

	<b>RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID 19</b>	<b>Création</b> Date : 14/03/2020
		<b>Validation technique par la direction métier : DOS</b> Date : 20/03/2020
		<b>Approbation Cellule Doctrines</b> Date : 10/04/2020
		<b>Validation CRAPS</b> Date : 11/04/2020
<b>COVID-19 18</b>	<b><i>Prise en charge en NEUROLOGIE</i></b>	<b>Version : 2</b> Date : 11/04/2020  <b>Diffusion :</b> Partenaires ARS Site internet ARS
<b>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur :</b> <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</a>		

## PRÉAMBULE

L'infection par COVID-19 est dans la grande majorité des cas sans gravité. Elle requiert cependant une vigilance particulière pour les patients présentant des fragilités, atteints de comorbidités (cf. annexe). Ainsi, concernant la neurologie, il peut s'agir de patients ayant un traitement immunosuppresseur (par exemple les patients avec scléroses en plaques sous traitement de fond), ceux ayant une tumeur cérébrale ou une maladie neurologique avec atteinte respiratoire (maladies musculaires, sclérose latérale amyotrophique...). Sachant qu'il s'agit souvent de patients âgés, ceci peut également concerner un grand nombre d'autres patients atteints de pathologies neurologiques, notamment les démences, les maladies neurodégénératives, les maladies rares à expression neurologique... Certains de ces patients sont parfois hébergés dans des EHPAD. Leur prise en charge dans le cadre de l'infection COVID 19 est abordée dans le référentiel « Prise en charge des personnes âgées en EHPAD » (doctrine régionale ARS Ile de France COVID19-n°48).

L'enjeu est de protéger les patients atteints de pathologie neurologique de toute contamination et d'organiser la poursuite des traitements nécessaires dans la continuité des soins. L'hospitalisation de ces patients en neurologie ou en réanimation du fait de la décompensation de leur pathologie est parfois nécessaire et justifie le maintien de ressources hospitalières dans ce sens.

Dans le cadre de la pathologie neurovasculaire, la prise en charge en urgence des AVC reste une des priorités de la filière neurologique, y compris pour les patients porteurs du COVID 19, dans les meilleures conditions possibles pour les patients et les soignants.

Depuis le 18 mars 2020, en raison de la diffusion de l'épidémie, tous les établissements de santé (ES) d'Ile-de-France sont potentiellement concernés par la prise en charge de patients suspects ou confirmés de COVID19.

De façon générale, depuis le 24 mars 2020, en raison du risque de **saturation de l'ensemble des services de soins critiques** par la prise en charge des patients COVID-19, chaque **établissement de santé (ES)** disposant de ressources structurelles (humaines et matérielles) pour les soins critiques doit élaborer au plus vite un plan de déploiement de son

capacitaire en soins critiques. A ce jour, l'hospitalisation en soins critiques des patients COVID-19 doit se faire dans des ES disposant d'unités de soins critiques habilités.

- Il est recommandé de renseigner le Répertoire Opérationnel des Ressources [www.ror-idf.fr](http://www.ror-idf.fr) à chaque mouvement de patients.
- Il convient cependant de réserver à l'échelle régionale 20% du capacitaire en soins critiques pour les **urgences non COVID-19**. (Cf. Doctrine soins critiques adultes<sup>1</sup>), en fonction du nombre de patients COVID-19 pris en charge. Ceci est d'autant plus important car un certain nombre de patients atteint de maladies neurologiques peut présenter une décompensation aiguë nécessitant une prise en charge en réanimation indépendamment de l'épidémie actuelle.
- L'identification d'un **secteur dédié aux confirmations diagnostiques** dans les ES pour les patients suspects de COVID-19 est primordial pour bien orienter ces patients et ne pas faire entrer l'infection dans un service non COVID-19 ainsi qu'à l'inverse pour ne pas infecter un patient non COVID-19 hospitalisé à tort dans un service COVID-19. L'erreur d'orientation est préjudiciable pour tous les ES et l'effort de la confirmation diagnostique doit être partagé par toute la collectivité de l'ES.
- Par ailleurs, il est demandé aux ES de **réserver un secteur à la prise en charge des patients COVID-19** nécessitant une hospitalisation (hors soins critiques) liée au COVID-19 ou à une autre pathologie. Si les contraintes architecturales et fonctionnelles ne le permettent pas, il est demandé aux ES de proposer une solution pour contrôler au mieux les risques de contamination (réf<sup>2</sup>).
- Concernant les **USINV**, la prise en charge des patients AVC doit être poursuivie. A ce stade de l'épidémie, il est demandé aux ES de **réserver dans la mesure du possible une USINV aux patients non COVID-19, sinon d'identifier dans l'USINV des lits non COVID-19. La taille et la localisation de l'USINV est à adapter aux contraintes architecturales et fonctionnelles de chaque ES (mutualisation des soins critiques)**. A titre d'exemple, plusieurs ES ont proposé de regrouper les patients de l'USIC et de l'USINV, permettant de dédier une USI aux patients COVID-19 et l'autre aux non COVID-19.
- Pour les **plateaux techniques interventionnels et non interventionnels**, il est demandé aux ES de séparer si possible la prise charge des patients COVID-19 de celle des non COVID-19, de mettre en place et de respecter les règles d'hygiène renforcées et les mesures barrière à tous (patients et personnels) (Annexe).
- Enfin, pour la prise en charge des patients neurologiques hospitalisés dans le contexte actuel, un système de recours pour les expertises neurologiques des patients COVID avec des astreintes spécialisées accessibles sur toute la région en urgence a été mise en place par les neurologues hospitaliers (annexe)

**En ville**, dans le contexte de confinement de la population, l'ensemble des professionnels de santé peut participer au maintien de la prise en charge des patients qui le nécessitent. Il est ainsi recommandé de veiller à la continuité des soins des patients atteints de pathologies neurologiques chroniques en s'assurant qu'ils prennent bien leur traitement de fond, qu'ils surveillent d'éventuels signes d'aggravation de leur pathologie et qu'ils appellent rapidement les médecins traitants et/ou neurologues. Les neurologues libéraux doivent au mieux accompagner leurs patients en coordination avec la médecine générale, les autres professionnels de santé de ville et l'hôpital.

