital/ville.

- Proposition n° 5

Les procédures doivent s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels de santé de terrain, et ne pas être nécessairement dictées par des procédures nationales souvent inhibitrices d'innovation.

- Proposition n° 6

Intégrer les IDEL dans les EHPAD.

Externaliser les soins infirmiers des enveloppes SSIAD et ainsi permettre aux IDEL de les facturer directement à l'Assurance Maladie.

4 Fédérer les acteurs dans les territoires au service des usagers

- Proposition n°1

Donner aux ARS la possibilité d'adapter la politique de santé aux spécificités de leur région en partenariat avec les acteurs de terrain, notamment les URPS.

- Proposition n°2

Reconnaitre l'URPS comme le représentant des professionnels sur la région.

- Proposition n° 3

Renforcer le positionnement des CPTS et ESP.

- Proposition n°4

Favoriser le retour à domicile des patients avec un suivi infirmier renforcé.

- Proposition n°5

Fédérer les acteurs et renforcer la représentation des IDE et IDEL dans les gouvernances régionales (CME, GHT, comités de direction, conseils d'administration) et nationales (HCSP, HAS, etc).

- Proposition n°6

Établir des connexions entre les organisations (professionnels de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, PTA…) et les collectivités territoriales.

ANNEXES

1. Modèle traçabilité de réception/distribution des EPI - CPTS Grand Avignon en collaboration avec l'URPS infirmière PACA, mars 2020 19
2. Modèle de fiche de suivi des patients COVID - URPS infirmière PACA, mars 2020 20
3. Réponses au questionnaire sur les difficultés des IDEL en période de confinement - URPS infirmière PACA, juin 2020 21
4. Bonnes pratiques de protection envoyées par l'URPS et mises en ligne - URPS infirmière PACA, avril 2020 24
5. Organisation de la cellule "Covid-Lib" - CPTS Littoral Sud 8/9e Marseille, 26 mars 2020 26
6. Présentation de l'équipe IDELCOVID - CPTS du Grand Avignon, 1er avril 2020 28
7. Logigramme de prélèvement nasopharyngé à domicile - CPTS Actes Santé 14/15/16e Marseille, mai 2020 30

Modèle de traçabilité de réception/distribution de matériel

Date de collecte :							
Nom du collecteur : Adresse :	**Veuillez Noter dans la case correspondante le nombre de produit déposé.**						
NOM Prénom /PROFESSION / Numéro RPPS ou ADELI (si connu) Adresse / Téléphone	GANTS	MASQUES CHIR	MASQUES FFP2	CHARLOTTES	Gel ou liquide ALCOOLIQUE	AUTRES	signature

Annexe n°2 : Modèle de fiche de suivi des patients COVID, URPS infirmière PACA

Identité du patient :	Âge	
N° de tél :	N° de SS :	Mail :
Adresse :		
Médecin traitant :	Aidant naturel : oui ☐ non ☐ Pièce de confinement au domicile : ☐ oui ☐ non	
Date de début des symptômes :	Compréhension des consignes ☐ Oui ☐ Non	
Suivi IDEL effectué	☐ Par téléphone (télé suivi/ télé soin) ☐ à domicile	
Consentement libre et éclairé : Après information, …… Accepte la mise en place et l'utilisation d'un dossier de soins, les photos/vidéos nécessaires à ma prise en charge, la transmission écrite et informatique de mes données de santé aux professionnels de santé.		
Antécédents – Comorbidités - Facteurs de risque		
☐ âge >70 ans	☐ BPCO/Ins. Respi. Sous O2	☐Asthme - Mucoviscidose
☐Ins. Rénale sans dialyse	☐Ins. Rénale + dialyse	☐ Ins.Cardiaque NYHA III ou IV
☐Ins. Hépatique/ cirrhose >stade B	☐HTA – ATCD AVC - coronaropathie	☐ Diabète insulino-dépendant
☐Immunosuppression☐ pathologies cancéreuses	☐Médicamenteuse : chimio, radiothérapie, ttt cordicoïdes ☐VIH ☐Greffes	
☐Obésité IMC>40	☐dénutrition/malnutrition	
☐Autres pathologies – Traitements en cours		

Surveillance clinique

DATE														
Paraphe Infirmière														
Température														
Tension artérielle <90mmHG														
Saturation < 90%														
Pulsations														
Fréquence Respiratoire <22/mn														
Anosmie														
Agueusie														
Diarrhée														
Nausées - **V**omissements														
Asthénie - fatigue														
Evaluation de l'état général														
Altération de la conscience														
Somnolence/confusion														
Frissons														
Courbatures														
Céphalées														
Toux **G**rasse **S**èche														
Signes pharyngés														
Gêne respiratoire														
Douleur thoracique														
Essoufflement **R**epos- **E**ffort														
Test : Faire compter à voix haute –noter le nombre obtenu avant reprise de la respiration (nr si >30)														
Cyanose / **M**arbrures														
Alimentation														
Hydratation														

Consignes pour remplir la fiche : Utiliser l'échelle de 0 à 10 pour asthénie, état général, courbatures, céphalées, douleurs thoraciques, etc. Utiliser Ø = absence, + = un peu, ++ = modéré , +++ = beaucoup, pour alimentation et hydratation :nr = normal ou ↘ = pour diminuer ou Ø= ne s'alimente pas

