

**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE**

DATE : 20/05/2020

REFERENCE : MARS N°2020_51

OBJET : ORGANISATION DES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE EN COLLABORATION AVEC LES SERVICES PÉNITENTIAIRES DANS LE CONTEXTE DE DÉCONFINEMENT.

Pour action

☒ Établissements hospitaliers

☒ SAMU / Centre 15

Service(s) concerné(s) : Urgences pédiatriques, SAMU, Réanimation pédiatrique, cardiologie pédiatrique

Pour information

☒ DGOS

☒ ARS

☒ SpF

☐ DGCS

☒ ARS de Zone

☐ ANSM

☐ Autre :

Mesdames, Messieurs,

La fiche « Établissements pénitentiaires : organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires » nécessitait une actualisation en raison :

- Du contexte du déconfinement avec notamment l'évolution de la doctrine sur les mesures barrières (place des masques) et de la remontée progressive des activités de soins des USMP ;
- De la publication de l'instruction interministérielle du 6 mai « relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine » et sa nécessaire déclinaison dans le contexte des établissements pénitentiaires ;
- La mise en cohérence des pratiques pénitentiaires avec la doctrine sanitaire.

Vous trouverez ci-après le lien vers la fiche actualisée : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_mesures_detention_deconfinement.pdf

Vous noterez en particulier :

- L'adjonction d'une annexe définissant la « Stratégie d'utilisation des tests virologiques COVID-19 en détention dans le contexte du déconfinement ». En accord avec le Ministère de la Justice, cette annexe annule l'annexe de la note DAP du 6 mai qui portait sur ce sujet. Rappelant la doctrine sur le pilotage, inscrite dans la circulaire, elle précise que le milieu pénitentiaire est soumis au pilotage de l'ARS : « 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 » ;
- Les mises en quatorzaine des personnes détenues arrivant en détention sont maintenues mais peuvent être allégées (sans levée totale du confinement), à l'image de ce qui est recommandé en milieu libre, lorsque la personne est asymptomatique et testée négative au septième jour après son incarcération ;

- Les mises en quatorzaine des personnes détenues au retour des extractions (médicales, judiciaires, hospitalisations), imposées par la DAP dans une note du 6 mai, ne sont pas recommandées et doivent cesser pour ne pas entraîner des refus de soins. Ces mises en quatorzaine peuvent toutefois s'avérer nécessaires lorsqu'un détenu réintègre l'établissement pénitentiaire à la suite d'une permission de sortir ;
- L'accès des personnes détenues au port de masque est indiqué dans un certain nombre de situations, qui ne sont pas toutes énumérées dans la fiche car elles sont encore évolutives.

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

Signé

DIFFUSION RESTREINTE

FICHE ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

ORGANISATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE PAR LES UNITÉS SANITAIRES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE EN COLLABORATION AVEC LES SERVICES PÉNITENTIAIRES DANS LE CONTEXTE DU DÉCONFINEMENT.

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, dans le cadre du déconfinement prévu à partir du 11 mai 2020 et en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

Les recommandations nationales et les organisations établies localement en période de confinement 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 ou contacts potentiels, notamment lors de la phase « arrivants ».

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 limitée. Il s'agit, dans le contexte du déconfinement de limiter la pénétration du virus en détention par le respect des bonnes pratiques.

La stratégie sanitaire de déconfinement en milieu pénitentiaire vise donc d'une part à maintenir des mesures pour limiter la propagation du virus et d'autre part à permettre une remontée en charge progressive des activités de soins suspendues pendant la période du confinement, en commençant par les activités prioritaires¹.

Le confinement généralisé de la population française débuté le 17 mars 2020 s'est accompagné d'une analyse particulière de la situation de la prison au regard de la propagation de l'épidémie :

- Le caractère confiné de la prison par rapport au milieu extérieur conjugué à la réorganisation des soins et la mise en œuvre par les acteurs des mesures barrières (cf. fiche « organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires » actualisée le 06 avril 2020) ont limité l'apparition des premiers cas ;

¹ S'agissant des activités de soins en psychiatrie, une fiche spécifique a été rédigée et comporte une annexe relative aux personnes placées sous main de justice (cf. liens mentionnés dans la partie finale de cette fiche).



