RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Recommandations régionales COVID-19

Cadre régional pour favoriser et sécuriser le retour à domicile des patients hospitalisés pour COVID-19 qui nécessitent un suivi actif

Version du 23 novembre 2020

Ce document a vocation à apporter un cadre régional pour l'élaboration de protocoles territoriaux de sortie d'hospitalisation de patients COVID entre les établissements de santé et les professionnels de ville de la région Paca (exerçant en cabinet, en centres de santé, maisons de santé, CPTS ou professionnels des Plateformes territoriales d'appui). Il est évolutif et prend en compte, selon l'évolution de la situation sanitaire, les mises à jour des recommandations nationales.

Ce document de cadrage intègre les retours d'expériences et contributions des représentants des professionnels de la santé (hospitaliers, de ville, PTA, Prado…) et des représentants d'usagers.
Ce cadre régional cible uniquement les sorties d'hospitalisation et retour à domicile après hospitalisation pour infection à SARS-CoV-2, de patients avec perspective de guérison mais dont l'état de santé nécessite un suivi actif avec interventions d'un ou plusieurs professionnels de santé de ville.
Il exclut donc d'autres typologies de patients faisant l'objet ou qui feront l'objet de documents spécifiques, si nécessaire :

- Les patients qui ont été hospitalisés (hors soins intensifs), qui vont bien et qui n'ont pas besoin d'un suivi à domicile ;
- Les patients qui nécessitent une prise en charge de relais par l'HAD, du fait de la gravité de l'atteinte COVID19 ou de la décompensation de pathologies associées ;
- Les patients non hospitalisés, ayant fait un passage en établissements de santé (SAU, consultation externe…) ;
- Les patients qui nécessitent une prise en charge à domicile en soins palliatifs ;
- Les retours en EHPAD ;
- Les patients en situation de grande précarité.

Ce cadre régional est accompagné d'une boîte à outils qui recensera des documents types (check-list d'évaluation des conditions de sortie du patient, protocoles, ordonnances types, fiche de suivi renforcé par les infirmières libérales au domicile…) élaborés par des acteurs de notre territoire et qui seront mis à la disposition de tous. Cette boîte à outil sera alimentée avec les apports des uns et des autres et les retours d'expérience.

Pour rappel : Tous les documents nationaux de référence sont disponibles sur le site du Ministère des solidarités et de la santé :
https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante

PRÉAMBULE

Le 17 novembre 2020, 3224 patients sont hospitalisés en région PACA, dont 1750 en hospitalisation conventionnelle, 978 en soins de suite et réadaptation et 496 en réanimation.

Selon le dossier de la DREES n°67 d'octobre 2020[1], « Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie » analysant les parcours de 90 800 patients hospitalisés en MCO (hospitalisation conventionnelle ou soins critiques) pour motif Covid-19 entre le 1er mars et le 15 juin 2020, il ressort de cette analyse les points saillants suivants :

- Parmi les patients de la cohorte, la durée médiane d'un séjour à l'hôpital (MCO ou MCO et SSR) est de 20 jours s'ils sont passés par les soins critiques (comprenant la réanimation, les soins intensifs et les soins continus) et de 8 jours s'ils n'y sont pas passés. La durée médiane de séjour en soins critiques est de 11 jours (12 chez les hommes et 9 chez les femmes).
- L'âge médian des personnes hospitalisées en MCO est de 71 ans et l'âge médian des personnes décédées à l'hôpital est de 81 ans. Les hommes sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées en soins critiques (70 %), parmi les personnes décédées (60 %), et dans une moindre mesure parmi les personnes hospitalisées (55 %).
- Quatre parcours-types se dégagent sur les 90 jours suivant l'hospitalisation :
    - les hospitalisations en MCO suivies d'un retour à domicile (74 %),
    - les hospitalisations suivies d'un décès (19 %),
    - les hospitalisations en MCO suivies d'une hospitalisation en SSR (5 %),
    - les hospitalisations avec un long passage par les soins critiques (2 %) suivies ou non d'un décès, dont une partie pourrait provenir d'un retard de clôture des hospitalisations dans SI-VIC.