TRAITEMENTS

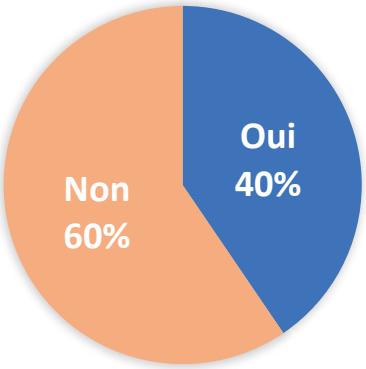
Paracétamol 500 mg/ 1g														

Questionnaire sur les difficultés des IDEL pour les prises en charge des patients COVID

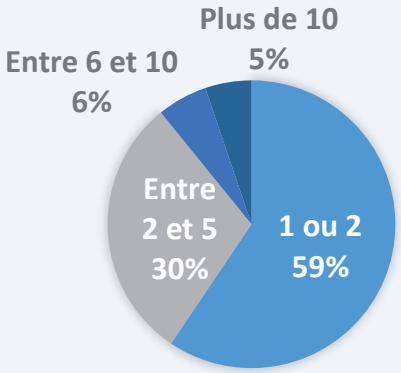
Période de confinement du 17 mars au 10 mai 2020

- Questionnaire en ligne sur la plateforme Survey Monkey
- Envoi par email et SMS (6900 IDEL du fichier), réseaux sociaux et site de l'URPS
- 1076 réponses reçues du 14 au 26 mai 2020

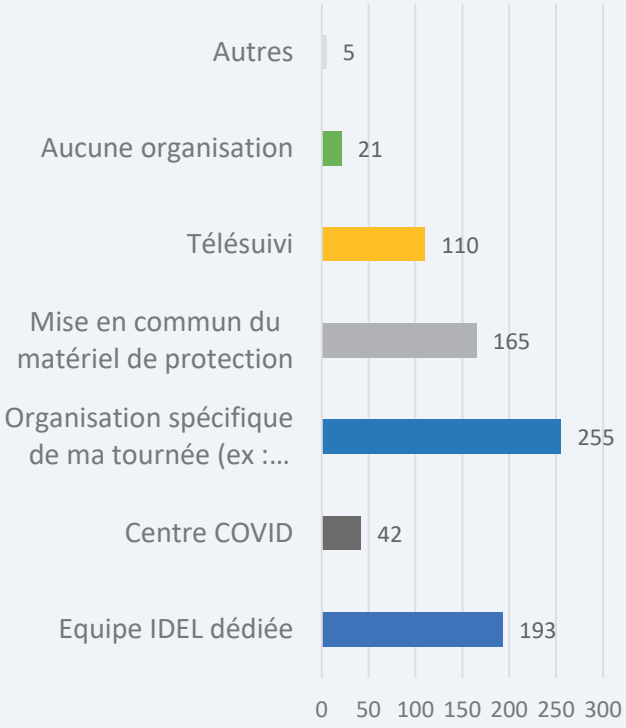
Avez-vous pris en charge des patients avérés ou suspectés COVID ?



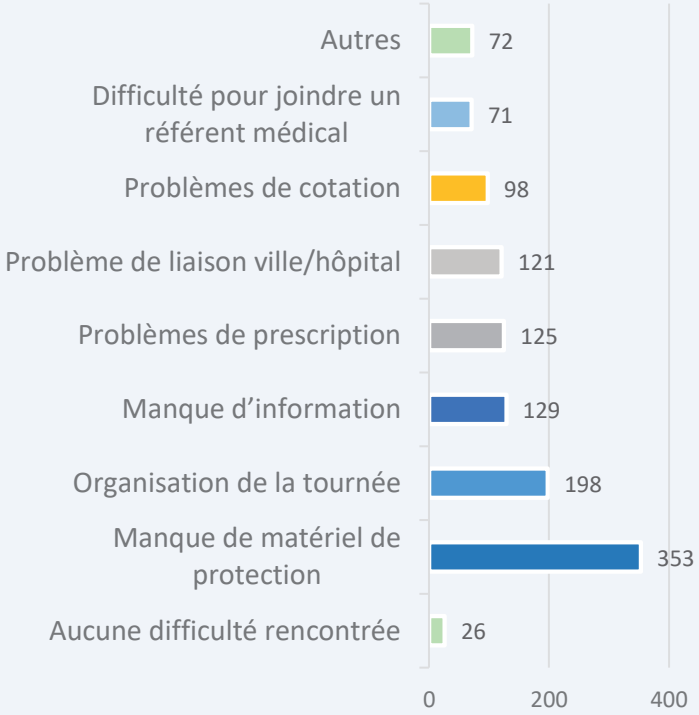
Si oui, combien de patients COVID avez-vous pris en charge ?



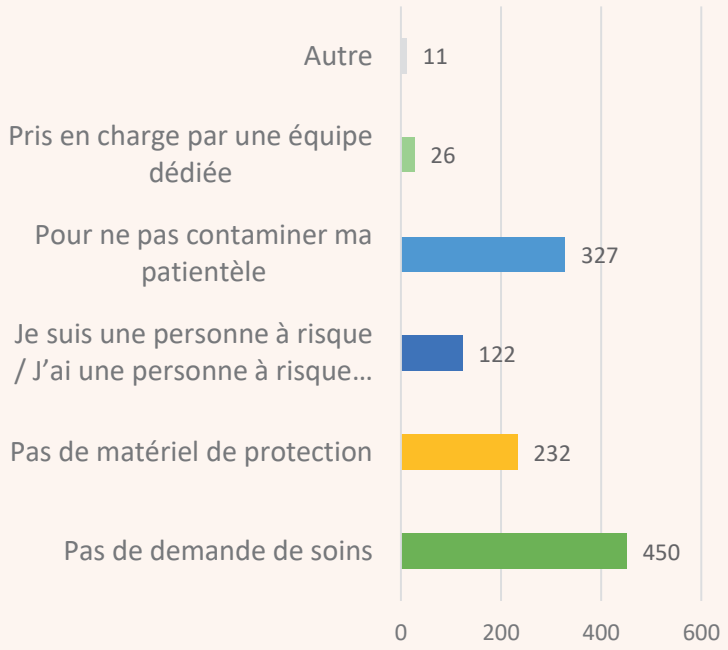
Si oui, quelles organisations pour les prises en charge de vos patients COVID ?



