



DGS-URGENT

DATE : 23/03/2021

REFERENCE : DGS-URGENT N°2021-37

TITRE : RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DU SUIVI DES PATIENTS PRESENTANT DES SYMPTOMES PROLONGES SUITE A UNE COVID-19 DE L'ADULTE

Professionnels ciblés

Tous les professionnels

Professionnels ciblés (*cf. liste ci-dessous*)

Chirurgien-dentiste

Ergothérapeute

Manipulateur ERM

Médecin-autre spécialiste

Infirmier

Masseur Kinésithérapeute

Médecin généraliste

Audioprothésiste

Autre professionnel de santé

Orthopédiste-Orthésiste

Pédicure-Podologue

Opticien-Lunetier

Orthoptiste

Orthophoniste

Podo-Orthésiste

Sage-femme

Diététicien

Pharmacien

Psychomotricien

Orthoprothésiste

Technicien de laboratoire médical

Zone géographique

National

Territorial (*cf. liste ci-dessous*)

Mesdames, messieurs

Au 22 Mars 2021, on comptait en France plus de 375 000 personnes ayant été hospitalisées pour COVID-19 et l'on a relevé plus de 3,4 millions de personnes ayant été testés positifs au Sars-CoV-2, qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques.

Les nombreux témoignages des personnes ayant été symptomatiques, hospitalisées ou non, couplés aux premières études en cours rapportent la présence de symptômes et signes cliniques parfois invalidants pouvant persister plusieurs semaines voire plusieurs mois après la phase initiale de la maladie.

Ces symptômes et atteintes, nombreux et divers, peuvent concerner tous les organes. Il peut s'agir de complications de formes viscérales graves de la COVID-19 (notamment pulmonaires et/ou neurologiques, souvent séquellaires de séjours prolongés en réanimation) ou de signes et symptômes « généraux » (douleurs, fatigue durable, céphalées, faiblesse musculaire, dyspnée, anxiété, troubles du sommeil, ...) ou neurosensoriels (perte du goût et/ou de l'odorat), fréquemment rapportés au décours de formes même mineures et donc de ce fait le plus souvent vus chez des patients non hospitalisés (qui représentent environ 90% du total des patients atteints par la COVID).

Afin de prendre en charge au mieux ces patients, de nombreux acteurs de santé dans les territoires (équipes hospitalières, médecins de ville, équipes de soins primaires, dispositifs d'appui à la coordination, etc.) ainsi que plusieurs sociétés savantes ont mis en place des protocoles et organisé des réponses pragmatiques pour suivre et accompagner ces patients.

Le 22 décembre 2020, la HAS a été saisie par le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran afin d'élaborer des lignes directrices à l'intention des praticiens. Elle a rendu son avis le 12 février 2021 dont les principales préconisations seront reprises et explicités dans le présent document s'agissant de l'organisation de l'offre de soins.

Ces patients, par leur nombre et par la diversité de leur symptomatologie, représentent un enjeu organisationnel important pour notre système de santé, qui doit se mettre en capacité d'apporter une réponse coordonnée et appropriée

à leurs besoins. La prise en charge pourra être assurée dans la majorité des cas par les soins de ville. Pour les autres, elle interviendra au sein d'organisations adaptées et multidisciplinaires, qui devront évoluer en fonction de l'avancée des connaissances. Il s'agit, par cette mobilisation d'accompagner les patients, d'éviter l'errance médicale, les hospitalisations non nécessaires et le développement d'une consommation de soins non pertinents.

Vous trouverez en accompagnement de ce message le document intitulé « recommandations d'organisation du suivi des patients présentant des symptômes prolongés suite à une COVID-19 de l'adulte » ainsi que 2 fiches annexes relatives aux prises en charges en SSR (1) et à la prise en charge du syndrome post-réanimation (2).

Eu égard aux travaux de recherche et à l'évolution des connaissances sur la COVID-19, des travaux se poursuivent et pourront entraîner une évolution des recommandations ministérielles notamment dans le cadre de l'amélioration de l'information aux usagers et aux patients.

Je vous remercie pour votre mobilisation.