à ce jour des cas chez des personnes détenues ont été observés dans certains établissements pénitentiaires, de façon variable selon les régions ;

- Une vigilance renforcée est nécessaire, qu'il s'agisse des personnes détenues entrant en détention, venant du milieu extérieur, exposées potentiellement à des contacts contaminants ou des personnels, pénitentiaires comme sanitaires, entrant en prison quotidiennement en provenance de leur milieu de vie extérieure.

En application du confinement général, les parloirs ont été suspendus et les mouvements et activités au sein de la détention ont été énormément réduits.

L'activité des personnels pénitentiaires a été réorganisée pour réduire le nombre d'interactions qui risquerait d'introduire la maladie et le port de masques de protection est permanent et obligatoire pour tous les agents présents dans un établissement pénitentiaire.

Les unités sanitaires ont réorganisé leurs activités et augmenté les mesures barrières.

Les établissements pénitentiaires ont poursuivi « *le confinement des sujets contacts, notamment les arrivants en détention, tant qu'aucun cas n'a été confirmé afin de protéger le plus longtemps possible ce milieu fermé* ».

En phase de déconfinement progressif, les efforts doivent être poursuivis. Il s'agit de maintenir les organisations mises en place dans le cadre de la gestion de l'épidémie afin d'éviter le cas échéant d'avoir à faire face à une éventuelle reprise de celle-ci. Il s'agit également de programmer une reprise progressive des prises en charge qui existaient avant l'épidémie, 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 bénéfique/risque de chaque situation doivent guider l'adaptation des prises en charge, des conditions d'accueil à l'unité sanitaire, des extractions médicales et des hospitalisations dans cette nouvelle phase.

Aussi, la plus grande mobilisation de tous les acteurs reste de mise 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 la mise en œuvre des mesures barrières et de distanciation physique de la présente note ;
- Poursuivre les efforts dans l'appropriation et la diffusion de ces gestes en instaurant des formations participatives pour réfléchir aux nouvelles modalités de gestion de la détention dans ce contexte, ;
- Reprendre progressivement les activités laissées en suspens pendant le confinement.

1. MESURES GENERALES EN ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Une nouvelle doctrine sur les mesures barrières a été définie par le HCSP (Coronavirus SARS-CoV-2 : Mesures barrières et de distanciation physique en population générale : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=806>). La poursuite de la stratégie développée en milieu pénitentiaire depuis le début de la crise sanitaire, en particulier les efforts



de réduction de la population carcérale, et son adaptation à cette nouvelle doctrine sont résumées ci-dessous :

Poursuite de la possibilité des quatorzaines arrivants.

Adaptation des mesures barrières et de la distanciation physique au contexte de la détention :

- **Lavage des mains** en assurant la disponibilité (en détention, en unité sanitaire, aux parloirs et dans les locaux de l'accueil famille quand ils seront de nouveau ouverts, 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 s'agissant du port des gants, il donne un faux sentiment de protection, les gants deviennent eux même des vecteurs de transmission. Le risque de porter les mains au visage est le même donc le risque de contamination est égal voire supérieur

- Utilisation de **mouchoirs jetables** pour se moucher, tousser, éternuer ou cracher, et le jeter aussitôt :
 - Mise à disposition des personnes détenues de mouchoirs à usage unique.
- 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.

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'« auxi » et des prestataires privés pour les établissements en partenariat public-privé qui assurent l'encadrement des personnes travaillant en atelier).

Mesures d'affichage des mesures barrières en détention, en USMP, dans les locaux des personnels et dans les vestiaires.

En cas de reprise d'activités collectives en détention, celles-ci doivent se dérouler par petit groupe: privilégier un nombre réduit de personnes (personnels pénitentiaires/intervenants inclus) avec distanciation physique d'au moins 1 mètre, et port de masque pour les personnes détenues.