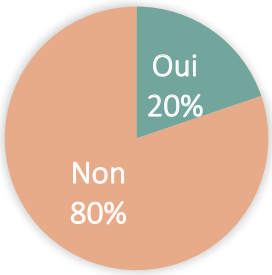
Si oui, quelles difficultés avez-vous rencontrées ?



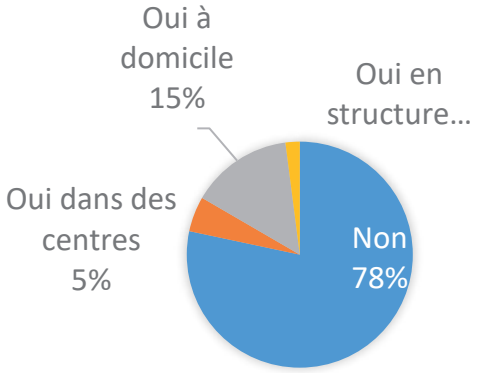
Si non, pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas pris en charge de patients COVID ?



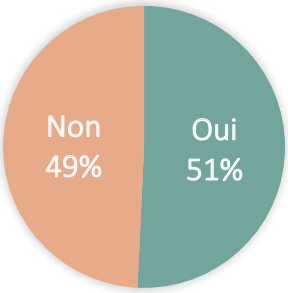
Avez-vous effectué des téléconsultations ?



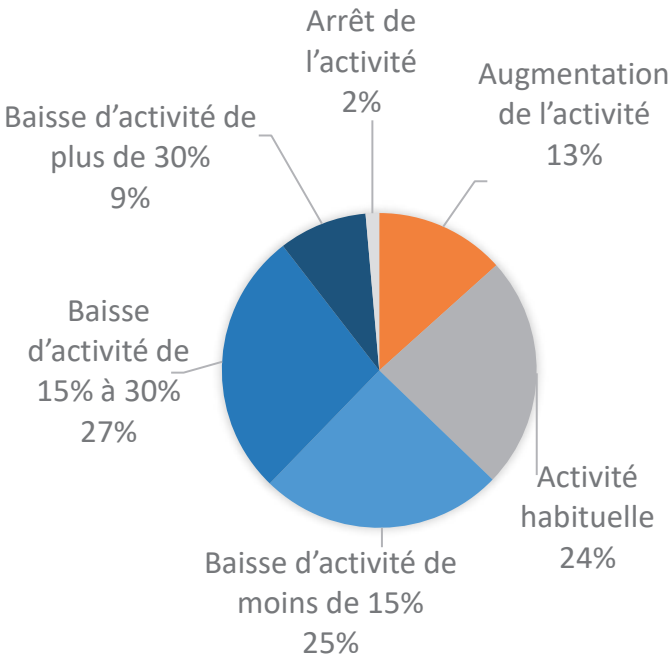
Avez-vous pratiqué des dépistages ?



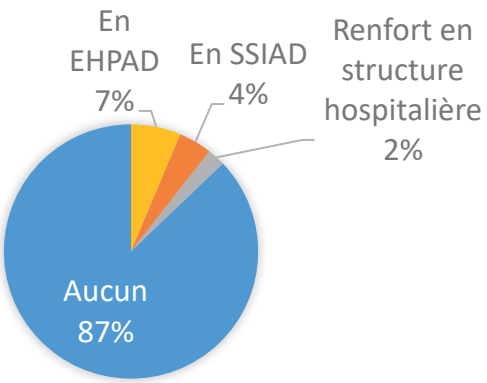
Avez-vous travaillé sur vos jours de repos ?



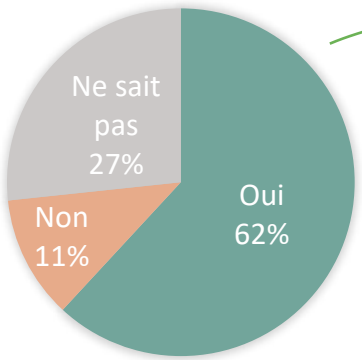
Comment estimez-vous votre activité durant le confinement ?



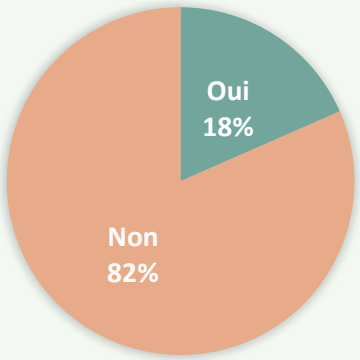
Etes-vous intervenu(e)...



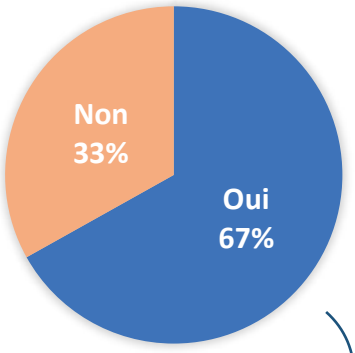
Existe-t-il une CPTS validée ou en projet sur votre territoire ?



