



HAL
open science

Mesure de l'Impact de l'équipe de prélèvement mobile Covid-19 sur la prise en charge des patients vivant en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes et en milieu médicalisé

Marc Lauribe

► **To cite this version:**

Marc Lauribe. Mesure de l'Impact de l'équipe de prélèvement mobile Covid-19 sur la prise en charge des patients vivant en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes et en milieu médicalisé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03240591

HAL Id: dumas-03240591

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03240591v1>

Submitted on 28 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
Sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée par

Marc Lauribe

Né le 06 08 1988 à Saintes

**Mesure de l'Impact
de l'équipe de
prélèvement mobile
Covid-19 sur la prise en
charge des patients
vivant en Etablissement
d'Hébergement de
Personnes Âgées
Dépendantes et en milieu
médicalisé**

**Thèse soutenue à Rennes
le 09.10.2020**

devant le jury composé de :

Pr Dominique SOMME

Chef de service de Gériatrie,
Hôpital Pontchaillou CHRU Rennes
Président du jury

Pr Louis SOULAT

Chef de service SAMU 35-SMUR-CESU 35-URGENCES adultes
Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Rapporteur

Pr Matthieu REVEST

Professeur d'Université, Praticien Hospitalier, Maladies
Infectieuses, CHRU Rennes
Examineur

Dr Céline FARGES

Pédiatre PH Service SAMU SMUR Urgences médico-chirurgicales
Adulte, CHRU de Rennes
Examineur / Directrice de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 2019 (01/09/2019)			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES 2019 (1/09/2019)			
NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	MCF associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MCF associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCF	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MCF associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MCF associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MCF associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Je dédie cette thèse à mon oncle Alain, parti trop vite...

Remerciements

Il est difficile de remercier toutes les personnes, pour leur aide, grâce à laquelle j'ai pu mener cette thèse à son terme, pourtant je tiens à leur témoigner ici ma profonde reconnaissance.

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur le Professeur Dominique Somme pour avoir accepté de présider mon jury de thèse et Monsieur le Professeur Louis Soulat qui me fait l'honneur également d'être le rapporteur de mon jury. Leur participation scientifique, ainsi que le temps qu'ils ont consacré à ma recherche et leurs remarques m'ont permis d'envisager mon travail sous un autre angle. Pour tout cela, je les remercie très vivement.

Je remercie également Monsieur le Docteur Mathieu Revest, pour l'honneur qu'il me fait d'être examinateur dans mon jury de thèse.

Je voudrais aussi grandement remercier, ma directrice de thèse, Madame le Docteur Céline Farges, pour toute son aide. Je suis heureux d'avoir pu travailler ce sujet avec elle, car outre son appui scientifique, elle a toujours été là pour me soutenir et me conseiller au cours de l'élaboration de cette thèse.

Je tiens à remercier particulièrement Madame Chloé Rousseau pour toutes nos discussions et pour ses conseils statistiques qui m'ont accompagné tout au long de la rédaction de cette thèse.

Je voudrais remercier Madame Barbara Balcon-Piatkowski, pour son aide inestimable dans la relecture de cette thèse.

Ce travail est aussi pour moi l'occasion de remercier toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études et notamment ces années de thèse.

Je pense particulièrement à mes parents, sans qui tout ce parcours n'aurait pas été possible. Papa, Maman merci du fond du cœur.

Je remercie aussi mes deux frères David et Frank qui ont toujours été là pour moi

Mes derniers remerciements vont à l'ensemble des membres de ma grande famille et à Sarra, qui ont tout fait pour m'aider, qui m'ont soutenu et surtout supporté dans tout ce que j'ai entrepris.

TABLE DES MATIERES

	Pages
DEDICACE ET REMERCIEMENTS	
1 INTRODUCTION	9
2 MATERIEL ET METHODE	10
2.1 Tenue de Prélèvement	
2.2 Réalisation du prélèvement	
2.3 Déclenchement de la procédure	
2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	
• pour les patients	
• pour les professionnels interrogés	
2.5 Questionnaire de l'enquête	
2.6 Méthodes statistiques	
2.7 Évaluation	
3 RESULTATS	13
4 DISCUSSION	14
4.1 Analyse des résultats	
4.2 Bénéfices et limites de l'étude	
5 CONCLUSION	17
6 TABLEAUX	18
7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEB	24
8 ANNEXES	26
8.1 Sigles et abréviations	
8.2 Questionnaire de l'enquête	
8.3 Protocole de prélèvement SAMU	
RÉSUMÉ MOTS CLES ABSTRACT	34

1 INTRODUCTION

La propagation de la Covid-19 est une pandémie lourde de conséquences en termes de bilan humain et de retombées économiques désastreuses. Elle révèle les limites des sociétés et des moyens sanitaires à travers le monde (1) depuis 2020.

La pandémie liée au coronavirus, Covid-19, ressemble sur plusieurs points à un certain nombre d'autres pandémies qui ont précédé à travers l'histoire, au premier rang desquelles les premières épidémies de grippe à l'échelle internationale, selon les différents rapports publiés par l'OMS (2).

Le Virus responsable de la maladie du coronavirus, encore nommé coronavirus-2 du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS-Cov-2), est un virus de la famille des coronavirus de type B (selon la classification de l'Institut Pasteur).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) annonce officiellement fin juillet 2020, que le nombre de cas Covid-19 recensés à l'échelle internationale s'élève à 17 millions de cas confirmés (weekly epidemiological update OMS (2)). Le nombre de décès s'élève aujourd'hui à plus de 900 000 (2). En France, au 11 mai 2020, l'institut Pasteur a mené une étude de modélisation qui suggère que 3 à 7% de l'ensemble de la population française a été touchée par le SRAS-CoV-2.

A l'échelle internationale, la mortalité associée à la Covid-19 tourne autour de 2 % (2). Elle dépend étroitement des critères d'âge (3-4-5), de la forme physique du patient et de ses comorbidités. L'organisation mondiale de la santé tient au quotidien un état de suivi de la maladie (2), avec des chiffres précis, concernant le nombre de décès, ainsi que leur localisation, ce qui permet d'identifier, pour la France, les départements à forte vulnérabilité au Covid-19.

Depuis le début de l'épidémie Sras-cov 2, nous constatons que face à la maladie, les personnes âgées sont les plus vulnérables (6-7). C'est en Angleterre qu'une étude menée (6) sur l'âge des patients atteints par le virus a été faite sur un échantillon de patients âgés de plus de 65 ans. Plus on est âgé, plus on a de probabilités d'avoir une maladie chronique et donc de décéder du SRAS-CoV-2. Les résultats de ces travaux préliminaires sont parus dans la revue Medrxiv (8).

Selon ces résultats, par rapport à la tranche d'âge 50-60 ans, le risque de décès par coronavirus à l'hôpital est doublé pour les sexagénaires, quintuplé pour les septuagénaires et multiplié par douze à partir de 80 ans (6-3-4).

En France, 19,6 % de la population globale a plus de 65 ans au premier janvier 2018 (9). La prise en charge de cette part de la population Française, dans le cadre de cette pandémie, est un enjeu sanitaire majeur car ces patients sont à la fois fragiles et vivent souvent en collectivité.

1 OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'évaluer dans quelle mesure l'intervention de l'équipe mobile de prélèvement Covid-19 du CHU de Rennes a permis d'éviter un passage inutile aux urgences chez les patients testés.

Le but est aussi d'observer l'évolution des mesures d'isolement chez ces patients au regard des résultats fournis.

Un autre objectif est de recueillir le ressenti des personnels des établissements d'hébergement de personnes âgées entrant dans l'étude, en regard de l'efficacité des moyens fournis par l'équipe mobile de prélèvement.

2 MATERIELS ET METHODES

Cette étude observationnelle, conduite auprès des soignants et du personnel des établissements de santé visités, est à visée descriptive.

Une équipe de prélèvement mobile, a été mise en place par le CHU de Rennes, afin de permettre une détection de *clusters* (ou foyers de contagion) et de pouvoir proposer une prise en charge adaptée à chaque patient. L'équipe est constituée d'un infirmier et d'un médecin qui effectuent les prélèvements et évaluent le patient sur son lieu de vie. Cette même équipe mobile Covid-19 s'est acquittée de formations à l'habillage, à la désinfection des objets, des personnes, des locaux et aux protocoles de ces prélèvements.

