

Rencontre ARS Grand Est / URPS ML Grand Est – Groupe COVID

Mercredi 03 juin 2020 de 12 heures à 13 heures
Conférence Téléphonique

Notes – A. Noacco

Présents :

Mme Desailly Chanson
M. Rouchon (Assurance Maladie)
Mme Odile Blanchard
Mr Strauss (ARS)

Pour l'URPS ML
Dr Adam (55)
Dr Bellut (54)
Dr Bronner (67)
Dr Gerbeaux (08)
Dr Grang (54)
Dr Kieffer (67)
Dr Llagonne (51)
Dr Mauvady (54)
Dr Meyvaert (67)
Dr Ruetsch (68)
Mme de Blauwe

Merci de nous préciser les membres qui n'auraient pas été mentionnés.

Introduction de Mme Dessailly Chanson.

Ordre du jour :

- Point situation
- Questions de l'URPS ML

1. POINT DE SITUATION

Madame Dessailly-Chanson invite l'Assurance Maladie à s'exprimer sur les mesures liées au déconfinement.

Mr Rouchon informe que des consultations de sortie de confinement auprès des médecins traitants seront proposées aux patients en ALD ainsi qu'aux patients de plus de 65 ans n'ayant pas consulté depuis le 17 mars 2020.

Elles seront prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie qui met en place une campagne d'information auprès des patients et des médecins.

Dr Grang interroge l'ARS et l'Assurance Maladie sur l'information transmise au médecin traitant concernant les résultats des tests prescrits aux patients COVID et aux contacts tracing et sur les arrêts maladies.

Il regrette que le médecin traitant ne soit pas systématiquement informé. Il précise ne pas avoir été destinataire des résultats réalisés au sein du CHU (*Nancy*) pour l'un de ses patients, alors même qu'il était prescripteur. Il constate qu'en revanche il reçoit les résultats en provenance des laboratoires privés.

M. Rouchon répond qu'il est indiqué aux patients-contact de solliciter leurs médecins; le nom du médecin traitant est répertorié de sorte à ce que les résultats lui parviennent.

Dr Kieffer relève le problème de liaison hôpital-ville. Une communication par messagerie sécurisée est fondamentale.

Dr Bronner ajoute que si L'ARS n'a pas de pouvoir d'injonction, il est nécessaire de demander aux hôpitaux de respecter la législation. Le CHU de Strasbourg, qui utilise le système LIFEN est performant.

Mme Dessailly Chanson en informera les hôpitaux et les laboratoires privés et publics en rappelant les consignes de transmission des résultats aux médecins traitants des patients.

2. QUESTIONS DE L' URPS ML

1. EHPAD

Stratégie des tests

Mme Dessailly-Chanson informe qu'une réunion nationale s'est tenue mardi au cours de laquelle s'est affirmée la volonté d'élargir les dépistages dans les espaces fermés/confinés.

La volonté du national est à présent de dépister massivement dans les établissements et ce, de manière systématique : EHPAD, foyers, établissements de santé, abattoirs..

La question des personnes (*notamment le personnel soignant*) dont le résultat du test est positif mais qui n'ont potentiellement pas d'incidence vis-à-vis de l'entourage est posée sera évoquée avec le comité d'experts

- **Opportunité de maintenir les tests aveugles dans les EHPADs ?**
 - L'identification des clusters sont-ils uniquement le fait de dépistage massif ?
 - Symptomatologie des différents clusters identifiés ? A-t-on des données sur l'aggravation, l'hospitalisation de ces patients testés positifs ?

L'épidémie diminue. Nous notons moins de patients symptomatiques. En revanche, nous ne disposons pas de données sur l'aggravation ou non de ces cas, s'ils ont un historique avec des symptômes.

Les personnes âgées semblent garder une trace virale assez longtemps.

La définition des clusters est la suivante : 3 tests positifs constatés dans un établissement/structure fermé sur une période de 7 jours.

La question est de savoir si ces patients sont encore contagieux. La sérologie avec la recherche des IgM et IgG donnera des indications.

Dr Bronner relève que sur le tableau de bord publié sur le site de l'ARS, l'identification des clusters semble n'être plus mentionnée.

L'ARS indique que ce tableau se situe dorénavant en page 9 et sa mise en page a été modifiée.