<sup>1</sup> Doctrine soins critiques adultes sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

<sup>2</sup> Préparation à la phase épidémique de COVID-19. Etablissement de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux. Guide méthodologique du 16 mars 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>

- Les patients doivent savoir comment contacter leur neurologue et leur généraliste.
- En cas d'hospitalisation, il est demandé de développer des filières directes entre médecins de ville (généralistes et spécialistes) et neurologues hospitaliers afin d'éviter le passage aux urgences et accélérer la prise en charge spécialisée.
- Une plate-forme RH permettant l'inscription des professionnels de santé volontaires pour aider les ES en manque de personnel est ouverte (Accès free : **Renforts-Covid.fr**, Contact : [ars-idf-dos-rh-en-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-dos-rh-en-sante@ars.sante.fr)).

## Objet du document

L'objet de ce document est de faire le point sur les recommandations actuelles sur la prise en charge de patients présentant une pathologie neurologique dans le contexte d'infection à COVID19. Cette version présente l'évolution des recommandations par rapport à la Version 1 du 22 Mars 2020.

Ce document a été élaboré par un groupe incluant les personnes suivantes :

- Pr Jean Louis Mas – président de la SFN (Société Française de Neurologie)/ bureau : Pr G Edan (Rennes), Pr C Tranchant (Strasbourg) , Pr JP Azulay (Marseille), Pr B Dubois (Paris), Pr C Moreau (Marseille) ; Pr S Dupont (Paris)
- Pr Bruno Stankoff – président de la Collégiale de neurologie APHP
- Dr Thomas de Broucker – président du CNNHG (Collège National des Neurologues des Hopitaux Généraux)
- Pr Emmanuel Touzé – président SFNV (Société Française Neuro Vasculaire)
- Dr Michel Gugenheim – président de l'ANLLF (Association des Neurologues Libéraux de Langue Française)
- Pr Nathalie Kubis – présidente de la Collégiale de physiologie APHP
- Dr Isabelle Crassard, Dr France Woimant – référentes neurologie – ARSIF

Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale. **Elles seront sujettes à modifications dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances sur le COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.**

Les doctrines régionales validées par la CRAPS (Cellule Régionale d'Appui au Pilotage Sanitaire - ARSIF) sont disponibles sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

Les prises en charges sont présentées dans 4 tableaux ci-après :

- I. Pathologies chroniques
- II. Pathologie neurovasculaire aiguë : Urgence
- III. Pathologies neurologiques en cours de bilan ou nécessitant des traitements en établissements de santé
- IV. Plateau technique

Dans chacun de ces trois cas, les patients peuvent présenter ou non des signes évocateurs de COVID-19. Par ailleurs, certains de ces patients souffrants de pathologies chroniques sont considérés comme atteints de comorbidités, c'est-à-dire qu'ils sont à risque de développer une forme grave de l'infection virale COVID-19 (Annexe). Ils feront l'objet d'une prise en charge particulière.

**Les signes évocateurs de COVID-19 sont : fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures, anosmie, agueusie...et pour les personnes âgées, diarrhée, troubles de conscience. Le contact avec un patient COVID-19 dans les 14 jours précédant le début des signes (DDS) doit être recherché.**

## I. Pathologies chroniques (SEP, Parkinson, ATCD AVC, épilepsie, démences...)

### I.1 - SANS signes évocateurs de COVID19

L'interrogatoire téléphonique lors de la prise de rendez-vous par le patient est important pour éliminer des signes de Covid19.

I.1.1. SANS décompensation de la maladie chronique	
<b>Objectif</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Protéger ces patients d'une infection COVID-19 et poursuivre leur prise en charge (surveillance, renouvellements d'ordonnance) dans des conditions sécurisées</b></li> <li>2. <b>Libérer les hôpitaux de cette activité pour leur permettre de se concentrer sur les patients graves (atteints de COVID-19 ou pas) en termes de personnels soignants et de locaux</b></li> <li>3. <b>Renforcer ou créer des liens entre les personnels soignants hospitaliers et libéraux pour la prise en charge des patients dans les meilleures conditions de sécurité (consultations, actes techniques, rééducation)</b></li> </ol>
<b>CAT (Conduite A Tenir)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A l'hôpital et en ville, déprogrammer les consultations hospitalières et les examens sur les plateaux techniques, si possible                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Le 1<sup>er</sup> échange téléphonique entre le médecin et le patient sert à                             <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Confirmer l'absence de signe de COVID</li> <li>⇒ Confirmer l'absence de décompensation aiguë</li> <li>⇒ Informer le patient sur l'importance                                     <ol style="list-style-type: none"> <li>i. <b>De continuer à prendre le traitement de fond</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Si besoin de renouvellement d'ordonnance, les pharmaciens peuvent sur la dernière ordonnance périmée, avec les cartes vitale et mutuelle fournir un traitement pour 1 mois (pas besoin de se rendre chez le médecin pour un renouvellement d'ordonnance)</b></li> </ol> </li> <li>ii. De rester confiné</li> <li>iii. De surveiller la température et les signes respiratoires, les signes de décompensation aiguë de la maladie chronique et tout autre signe inhabituel   <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Si un de ces signes apparait, il faut sans délai, appeler le médecin traitant (tél.) ou le neurologue (tél.) ou le 15</b></li> </ol> </li> </ol> </li> </ul> </li> <li>⇒ Réorienter ces patients sur une autre prise en charge sécurisée par</li> </ul> </li> </ol>

CAT	<p>rapport au risque infectieux</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Téléconsultation<sup>3</sup></li> <li>ii. Consultation téléphonique</li> <li>iii. Prolongation des ordonnances auprès des pharmaciens</li> <li>iv. Téléexpertise entre les généralistes et les spécialistes (Annexe)</li> <li>v. Limiter la prescription d'actes kiné et orthophonistes non indispensables. Certains actes d'orthophonie sont devenus réalisables en téléconsultations ( Annexe)</li> </ol> <p>⇒ Rassurer le patient en créant une relation personnalisée et un accès sécurisé à l'expertise médicale</p> <p>2. Si la consultation en présentiel est indispensable à l'hôpital ou en ville</p> <p><b>En cas de consultation présentielle, le premier interrogatoire téléphonique qui a éliminé des signes de Covid-19 doit être renouvelé par un rappel le jour de la consultation afin d'orienter au mieux le patient</b></p> <p>⇒ Si possible, faire porter un masque chirurgical à tous les patients avec une comorbidité (Annexe) dès l'arrivée dans la structure (entrée dans l'hôpital, arrivée dans le cabinet médical)</p> <p>⇒ Mettre en place toutes les mesures barrières et notamment en consultation et pour les séances : désinfecter le matériel (sièges, poignées, WC,...) entre 2 patients, éviter les attentes groupées, réduire les délais d'attente dans les salles d'attente, supprimer les journaux dans les salles d'attente, maintenir une distance d'au moins 1 m entre chaque patient, aérer fréquemment la salle d'attente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Appliquer les règles d'hygiène et de protection du personnel soignant (Annexe)</li> </ul>
-----	--