Pour les promenades, elles doivent toujours être organisées séparément d'une part pour les personnes symptomatiques suspectes ou confirmées et d'autre part pour les personnes confinées à titre préventif, dont les contacts. 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).



Parloirs : réouverture progressive de visites uniquement pour les personnes détenues non symptomatiques et non contacts :

- Lavage des mains et solutions hydro-alcooliques (SHA) ;
- 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 inexpliqués, perte de goût ou d'odorat, diarrhées inhabituelles) au moment de la visite et au cours des 14 jours précédents ;
- Respect de la distanciation physique d'au moins un mètre ;
- Installation toutes les fois où cela est possible, de dispositifs fixes ou amovibles type plexiglas ou hygiaphone
- Mise à disposition de mesures de protection telles que le double port du masque « grand public » (visiteur/visité)
- Désinfection sur place lorsque les échanges d'objets ou de denrées seront de nouveau possible et en accord avec les recommandations disponibles à date (un avis HCSP est attendu sur le textile);
- Désinfection des surfaces entre chaque visite au parloir.

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 (Prélèvements RT PCR) conformément aux recommandations ;
- Comme en population générale, certaines situations peuvent nécessiter le port du masque « grand public » des détenus, sans que cela ne remplace le respect strict des mesures barrières et de la distanciation physique d'au moins 1 mètre.
- Les visiteurs portent un masque « grand public », ils sont responsables de leur équipement ;
- Dans les secteurs COVID, et pour les personnels amenés à être en contact rapproché, la visière peut être utilisée en complémentarité du masque (un nouvel avis HCSP est attendu sur les visières).

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 FFP ;
 - 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.
- De porter obligatoirement un masque
- De formaliser des procédures ou d'actualiser celles existantes, en lien avec l'établissement de rattachement (cellule de crise, EOHP) :
 - Procédure de réalisation et d'acheminement des prélèvements pour le diagnostic virologique ;
 - Une procédure de décontamination des locaux et surfaces de l'USMP (en cas de cas confirmé). ;
 - Une procédure de gestion des DASRI ;
 - De reprise d'activité de soins.
- De poursuivre la communication à l'ensemble de la population détenue à la fois pour prévenir et sensibiliser les personnes détenues à la prévention et pour 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 en cas d'apparition de tout symptôme suspect (signes respiratoires et/ou sensation de fièvre) 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 nouvelles organisations édictées du fait de la phase de déconfinement et le cas échéant, sensibilisation aux règles de bon usage du masque et à sa manipulation (cf. partie Mesures générales) ;
 - Informer les 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 au 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.
- D'avoir une vigilance renforcée aux personnes détenues âgées et ou atteintes de maladies chroniques les rendant plus vulnérables au COVID-19 (cf. annexe II) :
 - 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.
 - 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, il est demandé aux chefs de service de poursuivre la sensibilisation régulière des cadres intermédiaires et des agents placés sous leur autorité :

- d'une part, en étant attentif aux signes cliniques présentés par des personnes détenues ; ou signalés personnellement ou par un tiers (codétenus ; familles ; avocats etc.) ainsi qu'en étant vigilant à toute évolution du comportement (repli, etc.) ;
- d'autre part, en signalant sans délai à la hiérarchie et à l'autorité sanitaire ces cas possibles.

Les chefs de service doivent en effet également 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 ; 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 cas possibles ou de personnes présentant des symptômes (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.
- De formaliser une procédure de décontamination du linge, des locaux et surfaces en détention (cf. annexe « Fiche à destination des gestionnaires de structures non hospitalières accueillant des patients covid-19 ENTRETIEN, GESTION DU LINGE, ELIMINATION DES DECHETS »).



- De placer, en lien avec le médecin de l'unité sanitaire, en cellules individuelles les personnes détenues diagnostiquées comme cas possible ou confirmé (virologiquement ou non) d'infection par le SARS-CoV-2. Le cas échéant, en cas d'impossibilité de cellules individuelles dans un contexte de foyer important, 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 trouve affecté par l'arrêt de la fonction recyclage, il convient d'apprécier en lien avec le mainteneur 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 (confirmés par test de dépistage ou confirmés médicalement sur tableau clinique) doit s'organiser séparément de l'isolement de personnes dites contact.

