

Annexes

à la réponse du Gouvernement de la République française au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à la visite effectuée en France

du 6 au 10 juillet 2020

Paris, le 6 MAI 2020

Le ministre des solidarités et de la santé,
Le ministre de l'intérieur,

à

Mesdames et Messieurs les préfets de
région,
Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de
santé,

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE du avril 2020 relative à la stratégie de déploiement
des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine

Réf. :

- Télégramme mai 2020

Annexes : Fiches pratiques

*Les instructions et notes interministérielles ainsi que celles du ministère de l'Intérieur relatives au
Covid-19 sont disponibles sur OCMI (Préfecture et ARS) et sur le portail ORSEC / REPER ORSEC
(Préfectures)*

Le 11 mai débutera la levée progressive des mesures de confinement instaurées le 17 mars 2020 à 12h00. Le confinement a été, du point de vue épidémiologique, efficace. Il a permis une réduction très significative du nombre de reproduction (R_0), le faisant passer, selon les estimations de l'Institut Pasteur de 3,3 à 0,5 environ. Le déconfinement entraînera mécaniquement une hausse des contacts au sein de la société et donc une hausse du nombre de reproduction.

La stratégie sanitaire de déconfinement doit donc reposer sur des mesures visant à contenir le nombre de reproduction effectif (R_e) en dessous de 1 afin d'éviter une reprise épidémique et un phénomène de deuxième vague. Cette stratégie repose sur deux piliers : le **respect strict des recommandations de distanciation** physique dans le cadre d'une réouverture progressive et contrôlée des activités économiques et sociales d'une part et l'instauration d'une **stratégie offensive d'identification des cas, de dépistage des sujets contacts et d'isolement des cas et de leurs contacts à risque** sur l'ensemble du territoire d'autre part, pour lutter contre l'installation de chaînes de transmission.

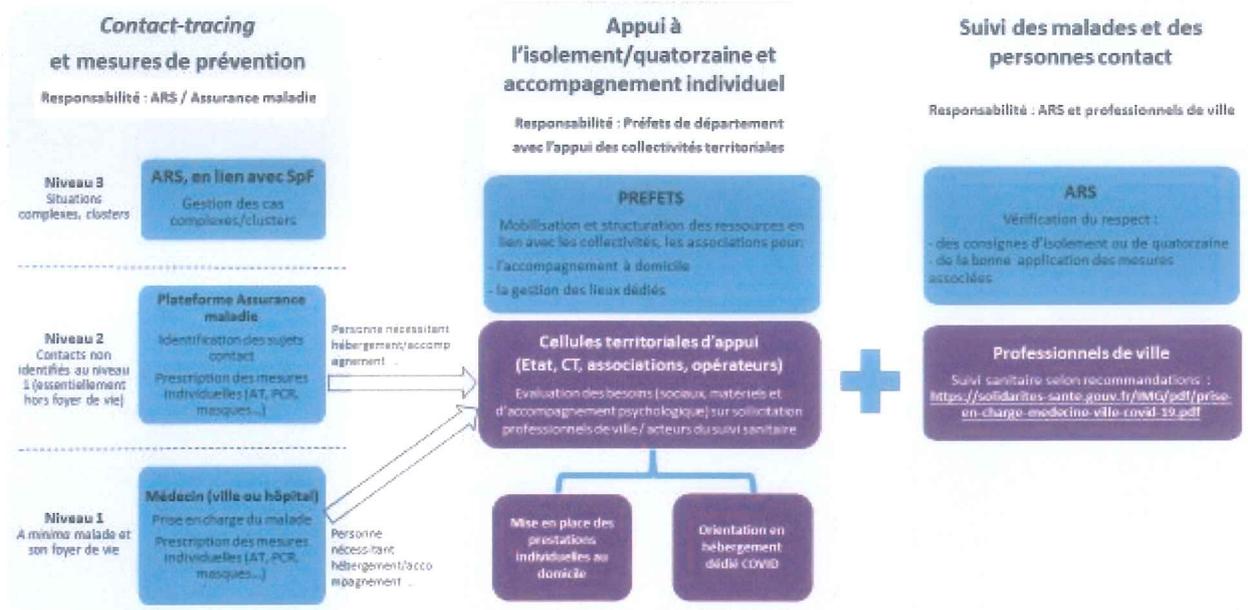
Ce **second pilier est l'objet de la présente instruction** qui a pour but de vous présenter le continuum opérationnel unissant la chaîne « dépistage-traçage-isolement » et **d'appeler à votre mobilisation pour en garantir les conditions de mise en œuvre dans les territoires** en lien avec les partenaires locaux, en particulier les collectivités territoriales.

Conformément aux recommandations épidémiologiques, pour rompre aussi rapidement que possible les chaînes de transmission, le parcours de prise en charge correspondant doit être optimisé afin de diminuer au maximum le délai entre début des signes et la mise en œuvre des conduites à tenir pertinentes. Cela conduit à :

- ⇒ organiser le dépistage de toute personne présentant des symptômes covid-19, et de toute personne identifiée comme ayant été en contact avec une personne contaminée (Axe 1)
- ⇒ mettre en œuvre d'un dispositif de recherche de cas contact robuste permettant d'identifier rapidement 75% des personnes infectées. (Axe 2)
- ⇒ engager le plus précocement les mesures de gestion des cas confirmés et des cas contacts identifiés à risque (Axe 3)

L'ensemble de cette démarche suppose qu'une démarche de communication structurée soit mise en place à l'échelle nationale et territoriale pour informer le grand public et l'ensemble des acteurs publics et privés de la conduite à tenir et du rôle qu'il est appelé à jouer. Le pilotage général de la chaîne de test/recherche de cas contact/isolement est assuré à l'échelon régional par chaque directeur général d'ARS. L'échelon régional garantit la cohérence de l'application de la doctrine et, le cas échéant, mutualise les actions et les capacités concourant à la mise en œuvre de cette stratégie. L'appui non-sanitaire à l'isolement est sous la responsabilité des préfets de départements, en étroite coopération avec l'ARS. Le schéma de gouvernance ci-après décrit cette organisation.

Contact-tracing et appui à l'isolement/quatorzaine : dispositif territorial



AXE 1 : ASSURER UN DEPISTAGE PRECOCE : CONSTITUER UNE REPONSE CAPACITAIRE ET UN MAILLAGE TERRITORIAL ADAPTES AU BESOIN ESTIME

La mise en œuvre d'un dispositif de dépistage offensif doit permettre de limiter la constitution de chaînes de transmission et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **Le dépistage de toute personne présentant des symptômes covid-19 ;**
- **Le dépistage de toute personne identifiée comme ayant été en contact à risque élevé de transmission (définition SPF infra) avec une personne testée positivement (« cas confirmé ») ;**
- **Des campagnes spécifiques de dépistage, pour des publics identifiés : personnes vulnérables, résidents des structures d'hébergement collectif et personnels exerçant dans ces structures en cas de premier cas confirmés au sein de la structure, compte tenu des risques de propagation du virus dans des environnements fermés.**

Le dépistage par RT-PCR consiste en deux principales phases :

- **Une phase de prélèvement** qui consiste en la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé des voies respiratoires hautes de la personne dépistée ;
- **Une phase d'analyse** du prélèvement qui consiste en la réalisation de l'examen de biologie médicale sur le prélèvement effectué.

Afin de garantir l'**accessibilité financière** au test, les dispositions utiles seront prises avant le 11 mai afin de permettre une prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

Garantir un **accès effectif** suppose, à l'échelle nationale, de porter les capacités de dépistage à 700 000 tests réalisés par semaine à horizon du 11 mai. Pour y parvenir, il convient d'élaborer, à l'échelle départementale, un **schéma territorial d'offre de dépistage** permettant de répondre au besoin estimé (cf. fiche).

L'élaboration de ce schéma suppose en premier lieu de disposer d'un **recensement des capacités de tests** sur la base d'une **plateforme de cartographie des capacités** mise en œuvre par la DREES et dont il vous revient d'**encourager l'alimentation régulière et exhaustive** (cf. fiche).

En parallèle, l'**extension des capacités** de diagnostic biologique, suppose **des actions immédiates des ARS** en complément des actions engagées au niveau central afin de :

- **Consolider l'offre en encourageant les laboratoires de biologie médicale à anticiper leurs approvisionnements** en réactifs et en kits de prélèvements et pour lesquels l'Etat a engagé des actions de sécurisation (cf. fiche) ; **à réaliser les investissements nécessaires** notamment en automates et à **optimiser leurs organisations du travail** afin de faire fonctionner les automates au maximum de leur capacité.
- **Mobiliser des ressources complémentaires de laboratoires pour la réalisation des analyses**, et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation ou de réquisition nécessaires (cf. fiche)
- **Mobiliser des renforts en ressources humaines**, sur la base des adaptations règlementaires réalisées ou en cours, **tant pour la phase de prélèvement que pour la phase analytique** et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation nécessaires (cf. fiche).

1. Faciliter l'accès à un avis médical conditionnant la prescription du dépistage

Compte tenu de la tension existante sur la capacité de tests, il est essentiel que celle-ci puisse être pleinement mobilisée au bénéfice des personnes précitées (cas symptomatiques et leurs contacts), ce qui suppose notamment de **conserver le principe d'une prescription médicale préalable**, afin de garantir que les tests RT-PCR, qui sont des examens de biologie médicale, seront réalisés conformément à la doctrine. Les seuls examens réalisés sans prescription médicale devront être les cas contacts repérés dans le cadre du recherche des contacts ou les groupes de personnes vivant en collectivité susceptibles de faire l'objet de tests massifs (cf. infra). Aucun contournement de cette règle ne devra être constaté, et un dispositif réglementaire le garantira le cas échéant. Les préfets devront signaler à l'ARS toute initiative non conforme, en particulier celles qui consisteraient à pratiquer des tests systématiques en entreprise, dont ils auraient connaissance.

En pratique, **l'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs du Covid-19 s'adresse en première intention et sans délai à la médecine de ville, pour se faire prescrire un test.** Cette consultation s'effectue auprès du médecin traitant, en présentiel ou par le biais d'une téléconsultation, ou d'un médecin de l'un des centres ambulatoires covid-19.

Toute personne symptomatique qui ne peut accéder ni à un médecin de ville ni à un centre ambulatoire Covid-19 pourra s'adresser à une pharmacie ou à un laboratoire d'analyse médicale lesquels contacteront la plateforme de l'assurance maladie pour connaître la liste actualisée des médecins du territoire prêts à accueillir des patients Covid. Cette personne pourra donc être orientée vers un médecin via les pharmacies et laboratoires notamment. Au cas où un médecin de ville ne serait pas facilement joignable, elle pourra appeler le SAMU-centre 15, ou le 114 pour les personnes sourdes, qui pourra lui prescrire un test si nécessaire après évaluation de la situation. Le délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test doit être le plus court possible, idéalement moins de 24h. Il est donc essentiel de faciliter l'accès à un médecin, y compris en dehors des jours ouvrés, et éventuellement à distance. .

Les laboratoires auront aussi accès aux services de cette plateforme pour les cas d'une personne contact se présentant pour un test et n'ayant pas de médecin traitant, afin de s'assurer de la prise en charge ultérieure de cette personne en cas de test positif.

En zone médicale sous-dense, des centres de prélèvement ad hoc peuvent être créés et prévoir la possibilité d'accéder à une orientation médicale préalable sur site.

Par ailleurs, deux situations appellent des ajustements, en cours de formalisation :

- **Pour les personnes contacts**, le fait d'être identifié comme « personne contact » (par un médecin de ville ou la plate-forme de l'assurance maladie et ses éventuelles structures relais, cf. axe 2, en charge de la recherche de cas contact) entraîne une mesure faisant office de prescription pour un examen par RT-PCR via son inscription sur le SI Ameli pro.
- **Pour les groupes de personnes susceptibles de faire l'objet de tests massifs**, par exemple pour le médecin coordonnateur d'un EHPAD ou pour les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), les modalités de prescription de tests RT-PCR seront assouplies (EHPAD, établissements médico-sociaux, centres d'hébergements, établissements pénitentiaires, etc.)

2. Faciliter l'accès rapide au prélèvement :

La phase de prélèvement, ou phase pré-analytique, consiste en la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé des voies respiratoires hautes. Sa réalisation suppose la disponibilité de « kits de prélèvements », de personnels formés et d'une mise en œuvre sur des sites répondant aux conditions de sécurité sanitaire.

A. Disponibilité des « Kits de prélèvement » :

Le laboratoire de biologie médicale (LBM) responsable de l'examen est également responsable de son approvisionnement en kits de prélèvement et de leur fourniture aux personnes chargées du prélèvement, notamment dans les structures médicales de ville organisées pour prendre en charge les cas covid. En cas de transport du site de prélèvement vers un site d'analyse distinct, il conviendra de privilégier autant que possible les kits de prélèvement ayant une conservation longue durée à température ambiante.

A l'appui de la plateforme DREES, il revient aux ARS d'assurer un monitoring des stocks déclarés par les laboratoires afin de détecter précocement les risques de rupture d'approvisionnement (cf. fiche).

B. Ressources pour armer des équipes de prélèvement :

En application de l'article L. 6211-13 et de l'arrêté du 13 août 2014, le prélèvement naso-pharyngé ne peut être réalisé que par **des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des infirmiers**.

Pour renforcer les capacités de prélèvement, le réseau des infirmiers libéraux doit être mobilisé, tant pour réaliser des prélèvements à leur cabinet que pour être déployé sur des sites ad hoc ou à domicile. Il pourra également être fait appel aux personnels infirmiers des Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des centres de santé au travail. Des professionnels référents seront également prévus pour les personnes en situation de handicap, pour lesquelles la réalisation du prélèvement serait particulièrement difficile. A cette fin, des fiches réflexes seront mises à disposition de l'ensemble des équipes pour faciliter les prélèvements dans certaines situations.

Les ARS identifient et mobilisent les ressources humaines complémentaires susceptibles de réaliser les prélèvements et notamment de constituer des équipes-mobiles.

C. Maillage des sites de prélèvement :

En vertu des articles L. 6211-13 et -14 du code de la santé publique, le prélèvement peut être réalisé :

- Soit dans le laboratoire de biologie médicale (y compris « à l'extérieur » sur le domaine privé du laboratoire, comme l'ont organisé certains en format « drive » pour créer un circuit de prélèvement spécifique au covid). La densité de ce réseau est forte (3 800 LBM sites de prélèvement dans les laboratoires de biologie médicale privés, par exemple).
- Soit hors du domaine du laboratoire. Dans ce cas, le prélèvement peut être réalisé dans un établissement de santé, au domicile du patient ou dans la liste des lieux énumérés à l'article 2 de l'arrêté du 13 août 2014. Dans ce cas, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou sa structure fixe les procédures applicables.

Deux modifications réglementaires sont engagées pour étendre les lieux de prélèvement autorisés et le maillage des projections possibles des équipes des LBM :

- Modification de l'arrêté du 13 août 2014 pour permettre la réalisation du prélèvement par écouvillonnage dans davantage de lieux (sites de prélèvement ad hoc, drives, tentes...);
- Création d'une dérogation à l'article R. 6211-12 du CSP pour permettre des prélèvements à l'extérieur du territoire de santé d'implantation du LBM responsable de l'examen.

Des lieux de prélèvement peuvent également être définie après accord avec les médecins libéraux dans ou en relation avec des lieux de consultation médicale dédiés à la prise en charge des patients covid.

Enfin, pour assurer un maillage fin du territoire, les LBM pourront également s'appuyer sur des équipes mobiles allant réaliser le prélèvement directement au domicile des patients. Ce système est à privilégier notamment dans les établissements médico-sociaux (dont les EHPAD), les centres pénitentiaires, et chaque fois que le prélèvement extérieur permet de capter des publics sensibles, vulnérables et non ambulatoire.

Il est également pertinent de recourir à des équipes-mobiles pour la réalisation d'un prélèvement en grande série, par exemple en cas de clusters, car il permet l'optimisation des ressources humaines et matérielles. Dans ces cas de figure, un circuit de collecte des prélèvements, obéissant à des prérequis de sécurité sanitaire précis, devra être mis en place avec le laboratoire d'analyse apparié.

Les ARS identifient les structures et professionnels de santé qui pourront mettre en place une offre de prélèvement spécifique au COVID répondant aux conditions de sécurité sanitaire et configurée pour maximiser l'accès de la population aux tests : horaires dédiés, création de drive, équipes mobiles (cf. fiche). Elles assurent, avec l'Assurance Maladie, la diffusion de cette information auprès des médecins de ville et des pharmacies.

3. Assurer le maillage des capacités d'analyse pour un résultat rapide

A. Disponibilité des matériels nécessaires à l'analyse en masse :

Afin d'aider les laboratoires, l'Etat a demandé, après recensement de l'ensemble de leur parc, aux principaux fournisseurs de réserver des volumes importants de réactifs aux laboratoires français.

Au-delà, de l'approvisionnement en réactifs, afin d'étendre la capacité totale dans les semaines suivantes, il a été demandé aux laboratoires privés de mettre à profit leur maillage territoriale et d'anticiper l'acquisition de nouveaux automates.

Pour les laboratoires vétérinaires notamment, une dérogation a également été ouverte par arrêté du 14 avril, pour permettre aux laboratoires responsables de la phase analytique (LBM ou sous-traitants) d'utiliser des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro non marqués CE, à condition qu'ils soient validés par le Centre national de référence du virus des infections respiratoires (CNR) avant leur mise en service.

Il revient aux ARS de relayer ces messages auprès des acteurs de votre territoire.

B. Ressources pour armer les équipes des laboratoires d'analyse :

Certains laboratoires hospitaliers ont fait part de leurs difficultés à constituer des équipes de techniciens de laboratoire médical suffisantes pour accompagner le développement de l'offre de tests RT-PCR et, en particulier, pour faire fonctionner les automates. En principe, la phase analytique doit être réalisée par un biologiste médical ou, sous sa supervision, par d'autres catégories de professionnels de santé, y compris les techniciens de laboratoires qui participent à la réalisation des analyses. La profession de technicien de laboratoire médical est une profession réglementée, qui ne peut être exercée que sous certaines conditions de diplôme définies par un arrêté du 21 octobre 1992.

Afin d'ouvrir davantage de souplesse dans le recrutement des personnels participant à la phase analytique, un arrêté est en cours d'élaboration pour permettre au préfet d'autoriser, à titre dérogatoire, des personnes possédant un diplôme dans le domaine de la biologie moléculaire ou qui ont une expérience avérée en biologie moléculaire à réaliser les tests. Cette autorisation est délivrée par un arrêté préfectoral, si les laboratoires (publics ou privés) en expriment le besoin.

Identifier le besoin et veiller à ce que les ressources humaines puissent être effectivement mobilisées et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation pour les personnels mobilisés à titre dérogatoire (Fiche).

C. Maillage des laboratoires d'analyse :

Le recours privilégié aux laboratoires de biologie médicale se justifie notamment par la prise en charge intégrée de l'étape du prélèvement et de l'étape de l'analyse.

La phase d'analyse peut éventuellement être sous-traitée, soit à un autre LBM, soit à un laboratoire exceptionnellement autorisé à cette fin. La sous-traitance de la phase analytique devra être encouragée, dans les territoires où les capacités de tests des LBM ne permettent pas de faire face aux objectifs de dépistage :

En effet, à titre dérogatoire, un arrêté du 5 avril permet au préfet de département d'autoriser, à titre dérogatoire, certains laboratoires à réaliser la phase analytique de l'examen du SARS-cov-2 par RT-PCR. Le périmètre des laboratoires autorisés à pratiquer la phase analytique des tests SARS-CoV2 a été élargi aux laboratoires départementaux d'analyse (laboratoires vétérinaires publics), aux laboratoires de recherche et autres laboratoires sous supervision des laboratoires de biologie médicale. Ces structures disposent de capacités significatives d'approvisionnement en réactifs et peuvent jouer un rôle clef dans la montée en charge capacitaire

L'examen doit prendre moins de 24 heures au total, conformément à l'arrêté du 7 mars 2020 l'inscrivant sur la nomenclature des actes de biologie médicale. En pratique, il est souhaitable que le résultat puisse être communiqué dans les 24 heures qui suivent la consultation médicale initiale (et un même délai s'applique entre recherche des cas contacts et résultat de test).

Le LBM communique le résultat du test au patient et au prescripteur. Le résultat est en principe transmis au patient sur la plateforme numérique du LBM et remonté dans le SI national de consolidation des résultats COVID (SIDEPE).

Assurer un maillage suffisant des capacités d'analyse en proposant la mobilisation complémentaire de laboratoires, pour prise de mesure par le Préfet (Fiche) ;

4. Outil de suivi des tests et résultats orientant les conduites à tenir (SIDEPE)

Le succès des opérations de test repose sur la capacité à informer très rapidement chaque personne prélevée du résultat des analyses, particulièrement lorsqu'elles confirment une infection, et à engager dans la foulée la détection des cas contacts.

Ainsi, au moment de la prise de rendez-vous et/ou du prélèvement, certaines informations d'identification seront recueillies. Dans le dispositif de recherche de cas contact, il est impératif que ces données soient recensées dès le prélèvement et qu'elles suivent le tube jusqu'au rendu de résultat.

La mise en place d'un système d'information dédié (projet SIDEPE) constitue dans ces conditions une étape critique. Le SIDEPE permet ensuite:

- La traçabilité du résultat, au-delà de sa transmission par le LBM au médecin prescripteur et au médecin traitant si ce dernier n'est pas celui qui a prescrit
- Le résultat est transmis à la plateforme Assurance Maladie en charge de la recherche des contacts niveau 2 et à l'ARS en charge de la recherche des contacts niveau 3
- Le résultat remonte à Santé publique France pour alimenter une base nationale dans le cadre de sa mission de veille sur les risques sanitaires (articles L. 1413-7 et 1413-8 du CSP).

AXE 2 : OPTIMISER LE TRAÇAGE DES CAS CONTACTS : ALLER CHERCHER LES NOUVEAUX CAS ET LES PERSONNES CONTACT

La mise en œuvre d'un dispositif de recherche de cas contact réactif et de très grande ampleur doit permettre de limiter la constitution de chaînes de transmission et la survenue de cas groupés de coronavirus Covid-19 dans les territoires et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **La recherche des personnes contacts de tout cas confirmé**, notamment hors de son foyer, c'est-à-dire des personnes ayant eu des contacts étroits avec le cas à partir de 48h précédant l'apparition de ses symptômes et jusqu'à son isolement, à initier sans délai, et en tout état de cause le jour-même de la consultation médicale initiale ;
- **La recherche des personnes contacts de toute personne contact qui devient cas confirmé ;**
- **L'engagement des mesures de gestion pour les personnes contact « à risque »** qui se matérialisent par un appel, une information sur la conduite à tenir et un suivi.
- **L'information immédiate des autorités sanitaires en cas d'identification d'une chaîne de transmission ou d'un cluster** sur la base de critères d'alerte prédéfinis par SPF.

Santé publique France a défini les expositions à risque devant orienter les actions de recherche de cas contact (*définition qui sera réévaluée en fonction des recommandations sur le port de masques dans l'espace public*) :

- **Personne contact à risque** : en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact (hygiaphone ou autre séparation physique type vitre ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas **ou** le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas **et** le contact), une personne contact à risque correspond aux situations suivantes : personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ; ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades) -*en revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque-* ; ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ; ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ; étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).
- **Personne contact à risque négligeable** : toutes les autres situations. NB : les définitions de personne contact ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les Agences régionales de santé sont responsables de la coordination générale du dispositif de recherche de cas contact avec le plein concours des cellules régionales de Santé publique France.

Ce dispositif d'identification et la prise en charge des cas et des personnes contacts repose sur une organisation en 3 niveaux.

- **Les deux premiers niveaux visent à prendre en charge uniquement les personnes pour lesquelles les mesures de prévention ne posent pas de difficulté de mise en œuvre.** L'Assurance Maladie assure la responsabilité de la mise en place et du fonctionnement des niveaux 1 et 2 du dispositif.
- **Les situations relevant des chaînes de transmission ou de cluster ainsi que les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement relèvent du niveau 3.** Pour cette mission l'ARS dispose

de l'autorité fonctionnelle sur les équipes de Santé publique France mobilisées dans le dispositif de recherche des contacts. En cas de « clusters », l'ARS avise la ou les préfectures de département concernées.