Les prélèvements pris en compte dans l'étude se sont déroulés du 18 mars 2020 au 15 mai 2020 et cela sur 83 EHPAD (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) ou autres établissements collectifs de personnes âgées dans le département de l'Ille et Vilaine.

Pour cette étude, nous avons décidé de répartir l'effectif des personnes interrogeables en 2 bras de tailles identiques. Ces deux groupes de 132 personnes interrogeables correspondent chacun à la moitié du temps d'intervention de l'équipe mobile à une semaine près, dans le but d'évaluer les éventuelles modifications dans les réponses des personnels au cours du temps.

2.1 Tenue de Prélèvement :

Afin d'effectuer les prélèvements dans les meilleures conditions de prévention de contamination, le professionnel porte la tenue complète de protection suivante : une sur-blouse à usage unique à manches longues, un tablier à usage unique, une protection complète de la chevelure type charlotte, des gants à usage unique, des lunettes de protection et un masque de protection ou Appareil de Protection Respiratoire (APR) de *type Filtering Face Piece 2* (FFP2) dont l'étanchéité au visage doit être vérifiée pour tout personnel de santé, avant d'entrer dans la chambre.

L'ensemble de la tenue de protection est systématiquement détruit suite à chaque prélèvement. La tenue est jetée dans un sac conteneur DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux), qui est mis dans le circuit d'élimination des déchets DASRI, selon le protocole en vigueur, si la structure de soins en est pourvue.

Dans le cas contraire, il est rapporté à l'Hôpital Ponchaillou pour être éliminé en suivant le circuit adapté. L'ensemble des déchets est emballé avec un suremballage de protection pour être transporté dans le véhicule du CHU.

2.2 Réalisation du prélèvement :

Le prélèvement est réalisé par l'équipe de prélèvement Covid-19 présente au sein de l'établissement de santé.

Type de prélèvement :

Le prélèvement est effectué en naso-pharyngé des voies respiratoires hautes au moyen d'un écouvillon (de type hydroflock), puis il est déchargé dans un tube de milieu de transport virologique (de type Remel microtest m4rt transport).

Conditions de prélèvement :

Lorsque cela est possible, et afin de limiter les risques de contamination, le prélèvement est réalisé par un seul soignant de l'équipe. L'autre soignant reste à l'extérieur de la chambre, afin de permettre le conditionnement du prélèvement dans l'emballage tertiaire. Si la présence des deux soignants de l'équipe est nécessaire auprès du patient, l'aide d'un professionnel de santé de l'EHPAD est sollicitée, afin de permettre le conditionnement du prélèvement dans l'emballage tertiaire à l'extérieur de la chambre.

Étapes de réalisation du prélèvement :

Après avoir mis en place les précautions complémentaires Covid-19, il faut réaliser les prélèvements avec des gants, exclusivement avec du matériel sécurisé et les placer dans un triple emballage. Un des 2 membres de l'équipe est dans la chambre du patient et réalise le prélèvement nasopharyngé. Il retire tout son équipement stérile avant de quitter la chambre du patient et il l'enferme dans un sac DASRI. Les prélèvements sont stockés dans un triple emballage qui comprend le tube pour le prélèvement (contenant primaire), un sachet d'emballage du tube (emballage secondaire) et une glacière (emballage tertiaire). Ce dernier reste à l'extérieur de la chambre.

Après le prélèvement, le contenant primaire est désinfecté à l'aide d'un détergeant virucide de type Surfa'safe et placé dans l'emballage secondaire dans la chambre. Puis, l'emballage secondaire est désinfecté avant sa sortie de la chambre.

L'emballage tertiaire est tenu ouvert par la personne équipée se situant à l'extérieur de la chambre. La personne à l'intérieur de la chambre place l'emballage secondaire dans l'emballage tertiaire, en prenant garde de ne pas toucher ni l'emballage tertiaire, ni le porteur.

L'emballage tertiaire est fermé par la personne située à l'extérieur de la chambre ou du lieu de prélèvement.

2.3 Déclenchement de la procédure :

Quand un médecin dans une structure de soins suspecte un cas covid-19 sein de son établissement, il contacte le SAMU 35. Après évaluation du cas avec le virologue et le médecin gériatre, et si le patient présente des signes d'infection Covid, l'équipe de prélèvement mobile du SAMU intervient.

2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour les patients

Critères d'inclusion :

Les patients doivent vivre en EHPAD, foyers logement ou collectivités, localisés dans le département 35 et dans le secteur d'intervention de référence du CHU de Rennes. Ils doivent par ailleurs, être en mesure de donner leur consentement éclairé et être âgé d'au moins 65 ans à la date du prélèvement. Une altération de l'état général de santé doit être constatée : fièvre, état grippal, atteinte des voies respiratoires, douleurs thoraciques et pour les cas les plus sérieux gêne respiratoire et une agueusie (10-11). Enfin, le patient doit être vivant au moment du passage de l'équipe.

Critères d'exclusion :

Le premier critère reste le consentement du patient. Si ce dernier exprime un refus, il est alors impossible de collaborer avec lui. Le patient de moins de 65 ans est exclu de l'étude. L'absence de signes cliniques évocateurs d'une infection représente un critère d'exclusion. Enfin le décès du patient avant le passage de l'équipe annule le prélèvement.

Pour le personnel interrogé :

Des critères et d'inclusion et d'exclusion s'appliquent également au personnel interrogé.

Critères d'inclusion :

Le personnel interrogé correspond aux critères de l'étude s'il occupe, au sein de l'établissement entrant dans l'enquête, un des postes suivants : médecin référent, infirmier-coordonateur ou cadre de santé, directeur de l'établissement ou, à défaut, directeur adjoint. Enfin, la personne interrogée doit faire partie de l'équipe de prise en charge des patients testés, au moment du passage de l'équipe.

Critères d'exclusion:

Ne pas être employé au sein de la structure visitée au moment du passage de l'équipe, refuser de répondre à l'enquête, ou encore ne pas occuper l'un des postes mentionnés ci-dessus constituent autant de critères d'exclusion. Il en va de même, si la personne interrogée ne fait pas partie de l'équipe de prise en charge des patients testés au moment du passage de l'équipe.

2.5 Questionnaire de l'enquête

Le questionnaire de l'enquête (cf. annexe 8.3) a été construit de la manière suivante.

Une première partie demande au professionnel de santé de préciser la date de sa réponse, le nom et le type d'établissement dans lequel il travaille et le poste qu'il occupe au sein de ce dernier.

Les 6 premières questions portent sur l'impact du prélèvement et sur les conséquences des résultats du test (négatif ou positif) sur les pratiques en lien direct avec le patient.

Les questions suivantes évaluent la qualité de l'aide apportée par l'équipe de prélèvement mobile aux professionnels, selon une échelle de 0 à 10 (0 traçant le total désaccord ou 10 le plein accord)

C'est un questionnaire volontairement court, afin que les professionnels de santé ne soient pas monopolisés par cette tâche et acceptent d'y répondre.

Il est présenté aux professionnels de santé en entretien individuel semi-directif par téléphone, il dure environ 5 minutes pour la réponse aux questions auxquelles peuvent s'ajouter éventuellement 5 minutes de commentaires ou de paroles libres.

2.6 Méthodes statistiques

Les groupes soignants versus administratifs sont comparés par un test non paramétrique de Mann-Whitney Wilcoxon car la normalité n'est pas respectée.

Les groupes 1er et 2eme moitié des personnels interrogés sont comparés par un test paramétrique du χ^2 ou non paramétrique de Fisher. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS, version 9.4.

3 RESULTATS

Le nombre d'établissements entrant dans l'étude est de 88. L'étude regroupe 283 patients testés dont 192 femmes (67,85 %) et 91 hommes (32,15 %), par l'équipe du CHU de Rennes. 18 d'entre eux ont entre 16 et 50 ans et résident dans des structures pour adultes handicapés et centres de soins pour migrants. Certains patients appartiennent à la population testée mais ne rentrent pas dans l'étude dans plusieurs cas de figures: soit, ils présentent eux même des critères d'exclusion (âge insuffisant), soit les patients ne sont pas en état de donner un consentement, car ils sont en situation de handicap mental ou de précarité (patient migrant ne parlant pas français)

L'exclusion de l'étude peut aussi venir de leur type de lieu de vie: soit leur structure de résidence, soit le personnel qui les prend en charge ne présentent pas les critères d'inclusion requis. La structure ne peut pas être incluse, dans le cas où elle n'est pas médicalisée, dans ce cas, le personnel de ces établissements n'a pas été interrogé pour être inclus dans l'étude.