	<p><b>I.1.2. AVEC décompensation de la maladie chronique nécessitant une hospitalisation</b></p>
CAT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eliminer si possible l'infection COVID-19 pour orienter correctement le patient             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rechercher scrupuleusement et systématiquement                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Les signes suivants : fièvre et frissons (y compris pendant les jours précédents l'interrogatoire), signes respiratoires hauts et bas, agueusie et anosmie, courbatures, diarrhée et troubles de conscience chez les personnes âgées</li> <li>ii. Un contact durant les 14 derniers jours avec un patients COVID-19</li> </ol> </li> <li>b. Si le patient                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Est asymptomatique, la PCR est non indiquée pour l'instant (Annexe)</li> <li>ii. Présente un symptôme                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire PCR</li> <li>2. Et/Ou scanner pulmonaire</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>c. En cas de doute diagnostique, il est important de demander un avis à l'infectiologue de l'ES de destination ou de l'ES de référence du COVID-19</li> </ol> </li> </ol>

<sup>3</sup> Dans le cas où la téléconsultation réalisée conduit à établir une ordonnance à destination du patient, celle-ci doit être transmise au pharmacien choisi par le patient via une messagerie sécurisée de santé ou être déposée dans le dossier patient dans le cas de l'usage d'une solution de téléconsultation intégrant cette fonctionnalité. À défaut, l'ordonnance peut être transmise directement au patient par messagerie.

2. Hospitaliser dans un secteur/service d'hospitalisation identifié non COVID en prenant toutes les mesures nécessaires pour éviter une contamination.

Dans la mesure du possible, les patients non COVID-19 avec pathologie neurologique nécessitant une hospitalisation doivent aller dans des services de neurologie, soit dans l'établissement le plus proche, soit dans celui où ils sont suivis habituellement

## I.2. AVEC signes évocateurs de COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures...)

I.2.1 SANS décompensation de la maladie chronique			
<b>Situations</b>	<p><b>1° cas :</b></p> <p><b>Pas de signe de gravité respiratoire</b></p> <p><b>Si comorbidité associée (Annexe) : faire un suivi renforcé :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance médicale par téléconsultation ou consultation</li> <li>- et/ou suivi par un IDE en lien avec le médecin par télésoin ou visite,</li> <li>- (HAD pour les situations complexes)</li> </ul>	<p><b>2° cas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit pneumathie aigue + comorbidités (annexe)</li> <li>- soit pneumopathie aiguë hypoxémiante oxygéno-requérante</li> <li>- (FR &gt;22/min, SpO2 &lt; 90% en air ambiant, PA systolique &lt;90 mmHg, Altération de la conscience, Déshydratation, AEG brutale chez le sujet âgés)</li> </ul>	<p><b>3° cas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit pneumopathie aiguë hypoxémiante oxygéno-requérante + comorbidités (annexe)</li> <li>- soit PaO2 ≤70mmHg</li> </ul>
<b>Objectif</b>	Protéger l'environnement (patients et soignants) d'une contamination par le virus du COVID19 en prenant en charge le patient dans des conditions sécurisées	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité
<b>PCR</b>	Pas de nécessité de confirmer le diagnostic par une PCR	<p>Dans la mesure du possible, confirmer le diagnostic par une PCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A domicile (exemple : IDE envoyé à domicile pour faire un prélèvement naso-pharyngé)</li> <li>• Sinon (oxygéno requérante, troubles de la conscience,...) dans une unité hospitalière dédiée aux confirmations</li> </ul>	Le diagnostic sera confirmé par une PCR en REA

		diagnostiques (UHCD, SAS,...), attente du résultat pendant 8h.	
<b>CAT</b>	<p>1. Consultation médicale initiale (En téléconsultation, consultation par téléphone, en présentiel par médecin traitant)</p> <p>2. <b>Prise en charge à domicile :</b></p> <p>a) Confinement (annexe)</p> <p>b) Traitement symptomatique +/- arrêt de travail</p> <p>c) Surveillance du COVID-19 selon une fréquence définie par la consultation initiale, par</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autosurveillance</li> <li>○ Surveillance téléphonique</li> <li>○ Surveillance à domicile par IDE ou médecin</li> <li>○ Télésoin (Cf Doctrine télésanté<sup>4</sup>)</li> <li>○ Télésurveillance : par COVIDOM ou Terrisanté (Cf Doctrine urgences<sup>5</sup>)</li> <li>○ Téléconsultation</li> </ul> <p><b>Cette surveillance médicale est renforcée en cas de comorbidités associées</b></p> <p>* Expliquer au patient les critères à surveiller et que faire en cas d'aggravation</p> <p>* Consultation médicale ou téléconsultation à J7 du début des signes (présentiel ou téléconsultation)</p>	<p>1. Hospitaliser dans le secteur/service de l'établissement de santé réservé aux COVID19 (en fonction de l'organisation de l'ES : SMIT, pneumo, médecine...)</p> <p>2. Contacter le 15 pour la destination et le transport (SMUR ou ambulance dédiée COVID-19)</p>	<p>1. Hospitaliser en REA, dans la partie réservée COVID-19</p> <p>2. Contacter le 15 pour la destination et le transport (SMUR ou ambulance dédiée COVID19)</p>

<sup>4</sup> Cf Doctrine télésanté<sup>4</sup> sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

<sup>5</sup> Cf Doctrine urgences<sup>5</sup> sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

<b>Protection du personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lors d'une consultation médicale ou para médicale, le professionnel de santé et le patient doivent porter un masque</li> <li>• Si le patient se rend en consultation, il doit prévenir en amont le personnel soignant de son arrivée et signaler sa condition</li> </ul>		
--------------------------------	---	--	--

<b>I.2.2 AVEC décompensation de la maladie chronique</b>	
<b>CAT</b>	Hospitaliser si possible dans l'établissement où le patient est suivi habituellement.