1. Niveau 1 de la recherche de cas contact assuré par les acteurs de la prise en charge du premier recours (médecine de ville ou établissements de santé)

Le professionnel en charge du premier recours assure la prise en charge des cas suspects de Covid-19, notamment des actes nécessaires à cette prise en charge (prescription d'un test RT-PCR et de masques chirurgicaux, encadrement de la mesure d'isolement dont arrêt de travail le cas échéant), l'identification à minima des personnes contacts du foyer du cas et la délivrance des conduites à tenir.

A ce titre, il assure également l'évaluation de la situation du foyer du cas, dans un objectif de limitation des transmissions du virus au sein du foyer et d'identification de personnes vulnérables vis-à-vis du Covid-19 à protéger au sein du foyer (personnes âgées, malades chroniques...).

Sur la base du volontariat et dans le cadre d'une valorisation par l'Assurance maladie, il peut décider d'assurer l'identification des personnes contacts à risque élevé de contamination hors du foyer.

Concernant les établissements de santé, ils assurent le niveau 1 ainsi défini pour le patient qui rentre dans le dispositif par le circuit hospitalier (urgences, consultations, hospitalisation...). L'accès à Ameli pro, le téléservice utilisé pour gérer la recherche des contacts (cf. 5), sera en conséquence favorisé dans les établissements de santé. Dans le cas où cet accès n'est pas organisé, des modalités adaptées de transmission des informations ainsi recueillies seront organisées avec les plateformes mises en place par l'Assurance maladie pour assurer la prise en charge du niveau 2 (cf. infra).

2. Niveau 2 de la recherche des contacts assuré par les plateformes de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie met en place des plateformes qui sont chargées d'effectuer les actions de recherche de cas contact non assurées au niveau 1. Ces plateformes de l'Assurance Maladie pourront s'appuyer dans les départements sur des structures relais de professionnels de santé (type MSP, CPTS, centres de santé, centres dédiés Covid-19, équipes mobiles de prélèvement...) qui auront conventionné avec elle. Ces plateformes fonctionnent 7 jours/7.

Les agents des plateformes de niveau 2 auront accès aux données nécessaires à la réalisation de la recherche des contacts (dont des données nominatives de santé) dans les mêmes conditions légales (en cours d'élaboration) que les agents des agences régionales de santé. Ils seront tenus au respect du secret professionnel.

Il s'agira de :

- Contacter le cas confirmé de Covid-19 et répertorier avec lui les personnes « contact », sur la base d'un questionnaire structuré et en sollicitant l'expertise de l'ARS et de la Cellule régionale de SPF en tant que de besoin,
- D'obtenir, pour ce patient, les noms, prénoms, numéros de téléphone portable de ces personnes contacts,
- D'appeler les personnes « contact » identifiées afin de leur signifier les consignes de quatorzaine, de leur demander d'aller faire un test, idéalement à J+7 après le dernier contact avec le cas confirmé, ainsi que de leur indiquer les différentes conduites à tenir.

En cas de difficulté à joindre les intéressés, la plateforme de l'assurance maladie sollicite la cellule territoriale d'appui à l'isolement mise en œuvre par le Préfet (cf. infra, partie isolement/quatorzaine) pour identifier leurs coordonnées, notamment en recourant aux services de leur commune de résidence. Des accompagnements spécifiques, pour les personnes sourdes ou malentendantes par exemple, ou celles ayant des difficultés de communication, pourront être mobilisés grâce à l'identification de personnes ressources.

Tous les cas confirmés ayant un grand nombre de contacts à risque modéré ou élevé ou travaillant dans des collectivités à caractère sensible sont signalés sans délai à l'Agence régionale de santé qui assure le niveau 3.

Dès lors qu'un contact relève du niveau 3, la plate-forme informe sans délai l'ARS pour que les mesures d'évaluation et de gestion du risque adaptées soient mises en œuvre en lien avec les services de l'Etat si nécessaire.

3. Niveau 3 de la recherche des contacts assuré par l'ARS, en lien avec Santé publique France en région

Les situations relevant des chaînes de transmission ou de cluster ainsi que les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement relèvent du niveau 3.

Par ailleurs, les cas en collectivité doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'une prise en charge par l'ARS dans une logique de prévention des « clusters ». En cas de repérage d'un cas index en milieu collectif, l'assurance maladie transfère immédiatement le dossier à l'ars si elle identifie un risque de transmission dans une collectivité et en tout état de cause si des mesures de prévention s'avèrent nécessaires, mesures qui relèvent de l'ARS en lien avec le Préfet

Sur la base des résultats SIDEP et des données de la recherche des contacts réalisé par les niveaux 1 et 2, l'ARS identifie les chaînes de transmission sur son territoire et détecte les clusters. Ce niveau peut aussi être déclenché par le niveau 2.

Elle anticipe la gestion des situations complexes (clusters dans des établissements de santé ou médico-sociaux, dans des écoles, etc.) et peut proposer la mise en œuvre de mesures de contrôle spécifiques (fermeture de structures par exemple).

Si la situation le nécessite, elle déploie des moyens d'investigation sur le terrain et peut organiser des campagnes de test ciblées. L'appui des Préfectures et des collectivités locales pour l'organisation de ces investigations de terrain peut être sollicité.

Pour l'exercice de cette mission l'ARS dispose de l'autorité fonctionnelle sur les équipes en charge de l'expertise scientifique et de la capacité d'alerte épidémiologique de la cellule régionale de Santé publique France.

Pour les clusters en établissements de santé ou médico-sociaux, elle dispose aussi de tout le concours des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) des établissements de santé et du Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIas).

4. Organisation face à des cas groupés de coronavirus Covid-19

Il est indispensable qu'une organisation soit mise en œuvre pour anticiper et gérer d'éventuels « clusters ». Ces « clusters » se définissent comme un regroupement de cas dans un même lieu et dans une même unité de temps resserré faisant suspecter un lien épidémiologique.

La présence de « clusters » sur le territoire est détectée par le niveau 3 du dispositif ; c'est-à-dire par l'agence régionale de santé et la cellule régionale de Santé publique France, intégrée à l'organisation pilotée par l'ARS.

Cette détection peut se faire aussi à partir d'un signalement des niveaux précédents, 1 et 2, de recherche des contacts.

La confirmation de cas groupés d'infections à coronavirus Covid-19 nécessite, en urgence, la mise en œuvre d'actions coordonnées pour limiter la propagation de cas. A ce titre, l'ARS informe sans délai le ou les préfets de département concernés de toute constitution de « cluster » sur leur territoire, afin d'assurer une large diffusion des informations notamment au sein des services de l'État et des collectivités territoriales. L'objectif est de décider et organiser la mise en œuvre des mesures de gestion et de contrôle qui pourraient être nécessaires.

Les actions à mener doivent ainsi être planifiées pour être mises en œuvre sans retard dès la confirmation d'une situation de cas groupé. A ce titre, les cas en collectivité doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'apparition d'un « cluster » sur le territoire nécessite la mise en œuvre d'investigations sanitaires dans des délais très contraints. Cet objectif ne peut être atteint que par la mise en place d'équipes de réponse rapide projetables sur le terrain.

Etant donné le risque important de survenue de multiples foyers concomitants sur le territoire, il est indispensable que chaque ARS organise les renforts nécessaires auprès des équipes en charge de la veille et de la sécurité sanitaire. Elle s'adjoit notamment le concours de personnels extérieurs, sur une base volontaire ou par vacation. L'équipe doit être en capacité d'intervenir sur l'ensemble du territoire de la région.

Chaque agence régionale de santé doit identifier des équipes de réponse rapide multidisciplinaire en mesure de réaliser les investigations.

La préfecture de département apporte un appui opérationnel et logistique à ces équipes et, en fonction des capacités locales et du nombre de sujets contacts, sollicite, le concours de services partenaires. (Fiche). Le préfet de département conduit un travail d'identification des populations à mode de vie de type communautaire (campements, foyers et résidences, communautés, gens du voyage....) afin de déterminer les leviers de prévention et de surveillance nécessaire à la prévention d'un cluster, en lien avec les associations et les collectivités territoriales.

5. Les systèmes d'information concourant au dispositif de recherche de cas contact

La maîtrise de l'épidémie de Covid-19 à l'issue du confinement repose sur un **dispositif de diagnostic et de signalement précoce des cas confirmés de Covid-19 aux autorités en charge de la recherche des contacts.**

A cet effet, le téléservice Contact Covid développé dans l'environnement Amelipro servira de système d'information d'échanges entre les professionnels de santé et les plateformes de l'Assurance Maladie. Une disposition est prévue pour que les ARS aient accès en lecture et en écriture aux données de Contact Covid, et puissent faire des extraits des données de la recherche des contacts.

Le système d'information pour le test du Covid-19 « SIDEP » qui sera déployé dans l'ensemble des laboratoires et structures autorisés à réaliser le diagnostic de Covid-19, permettra quant à lui de colliger au sein d'une seule et même base de données l'ensemble des résultats d'analyses Covid-19, accessible en temps réel aux professionnels de santé et autorités chargées de la recherche des contacts.
de la recherche des contacts

AXE 3 : ASSURER L'EFFECTIVITE DE L'ISOLEMENT DES CAS POSITIFS ET DE LA QUATORZAINE DE LEURS CONTACTS

La réussite de la stratégie de mise à l'écart des cas positifs (en isolement) et de leurs contacts (en quatorzaine préventive) est essentielle pour casser les chaînes de contamination du COVID-19 et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **Un isolement consenti : l'efficacité de la démarche reposant sur l'observance** des mesures d'isolement et de quatorzaine, l'importance de cette observance doit être comprise et régulièrement rappelée aux personnes concernées, qui doivent adhérer à ces mesures pour les suivre jusqu'au bout – la coercition portant le risque d'un effet contre-productif de détourner la population des tests et des mesures associées ;
- **Un isolement expliqué : des conduites à tenir** précisent le cadre de gestion, dans la durée, des personnes contaminées (isolement) et de leurs contacts à risque (quatorzaine) ;
- **Un isolement accompagné : les cas et les personnes contacts font l'objet d'un suivi régulier**, pour s'assurer du respect de la mesure d'isolement ou de quatorzaine (avec suivi sanitaire associé pour les cas COVID-19), ainsi que de leurs besoins éventuels d'accompagnement.

Les Préfets sont chargés, en associant étroitement les collectivités territoriales et en articulation avec les ARS et les acteurs de la prise en charge des cas et de la recherche des contacts, de :

- Mettre en place une cellule locale d'appui à l'isolement (bassin territorial à adapter en fonction des dynamiques locales) qui recueillera les besoins des personnes isolées, sur un plan social, matériel et de soutien psychologique. Cette cellule pourra être confiée à la collectivité territoriale ou par délégation à un opérateur (type Croix Rouge, association de protection civile) ou autres opérateurs spécialisés dans les activités dites de conciergerie ;
- Identifier, par le biais de cette cellule, les opérateurs mobilisables pour l'accompagnement social, logistique, psychologique des isolés (collectivités territoriales et leurs opérateurs, CCAS/CIAS, entreprises et associations d'aide à domicile, opérateurs de l'économie sociale et solidaire, la Poste, grandes surfaces pour les courses...) en dissociant :
 - Les services prioritaires à mobiliser pour les personnes en situation spécifique ;
 - Les services additionnels en soutien à la vie quotidienne durant l'isolement hors situation spécifique.

Les besoins à couvrir dans le cadre de ce dispositif d'appui à l'isolement feront l'objet de précisions prochaines. Les ARS appuient les préfets pour le bon dimensionnement de celui-ci.

Les conduites à tenir s'appliquent aux personnes se trouvant dans les situations suivantes :

- **pour les cas de Covid-19 confirmé biologiquement, isolement jusqu'à la guérison, c'est-à-dire 2 jours après la fin des symptômes**
- **pour les personnes contacts à risque, quatorzaine jusqu'à 14 jours après la dernière exposition avec le cas confirmé avec un allègement à 7 jours en cas d'absence de symptômes et de test négatif mais sans levée complète, car elles peuvent être en phase d'incubation au moment du test.**

Cet isolement/quatorzaine doit être réalisé au domicile, qui constitue le lieu privilégié de prise en charge.

- **Les professionnels prenant en charge les patients font une première évaluation** pour vérifier si le patient et les contacts du foyer sont en capacité de réaliser leur isolement à domicile afin d'organiser leur prise en charge tout en limitant les risques de contamination intra domiciliaire, en fonction des facteurs de risque de forme grave de Covid-19 de ces personnes, de leur autonomie, de leur activité professionnelle (notamment s'il s'agit d'une activité essentielle, comme les professionnels de santé), d'un contexte social particulier, de la taille du logement, du nombre de personnes, etc.

- **S'ils repèrent une difficulté, ils signalent cette situation à la cellule territoriale d'appui** à l'isolement qu'il revient aux préfets de département de mettre en place pour évaluation complète et décision éventuelle de mise en œuvre :
 - soit d'une mesure d'accompagnement permettant le maintien à domicile ;
 - soit, en accord avec les personnes, d'un isolement ou quatorzaine dans un lieu dédié.

Pour les personnes handicapées ou leurs aidants qui seraient en difficulté d'accompagnement dans ces circonstances, la cellule territoriale d'appui doit être en capacité de solliciter une équipe médico-sociale de recours dans le département.

1. Le principe : l'isolement à domicile des cas confirmés et quatorzaine à domicile des personnes contact

A. Evaluation des besoins de prise en charge et d'accompagnement à domicile :

Les modalités de prise en charge d'un cas confirmé de Covid sont décidées par le médecin qui décide des conditions du suivi sanitaire (cf. B) et évalue en première intention si l'état clinique du patient est compatible avec une prise en charge à domicile.

Si l'état clinique le permet, le médecin s'assure que la configuration du domicile et la présence des autres personnes dans le foyer permet d'organiser cette prise en charge. Il est, en effet, important que l'état du patient soit compatible avec une prise en charge en médecine de ville tant sur le plan somatique que psychique¹.

Outre les critères cliniques, des critères socio-environnementaux doivent être évalués pour articuler au mieux la prise en charge à domicile en médecine de ville.

Cette évaluation sanitaire peut être complétée par une évaluation des besoins d'accompagnement social, sur signalement des professionnels prenant en charge les patients et leurs personnes contact, sous la responsabilité de la cellule territoriale d'appui précédemment évoquée.

Les Préfets de département sont chargés de mettre en œuvre une cellule territoriale d'appui à l'isolement (niveau départemental voir infra-départementale) dont ils assurent les moyens de fonctionnement pour recueillir les besoins des personnes isolées, sur un plan social, médico-social, matériel et de soutien psychologique et organiser la mise en œuvre des accompagnements requis. Le portage contractuel et financier de cet accompagnement sera précisé ultérieurement.

B. Mise en œuvre de l'isolement à domicile des patients Covid+ et de la quatorzaine à domicile des personnes contacts à risque

Pour les patients Covid+ à domicile, un suivi sanitaire doit être organisé.

Il est réalisé par les professionnels de ville dans les conditions définies dans la fiche relative aux lignes directrices « Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19² ».

Comme lors de la phase de confinement, quatre modalités de surveillance à domicile des patients atteints de covid-19 sont ainsi possibles :

- Auto-surveillance, aidée ou non d'un outil d'autosurveillance (patient ou entourage) ;
- Suivi médical, aidé ou non d'un outil d'autosurveillance ou de télésurveillance;
- Suivi renforcé à domicile par des infirmiers, en complément du suivi médical ;
- Hospitalisation à domicile (HAD).

¹ Cf. fiche "Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19" : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf>

² Cf. fiche "Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19" : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf>

La décision de prise en charge est laissée à l'appréciation du médecin qui détermine le suivi le plus adapté en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.).

Ce suivi doit permettre également d'assurer la continuité de la prise en charge sanitaire habituelle pour les personnes présentant des comorbidités.

Au sein du logement, il est conseillé que le patient Covid+ reste dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile, d'aérer régulièrement. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire il est recommandé de se laver les mains fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de désinfecter quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones mobiles, etc.). Il porte systématiquement un masque chirurgical en présence d'un tiers, y compris les personnes de son foyer familial.

Il est déconseillé de recevoir des visites, sauf les visites indispensables comme les aidants à domicile. Enfin, les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier.

Les contacts à risque au sein du foyer familial font l'objet d'une mesure de quatorzaine stricte, avec application au domicile des mesures barrière, réduction au minimum des contacts avec la personne malade et port du masque chirurgical systématiquement en sa présence. Des solutions facilitant la mise en œuvre de cette quatorzaine stricte doivent être identifiées avec la personne concernée : appui de la collectivité, livraison à domicile, aide familiale ou du voisinage, voire hébergement dédié.

Il appartiendra à la cellule territoriale d'appui à l'isolement de mettre tout en œuvre pour identifier une solution. Cependant, dans le cas où aucune de ces solutions ne serait trouvée, et à titre dérogatoire, la sortie du domicile de l'un des membres du foyer (asymptomatique et ayant pris sa température au préalable) pourra être autorisée sous réserve d'une fréquence limitée (deux fois par semaine au plus) afin de subvenir aux besoins essentiels du foyer (ravitaillement), sous condition d'un strict respect des mesures barrière et de distanciation physique, ainsi que du port d'un masque chirurgical.

Quand les conditions générales ne permettent pas de faire cesser l'exposition, le décompte des 14 jours de confinement des contacts intra-foyer ne commence qu'après la guérison clinique du cas, soit au moins 8 jours après la date de début des symptômes (ou 10 jours pour les personnes à risque élevé de faire une forme grave de la maladie) et 48 heures d'apyrexie et sans dyspnée, conformément à l'avis du HCSP du 16/03/2020. Un allègement des mesures de quatorzaine peut toutefois être envisagé en cas d'absence de symptômes et de test négatif à j+7 **après la guérison clinique** du cas, dans les mêmes conditions que pour une personne contact hors foyer (cf. infra).

C. Mise en œuvre de la quatorzaine à domicile des personnes contact à risque d'un patient Covid+ (hors foyer familial)

Les personnes contacts à risque d'un cas confirmé de Covid-19 (hors celles de la cellule familiale sauf si elles ont été séparées du foyer) doivent bénéficier d'une quatorzaine stricte après le dernier contact à risque avec le cas.

Durant sa quatorzaine à domicile, la personne contact doit :

- Rester à domicile ;
- Éviter les contacts avec l'entourage intrafamilial (à défaut port d'un masque chirurgical, comme pour tout contact avec un tiers) ;
- Réaliser la surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...).

A 7 jours du dernier contact avec la personne malade, la personne contact effectue un test virologique. Si le test est négatif et en cas d'absence de symptômes, les conditions de la quatorzaine pourront être allégées pour permettre les sorties du domicile, avec le port de masque systématique à l'extérieur, une application stricte des mesures de distanciation sociale et l'absence de contact avec des personnes à risque (personnes âgées, etc.). La reprise du travail hors télétravail ainsi que la prise des transports en commun restent non autorisées.

- D. Un suivi régulier des malades et des personnes contact en isolement à domicile à mettre en place

Au-delà du suivi sanitaire précédemment évoqué, les ARS sont chargées d'organiser un suivi téléphonique actif et régulier des malades et des personnes contacts isolés à domicile, recensés à domicile, pour s'assurer pour les malades et les personnes contacts du respect des consignes d'isolement ou de quatorzaine et de la bonne application des mesures associées et identifier le cas échéant s'il y a besoin de faire évoluer les services d'accompagnement de la mesure d'isolement (appui logistique pour le maintien à domicile par exemple ou hébergement dédié).

Ce suivi pourra mobiliser les acteurs de l'accompagnement à domicile, du secteur médico-social, y compris les professionnels assurant le suivi sanitaire, ainsi que des outils numériques.

En tant que de besoin, l'ARS orientera la personne vers une prise en charge médicale ou médico-psychologique ou, s'il s'agit d'un besoin d'appui, vers les cellules territoriales d'appui relevant des Préfectures.

Ce n'est qu'à titre subsidiaire, si, aux termes des évaluations médicales et socio-environnementales et des actions d'accompagnement mobilisables, les conditions d'un isolement à domicile ne peuvent être réunies que l'orientation dans un lieu dédié peut être proposée.

Les ARS sont chargées d'organiser un suivi téléphonique actif et régulier des malades et des personnes contacts isolés à domicile, en complément du suivi sanitaire.

2. Le recours à des lieux dédiés pour les cas où l'isolement à domicile n'est pas possible

- A. Critères de recours à des lieux dédiés

Exceptionnellement, pourront se voir proposé d'effectuer cet isolement hors du domicile, dans des lieux dédiés des malades du covid confirmés par test RT-PCT ou des cas contacts de malades du covid, testés négativement dont la composition du foyer n'est pas compatible avec l'isolement à domicile ou la quatorzaine à domicile du fait notamment de :

- **Présence au sein du foyer de personnes Covid- à protéger, et en particulier les :**
 - Personnes vulnérables au Covid-19 (âge, obésité, diabète, BPCO, etc.) ;
 - Travailleur essentiel (professionnel de santé, etc.).
- **Fort risque de contamination des autres membres du foyer par la personne Covid+ :** promiscuité, contexte social rendant difficile l'isolement à domicile ou bien la présence de nombreuses personnes dans le même foyer.

Les publics qui pourront avoir accès à ces lieux sont ceux dont l'isolement à domicile ferait courir un risque important de transmission à leurs proches ou les mettrait elles-mêmes en risque du fait de leur défaut d'autonomie si elles vivent seules. Comme pour l'isolement à domicile, il doit s'agir de personnes ne nécessitant pas une hospitalisation. Les critères et modes d'orientation sont décrits infra.

Les 2 populations (cas confirmé et cas contacts testés négativement) ne pouvant être mélangées afin de ne pas contaminer des personnes contacts qui n'auraient pas contracté le virus. Il est recommandé d'utiliser 2 bâtiments distincts d'un même lieu, ou a minima deux espaces de circulation étanches permettant d'éviter les croisements de flux.

B. Identification et mise en place des lieux d'isolement temporaires

La mise en place des lieux d'isolement relève du préfet de département et repose sur la coopération entre celui-ci et le directeur général de l'ARS.

Evaluation du besoin

Afin de déterminer le nombre de places nécessaires dans le département ainsi que leur localisation, l'ARS et la préfecture mettront en commun leurs données :

- Principalement épidémiologiques sur la propagation du virus dans le département, et en infra départemental si connu ;
- Epidémiologiques sur la prévalence des personnes à risque élevé de développer une forme grave de covid ;
- Sociales pour évaluer le nombre de ménages potentiellement en sur-occupation de logements ou en conditions difficiles d'habitat, ou avec mobilité réduite.

Création des lieux dédiés

Il pourra s'agir, notamment, d'hôtels, de centres de vacances, de lieux d'hébergement collectif appartenant à des collectivités, du moment qu'ils répondent au cahier des charges en annexe permettant l'isolement dans de bonnes conditions, la prise en charge sanitaire adaptée et l'accueil de personnes à mobilité réduite. La localisation tiendra compte des besoins et la configuration (urbaine, rurale, mixte) du département.

Il appartient au préfet d'organiser la logistique autour de ces lieux :

- Transports des malades ou personne contact (en accord avec l'ARS s'il s'agit de transports sanitaires) ;
- Approvisionnement pour les repas ;
- Sécurisation si nécessaire.
- Accompagnement social si besoin par les services sociaux du département ou le CCAS/CIAS.

A cette fin, il est recommandé de conventionner avec un opérateur qui se chargera de l'organisation et de la gestion du lieu dédié à l'isolement.

Le préfet assure le lien avec les collectivités territoriales – conseil départemental ou commune – qui est primordial pour garantir l'acceptabilité de l'installation de ces lieux de mise à l'abri, la non-stigmatisation des personnes y étant installées, mais également pour soutenir la logistique.

La collectivité territoriale pourra être invitée à contribuer à l'organisation de la fourniture de repas, notamment, par un portage de repas, et à l'entretien des locaux et la blanchisserie (en fonction des règles d'hygiène décrites dans le cahier des charges).