Pr. Jérôme Salomon
Directeur général de la santé

Signé

FICHE ANNEXE N°1

RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT DES SYMPTOMES PROLONGES DE LA COVID-19 DE L'ADULTE EN ETABLISSEMENTS SSR

Le caractère polymorphe de l'expression des prises en charge des patients post-COVID font des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) l'une des orientations potentielles pour une prise en charge de recours selon les recommandations de l'HAS. Certains patients vont en effet nécessiter des explorations et bilans cliniques, fonctionnelles et psychologiques et la mise en place de programmes thérapeutiques de réadaptation personnalisés et multidisciplinaires, fréquemment réévalués, comme ils sont souvent proposés par les établissements SSR. Dans ce cadre, l'établissement SSR a vocation à proposer au patient un programme de soins de réadaptation personnalisé, sur un temps défini, élaboré à partir d'évaluations initiales propres à chaque patient.

La mise en œuvre de programmes thérapeutiques multidisciplinaires adaptés

Les établissements SSR qui prendront en charge les patients doivent être en capacité de mettre à disposition une gamme de compétences médicales et paramédicales à **même de conduire les bilans et évaluations complémentaires**, dans une même unité de temps et de lieu, et **de mettre en œuvre les programmes thérapeutiques multidisciplinaires**, spécifiques de la symptomatologie persistante de COVID-19, selon plusieurs modalités (à distance, en hospitalisation à temps partiel, en hospitalisation complète). Ils devront ainsi disposer d'une expertise dans le traitement de la fatigue, des symptômes respiratoires, des troubles cognitifs, ou de la prise en charge de l'anxiété, du stress post-traumatique ou de trouble de l'humeur, et dans la mise en place de programmes de réentraînement à l'effort ou de la gestion de troubles dysautonomiques. L'équipe doit ainsi comprendre à minima des compétences de :

- Spécialiste de MPR ;
- Masso-kinésithérapie ;
- Ergothérapie ;
- Psychomotricité ;
- Psychologie clinique et neuropsychologie cognitive ;
- Orthophonie ;
- Diététique.

En complément, l'accès aux autres spécialités médicales pertinentes (médecine interne, pneumologie, cardiologie, réanimation, psychiatrie, gériatrie, gastro-entérologie...) devra être organisé.

L'organisation de l'offre SSR

Au vu des compétences nécessaires, les établissements prenant en charge ces patients seront prioritairement des établissements SSR autorisés aux mentions « affections du système nerveux », « affections de l'appareil locomoteur » ou « affections respiratoires ». Il **est recommandé d'identifier a minima un établissement référent par territoire de santé**. L'établissement devra quant à lui identifier un médecin coordonnateur de la prise en charge des patients présentant des symptômes post-COVID (qui peut être différent du médecin coordonnateur de l'établissement ou du service).

Une collaboration étroite entre SSR de différentes spécialités doit être organisée afin d'apporter une réponse aux déficiences et pathologies prédominantes en prenant en compte l'évolution du patient pour faciliter son orientation. Des réunions de concertation pluridisciplinaires pourront être structurées pour les cas les plus complexes. Plus spécifiquement, des programmes de réadaptation centrés sur les déficiences polymorphes doivent pouvoir être proposés en établissement SSR, en hospitalisation complète, en ambulatoire, ou à domicile, dans le cadre de parcours structurés. Les programmes de soins personnalisés doivent cibler des objectifs de réduction des déficiences et des limitations d'activité et d'un accompagnement en cas de restriction de participation, dans un contexte environnemental établi, centrés sur les personnes symptomatiques post-COVID.

Le partage des connaissances, des compétences et la formation doivent également être organisés entre les professionnels de premier recours et ces SSR référents. A ce titre, les établissements devront se faire connaître notamment auprès des dispositifs d'orientation et des professionnels libéraux. Une organisation formalisée doit être recherchée entre les acteurs de premier recours et les structures SSR pour assurer un relai fluide entre les professionnels de rééducation de ville et les professionnels des établissements. Une accessibilité aux évaluations fonctionnelles spécialisées de réadaptation, élément majeur dans la construction du programme de soins, doit être anticipée (test d'effort, explorations fonctionnelles respiratoires, bilans neuropsychologiques, évaluation de la masse maigre et grasse, entretien psychiatrique...). **Dans la mesure du possible, les prises en charge privilégieront le lieu où réside le patient pendant cette période de soins, dans une approche coordonnée avec les professionnels de ville, y compris via des dispositifs de HAD.**