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 champs. (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 dans le cadre de la reprise de l'activité de soins 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).



- Des sorties anticipées de détention peuvent survenir en application de l'ordonnance pénale du 25 mars 2020 : dès que cela est possible la direction de l'établissement pénitentiaire informe le médecin chef de l'USMP afin de faire en sorte que ces sorties ne provoquent pas des ruptures dans le parcours de soins en mettant tout en œuvre pour que des consultations sortants soient anticipées pour les personnes potentiellement éligibles à ces sorties anticipées et que soient remises à la personne libérée les prescriptions médicamenteuses, voire pour certains médicaments quelques jours d'avance, et les attestations de droits sociaux ainsi qu'un masque (remis par l'administration pénitentiaire).
- L'inscription de la crise 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, notamment au sein des comités de pilotage promotion de la santé des établissements et dans l'esprit de l'action 4 de la feuille de route santé des PPSMJ.

3. ACTION AU NIVEAU REGIONAL

L'entrée dans la phase de déconfinement progressif à compter du 11 mai ne remet pas totalement en cause les organisations arrêtées au stade 3 de l'épidémie mais les consignes doivent composer avec une reprise progressive des activités de soins ambulatoires au sein des USMP et en milieu hospitalier.

3.1. Pour la prise en charge des patients détenus ne relevant pas d'une hospitalisation:

Au niveau interrégional, la DISP, en concertation avec l'ARS, et en fonction des possibilités d'accueil de ses établissements, peut décider de regrouper des personnes détenues malades issues de différents établissements dans un nombre limité d'établissements sous réserve d'une situation d'effectifs et de fonctionnement favorables des USMP qui auront la charge du suivi sanitaire des personnes ainsi regroupées.

3.2. Pour l'hospitalisation des patients détenus :

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 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). En effet, un assouplissement progressif des organisations relatives aux prises en charge Covid19 pour accroître les capacités de l'offre habituelle à couvrir des besoins aujourd'hui non satisfaits et devenus urgents obligent à ne pas considérer le recours aux UHSI comme une solution prioritaire ;

- Pour tous les patients atteints de formes relevant d'une hospitalisation, une demande de suspension de peine ou de libération pour raison médicale pourra être demandée au cas par cas selon la procédure d'urgence (cf Circulaire Justice du 27 mars 2020 et Guide méthodologique « *suspensions de peine pour raison médicale* » <http://www.justice.gouv.fr/bo/2018/20180831/JUSK1821900J.pdf>).

4. CONDUITE À TENIR LORS DE L'APPARITION DE SYMPTOMES ÉVOQUEURS 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 qui remet un masque à la personne.

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

Si l'état de la personne semble préoccupant, le personnel de surveillance contacte immédiatement le Centre 15 ;

Jusqu'à consigne du SAMU, la personne détenue se lave les mains, porte un masque chirurgical et se relave les mains et 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 isolée dans une cellule individuelle, sera vue par l'USMP dès que possible.

5. STRATÉGIE NATIONALE DE DÉPLOIEMENT DES TESTS, TRAÇABILITÉ DES CONTACTS ET MESURES D'ISOLEMENT ET DE MISE EN QUATORZAINE²

Les personnes symptomatiques sont testées sans délai par RT-PCR.

Pour les personnes détenues le prélèvement est réalisé à l'USMP (ou en cellule de confinement) et 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. Si le prélèvement est négatif, le médecin peut décider de néanmoins poursuivre l'isolement et de considérer la personne comme un cas suspect (notamment s'il s'agit d'un cas contact ou d'un arrivant à moins de 14 jours ou s'il 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.

En fonction de son état clinique, la personne diagnostiquée pour une infection par le 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. Plusieurs malades détenus infectés par le Covid-19 peuvent être codétenus dans une même cellule sous réserve d'une distance minimale d'un mètre entre leurs deux lits (cf. supra) ;
- Soit être orientée, après contact entre l'USMP et le centre 15, pour une hospitalisation, en UHSI, à l'EPSNF en Ile de France, 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 SAMU si l'état clinique le nécessite.