Les patients COVID en sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, …), quel que soit l'âge, nécessitent un suivi à domicile ou dans des hébergements alternatifs au domicile du fait de leur pathologie COVID mais également des complications liées à cette pathologie et/ou de la fragilité propre à chaque patient, incluant son environnement psycho-social.

[1] Noémie Courtejoie, Claire-Lise Dubost (DREES), 2020, « Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie », Les Dossiers de la DREES, n°67, DREES, octobre

Médecine de ville : le médecin traitant au centre du dispositif avec des protocoles territoriaux identifiant un interlocuteur unique pour l'organisation du retour à domicile et la coordination des soins.

Des protocoles territoriaux

En ville, de nombreux professionnels de santé, libéraux ou salariés, exerçant en cabinet ou en structures d'exercice coordonné, ont réorganisé leur activité pour pouvoir prendre en charge ces patients COVID tout en restant disponible à toutes les autres pathologies.
Afin de consolider le parcours de sortie d'hospitalisation des patients COVID au niveau de chaque territoire, il est préconisé la rédaction de protocoles territoriaux entre l'établissement de santé de référence et les professionnels de ville, et ce en lien avec la délégation départementale de l'ARS.
Les protocoles territoriaux doivent répondre a minima aux objectifs suivants :

- Mettre en place, lors de la sortie d'hospitalisation des patients COVID+, des conditions de prise en charge et de suivi préparées et sécurisées, adaptées à leur situation clinique, à leur état antérieur, à leurs comorbidités, mais également à leurs conditions de vie habituelles ;
- Assurer la fluidité des parcours de soins, notamment en situation de forte tension des établissements de santé, afin, de permettre un retour à domicile des patients COVID+ nécessitant un suivi actif en toute sécurité, y compris pour des sorties précoces ;
- Permettre, pour les prises en charge post-hospitalisation une articulation ville/hôpital dans le cadre de coordination ambulatoire habituelle ou ad hoc (organisations adaptées en situation d'épidémie COVID19) mises en place au niveau du territoire de santé.

Les communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS (Cf. annexe 1 : coordonnées des projets de CPTS en région PACA)- quand elles existent, jouent un rôle clé dans l'élaboration de ces protocoles pour le volet prise en charge et coordination de proximité notamment. Les CPTS sont des outils structurants de l'exercice coordonné pour les professionnels de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de santé adaptée aux besoins de la population de leur territoire. A ce titre, elles doivent notamment organiser le lien ville-hôpital-ville et mettre en place un ou plusieurs protocoles pour les entrées et sorties d'hospitalisation des établissements de santé publics et privés de leur territoire (modalités d'entrée en hospitalisation, organisation d'un parcours de sortie d'hospitalisation, modalités d'information réciproque…).

Lorsque le territoire n'est pas couvert par une CPTS, ces missions peuvent être réalisées par une autre organisation collective d'acteurs de santé existante dans le territoire (association de permanence des soins, collectifs de professionnels…), ou bien, par principe de subsidiarité, par la PTA.

La région PACA est couverte par des plateformes territoriales d'appui à la coordination – PTA (Cf. annexe 2 cartographie et coordonnées des PTA de la région PACA), qui ont pour mission le soutien des professionnels à la prise en charge et l'accompagnement des situations complexes (tout public). Elles couvrent des territoires plus vastes que ceux des CPTS et ont plusieurs établissements de santé sur leur territoire. Elles ont parmi leurs missions d'appui, l'aide à l'organisation des admissions et des sorties d'hospitalisation de patients en situation complexe. Avec la pandémie COVID-19, des situations de prise en charge et d'accompagnement se sont complexifiées. De par leur expérience du lien hôpital-ville et de leur expertise des situations complexes, elles participent à l'élaboration des protocoles d'entrée et de sortie d'hospitalisation pour les patients COVID, en soutien des établissements de santé et des CPTS, et contribuent à la cohérence des pratiques sur le territoire. Elles peuvent être sollicitées aussi par les professionnels pour la coordination de ces prises en charge complexes entre l'hôpital et le retour à domicile.