Ces prises en charge pourront ainsi intégrer de la télémédecine (téléconsultation) et du télésoin (activités d'auxiliaires médicaux ou de pharmaciens à distance), éventuellement assurés par l'établissement SSR. Elles seront articulées avec des prises en charge en présentiel au sein des structures SSR, qui privilégieront l'hospitalisation à temps partiel, dans le cadre de parcours coordonnés. Ces parcours intégrant différents modes de prises en charge doivent être anticipés afin de maintenir la capacité de prise en charge des autres patients présentant des besoins de réadaptation.

FICHE ANNEXE N°2

RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRESENTANT UN SYNDROME POST-REANIMATION EN LIEN AVEC LA COVID-19 DE L'ADULTE

Les patients ayant fait un séjour en réanimation et ayant souffert d'un état inflammatoire majeur, et notamment d'un syndrome de détresse respiratoire (SDRA) peuvent développer des symptômes persistants et des séquelles jusqu'à plusieurs mois après leur hospitalisation. Ces manifestations post-SDRA, regroupés sous l'entité de « **syndrome post-réanimation** » ont un impact fonctionnel important et peuvent avoir un retentissement sur la qualité de vie pendant plusieurs années.

Dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19, **le syndrome post-réanimation est souvent intriqué aux symptômes prolongés suite à une COVID-19**. En effet, nombre de ces symptômes sont communs : asthénie, atteintes neuromusculaires, raideurs et douleurs articulaires et musculo-squelettiques, amyotrophie, altérations cognitives en dehors de toute atteinte antérieure, atteintes psychiatriques (syndrome anxieux, dépression, syndrome de stress post-traumatique), s'ajoutent aux symptômes respiratoires persistants après SDRA comme la dyspnée et le syndrome d'hyperventilation. Enfin des altérations, mêmes minimales de la fonction rénale en réanimation placent les patients à risque accru de pathologies cardiovasculaires et rénales à moyen terme. A noter que **des souffrances psychologiques et psychiatriques (Syndrome de stress post-traumatique) des proches ayant soutenu un patient durant son séjour en réanimation sont également décrites**.

Ces symptômes entraînent, du fait de leur association, un retentissement fonctionnel majeur. Un an après la survenue d'un SDRA **près de la moitié des patients antérieurement actifs n'ont pas repris leur activité professionnelle** et des limitations fonctionnelles peuvent persister plusieurs années et entraîner une augmentation de la consommation de soins¹.

¹ - NICE. Rehabilitation after critical illness in adults | Clinical Guideline: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>.

- SCCM | Models for a Post-Intensive Care Syndrome Clinic - Targeted Goals and Barriers:

<http://www.sccm.org/Communications/Critical-Connections/Archives/Pages/Models-for-a-Post-Intensive-Care-Syndrome-Clinic---Targeted-Goals-and-Barriers.aspx>

- Jouan Y, Grammatico-Guillon L, Teixeira N, Hassen-Khodja C, Gaborit C, Salmon-Gandonnière C, et al.

Healthcare trajectories before and after critical illness: population-based insight on diverse patients clusters. Ann Intensive Care 2019;9(1):126.

- Jouan Y, Ehrmann S, Lerolle N. Filières de soins après la réanimation : identifier les besoins pour mieux prendre en charge. Réanimation (2014) 23:S536-S542 DOI 10.1007/s13546-015-1075-1

- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med 2005;171(9):987-94

Ainsi, il convient de dépister les éléments constitutifs du **syndrome post-réanimation chez les patients souffrant de symptômes persistants après une COVID grave ayant entraîné un SDRA**, en mettant en œuvre les préconisations de la HAS concernant la prise en charge post-COVID. En particulier, une prise en charge holistique en soins primaires en première intention est souhaitable, en lien si besoin avec l'équipe de soins de réanimation. L'exclusion de diagnostics différentiels et de complications de la maladie aiguë doit s'envisager dans le cadre d'un bilan clinique approfondi et paraclinique parcimonieux.