## II. PATHOLOGIE NEUROVASCULAIRE : Urgence

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

<b>Objectifs</b>	Traiter le patient en le protégeant d'une contamination COVID
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacter le 15 pour la destination et le transport</li> <li>2. Confirmer l'absence de COVID-19 sans retarder la mise en œuvre des traitements urgents (thrombolyse, thrombectomie...)             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rechercher scrupuleusement et systématiquement                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Les signes suivants : fièvre et frissons (y compris pendant les jours précédents l'interrogatoire), signes respiratoires hauts et bas, agueusie et anosmie, courbatures, diarrhée et troubles de conscience chez les personnes âgées</li> <li>ii. Un contact durant les 14 derniers jours avec un patients COVID-19</li> </ol> </li> <li>b. Si le patient                 <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Est asymptomatique, la PCR est non indiquée pour l'instant (Annexe)</li> <li>ii. Présente un symptôme                     <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire PCR</li> <li>2. Et/Ou scanner pulmonaire</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>c. En cas de doute diagnostique, il est important de demander un avis à l'infectiologue de l'ES de destination ou de l'ES de référence du COVID-19</li> </ol> </li> <li>3. Hospitaliser en USINV +/- prise en charge en salle de neuroradiologie interventionnelle dans le secteur dédié aux patients sans signes évocateurs de COVID-19</li> <li>4. Protéger le personnel par la mise en œuvre des mesures d'hygiène renforcée (Annexe)</li> <li>5. Appliquer des règles d'hygiène stricte dans les locaux communs</li> </ol>
<b>Moyens</b>	Contacteur le 15 pour la destination et le transport

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

<b>Objectifs</b>	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID-19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID-19 dans la qualité et la sécurité
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contacter le 15 pour la destination et le transport</li> <li>2. Prise en charge <b>au sein du parcours identifié COVID-19 dans l'ES</b> ayant une USINV, par l'équipe de l'USINV +/- de neuroradiologie interventionnelle</li> <li>3. En fonction du tableau neurologique, hospitaliser en SMIT, en pneumo, en service de médecine dédié COVID-19 ou en REA ; dans ces derniers cas, la prise en charge est effectuée en lien avec l'équipe de l'USINV.</li> <li>4. Hospitaliser en USINV si impossibilité</li> </ol> <p>Important : L'USINV doit identifier des lits COVID-19 dans des zones de moindre circulation, en chambre individuelle et le plus à distance des autres lits. Appliquer des règles d'hygiène strictes<sup>6</sup>.</p> <p><b>La confirmation du diagnostic par une PCR ne doit pas retarder la mise en œuvre des traitements urgents (thrombolyse, thrombectomie...).</b> Si la PCR ne peut pas être faite d'emblée, considérer le patient comme COVID-19 jusqu'à réception du résultat</p>
<b>Moyens</b>	La mise en place d'un parcours dédié d'un patient «cas possible » Covid-19 doit être anticipée et prédéfinie. Ce parcours doit être identifié en lien avec le SAMU-Centre 15 pour l'admission des patients et régulièrement testé

## II.3. Patient COVID19 confirmé, déjà hospitalisé, qui présente une pathologie neurovasculaire aigue sévère

<b>Objectif</b>	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité
<b>CAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prise en charge par l'équipe de l'USINV +/- de neuroradiologie interventionnelle <b>dans le secteur dédié aux patients COVID 19</b></li> <li>2. En fonction du tableau neurologique, hospitaliser en SMIT, en pneumo, en service de médecine dédié Covid+, ou en REA ; la prise en charge est effectuée en lien avec l'équipe de l'USINV.</li> <li>3. Si impossibilité, hospitaliser en USINV</li> </ol> <p>Important : L'USINV doit identifier des lits COVID dans ce cas, dans des zones de moindre circulation, en chambre individuelle et le plus à distance des autres lits</p> <p>Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs</p>

<sup>6</sup> Cf AVIS de Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) du 28 janvier 2020 relatif aux mesures d'hygiène pour la prise en charge d'un patient considéré comme cas suspect, possible ou confirmé d'infection à 2019-nCoV

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCo-28-01-2020.pdf>

AVIS du Haut Conseil de la santé publique du 18 février 2020 relatif au traitement du linge, au nettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels et du 17 mars 2020 1 relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients COVID-19, cf <https://www.hcsp.fr>

**Les filières AVC doivent être maintenues ; d'éventuelles mutualisations entre services de soins critiques et/ou établissements pouvant être proposées.**

### III. Pathologies neurologiques en cours de bilan ou nécessitant des traitements en établissements de santé

#### III.1 Déprogrammable

<b>Objectifs</b>	<p>1. Protéger ces patients d'une infection virale</p> <p>2. Libérer les hôpitaux de cette activité pour leur permettre de se concentrer sur les patients graves (atteints de COVID19 ou pas) en termes de personnels soignants et de locaux</p>
<b>CAT</b>	Déprogrammer les HDJ et HDS pour lesquels il n'y a pas d'urgence ou de risque à suspendre la prise en charge