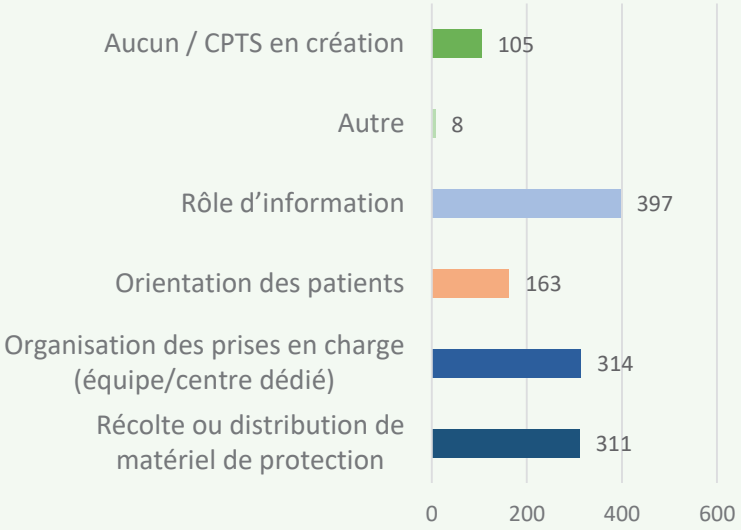
Si oui, avez-vous découvert cette CPTS à l'occasion de la crise ?



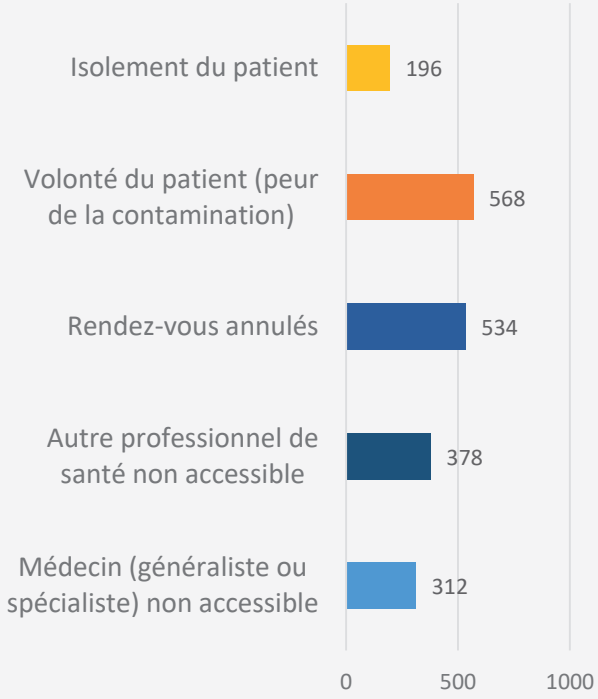
Avez-vous constaté des ruptures de parcours de soins ?



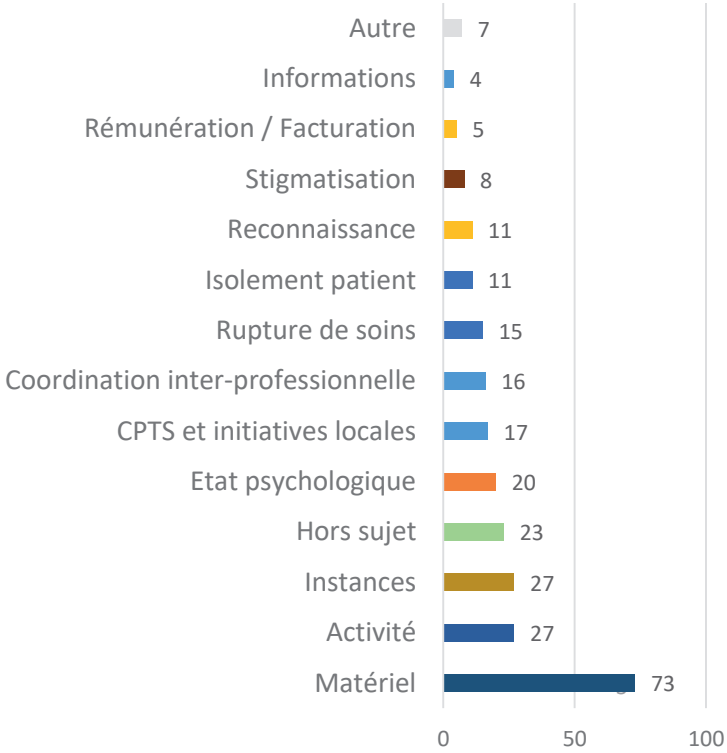
Si oui, quel a été le rôle de votre CPTS dans le contexte épidémique ?



Si oui, quelles sont les raisons de ces ruptures ?



Commentaires libres



Matériel de protection et bonnes pratiques

Le virus SARS-CoV-2 est un virus dont la contagion est essentiellement aéroportée et par contact étroit. Les gouttelettes émises lors de la parole, de la toux retombent sur le sol ou sur les surfaces environnantes (Vêtements, meubles, etc.). La contagion devient à partir de ce moment manuportée. Le matériel de protection doit tenir compte de ces deux types de contagion.

Les experts nationaux et internationaux[1] ont depuis longtemps mis en avant l'importance de respecter les précautions standard, y compris hors période de contagion COVID-19.