Le plus rapidement possible, une évaluation des contacts à risque du cas confirmé au sein de la structure est réalisée (des précisions sur la procédure spécifique à la détention seront apportées ultérieurement). L'ARS et Santé publique France, interviennent dans le contact tracing pour le milieu pénitentiaire. Elles sont en lien pour ce faire avec l'USMP et avec les plateformes de l'Assurance maladie, L'ARS peut mener des campagnes de dépistage ciblées.

L'ensemble des personnes contacts à risque est placé en quatorzaine dans un secteur identifié à cet effet (isolement pendant 14 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé). Les codétenus seront testés dès que possible. Les contacts, s'ils restent asymptomatiques, sont testés à J7 du dernier contact avec le cas. S'ils deviennent symptomatiques ils sont testés sans délai.

² Cf. MINSANTE du 5 mai 2020



Pour rappel, il n'y a pas de dépistage par RT PCR systématique des personnes détenues hors décision des autorités sanitaires lorsqu'au sein d'un établissement plusieurs cas de covid 19 sont identifiés.

La décision de dépistage pour les personnes détenues relève de la seule compétence de l'USMP dans le cadre de la doctrine sanitaire édictée par les autorités sanitaires et des décisions de l'ARS.

Si dans le cadre des doctrines élaborées par les autorités sanitaires, un dépistage par RT PCR est décidé pour l'ensemble des personnels ou des personnes détenues de l'établissement, leur prescription et leur prise en charge se feront conformément à ces doctrines.

6. EN PHASE DE DECONFINEMENT, DE MANIERE GENERALE :

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

- De se reporter aux consignes générales nationales applicables aux professionnels de santé :
 - D'appliquer les mesures suivantes lors de toute consultation (notamment lors de la visite arrivant): délivrer à la personne détenue les informations concernant les mesures barrières, les symptômes qui impliquent d'alerter l'unité médicale ;
 - Pour le port des masques
- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de cellule en cas de consultation en cellule ;
- D'expliquer aux personnes détenues les gestes barrières et les consignes à respecter en cas de port du masque ;
- 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).

6.2. Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- De fournir aux personnes détenues des produits d'hygiène pour un lavage régulier des mains
- De rendre possible l'accès aux masques « grand public » pour les situations qui le requièrent
- De se laver les mains à chaque entrée et sortie de 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 cas de survenue de sensation de fièvre ou de symptômes en dehors du passage du personnel de l'USMP, les personnes doivent pouvoir alerter le personnel pénitentiaire à tout moment.



7. PRISE EN CHARGE DES DETENUS MALADES COVID-19

7.1. 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 (cf. guide PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19 Établissements de santé - Médecine de ville - Établissements médico-sociaux, 16 Mars 2020)
- 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 de son contexte propre): le suivi sanitaire comprend un passage infirmier quotidien et une évaluation médicale en tant que de besoin et au 8ème jour, après la survenue des symptômes ; les patients sont examinés dans les cellules dédiées, porteurs d'un masque chirurgical en présence du soignant lui-même également porteur d'un masque adapté à la situation.
- De porter une attention particulière aux personnes détenues qui ont partagé la même cellule qu'un malade avant le déplacement de celui-ci en cellule dédiée.
- D'informer la direction de l'établissement pénitentiaire de la fin de l'isolement 48h après la date de fin des signes cliniques en communiquant une attestation « de levée d'isolement ».

7.2. Il est attendu du personnel pénitentiaire :

- D'organiser au mieux la détention dans les cellules ou le quartier dédiés aux personnes malades du Covid-19 : dans la mesure du possible, malgré la nécessité de maintenir ces personnes séparées des autres personnes détenues jusqu'à 48 heures après la résolution des symptômes, il convient de leur permettre d'accéder aux promenades (dédiées aux personnes détenues malades Covid-19), en autorisant des déplacements avec port d'un masque chirurgical.
- D'être attentif à toute demande des personnes détenues malades du 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.