#### III.2 Non déprogrammable

<b>Objectifs</b>	<b>Assurer la bonne prise en charge en protégeant patients et personnels de la contamination virale</b>
<b>CAT</b>	<p><b>Sans signe évocateur de COVID19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients suivis pour tumeur cérébrale en cours de chimiothérapie ou radiothérapie (voir recommandations »doctrine oncologie)<sup>7</sup></li> <li>- Patients SEP ayant un traitement de fond : Les recommandations actuelles préconisent de ne pas interrompre les traitements de fond de la SEP. la réalisation de ces traitements lorsqu'ils sont en perfusions peut éventuellement être décalée mais ceci doit impérativement être discuté au cas par cas avec le neurologue. Ces traitements seront réalisés et en chambre seule, si possible en HDJ (afin de limiter la contamination des patients) avec protection des patients (masque chirurgical, mesures barrières), voire en HAD.</li> <li>- Toute autre pathologie neurologique nécessitant un traitement par perfusion</li> <li>- Pour les patients bénéficiant d'une stimulation cérébrale profonde, privilégier le contrôle de la charge du stimulateur à l'aide de la télécommande patient afin d'éviter les consultations de suivi de routine non indispensables dans le contexte. En cas de doute, contacter le centre responsable du suivi pour conseils sur la marche à suivre. Si la pile est éteinte, elle sera remplacée dans le centre hospitalier de référence.</li> </ul> <p>La réalisation de cette prise en charge est faite dans le centre habituel de suivi du patient. En effet, compte tenu de la répartition des centres de neurologie dans la région, l'adressage dans des centres non COVID ne paraît pas réalisable.</p> <p><b>En cas de symptômes de COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures...) ou patient avec test positif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prendre conseil auprès du neurologue concernant les mesures à appliquer</li> <li>- Confirmer le diagnostic de COVID19 par la réalisation d'un test PCR en ville</li> </ul>

<sup>7</sup> Avis provisoire du HCSP du 14 mars 2020 Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Annexe : COVID-19 et Cancers Solides :

- Si besoin, adresser le patient dans un ES COVID19
- Protéger le personnel soignant et les autres patients par la mise en œuvre des mesures d'hygiène renforcées
- Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs

#### **IV. ORGANISATION DU PLATEAU TECHNIQUE POUR LES EXPLORATIONS REALISEES DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES (Electromyogramme, Electroencéphalogramme, Echographie Doppler des Troncs Supra Aortiques et Doppler Transcrânien)**

- **Implique : un contact étroit avec le patient et les objets qui l'entourent (lit, draps,...) et prolongé (supérieur à 10 minutes)**
- **Définit un haut niveau de risque en cas de pathologie transmissible par voie gouttelettes et contact**
- **Impose de limiter les indications de ces explorations à l'essentiel et de différer au maximum tout examen jugé non urgent**

**Tout acte diagnostique non indispensable et qui peut être différé au terme de cette période de pandémie doit l'être après discussion au cas par cas.**

##### **IV.1. Pour les patients SANS signes de COVID-19**

- Eliminer l'infection COVID-19 dans la mesure du possible (interrogatoire, température, PCR, scanner)
- Utiliser des appareils dédiés aux patients non COVID-19
- Le patient doit porter un masque chirurgical s'il présente des symptômes respiratoires
- L'opérateur
  - Doit porter un masque chirurgical
  - Le port de gants est possible mais attention à la fausse sécurité (risque de dissémination)
- Le bionettoyage de l'appareil, des électrodes, des sondes et des câbles est réalisé après chaque patient

##### **IV.2. Pour les patients AVEC signes de COVID-19**

**Ces examens doivent être limités à leur strict minimum et les indications doivent être motivées et discutées de senior à senior**

- Les personnels immuno déprimés et les femmes enceintes ne doivent pas réaliser d'exams auprès de patients possibles ou atteints COVID-19
- Il est recommandé
  - De dédier un appareil aux patients COVID-19
  - Sinon d'isoler une salle et un appareil dédiés aux patients COVID-19 .Cette salle doit pouvoir être aérée (ouverture extérieure) 20 min entre chaque patient
  - Si possible de se déplacer au lit du patient pour réaliser l'examen

**Pour la réalisation des examens :**

**1. Avant de rentrer dans la chambre du patient:**

- Effectuer une friction hydroalcoolique (FHA) des mains
- S'équiper en équipement de protection individuelle (EPI) avec dans l'ordre : masque, lunettes de protection individuelle, charlotte, surblouse à manches longues à usage unique
- Réaliser une FHA des mains

**2. Dans la chambre du patient :**

- Protéger le clavier d'une housse plastifiée à usage unique et mettre en route le PC
- Mettre des gants
- Si le patient n'est pas intubé/ventilé, vérifier le port du masque chirurgical du patient
- Privilégier les électrodes jetables (électrodes aiguilles si le patient est dans le coma en réanimation pour l'EEG par exemple, électrodes autocollantes pour l'EMG...)
- Lorsque l'examen est terminé, retirer les gants et les jeter dans le sac réservé, puis FHA des mains et remettre des gants
- Désinfection au détergent et rinçage du matériel en contact avec le patient (casque EEG, sonde doppler, stimulateur électrique)
- Désinfection du matériel informatique au moyen des lingettes désinfectantes virucides
- Jeter la housse plastifiée, les gants et la surblouse dans le sac réservé
- FHA des mains

**3. Après être sorti de la chambre du patient :**

- FHA des mains
- Retirer l'EPI dans l'ordre suivant : charlotte, lunettes (à tremper dans le bac avec détergent ou le bac de javel dilué) et masque
- FHA des mains

**Pour les patients qui sont amenés au laboratoire**, lorsque le déplacement de l'appareil vers l'unité COVID-19 n'est pas possible, en plus des précautions décrites ci-dessus et après l'examen, les recommandations du CLIN doivent être appliquées pour

- Le bionettoyage de l'appareil incluant les câbles
- La désinfection de la table d'examen
- La désinfection de la salle d'examen

Si les internes réalisent ces examens chez les patients atteints de COVID-19, il est indispensable, qu'ils soient formés au préalable et de manière récurrente aux mesures barrières par la commission d'hygiène locale

## CONCLUSION

Concernant les pathologies neurologiques, comme pour toutes les pathologies chroniques, les activités qui peuvent être déprogrammées doivent l'être au maximum. Les modes de consultation à distance et sécurisés (téléconsultation, ...) sont à privilégier pour d'une part libérer les professionnels de ces activités et permettre aux établissements de santé de se concentrer sur cette épidémie et d'autre part pour protéger de cette infection les patients fragiles.

L'offre hospitalière de neurologie (USINV, UNV, service de neurologie, centres experts) est concentrée quasi exclusivement dans les établissements de santé COVID19 en Ile de France. Ceci rend difficile l'adressage dans la région des patients sans signes évocateurs de COVID vers les ES non COVID. Dans la mesure du possible, les patients non COVID avec pathologie neurologique nécessitant une hospitalisation doivent aller dans des services de neurologie dans l'établissement le plus proche et/ou où ils sont suivis habituellement.