Le lavage des mains

C'est le geste essentiel.
Un bon lavage des mains avec de l'eau et du savon, en prenant le temps de laver chaque doigt, la paume et le dos de la main, les ongles et en terminant pas les poignets, enlève 99% des microorganismes présents sur la peau.
Le séchage se fait en prenant UNE SERVIETTE PROPRE ou un essuie-main à usage unique.

La solution hydro-alcoolique

C'est le geste complémentaire qui doit être utilisé comme un lavage soigneux des mains.
Les mains sont propres, sans traces de souillure, sèches.
La solution hydro-alcoolique ne s'utilise pas juste après un lavage des mains, même mains séchées : c'est inefficace du fait de la présence d'eau sur la peau, et il existe un risque d'irritation et/ou de micro-blessures de la peau (décapage du film cutané lipidique).
Une solution hydro-alcoolique n'est efficace que sur la peau.

Les masques

Une étude faite par la SF2H[2] détermine que la filtration du masque chirurgical est comprise entre 95 et 98%.
Un masque de type FFP2 offre une filtration au moins égale à 99%.
Comment mettre un masque pour qu'il soit efficace :

- Le masque doit couvrir le nez et le menton (libérer les soufflets et la barrette rigide pour ajuster le masque au nez)
- **Masque touché ou masque mouillé ou masque sali = à jeter**
- Le masque chirurgical peut être conservé en place environ 4h[3] et le FFP2 environ 8h
- Les masques sont à usage unique = les jeter après utilisation
- Se lever les mains avant de mettre un masque
- Enlever le masque **sans le toucher** en ôtant les lanières et/ou les élastiques
- Se laver les mains après le retrait

[1] Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle EPI contre la maladie à coronavirus COVID-19 et éléments à considérer en cas de grave pénurie OMS 06 avril 2020.
[2] Sf2h Société Française d'Hygiène Hospitalière Avis relatif aux mesures de protection respiratoire des professionnels de santé en ville pour la prise en charge de patients en période de circulation de virus respiratoires 31 janvier2020. Avis du 14 mars 2020.
[3] CPIAS ARA Information sur les masques et procédés alternatifs 02 avril 2020.

Les gants

1 paire de gant = 1 soin = 1 patient [4]

Les gants s'utilisent sur des mains propres et sèches.
La durée de conservation des gants pour un usage est d'environ 30 minutes.
Il est **interdit** de nettoyer les gants à l'eau et au savon et/ou avec **une solution hydro-alcoolique**.
Importance d'une paire de gants par geste à effectuer pour un patient.
Aucun intérêt à conserver des gants lors des déplacements, ils sont une source de contamination.

Les blouses de protection

Une blouse = un patient
L'utilisation prolongée d'une blouse de protection peut augmenter le risque de contamination.
Ces blouses de protection sont à usage unique = les jeter après utilisation.
Les enlever en utilisant l'intérieur de la blouse de protection et en évitant de toucher la partie en contact avec les patients.

Les lunettes de protection

Les lunettes de protection sont utilisées pour protéger un soignant, en cas de risque de contamination par éclaboussures, projection de type gouttelettes.
La visière ou écran facial est conçu pour couvrir l'intégralité du visage (côtés du visage et dessous du menton).
L'utilisation prolongée de ce matériel peut accroître inconfort et fatigue du soignant.
Ce ne sont pas des matériels à usage unique, ils doivent être décontaminés/stérilisés après chaque patient.

Quels sont les EPI ?

Pour les patients non COVID	
Le patient	Le professionnel de santé
Masque Chirurgical	Masque chirurgical + gants (lors des soins)

Pour les patients COVID - Pour les prélèvements naso-pharyngés et soins à risque	
Le patient	**Le professionnel de santé**
Masque chirurgical	**Masque FFP2**
	Gants
	Lunettes ou visière
	Charlotte
	Blouse de protection
	Sur chaussures

Les EPI sont mises lorsque le professionnel entre chez le patient. Ils sont enlevés chez le patient, et jetés dans un sac poubelle opaque. Ce sac est fermé. Après 48 h, le mettre dans un autre sac poubelle opaque et demander à ce qu'il soit jeté aux ordures ménagères.

Les soins à risque nécessitant un FFP2 pour le professionnel de santé :
- **Patient présentant une suspicion d'une maladie infectieuse ou virale émergente à transmission respiratoire**
- **Patient COVID-19 avéré ou suspecté**
- **Patient présentant une tuberculose, un SRAS, une grippe aviaire**
- **Les prélèvements nasopharyngés**