Nettoyage des locaux occupés par des personnes COVID-19 et du linge utilisé et l'élimination des déchets susceptibles d'être contaminés par le SARS-CoV2

Se reporter à la fiche annexe « *Fiche à destination des gestionnaires de structures non hospitalières accueillant des patients covid-19 ENTRETIEN, GESTION DU LINGE, ELIMINATION DES DECHETS* »



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

Si la libération de la personne détenue intervient alors qu'elle est en cours de maladie Covid-19, 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 ainsi que l'ARS pour le contact tracing du lieu d'hébergement à sa sortie :

- Rester confiné 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 ;
- Lui remettre avant sa sortie la fiche établie par Santé publique France "je suis atteint par le coronavirus et je dois rester chez moi jusqu'à ma guérison" ;
- En vue de sa sortie, l'USMP lui remet un masque.

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 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 envisagé. L'accès à un centre d'hébergement spécialisé COVID-19 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).

9. REPRISE PROGRESSIVE DES ACTIVITES DE SOINS HABITUELLES SUSPENDUES EN PHASE 3

Avant de retrouver une activité de soins ordinaire il convient de reprendre progressivement les activités de soins habituelles pour minimiser toute perte de chance pour les patients. Aussi, l'équipe de l'USMP est invitée à :

- Organiser l'espace et 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 évite dans la mesure du possible tout contact entre les personnes et doit être communiquée à la direction de l'établissement pénitentiaire ;
- Réinterroger les organisations mises en place dans le contexte du confinement, et celles ayant cours avant le confinement notamment les capacités d'accueil en simultané au sein de l'unité (en lien avec l'administration pénitentiaire) en réintroduisant des prises en charge présentiellelles :
 - 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.
- Réaliser l'état des lieux complet de la file active pour identifier les patients dont la prise en charge est à prioriser pour lesquels la balance bénéfice-risque est la plus en faveur d'une reprise rapide des prises en charge en présentiel ;
- La reprise des activités thérapeutiques de groupe sera également envisagée progressivement, en lien avec l'administration pénitentiaire et dans le strict respect des mesures barrières ; celles-ci devront 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 masque ;
- Anticiper les conséquences de l'épidémie, du confinement et des reports d'exams, consultations et hospitalisations avec les établissements de santé de rattachement pour intégrer les prises en charge du public détenu dans la reprise d'activité de l'établissement de santé. L'USMP définit et programme ses priorités et en informe l'EP, le CH ;
- Informer régulièrement les personnes détenues des conditions de reprise de l'activité ou la reprogrammation de leur consultation / hospitalisation, pour réduire l'anxiété et pour éviter tout sentiment d'abandon ou de ne pas être pris en compte de leurs besoins ;
- Pouvoir répondre aux nouvelles demandes de soins engendrées par la période du confinement avec la réduction des activités et la sédentarité ;
- Une attention particulière doit être portée 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. Le retour des CSAPA au sein de la détention doit être organisé le plus rapidement possible en lien avec la direction de l'établissement pénitentiaire.

10. LIENS UTILES

- Guide méthodologique : PRÉPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE DE 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/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>
- Haut Conseil de Santé Publique : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef>
- 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](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sf2h_mesures_hygiene_prise_en_charge_2019-ncov_280120.pdf)



- Fiche ARS : « LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'ADAPTATION DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE DANS L'ATTENTE ET EN PRÉPARATION DES MESURES DE DÉCONFINEMENT du 16 avril 2020 »
- Fiche « RECOMMANDATIONS APPLICABLES EN PHASE DE DÉCONFINEMENT À L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN ADDICTOLOGIE » et son annexe thématique relative à la « PSYCHIATRIE DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE »

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

ARS :

ETABLISSEMENT DE SANTE IDENTIFIE COVID-19 :

ANNEXE I

Stratégie d'utilisation des tests virologiques COVID-19 en détention dans le contexte du déconfinement

1. RAPPEL DE LA DOCTRINE GENERALE D'UTILISATION

« 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. » (Circulaire MSS/MI du 6 mai)

Il est essentiel que la capacité de dépistage puisse être pleinement mobilisée au bénéfice des personnes symptomatiques, des cas contacts, et des personnes définies à risque.