Donc, dans tous ces cas particuliers les patients, sont exclus de la liste des patients entrant dans l'étude, car ils sont suivis dans une structure ne répondant pas aux critères d'inclusion.

Le nombre de personnes interrogées est de 264. 169 d'entre elles ont répondu à l'enquête. Ce qui correspond à un taux de réponse de 64%. 95 personnels de santé et administratif n'ont pas pu ou ont refusé de répondre au questionnaire. Parmi ces 95 personnes, 22 étaient en arrêt maladie (notamment pour syndrome d'épuisement professionnel). Au moment de l'étude, la date de leur retour dans l'établissement n'était pas connue. 27 personnes ne travaillaient plus dans l'établissement au moment de répondre. Elles n'ont donc pu être interrogées et leurs remplaçants n'ont pas pu être inclus dans l'étude. 14 personnes ont refusé de répondre à l'étude et 22 n'ont pas donné suite à notre sollicitation. Les 10 enquêtes manquantes correspondent à des postes non pourvus dans l'établissement (pas d'infirmier ou pas de médecin).

Sur les 283 patients testés, la moyenne d'âge est de 85,3 ans. On constate un écart type de 13,98 ans avec un premier quartile à 83,38 ans. L'âge médian est à 89,02 ans et le 3ème quartile est à 92,37. Sur ces 283 patients. Parmi les 41 personnes testées positives, la moyenne d'âge est à 85,9 ans avec un écart type de 14,77 ans. Le premier quartile est à 86,16, la médiane à 89,63 et le troisième quartile à 91,62. Parmi les 239 personnes testées négatives, la moyenne d'âge est de 85,07 ans et

l'écart type à 13,92 ans pour le premier quartile, 82,99 est la médiane, 88,57 est le troisième quartile 92,37.

Le tableau 2 présente les résultats des réponses aux questionnaires, selon la population des répondants: soignants ou non, ou population globale

Dans le tableau 3 l'analyse compare le résultat des réponses, selon la date à laquelle le questionnaire a été soumis aux professionnels de santé ou aux administratifs interrogés, selon les deux groupes définis par l'étude.

73% des personnes interrogées pensent qu'ils auraient envoyé leurs patients aux urgences ou à l'hôpital si l'équipe de prélèvement mobile n'était pas intervenue. Ainsi, grâce à l'intervention de cette dernière des hospitalisations ont très certainement pu être évitées.

4 DISCUSSION :

4.1 Analyse des résultats

Le Tableau 1 montre l'évolution de la capacité de test de l'équipe mobile. L'analyse du tableau 1 et du graphique 1 permettent de mettre en évidence les éléments suivants:

La semaine 15 du 6 avril 2020 (troisième semaine de l'étude) présente le plus de cas positifs/ patients testés et correspond au pic de l'épidémie. La semaine 16 (1 mois après la date du début de confinement national) représente un tournant. En effet, on recense toujours autant de cas suspects mais le nombre de cas positifs s'effondre: on constate un début d'efficacité de la règle de confinement. On remarque, que 192 femmes ont été testées contre seulement 91 hommes, ce qui ne correspond pas aux ratios observés ailleurs (12).

Le graphique 2 montre également la progression journalière du nombre cumulé de cas avec 2 plateaux dont le premier autour du 24 mars et le deuxième autour du 1er mai (13). Le premier plateau correspond exactement à deux semaines post-confinement et le deuxième à un mois post confinement, à l'échelle nationale on remarque que le nombre de cas chute drastiquement la semaine du 18 avril en passant de 4574 cas confirmés (dans les EPHADs) à 1327 cas confirmés le 24 avril, ce qui précède à une diminution durable dans les semaines qui suivent. La courbe s'infléchit à partir du 14 avril (13).

Les tableaux 2 et 3 récapitulent les réponses données aux questionnaires soumis aux professionnels enquêtés.

Pour mémoire nous rappelons que le tableau 2 donne les réponses aux questions selon un tri soignants / non-soignants, et que le tableau 3 donne les réponses aux questions selon un tri début de l'étude / fin de l'étude. Les réponses des soignants travaillant dans les structures de soins visitées dans la première moitié de la phase de tests RT-PCR ont été comparées aux réponses des soignants travaillant dans l'autre moitié des établissements. Le ressenti des équipes concernées, est unanime sur la question de l'accompagnement moral et physique. L'aspect psychologique de notre intervention reste une expérience perçue de manière positive (14). On remarque une légère différence de ressenti entre l'équipe soignante et l'équipe administrative. Cependant on note une différence significative

dans les réponses à la question n°4 sur les mesures éventuelles allégées de confinement. Les soignants ont plus souvent utilisé le résultat de la PCR, pour lever l'isolement du patient, alors que les personnel administratif ont appliqué le principe de précaution et ont maintenu l'isolement dans un plus grand nombre de cas, malgré un résultat négatif. Par ailleurs, nous pouvons constater que les personnes interrogées ont observé un meilleur délai de restitution des résultats dans la 2ème moitié de la phrase d'intervention. Cela montre que les moyens que l'hôpital allouent à cet effet, sont supérieurs à la fin de la prise en charge, car nous arrivons à traiter plus de demandes et cela plus rapidement.

À la question n°5 (Des mesures plus drastiques ont-elles-été prises au sein de votre établissement, suite à un retour positif des tests faits sur des patients suspectés covid-19?) seulement 44 soignants ont été confrontés à des cas positifs et ont pu répondre à la question. La réponse à la Question n°3 (Votre établissement de santé a-t-il bénéficié de prélèvements covid-19 réalisés par d'autres circuits que celui de l'équipe mobile du CHU ou celle de Saint Malo?) montre que dans 50 % des cas, nous sommes le seul recours de tests pour les établissements. Ceci montre tout l'intérêt de l'intervention de notre équipe car 50% des lieux sont hors couverture sans notre intervention.

L'analyse des réponses à la question n°2 (Si notre équipe de prélèvement mobile n'avait pas réalisé ce test, le patient aurait-il pu quand même être testé via un autre circuit ou une autre structure ?) met en évidence que dans 74 % des cas les patients n'étaient pas en mesure d'être déplacés. Des prélèvements mobiles étaient donc nécessaires.

Les réponses aux questions, n°8 (Etes- vous d'accord avec la phrases suivante : les délais d'intervention entre la demande et l'intervention sont satisfaisants?) et n°9 (Etes-vous d'accord avec la phrases suivante : dans le cas de l'annonce d'un résultat, les délais entre l'annonce du résultat et prélèvement étaient-il satisfaisant ?) montrent l'évaluation de l'opération en termes de délais. Ainsi l'opération reste satisfaisante en termes de résultats car la médiane des réponses est à 8 sur 10, avec pour la question n°8 un premier quartile à 8. Il y a donc une très faible dispersion des résultats.

Les réponses à la question n°10 (Etes-vous d'accord avec la phrases suivante : l'intervention d'une équipe médicale mobile au sein de votre établissement, vous a fait vous sentir moins isolés, plus accompagnés face à cette crise?) confirment l'impression que nous avons pu réellement soutenir les équipes qui étaient dans des structures périphériques et que cela a permis une décentralisation des soins.

4.2 Bénéfices et limites de cette étude

Chaque personnel de santé répond à un seul questionnaire concernant tous les patients de sa structure qui ont été testés. Les réponses sont donc données pour toute la structure et non pas au nom de chaque patient, ce qui fait perdre en précision : dans les questions 1 à 3 une réponse positive pour un seul patient entraine une réponse positive pour toute la structure. Il serait intéressant de repenser une étude ou un questionnaire qui seraient soumis au soignant pour chaque patient au moment du prélèvement.

Beaucoup de ces soignants n'ont pu être inclus dans l'étude par manque de temps et parce que la durée entre le premier patient testé et le dernier médecin interrogé s'étale sur plus de 2 mois, ce qui a augmenté le nombre de soignants perdus de vue.