La collectivité pourra également apporter un soutien par des travailleurs sociaux pour les personnes le nécessitant (soutien social, psychologique). De plus, il appartiendra au conseil départemental (équipes médico-sociales) de prévoir les aides à domicile pour les patients devant y avoir recours.

Le préfet est chargé de trouver les lieux d'hébergement et de conventionner avec les bailleurs ou propriétaires ou, à défaut, de réquisitionner les lieux identifiés.
Dans le cadre de la cellule territoriale d'appui à l'isolement, le préfet mettra en place un dispositif de gestion des places disponibles et la réponse aux demandes d'orientations des médecins.
L'ARS est en charge d'organiser tout l'accompagnement et le suivi sanitaire, ce qui inclut la fourniture des équipements de protection aux personnels intervenant dans le lieu.

Le Ministre des Solidarités et de la Santé

A handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal line with a vertical stroke crossing it near the right end.

Olivier VERAN

Le Ministre de l'Intérieur

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'C' and 'C' at the beginning, followed by several loops and a horizontal line at the bottom.

Christophe CASTANER



FICHE ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

ORGANISATION DE LA REPONSE SANITAIRE PAR LES UNITES SANITAIRES EN MILIEU PENITENTIAIRE EN COLLABORATION AVEC LES SERVICES PENITENTIAIRES DANS LE CONTEXTE DE L'ETAT D'URGENCE SANITAIRE DECLARE.

La présente fiche vise à proposer des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant l'organisation des prises en charge sanitaires en milieu pénitentiaire, en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

Les recommandations nationales et les organisations établies localement depuis le début de l'épidémie ont permis de freiner l'entrée du virus en détention et de contenir sa propagation.

En effet, les équipes soignantes des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et les personnels pénitentiaires ont adapté leur organisation afin d'être en capacité de :

- Limiter autant que faire se peut l'entrée, dans leur établissement, de l'épidémie généralisée en France à l'extérieur de la prison ;
- Prendre en charge des personnes détenues contaminées, qu'elles soient symptomatiques ou non, et surveiller les personnes contacts, lors de la phase « arrivants » comme pendant le reste de l'incarcération.

Grâce à cette vigilance et au renforcement de l'hygiène et de la prévention, la survenue de cas de contamination à l'intérieur de la prison a pu être contenue.

La stratégie sanitaire en milieu pénitentiaire, dans le contexte actuel, vise à maintenir des mesures pour limiter la propagation du virus et prendre en charge les patients atteints de la Covid-19 ainsi qu'à organiser les conditions de prise en charge des activités de soins hors Covid-19, en fonction de la situation épidémiologique du terrain.

En effet, la stratégie sanitaire peut être adaptée dans chaque établissement pénitentiaire, en lien avec l'ARS, selon l'évolution de l'épidémie sur le territoire et en fonction de l'évolution de la réglementation modifiée rétablissant l'état d'urgence sanitaire en distinguant les situations suivantes :



Situation 1 : l'établissement pénitentiaire n'est pas un cluster et se situe dans une zone où le virus ne circule pas activement. **N'est pas d'actualité.**

Situation 2 : l'établissement pénitentiaire n'est ni cluster, ni dans une zone où s'applique un couvre-feu.

Situation 3 : l'établissement pénitentiaire est situé dans une zone où s'applique un couvre-feu, sans être un cluster.

Situation 4 : l'établissement pénitentiaire est identifié comme cluster.

Situation 5 : l'établissement pénitentiaire est situé dans une zone où s'applique un confinement.

Pour rappel, Santé Publique France a défini le cluster comme étant « la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non ». En milieu pénitentiaire, ces trois cas s'apprécient quel que soit le statut de la personne considérée (personnel pénitentiaire, personne détenue, personnel soignant...).

Dans le contexte actuel de poursuite de l'épidémie, il s'agit de maintenir les organisations mises en place dans le cadre de la gestion de l'épidémie afin d'éviter une éventuelle reprise de celle-ci. Toutes les fois où la situation observée sur le territoire donné le permet, il s'agit de poursuivre la reprogrammation des activités de soins « classiques » qui existaient avant l'épidémie, en tenant compte des priorités identifiées (perdus de vue, patients décompensés, programmation annulée devenue urgente...) et dans le respect des mesures barrières.

Les besoins des patients, le respect des règles de sécurité sanitaire et l'analyse bénéfice/risque de chaque situation doivent guider les prises en charge, les conditions d'accueil à l'unité sanitaire, les extractions médicales et les hospitalisations.

Aussi, la plus grande mobilisation de tous les acteurs est primordiale pour :

- Poursuivre et renforcer les échanges entre acteurs pénitentiaires, judiciaires et sanitaires, au niveau local, dans le but de favoriser un taux d'occupation qui permette le respect des mesures barrières et de distanciation physique ;
- Poursuivre et renforcer les échanges entre acteurs pénitentiaires et sanitaires, au niveau local, afin de favoriser le respect des mesures barrières et de distanciation physique ;
- Poursuivre les efforts dans l'appropriation et la diffusion de ces mesures en instaurant, lorsque cela est possible, des formations participatives pour réfléchir aux nouvelles modalités de gestion de la détention dans ce contexte ;
- Adapter les modalités d'organisation et de fonctionnement au regard de l'évolution de l'épidémie sur la zone d'implantation de l'établissement pénitentiaire et donc du scénario observé sur le territoire concerné.

Les recommandations mentionnées dans la présente fiche s'appliquent quel que soit le scénario retenu sur le territoire, sauf précisions apportées, le cas échéant.



1. MESURES GENERALES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Les mesures mentionnées ci-dessous sont applicables en toutes circonstances :

- **Poursuite de la mise en quarantaine des arrivants, et levée de la mesure en fonction du résultat du test à J7.** Cette mesure peut être mise en œuvre au sein des locaux du quartier arrivant ou dans une autre zone de la détention spécifiquement dédiée et identifiée par la direction de l'administration pénitentiaire.
- **Adaptation et application stricte des mesures barrières et de la distanciation physique** au contexte de la détention :
 - **Port du masque et autres équipements de protection individuelle**
 - Les surveillants pénitentiaires sont équipés en masques fournis par la DAP ;
 - Les personnels sanitaires sont équipés en masques chirurgicaux ou FFP2 conformément aux recommandations ;
 - **S'agissant des personnes détenues, elles sont équipées en masque par l'administration pénitentiaire, avec obligation de port du masque dès la sortie de la cellule et pour tout mouvement, systématiquement dans les situations 3 et 4 et 5, et dans la situation 2, sur décision du directeur de l'établissement, prise en lien avec l'ARS et la préfecture, avec une réévaluation hebdomadaire.**

Le port du masque par les personnes détenues, fourni par la DAP, est également obligatoire, quelle que soit la situation, pour :

- les nouveaux arrivants jusqu'à J14 ;
- les sorties et les retours de permissions de sortir jusqu'à J14 ;
- les sorties d'unités de vie familiale jusqu'à J14 ;
- les extractions judiciaires, médicales, des transferts, en centre et quartier de semi-liberté, sur les postes de travail ou de formation, aux parloirs et en présence d'intervenants extérieurs ;
- les auxiliaires détenus dès la sortie de cellule.

Le port du masque ne dispense pas du respect strict des mesures barrières, de l'hygiène des mains et de la distanciation physique d'au moins 1 mètre.

Cette recommandation est d'autant plus nécessaire pour les personnes à risque de forme grave, auxquelles l'USMP prescrit et tient à disposition des masques chirurgicaux.

- Les visiteurs et intervenants extérieurs **doivent porter un masque « grand public »** et sont responsables de leur équipement individuel ;



- Dans les secteurs COVID, et pour les personnels amenés à être en contact rapproché, la visière peut être utilisée **en complément** du masque (avis HCSP du 13/05/2020 relatif à l'emploi des visières ou « écrans faciaux de protection » dans le contexte de l'épidémie COVID-19).

- **Lavage des mains** en assurant la disponibilité (en détention, en unité sanitaire, aux parloirs et dans les locaux de l'accueil famille, en promenade, dans les locaux d'activité) :
 - De points d'eau pour se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon ;
 - De solutions hydro-alcooliques (pour les personnels pénitentiaires et sanitaires).

A noter que le port des gants donne un faux sentiment de protection et les gants deviennent eux-mêmes des vecteurs de transmission. Le risque de porter les mains au visage étant le même, le risque de contamination s'avère égal voire supérieur.

- Utilisation de **mouchoirs jetables** pour se moucher, tousser, éternuer ou cracher, en prenant garde de le jeter aussitôt après usage :
 - Mise à disposition des personnes détenues de mouchoirs à usage unique, notamment dans les kits appropriés.
- Mesures de **distanciation** physique applicables aux PPSMJ et à toute personne entrant en détention :
 - Ne pas se serrer les mains, ni s'embrasser, ni se faire d'accolade ;
 - Distance physique d'au moins 1 mètre.
- **Affichage des mesures barrières en détention, en USMP, dans les locaux des personnels et dans les vestiaires (soignants et administration pénitentiaire).**
- **Aération** régulière des locaux et **désinfection** régulière des objets manipulés et des surfaces (implique de renforcer la formation et l'encadrement du travail des personnes détenues affectées au poste « d'auxiliaire » et des prestataires privés pour les établissements en partenariat public-privé qui assurent l'encadrement des personnes travaillant en atelier).

De même, les objets destinés à un usage collectif tels que les téléphones, claviers d'ordinateur, poignées de porte, digicode, etc. doivent faire l'objet d'une attention particulière quant à leur désinfection.



- **Promenades** : Elles doivent toujours être organisées de façon à séparer les flux de personnes :
 - Confirmées Covid-19 ;
 - Contacts à risque ;
 - Personnes symptomatiques en attente de la réalisation d'un test ou de son résultat ;
 - Confinées à titre préventif.

A noter que la distanciation physique est plus importante en cas d'activité physique (l'avis du HCSP recommande le respect d'une distance de 10 mètres pour du footing). La désinfection des équipements sportifs à usage partagé doit faire l'objet d'une attention particulière.

- **Parloirs** : visites possibles, dans le cadre de la doctrine édictée par l'administration pénitentiaire, uniquement pour les personnes détenues qui n'ont pas été dépistées positives à la COVID, pour celles qui ne sont pas symptomatiques et pour les personnes détenues non considérées comme personnes contacts à risque.

Les mesures suivantes sont notamment préconisées :

- L'organisation des parloirs, le cas échéant, dans des pièces suffisamment grandes et aérées ;
- Le lavage des mains à l'eau et au savon ou à l'aide d'une solution hydro-alcoolique (SHA) ;
- L'auto-déclaration par les visiteurs pour confirmer l'absence de symptômes (fièvre ou frissons, toux ou une augmentation de la toux habituelle, fatigue inhabituelle, essoufflement inhabituel, douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles, maux de tête inexplicables, perte de goût ou d'odorat, diarrhées inhabituelles) au moment de la visite et au cours des 7 jours précédents ;
- Le respect de la distanciation physique d'au moins un mètre ;
- L'installation, toutes les fois où cela est possible, de dispositifs fixes ou amovibles type plexiglas ou hygiaphone ;
- Le double port du masque « grand public » (visiteur/visité) ;
- La désinfection sur place lors des échanges d'objets ou de denrées et en accord avec les recommandations disponibles à date (avis HCSP 6/05/2020 : Recommandations relatives aux textiles et aux commerces de chaussures et d'habillement) ;
- La désinfection des surfaces entre chaque visite au parloir.



2. ACTIONS INCOMBANT A L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE ET A SON UNITE SANITAIRE (USMP)

2.1. Il est attendu de l'USMP

- De conserver un stock de matériels et d'équipements de protection :
 - Des thermomètres sans contact ou à usage unique ;
 - Des saturomètres ;
 - Des masques chirurgicaux et FFP2 ;
 - Des solutions hydro-alcooliques (SHA) ;
 - Des gants non stériles à usage unique ;
 - Des lunettes et/ de visières de protection (pour certains soins), des surblouses, des charlottes et des tabliers (notamment pour les soins dentaires et/ou les soins mouillants/souillants) ;
 - Des kits de prélèvement RT-PCR COVID et kits de prélèvement pour les tests antigéniques.

- De porter obligatoirement un masque (chirurgical ou FFP2) et de respecter les mesures barrière même en dehors de la présence d'autres personnes (pause repas, réunions etc.)

- De formaliser des procédures ou d'actualiser celles existantes, en lien avec l'établissement de rattachement (cellule de crise, EOHP) :
 - Une procédure de réalisation et d'acheminement des prélèvements pour le diagnostic virologique dans le cas de recours aux tests RT-PCR ;
 - Une procédure de réalisation des prélèvements et de restitution des résultats, dans le cas de recours au test antigénique ;
 - Une procédure de décontamination des locaux et surfaces de l'USMP, spécifique COVID-19 ;
 - Une procédure de gestion des DASRI.

- D'organiser la reprise/poursuite de l'activité de soins, hors COVID-19, en fonction de la situation épidémiologique et des consignes sanitaires en vigueur ;

- De poursuivre la communication, en concertation avec la direction de l'établissement, à l'ensemble de la population détenue, pour prévenir et sensibiliser les personnes détenues à la prévention et pour les rassurer quant à leur accès aux soins en les informant de l'organisation de la prise en charge des malades :
 - Affichage dans chaque aile de détention pour inviter les personnes détenues à se signaler au plus vite au personnel pénitentiaire ou à un soignant, en cas d'apparition de tout symptôme suspect, en vue d'une intervention de l'USMP selon le protocole qui aura été défini dans l'établissement ;



- Rappel des règles d'hygiène standards par voie d'affichage et le cas échéant des nouvelles organisations édictées du fait de l'épidémie et sensibilisation aux règles de bon usage du masque et à sa manipulation (cf. partie Mesures générales) ;
- Information des personnes détenues, par tout moyen adapté au contexte, des possibilités et modalités de prise en charge sanitaire en cas d'infection, adaptées au cas par cas à l'état médical, notamment à la présence éventuelle de morbidités sources de vulnérabilité à la COVID-19. Cette information générale sur l'organisation des soins doit renforcer la confiance des personnes qui développeraient des symptômes afin qu'elles se signalent.

Pour cela, il conviendra de solliciter, le cas échéant, les différents partenaires intervenant dans le champ de la promotion de la santé et de favoriser leur entrée en détention. Les guides élaborés par le FNES¹ (« soutenir les compétences psychosociales des personnes vulnérables : des activités de soutien et de réassurance, en période de covid-19 » et « promotion de la santé en milieu carcéral, pistes d'actions pour un déconfinement ») sont des références utiles.

- D'avoir une vigilance renforcée concernant les personnes détenues à risque de forme grave de COVID-19 (cf. annexe I) :
 - Évaluer leur éligibilité à une suspension de peine pour raison médicale et organiser une veille de leur état de santé lors des distributions de médicaments ;
 - Renforcer leur éducation aux gestes barrières et leur information sur les conduites à tenir et les risques encourus (notamment usage approprié du masque) ;
 - Leur prescrire des masques chirurgicaux et les tenir à leur disposition ;
 - Dans l'objectif de poursuivre la surveillance et le traitement de leur pathologie de façon régulière, apprécier au cas par cas la nécessité d'organiser des consultations pour ces personnes selon des modalités adaptées réduisant au mieux leur exposition ;
 - Lors de la distribution de médicaments par les infirmiers, saisir l'opportunité de cette activité pour repérer de possibles symptômes afin d'en avertir le médecin de l'USMP.

2.2. Il est attendu de l'administration pénitentiaire :

Conformément aux instructions transmises par le directeur de l'administration pénitentiaire depuis le 27 février 2020, il est demandé aux chefs de service de poursuivre la sensibilisation régulière des cadres

¹ Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé



intermédiaires et des agents placés sous leur autorité et de l'intensifier en fonction de l'évolution épidémique et du scénario applicable sur sa zone

d'implantation :

- De faire respecter les consignes de port du masque obligatoire par les personnes détenues dès la sortie de la cellule dans les situations 3, 4 et 5 et le cas échéant dans la situation 2 ;
- D'être attentifs aux signes cliniques (cf. annexe II) présentés par des personnes détenues ou signalées personnellement ou par un tiers (codétenus, familles, avocats etc.) ainsi qu'en étant vigilants à toute évolution du comportement (repli, etc.) ;
- De signaler sans délai à la hiérarchie et à l'USMP les personnes détenues qui sont des cas possibles de COVID-19;

Les chefs de service doivent s'assurer de la diffusion et de l'application des consignes à suivre en cas de suspicion d'un cas possible ou de personnes présentant des symptômes de la COVID. La situation de la personne identifiée doit être signalée sans délai à la hiérarchie ainsi que :

- A l'unité sanitaire, le cas échéant, pendant les horaires d'ouverture de ce service ;
- Au centre 15 dans toute autre situation.

Dans tous les cas, le chef de service veille aux rappels et, le cas échéant, à l'adaptation des modalités pour garantir une transmission sans délai à l'unité sanitaire des signalements de ces cas possibles (ex. organisation d'un circuit court de relai par le surveillant téléphoniquement via sa hiérarchie ou, selon des modalités ad hoc garantissant la réactivité attendue).

Il convient également :

- De sensibiliser, informer, former ses équipes :
 - Diffusion auprès des personnels de surveillance des coordonnées de l'USMP ou du centre 15 à contacter en cas d'observation de signes suspects chez une personne détenue (pendant et en dehors des horaires d'ouverture de l'USMP) ;
 - Rappel des règles d'hygiène standard par voie d'affichage dans chaque aile de détention, à l'entrée de l'établissement pénitentiaire et dans les salles d'accueil des visiteurs.
- De mettre à disposition de son personnel, des personnes intervenant sous sa responsabilité et des personnes détenues des points d'eau équipés de savon et d'essuie-mains à usage unique. Sur ce point, il convient de préciser que les distributeurs à bobine textile répondent aux mêmes exigences d'hygiène qu'une serviette jetable en papier, tout en offrant une solution plus écologique et durable.
- De formaliser une procédure de décontamination du linge, des locaux et surfaces en détention (cf. « Fiche à destination des gestionnaires de structures non hospitalières accueillant des patients covid-19 ENTRETIEN, GESTION DU LINGE, ELIMINATION DES DECHETS » du 17 mars 2020).



■ De placer, en lien avec le médecin de l'unité sanitaire, en cellules individuelles les personnes détenues diagnostiquées comme cas possible ou confirmé² d'infection par le SARS-CoV-2. Le cas échéant, en cas d'impossibilité de cellules individuelles, d'identifier des cellules dédiées aux patients détenus Covid-19 avec mise en place des modalités suivantes :

- Des cellules regroupées sont identifiées et doivent bénéficier d'un renouvellement régulier d'air naturel (ouverture régulière de la fenêtre). Les systèmes de ventilation participent du renouvellement d'air des cellules. Toutefois lorsque le système est équipé d'une centrale recyclant l'air, il convient de s'assurer que la fonction recyclage soit arrêtée pour que seul de l'air neuf soit introduit dans les cellules concernées. Cette mesure ne doit pas avoir de conséquence néfaste sur le niveau de température des cellules concernées comme de l'unité, du quartier ou de l'établissement.

Dans le cas où le chauffage des cellules se trouverait affecté par l'arrêt de la fonction recyclage, il conviendrait d'apprécier en lien avec les personnes en charge de la maintenance et les services de la DISP les mesures compensatoires à prendre : modification de l'installation ou isolement des cellules concernées en neutralisant le renouvellement d'air mécanique et installation d'un chauffage d'appoint ou fourniture de couvertures supplémentaires.

- L'installation des personnes si elles sont plusieurs dans une même cellule se fait de la façon suivante :
 - Au moins un mètre entre chaque lit ;
 - Alternance tête/pieds ;
 - Des sanitaires dédiés se trouvent à proximité et ne sont pas partagés avec les autres personnes détenues.
- L'isolement des personnes identifiées comme cas COVID-19 (confirmées par test de dépistage ou confirmées médicalement sur tableau clinique) doit s'organiser séparément de l'isolement des personnes contacts et des personnes symptomatiques en attente d'un test ou d'un résultat de test. Des masques chirurgicaux en quantité suffisante doivent être proposés à ces deux dernières catégories de personnes pendant la durée de leur isolement.

2.3. Il est attendu de l'administration pénitentiaire et de l'USMP :

- La direction de l'établissement pénitentiaire et le médecin chef de service de l'USMP se concertent pour actualiser leur protocole de prise en charge local formalisé ou, à défaut, leur processus commun garantissant une bonne articulation entre les deux

² Définition de Santé publique France d'un cas confirmé : « Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par RT-PCR ou par sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage »



champs et les adapter aux différents scénarii possibles (procédure de mise en contact avec l'USMP en cas de symptôme suspect ; choix du lieu/quartier de regroupement des cellules dédiées qui réponde au mieux aux exigences d'adaptation logistique nécessaires au bon fonctionnement des prises en charge, y compris quant à la proximité de l'USMP, favoriser une organisation des mouvements vers l'unité sanitaire de façon à ce que la gestion des flux permette une occupation minimale des salles d'attente, procédures de nettoyage des salles d'attente, circuits au sein de l'unité sanitaire si incidences sur l'organisation de la détention, organisation des extractions médicales).

- L'inscription du contexte épidémique dans la durée et l'importance de la modification de comportements qu'elle implique dans la vie quotidienne nécessitent une réponse coordonnée dans une démarche de prévention/promotion de la santé en direction de tous les acteurs de la vie pénitentiaire (professionnels sanitaires et pénitentiaires, personnes détenues, intervenants autres). Cette réponse doit être construite en concertation avec et par tous ces acteurs.
- En cas de circulation du virus au sein de l'établissement pénitentiaire, la direction de l'établissement et l'USMP s'accordent sur la façon de communiquer auprès des personnes détenues et des professionnels.

3. ACTIONS INCOMBANT AUX AUTRES ACTEURS POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES, HORS DE L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Les critères médicaux d'hospitalisation des patients détenus Covid-19 sont identiques à ceux appliqués à la population générale :

- Le centre 15 régule les hospitalisations urgentes de personnes détenues dans le cadre des conventions existantes ;
- Les hospitalisations en UHSI des malades ne relevant pas de la réanimation peuvent être envisagées afin de réduire la mobilisation des FSI pour des gardes statiques. Toutefois, en raison de données architecturales concernant la circulation de l'air ou en raison des prises en charge déjà en cours de patients à risque, car immunodéprimés notamment ou du fait de la reprise d'activité de soins, certaines UHSI ne seront pas en mesure d'accueillir ces patients. En Ile-de-France, et pour les établissements du ressort de l'UHSI de Paris, c'est l'EPSNF, et non l'UHSI de Paris, qui pourra accueillir ces patients. Pour le cas où le recours aux UHSI n'est pas pertinent, ou si la capacité des UHSI était saturée (du fait de l'accueil de patients Covid ou en raison de la remontée en charge des activités de soins classiques), des solutions alternatives doivent être réfléchies entre l'ARS et la DISP et les acteurs locaux (établissement pénitentiaire et établissements de santé ; préfectures, etc.).



- Pour tous les patients atteints de formes relevant d'une hospitalisation, une demande de suspension de peine ou de libération conditionnelle pour raison médicale pourra être demandée au cas par cas. Si l'état de santé du patient est durablement incompatible avec la détention, il pourra être fait usage de cette mesure selon la procédure d'urgence pour les demandes de suspension de peine (cf. Guide méthodologique « suspensions de peine pour raison médicale » <http://www.justice.gouv.fr/bo/2018/20180831/JUSK1821900J.pdf>).
- S'agissant des hospitalisations complètes en psychiatrie, celles-ci peuvent être réalisées en UHSA et en établissements de santé autorisés à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie. Dans chacun de ces établissements, la prise en charge des patients covid-19 doit pouvoir être organisée en garantissant la sécurité des patients et des soignants et en lien avec un établissement de santé autorisé en MCO permettant un transfert rapide en cas de dégradation de l'état de santé somatique.

L'ensemble des mesures relatives au respect des mesures barrière et de la distanciation physique s'applique également au sein des locaux des SMPR, UHSA/ UHSI et chambres sécurisées notamment pour les visites aux patients.