Dr Bronner souhaite avoir des informations sur le vécu et le ressenti réel des professionnels et des patients sur le terrain, au-delà des tests.

Mr Strauss (?) indique qu'il y a un travail mené avec Santé Publique France sur les indicateurs.

- **Lorsqu'il n'y a pas de symptômes cliniques, doit-on systématiquement dépister en EHPAD ? Les Médecins libéraux proposent de redonner la priorité aux symptômes pour les décisions et pas uniquement des résultats.**

En EHPAD et dans certains foyers, des dépistages massifs sont organisés.

Les patients asymptomatiques sont davantage dépistés. D'une période où le niveau de tests étaient réduits il est passé à une période où les tests sont réalisés à plus grande échelle

Mme Dessailly Chanson relève que les patients asymptomatiques pourraient être à l'origine d'une seconde vague. Pour l'instant, il est nécessaire de dépister massivement pour s'assurer que l'épidémie est derrière nous. La situation sera plus claire d'ici une quinzaine de jours et confirmera, nous l'espérons, la fin de l'épidémie.

- Quelles précautions doit-on maintenir pour les visites des familles et des intervenants extérieurs ?

- o Contacts entre les résidents
- o Contacts entre les résidents avec leur famille
- o **Echanges avec les professionnels extérieurs (MG, MK...)**
- o **Avec les mêmes niveaux de protection ? Quelles consignes pour les EPI ?**

Concernant les consignes en EHPAD, le protocole national publié le 1^{er} juin (*application : 5 juin*) vient modifier le protocole du 20 avril.

- Visites de plus de 2 personnes (hors chambre) : possible
- En chambre : 2 personnes max
- Visite des mineurs autorisés.

L'allègement des mesures dans les EHPADs a démarré. Il existe des accords entre les directeurs et les médecins coordinateurs pour chaque structure à propos des mesures d'accueil, des visites et des sorties pour examens.

Dr Meyvaert fait état d'un sondage réalisé auprès des EHPADs. Il s'avère que les pratiques en matière d'organisation des consultations externes pour les résidents sont très hétérogènes en fonction des établissements. La doctrine en la matière leur paraît floue et nécessite d'être plus précise afin de clarifier les procédures et les homogénéiser. En effet, le risque de judiciarisation est important, en cas de plainte de la part des familles, la responsabilité de l'établissement étant engagée, ce que confirme le DR Bronner.

- **Concernant les EPI, il n'y a pas eu de réponses conclusives lors des 3 dernières réunions. o Notamment sur :**
 - o **Qui doit les fournir pour les intervenants extérieurs (opposition Etat / CPIAS)**

La réponse reste la même que celle donnée lors des précédents échanges et en cohérence avec la préconisation de fond faite par le CPIAS qui consiste à faire revêtir des EPI non souillés à l'entrée de l'établissement.

Le protocole national du 1/6/2020 mentionné ci-dessus indique en page 5 : « *les intervenants libéraux disposent de leurs propres EPI* » et précise que les visites des professionnels et bénévoles s'effectuent impérativement sur la base de la signature d'une charte de bonne conduite assurant du respect des consignes de sécurité et d'hygiène.

- o **Quand disposera-t-on de vraies surblouses ?**

M. Dal Mas : Aucune information concernant le délai pour un retour à la normale dans l'approvisionnement de sur-blouses jetables du fait d'une pénurie mondiale.

Pour information, il est rappelé que le Resah et UniHA ont décidé d'unir leurs forces pour lancer un programme commun d'achat de surblouses en tissu pouvant se substituer aux surblouses en non tissé.

L'ARS indique également qu'il n'y a pas d'automatisme à porter une surblouse. Ceci devrait être réservé à des actes spécifiques.

Plan Canicule :

- **L'ARS a-t-elle prévu une articulation entre la doctrine COVID et la mise en place des recommandations du plan Canicule en EHPAD ?**

Ce point n'a pas été traité en séance (CR officiel d'ARS) :

Une fiche nationale du 21 mai relative aux recommandations en matière d'aération, ventilation et climatisation en période d'épidémie de COVID 19 a été diffusée.

Y sont annexées deux fiches d'information à l'attention des directeurs d'EHPAD sur l'organisation à mettre en place en cas au sein de l'établissement en cas de survenue de vague de chaleur en période de pandémie.