La durée entre le début des tests et la fin des interrogatoires étant importante, cela a pu fausser les résultats dans la mesure où le personnel de santé se base sur ses souvenirs pour répondre au questionnaire. Le nombre de soignants qui répond à chaque question varie car ils ne se souviennent pas toujours des réponses. Il serait également intéressant de réaliser une autre étude plus centrée sur le bien-être des soignants au travail. En effet, nous remarquons un certain nombre de perdus de vue car les personnes interrogées ont cessé leur activité ou étaient en arrêt de travail pour syndrome d'épuisement professionnel (14). Cette nouvelle étude pourrait alors aborder le niveau de stress et du bien-être au travail dans les différentes structures où l'équipe est intervenue, versus des structures où aucune équipe n'est passée.

Une telle réorganisation des filières de soins, nous pousse aujourd'hui à repenser l'organisation des urgences notamment, où de telles pandémies nécessitent des moyens matériels et humains extraordinaires. Un des bénéfices de cette étude montre un retour d'expérience positif d'une réorganisation rapide de l'offre de soins à l'occasion de cette crise et particulièrement l'offre de géro-urgences. (15-16-17)

Par ailleurs, les entretiens de type semi-directifs ont été faits sous forme d'entretiens téléphoniques, il y a donc un risque d'orienter les réponses des sujets interrogés. En outre, une mauvaise qualité de la communication, des données mal comprises, ont dans certains cas altéré la qualité de l'entretien, ainsi que son déroulement. Nous avons aussi été confrontés à des médecins qui travaillaient dans plusieurs structures sur la même période, il y avait donc un risque que ces derniers mélangent certaines réponses, ainsi que certains cas. Nous avons veillé à bien restituer l'ensemble des informations, pour que les entretiens soient menés dans les meilleures conditions possibles.

Parmi les défauts de notre étude, nous n'avons pas de population témoin afin de vérifier s'il y a une différence de nombre d'hospitalisations, entre le bras témoin et le bras test. En effet, pour des raisons éthiques, nous ne pouvions pas refuser de tester certains patients, une fois l'indication posée (18-19-20), où au moment des prélèvements les seules mesures de prévention efficaces restaient l'isolement des patients détectés positifs. C'est pourquoi nous ne pouvions pas priver les structures qui, qui nous sollicitaient de tests, afin de réaliser une étude plus rigoureuse. En effet, une hospitalisation longue pour les patients de plus de 65 ans, ou un isolement prolongé pour cette population fragile est un facteur de risque supplémentaire pour leur santé physique et mentale (21). Les chiffres que nous avons obtenus correspondent à un ressenti des soignants, ce qui n'est pas une donnée strictement mesurable de façon rigoureusement reproductible avec les moyens d'enquête que nous avons.

5 CONCLUSION

Les pandémies comme celles de la Covid-19 sont heureusement rares. Néanmoins leur caractère peu prévisible et leur gravité peuvent avoir, on le voit aujourd'hui, de lourdes conséquences humaines, économiques et même sociologiques. Il est donc nécessaire, non seulement, d'étudier ces maladies, mais aussi leurs conditions de prise en charge, afin de permettre leur optimisation. La compréhension de leurs dangers, ainsi que leurs enjeux, par les soignants et le personnel administratif, dans le type de structures que nous avons eu l'occasion de visiter, peut conduire à mieux prendre en charge les autres épidémies et pandémies potentielles à l'avenir. Dans cette situation de crise inédite, devant la menace de surcharge des filières conventionnelles de soins, la gravité de la situation a poussé les acteurs de santé à créer des parcours de soins alternatifs. Ces nouvelles organisations de prise en charge en amont des urgences ont eu le mérite d'alléger la charge de travail conséquente de ces dernières. Enfin, le déplacement inutile des plus fragiles a pu être évité et le risque d'exposition au virus dans l'établissement hospitalier s'en est vu réduit.

6 TABLEAUX

Tableau 1 : Description des résultats par semaine

Variable	Résultats				
	Population globale (n=283)	Positifs (n=41)	Négatifs (n=239)	Refus (n=2)	A contrôler (n=1)
Semaines	283	41	239	2	1
S12	34 (12.0%)	3 (7.3%)	31 (13.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S13	54 (19.1%)	9 (22.0%)	44 (18.4%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)
S14	26 (9.2%)	4 (9.8%)	22 (9.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S15	64 (22.6%)	17 (41.5%)	46 (19.2%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)
S16	56 (19.8%)	6 (14.6%)	49 (20.5%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)
S17	29 (10.2%)	1 (2.4%)	28 (11.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S18	9 (3.2%)	1 (2.4%)	8 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S19	6 (2.1%)	0 (0.0%)	6 (2.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
S20	5 (1.8%)	0 (0.0%)	5 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Paramètres qualitatifs : Effectif (%).