4. CONDUITE À TENIR LORS DE L'APPARITION DE SYMPTOMES EVOQUEURS DE COVID 19

4.1. Pendant les heures d'ouverture de l'USMP :

Selon le protocole établi localement, une consultation du patient détenu est organisée avec l'USMP et la remise d'un masque chirurgical, fourni par l'USMP, est organisée dès lors que la personne est symptomatique.

4.2. En dehors des heures d'ouverture de l'USMP :

Si la personne détenue présente des symptômes évocateurs de la Covid 19, en dehors des heures d'ouverture de l'USMP, le personnel de surveillance contacte immédiatement le Centre 15.

Jusqu'à consigne du Centre 15, la personne détenue se lave les mains, met un masque chirurgical, fourni par l'administration pénitentiaire, et se relave les mains. Elle reste dans sa cellule (ou est conduite dans la pièce désignée à cet effet).

Si l'échange avec le centre 15 écarte l'hypothèse d'une gravité ou d'un facteur de risque justifiant une hospitalisation immédiate, la personne est isolée dans une cellule individuelle et sera vue par l'USMP dès que possible.



5. STRATÉGIE NATIONALE DE DEPISTAGE, TRAÇABILITÉ DES CONTACTS ET MESURES D'ISOLEMENT

La stratégie nationale de dépistage et le déploiement des tests antigéniques s'applique en milieu pénitentiaire conformément à l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié 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.

5.1. Les personnes symptomatiques

Il revient aux acteurs sanitaires locaux, en fonction notamment des recommandations en vigueur et de la situation de la personne détenue, de décider du test à réaliser (RT-PCR ou test antigénique, pour le cas où les symptômes seraient apparus dans un délai inférieur ou égal à 4 jours).

Quel que soit le type de tests, le prélèvement est réalisé en cellule ou à l'USMP.

Pour les personnes détenues testées par RT-PCR, le prélèvement est acheminé selon la procédure élaborée avec le laboratoire en charge de l'analyse. Dans l'attente du résultat, la personne est isolée dans une cellule ou pièce individuelle.

Pour une personne détenue symptomatique dont le test de détection antigénique est négatif, le médecin peut décider, sur la base de son évaluation clinique, de confirmer le résultat par un test RT-PCR, conformément aux recommandations de la HAS.

En outre, pour les personnes détenues symptomatiques de plus de 65 ans ou présentant au moins un facteur de risque de forme grave de la covid-19, la HAS recommande de réaliser un test RT-PCR de confirmation lorsque le résultat du test antigénique est négatif ou ininterprétable.

Quel que soit le type de test réalisé, si le résultat est négatif, le médecin peut décider de poursuivre la quarantaine et de considérer la personne détenue comme un cas suspect (notamment s'il s'agit d'une personne contact à risque ou d'un arrivant en période de quarantaine ou si le médecin suspecte la possibilité d'un « faux négatif » au regard du tableau clinique caractéristique).

Dès qu'un diagnostic d'infection Covid-19 ou qu'une suspicion d'infection est établi, il est impératif qu'une communication soit immédiatement établie entre le personnel de l'USMP et le chef de l'établissement pénitentiaire afin de mettre en œuvre les mesures adéquates. En fonction de son état clinique et de ses facteurs de risque, la personne diagnostiquée pour une infection par la Covid-19 peut, sur décision médicale :

- Soit rester dans l'établissement pénitentiaire et y être isolée dans une cellule individuelle, si possible dans un quartier ou un regroupement de cellules dédiées Covid-19. Plusieurs malades détenus infectés par la Covid-19 peuvent être codétenus dans une même cellule sous réserve d'une distance minimale d'un mètre entre leurs deux lits.



- Soit être orientée, après contact éventuel entre l'USMP et le centre 15, selon la situation épidémiologique du territoire, pour une hospitalisation, en UHSI (pour l'Île de France : l'EPSNF), ou en toute autre structure sanitaire adaptée, notamment les unités Covid des CH et CHU, et déterminée conjointement par l'ARS en lien avec la DISP et les acteurs locaux ;
- Soit être orientée, après contact entre l'USMP et le centre 15, directement en réanimation par le SAMU si l'état clinique le nécessite.

5.2. Les cas contacts à risque

Le plus rapidement possible, une évaluation des contacts à risque du cas confirmé au sein de la structure est réalisée par l'USMP en lien avec l'administration pénitentiaire et l'ARS. L'ARS en lien avec Santé publique France, intervient dans le contact tracing pour le milieu pénitentiaire. Elle est en lien pour ce faire avec l'USMP et avec les plateformes de l'Assurance maladie.

L'ARS peut déclencher des campagnes de dépistage ciblées.

L'ensemble des personnes détenues contacts à risque est placé en quarantaine dans un secteur identifié à cet effet (isolement pendant 7 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé).

Les personnes codétenues du cas positif sont testées immédiatement par test RT-PCR ou test antigénique conformément à la doctrine.

Les autres personnes détenues considérées comme des cas contact à risque sont testées sans délai si elles deviennent symptomatiques. Si elles restent asymptomatiques, elles sont testées à J7 du dernier contact avec le cas confirmé.

5.3. Les dépistages collectifs

Les tests antigéniques peuvent être utilisés lors d'opérations de dépistage collectif, organisées notamment par l'employeur ou une collectivité publique au sein de populations ciblées en cas de suspicion de cluster ou de cluster avéré, ou de circulation particulièrement active du virus. Ces opérations de dépistage collectif doivent faire l'objet d'une déclaration auprès du représentant de l'Etat dans le département, conformément à l'article 26-1 de l'arrêté du 10 juillet modifié.

La décision de dépistage collectif des personnes détenues relève de la compétence des autorités sanitaires, dans le cadre de la doctrine sanitaire en vigueur, en lien avec la préfecture en fonction de la situation du territoire.



Par ailleurs, il peut être décidé par les autorités compétentes d'intensifier les campagnes de dépistage, notamment des dépistages préventifs.

Si dans le cadre de la doctrine applicable au territoire, un dépistage par RT PCR ou par test antigénique est décidé pour l'ensemble des personnels ou des personnes détenues de l'établissement, l'organisation du dépistage et la prise en charge des tests se feront conformément à cette doctrine.

Dans le cadre d'une suspicion de cluster ou de cluster avéré, l'Agence Régionale de Santé doit être immédiatement prévenue. Le délai d'intervention est un facteur clé pour la réussite du contrôle épidémiologique d'un cluster. Le dépistage collectif doit être initié dans les meilleurs délais lorsque des capacités de test sont disponibles afin de permettre un isolement précoce des cas et une prise en charge adéquate des contacts.

L'annexe III apporte des précisions sur la doctrine générale d'utilisation des tests virologiques COVID-19 en détention.

6. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES MALADES DE LA COVID-19

6.1. Il est attendu de l'USMP :

- De se référer aux recommandations nationales pour les établissements de santé en ce qui concerne la gestion des cas confirmés ;
- De prendre en charge au sein de l'établissement pénitentiaire le patient atteint de Covid-19 sans critère de gravité (sous réserve d'une autre organisation arrêtée localement en considération du scénario en cours) : le suivi sanitaire comprend un passage infirmier quotidien et une évaluation médicale en tant que de besoin et au 8^{ème} jour, après la survenue des symptômes ; les patients sont examinés dans les cellules dédiées, porteurs d'un masque chirurgical fourni par l'USMP en présence du soignant lui-même également porteur d'un masque adapté à la situation (chirurgical ou FFP2).
- De suivre l'évolution de l'état de santé des personnes détenues qui ont partagé la même cellule qu'un malade avant le déplacement de celui-ci en cellule dédiée (personnes contact à risque).
- D'informer la direction de l'établissement pénitentiaire de la fin de l'isolement qui intervient 7 jours pleins (9 jours pour les personnes immunodéprimées) à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 7^{ème} jour (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après la disparition de la fièvre). Pour les cas confirmés asymptomatiques, l'isolement est compté à partir du prélèvement positif pour une durée de 7 jours pleins (et non plus 10 jours). En cas de survenue de symptômes



évoqueurs de Covid-19, la période d'isolement devra être rallongée de 7 jours à partir de la date d'apparition des symptômes.

- La fin de la période d'isolement des cas symptomatiques et asymptomatiques doit s'accompagner du port rigoureux du masque chirurgical et du strict respect des mesures barrières et de la distanciation physique durant les 7 jours suivant la levée de l'isolement.

6.2. Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- D'organiser au mieux la détention dans les cellules ou le quartier dédiés aux personnes malades de la Covid-19 : dans la mesure du possible, malgré la nécessité de maintenir ces personnes séparées des autres personnes détenues pendant la durée de l'isolement, il convient de leur permettre d'accéder aux promenades (dédiées aux personnes détenues malades Covid-19), en autorisant les déplacements avec port d'un masque chirurgical ;

- D'être attentif à toute demande des personnes détenues malades de la Covid-19 qui pourrait être en rapport avec une aggravation de leur état clinique et d'en informer l'USMP sans délai ; en dehors des heures d'ouverture de l'USMP, notamment la nuit, l'accès de la personne détenue au 15 doit être assuré sans délai ;

- De coopérer avec les acteurs sanitaires pour limiter la propagation et de respecter les gestes barrière ;

- De veiller au nettoyage des locaux occupés par des personnes COVID-19 et du linge utilisé et à l'élimination des déchets susceptibles d'être contaminés par le SARS-CoV2 (cf. fiche à destination de gestionnaires de structures non hospitalières des patients covid-19 ENTRETIEN, GESTION DU LINGE, ELIMINATION DES DECHETS, du 17 mars 2020).

7. DANS CE CONTEXTE DE POURSUITE DE L'ÉPIDÉMIE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE :

7.1. Il est attendu du personnel de l'USMP :

- De se reporter aux consignes générales nationales applicables aux professionnels de santé³, notamment en ce qui concerne la réalisation de tests RT-PCR avant la reprise de travail ;
- De délivrer, lors de toute consultation (notamment lors de la visite arrivant) à la personne détenue les informations relatives aux mesures barrières et aux symptômes qui impliquent d'alerter l'unité médicale ;
- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de cellule en cas de consultation en cellule ;

³ Références :

- Avis du HCSP 23/05 relatif à la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en ES/ESMS
- DGS-urgent du 20/08 Recommandation d'un test RT-PCR chez les professionnels de santé (Disponible sur <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do?id=31000&cmd=visualiserMessage>)



- D'expliquer aux personnes détenues les gestes barrières et les consignes à respecter en cas de port du masque et notamment d'indiquer aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 les conséquences possibles du non-respect de ces mesures ;
- D'échanger, le cas échéant, avec l'unité médicale ayant pris en charge le patient avant son arrivée à l'établissement pénitentiaire (USMP de l'établissement pénitentiaire d'origine ou l'unité médicale du centre de rétention administrative d'origine).

7.2. Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- De fournir aux personnes détenues des produits d'hygiène pour un lavage régulier des mains ;
- De fournir aux personnes détenues des masques pour les situations prévues par la doctrine ;
- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de cellule.

En cas de survenue de sensation de fièvre ou de symptômes en dehors du passage du personnel de l'USMP, les personnes détenues doivent pouvoir alerter le personnel pénitentiaire à tout moment.

8. ACTIVITES DE SOINS HORS COVID

Il convient de maintenir, autant que possible, les activités de soins somatiques, psychiatriques et addictologiques pour minimiser toute perte de chance pour les patients.

L'équipe de l'USMP est invitée à :

- Organiser l'espace, les locaux et la circulation au sein de l'unité pour limiter les rassemblements (circulation dans les locaux, salles d'attente, organisation des convocations, etc.). L'organisation retenue évite dans la mesure du possible tout contact rapproché entre les personnes et doit être communiquée à la direction de l'établissement pénitentiaire ;
- Mettre en place des organisations permettant d'assurer les soins :
 - Dans le strict respect des gestes barrières ;
 - En fonction d'une analyse bénéfice-risque au cas par cas ;
 - Priorisant les situations les plus à risque ;
 - En accordant une attention particulière à la gestion des ressources humaines nécessaires à cette réorganisation et adaptant au besoin les plannings des équipes soignantes ;
 - En favorisant le recours à la télémedecine.



- Les activités thérapeutiques de groupe (éducation thérapeutique du patient, prévention et promotion de la santé, psychiatrie et addictologie) doivent se dérouler par petit groupe : privilégier un nombre réduit de personnes (personnels /intervenants inclus) avec distanciation physique d'au moins 1 mètre et port de masques dans des salles adaptées le cas échéant ;

Dans le cadre des situations 3, 4 et 5, ces activités groupales peuvent être suspendues.

- Informer régulièrement les personnes détenues des conditions de prise en charge sanitaire, pour réduire l'anxiété et pour éviter tout sentiment d'abandon ou de ne pas être pris en compte de leurs besoins ;
- Une attention particulière doit être portée aux prises en charge individuelles en addictologie et à l'accès aux traitements de substitution.

Un soutien aux personnes souhaitant s'inscrire dans la poursuite de l'arrêt de consommations doit être organisé. Il convient de favoriser la réduction des risques et des dommages et l'accès à la Naloxone pour les usagers d'opiacés.

Dans le cadre des situations 3, 4 et 5, l'intervention des CSAPA en détention est organisée au regard du rapport bénéfice – risque de la situation clinique de chaque personne prise en charge.

- Pour chaque personne détenue non atteinte par la COVID 19, l'indication d'une hospitalisation à temps complet devra prendre en compte une analyse du risque/bénéfice pour le patient.

9. CONDUITE A TENIR LORS D'UNE SORTIE DE DETENTION :

9.1. Lorsqu'une personne détenue est libérée :

Les recommandations suivantes s'appliquent : dès que cela est possible, la direction de l'établissement pénitentiaire informe l'USMP afin de faire en sorte que cette sortie ne provoque pas de rupture dans le parcours de soins en mettant tout en œuvre pour qu'une consultation sortant soit anticipée et que soient remises à la personne libérée les prescriptions médicamenteuses et les attestations de droits sociaux ainsi qu'un masque (remis par l'administration pénitentiaire).

9.2. Si la libération de la personne détenue intervient alors qu'elle est en cours de maladie Covid-19 ou qu'elle est une personne contact à risque :

L'USMP la rencontre dans le cadre d'une consultation sortant afin de lui transmettre toutes les recommandations nécessaires et prévient, le cas échéant, la cellule de suivi dédiée de l'hôpital de référence pour la suite de la prise en charge Covid-19 et le médecin traitant, ainsi que l'ARS pour le contact tracing du lieu d'hébergement à sa sortie.



Il est alors recommandé à la personne de :

- Rester confinée à son domicile ou dans un des lieux dédiés pour les cas où l'isolement à domicile n'est pas possible ;
- Se laver régulièrement les mains ;
- Éviter de serrer les mains ou d'embrasser pour dire bonjour ;

En vue de sa sortie, l'USMP lui remet un masque chirurgical, ainsi qu'une ordonnance pour les masques à récupérer en pharmacie de ville et, le cas échéant, la fiche établie par Santé publique France « je suis atteint par le coronavirus et je dois rester chez moi jusqu'à ma guérison ».

L'USMP lui indique également qu'en cas d'aggravation des symptômes elle doit contacter rapidement son médecin traitant ou le SAMU-Centre 15 en signalant qu'elle a été diagnostiquée pour une infection Covid-19 et ne pas se rendre directement chez le médecin ni aux urgences de l'hôpital et, si besoin, se mettre en rapport avec la cellule suivi COVID-19 du CH(U) de référence.

Si la personne libérée ne dispose pas d'un hébergement, une orientation vers un centre d'hébergement spécialisé COVID-19 peut être envisagée. Cette orientation se fait uniquement sur avis médical, avec le consentement de la personne concernée. La régulation des places disponibles dans les centres d'hébergement COVID 19 est organisée localement en lien avec la préfecture.

10. LIENS UTILES

- Santé publique France (définition des cas, zones à risques, conduite à tenir pour les contacts) <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveaucoronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>
- Haut Conseil de Santé Publique : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapports>
- Pour toute question non médicale : Plateforme numéro vert : 0800 130 000 (en français – ouvert 7j/7 de 9h à 19h, appel gratuit)
- Questions-réponses en ligne <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>



ANNEXE I

Personnes à risques de forme grave du COVID-19

Le HCSP dresse la liste suivante des facteurs de risques : (avis du HCSP du 29 octobre 2020)

- 65 ans et plus
- antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications D5 rénales et vasculo-cérébrales*), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV*
- diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications*
- pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment)
- insuffisance rénale chronique dialysée (+ greffe de rein)
- cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)
- immunodépression congénitale, acquise ou médicamenteuse
- syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie
- cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh
- maladies du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémiplégié, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse progressive ;
- obésité morbide (indice de masse corporelle > 30 kg/m²)
- femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse.
- femmes enceintes avec comorbidité(s), quel que soit le terme de la grossesse ;

Cette liste est complétée par les données récentes précisant une gradation du risque. La liste figurant ci-dessous inclut toutes les situations comportant un sur-risque significatif identifié (HR > 1)

- Situations ou pathologies avec sur-risque significatif (HR > 1 et ≤ 3) :
 - âge de 60 à 69 ans ;
 - sexe masculin ;
 - obésité (IMC ≥ 35 kg/m²) ;
 - déprivation matérielle ;
 - plusieurs comorbidités ;
 - diabète avec HbA1c ≥ 58 mmol mol⁻¹ ;
 - pathologies entraînant une immunodépression ;
 - cancer des voies respiratoires ou autres cancers solides de diagnostic datant de moins de 5 ans ;
 - hémopathies malignes y compris si le diagnostic date de plus de 5 ans ;



- chimiothérapie grade A ;
 - radiothérapie dans les 6 mois précédents ;
 - insuffisance rénale stade 3 à 5 (risque plus élevé si stade plus élevé) ;
 - maladies neurologiques autres qu'AVC dont épilepsie ;
 - BPCO, Hypertension artérielle pulmonaire, asthme nécessitant la prise de corticoïdes inhalés ;
 - insuffisance cardiaque, artériopathies périphériques, fibrillation auriculaire ;
 - maladie thrombo-embolique ;
 - fracture ostéoporotique (hanche, rachis, poignet, humérus) ;
 - troubles de l'apprentissage ;
 - cirrhose du foie (sans définition de stade) ;
 - polyarthrite rhumatoïde, lupus systémique, psoriasis.
 - Situations ou pathologies avec sur-risque significatif élevé (HR >3 et ≤ 5) :
 - diabète de type 1 ;
 - drépanocytose ;
 - déficit immunitaire combiné sévère ;
 - insuffisance rénale stade 5 avec dialyse.
 - Situations ou pathologies avec sur-risque significatif très élevé (HR > 5)
 - âge ≥ 70 ans ;
 - syndrome de Down (trisomie 21) ;
 - greffe de cellules souches ;
 - chimiothérapie grade B et C ;
 - insuffisance rénale stade 5, ou greffée ;
 - syndromes démentiels ;
 - paralysie cérébrale.
 - Cas particulier des maladies rares
 - Par principe de précaution, les maladies rares, pouvant exposer les patients à une forme grave de Covid-19 doivent être également considérées comme des facteurs de risque, bien que n'ayant pas été évaluées, du fait d'un lien potentiel avec les pathologies citées ci-dessus.
- Enfin, les multiples associations possibles de ces comorbidités, ou entre comorbidités et terrain génétique, peuvent entraîner un risque de forme grave élevé, voire supérieur, à celles des comorbidités isolées les plus à risque.



ANNEXE II

Signes cliniques évocateurs de la COVID-19

A titre liminaire et pour mémoire, les signes évocateurs de la COVID-19 ont été précisés dans l'avis du 20 avril 2020 du HCSP.

Ainsi, le HCSP recommande de considérer qu'en dehors des signes infectieux (fièvre, frissons) et des signes classiques des infections respiratoires, les manifestations cliniques suivantes, de survenue brutale, constituent des éléments d'orientation diagnostique du COVID 19 dans le contexte épidémique actuel :

- en population générale : asthénie inexplicée ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée. aguesie ou dysgueusie ;
- chez les personnes de plus de 80 ans, altération de l'état général : chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs graves ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure (cf. avis HCSP du 20 avril 2020) ;
- chez les enfants : tous les signes suscités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.

Les symptômes de la maladie peuvent apparaître jusqu'à 7 jours après un contact avec une personne malade.



ANNEXE III

Doctrine d'utilisation des tests virologiques COVID-19 en détention

1. RAPPEL DE LA DOCTRINE GENERALE D'UTILISATION

Il est essentiel que la capacité de dépistage puisse être pleinement mobilisée au bénéfice des personnes symptomatiques, des personnes contacts, et des personnes définies à risque pour rompre aussi rapidement que possible les chaînes de transmission.

Cela suppose de ne pas préempter la capacité de diagnostic au bénéfice de dépistages systématiques hors doctrine, dont le bénéfice sanitaire n'est pas établi (dépistages systématiques en entreprise ou en collectivités).

L'objet de la présente annexe est de rappeler la doctrine d'utilisation des tests en fonction de la population visée (personnes détenues et professionnels exerçant en prison).

Textes de référence : Circulaire interministérielle santé/intérieure du 6 mai 2020 (partiellement) / l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

2. APPLICATION EN ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

2.1. Dépistage individuel

Les dépistages individuels sont réalisés notamment dans les cas suivants :

- pour toute personne symptomatique (test le plus rapidement possible) ;
- pour toute personne détenue arrivant de liberté (test à J7) ;
- pour toute personne contact à risque (notamment les personnes partageant la même cellule à J et à J7 ou les mêmes activités qu'une personne détenue dépistée positive) ;
- pour toute personne détenue arrivant de transfert en provenance d'une structure hospitalière signalée comme cluster) test à J7;
- à la demande de la personne détenue (il est alors recommandé au médecin de l'USMP de réaliser un entretien médical avant de donner une suite favorable à cette demande.).

Il revient aux acteurs sanitaires locaux, en fonction notamment des recommandations en vigueur et de la situation de la personne détenue (présence de symptômes ou non, notamment), de décider du test à réaliser (RT-PCR ou test antigénique) pour ce dépistage individuel.

Le prélèvement est réalisé en cellule ou dans les locaux de l'USMP.

Dans le cas de tests RT-PCR, le prélèvement est acheminé selon la procédure élaborée avec le laboratoire en charge de l'analyse. Dans l'attente du résultat, la personne est isolée dans une cellule ou pièce individuelle.



Le résultat de test RT-PCR ou antigénique fait l'objet d'un compte-rendu écrit et validé par le professionnel autorisé et remis à la personne.

Rappel : Les résultats des tests doivent être saisis dans SI-DEP, qu'il s'agisse de tests RT-PCR ou de tests antigéniques.

En cas de résultat négatif : si le résultat est négatif, le médecin peut décider néanmoins de confirmer le résultat par un test RT-PCR lorsque le premier test réalisé était un test antigénique, de poursuivre la quarantaine et de considérer la personne détenue comme un cas suspect (s'il s'agit d'une personne contact à risque ou d'un arrivant en période de quarantaine ou si le médecin suspecte la possibilité d'un « faux négatif » au regard du tableau clinique caractéristique).

En cas de résultat positif : les conséquences d'un diagnostic positif, en termes d'isolement et d'identification des personnes contacts à risque, sont les suivantes :

- **Pour les personnes détenues** : les conditions d'isolement dès l'apparition de symptômes et de prélèvement par l'USMP sont définies dans la présente fiche.
- **Si les symptômes apparaissent chez une personne détenue** : elle doit être isolée et testée par un test RT-PCR ou antigénique (pour le cas où les symptômes seraient apparus dans un délai inférieur ou égal à 4 jours) sans délai. Si le diagnostic est confirmé, sa prise en charge, en détention où il fait l'objet d'un isolement strict ou en milieu hospitalier, est organisée selon les procédures décrites dans la présente fiche.
- Si un premier cas est confirmé parmi les personnes détenues, les personnels et les personnes détenues contacts à risque non symptomatiques de l'établissement bénéficient d'un test par RT-PCR ou test antigénique à J7 du dernier contact. Les personnes co-détenues, considérées comme des cas contacts proches, et les contacts à risque symptomatiques, bénéficient d'un test immédiatement (J0), selon les recommandations en vigueur.
- Pour les personnes ayant été en contact à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire avec une personne détenue, présentant des symptômes évocateurs (famille lors d'une permission de sortir par exemple) : une procédure de contact tracing doit être organisée au sein de l'établissement pénitentiaire comme suit :
 - Recueil de l'identité de ces personnes par l'USMP de préférence (lors du diagnostic ou de la remise de résultat) ;
 - Transmission de ces informations à l'ARS ;
 - Fin du contact tracing organisé par l'ARS avec la CPAM.
- **Pour tous les professionnels intervenant en détention, notamment les surveillants** : En pratique, l'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs de la Covid-19 puisse bénéficier d'un test immédiatement.