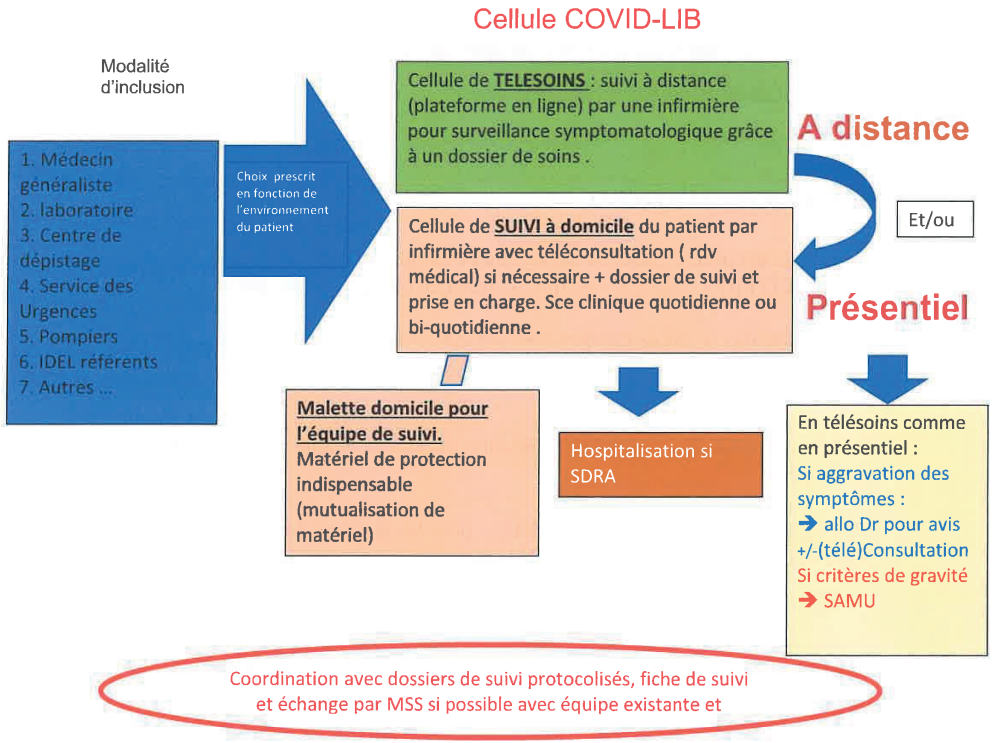
[4] Bonnes pratiques essentielles en hygiène en soins de ville à l'usage des professionnels de santé novembre 2015

2) - LES MODALITÉS D'ORGANISATION TERRITORIALE

CELLULE « COVID-LIB »

Prise en charge en ville des patients atteints par le Covid-19

MARSEILLE 8ème et 9ème



COVID-LIB 8/9 26 MARS 2020

POUR QUELS PATIENTS :

- Patient ayant été hospitalisé car ayant présenté une forme symptomatique avec signes de gravité et dont les critères cliniques d'évolution permettent un retour au domicile ;

- Patient ayant été vu (ou téléconsulté) par un médecin car ayant présenté une forme symptomatique sans signes de gravité nécessitant un repos et une surveillance de quelques critères cliniques au domicile par un tiers en complément du suivi médical.

3) - LES MODALITÉS D'ORGANISATION ENTRE SOIGNANTS MEMBRES DE L'ÉQUIPE

CELLULE PRÉSENTIELLE

La priorité est portée , dans la mesure du possible, sur une équipe « spéciale patients COVID » en présentiel qui ne prend en charge que les patients COVID.

Le cas échéant, d'autres équipes sont prévues , en dehors des tournées de chaque infirmier.

La Mutualisation de matériel de protection est indispensable au fonctionnement de l'équipe.

Mise à disposition de « caisses COVID » pour les équipes d'intervenants, constituées :

- de matériel de base pour prise en charge d'un patient a domicile
- de Sets spécifiques pour la prise en charge de patients COVID19

+

Coordination facilitée par des dossiers de suivi protocolisés (cf annexe 1) , et transmission avec équipe existante et médecin généraliste.

CELLULE DE TÉLÉ-SUIVI

Le télé-soin :

-Le Suivi **à distance** sera réalisé par le (la) même Infirmier(ère) tout au long de la prise en charge du patient , préférentiellement par vidéotransmission avec le patient, ou par téléphone si les équipements du patient et/ou de l'infirmier ne le permettent pas.

-L'Outil privilégié est une plateforme en ligne référencée par le ministère de la santé pour assurer la sécurisation des données échangées, au choix de l'IDEL. .

-Surveillance symptomatologique avec support : dossier de soins (cf annexe 2)

La Télé-consultation :

-dans le cadre du Suivi et/ou d'aggravation de symptômes, un accompagnement **à domicile** des patients par un (une) Infirmier(ère) lors des téléconsultations avec le médecin, pourra être envisagé , sur la plateforme habituellement utilisée par le médecin, ou tout autre plateforme disponible selon les possibilités. (Application / plateforme référencée sur la liste éditée par le ministère de la santé)

+ dossier de suivi et de prise en charge pour surveillance clinique (cf annexe1)

LE CHOIX DU SUIVI PRESENTIEL, DU TELE-SOIN OU DE LA TELE-CONSULTATION AINSI QUE LA FREQUENCE, SERA PRESCRIT EN FONCTION DE L'ETAT ET DE L'ENVIRONNEMENT DU PATIENT.

Les points de vigilance particuliers seront également précisés sur l'ordonnance par le médecin (cf annexe 4)

COVID-LIB 8/9 26 MARS 2020

DOSSIERS DE SUIVI :

Des dossiers de suivi sont mis en place afin d'assurer l'évaluation clinique, l'évolution symptômatologique et le suivi des patients , autant en présentiel qu'en télésoin (cf annexe 1 et 2)

L'application suivi-covid 19 peut également être utilisée pour la transmission des données.

CAT EN CAS D'AGGRAVATION DES SYMPTÔMES :

- Si critères de gravité (cf dossiers de soins en annexe 1 et 2) ➔ SAMU
- Sans critères de gravité ➔ avis médical (du médecin traitant ou du médecin référent COVID) pour évaluation de la situation par (télé)consultation +/- réorganisation de la prise en charge : augmentation de la fréquence des actes de surveillance et de suivi, passage du télésuivi en suivi présentiel, hospitalisation … selon les besoins.
- Si pas de médecin disponible , des médecins du secteur se sont positionnés pour assurer une téléconsultation.