Un interlocuteur unique pour les soins de ville

Afin de faciliter, la préparation à la sortie d'hospitalisation de patients COVID, le protocole territorial identifie un interlocuteur unique pour la ville.

Cette organisation est une réponse rapide et temporaire afin de répondre à des besoins spécifiques en situation de crise.

Cet interlocuteur a pour objectifs d'être facilement identifié par les services hospitaliers, joignable, et de faire l'interface entre l'établissement de santé et les professionnels de ville (cabinet, CPTS, MSP, centres de santé…). Il vise à simplifier, autant que possible, la sortie du patient hospitalisé et de garantir la continuité et la sécurité de la prise en charge.

Il est attendu l'identification d'un interlocuteur unique de ville par établissement de santé, joignable tous les jours ouvrés sur des horaires définis, et avec une garantie de réponse dans un délai compatible avec les enjeux du retour à domicile.

En fonction de l'organisation ville-hôpital-ville existante sur le territoire, de l'opérationnalité des différents opérateurs et en fonction de la taille de l'établissement de santé, la PTA ou la CPTS pourra jouer le rôle d'interlocuteur unique de l'établissement de santé pour l'organisation de la sortie des patients COVID et leur retour à domicile.

Il est à noter que dans les zones fortement peuplées et/ou pour les établissements de santé de grande taille, la zone de patientèle de l'établissement couvrira plusieurs CPTS. Dans ce cas, la PTA a vocation à jouer le rôle d'interlocuteur unique pour l'établissement de santé et la ville, les CPTS se concentrant alors sur la coordination de proximité de la prise en charge clinique et thérapeutique, de l'accompagnement et du suivi.

Quel que soit le schéma d'organisation retenu sur le territoire, l'interlocuteur unique a pour mission d'identifier la/les ressources adaptées pour chaque patient. Il est une porte d'entrée pour mobiliser les ressources de ville du territoire. Il devra définir sa collaboration avec les professionnels et acteurs de ville :

- Dans les situations où la CPTS est identifiée comme interlocuteur unique de l'hôpital, elle devra orienter les patients relevant d'une prise en charge médico-

sociale complexe vers la PTA (mise en place d'évaluation sanitaire et sociale, activation de dispositifs et d'aides adaptés, coordination renforcée…). Le dispositif « Prado Covid » pourra être activé pour les situations relevant de sa compétence et si celui-ci est opérationnel sur le territoire concerné ;

- Dans les situations où la PTA est identifiée comme interlocuteur unique de l'hôpital, elle pourra s'appuyer sur les CPTS, existantes sur le territoire, dans leur rôle de coordination des acteurs locaux et d'organisation de la prise en charge de proximité (ne comportant pas de facteurs de complexité nécessitant un appui spécifique). Le dispositif « Prado Covid » pourra être activé pour les situations relevant de sa compétence et si celui-ci est opérationnel sur le territoire concerné.

La collaboration et l'organisation entre l'interlocuteur unique de ville pour l'hôpital et les professionnels de ville (professionnels libéraux, MSP, CPTS, PTA, Prado) pourra être différente et proposer plusieurs niveaux de services et du sur-mesure pour répondre aux besoins (par ex. contact avec l'établissement pour recueillir les informations, coordination centrale de la sortie et transfert vers la CPTS, MSP ou MT ou IDEL, organisation par la PTA des actions pour le retour à domicile si besoin…).

L'organisation de la prise en charge en ville d'une sortie d'hospitalisation COVID

Le cercle de soins habituel du patient est respecté quand il existe, ce qui permet de privilégier le lien avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé de ville intervenants habituellement auprès du patient.