Jusqu'à présent les patients ayant une infection COVID-19 et une atteinte neurologique devaient être préférentiellement hospitalisés dans un secteur d'hospitalisation spécialisé dans la prise en charge du COVID-19. Néanmoins, cette situation se modifie rapidement en raison du développement de l'épidémie : l'identification de lits COVID-19 dans les USINV et dans les services de neurologie pour les patients nécessitant une prise en charge neurologique urgente et ne pouvant être admis dans un service dédié COVID-19 est à envisager alors.

Pour la prise en charge des patients neurologiques atteints de l'infection COVID-19 et hospitalisés dans des services hors neurologie, un système de recours est mis en place par les neurologues hospitaliers pour proposer des expertises neurologiques (astreintes spécialisées accessibles sur toute la région en urgence<sup>8</sup>). Un recueil des formes cliniques neurologiques de l'infection COVID-19 se met également en place.

---

<sup>8</sup> <http://neurocovid.fr>.

## ANNEXES

### **Avis de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) du 04/03/2020 relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et FFP2 pour les professionnels de santé (extrait)**

#### Pour le masque chirurgical

- Que le port d'un masque chirurgical soit réservé :
  - Aux personnes présentant des signes d'infection respiratoire évoquant un Covid-19 et/ou aux patients Covid-19 ;
  - Aux professionnels de santé, aux personnes chargées des premiers secours et en charge du transport sanitaire en cas de contact avec une des personnes citées ci-dessus.
- Que la population non malade ne porte pas de masque chirurgical.
  
- Qu'un personnel de santé en contact avec une personne présentant des signes d'infection respiratoire, et en absence d'acte invasif sur la sphère respiratoire, porte un masque chirurgical en face à face (soignant/soigné).

#### Pour le masque FFP2

- Que les masques filtrant de protection de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants qui réalisent des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire.

## Avis du HCSP définissant le périmètre des patients jugés comme à risque de forme grave d'infection Covid19



Réf :

*Le Président*

Paris, le 14 mars 2020

Le HCSP considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont les suivantes :

- **Selon les données de la littérature :**
  - personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) ;
  - les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires: hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
  - les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
  - les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
  - patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
  - malades atteints de cancer sous traitement.
- **malgré l'absence de données dans la littérature en raison d'un risque présumé compte-tenu des données disponibles sur les autres infections respiratoires sont également considérés à risque :**
  - les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
    - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
    - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm<sup>3</sup>,
    - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
    - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
  - les malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
  - les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m<sup>2</sup>) par analogie avec la grippe A(H1N1)09.

S'agissant des femmes enceintes, en l'absence de données disponibles, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous à partir du troisième trimestre de la grossesse.

## Recommandations du ministère de la santé

(Mise à jour du 04/02/2020)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-prise-en-charge-en-ambulatoire>

### Place des tests

Les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique (RT-PCR SARS-CoV-2).

#### Les situations suivantes doivent faire l'objet de tests systématiques :

- ▶ les personnes présentant des signes de gravité et des symptômes évocateurs du COVID-19
- ▶ les professionnels de santé présentant des symptômes évocateurs de COVID-19
- ▶ **les personnes fragiles ou à risque présentant des symptômes évocateurs du COVID-19**
- ▶ les trois premières personnes présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 dans les structures collectives hébergeant des personnes fragiles, pour prendre des mesures immédiates afin d'éviter une transmission entre les résidents
- ▶ **les personnes hospitalisées présentant des symptômes évocateurs de COVID-19**
- ▶ les femmes enceintes symptomatiques, quel que soit le terme de la grossesse
- ▶ les donneurs d'organe, tissus ou cellules souches hématopoïétiques

Pour ces populations, il y a plusieurs possibilités de tests :

- ▶ Pour les patients à l'hôpital ou avec signes de gravité, ces tests seront réalisés dans les hôpitaux.
- ▶ Pour les autres patients répondeurs aux critères de dépistage, il est possible d'être testé dans les laboratoires en ville, sur prescription médicale. Les prélèvements seront réalisés à domicile. Les patients ne doivent en aucun cas se rendre directement dans les laboratoires de biologie, mais les appeler au préalable afin de savoir si le test y est disponible, et connaître les modalités de prélèvement.

Les autres patients sont diagnostiqués s'ils présentent des signes cliniques compatibles avec COVID-19.