Compte tenu de l'expression souvent frustrée des symptômes pris isolément il est particulièrement recommandé de recourir à des échelles cliniques validées d'évaluation de la dyspnée (mMRC : medical research council), du syndrome d'hyperventilation (score de Nijmegen), d'altération cognitives (échelle MoCA : Montréal Cognitive Assessment), d'anxiété (HADS : hospital anxiety and depression scale, STAI : State-trait anxiety inventory), de dépression (BDI : Beck depression inventory), et de stress post-traumatique (IES : Impact of event scale).

La prise en charge thérapeutique et de rééducation du syndrome post-réanimation n'étant pas structurée à ce jour, dans le post-COVID elle doit s'envisager dans le cadre des préconisations de la HAS avec une prise en charge multidisciplinaire essentiellement symptomatique et non spécifique des symptômes.

RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DU SUIVI DES PATIENTS PRESENTANT DES SYMPTOMES PROLONGES SUITE A UNE COVID-19 DE L'ADULTE

Pour des questions de lisibilité de la présente fiche, les « patients présentant des symptômes prolongés suite à une COVID-19 de l'adulte » (terme employé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son avis) seront dénommés « patients Post-COVID ».

Au 22 Mars 2021, on comptait en France plus de 375 000 personnes ayant été hospitalisées pour COVID-19 et l'on a relevé plus de 3,4 millions¹ de personnes ayant été testées positives au Sars-CoV-2, qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques.

Les nombreux témoignages des personnes ayant été symptomatiques, hospitalisées ou non, couplés aux premières études en cours rapportent la présence de symptômes et signes cliniques parfois invalidants pouvant persister plusieurs semaines voire plusieurs mois après la phase initiale de la maladie.

Ces symptômes et atteintes, nombreux et divers, peuvent concerner tous les organes. Il peut s'agir de complications de formes viscérales graves de la COVID-19 (notamment pulmonaires et/ou neurologiques, souvent séquellaires de séjours prolongés en réanimation) ou de signes et symptômes « généraux » (douleurs, fatigue durable, céphalées, faiblesse musculaire, dyspnée, anxiété, troubles du sommeil, ...) ou neurosensoriels (perte du goût et/ou de l'odorat), fréquemment rapportés au décours de formes même mineures et donc de ce fait le plus souvent vus chez des patients non hospitalisés (qui représentent environ 90% du total des patients atteints par la COVID).

Afin de prendre en charge au mieux ces patients, de nombreux acteurs de santé dans les territoires (équipes hospitalières, médecins de ville, équipes de soins primaires, dispositifs d'appui à la coordination, etc.) ainsi que plusieurs sociétés savantes ont mis en place des protocoles et organisé des réponses pragmatiques pour suivre et accompagner ces patients.

Le 22 décembre 2020, la HAS a été saisie par le ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran afin d'élaborer des lignes directrices à l'intention des praticiens. Elle a rendu son avis le 12 février 2021² dont les principales préconisations seront reprises et explicités dans le présent document s'agissant de l'organisation de l'offre de soins.

Ces patients, par leur nombre et par la diversité de leur symptomatologie, représentent un enjeu organisationnel important pour notre système de santé, qui doit se mettre en capacité d'apporter une réponse coordonnée et appropriée à leurs besoins. La prise en charge pourra être assurée dans la majorité des cas par les soins de ville. Pour les autres, elle interviendra au sein d'organisations

¹ Point de situation Santé Publique France (10/02/2021)

² https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

adaptées et multidisciplinaires, qui devront évoluer en fonction de l'avancée des connaissances. Il s'agit, par cette mobilisation d'accompagner les patients, d'éviter l'errance médicale, les hospitalisations non nécessaires et le développement d'une consommation de soins non pertinents.

Attention : eu égard aux travaux de recherche et à l'évolution des connaissances sur la COVID-19, des travaux se poursuivent et pourront entraîner une évolution des recommandations ministérielles notamment dans le cadre de l'amélioration de l'information aux usagers/patients.

La présente fiche décrit les principes généraux de suivi et de prises en charges de ces patients (1), le rôle des soins primaires (2), la structuration de cellules de coordination post-COVID pour les patients en situation complexe (3) et la manière dont les agences régionales de santé doivent animer et structurer l'offre de soins au bénéfice des patients post-COVID (4).