L'établissement de santé peut donc, en fonction des conditions de la sortie du patient, et des besoins de ce dernier :

- Soit s'appuyer sur ces personnels hospitaliers habituels et prendre contact directement avec le médecin traitant et les professionnels de santé pré identifiés (ce sera le cas par ex. des sorties les plus simples) ;
- Soit s'appuyer directement sur l'interlocuteur unique de ville (PTA ou CPTS) qui aura alors la charge :
    - d'identifier puis de jouer le rôle d'interface entre l'établissement de santé et le médecin traitant ou par défaut un médecin volontaire pour coordonner la prise en charge du patient à sa sortie d'hospitalisation ;
    - de faire le lien, si besoin, entre le médecin de ville et les autres professionnels du sanitaire ou du médico-social.

La stratégie de suivi à domicile est de la responsabilité du médecin traitant (ou du médecin responsable du patient). Elle est élaborée en lien étroit avec les autres professionnels de la santé de proximité intervenant auprès du patient, si nécessaire avec l'appui de l'interlocuteur unique de ville.
Le médecin de ville peut décider différentes orientations en fonction de son appréciation de la situation :

- Maintien à domicile ou en centre d'hébergement avec traitement symptomatique et conseils d'hygiène et de surveillance +/- arrêt de travail, avec auto-surveillance par le patient lui-même (aidé ou non d'un outil d'autosurveillance) et/ou son entourage ;
- Maintien à domicile ou en centre d'hébergement avec suivi médical (aidé ou non d'un outil d'autosurveillance), selon une fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale ;
- Suivi renforcé à domicile ou en centre d'hébergement par télésurveillance ;
- Suivi renforcé à domicile ou en centre d'hébergement avec un suivi par un infirmier diplômé d'État (IDE), en complément du suivi médical ;
- Mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Hospitalisation en cas de signes de gravité, qui sera alors à organiser par appel au SAMU-centre 15.

Si besoin, le médecin ou l'infirmier peuvent contacter le médecin hospitalier ou le cadre de santé référent.

Il est proposé que le protocole territorial étudie la possibilité d'identifier une offre de télé-expertise dans chaque territoire afin de fluidifier les filières d'aval (cette organisation peut permettre également en amont d'éviter une hospitalisation non nécessaire). L'organisation cible de télé-expertise permettrait le recours téléphonique à un avis d'expert dans chacune des spécialités suivantes : maladies infectieuses, pneumologie, gériatrie.

Les points clés des protocoles territoriaux

Les points clés de ces protocoles territoriaux sont :

- L'identification d'un « interlocuteur territorial unique » (PTA ou CPTS) chargé de construire une prise en charge et un accompagnement continus et sécurisés en lien avec l'établissement de santé et les effecteurs de soins de ville (cabinets et centres de santé, MSP…) et en préciser ses missions. Devront être précisés les niveaux d'intervention et de relais entre l'établissement de santé/l'interlocuteur unique pour la ville/les acteurs de ville (MSP, CPTS, Prado…) pour l'organisation de la sortie et du retour à domicile.

- L'identification au sein de l'établissement d'une personne référente « COVID et lien avec la Ville » et en préciser ses missions ;

- La prise en charge clinique des patients COVID à domicile doit pouvoir être assurée 7 jours sur 7 par les professionnels de santé de ville. En contrepartie, l'établissement de santé identifie un référent hospitalier, accessible 7 jours sur 7 pour répondre aux besoins de la ville. Cette organisation devra faire l'objet d'une adaptation en fonction de la volumétrie des sorties concernées.

- La formalisation des modalités de communication entre l'hôpital et la ville afin d'anticiper et sécuriser l'organisation de la sortie. Par exemple : à destination des services hospitaliers, mise à disposition d'une fiche de recueil d'informations sur le cercle de soins habituel du patient, modèles types de documents d'échange d'informations comme check-list de l'entrée du patient COVID, ordonnances types,

lettres de liaison… ; numéros de téléphone dédié, messagerie sécurisée, système d'information partagée…

La préparation de la sortie par les établissements de santé

L'organisation de la sortie d'hospitalisation doit faire l'objet d'une évaluation, décision et préparation en anticipation.

Compte-tenu du contexte de tension hospitalière en lien avec l'épidémie de COVID, il peut être nécessaire pour un établissement de santé de libérer rapidement des places d'hospitalisation afin d'accueillir des patients plus lourds. Cette réduction des durées moyennes de séjour peut entrainer des sorties en ville de patients nécessitants des charges en soins plus lourdes.