Graphique 2 : Pourcentage cumulé des résultats positifs

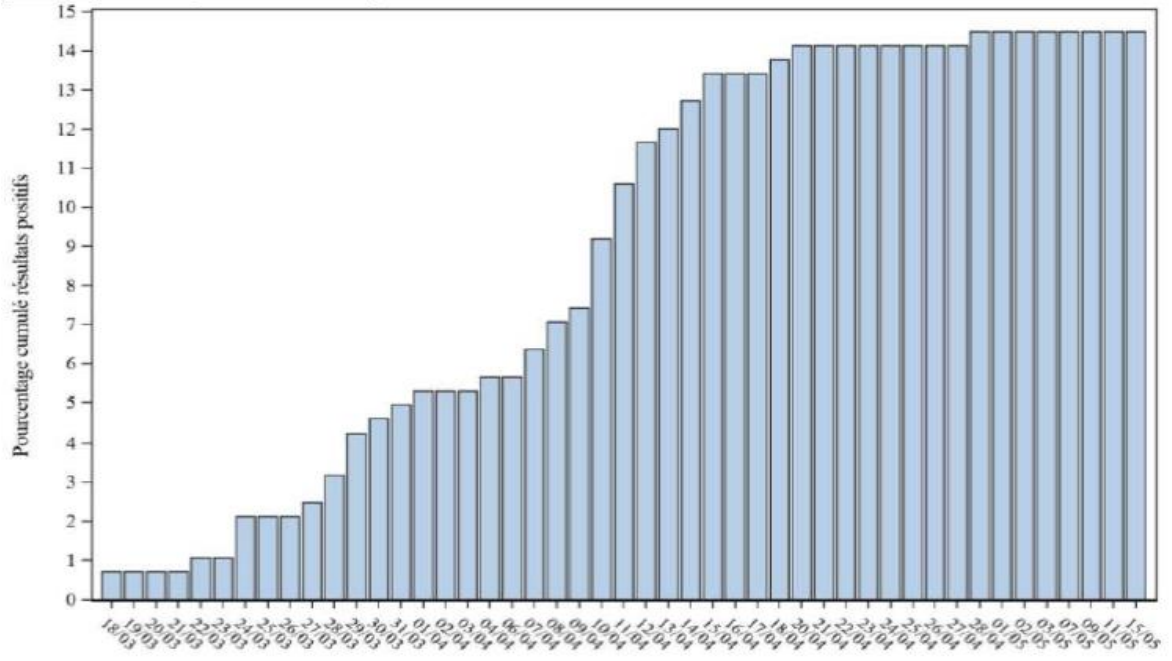


Tableau 2 : Description du questionnaire

Variable	Population globale (n=261)	Soignants (med+inf) (n=174)	Non soignants (dir) (n=87)	P
Q1(hospitalisation évitée)	159 (102)	108 (66)	51 (36)	p = 0.2199 (K)
Non	43 (27.0%)	26 (24.1%)	17 (33.3%)	
Oui	116 (73.0%)	82 (75.9%)	34 (66.7%)	
Q2(autre circuit)	168 (93)	112 (62)	56 (31)	p = 0.8026 (K)
Non	125 (74.4%)	84 (75.0%)	41 (73.2%)	
Oui	43 (25.6%)	28 (25.0%)	15 (26.8%)	
Q3 (solution alternative)	168 (93)	113 (61)	55 (32)	p = 0.2968 (K)
Non	83 (49.4%)	59 (52.2%)	24 (43.6%)	
Oui	85 (50.6%)	54 (47.8%)	31 (56.4%)	
Q4 (levée d'isolement)	168 (93)	111 (63)	57 (30)	p = 0.0488 (K)
Non	33 (19.6%)	17 (15.3%)	16 (28.1%)	
Oui	135 (80.4%)	94 (84.7%)	41 (71.9%)	
Q5 (renforcement gestes barrières)	44 (217)	29 (145)	15 (72)	p = 0.7184 (K)
Non	16 (36.4%)	10 (34.5%)	6 (40.0%)	
Oui	28 (63.6%)	19 (65.5%)	9 (60.0%)	
Q6 (comment ?)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.9213 (F)
0	74 (46.3%)	50 (45.5%)	24 (48.0%)	
1	2 (1.3%)	1 (0.9%)	1 (2.0%)	
1,2	3 (1.9%)	2 (1.8%)	1 (2.0%)	
1,2,3	11 (6.9%)	7 (6.4%)	4 (8.0%)	
1,2,3,4	14 (8.8%)	10 (9.1%)	4 (8.0%)	
1,3	9 (5.6%)	5 (4.5%)	4 (8.0%)	
1,3,4	2 (1.3%)	1 (0.9%)	1 (2.0%)	
1,4	13 (8.1%)	11 (10.0%)	2 (4.0%)	
2	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	
2,3	5 (3.1%)	4 (3.6%)	1 (2.0%)	
2,3,4	2 (1.3%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)	
2,4	6 (3.8%)	4 (3.6%)	2 (4.0%)	
3	3 (1.9%)	3 (2.7%)	0 (0.0%)	
3,4	9 (5.6%)	6 (5.5%)	3 (6.0%)	
4	6 (3.8%)	4 (3.6%)	2 (4.0%)	
Q6 0 (néant)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.7647 (K)
Non	86 (53.8%)	60 (54.5%)	26 (52.0%)	
Oui	74 (46.3%)	50 (45.5%)	24 (48.0%)	
Q6 1 (secteur dédié)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.9640 (K)
Non	106 (66.3%)	73 (66.4%)	33 (66.0%)	
Oui	54 (33.8%)	37 (33.6%)	17 (34.0%)	
Q6 2 (mobilité du personnel)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.9614 (K)
Non	118 (73.8%)	81 (73.6%)	37 (74.0%)	

Variable	Population globale (n=261)	Soignants (med+inf) (n=174)	Non soignants (dir) (n=87)	P
Oui	42 (26.3%)	29 (26.4%)	13 (26.0%)	
Q6 (surveillance patients)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.9463 (K)
Non	105 (65.6%)	72 (65.5%)	33 (66.0%)	
Oui	55 (34.4%)	38 (34.5%)	17 (34.0%)	
Q6 4 (autres)	160 (101)	110 (64)	50 (37)	p = 0.4126 (K)
Non	108 (67.5%)	72 (65.5%)	36 (72.0%)	
Oui	52 (32.5%)	38 (34.5%)	14 (28.0%)	
Q7 (formation)	113 (148)	77 (97)	36 (51)	p = 0.0350 (W)
	6.38 ± 2.99 (0.00 ; 4.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 10.00)	6.70 ± 2.96 (0.00 ; 5.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	5.69 ± 2.96 (0.00 ; 3.00 ; 7.00 ; 8.00 ; 10.00)	
Q8 (délai d'intervention)	169 (92)	112 (62)	57 (30)	p = 0.4004 (W)
	8.27 ± 1.87 (0.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 10.00 ; 10.00)	8.22 ± 2.11 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00 ; 10.00)	8.35 ± 1.29 (5.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	
Q9 (délai résultat)	169 (92)	112 (62)	57 (30)	p = 0.4630 (W)
	7.27 ± 2.14 (0.00 ; 6.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	7.33 ± 2.16 (0.00 ; 6.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	7.14 ± 2.13 (0.00 ; 6.00 ; 7.00 ; 9.00 ; 10.00)	
Q10 (accompagnement)	169 (92)	112 (62)	57 (30)	p = 0.6295 (W)
	8.09 ± 2.20 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 9.00 ; 10.00)	8.15 ± 2.17 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 9.00 ; 10.00)	7.98 ± 2.27 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 9.00 ; 10.00)	

Paramètres qualitatifs : Effectif (%), tests du χ^2 (K) ou de Fisher (F).

Paramètres quantitatifs : Moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max), test de Mann-Whitney Wilcxon (W).

Tableau 3 : Description du questionnaire selon la date de réponse

Variable	Population globale (n=264)	1ère moitié des répondants (n=132)	2ème moitié des répondants (n=132)	P
Q1 (hospitalisation évitée)	159 (105)	86 (46)	73 (59)	p = 0.6522 (K)
Non	43 (27.0%)	22 (25.6%)	21 (28.8%)	
Oui	116 (73.0%)	64 (74.4%)	52 (71.2%)	
Q2 (autre circuit)	168 (96)	91 (41)	77 (55)	p = 0.4161 (K)
Non	125 (74.4%)	70 (76.9%)	55 (71.4%)	
Oui	43 (25.6%)	21 (23.1%)	22 (28.6%)	
Q3 (solution alternative)	168 (96)	90 (42)	78 (54)	p = 0.0909 (K)
Non	83 (49.4%)	39 (43.3%)	44 (56.4%)	
Oui	85 (50.6%)	51 (56.7%)	34 (43.6%)	
Q4 (levée d'isolement)	168 (96)	91 (41)	77 (55)	p = 0.4076 (K)
Non	33 (19.6%)	20 (22.0%)	13 (16.9%)	
Oui	135 (80.4%)	71 (78.0%)	64 (83.1%)	
Q5 (renforcement gestes barrières)	44 (220)	30 (102)	14 (118)	p = 0.1595 (K)
Non	16 (36.4%)	13 (43.3%)	3 (21.4%)	
Oui	28 (63.6%)	17 (56.7%)	11 (78.6%)	
Q6 (comment ?)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.0213 (F)
0	74 (46.3%)	37 (45.1%)	37 (47.4%)	
1	2 (1.3%)	2 (2.4%)	0 (0.0%)	
1,2	3 (1.9%)	2 (2.4%)	1 (1.3%)	
1,2,3	11 (6.9%)	8 (9.8%)	3 (3.8%)	
1,2,3,4	14 (8.8%)	11 (13.4%)	3 (3.8%)	
1,3	9 (5.6%)	3 (3.7%)	6 (7.7%)	
1,3,4	2 (1.3%)	0 (0.0%)	2 (2.6%)	
1,4	13 (8.1%)	9 (11.0%)	4 (5.1%)	
2	1 (0.6%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)	
2,3	5 (3.1%)	0 (0.0%)	5 (6.4%)	
2,3,4	2 (1.3%)	0 (0.0%)	2 (2.6%)	
2,4	6 (3.8%)	3 (3.7%)	3 (3.8%)	
3	3 (1.9%)	0 (0.0%)	3 (3.8%)	
3,4	9 (5.6%)	4 (4.9%)	5 (6.4%)	
4	6 (3.8%)	3 (3.7%)	3 (3.8%)	
Q6 0 (néant)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.7692 (K)
Non	86 (53.8%)	45 (54.9%)	41 (52.6%)	
Oui	74 (46.3%)	37 (45.1%)	37 (47.4%)	
Q6 1 (secteur dédié)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.0143 (K)
Non	106 (66.3%)	47 (57.3%)	59 (75.6%)	
Oui	54 (33.8%)	35 (42.7%)	19 (24.4%)	
Q6 2 (mobilité du personnel)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.3736 (K)
Non	118 (73.8%)	58 (70.7%)	60 (76.9%)	
Oui	42 (26.3%)	24 (29.3%)	18 (23.1%)	