1. Cadre général sur l'organisation du suivi des patients post-COVID

L'organisation de la prise en charge et du suivi de ces patients s'articule autour de **6 axes principaux** qui doivent se déployer dans tous les territoires, quelle que soit leur maille, conformément à l'avis de la HAS :

- **Informier le grand public et les professionnels de santé** sur les connaissances relatives aux suites de Covid-19 et le dispositif de prise en charge en lien avec les travaux de la HAS à destination du grand public ;
- **Positionner les acteurs de « soins de Ville »**, notamment les médecins traitants, comme **porte d'entrée des patients post-COVID**, en charge de l'information, du soin et de l'orientation, afin d'éviter le phénomène de « patients errants » ;
- **Positionner les structures d'appui à la coordination et organisations de coordination** (DAC³, CPTS⁴, etc.) comme appuis pour l'organisation de la prise en charge des patients post-COVID en situation complexe et interlocutrices des professionnels de santé ;
- **S'appuyer prioritairement sur les établissements SSR** pour structurer l'offre hospitalière de recours pour les cas de patients les plus complexes ;
- Mettre en place une information claire et lisible vers les professionnels de ville et les patients sur l'existence de **cohortes ambulatoires COVID-19** et la manière de les alimenter dans un contexte où la recherche clinique est primordiale ;
- Rappeler les principales manifestations et cadres de prise en charge du **syndrome post-réanimation / post-SDRA** (syndrome de détresse respiratoire aigüe)⁵ pour les patients ayant nécessité un séjour en soins critiques.

2. La prise en charge de ces symptômes peut être réalisée en soins primaires dans la grande majorité des cas

³ DAC : Dispositif d'appui à la coordination

⁴ CPTS : Communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé

⁵ Annexe n°2 : manifestation et cadres de prise en charge du syndrome post-réanimation

La HAS, dans sa réponse rapide rendue le 10 février, explique que les soins primaires, et en particulier les médecins traitants, doivent être la porte d'entrée des patients présentant des symptômes prolongés suite à une COVID-19 avec comme objectifs :

- Repérer ces patients ;
- Éliminer les diagnostics différentiels ;
- Rechercher des complications nécessitant une prise en charge urgente ;
- Rechercher une décompensation de pathologie sous-jacente ;
- Orienter le patient vers un avis spécialisé ;
- Proposer, le cas échéant, une prise en charge pluri-professionnelle en soins primaires ;
- Orienter les patients en situation complexe vers les cellules de coordination post-COVID.

Les organisations pluri-professionnelles territoriales de soins primaires (Equipe de soins primaires, Maison de santé, Centre de Santé, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) sont des structures qui permettent d'apporter une prise en charge holistique et coordonnée pour la majorité des patients atteints de symptômes persistants de la COVID-19. Les réunions de concertation pluri-professionnelles existants dans ces organisations permettront en particulier de définir les actions nécessaires à la prise en charge du patient, en prenant en compte les compétences des différents professionnels présents sur le territoire mais aussi au plus proche des besoins du patient.

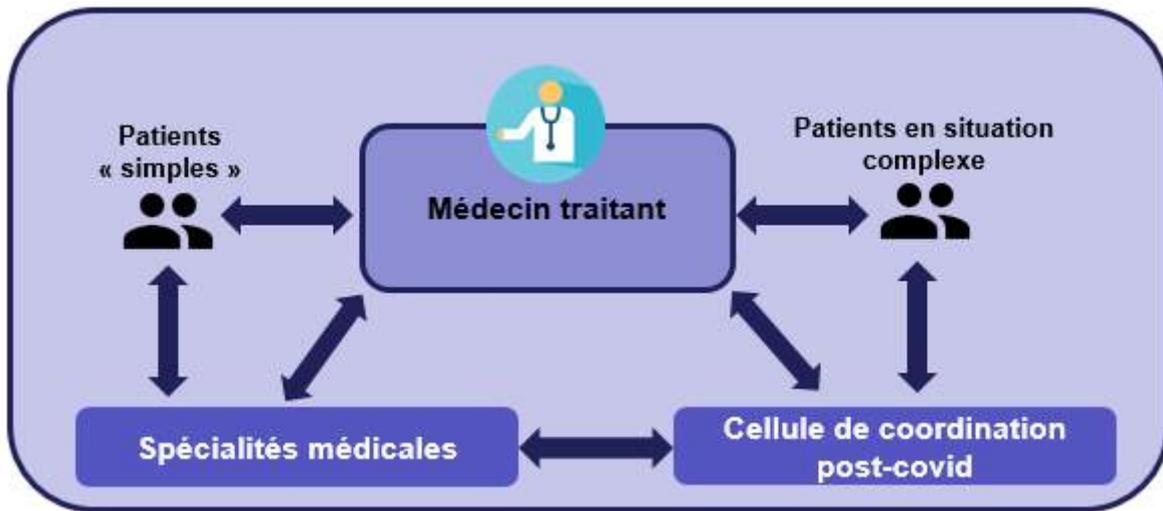
3. Des « cellules de coordination post-COVID » pour informer, orienter et appuyer à la coordination dans les territoires des patients en situation complexe