Les points de vigilance dans le cadre de la préparation à la sortie

Dans le cadre de cette préparation de la sortie d'hospitalisation entre l'établissement de santé et l'interlocuteur unique vers la ville, les points de vigilance portent notamment :

- Au plan clinique, sur l'absence de critères de gravité au moment de la sortie ;
- Au plan du logement et de l'environnement du patient de la vérification minimum des points suivants : une pièce dédiée et aérée, où le patient pourra rester confiné, des moyens de communication possible (téléphone, ordinateur ...), un accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Sur une compréhension pour le patient et son entourage des règles d'hygiène (désinfection des surfaces, nettoyage des WC et salle de bain) et d'auto-surveillance ;
- Sur l'absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile si les règles d'isolement ne peuvent pas être respectées et si le patient est considéré comme contagieux.

L'évaluation des conditions de sortie et la préparation

Chaque service hospitalier, accueillant des patients COVID, identifie une personne ayant pour missions d'assurer et / ou de vérifier la complétude de cette « check-list d'évaluation des conditions de sortie » pour la préparer.

Cette check-list intègre le protocole territorial et elle couvre, notamment les questions suivantes :

- L'évaluation précise des conditions de vie et de l'environnement social de la personne (par ex. si la personne vit seule : présence de troubles cognitifs, d'un handicap psychique ou physique empêchant un retour à domicile direct à l'issue de

l'hospitalisation ? Si la personne ne vit pas seule, a-t-elle des personnes à charge ou des personnes fragiles et à risque COVID ? un isolement de la personne est-il possible dans le domicile ou faut-il prévoir un isolement hors du domicile ?)

- L'identification du cercle de soins du patient (Possède-t-il un médecin traitant ? Une équipe paramédicale de soins intervenant au domicile ? Dans ce cas, s'assurer de leurs disponibilités lors du retour à domicile et notamment de la possibilité d'effectuer des visites à domicile si besoin ou des téléconsultations et dans le cas contraire, contacter l'interlocuteur unique de médecine de ville identifié par le protocole territorial) ;
- L'anticipation de la charge en soins du patient et du besoin en matériel médical (besoin en oxygénothérapie, perfusion, thérapeutiques médicamenteuses, soins infirmiers, kinésithérapie…)

L'anticipation de la sortie d'hospitalisation

L'anticipation étant le maître mot d'une sortie d'hospitalisation réussie, et ce d'autant plus dans le cadre d'une tension des systèmes de soins, la préparation à la sortie doit être débutée le plus rapidement possible.

Un tableau prévisionnel des sorties peut-être tenu à jour par un cadre administratif du service. Un professionnel peut être dédié spécifiquement à l'organisation et à la coordination des sorties.

Il est proposé pour l'élaboration des protocoles territoriaux de tendre vers le rétro-planning-cible suivant :

- Dès l'entrée en hospitalisation :

- Complétude progressive de la liste de contrôle à la préparation de la sortie (notamment le recueil d'information sur le nom et les coordonnées du médecin traitant (MT) et / ou de l'infirmière qui intervient habituellement dans sa prise en charge) ;
- Si possible adressage d'un courriel au médecin traitant et/ou IDE afin de les informer de la prise en charge hospitalière de leur patient, en précisant le nom et les coordonnées de la personne référente hospitalière et éventuellement les prévisions de sortie ;
- En l'absence de médecin traitant ou d'infirmière identifiée, l'établissement de santé contacte l'interlocuteur unique de la ville qui a pour charge d'identifier un médecin volontaire pour prendre en charge le patient.
- En cas de prise en charge complexe ou si le patient est déjà suivi par un dispositif d'appui à la coordination (PTA, réseau…), le dispositif d'appui à la coordination des situations complexes pourra intervenir pour aider à l'organisation de la sortie d'hospitalisation et à la coordination du retour à domicile ;

- Autour de J +3 :