2. Tests Sérologiques

- **Délai d'obtention des tests sérologiques constatés : au moins 48 heures (remontée des médecins de Champagne-Ardenne, notamment)**

La question n'a pas été traitée en séance. Réponse : CR officiel de l'ARS

Pour ce qui concerne les tests **virologiques** (et non sérologiques), il est question de l'organisation du parcours biologique des dépistages RT-PCR du prélèvement au rendu du compte rendu biologique en vue du respect des 24 heures exigé par les arrêtés du 07 mars et du 12 mai 2020.

Il s'avère qu'en pratique un certain nombre de laboratoires de biologie médicale (LBM) peuvent éprouver des difficultés à respecter le délai de 24 heures.

Exemple récent du LBM Biochalons implanté à Châlons-en-Champagne lequel fait réaliser l'étape analytique des tests virologiques par sous-traitance auprès d'un autre laboratoire rémois (Bioxa). Outre le temps de transport en présence entre les deux LBM, le LBM prestataire (Bioxa) est lui-même soumis à des contraintes fortes pour réaliser cette étape analytique pour ce qui concerne ses propres demandes notamment celles réalisées en urgence pour le compte d'établissements hospitaliers.

3. QUESTIONS DES ETABLISSEMENTS PRIVES

Test PCR :

- **Demande d'une doctrine claire sur l'exigence des tests PCR à l'entrée en établissement.**
Les libéraux recommandent de ne pas oublier la clinique.

Mme Dessailly-chanson répond que les tests virologiques et la RT-PCR dans le cadre d'une hospitalisation ont été très clairement définis. Nous pouvons nous référer aux documents.

Ci-après la doctrine rappelée par l'ARS dans son compte rendu officiel

MINSANTE N°110 : Cadre d'utilisation des tests virologiques et sérologiques COVID-19 (p 9/10)

Dépistage des patients en milieu hospitalier

La mise en place d'une stratégie de dépistage adaptée en milieu hospitalier constitue une priorité, en tenant compte des recommandations des sociétés savantes et de l'avis de la Haute autorité de santé pour concentrer ce dépistage sur les situations où il prend tout son sens sanitaire.

La RT-PCR est dans ce cadre recommandée dans les indications suivantes :

- **Patients et personnels ayant des symptômes évocateurs de COVID-19**, même pauci-symptomatiques ; l'interrogation préliminaire du patient revêt donc une importance particulière et doit être systématique avant toute admission, passage, séance ou consultation.
- **Les patients asymptomatiques :**
 - **Les patients fragiles et à risques de formes graves de COVID-19** (avis du HCSP du 31 mars 2020) :
 - Les patients âgés de plus de 70 ans
 - Les patients avec :
 - Antécédents cardio-vasculaires : HTA compliquée,
 - Antécédents d'AVC ou de coronaropathies
 - Antécédents de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade III ou IV
 - Les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires
 - Les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de se décompenser lors d'une infection virale
 - Les patients avec insuffisance rénale sévère
 - Les patients avec un cancer évolutif sous traitement
 - Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - Médicamenteuse : chimiothérapie anti-cancéreuse, immunosuppresseurs, biothérapie
 - Et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive
 - Infection VIH non contrôlée

- Consécutif à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Les malades atteints de cirrhose au stade B
 - Les personnes présentant une obésité morbide

➤ **Les patients admis pour des gestes ou un traitement dont un COVID-19 pourrait avoir des conséquences graves.**

➤ **Les patients ayant un risque accru de dissémination du virus**, exemple patients trachéotomisés avant sortie ou transfert :

- Chirurgie à risque élevé de contamination pour les soignants par aérosolisation du virus: intervention avec ouverture ou exposition des voies aériennes : ORL, pulmonaire, neurochirurgie de la base du crâne, bronchoscopie.
- Chirurgie majeure à risque élevé de séjour post opératoire en soins critiques où le risque respiratoire péri-opératoire lié à la chirurgie et l'anesthésie peut être majoré par l'infection

Pour ces patients, une RT-PCR doit être réalisée au plus tard 24 à 48H avant l'intervention et sa négativité ne doit entraîner aucune dérogation organisationnelle aux gestes de prévention du risque infectieux (recommandations SPILF du 29/04/2020, avis du collège de la Haute Autorité de santé du 14/05/2020).