Cela suppose de ne pas préempter de 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 note est de définir une doctrine d'utilisation de la RT-PCR en fonction de la population visée (personnes détenues et professionnels exerçant en prison) et des situations particulières dans le contexte du déconfinement. A la phase de sortie de confinement, il convient en effet de définir qui est désormais dépisté, pourquoi et dans quelles conditions.

La sortie du confinement peut conduire à une recirculation du virus, et doit s'accompagner d'un effort pour maintenir sa diffusion sous contrôle. Cela suppose de pouvoir intervenir pour rompre aussi rapidement que possible les chaînes de transmission.

2. APPLICATION EN ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES

2.1. Dépistage individuel des personnes symptomatiques et de leurs cas contacts

Dépister en priorité par RT-PCR **toute personne présentant des symptômes évocateurs** de COVID-19 et en tirer toutes les conséquences, en termes d'isolement et d'analyse des cas contacts, d'un diagnostic positif :

- **Pour les personnes détenues** : les conditions d'isolement dès l'apparition de symptômes et de prélèvement par l'USMP sont définies dans la fiche « *Etablissements pénitentiaires: organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires dans le contexte du déconfinement* ».
- **Pour tous les professionnels intervenant en détention**, notamment les surveillants, la doctrine qui s'applique est celle définie dans l'instruction interministérielle MSS/MI relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine en population générale :
 - « En pratique, l'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs du Covid-19 **se tourne d'abord vers la médecine de ville**, pour se faire prescrire un test. Ce cadre ne pose aucune difficulté dans le cas d'un patient symptomatique qui peut aller consulter son médecin traitant, en présentiel ou par le biais d'une téléconsultation, ou un médecin de centre ambulatoire covid-19. » ;



- « Le médecin traitant ou médecin du centre ambulatoire Covid-19 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. » ;
- La personne ainsi prise en charge informe la direction de l'établissement, mais, s'agissant d'un professionnel intervenant en détention, le médecin traitant ou médecin du centre ambulatoire Covid-19 informe également l'ARS, responsable du niveau 3 du contact tracing.

Dépister l'ensemble des cas contacts **à risque**, par RT-PCR **dès que possible** si la personne est symptomatique et après une période de 7 jours après le dernier contact à risque avec le cas si la personne est asymptomatique. Sous cette condition, une RT-PCR négative à J7 chez un contact asymptomatique pourrait conduire à alléger les mesures de quatorzaine, mais sans levée complète car elles peuvent être en phase d'incubation au moment du test. Il s'agit de poursuivre alors la surveillance sanitaire jusqu'à J14 et d'autoriser plus de mouvements en dehors de la cellule avec le port d'un masque, selon des modalités définies conjointement par la direction de l'établissement et l'USMP.

Santé publique France a défini les cas et personnes contacts d'un cas probable ou confirmé de COVID-19 (SpF - 30/04/2020) :

- **Personne contact à risque** : personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé, par exemple : famille, même chambre ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre ou pendant plus de 15 minutes du cas confirmé lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau; voisins du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces ou d'EPI (équipements de protection individuelle);
- **Personne contact à risque négligeable** : toutes les autres situations, y compris les situations impliquant le port d'EPI dans un contexte de soins ou une séparation physique type hygiaphone.

2.2 Stratégie collective de dépistage au sein des établissements pénitentiaires

C'est le niveau 3 du contact tracing assuré par l'ARS, en lien avec Santé publique France en région (circulaire MSS/MI du 6 mai) :

« 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. »



Lorsqu'un premier cas apparaît au sein d'un établissement de détention, il convient de dépister systématiquement l'ensemble des personnels, compte tenu des risques de propagation du virus dans des environnements fermés. Le dépistage des personnes détenues doit être également mis en œuvre.