4) - *LES MODALITÉS D'INFORMATION DU PATIENT SUR L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE*

Les patients sont informés par le Médecin si possible et/ou par l'infirmière coordinatrice , de la mise en place et du déroulement du suivi à domicile , par téléphone si cela est réalisable. Si ce n'est pas le cas , l'IDEL informe le patient du déroulement du suivi lors de la 1ère visite chez le patient ou du 1er télésoin.

Des informations concernant les mesures d'hygiène élémentaires et la prévention pour le patient / son entourage et le domicile sont également fournies avec le dossier IDE (cf annexe 3)

urps infirmière PACA Union Régionale des Professionnels de Santé

Réf :

L'ÉQUIPE *IDELCOVID* DE LA CPTS DU GRAND AVIGNON

1- LES 12 COMMUNES DE LA CPTS DU GRAND AVIGNON

ALTHEN DES PALUDS
AVIGNON-MONTFAVET
BEDARRIDES
CAUMONT SUR DURANCE
CHATEAUNEUF DE GADAGNE
ENTRAIGUES SUR LA SORGUES
JONQUERETTES
LE PONTET
MORIERES LES AVIGNON
SAINT SATURNIN LES AVIGNON
SORGUES
VEDENE

Réf :

L'ÉQUIPE *IDELCOVID* DE LA CPTS DU GRAND AVIGNON

2- PROPOSITION D'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGES

- Les médecins orientent leur patient pendant la consultation en appelant le n° unique (à définir). (cf : annexe 1 : parcours du patient selon le diagnostic du MG)
- Ils communiquent à l'IDE de régulation leurs propres coordonnées (mail et n° portable) et celles du patient (nom, prénom, adresse et n° de téléphone).
- Ils transmettent l'ordonnance via l'adresse mail dédiée (à définir) ainsi que si possible leur fiche de suivi COVID standardisée. (Annexe 2)
- L'IDE de régulation oriente le patient sur le binôme le plus apte à le prendre en charge en fonction de la localisation et de la charge de travail des tournées.
- L'IDE de régulation met à disposition de l'IDELCOVID les coordonnées du patient et l'ordonnance afin que cette dernière planifie ses soins lors de la prise de rendez-vous pour les soins à domicile.
- L'IDE de régulation assure la traçabilité de ses orientations. (Cf Annexe 3 : exemple de fiche de traçabilité des orientations des patients IDELCOVID)
- L'IDELCOVID effectue ses soins en appliquant les bonnes pratiques en usage en fonction des avancées de la science. (Annexe 4 : exemple de procédure de protection des soignants IDEL COVID) pour une prise en charge du patient dans sa globalité.
- L'IDELCOVID transmet ses coordonnées au patient afin d'être joignable si besoin. Elle explique clairement au patient et à son entourage les facteurs qui doivent donner lieu à un appel SAMU.
- L'IDELCOVID assure la traçabilité des soins et de ses actes de coordination sur le dossier de soins infirmiers IDELCOVIDCPTSGA. (cf. : Annexe 5 « dossier de soins IDELCOVIDCPTSGA » de l'annexe 4 « exemple de procédure de protection des soignants IDEL COVID »)
- L'IDELCOVID transmet son 1er bilan au médecin et à l'équipe IDEL habituelle si il y a lieu, ce qui lui permet de s'identifier comme la personne qui assure la continuité des soins. Elle demande au cabinet IDEL en charge du patient de lui partager les ordonnances des soins en cours pour qu'elle puisse en assurer la continuité pendant la période d'isolement.
- A chaque événement ou aggravation, l'IDELCOVID contacte le médecin et selon les préconisations de ce dernier, modulera sa prise en charge en la renforçant ou en l'allégeant soit en fréquence soit en réalisant des télésoins.
- En fin de prise en charge IDELCOVID envoie une copie de l'intégralité de son dossier au médecin pour qu'il le joigne au DMP ainsi qu'au cabinet IDEL habituel pour qu'elle joigne cette copie à son dossier infirmier.
- L'IDELCOVID recevra l'appui d'une IDEL SOUTIEN pour l'approvisionnement en matériel, l'archivage des dossiers. L'IDEL COVID complétera chaque jour la « fiche de traçabilité de la tournée IDEL COVID » ce qui permettra la traçabilité en vue de la facturation. (Cf. : annexe 5)

3- MODALITÉS D'ORGANISATION ENTRE LES SOIGNANTS

Suite à un courrier d'information (annexe 6) et à un recrutement téléphonique :