### Prise en charge à domicile et isolement

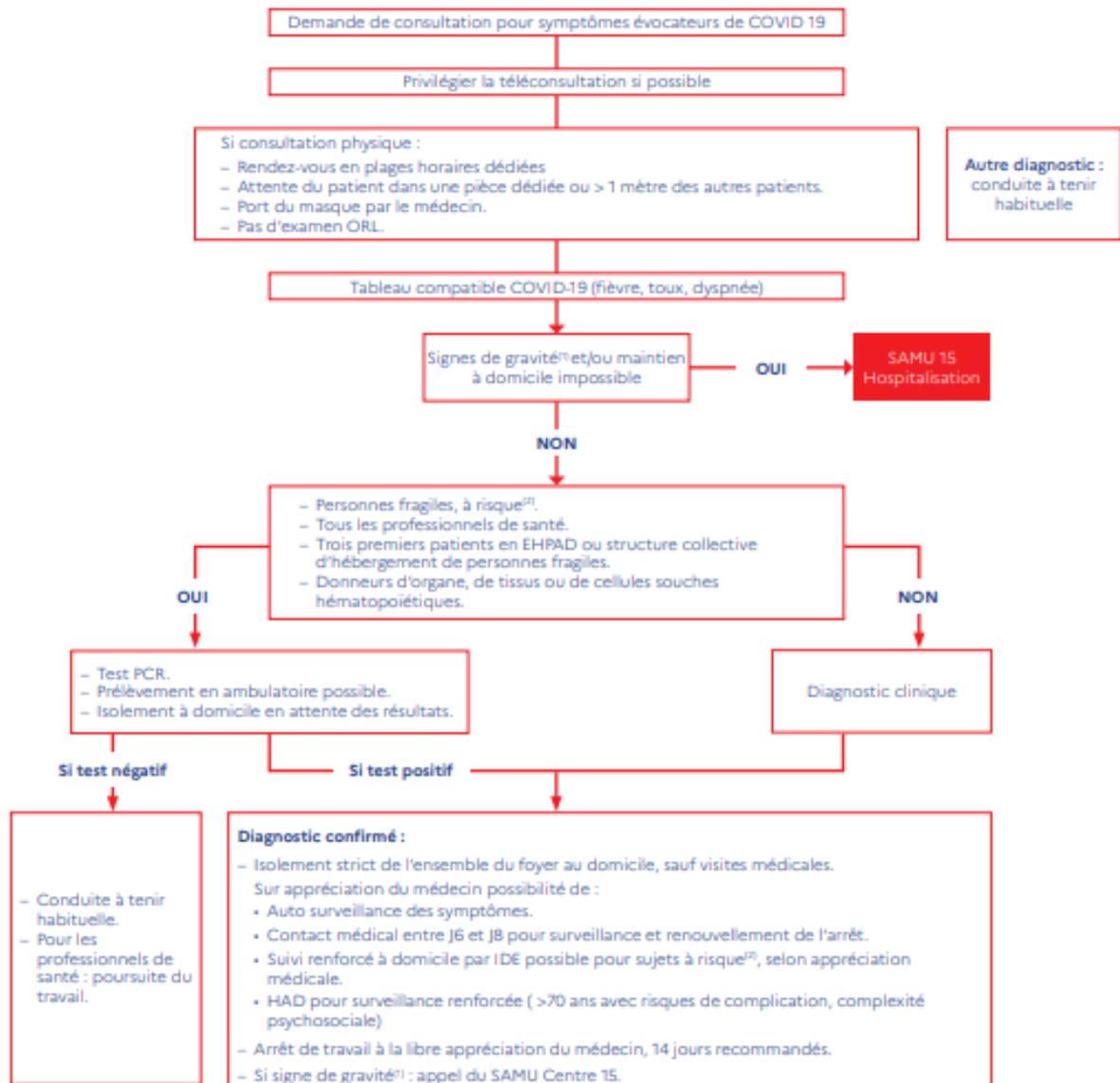
Les patients et atteints de COVID-19, en l'absence de critères d'hospitalisation, sont pris en charge à domicile et y sont isolés de manière stricte. Les modalités du suivi sont décidées sur appréciation médicale :

- ▶ Une auto-surveillance simple des symptômes, sans programmation ultérieure de consultation.
- ▶ Un suivi médical (téléconsultation à privilégier, à défaut physique) entre J6 et J8 pour surveillance.
- ▶ **Un suivi renforcé à domicile par IDE pour sujets à risques ne pouvant assumer une auto-surveillance.**

**Source :** <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arbre-simplifie-pec-patient-covid-19.pdf> (mise à jour du 19/03/2020)

[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) (mise à jour du 04/04/2020)

**PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN MÉDECINE DE VILLE**



(1) Critères liés à la gravité : Déficit respiratoire nécessitant une hospitalisation en réanimation (SDRA) | Patients avec des symptômes évocateurs de COVID 19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hyperinfectée) | Polygone (fréquence respiratoire < 22/min) | Dépression de pouls (SpO2 < 92 % en air ambiant) | Pression artérielle systolique < 90 mmHg | Altération de la conscience, confusion, somnolence | Déshydratation | Altération de l'état général (notamment chez le sujet âgé)

(2) Signes à risque : Sujet âgé > 70 ans, patients aux antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle compliquée, antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA II ou III), diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie, personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale, patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, malades atteints de cancer sans traitement, immunodépression médicamenteuse (immunosuppresseurs, traitement sévère une corticothérapie à dose immunosuppressive), infection à VIH non contrôlée ou sans des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, immunodépression chronique à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, malades atteints d'hépatopathie maligne en cours de traitement, malades atteints de cirrhose au stade B ou moins, personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m<sup>2</sup>), femmes enceintes à partir du 3<sup>e</sup> trimestre.

(3) Critères de guérison : Critères de guérison cliniques : au moins 8 jours à partir du début des symptômes + disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 38,3°C (prise avec un thermomètre 2 fois par jour et en l'absence de prise de médicament) dans les 24 heures consécutives et au moins 48h après la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/min au repos). Pour les personnes immunodéprimées : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 14 jours suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour les personnes immunodéprimées : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour les personnes immunodéprimées : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour les personnes immunodéprimées : au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles.

## Critères liés à la gravité justifiant une hospitalisation

(Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arbre-simplifie-pec-patient-covid-19.pdf> mise à jour du 19/03/2020)

- Détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation en réanimation (SDRA) | Patients avec des symptômes évocateurs de COVID 19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hypoxémiante) :
- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxygénémie de pouls (SpO2) < 90 % en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutale chez le sujet âgé.

## Préconisations SFNV SFNR sur la prise en charge des AVC pendant l'épidémie COVID (<http://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr>)



### Préconisations de la SFNV et de la SFNR pour la prise en charge des patients victimes d'AVC en période d'épidémie à coronavirus COVID-19

Le contexte de la pandémie mondiale au coronavirus COVID-19 impose de proposer un algorithme de prise en charge des patients victimes d'AVC pour plusieurs raisons. Premièrement, les patients atteints d'AVC présentent souvent des comorbidités qui augmentent le risque de forme grave d'infection. Deuxièmement, la prise en charge en urgence ne permet pas d'identifier rapidement les patients susceptibles d'avoir une infection par le COVID-19, ce qui peut exposer les professionnels de santé, et les autres patients, à un risque de contamination. Troisièmement, le statut COVID (+/-) impacte fortement la filière de prise en charge (urgences, salle de cathétérisme, USI...) et le lieu d'admission initial.

Plusieurs situations doivent être envisagées

#### 1/ Patient admis en urgence pour un traitement de revascularisation

Le risque d'infection par COVID-19 doit être évalué dès la prise en charge du patient (secouristes, SAMU, urgences...). Il faut autant que possible respecter l'organisation et les procédures habituelles de prise en charge de l'AVC au sein de la filière régionale.