Par ailleurs, les recommandations de la SFAR (29 avril 2020) préconisent hors urgence la conduite à tenir pour les interventions chirurgicales, notamment l'indication potentielle de report, hors urgence.

En dehors de ces cas particuliers, le dépistage systématique des patients asymptomatiques n'est pas recommandé.

Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou chez un personnel ;

La prévention de cluster hospitalier dans des unités des soins avec des patients à risque COVID-19 et ayant des durées de séjours longues et dont le fonctionnement peut se rapprocher de l'hébergement collectif, dans la logique de prévention mise en place dans les Ephad. Ainsi les mesures de dépistage doivent être progressivement étendues aux patients des unités USLD, SSR Gériatrique, unités de psychiatrie fermées ou à durées de séjours élevées.

Selon l'avis du collège de la Haute Autorité de santé du 14/05/2020, un dépistage systématique par RT-PCR des patients avant hospitalisation programmée peut être envisagé et doit être adapté au regard des possibilités organisationnelles locales et de l'évolution de la pandémie. Ces dépistages ne doivent pas remettre en cause la priorité donnée au diagnostic des patients symptomatiques et au dépistage de leurs personnes contacts en population générale.

Dr Kieffer insiste sur l'intérêt de la participation des médecins libéraux aux échanges des établissements concernant la reprise et les stratégies à mettre en place.

Mme Dessailly-Chanson indique que les conseils de blocs devraient faire participer les médecins ou leurs représentants. La DG ARS ne peut rien imposer. Chaque GHT doit mener une réflexion territoriale associant les établissements publics et privés et les présidents de CME afin d'établir un plan de retour à l'activité. Les délégations territoriales ARS seront sollicitées afin de s'assurer de la composition des instances de réflexion mais l'ARS n'a pas de pouvoir hiérarchique en la matière vis-à-vis des établissements.

Dr Llagonne et Dr Mauvady précisent la question : ces tests sont-ils une obligation cadrée par une directive régionale ? Ou bien un directeur d'établissement peut-il lui-même les imposer ? Il est relevé que certains directeurs refusent l'admission d'un patient sans test PCR.

Il est répondu que ce sujet doit être convenu au sein des établissements.

Dr Kieffer demande s'il existe une instance de concertation à propos de la reprise de la chirurgie au niveau régional.

Mme Dessailly-Chanson indique ne pas avoir donné de consignes mais donne l'exemple de Nancy. Les médecins sont représentés par les présidents de CME.

Dr Kieffer relève qu'il existe donc une instance de concertation au niveau des GHT...

Dr Llagonne relève que le contour de ces instances est mal défini. Les chirurgiens et les anesthésistes ne sont pas toujours dans la boucle. Ceci n'est pas judicieux dans la mesure où les intérêts des directeurs d'établissements et des praticiens ne sont pas les mêmes.

Dr Llagonne se demande alors s'il est possible de mieux cadrer ces instances de concertation au niveau des GHT.

Mme Dessailly-Chanson va s'assurer qu'il y a bien des instances de concertation public/privé.

Dr Llagonne relève un sentiment d'opacité qui inquiète.

Visites en établissement

- **Quelle doctrine concernant les visites des patients au sein des établissements de santé ?**

Les directeurs sont en charge d'organiser localement les visites au regard des impératifs de sécurité.

Précision apportée par le Cr officiel de l'ARS

USLD – protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESSS et USLS

Pour les proches, les principes suivants sont fixés dans le protocole :

- Demande préalable du patient
- Respect des gestes barrières et mesures de distanciation sociale.
- Double flux (visiteurs/patients)/
- De préférence dans lieu extérieur ou lieu dédié à défaut – en chambre selon l'état de santé du patient.

Pour les établissements de santé plus largement, le SF2H a rappelé les principes de base (respect des gestes barrières et des mesures de distanciation sociale).

Anesthésiques

- **Concernant les stocks de médicaments anesthésiants, les établissements privés disposent d'une réserve de 10 jours et d'aucune visibilité sur un réapprovisionnement.**

L'URPS ML souhaite que les médecins libéraux puissent participer, aux côtés des représentants des hôpitaux, aux réunions des cellules de régulation mises en place dans les départements (à l'instar du 67) pour décider de l'attribution des anesthésiques.