Si les symptômes évocateurs de la COVID-19 apparaissent chez un professionnel, il doit être isolé et testé dès que possible. Le personnel pénitentiaire doit être adressé à son médecin traitant en priorité. Le professionnel de santé symptomatique bénéficie de la plateforme des tests réservée aux soignants, en lien avec le CH de rattachement.

Si un premier cas est confirmé parmi ces personnels, les personnels contact à risque de l'établissement ainsi que les personnes contacts à risque bénéficient d'un test à J7 du dernier contact ou immédiatement s'ils sont symptomatiques.

Sauf dispositif de médecine de prévention dédié au sein de l'établissement, les tests peuvent être réalisées directement dans un site de prélèvement COVID 19, sans prescription médicale pour ce qui concerne les tests RT-PCR ou dans d'autres lieux (cabinets médicaux, pharmacie etc.) s'agissant des tests antigéniques.

Dans tous les cas, la consultation d'un médecin de ville reste nécessaire pour la prise en charge de la personne, dès lors que le résultat du test est positif : prescription de masques chirurgicaux, encadrement de la mesure d'isolement dont arrêt de travail le cas échéant, identification a minima des personnes contacts du foyer et délivrance des conduites à tenir.

A ce titre, **le médecin traitant assure également l'évaluation de la situation du foyer du cas**, dans un objectif de limitation des transmissions du virus au sein du foyer.

- S'agissant d'un professionnel ou d'un intervenant extérieur intervenant en détention, un transfert de dossier de contact tracing du niveau 2 vers le niveau 3 intervient dès lors que le médecin a rempli l'outil contact covid.
- Le professionnel, ainsi pris en charge, est invité à informer la direction de l'établissement.

En cas de test positif (RT-PCR, RT-LAMP ou test antigénique) chez une personne ayant un antécédent d'infection documentée à SARS-CoV-2 de moins de 2 mois, considérée comme guérie et en dehors de la période d'isolement de l'épisode initial, il est recommandé de ne pas considérer le résultat comme une nouvelle infection. Le résultat positif ne doit pas conduire à un nouvel isolement de la personne ni à la réalisation d'un contact-tracing autour de celle-ci.

2.2. Dépistage des personnes contact à risque

Définition des personnes contact à risque :

En population générale, les contacts à risque sont d'abord ceux du foyer qui correspondent aux personnes vivant au même domicile que le cas.

Santé publique France a défini les cas et personnes contacts d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 (SpF - 16/11/2020) :

Une personne contact à risque est une personne :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ; |
|---|



- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

- séparation physique isolant la personne-contact du cas confirmé en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®);
- masque chirurgical ou FFP2 ou grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 1 ou masque grand public en tissu réutilisable possédant une fenêtre transparente homologué par la Direction générale de l'armement, porté par le cas ou le contact
- masque grand public en tissu fabriqué selon la norme AFNOR SPEC S76-001 de catégorie 2, ou pour lequel la catégorie AFNOR n'est pas connue, porté par le cas et le contact;

Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces : une plaque de plexiglas posée sur un comptoir ; les masques en tissu « maison » ne répondant pas aux normes AFNOR SPEC S76-001 ainsi que les visières en plastique transparent portées seules (pour plus d'information sur la protection conférée par les différents types de masques, voir l'avis du HCSP).

Par ailleurs, sont considérés comme contact à risque négligeable :

- Toutes les autres situations de contact ;
- Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP), test antigénique ou sérologie datant de moins de 2 mois (Il s'agit du délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour. Il pourra évoluer en fonction des informations disponibles.).

En détention, il s'agit en priorité des personnes codétenues qui partagent la même cellule que le patient.

Les autres contacts à risque sont notamment :

- Les personnes détenues partageant le créneau des douches ;
- Les personnes détenues partageant le créneau des promenades ou autres activités ;
- Les personnes détenues ayant partagé la salle d'attente au sein de l'USMP ;
- Les auxiliaires qui interviennent dans le quartier de la personne détenue confirmée ou probable cas positif.



Concernant les personnes contacts à **risque**, il convient de les dépister :

- **Dès que possible**, si la personne (personne détenue, professionnel ou intervenant extérieur) est symptomatique ;
- **Dès que possible**, si la personne est considérée comme un contact à risque proche compte tenu de sa proximité **régulière** avec le cas (notamment pour les personnes détenues partageant la même cellule que le cas, que le cas soit symptomatique ou non).
- **Après une période de 7 jours après le dernier contact à risque avec le cas.**
Une RT-PCR négative à J7 conduit à lever la quarantaine, sous réserve du port du masque chirurgical (fourni par la DAP) et du strict respect des autres gestes barrières dans la semaine qui suit.

En pratique, une personne codétenue d'un cas sera donc testée deux fois : à J0 et à J7 du dernier contact avec son codétenu.

L'ensemble des personnes détenues contacts à risque est placé en quarantaine dans un secteur identifié à cet effet (isolement pendant 7 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé). Les personnes codétenues du cas positif sont testées immédiatement conformément à la doctrine.

2.3 Stratégie collective de dépistage au sein des établissements pénitentiaires

Les tests antigéniques peuvent être utilisés lors d'opérations de dépistage collectif organisées notamment par l'employeur ou une collectivité publique au sein de populations ciblées en cas de suspicion de cluster ou de cluster avéré, ou de circulation particulièrement active du virus. Ces opérations de dépistage collectif doivent faire l'objet d'une déclaration auprès du représentant de l'Etat dans le département, conformément à l'article 26-1 de l'arrêté du 10 juillet modifié.

La décision de dépistage collectif des personnes détenues relève de la compétence des autorités sanitaires, dans le cadre de la doctrine sanitaire en vigueur, en lien avec la préfecture en fonction de la situation du territoire.

Par ailleurs, il peut être décidé par les autorités compétentes d'intensifier les campagnes de dépistage, notamment des dépistages préventifs.

Si dans le cadre de la doctrine applicable au territoire, un dépistage par RT PCR ou par test antigénique est décidé pour l'ensemble des personnels ou des personnes détenues de l'établissement, l'organisation du dépistage et la prise en charge des tests se feront conformément à cette doctrine.



Dans le cadre d'une suspicion de cluster ou de cluster avéré, l'Agence Régionale de Santé doit être immédiatement prévenue. Le délai d'intervention est un facteur clé pour la réussite du contrôle épidémiologique d'un cluster. Le dépistage collectif doit être initié dans les meilleurs délais lorsque des capacités de test sont disponibles afin de permettre un isolement précoce des cas et une prise en charge adéquate des contacts.

Situations dans lesquelles le recours au test antigénique n'est pas recommandé :

- Les personnes asymptomatiques qui ne sont pas personnes contacts, qu'elles aient été détectées isolément ou au sein d'un cluster, sauf lorsqu'un professionnel de santé l'estime nécessaire ;
- Les personnes symptomatiques depuis plus de 4 jours.

Les tests RT-PCR peuvent également être envisagés et mobiliser des équipes mobiles. Le laboratoire qui prend en charge la campagne de dépistage a la responsabilité, en lien avec l'ARS, d'organiser la logistique autour des équipes de prélèvement, du transport des échantillons et de leur analyse. L'administration pénitentiaire facilite l'intervention de ces équipes en détention.

Contact-tracing autour des cas identifiés dans le cadre de ces campagnes :

L'ARS est en appui pour identifier le périmètre du contact—tracing et proposer des mesures de prévention, en lien avec le préfet.

Les professionnels de santé des USMP doivent initier le contact tracing pour les personnes détenues cas positifs, en lien avec l'ARS. Pour ce faire, ils pourront enregistrer le dossier du patient dans la base « Contact Covid » et y noter, avec l'accord du patient, les coordonnées des personnes de son entourage qui ont été en contact rapproché avec lui jusqu'à 2 jours avant le début des signes de la maladie. L'accès au téléservice « Contact Covid » est d'ores et déjà possible pour les professionnels de santé libéraux qui participeraient à une telle opération. Pour les professionnels de santé des USMP, cet accès sera possible prochainement, ils peuvent d'ores et déjà établir la liste des contacts à risque et les transmettre de manière sécurisée à l'ARS ou la CPAM.

Au-delà de la stratégie relative au dépistage des personnes contacts à risque (Cf.supra), l'ARS peut décider, pour mieux caractériser l'extension de l'épidémie et éclairer les nécessaires réorganisations internes dans l'établissement (en particulier, la constitution de secteurs dédiés aux personnes détenues positives au COVID-19, afin à la fois de protéger les autres personnes détenues et de permettre, le cas échéant, d'assouplir leur isolement au regard des conséquences psychologiques ou physiques potentiellement fortes), de mettre en place une stratégie de dépistage plus large, qui peut, le cas échéant, couvrir l'ensemble de l'établissement pénitentiaire.

Une attention particulière sera portée aux personnes à risque de formes graves de COVID et un confinement peut être mis en place pour les personnes détenues, après avis de l'USMP en lien avec l'ARS, le cas échéant.



Enfin, les établissements pénitentiaires sont des lieux susceptibles de constituer des clusters, c'est pourquoi les ARS peuvent également organiser, en se conformant à la doctrine en vigueur, des **dépistages à titre préventif** en mobilisant les capacités de prélèvement et d'analyse disponibles dans leur territoire.

La politique de priorisation des dépistages mise en place au niveau national (identification des publics prioritaires pour la réalisation des tests RT-PCR et obtention des résultats dans un délai de 24 heures), s'applique pleinement en milieu pénitentiaire.

2.4 Dépistage des patients en milieu hospitalier (UHSI, UHSA, EPSNF, CH de rattachement)

La décision de la réalisation lors d'une admission en établissement de santé d'une RT-PCR ou d'un test antigénique pour le dépistage de la COVID-19, que celui-ci soit systématique ou orienté par le contexte clinique et épidémiologique, relève du protocole en vigueur dans cet établissement. Ce dépistage est réalisé en plus de ceux prévus dans la présente fiche en fonction de la situation de la personne détenue, notamment s'il s'agit d'un détenu arrivant.

2.5. Mesures de prévention préalables et concomitantes à l'entrée dans les établissements de détention

L'entrée d'une nouvelle personne détenue doit s'accompagner d'une quarantaine obligatoire dans l'attente du résultat réalisé à J7 de l'entrée qui permet, en cas de résultat négatif, de lever la quarantaine (dès lors qu'il y a port du masque grand public (fourni par la DAP) jusqu'à J14 et strict respect des autres gestes barrières). La surveillance sanitaire se poursuit jusqu'à J14.

Ces mesures s'appliquent également à toute personne détenue réintégrant la détention après un séjour en unité hospitalière signalée comme cluster.

Les personnes détenues qui ont quitté temporairement l'établissement pénitentiaire (extraction médicale ou judiciaire, hospitalisation dans une unité non cluster) ne doivent pas être soumises à un nouveau confinement pour des raisons sanitaires lors de leur retour en détention, dès lors que le port du masque et le respect des autres mesures barrières ont été assurés durant le passage en milieu libre.

Ces mesures de prévention peuvent toutefois s'avérer nécessaires lorsqu'une personne détenue réintègre l'établissement pénitentiaire à la suite d'une permission de sortir ou réintègre la détention classique à l'issue d'un séjour en unité de vie familiale ou d'un parloir familial.

2.6. Etablissements et quartiers de semi-liberté

Les procédures pour les personnels et l'approche collective sont identiques à celles en œuvre dans les autres établissements pénitentiaires. Un effort particulier d'information de ces personnes doit être entrepris afin qu'elles connaissent la maladie et les moyens d'accès au dépistage, notamment s'agissant de la possibilité de faire réaliser un test RT-PCR ou un test antigénique.

Les personnes symptomatiques, détenues sous le régime de la semi-liberté, relèvent des pratiques de « droit commun » et non des USMP ou CH de rattachement.



Au regard du régime de la semi-liberté, l'isolement à titre préventif au retour de l'extérieur n'est pas préconisé dans la mesure où, comme pour toutes les autres personnes détenues, les personnes en semi-liberté portent un masque dès la sortie de cellule et pour tout mouvement.

2.7. Suivi des campagnes de dépistage

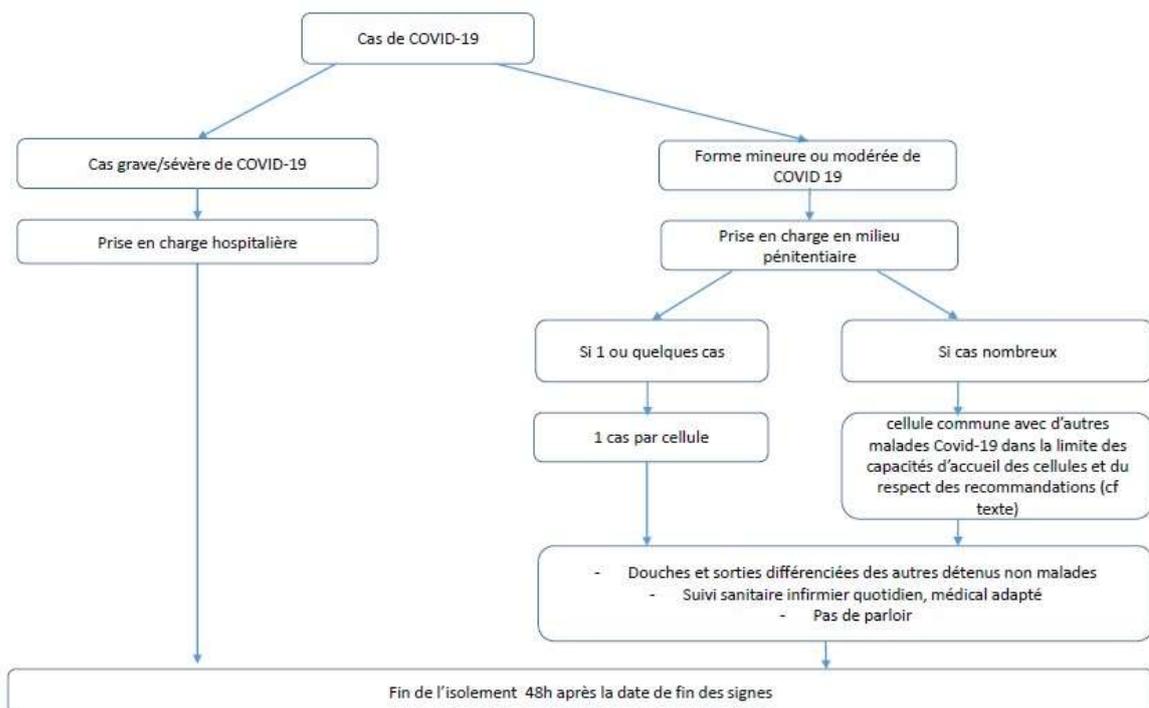
Le DG de l'ARS, le préfet et le DISP définissent ensemble les procédures de suivi des campagnes de dépistage afin de concilier :

- La nécessité pour l'ARS d'utiliser les outils de SI mis en place en évitant les doubles recueils.
- Le besoin de la DISP de connaître l'état actualisé quantitatif des dépistages réalisés pour les personnes détenues et les professionnels afin de gérer l'impact de la progression de l'épidémie au sein des établissements du ressort.



ANNEXE IV

Arbre décisionnel relatif aux modalités générales de prise en charge des cas suspects et confirmés de la COVID 19



Fin des signes = disparition de la fièvre



ANNEXE V

Recommandations sanitaires en vigueur sur l'isolement et l'utilisation des tests RT-PCR et antigéniques applicables aux différentes situations dans lesquelles les personnes détenues peuvent se trouver

NB : - Les tests antigéniques sont prioritairement réservés aux personnes symptomatiques.
- Un test antigénique « négatif » ne doit pas être interprété comme le signe d'une absence certaine de contamination.

Situation de la personne détenue	Isolement / quarantaine	Types de test		Commentaires
		RT-PCR	TAG	
PERSONNES SYMPTOMATIQUES				
Personne âgée de moins de 65 ans et ne présentant de facteur de risque tel que défini par le HCSP	<p>* Isolement préalable au test et jusqu'au résultat du test</p> <p>* Isolement après résultat du test :</p> <p>- si résultat négatif : isolement possible sur décision médicale. Le médecin peut décider de poursuivre la quarantaine et de considérer la personne détenue comme un cas suspect (notamment s'il s'agit d'une personne contact à risque ou d'un arrivant en période de quarantaine ou si le médecin suspecte la possibilité d'un « faux négatif » au regard du tableau clinique caractéristique).</p> <p>- si résultat positif : isolement</p> <p>La fin de l'isolement intervient 7 jours pleins à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 7^{ème} jour (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après la disparition de la fièvre).</p>	Possible	Possible	<p>Le choix du test relève de la décision du médecin de l'USMP en fonction de la situation de la personne et des recommandations sanitaires en vigueur (un test antigénique ne doit être utilisé que dans un délai inférieur ou égal à quatre jours après l'apparition des symptômes).</p> <p>En cas de résultat négatif par test antigénique, le médecin peut décider, sur la base de son évaluation clinique, de confirmer le résultat par un test RT-PCR.</p> <p>En cas de résultat positif par test antigénique, il n'est pas nécessaire de confirmer le résultat par un test RT-PCR.</p>



Situation de la personne détenue	Isolement / quarantaine	Types de test		Commentaires
		RT-PCR	TAG	
Personne âgée de 65 ans ou plus ou présentant au moins un facteur de risque tel que défini par le HCSP	<p>* Isolement préalable au test et jusqu'au résultat du test</p> <p>* Isolement après résultat du test :</p> <p>- si résultat négatif : isolement possible sur décision médicale. Le médecin peut décider de poursuivre la quarantaine et de considérer la personne détenue comme un cas suspect (notamment s'il s'agit d'une personne contact à risque ou d'un arrivant en période de quarantaine ou si le médecin suspecte la possibilité d'un « faux négatif » au regard du tableau clinique caractéristique).</p> <p>- si résultat positif : isolement.</p> <p>La fin de l'isolement intervient 7 jours pleins (9 jours pour les personnes immunodéprimées) à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 7^{ème} jour (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après la disparition de la fièvre).</p>	Possible	Possible	<p>Le choix du test relève de la décision du médecin de l'USMP en fonction de la situation de la personne et des recommandations sanitaires en vigueur (un test antigénique ne doit être utilisé que dans un délai inférieur ou égal à quatre jours après l'apparition des symptômes).</p> <p>En cas de résultat négatif par test antigénique, il est recommandé de confirmer le résultat par un test RT-PCR.</p> <p>En cas de résultat positif par test antigénique, il n'est pas nécessaire de confirmer le résultat par un test RT-PCR.</p>
PERSONNES ASYMPTOMATIQUES				
Nouvel arrivant en détention	Mise en quarantaine et levée de la mesure en fonction du résultat du test à J7 sous réserve du port du masque chirurgical (fourni par la DAP) et du strict respect des autres gestes barrières dans la semaine qui suit.	Possible	Possible	Le choix du test relève de la décision du médecin de l'USMP en fonction de la situation de la personne et des recommandations sanitaires en vigueur.



Situation de la personne détenue	Isolement / quarantaine	Types de test		Commentaires
		RT-PCR	TAG	
Retour de permission	Possibilité de mise en quarantaine et levée de la mesure en fonction du résultat du test à J7 sous réserve du port du masque chirurgical (fourni par la DAP) et du strict respect des autres gestes barrières dans la semaine qui suit.	Possible	Possible	Le choix du test relève de la décision du médecin de l'USMP en fonction de la situation de la personne et des recommandations sanitaires en vigueur. En cas de résultat négatif d'un test antigénique, le médecin peut décider, sur la base de son évaluation clinique, de confirmer le résultat par un test RT-PCR.
Réintégration de la détention en provenance d'une structure hospitalière signalée comme cluster	Mise en quarantaine et levée de la mesure en fonction du résultat du test à J7 sous réserve du port du masque chirurgical (fourni par la DAP) et du strict respect des autres gestes barrières dans la semaine qui suit.	A privilégier	possible	
Identifiée comme contact à risque	Isolement pendant 7 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé. Un test RT-PCR négatif à J7 conduit à lever la quarantaine, sous réserve du port du masque chirurgical (fourni par la DAP) et du strict respect des autres gestes barrières dans la semaine qui suit.	A privilégier	possible	
Détectée dans le cadre d'un cluster	Pas de mise en quarantaine préventive Isolement	A privilégier	possible	Dans ce cadre-là, il s'agit d'un dépistage collectif.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Coronavirus (COVID-19)

Situation de la personne détenue	Isolement / quarantaine	Types de test		Commentaires
		RT-PCR	TAG	
Intégrée dans un dépistage collectif (à titre préventif).	Pas de mise en quarantaine préventive Isolement en fonction du résultat du test	Possible	Possible	Le choix du test relève de la décision de l'ARS et, dans le cas où l'utilisation de tests antigéniques serait choisie, les tests sont réalisés après déclaration au représentant de l'Etat dans le département.



FICHE ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS APPLICABLES EN PHASE DE DÉCONFINEMENT À L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN ADDICTOLOGIE

La présente fiche vise à proposer des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant l'organisation des prises en charge en ambulatoire et en présentiel dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, dans le cadre du déconfinement prévu à partir du 11 mai 2020 et en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

Les activités de psychiatrie et d'addictologie ont dû s'adapter à l'épidémie de COVID-19 et aux mesures de confinement. Les patients présentant des pathologies psychiatriques et/ou des addictions constituant une population fragile, avec des comorbidités somatiques importantes et/ou en situation d'isolement psycho-social, il est demandé aux établissements dans la phase de déconfinement de concentrer leurs moyens sur les objectifs suivants :

- Former au respect des mesures visant à limiter la propagation du virus, et en particulier limiter au maximum les regroupements de patients en milieu hospitalier et donc privilégier les alternatives à l'hospitalisation.
- Recenser les publics qui ont été les plus mis en difficulté par la crise et le confinement pour leur apporter prioritairement des réponses en termes de soins psychiatriques, addictologiques, somatiques : patients connus des services de psychiatrie mais « perdus de vue » ou en situation de renonciation aux soins, patients en situation de décompensation nécessitant des prises en charge urgentes et intensives et nouveaux patients en situation de souffrance psychique du fait de l'impact du confinement.
- Prendre contact de manière proactive avec les structures médico-sociales et sociales partenaires afin d'articuler la reprise des activités conjointement avec ces structures dans deux objectifs prioritaires : proposer une offre de soutien psychologique aux équipes, en s'appuyant sur les psychologues hospitaliers ou libéraux ; retrouver rapidement des parcours fluides et éviter les ré-hospitalisations en psychiatrie de patients des structures médico-sociales et sociales.
- Maintenir et renforcer une offre de prise en charge pour les professionnels de santé fortement mobilisés par la gestion de la crise.

La mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs constituent des enjeux déterminants pour la réussite de cette reprise d'activité à la hauteur des besoins majeurs des populations. La démarche s'appuiera utilement sur les dynamiques de coopération mises en place dans le cadre des



PTSM et pourra, lorsque cela est possible, remobiliser les coordonnateurs et les groupes de travail des PTSM pour faciliter la mise en œuvre. Ceci permettra également d'intégrer dans les PTSM les organisations innovantes mises en place pendant la crise et les acteurs locaux (CD, CLS, CLSM, Centres de ressources autisme, associations, groupes d'entraide mutuelle, banques alimentaires...).

Il est attendu des acteurs une mobilisation autour des trois axes suivants.