- a) En l'absence de signes d'infection COVID-19 (fièvre et signes respiratoires hauts ou bas, +/- frissons, courbatures)
  - Prise en charge habituelle en respectant les mesures de protection communes à tous les patients et tout le personnel
  - Admission en USINV
- b) Patient suspect d'une infection COVID-19 (fièvre et signes respiratoires hauts ou bas, +/- frissons, courbatures)
  - Réaliser un prélèvement et/ou un scanner thoracique comme test diagnostique
  - Le patient doit porter un masque chirurgical en permanence
  - Protection adaptée des personnels lors des manœuvres à risque : examens d'imagerie, pose de sonde gastrique, aspirations bronchiques, test de déglutition...
  - Prise en charge dans le parcours COVID-19 (organisation propre à chaque structure)
  - Pas de contre-indication aux traitements habituels
  - En cas d'indication à une thrombectomie
    - o Mesures de protections spécifiques à la prise en charge des patients COVID possible ou confirmé dans un bloc opératoire (procédure interne à chaque établissement)
    - o Masque FFP2 pour le personnel qui réalise le geste
  - Admission dans une unité COVID-19 ou des lits UNV dédiés
    - o Prise en charge neurologique par l'équipe neurovasculaire
    - o Obtenir le résultat du test diagnostique le plus tôt possible pour réorienter le patient vers l'USINV si COVID-19 négatif

- c) Patient avant une infection COVID-19 avérée
  - Prise en charge dans le parcours COVID-19 (organisation propre à chaque structure)
  - Pas de contre-indication aux traitements habituels mais prendre en compte le pronostic général
    - o Ne pas proposer de traitement invasif à un patient qui serait déjà en réanimation
    - o Selon l'état général du patient, restreindre aux indications formellement démontrées par les essais cliniques (occlusions carotides intracrâniennes et/ou M1, ASPECT>6, < 6 heures sauf si critères études DAWN/DEFUSE 3)
    - o Mesures de protections spécifiques à la prise en charge des patients COVID possible ou confirmé dans un bloc opératoire (procédure interne à chaque établissement)
    - o Masque FFP2 pour le personnel qui réalise le geste
  - Le patient doit porter un masque chirurgical en permanence
  - Admission dans une unité COVID-19
    - o Prise en charge neurologique par l'équipe neurovasculaire selon les recommandations actuelles
- d) Prise en charge d'un patient (quel que soit son statut) en période de pénurie de personnel médical (en particulier anesthésistes-réanimateurs) et/ou de manque de lits dans les unités COVID-19
  - Isoler un secteur COVID-19 au sein de l'UNV
  - Réaliser la thrombolyse
  - Réaliser la thrombectomie sous anesthésie locale, après discussion avec anesthésiste, si l'état clinique du patient le permet

Dans tous les cas, l'indication de la thrombectomie fera l'objet d'une décision pluridisciplinaire en présence du neurologue, neuroradiologue et réanimateur en prenant en compte les éléments suivants : existence de comorbidités, état neurologique antérieur, âge, pathologies néoplasiques évolutives, plusieurs territoires vasculaires atteints, et risque de récurrence élevé (thrombus intra VG...).

#### 2/ Patient chez qui une infection au COVID-19 est diagnostiquée en cours d'hospitalisation

L'état clinique du patient ne justifie pas de transfert en réanimation

- Le patient doit être transféré dans une unité COVID-19, ou à défaut isolé au sein de l'UNV avec respect des procédures COVID.
- La prise en charge de la pathologie neurovasculaire doit être assurée par l'équipe de neurologie, conformément aux recommandations actuelles.

#### 3/ Suivi des patients

Les consultations de suivi en face à face ayant été reportées dans de nombreux établissements, envisager un suivi téléphonique avec envoi des ordonnances nécessaires, en particulier pour les patients les plus fragiles.

## Conditions de réalisation des actes d'orthophonie pendant l'épidémie Covid-19.

26 mars 2020

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 33 sur 112

### Décrets, arrêtés, circulaires

#### TEXTES GÉNÉRAUX

##### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 25 mars 2020 complétant l'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**

NOR : SSAZ2008363A

Le ministre des solidarités et de la santé,

Vu la directive (UE) 2015/1535 du Parlement européen et du Conseil du 9 septembre 2015 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information, et notamment la notification n° 2020/163/F ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 3131-16 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-7 et 162-14-1 et 162-9 ;

Vu la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, notamment son article 4 ;

Vu l'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 ;

Vu la convention nationale des orthophonistes signée le 31 octobre 1996 et ses 16 avenants ;

Vu la liste des actes et prestations modifiée adoptée par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie du 11 mars 2005 ;

Considérant que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré, le 30 janvier 2020, que l'émergence d'un nouveau coronavirus (covid-19) constitue une urgence de santé publique de portée internationale ;

Considérant le caractère pathogène et contagieux du virus covid-19 ;

Considérant que pour faire face à l'épidémie de covid-19 il est nécessaire de pouvoir mobiliser l'ensemble des médecins disponibles ; qu'à cette fin, il y a lieu d'autoriser les médecins de prévention et de contrôle à délivrer des soins curatifs lorsqu'ils sont réquisitionnés pour les besoins de la lutte contre l'épidémie ;

Considérant que la télésanté permet à la fois d'assurer une prise en charge médicale et soignante à domicile pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du covid-19 et de protéger les professionnels de santé de l'infection ainsi que les patients qu'ils prennent en charge ; qu'il y a lieu de prendre les dispositions nécessaires pour permettre son développement,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'arrêté du 23 mars 2020 susvisé est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le VI de l'article 8 devient le VII et il est rétabli un VI ainsi rédigé :

« VI. – A l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes d'orthophonie mentionnés en annexe du présent article peuvent être réalisés à distance par télésoin. La pertinence du recours au télésoin est déterminée par l'orthophoniste. Ces actes de télésoin sont réalisés par vidéotransmission. Ils sont conditionnés à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par l'orthophoniste. Pour les mineurs de 18 ans, la présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé est nécessaire. Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.

« Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, les orthophonistes libéraux ou les autres structures mentionnées à l'article L. 162-1-7 du même code sont autorisés à facturer à l'assurance maladie les actes réalisés à distance par télésoin relevant du présent article VI. »

2<sup>o</sup> Après le chapitre 4, il est inséré un chapitre 4 *bis* ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE 4 BIS

##### « MESURES CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

« Art. 8-1. – Les médecins mentionnés à l'article R. 4127-99 et à l'article R. 4127-100 du code de la santé publique peuvent délivrer des soins curatifs notwithstanding les restrictions prévues par ces dispositions lorsqu'ils exercent dans le cadre d'une réquisition prononcée pour faire face à la crise sanitaire. »