Il existe déjà dans les territoires des organisations chargées de la coordination et l'orientation des patients, notamment ceux présentant **une situation complexe**, en appui de la médecine de premier recours et spécialisée (ainsi, parfois déjà les dispositifs d'appui à la coordination installés par fusion d'autres dispositifs, les CPTS dans de nombreux territoires, les ex-plateformes territoriales d'appui ou autres plateformes, etc.).

Dans le cadre de la gestion des patients post-COVID et afin d'avoir une approche la plus uniforme possible de ces prises en charge dans les territoires, il est proposé que ces structures, déjà opérationnelles ou en cours de déploiement, priorisent, pour les patients post-COVID, deux missions :

- **Pour les patients en situation complexe et leur entourage** : l'information et l'orientation vers les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, nécessaires pour que leur parcours de santé soit adapté à leurs besoins, en intégrant l'accompagnement des proches ;
- **Pour les professionnels de santé** : l'appui à la coordination des parcours de santé des patients post-COVID pour lesquels le professionnel de santé n'est pas en mesure d'apporter une réponse complète et coordonnée.

Ces structures, dénommées dans le cadre de la crise sanitaire « **cellules de coordination post-COVID** », doivent par ailleurs assurer leur lisibilité dans les territoires pour les patients comme pour les professionnels de ces prises en charge.



3.1. L'Organisation et le fonctionnement des cellules de coordination post-COVID

3.1.1. L'organisation de la prise en charge multidisciplinaire

L'organisation de ces cellules doit reposer sur l'animation d'acteurs pluridisciplinaires et pluri-professionnels au service des patients post-COVID. **Deux missions doivent être conduites :**

- **Mission « informer et orienter »** vers les offres de soins les plus adéquates au regard de la demande. Cette mission ne requiert pas nécessairement la connaissance de l'identité de la personne pour laquelle la demande est faite et peut prendre la forme d'une plateforme en ligne, de questionnaires d'autodiagnostic validés par les sociétés savantes à destination des professionnels de santé, etc ;
- **Mission « réponse aux demandes d'appui à la coordination »**, pour les patients en situation complexe. En fonction d'une évaluation médico-psycho-sociale adaptée à la situation, la cellule de coordination met en œuvre et renforce les actions répondant aux besoins et attentes de la personne, assure le suivi, coordonne les interventions et organise le parcours en lien avec les professionnels intervenant autour de la situation, notamment le médecin traitant.

Au-delà de ces missions, il est demandé que chaque cellule de coordination post-COVID de :

- Mettre en place a minima **une équipe de coordonnateurs**, s'appuyant sur des organisations locales déjà en place, soit via une équipe de professionnels, soit via un annuaire des principales spécialités de la prise en charge post-COVID et comprenant notamment l'accès aux spécialités suivantes :
 - Médecine générale ou médecine interne ou infectiologie ;
 - Réadaptation (MPR, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.) ;
 - Pneumologie ;
 - Neurologie ;
 - Santé mentale (psychiatrie et psychologie) ;