- Les binômes de volontaires (Annexe 7), seront constitués en fonction des flux patients, afin que la file active soit de 10 patients (ce chiffre empirique pourra être réévalué à la hausse ou à la baisse en fonction de la réalité du terrain en veillant à ne pas surcharger les tournées).
- La constitution de binôme vise à respecter des périodes de repos dans la prise en charge. Le rythme de travail sera à définir entre les IDELCOVID de chaque binôme en veillant à l'équilibre de l'alternance travail/repos. Il est conseillé d'adopter un rythme hebdomadaire de 2 jours travaillés- 3 jours de repos- 2 jours travaillés, ainsi que de ne pas dépasser 7 jours consécutifs)
- Les binômes devront informer l'IDE de régulation du planning convenu ainsi que de tout changement dans l'organisation prévue.
- Les IDELCOVID n'ont aucun lien de subordination ni au sein des binôme ni avec les IDEL régulatrice et de soutien. Il s'agit d'un travail d'entraide entre professionnels installés, structuré pour répondre à la crise sanitaire extraordinaire, que les IDELCOVID ont tacitement accepté en étant volontaire après avoir été informées lors d'une réunion en visioconférence.
- Chaque IDELCOVID est responsable individuellement de ses soins et de sa facturation, pour laquelle elle peut recevoir de l'aide de la part de ses pairs en regard de la nouveauté des actes et de leur complexité de prise en charge par la CNAM.
- Les dossiers de soins IDELCOVIDCPTSGA seront archivés et resteront accessibles aux IDELCOVID autant que de besoin
- Les IDELCOVID s'engagent à travailler en bonne confraternité tant au sein de l'équipe IDELCOVID qu'avec les IDEL dont elles prennent le relai de la continuité des soins, dans le respect de la déontologie.
- Compte tenu de l'urgence et de la situation de crise sanitaire extraordinaire, il est considéré que l'organisation fonctionne selon le contrat type de l'ordre infirmier d'entraide entre professionnels infirmiers libéraux installés incluant si besoin les remplaçantes compte tenu des dérogations d'exercice simultané accordées et ce sans avoir à formaliser le contrat étant donné que les binômes peuvent être amenés à être modifiés en fonction de l'activité du terrain.
- Aucun frais de fonctionnement ne pourra être imputé à quiconque compte tenu que le projet est basé sur la solidarité.
- Cette organisation n'a vocation à durer que le temps de l'isolement imposé par l'épidémie de COVID19. Elle s'arrêtera également en cas de pénurie d'équipement de protection individuelle.
  Si le nombre de volontaires n'est pas en mesure d'absorber le flux de patients afin d'effectuer des soins de qualité ce dispositif devra prendre fin, les équipes IDEL habituelles seront en devoir de reprendre en charge leurs patients.

Réf :

L'ÉQUIPE *IDELCOVID* DE LA CPTS DU GRAND AVIGNON

4- MODALITÉS D'INFORMATION PATIENTS

- Les patients sont informés par le médecin prescripteur de l'intervention de l'équipe IDELCOVID lors de la prise de contact via le n° unique (à définir).
- Le cas échéant les IDEL habituelles explique au patient les dispositifs barrières mis en place grâce à l'organisation IDELCOVID.
- Les IDELCOVID lors de leur première visite apporte une information claire sur le dispositif IDELCOVID en leur spécifiant que dès la fin de la période d'isolement prescrite par leur médecin, la prise en charge par l'équipe IEDLCOVID s'arrête et que les IDEL habituelles assurent à leur tour la continuité des soins.
- Les IDELCOVID acte le consentement du patient en le faisant signer (ou son représentant légal) page 1 du dossier de soins IDELCOVIDCPTSGA (cf. : Annexe 4)
- Dans le cas du refus de l'application du dispositif IDELCOVID, par le patient, les IDEL habituelles ou le médecin, l'équipe IDELCOVID ne pourra pas être mise en cause.

Date	Version	Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
31/03/2020	V1	Carine LAGER, IDEL	Catherine KIRNIDIS, IDEL, présidente nationale du Sniil	Les IDEL COPILCPTSGA MARSAL Sylvie MONZIOLS Peggy ROUSSELET Laurence

urps Infirmière PACA Union Régionale des Professionnels de Santé

Annexe 1 : LOGIGRAMME DE PRELEVEMENT NASOPHARYNGE A DOMICILE COORDONNE PAR LA CPTS ACTES-SANTE

Téléconsultation ou Consultation Médecin Généraliste
Avec prescription de prélèvement nasopharyngé

Contact Médecin ou Patient avec Laboratoire partenaire de la CPTS Actes-Santé

Ordonnance respectant les conditions réglementaires

NON → **Pas de prélèvement autorisé**

OUI

A domicile si patient avec incapacité de déplacement avérée

NON → **Prise de RDV directement au laboratoire ou en mode « drive »**

OUI

Prise de RDV Laboratoire pour prélèvement à domicile
10 patients maximum / jour / laboratoire partenaire

Envoi listing patients à prélever **la veille avant 17h** sur mail dédié CPTS

Transmission par CPTS par mail la veille :

- Du listing patients à l'IDEL selon planning de garde
- Des coordonnées de l'IDEL du jour au laboratoire

TOURNEE PRELEVEMENT IDEL :

- Récupération matériel au laboratoire partenaire
- Réalisation des prélèvements à domicile
- **Dépôt au laboratoire des prélèvements avant 13h**

Retour à la CPTS de l'IDEL volontaire sur les prélèvements réalisés par mail

ARCHIVAGE DES DONNEES PAR LA CPTS :

- Nombre de prélèvements réalisés à domicile
- Présence de symptômes ou de comorbidités
- Suivi médical mis en place ou non
- Intégration dans tournées IDEL dédiées ou non

ACTES SANTÉ

RETROUVEZ NOUS SUR :

URPS.infirmiere.PACA

URPS_inf_PACA

urps-infirmiere-paca

www.urps-infirmiere-paca.fr
Retrouvez les informations relatives à l'exercice professionnel infirmier.

www.infirmiere-paca.fr
Site de référencement régional des infirmiers libéraux développé par l'URPS.

www.forum-infirmiere-paca.fr
Venez échanger au Forum annuel régional de l'infirmière libérale en PACA.

L'INFO
Suivez l'actualité infirmière régionale dans le magazine d'information professionnel.

urps Infirmière PACA
Union Régionale des Professionnels de Santé

Espace Valentine, Bât. A
1 montée de Saint Menet, 13011 Marseille
tél. : 04 91 87 54 38

www.urps-infirmiere-paca.fr