Variable	Population globale (n=264)	1ère moitié des répondants (n=132)	2ème moitié des répondants (n=132)	P
Q6 3 (surveillance patients)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.4663 (K)
Non	105 (65.6%)	56 (68.3%)	49 (62.8%)	
Oui	55 (34.4%)	26 (31.7%)	29 (37.2%)	
Q6 4 (autres)	160 (104)	82 (50)	78 (54)	p = 0.2580 (K)
Non	108 (67.5%)	52 (63.4%)	56 (71.8%)	
Oui	52 (32.5%)	30 (36.6%)	22 (28.2%)	
Q7 (formation)	113 (151)	63 (69)	50 (82)	p = 0.6658 (W)
	6.38 ± 2.99 (0.00 ; 4.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 10.00)	6.59 ± 2.88 (0.00 ; 6.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 10.00)	6.12 ± 3.12 (0.00 ; 3.00 ; 7.50 ; 8.00 ; 10.00)	
Q8 (délai d'intervention)	169 (95)	90 (42)	79 (53)	p = 0.3887 (W)
	8.27 ± 1.87 (0.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 10.00 ; 10.00)	8.11 ± 2.06 (0.00 ; 8.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	8.44 ± 1.63 (1.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00 ; 10.00)	
Q9 (délai résultat)	169 (95)	90 (42)	79 (53)	p = 0.0031 (W)
	7.27 ± 2.14 (0.00 ; 6.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	6.78 ± 2.33 (0.00 ; 5.00 ; 7.00 ; 9.00 ; 10.00)	7.82 ± 1.76 (3.00 ; 7.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00)	
Q10 (accompagnement)	169 (95)	90 (42)	79 (53)	p = 0.2205 (W)
	8.09 ± 2.20 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 9.00 ; 10.00)	8.01 ± 2.14 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 9.00 ; 10.00)	8.19 ± 2.28 (0.00 ; 8.00 ; 9.00 ; 10.00 ; 10.00)	

Paramètres qualitatifs : Effectif (%), tests du χ^2 (K) ou de Fisher (F).

Paramètres quantitatifs : Moyenne ± écart-type (min ; Q1 ; médiane ; Q3 ; max), test de Mann-Whitney Wilcoxon (W).

7 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEB

1.
Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*. 30 avr 2020;382(18):1708-20.
2.
Organisation Mondiale de la Santé. Nouveau coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3.
Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 17 mars 2020;323(11):1061-9.
4.
Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China - *The Lancet* [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
5.
Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 15 févr 2020;395(10223):497-506.
6.
Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 1 juin 2020;20(6):669-77.
7.
Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* [Internet]. 28 févr 2020 [cité 19 sept 2020]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092819/>
8.
OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. | *medRxiv* [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1>
9.
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
10.
Fried LP, Storer DJ, King DE, Lodder F. Diagnosis of illness presentation in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. févr 1991;39(2):117-23.
11.
Beloosesky Y, Weiss A, Hershkovitz A, Grinblat J. Atypical illness presentation in the elderly. *Isr Med Assoc J*. juill 2000;2(7):540-3.
12.
Jin J-M, Bai P, He W, Wu F, Liu X-F, Han D-M, et al. Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Front Public Health* [Internet]. 2020 [cité 19 sept 2020];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00152/full?fbclid=IwAR0XDXTxFYHjGCEg3M2QSKfFdbUtqtUlwgqyDdwxunyZIn-vvLSNvhHxhA>

13. Gouvernement Français. Info coronavirus covid 19 - carte et donnees covid 19 en france [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 26 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>
14. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus*. 4 avr 2020;12(4):e7538.
15. Whiteside T, Kane E, Aljohani B, Alsamman M, Pourmand A. Redesigning emergency department operations amidst a viral pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020;38(7):1448-53.
16. Silvagni E, Cipriani MS, Valenti I. How to organize an Emergency Department during the COVID-19 pandemic. *J Popl Ther Clin Pharmacol*. 15 juin 2020;27(SP1):e11-3.
17. Quah LJJ, Tan BKK, Fua T-P, Wee CPJ, Lim CS, Nadarajan G, et al. Reorganising the emergency department to manage the COVID-19 outbreak. *International Journal of Emergency Medicine*. 17 juin 2020;13(1):32.
18. Netgen. Infection COVID-19 chez les personnes âgées en Suisse Romande. Un état des lieux entre croyances, convictions et certitudes [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-691-2/Infection-COVID-19-chez-les-personnes-agees-en-Suisse-Romande.-Un-etat-des-lieux-entre-croyances-convictions-et-certitudes>
19. Sun Q, Qiu H, Huang M, Yang Y. Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province. *Annals of Intensive Care*. 18 mars 2020;10(1):33.
20. Liu X, Zhou H, Zhou Y, Wu X, Zhao Y, Lu Y, et al. Risk factors associated with disease severity and length of hospital stay in COVID-19 patients. *J Infect*. juill 2020;81(1):e95-7.
21. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *Am J Public Health*. mai 2015;105(5):1013-9.

8 ANNEXES

8.1 Sigles et abréviation

APR Appareil de Protection Respiratoire

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID : COrona Vlrus Disease

CNR : Centres Nationaux de Références

DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FFP2 Filtering Face Piece 2

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHA : Produit Hydro Alcoolique

RT-PCR : Reverse-Transcription-Polymerase Chain Reaction

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgent

SHA : Solution Hydro Alcoolique

SPF : Santé Publique France (Agence Nationale de Santé Publique)

SRAS-COV-2 : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère COronaVirus

8.2 Questionnaire

Date :

Nom de l'établissement de santé :

Poste occupé au sein de l'établissement :

Question 1 :

- Si le prélèvement n'avait pas été fait au sein de votre EHPAD, cela aurait-il mené à une hospitalisation du patient concerné? oui/non

Question 2 :

- Si notre équipe de prélèvement mobile n'avait pas réalisé ce test, le patient aurait-il pu quand même être testé via un autre circuit ou une autre structure ?

Question 3 :

- Votre établissement de santé a-t-il bénéficié de prélèvements covid-19 réalisés par d'autres circuits que celui de l'équipe mobile du CHU ou celle de Saint Malo?

Question 4 :

- Le résultat négatif a-t-il permis de lever le confinement du patient et ainsi à revenir à des précautions gouttelettes et contact simple?

Question 5 :

- Des mesures plus drastiques ont-elles-été prises au sein de votre établissement suite à un retour positifs des tests faits sur des patients suspectés covid-19 ?

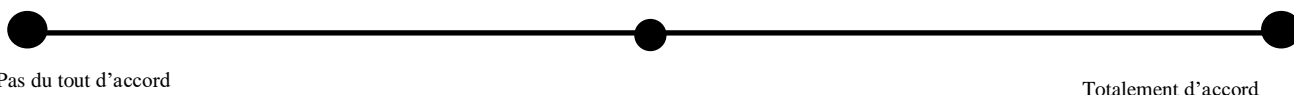
Question 6 :

- Si oui, quelles mesures d'isolement avez-vous prises après le passage de l'équipe Covid-19?
 - Mise en place aile/couloir de patients positifs
 - Limitation des changements de secteurs du personnel
 - Modification de la surveillance clinique des patients: fréquence des prises de constantes...
 - Autres

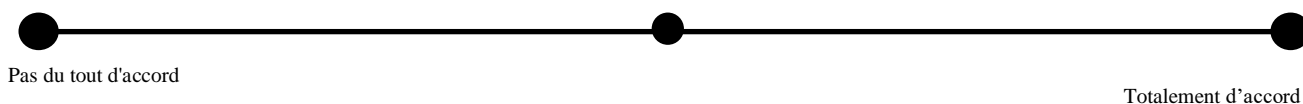
Je vais vous dire un certain nombre de phrase, j'aimerais savoir à quel point vous êtes d'accord ou pas avec ce que je vais dire. Sur une échelle entre 0 et 10 ou 0 est le total désaccord et 10 le plein accord.

Question 7 :

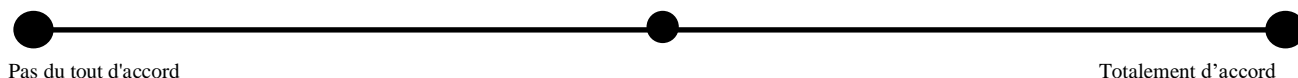
- Est-ce que le fait d'avoir bénéficié d'une formation dispensée par une équipe de prélèvements mobile a aidé vos équipes (formation / habillage / désinfection et prélèvements) De 0 à 10

**Question 8 :**

Etes-vous d'accord avec la phrase suivante : les délais d'intervention entre la demande et l'intervention sont satisfaisants. De 1 à 10

**Question 9 :**

Etes-vous d'accord avec la phrase suivante : dans le cas de l'annonce d'un résultat, le délai entre l'annonce du résultat et prélèvement était-il satisfaisant ?