1. Maintenir les dispositifs mis en place en psychiatrie pour faire face au COVID-19 et préserver une capacité de réponse rapide en cas de reprise de l'épidémie

- **Maintien des dispositifs axés sur les prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation décrits dans les fiches dédiées aux établissements autorisés en psychiatrie¹ et maintien des consignes qui y sont précisées**
 - Maintenir des actions de formation aux gestes barrière et au repérage des symptômes d'infection selon des modalités adaptées au patient et prenant en compte le cas échéant son handicap ; former les patients aux règles de bon usage du port de masque et à sa manipulation² ; rappeler la conduite à tenir en cas de symptômes et veiller au lien effectif avec un médecin généraliste ;
 - Privilégier, renforcer voire intensifier les dispositifs de soins en ambulatoire visant à éviter des hospitalisations, avec (i) l'appui aux structures en charge des publics classiquement difficiles à atteindre et vulnérables (ASE, précaires, migrants, personnes placées sous main de justice, personnes âgées), (ii) l'usage notamment de visites à domicile (équipes mobiles), de la téléconsultation lorsque la situation du patient le permet et (iii) le maintien des activités / prises en charge collectives en dématérialisé pour les patients pour lesquels ces prises en charge sont adaptées ;
 - Accorder une attention particulière aux sortants d'hospitalisation, mais aussi aux patients pris en charge dans le cadre d'un programme de soins ou d'accompagnement médico-social.

- **Accroissement progressif des capacités de l'offre à couvrir des besoins aujourd'hui non satisfaits et la dégradation de situations de patients notamment parmi ceux atteints des pathologies les plus sévères** (avec des situations graves de décompensations, des troubles importants du comportement, des risques suicidaires, aggravations liées à des retards de diagnostics, de renoncement aux soins somatiques, ...):

¹ Recommandations transmises le 23 mars et le 6 avril 2020

² Avis HCSP du 20 avril 2020



- Restaurer la relation avec les patients ayant pris leurs distances et recherche proactive des « perdus de vue » sur la base du dispositif de suivi de la file active mis en place en gestion de crise ;
 - Intensifier les visites et suivis à domicile, avec les équipements de protection nécessaires, notamment pour les patients mis en difficulté par le suivi téléphonique ;
 - Accompagner les aidants et organiser en hospitalisation les conditions de reprise des visites et des permissions de sorties dans le cadre défini au niveau national.
- **Préserver les ressources dédiées au COVID-19 dans l'éventualité d'une reprise épidémique au niveau des territoires, sous la coordination des ARS**
- Maintenir des unités dédiées aux patients psychiatriques atteints du Covid-19 et les dispositifs de coopération avec les services MCO ; le nombre et le dimensionnement de ces unités doivent être définis dans le cadre d'une vision territoriale et d'une coopération entre établissements, en fonction du niveau de risque de propagation du virus ;
 - Accompagner les patients atteints du Covid-19 souffrant de conséquences psychologiques.

2. Organiser la reprise progressive des activités suspendues, en commençant par les activités prioritaires

- **Définir les nouveaux « circuits patients »** en lien avec les instructions nationales concernant le repérage des signes d'infection Covid-19 et la doctrine d'utilisation des tests³.
- **Réinterroger les organisations mises en place dans le contexte du confinement**, notamment les capacités d'accueil et de contenance des dispositifs ambulatoires et intra-hospitaliers, pour être en capacité de prendre en charge les situations issues de la période du confinement, en réintroduisant rapidement à chaque fois que nécessaire des prises en charge présentes :
- Dans le strict respect des gestes barrières et assorties d'une éducation renforcée à celle-ci ;
 - En fonction d'une analyse bénéfice-risque au cas par cas ;
 - Privilégiant les approches individuelles et/ou conjuguant des prises en charge mixtes (présentiel/à distance) ;
 - Priorisant les situations les plus à risque.

³ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



- **Réaliser l'état des lieux complet de la file active accueillie de chaque structure pendant la période de confinement** pour identifier les patients pour lesquels la balance bénéfice-risque est la plus en faveur d'une reprise rapide des prises en charge en présentiel. Cette analyse prend en compte la situation clinique de chaque patient sur les plans somatiques et psychiatriques :
 - Pour les patients à risque de forme grave de COVID-19, les modalités de prise en charge sont organisées au cas par cas et les modalités alternatives au présentiel restent privilégiées ;
 - Pour les patients qui présentent une aggravation de leur état psychique suite au confinement, le programme de suivi est révisé afin de permettre une intensification des soins, en complétant le temps en présentiel par des interventions en télémédecine ou au domicile.

- **Sous l'égide des ARS, la mobilisation des acteurs des PTSM (coordonnateurs et groupes de travail)** facilitera l'articulation des structures médico-sociales et sociales de façon à ne pas créer d'effet report sur les établissements autorisés en psychiatrie. A cette fin et en tant que de besoin mais dans la limite de leurs capacités, les établissements sanitaires viendront en appui des structures médico-sociales et sociales.

- **Organiser le suivi présentiel (consultation, HDJ, CATTP, équipes mobiles) pour les publics mis en difficulté par le confinement**, en individuel mais aussi, quand cela est possible, en petits groupes pour rétablir une contenance indispensable (par exemple, les enfants/adolescents avec handicap et/ou pathologie psychiatrique suivis en structure de jour, patients isolés chez eux peu captifs, patients à fort risque de décompensation...), selon des procédures aménagées dans le cadre défini au niveau national pour les activités communes (respect de la distanciation sociale et spatiale, disponibilité des équipements de protection, procédures de désinfection du matériel utilisé ...). Lorsque ces prises en charge communes peuvent être organisées, elles se déroulent en groupes restreints (demi-groupes en rotation par exemple) ou en décalant les horaires des équipes afin d'avoir un nombre réduit de personnes simultanément dans les locaux. La prise des repas doit respecter les mesures barrières et de distanciation physique. Une attention particulière est apportée au matériel utilisé qui doit être désinfecté⁴.

- **Il convient de déterminer les modalités de transport à recommander aux patients lorsque leurs venues vers l'établissement sont actées** : les patients qui se déplacent en transport conventionné ou individuel peuvent maintenir ces modalités de déplacement de manière privilégiée ; pour les patients qui se déplacent en transport en commun, une évaluation bénéfice / risque du déplacement pour les soins est à

⁴ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



réaliser. Le cas échéant, il convient d'anticiper les changements de ces modalités de transport en lien étroit avec les personnes et leurs accompagnants concernés.

- **Augmenter l'offre d'ECT dont les indications sont discutées au cas par cas**, et tenant compte de la moindre disponibilité des anesthésistes, pour certains états psychiatriques décompensés résistants aux traitements pharmacologiques constituant des indications impératives (car pouvant engager le pronostic vital) à des séances d'ECT.
- **Élaborer un plan d'actions en matière de gestion des ressources humaines permettant de :**
 - Conjuguer le maintien des activités à distance avec la reprise des activités présentielles en ambulatoire et en hospitalisation de jour, quand la réorganisation de l'ambulatoire a nécessité un redéploiement des personnels.
 - Accorder une attention particulière à la prise en charge psychologique des personnels soignants de ces structures avec l'appui des psychologues hospitaliers ou libéraux.
- **Appréhender la temporalité de cette reprise en termes de réflexion bénéfique/risque sur le plan psychiatrique et épidémique :**
 - Bénéfices à la reprise des soins pour la santé psychique des patients et l'impact qu'elle aura sur l'épidémie (limiter les décompensations, les passages aux urgences, favoriser l'éducation aux mesures barrière, etc.) ;
 - Risques liés à la poursuite de leur suspension dans la durée pour la santé psychique des patients et l'impact qu'elle aura sur l'épidémie ;
 - Selon le type d'activité, la temporalité est à envisager en amont du déconfinement, ou au décours de celui-ci.
- **Organiser l'espace et les locaux :**
 - Nécessité de respecter les règles générales d'organisation pour la reprise d'activité en matière d'accueil du public
 - La circulation des patients dans les lieux de soins est réorganisée pour limiter les rassemblements et contacts (circulation dans les locaux, salles d'attente avec espaces suffisants, accès aux SHA, horaires de RDV aménagés et respectés, etc.) Les activités de groupe sont organisées dans le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Un avis d'infectiologue ou d'hygiéniste est sollicité si nécessaire.
 - Une attention particulière est prêtée à l'entretien des locaux, avec application stricte des recommandations quant à la fréquence et aux modalités du bionettoyage.
- **Rappeler la conduite à tenir pour les patients en période COVID-19 :**



- Les consignes d'autosurveillance sont rappelées très régulièrement aux patients, selon des modalités adaptées à leurs capacités de compréhension. Une conduite à tenir claire en cas d'apparition de symptômes évocateurs leur est donnée via des supports et outils de communication adaptés.
- L'équipe s'assure de la possibilité effective pour chaque patient de consulter un médecin généraliste en cas d'apparition des symptômes et propose une solution pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant.
- La prise de température doit être possible par le personnel de la structure à tout moment de la journée, en cas de doute sur l'état d'un patient. Un protocole est établi en cas d'apparition de symptômes pendant la présence du patient dans la structure : modalités d'isolement, présence des EPI pour le personnel intervenant auprès du patient, orientation médicale avec et sans présence de signes de formes grave, modalités de gestion des cas contacts.

3. Anticiper les conséquences de l'épidémie, du confinement et de la forte augmentation des facteurs de risque psycho-sociaux sur la santé psychique de la population

- **Pouvoir répondre aux nouvelles demandes de soins engendrées par la période du confinement** (facteur de stress majeur) y compris en soutien des professionnels de premier recours : les données actuelles font envisager une augmentation des besoins de prise en charge en psychiatrie en lien avec la durée du confinement mais aussi après la levée de celui-ci, notamment :
 - Un surcroît d'activité lié aux possibles ruptures de soins pendant la période de confinement ;
 - Les conséquences du confinement sur les patients déjà suivis aux capacités d'adaptation peu importantes ;
 - Les conséquences du confinement sur des patients non suivis auparavant en psychiatrie avec un risque d'apparition de pathologies psychiatriques (qu'il s'agisse de besoins de prise en charge générés par le confinement ou bien de premières consultations qui n'auront pas eu lieu pendant le confinement, et vont avoir pour conséquence soit une augmentation en volume de la demande au moment des réouvertures soit des retards de prise en charge pouvant avoir un impact sur la prise en charge proposée) ;
 - Les situations de deuil avec risque élevé de deuil pathologique au regard des contraintes spécifiques vécues par les personnes endeuillées, les aidants ou les familles, en appui des professionnels de premier recours, ou encore la prise en compte de besoins plus importants en lien avec des violences intrafamiliales ;
 - Les situations de fragilisation sociale liées à aux impacts économiques de la crise ;
 - Les conséquences du travail prolongé dans la période épidémique pour les professionnels de santé ;
 - L'impact de la crise sur le risque suicidaire, y compris en population générale.



- **L'articulation avec les partenaires du secteur social et sanitaire en ville doit être adaptée aux modalités de déconfinement qui seront prises au niveau national** (par exemple sur l'aide alimentaire aux plus vulnérables ou sur la réalisation des tests en ville). Les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) peuvent être facilitateurs de ces articulations et de leur ajustement.



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE PÉRINATALE ET PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

1. Psychiatrie périnatale

1.1. Constats et points d'attention

- Le stress et la charge mentale déjà associés à la grossesse sont accrus par les incertitudes médicales et sociales liées à l'épidémie COVID-19. Celle-ci et le confinement fragilisent les futurs parents et parents de bébés, en particulier ceux présentant des troubles psychiques et pour lesquels l'accès à la parentalité risque d'être moins bien suivi et accompagné ;
- Des changements imposés dans la prise en charge de la grossesse (téléconsultations, diminution des entretiens prénataux et des préparations à la naissance et à la parentalité, isolement à la maternité (limitation des visites de l'autre parent)) et surtout au retour à domicile (impossibilité des visites des proches) sont des facteurs d'aggravation des risques à plusieurs niveaux ;
- Il est rappelé que les difficultés précédemment citées perturbent aussi largement le repérage précoce des difficultés développementales des enfants (troubles du neuro-développement, autres handicaps, etc.) laissant les parents d'autant plus désemparés face aux troubles de leur enfant ;
- La majoration des violences conjugales et intrafamiliales met aussi le bébé en danger, y compris in utero. Ces majorations engagent la santé globale du bébé pour le reste de son existence.
- Le maintien et l'adaptabilité de certaines ressources et de certains des dispositifs de soins psychiques ainsi que l'utilisation des nouvelles technologies ont limité les conséquences des discontinuités, de la diminution de l'intensité des soins (en particulier en présentiel) et de la difficulté à être attentif au développement du bébé à distance ;
- De larges actions de formation continue (webinaires) des professionnels de première ligne à l'utilisation des outils de dépistage ont été mises en œuvre et ont vocation à se poursuivre ;
- Les réorganisations de l'offre de soins en psychiatrie périnatale et des dispositifs de leurs partenaires (Protection Maternelle Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, Techniciens en Interventions Sociales et Familiales...) imposées par la gestion de crise COVID-19 peuvent compliquer la bonne prise en charge des mères et des bébés, surtout ceux dont les parents souffrent de troubles psychiques.



1.2. Objectifs généraux

- Mieux informer les parents des effets du confinement sur les troubles psychiques en période périnatale, sur l'impact des violences intrafamiliales, sur les ressources disponibles et sur l'importance de sortir de l'isolement dans le cadre du déconfinement ;
- Mettre en place des organisations proactives permettant d'améliorer l'accès à l'offre de soins en périnatalogie, en direction des publics les plus difficiles à atteindre (couples précaires, porteurs de troubles psychiques, d'addiction...) ;
- Reprendre le présentiel quand nécessaire, pérenniser les intensifications de suivi rendues possibles par les nouvelles technologies, mettre en synergie la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile, et la pédiatrie.

1.3. Recommandations

- Rappeler les recommandations concernant les mesures impératives d'hygiène, en particulier l'application des mesures barrière ;
- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux ...) et lorsqu'ils existent les groupes de travail « périnatalogie » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;
- Remettre en mains propres la fiche ressource personnalisée à la sortie de maternité (recommandations de suivi postnatal, ressources et coordonnées des soutiens psychologiques mobilisables à proximité du domicile parental) ;
- Sensibiliser les femmes enceintes et nouvelles parturientes au respect des mesures de distanciation physique et des gestes barrières par elles-mêmes et leur entourage afin de se protéger et de protéger le bébé ;
- Garder le contact avec les femmes sorties de maternité depuis le début du confinement (texto ou appel téléphonique) ;
- Développer les modalités de l'aller vers à destination des publics les plus précaires (à domicile, hébergement collectif, sans domicile, hospitalisations...) à travers les EMPP et PASS mobiles par exemple ainsi que les articulations fonctionnelles avec les services partenaires pour ces publics : établissements sociaux et médico-sociaux, services de psychiatrie ou d'addictologie, unités de liaison psychiatriques des hôpitaux généraux, ... ;
- Organiser des webinaires de présentation d'outils de prévention et de repérage déjà existants (questions de Whooley, EPDS, ADBB...) adaptés aux contraintes de la période pour les professionnels de première ligne ;
- Organiser des webinaires d'adaptation des connaissances et des pratiques de psychiatrie périnatale en période de déconfinement pour les professionnels de la psychiatrie générale, de la pédopsychiatrie, de la pédiatrie, de la médecine néonatale, de l'obstétrique, de la PMI ;
- Favoriser l'organisation à distance ou en présentiel (dans le respect des gestes barrière) de staffs médico-psychosociaux dans les maternités ;
- Maintenir les plateformes téléphoniques d'orientation existantes (utiles pour la gestion de situations faisant intervenir plusieurs partenaires) ; il conviendra d'en



faire la publicité auprès des différents partenaires afin qu'elle constitue une ressource pour les familles/couples/mères, les plus difficiles à atteindre ;

Des ressources et outils existent en ligne auxquels les professionnels peuvent se référer (disponibles en particulier sur le site psycm.org).

2. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

2.1. Constats et points d'attention

- La reprise d'activité doit, dans la mesure du possible, donner la priorité aux dispositifs d'alternative à l'hospitalisation ;
- Les besoins de soins augmentent et la nécessité d'organiser des prises en charge en présentiel apparaît ;
- Les troubles émergents chez des adolescents non engagés dans un suivi posent un problème spécifique, ne pouvant se satisfaire d'une téléconsultation initiale, et doivent pouvoir bénéficier d'un avis pédopsychiatrique présentiel en priorité dans la mesure du possible, dans le cadre d'un dispositif alternatif à l'hospitalisation et sans attendre une évolution qui les conduise aux urgences ;
- Le repérage des difficultés développementales des enfants et adolescents (troubles du neuro-développement, autres handicaps, etc.) est, comme en psychiatrie périnatale, perturbé par le contexte lié à la crise COVID. Il convient de relancer les dispositifs de repérage et intervention précoce des troubles du neuro-développement et autres handicaps ;
- Le confinement a eu un effet de réduction des interactions sociales et soignantes, d'où parfois un renforcement de symptômes (anxiété de séparation, phobies sociales, troubles du comportement accrus et régression des acquis notamment pour certains enfants avec troubles du neuro-développement, recrudescence de symptômes dépressifs, d'addiction etc.), et une exacerbation de tensions intrafamiliales génératrices, parfois, de maltraitance ;
- Le déconfinement peut avoir des effets potentiels de déstabilisation de l'ensemble de la famille. Il convient d'accompagner les parents comme les jeunes patients pour les aider à sortir du confinement et tenir compte de leurs difficultés et inquiétudes à venir sur les lieux de soins.

2.2. Objectifs généraux

- Former les équipes et mettre en place des mesures barrières à partir du matériel (masques, tenues professionnelles), gel hydro alcoolique et des dispositifs (possibilités de tests) mis à disposition des soignants et des patients⁵ ;
- Sécuriser les familles en les informant sur les mesures barrières mises en place, répondre si possible à leur questionnement à partir des données scientifiques

⁵ Se référer à la fiche COVID concernant l'organisation des établissements de santé dans un contexte de poursuite de l'épidémie de COVID-19 et en phase de déconfinement



disponibles, en fournissant les ressources documentaires et en organisant des séances de psychoéducation, quand cela est adapté ;

- Soutenir les mesures barrières des enfants et des familles reçues, en tenant compte des spécificités cliniques et le cas échéant en les adaptant (port du masque difficile pour des enfants TSA et plus généralement pour les très jeunes enfants par exemple)⁶ ;
- Former les parents et les enfants à la mise en place des mesures barrière et à leur maîtrise (en les adaptant) ;
- Prévenir les ré hospitalisations.

3. Recommandations

- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux, équipes mobiles ASE ...) et, lorsqu'ils existent, les groupes de travail « parcours enfants/adolescents » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;
- Maintenir des interventions « de crise » sécurisées, élaborées sur mesure et au cas par cas (patient par patient mais aussi structure par structure en raison de la disparité des locaux : salles d'attente, couloirs étroits, entrée unique...) ;
- Soutenir un travail direct et urgent avec l'ASE et la PJJ auprès des familles avec enfants confiés qui n'ont pas pu être suivis pendant cette phase ;
- Prendre en compte les effets du confinement sur les fonctionnements familiaux (effets du stress généralisé, séparation d'un parent éloigné géographiquement, surexposition aux écrans...) ;
- Rechercher les effets délétères du confinement chez l'enfant, l'adolescent et sa famille et les risques de stress post-traumatique (hospitalisation en urgence d'un parent, deuil...).
- Interroger la qualité de sommeil de l'enfant ou de l'adolescent ;
- Pour tous les enfants de 0 à 12 ans, évaluer la trajectoire de développement et l'acquisition des compétences et vérifier en cas de difficultés familiales, si un parcours diagnostic accéléré de trouble neuro-développemental doit être engagé : orientation bilantielle de niveau 1 ou 2 ;
- En cas de trouble du comportement sévère (agitation, hyperactivité, comportement impulsif, etc.), explorer l'ensemble des hypothèses et notamment celle d'un trouble du neuro-développement, dont Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ;
- Proposer systématiquement un programme de guidance parentale structuré et validé scientifiquement en cas de détresse familiale (parents, enfant/adolescent, fratrie) autour des troubles majeurs du comportement d'un des enfants, diagnostiqué ou non ;
- Recevoir dès que possible l'enfant ou l'adolescent avec ses parents pour un débriefing de leur vécu du confinement, des effets de la suspension des soins en présentiel et valider la prise en charge à venir ;
- Être attentif aux plaintes des parents, aux termes employés par ces derniers, aux contradictions, aux attitudes ou réactions non verbales susceptibles d'évoquer une situation de maltraitance ou de violence intrafamiliale.

⁶ Recommandations relatives au handicap, notamment troubles neuro-développementaux



- En cas de suspicion de violences familiales⁷, proposer systématiquement à court terme un nouvel entretien de l'enfant ou de l'adolescent en l'absence des parents. La présence d'un discours banalisant, l'hyper vigilance, le peu d'intérêt pour ce qui avant le mobilisait nécessite d'explorer les possibilités d'une maltraitance ;
- Dépister de façon systématique les addictions, idées suicidaires (parents et enfants) et facteurs psycho-sociaux impactant la famille au sens large (chômage, précarité matérielle, affective, deuil...);
- À chaque visite, rechercher l'existence d'une « personne contact » ayant déclaré un COVID19 dans l'entourage (questions aux parents) ;
- Poursuivre les prises en charge individuelles, éventuellement à distance, tout en organisant les conditions de reprise progressive des activités thérapeutiques de groupes, notamment en HDJ et CATTP, dans le cadre défini au niveau national pour les activités communes (groupes restreints, apprentissage du port du masque des enfants, adaptation des locaux, désinfection des matériels utilisés, ... (cf. point 2 de la fiche) ;
- Rechercher pour les enfants et adolescents à leur arrivée, ainsi que les personnes les accompagnant sur la structure de soin, des signes cliniques d'une infection par COVID ou de contact COVID (suivi des symptômes d'alerte présence/absence) à chaque visite et possibilité de prise de température
- Compléter les activités présentiels par des téléconsultations nécessaires de manière adaptée et proportionnée, en tant que démarche de type « aller vers » et par la diffusion des guides disponibles ;
- Renforcer les collaborations entre les CMP, CMPP, Maisons des adolescents, et plus largement les autres acteurs de soins, l'Éducation nationale, le secteur médico-social (CAMSP, IME, ITEP, etc.) et social ;
- Soutenir les possibilités de permissions de sorties et de visites au cours des hospitalisations en précisant les conditions de sécurité sanitaire ;
- Favoriser l'accès pour les enfants et les adolescents aux moyens de communications électroniques (tablettes, etc...).

⁷ Le médecin se réfère aux procédures de signalement des situations de mineurs



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

1. Constats et points d'attention

- **La reprise d'activité** s'accompagne simultanément d'une réorganisation des services d'aides à domicile dont le fonctionnement s'était adapté à la contrainte du confinement ;
- **La fragilité des malades âgés et hospitalisés** en état de souffrance psychique est aggravée par une double anxiété : celle de rentrer avec peu (ou pas) d'accompagnement à domicile, comme celle de tomber malade ;
- **Les patients âgés à domicile** sont également concernés par le confinement, l'isolement social/familial et le moindre suivi des maladies chroniques. Une dénutrition, une altération de l'état général, une recrudescence de l'anxiété, des troubles thymiques et une position régressive doivent alerter ;
- Les **résidents d'EHPAD** doivent être l'objet de la plus grande attention : ils font l'expérience d'un double confinement, du fait de la quasi disparition des visites pendant la période de crise et de l'isolement en chambre. Aussi des **complications** peuvent surgir : **physiques**, tels le syndrome d'immobilisation ou la perte de la marche ou **psychiques**, tels les syndromes de glissement, décompensation dépressive, crise suicidaire, retrait apathique.... Nombre d'entre eux ont connu des bouleversements de leurs repères (modification du lieu de vie, des horaires et du rythme de la journée, etc.) et des décès d'autres résidents liés au Covid 19. La continuité du suivi du médecin traitant a le plus souvent été maintenue par téléconsultation, avec les limites que cela pouvait représenter pour ces personnes en matière de communication, et certains soins ont été interrompus (kinésithérapie ...) ;
- **Les professionnels de santé de jour comme de nuit sont eux-mêmes anxieux du travail rendu complexe** par une connaissance encore partielle des « **signes discrets** » de **l'infection à Covid-19** : davantage de chutes, d'incontinence, de confusion, moins d'appétit, fatigue majorée... qui doivent alerter autant qu'une polypnée, des anomalies neurologiques, une forme digestive de l'infection ou une fièvre inexpiquée. Ces professionnels sont également concernés par de nombreuses autres sources d'anxiété : gestion de l'épidémie, crainte de contaminer leur patient, d'être contaminé et /ou contaminer leur famille, impuissance, culpabilité, épuisement professionnel, ... ;

2. Objectifs généraux

- Assurer la continuité des soins de psychiatrie de la personne âgée, que ce soit à domicile et en EHPAD ;
- Fluidifier les parcours entre le sanitaire et le médico-social et social ;
- Mobiliser sous l'égide des ARS les organisations prévues dans le parcours « personnes âgées » élaborés dans le cadre des PTSM, afin d'articuler de façon étroite la reprise de l'activité avec celle des EHPAD et autres structures médico-sociales, sanitaires et sociales de façon à fluidifier les parcours ;
- Contribuer à la prise en charge globale avec les médecins traitants et le secteur médico-social ;



- Contribuer au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées à domicile et en EHPAD et de leurs aidants, en s'appuyant sur les psychologues hospitaliers ou libéraux ;
- Prendre en compte le stress cumulatif vécu par les professionnels accompagnant les personnes âgées ;
- Avoir une vigilance particulière envers les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ou des troubles du neuro-développement.