Dr Llagonne aborde la question des produits anesthésiques sans visibilité sur le long terme. Le délai des stocks est d'une semaine alors que des RDV sont pris 3 semaines à l'avance.

M. Dal Mas (ARS) indique que 4 ou 5 molécules sont concernées par la pénurie.

Chaque semaine, une proposition de dotation régionale est faite par le national en fonction des besoins.

Sur les 4 ou 5 molécules, 3 ne sont disponibles qu'à 25% en juin et 50 % en juillet, 1 fait face à une pénurie mondiale et ne sera disponible que fin août.

Précision apportée par le Cr officiel de l'ARS

Point sur les tensions de médicaments – organisation de la gestion du stock d'état : modalités de distribution / délivrance actuelle et modalités de mobilisation en cas de 2^{de} vague

6^{ième} vague de dotation en cours sur 5 molécules (curares, le midazolam et le propofol): l'ANSM transmet chaque semaine la dotation régionale répartie par ES au regard de l'activité de réanimation remontée via SI VIC et au regard de l'état des stocks alimenté par les ES sur MaPUI.

Un réajustement de cette répartition est possible mais fait à la marge.

Les points de vigilance notés jusqu'à présent :

- Les présentations des médicaments livrés sont très hétérogènes (*plusieurs laboratoires pour une même présentation au sein d'un même établissement*), exposant les équipes soignantes à une vigilance accrue pour prévenir le risque d'erreur médicamenteuse
- Rocuronium, qui n'est pas utilisable en perfusion continue pour la prise en charge des patients COVID = 30% de nos livraisons en curares

Les actions menées :

- Travaux sur les protocoles d'épargne
- Réunion avec les pharmaciens PUI

Préparation relance d'activité et éventuelle Vague 2.

Au regard des consommations 2019, les prévisions nationales pouvant être utilisées pour le pilotage de la reprise d'activité sont :

- Propofol : 25% de la couverture des besoins en juin, 50% en juillet
- Midazolam : 100% de la couverture des besoins dès le mois de juin
- Cisatracurium : 0% jusqu'à fin août (pénurie mondiale)
- Atracurium : tension jusqu'à mi-juin puis 25 à 50% des besoins
- Rocuronium : 100% des besoins dès à présent

- Comment s'opère la répartition des médicaments entre les établissements ?

La dotation émane du niveau national, elle est pré ventilée pour la réanimation, les urgences et l'on dispose d'une dotation additionnelle.

Une transparence totale a été mise en place, ainsi les pharmaciens des établissements privés ont accès à l'ensemble des informations : dotations allouées, stocks des établissements et ce de manière quotidienne.

C'est grâce notamment aux plans de retour à l'activité que la répartition de la dotation additionnelle sera ventilée entre les différents établissements.

Dr Kieffer repose une nouvelle fois la question du plan de retour à la normalité et interroge l'ARS sur la place des médecins et des anesthésistes dans les instances liés au plan de retour.

Dr Bellut questionne à nouveau l'ARS sur les rémunérations des spécialistes.

La réponse n'est pas donnée en séance, la réunion étant parvenue à son terme, en revanche nous trouvons la réponse dans le CR officiel de l'ARS

Pour les services de réanimation, les lignes de permanence des soins ont été mises à jour en fonction des extensions capacitaires et des autorisations exceptionnelles délivrées. Les CPOM ont été adressés aux établissements pour acter la reconnaissance de ces lignes.

Plus généralement, un dispositif de rémunération exceptionnel va être mis en œuvre pour les praticiens libéraux qui sont intervenus dans les unités de réanimation, soins critiques ou médecine nouvellement créés

ou étendus à l'occasion de la crise :

- 600 € pour une vacation de 12h de jour
- 900 € pour une vacation de 12h de nuit, WE ou férié

Cette rémunération est exclusive de toute autre rémunération (PDSES ou facturation des actes – ces sommes viendront donc le cas échéant en déduction).

Une enquête est en cours de finalisation pour être adressée aux établissements de santé concernés

La réunion est close à 13 H 10

Un comité soins de ville aura lieu le 10/06 (4 représentants de l'URPS ML).

Pour l'avenir, et concernant le présent format, une réunion avec chaque URPS sera programmée d'ici l'été.