**Question 10 :**

Etes-vous d'accord avec la phrases suivante : l'intervention d'une équipe médicale mobile au sein de votre établissement, vous a fait vous sentir moins isolés / accompagnés face à cette crise? De 0 à 10



8.3 Protocoles de prélèvements de l'équipe mobile

Covid-19

ORGANISATION DE L'OFFRE SUR LE MEDICO-SOCIAL

CHU – SECTEUR MEDICO SOCIAL DE SON TERRITOIRE

SAMU (15)

C'est bien sûr l'interlocuteur normal selon les recommandations nationales en 7/7 et 24h/24.

- Si l'équipe est sur place : elle peut faire appel 7/7 et 24h/24 au médecin d'astreinte du service de soins palliatifs pour des décisions ou une aide à la prise en charge en rapport avec la situation de la personne pour laquelle ils sont appelés si la situation paraît palliative d'emblée
- Sur régulation : si la situation au téléphone paraît d'emblée palliative d'emblée et qu'il n'y a pas lieu de déplacer une équipe, possibilité de faire appel 7/7 et 24h/24 au médecin d'astreinte du service de soins palliatifs pour des décisions ou une aide à la prise en charge en rapport avec la situation de la personne pour laquelle ils sont appelés
- Pour des questions en rapport avec les autres résidents : soit le régulateur, soit l'équipe peuvent donner les coordonnées de l'EMG pour aider à préparer les fiches SAMU Pallia si celles-ci ne sont pas encore rédigées, l'EMG est mobilisable 5j/7 et en horaire 9h – 18h30
- Pour des questions en rapport avec un patient dont l'état de santé ne pose pas nécessairement d'inquiétude (qu'il soit suspect COVID ou pas), il est possible de faire appel à l'EMG pour une aide ponctuelle téléphonique au médecin dans les conseils gériatriques divers (décompensation de diabète, d'insuffisance cardiaque, trouble ionique, gestion polymédication, etc...)

EMSP (06 09 72 37 59)

En plus de la possibilité d'être jointe selon le processus décrit ci-dessus, l'EMSP peut également être saisie directement par les EHPADs pour des personnes pour lesquels se pose la question de débiter les soins palliatifs comme pour des questions en rapport avec la poursuite de soins palliatifs déjà débutés.

Si les questions qui sont posées sont relatives à l'aide au remplissage des fiches SAMU Pallia ou en lien avec des soins médicaux chez un patient âgé qui ne serait pas en soins palliatifs, l'EMSP peut donner les coordonnées de l'EMG.

Bien sûr si l'appel n'est pas approprié il peut être redirigé vers le 15/SAMU

EMG (02 99 28 43 97)

En plus des possibilités d'être jointes selon les deux processus décrit ci-dessus, l'EMG peut également être saisie directement (5j/7 et 9h-18h30) par les EHPADs pour des avis gériatriques (soutien du fait de la désertification médicale liée à l'épidémie). Il est indispensable qu'un médecin identifié soit destinataire de l'avis demandé car c'est ce médecin qui fera les prescriptions.

Par ailleurs, l'EMG se met à disposition des médecins intervenant en EHPAD pour parvenir à statuer sur le niveau de soin de l'ensemble des résidents EHPADs (recommandation faite par le guide méthodologique de gestion de la phase 3).

Si l'EMG est saisie sur une question de soins palliatifs elle peut ré-adresser à l'EMSP 7j/7 et 24/24 et bien sûr le 15/SAMU pour des questions relatives à leur mission.

	Organisation du suivi d'un prélèvement COVID 19 dans une structure médico-sociale	Codification :
		Version : 1
Service émetteur :	Date d'application :	Pages : 1/4

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
<ul style="list-style-type: none"> • Dr C. Farges • Dr A. Corval • Dr G. Sost 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectiologues : Dr Baldeyrou, Dr Chapplain • Pr Somme • Pr Soulat • Dr Cherfaoui 	<ul style="list-style-type: none"> • MR2S • Gériatre d'astreinte 	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins régulateurs AMU • ARM • Cadres maladies infectieuses, SAMU-SMUR-Urgences • Médecins gériatres

Modifications depuis la version précédente

Création

But et objet

Définir l'organisation du suivi d'un prélèvement COVID 19 dans une structure médico-sociale (EHPAD, foyer de vie, Maison d'Accueil Spécialisé...).

Exigences à appliquer

Coordination entre le SAMU, la gériatrie pour la gestion des prélèvements, les services de gériatrie et de MPRA pour la transmission des résultats aux EHPAD et autres établissements médico-sociaux

Responsabilités

- MR2S
- Médecin régulateur COVID
- Cadre SAMU-SMUR
- Cadre maladies infectieuses
- Secrétariat gériatrie
- médecin d'astreinte gériatrie, MPR, équipe mobile de gériatrie (EMG)

Définitions

- MR2S : Médecin Régulateur Superviseur SAMU
- EMG : équipe mobile de gériatrie

Actions et méthodes

1 - Gestion du fichier de suivi

- Le secrétariat de Gériatrie complète pour l'équipe mobile de prélèvement un fichier Excel sur Réseau sécurisé accessible aux gériatres, rééducateurs, et SAMU (Fichier POLES ([\\nas-chu](http://nas-chu)) (O :) ; organisation SAMU Urgences COVID ; Médico social-Gériatrie-Soins palliatifs
- L'EMG complète (à partir de resurgence) l'onglet SAU du fichier avec les patients de plus de 75 ans résidant en EHPAD repérés positifs lors de leur passage au SAU.

2. Gestion du départ de l'équipe mobile de prélèvements

- a. SAMU envoie 7/7 les fiches des demandes de prélèvements en EHPAD et autres établissements médico-sociaux à l'adresse EMG@chu-rennes.net
 - o Le gériatre d'astreinte du jour rappelle le médecin de l'EHPAD pour rediscuter des dossiers et une fois les dossiers retenus, envoie les noms/prénoms/date de naissance des patients à prélever + téléphone de l'EHPAD sur le mail commun « tata mobile » (envoie

	Organisation du suivi d'un prélèvement COVID 19 dans une structure médico-sociale	Codification :
		Version : 1
Service émetteur :	Date d'application :	Pages : 2/4

commun à secrétariat gériatrie, EMG@chu-rennes.fr, Céline Farges, infirmières de maladies infectieuses, Mme Tardivel et Mr Panaget)

- o Une fois le mail reçu, les étiquettes patients soient préparées par le secrétariat du 9^{ème} en semaine et par ? le week end
 - o Les départs pour se rendre dans les EHPAD sont le plus souvent programmé pour le lendemain mais il est possible de rajouter un EHPAD alors que la tata mobile est déjà partie en rappelant l'interne ou l'infirmière partie (téléphone portable de l'IDE=)
- b. Le SAMU (un senior ou un interne ou un externe) appelle à 9h du matin le gériatre d'astreinte au [] pour définir les lieux dans lesquels la « tata mobile » va se rendre en semaine comme en week-end []
- c. Le SAMU tata mobile va récupérer les étiquettes patients au 9^{ème} étage. Ils y récupèrent des **feuilles de prélèvements de virologie** *Grand bloc le WE*
- d. A la fin de la journée, les prélèvements sont déposés directement par le SAMU mobile au laboratoire de microbiologie (1^{er} étage du grand bloc hôpital, suivre la direction laboratoire)
- e. Les équipes :
- o SAMU : un interne ou un externe, une voiture SAMU, Référente Dr Farges,
 - o Maladies Infectieuses : IDE qui part dans la voiture SAMU, Référente Cadre de Santé Maladies Infectieuses Anne Tardivel tel 89729 et Martial Panaget 88362. Planning de départ définis à l'avance entre SAMU et IDE.
 - o Secrétariat de Gériatrie 9ème étage, tel 88341
 - o Gériatrie : Médecin d'astreinte de gériatrie, tel= []

3- Communication des résultats par la virologie

2.1 Pour les EHPAD

Les résultats du laboratoire de virologie sont envoyés à l'EMG en semaine (84 397) ou au Gériatre d'astreinte le week end ([]), Réception de 3 ou 4 séries de résultats par jour,

2.2 Pour le secteur médico social hors EHPAD

Les résultats sont communiqués au Pr [] ([] ou [])

3 – Transmission des résultats aux établissements

3.1 Pour les EHPAD

Transmission des résultats par l'EMG en semaine, par le gériatre d'astreinte le week end