3. Recommandations

Il convient de prendre en compte les effets du confinement sur les fonctionnements individuels et collectifs : sommeil, anxiété, dépression, idées suicidaires, deuils....

La consultation longue par le médecin traitant a précisément pour objet de réaliser un bilan du confinement sur la santé des personnes vulnérables, y compris sur le plan psychique.

3.1. Pour les patients hospitalisés

- Procéder à l'examen régulier des patients et recours aux Unités Covid-Psy s'il y a lieu, en s'aidant de l'expertise des professionnels somaticiens ou gériatres. Prendre quotidiennement la température centrale, surveiller l'apparition de signes d'alerte (chutes, d'incontinence, de confusion, moins d'appétit, fatigue majorée, polypnée, des anomalies neurologiques, signes digestifs) ;
- Organiser/adapter les unités d'hospitalisation en application des mesures barrières et recommandations en vigueur ;
- Mobiliser les directions, services sociaux et SSR pour assurer l'orientation des patients (fluidification des parcours).

3.2. Pour les patients en EHPAD⁸

- En lien avec les médecins généralistes et gériatres intervenant en EHPAD, mettre en place précocement de procédures permettant d'accroître l'accueil en EHPAD de patients âgés avec comorbidité psychiatrique ;
- Apporter une expertise aux EHPAD notamment par la mobilisation des équipes mobiles existantes, en lien avec les autres équipes mobiles intervenant en EHPAD ;
- Favoriser le recours à la téléconsultation entre la structure et l'équipe de psychiatrie de référence, en particulier pour le suivi des prescriptions de psychotropes.

3.3. Pour les patients pris en charge à domicile

- Privilégier des prises en charge individuelles (sur le modèle de l'activité thérapeutique à temps partiel) à domicile ou dans l'établissement médico-social ;

⁸ En articulation avec la doctrine de déconfinement EHPAD



- Coordonner l'action des équipes mobiles de psychiatrie de la PA avec les équipes mobiles gériatriques, les médecins généralistes, les IDE libéraux, les psychiatres libéraux, les aidants (famille, voisins...), en lien le cas échéant avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (MAIA, PTA, etc.) ;
- Organiser au cas par cas des visites à domicile, notamment lorsqu'est suspectée une décompensation psychiatrique de la personne âgée ou de l'aidant âgé pouvant justifier d'une hospitalisation en psychiatrie ou quand le patient n'est pas accessible au travers d'entretiens téléphoniques notamment en raison de troubles psychiques, cognitifs ou du neuro-développement ;
- Reprendre progressivement des consultations présentiels et si besoin des visites à domicile, avec les conditions de sécurité sanitaires adéquates, notamment en prévoyant un nettoyage constant et régulier des locaux par du personnel qualifié et spécialement affecté à cette tâche ;
- Compléter les activités présentielles par des téléconsultations nécessaires de manière adaptée et proportionnée, par une démarche de type « aller vers » et par la diffusion des guides disponibles ;
- Renforcer les dispositifs permettant de prévenir les (re-)hospitalisations
- Former les patients et leurs proches à la mise en place des mesures barrières et à leur maîtrise le cas échéant en les adaptant ;
- Être attentif aux plaintes, aux termes employés, aux attitudes ou réactions non verbales, aux marques corporelles susceptibles d'évoquer une situation de maltraitance ;
- En particulier pour les personnes âgées isolées, mobiliser lorsque c'est possible et en plus des services sociaux compétents, les ressources du voisinage à qui seront donnés les numéros utiles en cas d'urgence ;
- Dépister de façon systématique les addictions, les idées suicidaires et les facteurs psycho-sociaux impactant la personne âgée et sa famille au sens large (chômage, précarité matérielle, affective, deuil...) ;
- À chaque visite : recherche de l'existence d'une « personne contact » ayant déclaré un Covid 19 dans l'entourage⁹.

⁹ Cf. instructions nationales sur le sujet et questionnaire type



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE ADDICTOLOGIE

1. Constats et points d'attention

Du côté des patients, il convient de prendre en compte :

- **Une offre de soins en addictologie fortement réduite pendant les semaines de confinement**, de nombreux suivis s'en sont trouvés interrompus ;
- **Le poids du confinement** sur l'augmentation des troubles psychiques, des ruptures de traitement, des troubles du sommeil, de la consommation de psychotropes (opiacés et benzodiazépines), d'alcool et autres substances psychoactives (notamment les nouvelles drogues disponibles sur le net) et des différentes formes de violences attenantes ;
- **Le risque d'une reprise de consommation des drogues** de nouveau en circulation (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) avec des conséquences sanitaires addictologiques (overdoses, sevrages de transfert...) et psychiatriques (décompensations psychotiques et thymiques et crises suicidaires) ;
- **Les demandes accrues de prises en charges et de traitements** (de novo ou reprise après rupture) ;
- **La précarité et la rupture des droits sociaux** fréquente chez les patients comorbides ;
- **Le retard de réponse aux prises en charges** addictologiques et psychiatriques qui accroît le risque de passages aux urgences et de soins sans consentement ;
- **Le manque d'accès à la substitution nicotinique** (co addiction très fréquente).

Du côté du système de soin, il convient de prendre en compte :

- **L'importance de l'articulation de tous les acteurs** de l'addictologie : médicosocial, médecine de ville, addictologie et psychiatrie hospitalière ;
- **Le déploiement d'un dispositif de soin et de réduction des risques** adaptable répondant aux règles sanitaires de lutte contre le COVID-19 ;
- **Le maintien d'un dispositif de consultation distanciel et de prescription facilitée** (arrêté du 23 mars 2020) favorisant une poursuite des soins addictologiques et limitant de façon importante le nombre de ruptures thérapeutiques.

2. Recommandations

■ Accès aux soins :

- Mobiliser précocement les outils d'intégration et de coordination de l'ensemble des ressources d'un territoire (coordonnateurs de PTSM, CLS, CLSM, conseils départementaux ...) et lorsqu'ils existent les groupes de travail « addiction » pour mettre en œuvre conjointement les reprises d'activités ;



- **Organiser la réouverture rapide des structures de soins addictologiques résidentielles et ambulatoires** en respectant les gestes barrières pour le présentiel et en maintenant le distanciel lorsque la situation du patient le requiert ou le permet ;
 - **Garantir l'accès (et son maintien) à la consultation psychiatrique et addictologique** adapté à la situation du patient (en favorisant les soins mixtes téléconsultation ou présentiel) évaluant le rapport bénéfice/risque quant au risque de contamination, à l'urgence de la situation clinique psychiatrique (risque suicidaire, décompensation) ou addictologique (sevrage, overdose, polyconsommation) à la situation sociale (précarité, sous main de justice) ou géographique ;
 - **Repérer de façon proactive les comorbidités :**
 - En addictologie des **décompensations psychiatriques et risque suicidaire** ;
 - En psychiatrie (et urgences psychiatriques) **des comorbidités addictives et des troubles psycho-comportementaux sous tendus par les intoxications** (ou sevrages) ;
 - État physique précaire, dénutrition et comorbidités physiques, en particulier statut sérologique (VIH, VHC...).

 - **Renforcer l'aller-vers par une attitude proactive dans l'accès aux soins** (maraudes / médecine de ville / appel téléphonique des patients / consultation « coupe file » en CSAPA / dispositifs bas seuils / consultations non programmées / mixité présentiel-distanciel) ;
 - **Renforcer les équipes de liaisons** ... aux urgences, en MCO, en psychiatrie et hors les murs pour les situations duelles complexes, les sevrages, les substitutions ;
 - **Renforcer les suivis intégrés / coordonnés psychiatriques et addictologiques** : fluidité des consultations et des hospitalisations avec réouverture du capacitaire addictologique (court séjour, HDJ, SSRA) ;
 - **Favoriser l'articulation sanitaire - médicosociale - addictologique - psychiatrique - médecine de ville - pharmacie** pour offrir le soin le plus adapté à la situation du patient
- **Accès aux traitements et réduction des risques et des dommages :**
- **Poursuivre l'accès simplifié aux traitements de substitutions ou psychotropes** avec les modalités dérogatoires de dispensation (arrêté du 23 mars 2020) ;
 - **Favoriser l'accès à la Naloxone prête à l'emploi pour les usagers d'opiacés** par les acteurs du soin, les intervenants dans le parcours du patient, proches... etc (prescription et délivrance des kits de traitement de l'overdose), tel que détaillé dans MINSANTE N°91 ;
 - **Garantir l'accès aux traitements des addictions** (substitution opioïde et nicotinique, sevrages et overdoses) et des pathologies mentales comorbides.
 - Renforcer la continuité de **l'accès aux matériels de réduction des risques**



ANNEXE THÉMATIQUE

PSYCHIATRIE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

1. Constats et points d'attention.

A ce jour, l'épidémie a été contenue en milieu pénitentiaire avec peu de cas confirmés de Covid-19. Toutefois, la reprise progressive des activités et des parloirs, ainsi que la reprise possible de l'activité judiciaire peuvent laisser craindre une propagation du virus plus importante en détention. Il convient donc de veiller au maintien des mesures de prévention et des gestes barrières.

Les conséquences des mesures de confinement pour les personnes détenues sont l'isolement et la rupture des liens avec l'extérieur (suspension des parloirs), l'inactivité (suspension des activités occupationnelles), des inquiétudes concernant leur santé ou celle de leurs proches et des difficultés matérielles. La prévalence des troubles psychiques chez les personnes détenues, déjà élevée, peut avoir été accentuée par cette période de confinement.

L'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire a réaménagé son fonctionnement en se concentrant sur les situations d'urgence et en privilégiant les suivis et prises en charges individuels ainsi que la poursuite des traitements médicamenteux sur la base des recommandations du 2 avril 2020. Les consultations individuelles ont été maintenues prioritairement pour les arrivants, les situations d'urgence, les patients identifiés comme vulnérables et les personnes placées au quartier d'isolement, au quartier disciplinaire ou en cellule de protection d'urgence (CProU). Les hospitalisations à temps complet en UHSA sont maintenues, même si le recours y est actuellement moindre. Chaque UHSA s'est organisée pour pouvoir accueillir des patients atteints du covid-19, tout en garantissant la sécurité des patients et des soignants.

Les dispositifs de télémedecine ont été favorisés, dans la limite de leurs possibilités de déploiement auprès de cette population.

Les libérations anticipées réalisées sous l'impulsion du Ministère de la Justice ces dernières semaines ont mis en exergue la problématique de la coordination des acteurs santé/justice pour la préparation à la sortie et celle de la continuité des soins à l'extérieur.

C'est en tenant compte de ce contexte que la reprise des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire doit être organisée.

2. Objectifs généraux

- Adapter les mesures barrières et la distanciation physique au contexte de la détention et définir des organisations adaptées dans le contexte de reprise des activités et des contacts avec l'extérieur.
- Remettre en place rapidement les différents niveaux de prise en charge de l'offre de soins psychiatriques et d'activités de soins dans le respect des mesures de prévention et de protection.
- Travailler avec l'ARS la question du maintien des lits dédiés COVID-19 au sein des UHSA dans un cadre territorial.



- Optimiser les relais de soins psychiatriques et addictologiques et d'accompagnement à la sortie de détention.

3. Recommandations

Une **information sur l'épidémie de Covid-19 ainsi que sur les mesures barrières doit être renouvelée régulièrement auprès des personnes détenues et des personnels**. Il est nécessaire d'accompagner les publics dans une meilleure appropriation de ces mesures en priorisant et orientant le redémarrage des prises en charge collectives (en CATTP et HDJ) sur les compétences psycho-sociales, sur la gestion des contacts avec l'autre et la création d'un nouveau lien social dans un contexte de Covid-19.

Une **augmentation progressive des consultations de suivi** est indispensable afin de limiter les conséquences à moyen et long terme de l'offre réduite actuellement (situations de crise, suicides, hospitalisations en urgence, etc.). Des aménagements sont à prévoir pour respecter les gestes barrières et les mesures de distanciation physique entre soignants et patients mais également entre patients détenus (dans les salles d'attente – se reporter à la fiche mesures de détention actualisée à la phase de déconfinement). Les organisations doivent être travaillées localement, conjointement entre l'équipe sanitaire et l'établissement pénitentiaire, en réfléchissant, au besoin, à un élargissement des horaires de consultation et à la gestion des déplacements des détenus de façon à limiter une concentration des patients au sein de l'unité sanitaire, ainsi que la réalisation rapide des transferts pour l'accès aux niveaux de soins en hospitalisation de jour et à temps complet.

La **reprise des activités de groupe** doit également être envisagée progressivement dans le strict respect des mesures barrières, selon la disposition des locaux.

Une attention particulière doit être portée aux risques de surdosage possibles de substances en période de déconfinement, aux **prises en charge en addictologie et à l'accès aux traitements de substitution**. Un soutien aux personnes souhaitant s'inscrire dans la poursuite de l'arrêt de consommations doit être organisé. Il convient de favoriser la réduction des risques et des dommages et l'accès à la Naloxone pour les usagers d'opiacés.

Afin de préparer au mieux les libérations, **l'articulation doit être renforcée entre les juges d'application des peines, l'administration pénitentiaire (notamment les SPIP) et les personnels soignants**. Il est indispensable d'anticiper notamment la sortie des personnes en situation de grande précarité et celles souffrant de troubles psychiatriques afin de permettre la mise en place d'une consultation « sortant » et d'un relais de prise en charge.

La situation très évolutive dans cette période de crise covid-19 doit s'accompagner du **suivi des évolutions de doctrine** en lien avec la cellule de crise de l'établissement de santé de rattachement.

Par ailleurs, une fiche spécifique est élaborée pour préciser l'organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire, en collaboration avec les services pénitentiaires, dans le contexte du déconfinement.

Procédures de demande de suspension de peine et de demande de remise en liberté pour raison médicale dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire actuel

Il est attendu des professionnels de santé de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) des établissements pénitentiaires qu'ils s'informent mutuellement des démarches engagées et se coordonnent afin que les personnes détenues dont l'état de santé le requiert soient accompagnées dans la démarche d'obtention de suspension de peine ou de mise en liberté pour raison médicale.

L'identification du besoin relève de la personne elle-même, des USMP ou des services pénitentiaires et la procédure est coordonnée et pilotée par les SPIP.

Deux situations sont à distinguer selon que la personne détenue est condamnée (suspension de peine) ou prévenue (remise en liberté pour raison médicale).

Il est à noter que si une personne est à la fois en détention provisoire et en cours d'exécution d'une peine d'emprisonnement à la suite d'une condamnation définitive, il convient de procéder à la mise en œuvre simultanée de la procédure de demande de mise en liberté pour raison médicale et de l'une des procédures de demande de suspension de peine. En pratique, il apparaît opportun que les deux magistrats en charge de l'examen de la demande soient informés de la requête faite auprès de l'autre.

Enfin, il est rappelé que les professionnels de santé intervenant au sein des USMP agissent dans l'intérêt des patients et pour préserver l'état de santé des personnes détenues. Un médecin exerçant en USMP est considéré comme le médecin traitant des personnes détenues. En conséquence, il ne peut être requis par une autorité judiciaire pour établir un certificat médical relatif à l'incompatibilité de l'état de santé d'une personne détenue avec le maintien en détention que dans les hypothèses explicitement prévues par la loi. Dans ce cas, les informations demandées et communiquées à l'autorité judiciaire doivent porter sur celles prévues par la loi, à savoir l'urgence et l'incompatibilité durable de l'état de santé de la personne détenue condamnée avec la détention ou l'existence d'une pathologie engageant son pronostic vital ou l'hospitalisation.

1. Personnes condamnées détenues

Les trois procédures présentées ci-dessous concernent les personnes condamnées détenues qu'elles soient atteintes de COVID-19 ou non.

Ces trois procédures de demande de suspension de peine peuvent être actionnées simultanément. Néanmoins, il peut être opportun de privilégier la procédure la plus adaptée à la personne détenue.

16/04/2020



L'ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 a simplifié certaines dispositions afférentes à ces procédures, ces dernières sont précisées ci-dessous. Ces dispositions d'exception sont applicables jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois après la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire.

- Procédure prévue à l'article 720-1 CPP résultant de l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisée

Cette procédure, qui offre plus de souplesse, implique que la situation de la personne détenue soit compatible avec un suivi en milieu ouvert et qu'elle remplisse un certain nombre de critères d'éligibilité.

* *Conditions à remplir :*

- exécuter une peine d'emprisonnement prononcée en matière correctionnelle dont le reliquat doit être inférieur ou égal à deux ans.

- ne pas avoir été condamné pour acte de terrorisme. Il est à noter que la procédure prévue à l'article 720-1 CPP s'applique néanmoins aux personnes condamnées pour apologie du terrorisme, provocation au terrorisme, entrave au blocage de sites faisant l'apologie du terrorisme ou provoquant au terrorisme et consultation habituelle de tels sites.

- ne pas faire l'objet d'une période de sûreté en cours d'exécution.

* *Pièce à fournir :* justificatif d'hébergement de la personne condamnée détenue (transmis par elle-même ou par le SPIP). En effet, en application de l'article 26 de l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisée, le motif médical est constitué par le risque avéré de propagation du covid-19 pouvant toucher la personne détenue au sens de l'article 720-1 CPP.

Toutefois, en opportunité et quand bien même aucun texte ne l'exige, une attestation médicale précisant la nécessité de prévoir une telle suspension eu égard à l'état de santé de la personne condamnée détenue (infection par le Covid-19 ou risque de surexposition au virus en détention, notamment) peut éclairer utilement le juge de l'application des peines sur l'importance de cette dernière eu égard à l'état de santé du patient.

* *Information sur la procédure :* La décision relève de la compétence du juge de l'application des peines. Aux termes de l'article 26 de l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisé, elle intervient sans débat contradictoire, avec l'accord du condamné ou de son avocat et après avis, même défavorable, du procureur de la République et du représentant de l'administration pénitentiaire.

16/04/2020



- Procédure de droit commun prévue à l'article 720-1-1 CPP (suspension de peine pour pathologie engageant le pronostic vital ou état de santé physique ou mentale durablement incompatible avec le maintien en détention)

* *Conditions à remplir :*

- la personne condamnée doit être atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou son état de santé physique ou mentale doit être durablement incompatible avec le maintien en détention.

- absence de risque grave de renouvellement de l'infraction

Il n'existe aucune condition à remplir s'agissant de la nature de la peine, de l'existence d'une période de sûreté ou de la durée de la peine restant à subir.

* *Pièce à fournir :* **expertise médicale** établissant que la personne condamnée détenue est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital et précisant dans quel délai, ou que son état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec le maintien en détention. Toutefois, **en cas d'urgence**, la suspension peut être ordonnée au vu d'un **certificat médical** établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue ou son remplaçant.

* *Informations sur la procédure :* le **certificat médical** est transmis (par le SPIP ou par la personne condamnée détenue) à la juridiction de l'application des peines. Il est à noter que si la personne a été condamnée à une peine de suivi socio-judiciaire, une expertise psychiatrique est exigée (article 712-21 CPP), sauf en cas d'**urgence avérée par ce certificat**. En cas d'**urgence avérée**, la décision relève alors de la compétence du juge de l'application des peines, y compris dans les hypothèses où le tribunal de l'application des peines aurait été compétent eu égard à la peine en cours d'exécution. Si le condamné et le parquet sont d'accord, elle peut intervenir sans que soit organisé un débat contradictoire. Dans le cas contraire un débat contradictoire doit se tenir en visio-conférence. Si l'état de santé de la personne détenue fait obstacle à son audition, le certificat médical doit le préciser afin qu'il puisse être représenté par un avocat. Si le recours à la visio-conférence n'est pas possible, l'article 24 de l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisée permet au juge de l'application des peines de statuer sans organiser de débat contradictoire, au vu des réquisitions écrites du procureur de la République, des observations de la personne détenue et de son avocat.

16/04/2020



- Procédure d'exception prévue à l'article 26 de l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisée (suspension de peine pour hospitalisation)

* *Condition à remplir* : la personne condamnée doit faire l'objet d'une hospitalisation.

Il n'existe aucune condition à remplir s'agissant de la nature de la peine, de l'existence d'une période de sûreté ou de la durée de la peine restant à subir.

* *Pièce à fournir* : **certificat médical** établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue (USMP ou service hospitalier dans lequel la personne détenue est hospitalisée), ou son remplaçant. Si aucun texte ne l'exige, il est opportun que ce certificat mentionne la date d'hospitalisation lorsqu'elle est connue afin de permettre à l'autorité judiciaire de la prendre en compte pour statuer.

* *Informations sur la procédure* : le **certificat médical** est transmis (par le SPIP ou par la personne condamnée détenue) à la juridiction de l'application des peines. Il est à noter que même si la personne a été condamnée à une peine de suivi socio-judiciaire, l'expertise psychiatrique prévue à l'article 712-21 CPP n'est pas exigée dans cette hypothèse (article 712-21 CPP). La décision relève de la compétence du juge de l'application des peines, y compris dans les hypothèses où le tribunal de l'application des peines aurait été compétent eu égard à la peine en cours d'exécution. Le juge suspend la peine sans débat contradictoire, avec l'accord du condamné ou de son avocat et après avis, même défavorable, du procureur de la République et du représentant de l'administration pénitentiaire.

2. Personnes prévenues détenues

Pour les personnes prévenues détenues atteintes de COVID-19, la procédure est prévue à l'article 147-1 CPP (*mise en liberté pour raison médicale lorsque l'état de santé de la personne est incompatible avec le maintien en détention, ou en cas de pronostic vital engagé*) :

* *Condition à remplir* : la personne prévenue doit être atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou son état de santé physique ou mentale doit être incompatible avec le maintien en détention.

A noter que l'autorité judiciaire compétente ne pourra ordonner la mise en liberté sur ce fondement qu'en l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction.

* *Pièce à fournir* : **expertise médicale** établissant que la personne prévenue détenue est atteinte d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que son état de santé physique ou mentale est incompatible avec le maintien en détention. Toutefois, **en cas d'urgence**, la mise en liberté peut être ordonnée au

16/04/2020



vu d'un **certificat médical** établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est prise en charge la personne détenue ou son remplaçant.

Il est à noter qu'en cas de test positif au Covid-19, il convient de le préciser sur l'attestation médicale, cette information étant de nature à aider à la prise de décision du juge. Toutefois, il ne s'agit pas d'une condition imposée par la réglementation. En outre, le passage au stade 3 conduit à une réduction de la pratique de tests de dépistage. En conséquence, de nombreux patients atteints du Covid-19 ne bénéficieront pas d'un tel test. Pour autant, même en l'absence de test, le médecin peut faire état d'un diagnostic de COVID-19 eu égard à son analyse clinique de l'état médical de la personne.