- **Lorsqu'un premier cas apparaît dans un établissement auparavant indemne :**
 - **Si les symptômes évocateurs de COVID-19 apparaissent chez un professionnel :** il doit être isolé et testé par un test RT-PCR sans délai (cf supra). Si un premier cas est confirmé parmi ces personnels, l'ensemble des personnels de l'établissement bénéficie d'un test par RT-PCR dès que possible, ainsi que les cas contacts à risque (selon définition supra et doctrine générale) ;
 - **Si les symptômes apparaissent chez une personne détenue :** il doit être isolé et testé par un test RT-PCR 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 fiche « Établissements pénitentiaires : organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires dans le contexte du déconfinement. Fiche actualisée le 13 mai 2020 ». Si un premier cas est confirmé parmi les personnes détenues, l'ensemble des personnels de l'établissement bénéficie d'un test par RT-PCR dès que possible, ainsi que les cas contacts à risque (selon définition supra et doctrine générale).
- **Lorsqu'un établissement a plusieurs cas de COVID-19 connus (à partir de 3 dans une même unité de temps et de lieu, qu'il s'agisse de cas parmi les personnes détenues et/ou les professionnels):**
 - L'ensemble des personnels de l'établissement bénéficie d'un test par RT-PCR dès que possible (doctrine valable dès le premier cas, cf supra)
 - Au-delà des cas contacts à risque, l'ensemble des personnes détenues peuvent être testées 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).

Ce type de dépistage mobilisera certainement des équipes mobiles. Le laboratoire qui prendra en charge la campagne de dépistage aura la responsabilité, en lien avec l'ARS, d'organiser la logistique autour des équipes de prélèvement, du transport des échantillons et de leur analyse.



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

L'intérêt de la réalisation lors d'une admission en établissement de santé d'une RT-PCR pour le dépistage de COVID-19, que celui-ci soit systématique ou orienté par le contexte clinique et épidémiologique, est évalué en fonction des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé qui sont régulièrement réévaluées et mises à jour.

2.4. Mesures de prévention préalable et concomitante à l'entrée dans les établissements de détention

L'entrée d'une nouvelle personne détenue doit s'accompagner d'un confinement obligatoire pendant une durée de 14 jours et d'un test diagnostique RT-PCR à J7 de l'entrée. Des modalités d'allègement du confinement, peuvent être mises en place si la personne est asymptomatique à J8 et négative au test effectué à J7. Elles ne dispensent pas de la poursuite de la surveillance sanitaire jusqu'à J14 et peuvent permettre plus de mouvements en dehors de la cellule avec le port d'un masque, selon des modalités définies conjointement par la direction de l'établissement et l'USMP.

Les personnes détenues qui ont quitté temporairement l'établissement pénitentiaire (extraction médicale ou judiciaire, hospitalisation) 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'un détenu réintègre l'établissement pénitentiaire à la suite d'une permission de sortir.

2.5. 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. L'ARS et la DISP identifient, parmi les offres d'accès au dépistage Covid-19 de la médecine de ville, celles qui sont les plus appropriées pour les personnes détenues en semi-liberté qui n'auraient pas de médecin traitant et un effort particulier d'information de ces personnes doit être entrepris afin qu'elles connaissent la maladie et les moyens d'accès au dépistage.

En revanche, les personnes détenues symptomatiques relèvent des pratiques de « droit commun » et non des USMP ou CH de rattachement : *« En pratique, l'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs du Covid-19 se tourne d'abord vers la médecine de ville, pour se faire prescrire un test. Ce cadre ne pose aucune difficulté dans le cas d'un patient symptomatique qui peut aller consulter son médecin traitant, en présentiel ou par le biais d'une téléconsultation, ou un médecin de centre ambulatoire covid-19. »*

2.6. Suivi des campagnes de dépistage

Le DG de l'ARS, le préfet et la 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 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 II

Personnes à risques de forme grave du COVID-19

Le HCSP dresse la liste suivante des facteurs de risques :

- 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
- obésité morbide (indice de masse corporelle > 30 kg/m²)
- femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse.



ANNEXE III

Arbre décisionnel

Modalités générales de prise en charge de cas suspects et confirmés de COVID-19