Appel des EHPAD pour rendu des résultats au numéro indiqué dans le fichier

- Dans tous les cas :
 - o Rappel des mesures barrières pour tous et des consignes de confinement en cours
 - o Rappel de préparer les fiches SAMU Pallia pour le plus grand nombre de résidents possibles et étayer les dossiers des patients potentiellement réanimatoires pour argumenter l'appel au SAMU si nécessaire
 - o Rappel de la procédure validée en cellule de crise CHU sur aide conjointe (SAMU/EMG/EMSP)

	Organisation du suivi d'un prélèvement COVID 19 dans une structure médico-sociale	Codification :
		Version : 1
Service émetteur :	Date d'application :	Pages : 3/4

- Rappel que tous les cas suspects doivent être déclarés à l'ARS
- Si tous les prélèvements rendus sont négatifs
 - Rappel sur possibilité de nouvel appel si nouveaux cas groupés
 - Prise de nouvelles des personnes prélevées (attention faux négatifs)
 - Prise de nouvelles sur éventuels nouveaux cas (attention faux négatifs)
 - Décision sur nécessité d'un rappel de suivi ou pas
- En cas de rendus de résultats positifs
 - Réponse aux questions
 - Evaluation de l'aide nécessaire de l'EHPAD pour faire face à la charge en soins/ besoins de support médical
 - Rappel des coordonnées ARS : ou par mail à l'adresse suivante : ars35-alerte@ars.sante.fr.
 - Prévoir rappel systématique à J7, J15 et selon les besoins exprimés
- En cas de résultats en cours
 - Noter systématiquement un besoin de suivi

3.2 Pour le secteur médico social hors EHPAD

Appel des établissements médicosociaux pour rendu des résultats au numéro indiqué dans le fichier

- Dans tous les cas :
 - Rappel des mesures barrières pour tous et des consignes de confinement en cours
 - Rappel de préparer des fiches SAMU Pallia pour les résidents concernés et étayer les dossiers des patients potentiellement réanimatoires pour argumenter l'appel au SAMU si nécessaire
 - Rappel que tous les cas suspects doivent être déclarés à l'ARS
- Si tous les prélèvements rendus sont négatifs
 - Rappel sur possibilité de nouvel appel si nouveaux cas groupés
 - Prise de nouvelles des personnes prélevées (attention faux négatifs)
 - Prise de nouvelles sur éventuels nouveaux cas (attention faux négatifs)
 - Décision sur nécessité d'un rappel de suivi ou pas
- En cas de rendus de résultats positifs
 - Réponse aux questions
 - S'assurer que les mesures de confinement à mettre en œuvre sont connues
 - Renvoi possible au Cpias 02 99288303 et au site du Cpias où toutes les infos sont très bien détaillées

	Organisation du suivi d'un prélèvement COVID 19 dans une structure médico-sociale	Codification :
		Version : 1
Service émetteur :	Date d'application :	Pages : 4/4

Documentation et renvois

Enregistrements

	Sollicitation de la ligne d'avis infectieux COVID 19		Codification :
			Version :
Service émetteur : SAMU 35	Date d'application : 06/03/2020		Pages : 1/1
<u>Rédacteur(s)</u>	<u>Approbateur(s) (signature - date)</u>	<u>Gestionnaire</u>	<u>Destinataire(s)</u>
• Dr C.Fruges	• Dr Cherfaoui • Pr Revest	• Cadre SAMU	• Médecins régulateurs AMU • ARM • Médecins maladies infectieuses
Modifications depuis la version précédente			
Actualisation des numéros de téléphone			
But et objet			
Optimiser le recours à la ligne d'avis infectieux COVID 19.			
Exigences à appliquer			
Regrouper les sollicitations auprès du médecin d'avis.			
Responsabilités			
Médecin régulateur AMU			
Actions et méthodes			
<ul style="list-style-type: none"> De 8h à 22h : <p>-Pour les avis sénior, le médecin d'avis est contacté en direct sur le portable d'astreinte (Astreinte CORONAVIRUS dans l'onglet MédQ). Pour limiter les sollicitations, les avis peuvent être demandés lors de points réguliers. Lorsqu'un dépistage est nécessaire, la destination « ASTREINTE MAL INF COVID 19 » est renseignée et le dossier imprimé. Le DRM est ainsi transmis par mail à tous les médecins assurant l'astreinte.</p> <p>-Pour les soignants symptomatiques, la destination « ASTREINTE MAL INF COVID 19 » est renseignée et le dossier imprimé. Le médecin régulateur demande au professionnel de se présenter au parking P4 et de contacter le 02.99.28.83.56. à son arrivée.</p> <p>-Pour les cas suspects en structure médico-sociales, l'interne est contacté au 06.48.80.74.79. <i>dossier envoyé sur astreinte Mal inf Covid 19 uniquement dans la limite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> De 22h à 8h : <p>Mettre la destination « ASTREINTE MAL INF COVID 19 » et imprimer le dossier, le DRM est ainsi transmis par mail à tous les médecins assurant l'astreinte. L'infectiologue d'astreinte rappelle les patients à 8h</p> <p>Pour les patients nécessitant un transfert en ambulance pour un dépistage, l'infectiologue rappelle le 15 pour demander l'engagement de l'ambulance.</p>			
Documentation et renvois			
Enregistrements			
Seule la version intranet est valable et maîtrisée			
Trace utilisée : DQ Form- 02-14 – V2 du 01/09/2009			

LAURIBE, Marc - Mesure de l'impact de l'équipe de prélèvement mobile de l'équipe de prélèvement mobile Covid-19 sur la prise en charge des patients vivant en Etablissement d'Hébergement de Personnes Âgées Dépendantes et en milieu médicalisé.

34 feuilles, 1 graphique, 3 tableaux- 30 cm Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2020 ; N°

Résumé français

Objectif : Cette étude a pour but d'évaluer l'impact des prélèvements Covid-19 faits sur le lieu de vie du patient par l'équipe mobile Covid-19 et si cette procédure a permis d'éviter un passage aux urgences ou une hospitalisation à partir d'une enquête faite auprès des soignants des établissements concernés

Méthode : Prélèvements des patients de plus de 65 ans par une équipe mobile (infirmier + médecin) sur le lieu de vie du patient, réalisé du 18/03 2020 jusqu'au 15/05 2020. Rappel des soignants et administratifs, ayant pris en charge le patient testé, afin de leur soumettre un questionnaire via un entretien téléphonique de type semi directif. 10 questions au total.

Résultats : Le nombre total de patients testés sur 9 semaines s'élève à 283. 73% des personnes interrogées qui pensent qu'ils auraient envoyé leur(s) patient(s) aux urgences ou à l'hôpital, si l'équipe de prélèvement mobile n'était pas intervenue. 84% des soignants et 71% des non-soignants disent qu'ils ont levé les mesures d'isolement Covid chez les patients testés négatifs, avec une différence significative entre les 2 groupes p : 0,04. Aux questions 8 9 et 10 sur la qualité de l'intervention réalisée, la médiane est comprise entre 8/10 et 9/10.

Conclusion :

Les 3/4 des soignants pensent que sans l'intervention de l'équipe mobile Covid-19, ils auraient envoyés leurs patients vers un service d'accueil des urgences, afin d'être testés et pris en charge, ou directement vers un service de médecine polyvalente. Ce dispositif de prélèvements a ainsi montré qu'il pourrait être utilisé dans de prochaines vagues d'épidémies afin de rationaliser le recours au service d'accueil des urgences pour ce type de pathologies.

Rubrique de classement : URGENCES

Mots-clés :

Covid-19, prélèvement, ambulatoire, étude, statistique, Ephad, hébergement, collectivité, personnes âgées, hospitalisations, tests, mobile, questionnaire, urgences, Ille-et-Vilaine

Mots-clés anglais MeSH :

Covid-19, sample, outpatient, study, statistics, Ephad, accommodation, community, elderly, hospitalizations, tests, mobile, questionnaire, emergencies, Ille-et-Vilaine

Jury:

Président	Pr Dominique SOMME CHRU Rennes
Directrice de Thèse	Dr Céline FARGES CHRU de Rennes
Rapporteur	Pr Louis SOULAT CHRU Rennes
Assesseur	Pr Matthieu REVEST CHRU Rennes