- Réanimation ;
 - Nutritionniste ;
 - Cardiologie ;
 - Rhumatologie.
- S'articuler avec la médecine du travail ;
 - Organiser l'évaluation et le bilan des patients post-COVID en situation complexe en :
 - Réalisant un **étayage immédiat** (analyse rapide de la demande) dès réception de la demande, permettant une réactivité d'intervention ;
 - Assurant un **retour au demandeur et au médecin traitant** suivant la prise de l'appel / formulation de la demande, pour un échange et une information sur le motif d'intervention de la cellule de coordination post-COVID, à chaque fois que cela est possible, avec l'accord de la personne ;
 - Assurant **l'évaluation multidimensionnelle** (sanitaire, sociale, psychique, socio-environnementale, administrative, autonomie, ...) des besoins et attentes de la personne. Cette évaluation peut être récupérée, déléguée ou réalisée par la cellule de coordination post-COVID, seule ou avec un partenaire, suivant une cartographie préalable des expertises du territoire comprenant les organisations de téléexpertises déjà disponibles. La cellule de coordination post-COVID veillera à éviter les évaluations redondantes. La cellule de coordination post-COVID transmettra son évaluation aux personnes concernées en respectant la réglementation en vigueur ;
 - Organisant en concertation l'élaboration d'un **plan d'action personnalisé** (quels problèmes, quelles actions, pour quels objectifs et qui fait quoi) répondant aux besoins/attentes de la personne, et sa communication au cercle de soins en respectant la réglementation en vigueur ;
 - S'assurant que les **interventions** sont bien en cohérence, identifiées, partagées entre les professionnels (de préférence avec l'outil régional de e-parcours), mises en œuvre et adaptées au besoin.

3.1.2. Les stratégies territoriales possibles pour le déploiement des cellules de coordination Post-COVID

Pour rappel, les cellules de coordination post-COVID doivent se déployer **dans tous les territoires quelle que soit leur maille**. Ce déploiement doit s'appuyer sur les dispositifs ou organisations existantes dans les régions.

Les cellules de coordination post-COVID devraient être **portées prioritairement par les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** dans les territoires, lorsqu'ils sont déjà en place, entendu dans son acception large dans la mesure où le DAC unifié ne serait pas constitué. L'organisation en cellule structurée par le DAC doit s'appuyer, comme partenaires territoriaux, sur les CPTS et autres structures existantes, ainsi que sur les expertises médicales dédiées aux symptômes post-COVID.

En ce qui concerne l'implication des DAC, il sera tenu compte de leur structuration territoriale et notamment de l'état d'avancement de leur unification.

3.1.3. Télésanté, suivi des patients et outils numériques

Les outils numériques de coordination

Les cellules de coordination post-COVID doivent, dans la mesure du possible, utiliser les outils régionaux de coordination entre professionnels et d'adressage des patients de leur région⁶. Elles en développent, autant que possible, l'usage pour la coordination et l'animation du parcours des patients post-COVID.

Les solutions de télésanté au service de la coordination

Pour assurer leur mission de réponse aux demandes d'appui à la coordination, les cellules de coordination peuvent s'appuyer sur les organisations de télémedecine (téléconsultation et téléexpertise) et de télésoin existantes au sein du territoire, en particulier pour l'évaluation multidimensionnelle des patients et les interventions mises en œuvre.

Le suivi des patients

La cellule de coordination, dans sa fonction d'animation territoriale post-COVID, est en charge d'un **observatoire du suivi des patients post-COVID en situation complexe**. L'équipe de coordonnateur l'alimente sur la base des situations accompagnées. L'alimentation de l'observatoire peut également être ouverte aux partenaires du territoire (acteurs de ville, centres hospitaliers, EHPAD, etc.).

Les éléments recueillis par l'observatoire doivent être :

- **Le nombre et le type de sollicitations** (Information / Orientation / Accompagnement) ;
- **Les caractéristiques des patients** pris en charge par la cellule de coordination post-Covid (âge, comorbidités, etc.).

4. Rôle de l'ARS dans la stratégie territoriale, l'animation des professionnels de santé et le suivi des patients « Post-COVID »

L'ARS veille à ce que la prise en charge essentielle des patients soit assurée par le premier recours et veille à la bonne diffusion de l'information aux professionnels de ville (URPS, etc.).

Par ailleurs, l'ARS assure le pilotage et le suivi de la montée en charge de ces cellules de coordination post-COVID et de leur maillage dans les territoires. Elle accompagne ces cellules dans leur mission et dans l'élaboration d'annuaires de spécialités impliquées.

⁶ ViaTrajectoire, outils de coordination e-parcours disposant d'un module d'adressage ou de gestion de la demande, etc.