* *Informations sur la procédure* : l'autorité judiciaire compétente (selon les cas, le juge d'instruction, le juge des libertés et de la détention, le juge des enfants, le tribunal correctionnel...) peut ordonner cette mise en liberté d'office ou sur demande de l'intéressé. La transmission de ce certificat médical à l'autorité judiciaire peut donc suffire à la prise de décision, sans que le prévenu n'ait pour autant formulé de demande de mise en liberté.

Pour les personnes détenues prévenues fragiles mais non atteintes du COVID-19 qui solliciteraient leur mise en liberté pour raison médicale, elles devront produire **un certificat médical expliquant clairement les raisons pour lesquelles leur état de santé est incompatible avec un maintien en détention, notamment au vu du risque de surexposition au virus en détention**. L'autorité judiciaire compétente appréciera souverainement si ces éléments justifient une mise en liberté, au regard des conditions posées par l'article 147-1 du CPP et, le cas échéant, des éléments complémentaires qui lui seront adressés par l'administration pénitentiaire sur les conditions de détention de la personne et les aménagements susceptibles d'être mis en place afin de s'assurer que la personne ne soit pas exposée à la transmission du virus (encellulement individuel par exemple...).

En cas d'une décision de mise en liberté, cette dernière pourra être assortie d'un placement sous contrôle judiciaire ou d'une assignation à résidence sous surveillance électronique.

LIEN UTILE :

Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale

<http://www.justice.gouv.fr/bo/2018/20180831/JUSK1821900J.pdf>

16/04/2020



Etablissements pénitentiaires

MESURE DE PREVENTION DU CORONAVIRUS (COVID-19) POUR LES PERSONNES DETENUES PASSEES PAR UNE ZONE DE CIRCULATION ACTIVE DU VIRUS

Un nouveau coronavirus a été détecté en Chine fin décembre 2019.

Les symptômes évoquent principalement une infection respiratoire aiguë (fièvre, toux, essoufflement), et des complications pulmonaires de type pneumonie sont également décrites.

Les symptômes de la maladie peuvent apparaître jusqu'à 14 jours après un contact avec une personne malade et se manifestent par de la fièvre, de la toux ou des difficultés respiratoires.

D'après les données épidémiologiques disponibles à ce jour, ce nouveau coronavirus peut se transmettre d'homme à homme par voie respiratoire dans le cadre d'un contact rapproché et prolongé.

Le virus peut survivre quelques heures voire quelques jours dans l'environnement.

Les équipes soignantes des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) et les personnels pénitentiaires doivent se préparer à l'accueil inopiné de personnes détenues passées dans une zone de circulation du virus, notamment lors de la phase « arrivants ». Cette vigilance doit être observée dans tous les établissements pénitentiaires.

PREPARATION DE L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE ET DE SON UNITE SANITAIRE (USMP)

Il est attendu de l'USMP :

- D'organiser un stock de matériels et d'équipements de protection :
 - Des thermomètres sans contact ou à usage unique
 - Des masques (chirurgicaux et FFP2)
 - Des solutions hydro-alcooliques (SHA)
 - Des gants non stériles à usage unique
 - Des lunettes de protection
- De formaliser des procédures:
 - Une procédure de décontamination des locaux et surfaces de l'USMP (en cas de cas confirmé)– cf Avis du HCSP 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
 - Une procédure de gestion des DASRI

- De prévenir et sensibiliser les personnes détenues
 - Affichage dans chaque aile de détention pour inviter les personnes détenues à se manifester auprès de l'USMP si elles ont voyagé dans une des zones à risque au cours des 14 derniers jours, sans s'être manifestée lors de la consultation arrivant ou en cas d'apparition de symptômes.
 - Rappel des règles d'hygiène standard par voie d'affichage (cf. partie Mesures générales)

Il est attendu de l'administration pénitentiaire :

- De sensibiliser :
 - Diffusion auprès des personnels de surveillance des coordonnées des personnes à contacter en cas de doutes (pendant et en dehors des horaires d'ouverture de l'USMP) ;
 - Rappel des règles d'hygiène standard par voie d'affichage dans chaque aile de détention, à l'entrée de l'établissement pénitentiaire et dans les salles d'accueil des visiteurs (cf. partie Mesures générales).
- De mettre à disposition de son personnel, des personnes intervenant sous sa responsabilité et des personnes détenues du savon.
- De formaliser une procédure de décontamination du linge, des locaux et surfaces en détention **(en cas de cas confirmé)** – cf Avis du HCSP 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 (cf. ci-après)
- D'identifier des cellules individuelles pour héberger les personnes détenues concernées par les mesures de prévention. Le cas échéant, dans l'attente de la mise à disponibilité de ces cellules individuelles, il convient d'identifier un lieu susceptible d'accueillir plusieurs personnes revenant de zones de circulation du virus (permettant de respecter une distance d'1 mètre entre deux personnes détenues) ainsi qu'un lieu pour isoler la personne en attendant l'intervention d'une équipe médicale en cas de symptômes.

MESURES A METTRE EN ŒUVRE LORSQU'UNE PERSONNE DETENUE EST PASSEE PAR UNE ZONE OU LE VIRUS CIRCULE¹

DUREE DES MESURES :

Elles sont mises en place pour une durée d'au maximum 14 jours, à compter du dernier jour où la personne été présente dans une zone de circulation du virus (*Par exemple : une personne qui a quitté la Lombardie le 1er mars et a été placée en détention le 5 mars est concernée par ces mesures pendant 10 jours, jusqu'au 15 mars*).

REPERER / DEPISTER LES PERSONNES PASSEES DANS UNE ZONE DE CIRCULATION DU VIRUS (pour le personnel de l'USMP)

- Sur orientation du personnel de surveillance, en particulier au stade des formalités d'écrou.
- Lors de la consultation d'entrée avec l'USMP et lors des consultations de suivi.
- A la demande de la personne détenue.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE PERSONNE DE RETOUR DE ZONE DE CIRCULATION DU VIRUS

Il est impératif qu'une communication soit immédiatement établie entre le personnel de l'USMP et le chef de l'établissement pénitentiaire.

Il est attendu de l'USMP :

- De se reporter aux consignes générales nationales applicables aux professionnels de santé ;
- D'organiser la 1ère consultation médicale en cellule pour :
 - Délivrer à la personne détenue les informations concernant les mesures barrières, la surveillance prévue (notamment en terme de durée), les symptômes qui impliquent d'alerter l'unité médicale
 - Prendre une première fois sa température
 - Délivrer un thermomètre (plusieurs si plusieurs personnes concernées par la mesure présentes dans l'espace dédié)
 - Evaluer les autres besoins en santé de la personne ;
- De prendre la température de la personne détenue et l'interroger sur la survenue de symptômes.

La prise de température se fait :

¹ Une mise à jour quotidienne des zones à risque où circule le virus est réalisée et disponible sous <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

- Chaque matin ;
- Chaque soir ;
- A la demande du patient ou du personnel pénitentiaire en cas d'apparition de symptômes.

Pendant la nuit, en cas de sensation de fièvre, la personne vérifie elle-même sa température et alerte, le cas échéant, un personnel pénitentiaire désigné à cet effet.

- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de la cellule ;
- D'échanger, le cas échéant, avec l'unité médicale ayant pris en charge le patient avant son arrivée à l'établissement pénitentiaire (USMP de l'établissement pénitentiaire d'origine ou l'unité médicale du centre de rétention administrative d'origine).

Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- De placer la personne détenue dans une cellule individuelle Dans l'attente de l'identification de cellules individuelles réservées aux personnes à risque, un lieu susceptible d'accueillir plusieurs personnes asymptomatiques revenant de zones de circulation du virus. Dans ce cas, l'application des mesures barrières (lavage des mains, éviter les contacts proches en respectant une distance d'un mètre entre deux personnes détenues) doit être mise en place et expliquée à la personne accueillie (dans une langue qu'elle comprend) ;
- De fournir à la personne détenue du savon pour un lavage régulier des mains ;
- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de la cellule ;

S'agissant de l'entretien des locaux et de leur désinfection, il n'y a pas lieu de prendre des mesures particulières pour une personne n'ayant pas déclaré de symptômes.

En l'absence de fièvre ou de symptômes, il n'est pas nécessaire pour le personnel qui accompagne ou escorte la personne de porter un masque.

En cas de survenue de sensation de fièvre ou de symptômes en dehors du passage du personnel de l'USMP, la personne doit pouvoir alerter le personnel pénitentiaire à tout moment.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'APPARITION DE SYMPTOMES

En cas de fièvre supérieure ou égale à 38°C, ou de sensation de fièvre (frissons) ou de syndrome grippal (rhume, mal de gorge), ou en cas d'apparition d'une fatigue intense, de douleurs musculaires inhabituelles, de maux de tête :

Pendant les heures d'ouverture de l'USMP :

- L'USMP contacte immédiatement le Centre 15 ;
- Jusqu'à consigne du SAMU, la personne détenue porte un masque chirurgical, se lave les mains, et reste dans sa cellule (ou est conduite dans la pièce désignée à cet effet).

En dehors des heures d'ouverture de l'USMP :

- Le personnel de surveillance contacte immédiatement le Centre 15 ;
- Jusqu'à consigne du SAMU, la personne détenue porte un masque chirurgical, se lave les mains, et reste dans sa cellule (ou est conduite dans la pièce désignée à cet effet).

Dans tous les cas, le personnel au contact de la personne ayant des symptômes porte un masque.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE DIAGNOSTIC CONFIRME

Il est attendu de l'USMP :

- De se référer aux recommandations nationales pour les établissements de santé en ce qui concerne la gestion des cas confirmés (cf. guide PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19 Établissements de santé - Médecine de ville - Établissements médico-sociaux)
- En accord avec le SAMU, de prendre en charge le patient confirmé COVID-19 sans critère de gravité.
- De coopérer avec les acteurs sanitaires pour limiter la propagation et contribuer à l'enquête de l'ARS pour la recherche et le suivi des cas contacts.

Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- De placer le patient détenu cas confirmé sans critère de gravité pris en charge par l'USMP dans une cellule individuelle.
- De procéder au nettoyage des locaux ayant hébergé les personnes infectées par le coronavirus, avec un délai de latence avant d'intervenir, les coronavirus pouvant probablement survivre 3h sur des surfaces sèches.
 - Equiper les personnes en charge du nettoyage des sols et surfaces avec port d'une blouse à usage unique et de gants de ménage (le port de masque de protection respiratoire n'est pas nécessaire du fait de l'absence d'aérosolisation par les sols et surfaces)
- Nettoyage des sols: privilégier une stratégie de lavage-désinfection humide
 - Nettoyer les sols et surfaces avec un bandeau de lavage à usage unique imprégné d'un produit détergent,

- Rincer à l'eau du réseau d'eau potable avec un autre bandeau de lavage à usage unique,
- Laisser sécher,
- Désinfecter les sols et surface à l'eau de javel diluée avec un bandeau de lavage à usage unique différent des deux précédents.
- Pour le linge et les déchets, se rapporter à l'avis du HCSP du 18 février 2020.
- Coopérer avec les acteurs sanitaires pour limiter la propagation et contribuer à l'enquête de l'ARS pour l'identification de tous les contacts.

CONDUITE A TENIR LORS D'UNE SORTIE DE DETENTION :

Si la libération de la personne intervient alors qu'elle est en cours de quatorzaine, l'USMP rencontre la personne détenue dans le cadre d'une consultation sortant afin de lui transmettre toutes les recommandations nécessaires :

- Surveillance de sa température 2 fois par jour pour la durée restante ;
- Lavage régulier des mains ;
- Évitez de serrer les mains ou d'embrasser pour dire bonjour ;
- Limitation des activités non indispensables et de la fréquentation de lieux où se trouvent des personnes fragiles (hôpitaux, maternités, établissements d'hébergement pour personnes âgées...).

L'USMP lui indique également qu'en cas de fièvre ou sensation de fièvre, toux, difficultés à respirer, qu'elle doit contacter rapidement le SAMU-Centre 15 en signalant son passage ou voyage en zone à risque et ne pas se rendre directement chez le médecin ni aux urgences de l'hôpital.

Si la personne libérée sort sans hébergement, l'USMP doit contacter l'ARS.

En cas de permission de sortir, l'USMP rencontre la personne détenue afin de lui transmettre ces mêmes recommandations.

MESURES GENERALES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Afin d'éviter la transmission du COVID-19 mais également des virus de l'hiver qui donnent des symptômes similaires, il est recommandé de respecter les règles d'hygiène standard :

- Lavez-vous régulièrement les mains, si possible avec du savon liquide, en les frottant pendant 30 secondes. Rincez-les ensuite sous l'eau courante et séchez-les avec une serviette propre ou à l'air libre. Le lavage des mains doit devenir un réflexe : au minimum, avant de préparer le repas ou de manger, après s'être mouché, après avoir éternué ou toussé en mettant sa main

devant la bouche, après être passé aux toilettes, après avoir pris les transports en commun, après s'être occupé d'un animal et dès qu'on rentre chez soi ;

- Évitez de serrer les mains ou d'embrasser pour dire bonjour ;
- Servez-vous d'un mouchoir jetable pour vous moucher, tousser, éternuer ou cracher, et jetez-le aussitôt ;
- Toussez et éternuez dans votre coude.
- Ouvrez les fenêtres régulièrement pour aérer et diminuer la concentration en microbes.
- Évitez de serrer les mains ou d'embrasser pour dire bonjour.

LIENS UTILES

- ✓ Guide méthodologique : PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19 Établissements de santé - Médecine de ville - Établissements médico-sociaux
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf
- ✓ Santé Publique France (définition des cas, zones à risques, conduite à tenir pour les contacts) : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-situation-epidemiologique-internationale>
- ✓ Pour toute question non médicale : Plateforme numéro vert : **0800 130 000** (en français – ouvert 7j/7 de 9h à 19h, appel gratuit)
- ✓ Questions-réponses en ligne <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>
- ✓ Avis de la SF2H : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sf2h_mesures_hygiene_prise_en_charge_2019-ncov_280120_.pdf
- ✓ Avis du HCSP du 18 février 2020
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=761>

CONTACTS (à renseigner par chaque ARS avant diffusion aux USMP de la région)

ARS :

ETABLISSEMENT DE SANTE IDENTIFIE COVID-19 :



FICHE ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA COVID 19 DES PERSONNES DETENUES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

La présente fiche vise à proposer des éléments d'aide à l'organisation de la campagne de vaccination contre la covid-19 des personnes détenues en établissement pénitentiaire.

Les professionnels de santé sont invités à consulter régulièrement le Portofolio sur la vaccination sur le site du ministère de la santé pour prendre connaissance des doctrines actualisées sur le sujet :

Portofolio sur la vaccination anti-Covid-19 à destination des médecins et des infirmiers :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portfolio_vaccination_anticoovid_professionnels_de_sante.pdf

La campagne de vaccination contre la covid 19 a été lancée le 27 décembre 2020. Elle a débuté par les populations âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que par les personnels soignants âgés de 50 ans et plus et/ou avec des comorbidités. Elle a été étendue aux personnes vulnérables en situation de handicap et hébergées en maisons d'accueil spécialisées ou en foyers d'accueil médicalisés, aux aides à domicile et aux sapeurs-pompiers de plus de 50 ans et /ou avec des comorbidités.

La généralisation de la vaccination sera menée de manière progressive sur l'ensemble du territoire pendant toute l'année 2021 selon la priorisation proposée par la Haute Autorité de santé, à ce jour essentiellement basée sur l'âge.

La vaccination en population générale des plus de 75 ans et des personnes ayant une pathologie qui les expose à un très haut risque COVID, a débuté 18 janvier 2021 et sera mise en œuvre en fonction de la disponibilité des vaccins sur le territoire.



La campagne de vaccination contre la Covid-19 est réalisée avec plusieurs vaccins, livrés au fur et à mesure de leur autorisation de mise sur le marché et de leur mise à disposition. Les deux premiers vaccins concernés sont des vaccins à ARN messager : Comirnaty® (laboratoire Pfizer BioNTech) et le Covid-19 Vaccine Moderna. A moyen terme, le vaccin du laboratoire Astra Zeneca sera également disponible, lorsqu'il aura obtenu l'autorisation européenne de mise sur le marché.

La campagne de vaccination débute en établissement pénitentiaire chez les personnes détenues présentant les critères de priorisation retenus par le ministère de la santé. Elle s'adaptera en fonction de l'évolution des recommandations.

1. Modalités d'organisation générale de la campagne de vaccination

1.1 Recueil des besoins en vaccins

Il est nécessaire d'identifier les personnes détenues ciblées par les priorisations en vigueur présentes dans l'établissement pendant la ou les périodes de vaccination programmées par l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP). Cette identification se fait selon les critères de priorisation, en lien, le cas échéant, avec l'Administration pénitentiaire.

1.2 Commandes et acheminement des vaccins

Le vaccin Comirnaty® est un vaccin qui se conserve à -80° au sein d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) d'un établissement PIVOT.

L'USMP commandera les doses de vaccin directement à la PUI de l'établissement hospitalier dont il dépend. Deux cas de figure sont possibles :

- Soit cet établissement est un établissement pivot et il délivrera directement la quantité de vaccin demandée et les solvants et DM associés.
- Soit cet établissement n'est pas un établissement pivot et c'est la PUI de l'établissement de rattachement de l'USMP qui s'adressera à l'établissement pivot pour se faire livrer les quantités demandées qui seront ensuite réorientées vers l'USMP.

Le vaccin Moderna est un vaccin dont les conditions de conservation et de transport sont moins contraignantes entre -25°C et -20°C puis en armoire réfrigérée entre +2 et +8°C pendant 30 jours (modalités de distribution encore en cours).

Le vaccin d'Astra Zeneca est un vaccin dont les caractéristiques de transport et de conservation sont classiques (conservation en armoire réfrigérée entre +2 et +8°C). Il n'est pas encore disponible.

Tous ces vaccins sont actuellement conditionnés en multi doses.



Liens PUI/USMP

Compte tenu des contraintes liées à la conservation des vaccins actuellement disponibles, il est indispensable de s'assurer d'un **contact régulier réciproque entre PUI et USMP** afin de sécuriser et garantir un circuit de livraison optimisé, s'agissant du nombre de doses de vaccin nécessaires et solvants et DM associés, de la date de livraison des vaccins et de la personne responsable de la réception du produit.

1.3 Conditions de stockage et délais de vaccination

Les vaccins, en ce début de campagne, se présentent en flacon multi doses (6 ou 10 doses en fonction des vaccins), et nécessitent la préparation individuelle des doses injectables qui doivent être utilisées dans un délai contraint. Il est nécessaire de **se référer au RCP des produits et aux recommandations officielles actualisées** pour appliquer les consignes de conservation, de reconstitution et d'utilisation.

1.4 Modalités de vaccination

Il est laissé au choix des professionnels de santé les modalités d'information des personnes éligibles à cette vaccination.

Afin de déterminer les doses de vaccin à commander (pour les vaccins dont la durée de conservation est limitée), il est préférable de voir les patients en consultation afin de s'assurer, en amont de la commande, de l'absence de contre-indication temporaire ou définitive et de leur consentement.

Les modalités de vaccination sont les mêmes que pour une vaccination habituelle. Comme pour toute vaccination, le consentement ou le refus de vaccination est tracé dans le dossier médical. La vaccination peut être réalisée immédiatement ou dans un second temps si le patient le souhaite.

L'injection peut être réalisée par un médecin ou par une infirmière. Une supervision médicale est nécessaire pour les vaccins ARN messenger (médecin susceptible d'intervenir à tout moment).

Il convient d'appliquer le schéma vaccinal. Pour les vaccins Comirnaty® et Moderna, le schéma vaccinal comporte 2 doses espacées d'une durée de 28 jours.

La surveillance post vaccination, organisée dans les locaux de l'unité sanitaire, est d'une durée d'environ 15 minutes. Il est recommandé de disposer du matériel médical approprié en cas de survenue d'une réaction anaphylactique (trousse d'urgence avec adrénaline).

En cas de difficultés majeures et sur décision médicale, la vaccination peut être réalisée au sein du centre hospitalier de rattachement.

Utilisation des doses surnuméraires

Les flacons contenant plusieurs doses de vaccins, il est possible qu'il reste des doses supplémentaires après vaccination des personnes initialement ciblées. Afin d'utiliser la totalité des doses mises à disposition, il est proposé que le médecin puisse, au cas par cas, proposer la vaccination à des personnes détenues pour lesquelles les risques liés à la Covid 19 apparaissent majeurs.



Certificat de vaccination

Le certificat de vaccination est édité via la plateforme Vaccin Covid et doit être remis au patient à la première injection. Il comprend notamment la date de la première injection, le nom du vaccin administré et la date prévue de l'injection de la seconde dose.

Libération des personnes détenues après la première dose

L'USMP rappelle au patient la nécessité, en cas de libération, de réaliser la seconde dose à la date recommandée après la première dose et d'apporter son certificat de vaccination. Elle peut l'orienter vers le centre de vaccination public le plus proche.

Dès lors que l'USMP est informée d'une libération à venir, elle peut, en fonction de la situation, faciliter la prise de rendez-vous pour la seconde injection dans une structure adaptée. Une liste actualisée des centres de vaccination de son lieu de résidence peut également être fournie à la personne concernée.

1.5 Traçabilité de la vaccination

La vaccination doit être tracée via l'application nationale mise à **disposition Vaccin Covid** (cf. le portofolio).

Cette application a été lancée début janvier 2021 par la Direction Générale de la Santé et l'Assurance Maladie. Elle permet notamment d'assurer une traçabilité de la vaccination, d'éditer des fiches récapitulatives des injections, d'étudier la couverture vaccinale et, en corrélation avec les données de test, l'efficacité vaccinale, ainsi que d'organiser un renvoi contextualisé vers le portail des signalements.

Elle permet aussi d'organiser une publication transparente sur data.gouv des statistiques sur le nombre de personnes vaccinées.

L'application permet d'éditer un « certificat de vaccination » qui sera remis au patient. Lorsqu'il est édité après la première injection, la date de la seconde injection sera précisée.

Carte CPS et e-CPS

Il est nécessaire de pouvoir se connecter au logiciel, **soit via un lecteur de carte CPS, soit via une e-CPS** construite à partir de la carte CPS du vaccinateur. Une connexion internet (ordinateur fixe) et 4G/5G (génération d'un code d'identification sur le téléphone portable) sont indispensables.

Les modalités d'obtention de carte CPS ou de e-CPS figurent dans le portofolio.



2. Coordination entre l'Administration pénitentiaire et l'USMP dans le déroulement de la campagne de vaccination

Il est demandé que les chefs d'établissement :

- actualisent la liste des personnes détenues âgées de plus de 75 ans et de plus de 65 ans pour les prochaines semaines et la transmettent au médecin coordinateur ou à la personne désignée au sein de l'USMP ;
- informent, dans la mesure du possible, le médecin coordinateur ou la personne désignée au sein de l'USMP des personnes susceptibles de quitter l'établissement entre la première dose et la seconde dose. Cela suppose une étroite collaboration entre les chefs d'établissement et les médecins coordonnateurs tout au long de la campagne de vaccination.
- favorisent la transmission rapide, par les services pénitentiaires compétents, des informations nécessaires au Centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE) afin d'assurer une affiliation au régime de sécurité sociale dans les meilleurs délais ;
- sensibilisent les greffes sur l'importance de transmettre, le plus rapidement possible, le numéro de sécurité sociale à l'USMP.
- permettent exceptionnellement, le cas échéant, l'utilisation du téléphone mobile du professionnel vaccinateur dans les locaux de l'USMP pour permettre l'accès au logiciel « Vaccin Covid » les jours de vaccination si un lecteur de carte CPS ne peut être mis à disposition par l'hôpital de rattachement.

Il est demandé que les USMP :

- informent les chefs d'établissement des programmations prévisibles des périodes de vaccination qui pourraient générer un surcroît d'activité, dans l'objectif de faciliter les mouvements des personnes détenues.
- coordonnent la communication, avec les chefs d'établissement, sur la mise en place de la vaccination contre la Covid 19 dans l'établissement dès sa phase initiale puis au long de la campagne par toute voie possible (affichage, réseau interne de l'établissement, flyer, etc..). Elles pourront s'appuyer sur les ressources qui seront produites en direction du public dans le cadre de la vaccination contre la Covid-19 par les pouvoirs publics.