- doivent être abordés avec l'entourage et le médecin traitant ou « l'interlocuteur unique de ville », la possibilité ultérieure d'un retour à domicile en cas d'amélioration clinique et des éventuelles aides à mettre en place en fonction de la situation du patient et ses besoins (Allocation Personne Agées - APA, Allocation de Retour à domicile après hospitalisation - ARDH) pour bénéficier d'aides au domicile, livraison des repas…

➢ Autour de J-3 de la sortie :

- L'établissement de santé informe de la sortie prévisionnelle soit le médecin traitant du patient soit l'interlocuteur unique de ville (qui est alors chargé de faire le lien avec l'ensemble des professionnels de ville impliqués dans la prise en charge du patient)
- Le protocole territorial devra définir qui déclenche les actions suivantes :
    - Une prise d'un rdv à domicile avec le médecin traitant et/ou l'IDE ;
    - L'organisation du retour à domicile et de la réponse aux besoins sociaux du patient (par ex. livraison de repas, mise en place d'aides…) en s'appuyant sur l'ensemble des dispositifs sociaux existants (assistante sociale de l'hôpital, en lien avec la famille et/ou les aidants, et le cas échéant les services sociaux des collectivités territoriales : commune, conseil départemental) ou directement sur le dispositif d'appui à la coordination si la situation est complexe ;
    - Un contact avec la pharmacie pour récupération des médicaments, si nécessaire ;
    - L'organisation de la livraison de l'oxygène et du matériel médical, si nécessaire.

➢ Le jour de la sortie :

Dans la mesure du possible, il est recommandé d'éviter les sorties non anticipées durant le week-end.

Il est rappelé qu'une check-list « sortie d'hospitalisation supérieure à 24h » est proposée par la HAS aux équipes de soins pour les aider à organiser la sortie d'hospitalisation de manière à minimiser les ruptures de parcours et les réadmissions non programmées[1].

Au moment de la sortie, l'établissement de santé remet au patient :

- Son ou ses ordonnances de sortie ;
- Un arrêt de travail si nécessaire ;
- Le cas échéant, une dotation amorce des médicaments et produits prescrits, pour pallier une rupture de traitement lors du retour à domicile ;
- une lettre de liaison sur laquelle figurent notamment :
    - les coordonnées du médecin référent hospitalier à contacter si besoin ;
    - le cas échéant, les coordonnées du prestataire chargé de la dispensation de l'oxygénothérapie à domicile ;
    - Eventuellement, les précisions sur la mise à disposition d'un outil numérique pour le suivi du patient à domicile.
    - Des précisions sur la contagiosité du patient au moment de la sortie et en cas de contagiosité persistante, le cas échéant, une dotation amorce lui permettant le respect pendant 8 jours à domicile des recommandations d'hygiène pour lui-même et pour ses proches (quantités à évaluer de masques chirurgicaux et de solutions hydro-alcooliques)
- un document d'information dans lequel sont précisés les principes généraux du suivi à domicile, quelles qu'en soient les modalités.

[1] https://www.has-sante.fr/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

Et adresse au médecin traitant (si pré identifié et préalablement contacté) et/ou à l'interlocuteur unique de la ville préalablement contacté :

- la lettre de liaison avec les informations précitées ;
- la ou les ordonnances de sortie ;
- Toute notice complémentaire jugée utile.

En dehors de tout outil de coordination, les échanges entre professionnels se font par les voies habituelles de façon sécurisée et adaptée à la situation.
Il est conseillé aux professionnels de santé d'utiliser dans le cadre de leurs échanges relatifs aux patients et à la donnée de santé une messagerie sécurisée de santé.
La messagerie sécurisée de santé (MSS) a pour mission de permettre à tous les professionnels de santé et tout professionnel des secteurs sanitaire, social et médico-social, habilité par la loi, de transmettre des données de santé à caractère personnel de façon dématérialisé et sécurisée.
Tout professionnel de santé en région PACA, porteur d'une carte CPS, peut bénéficier d'un compte de messagerie sur le Portail de Santé. Vous trouverez plus d'informations concernant la messagerie sécurisée sur le site du GRADES IESS[2].

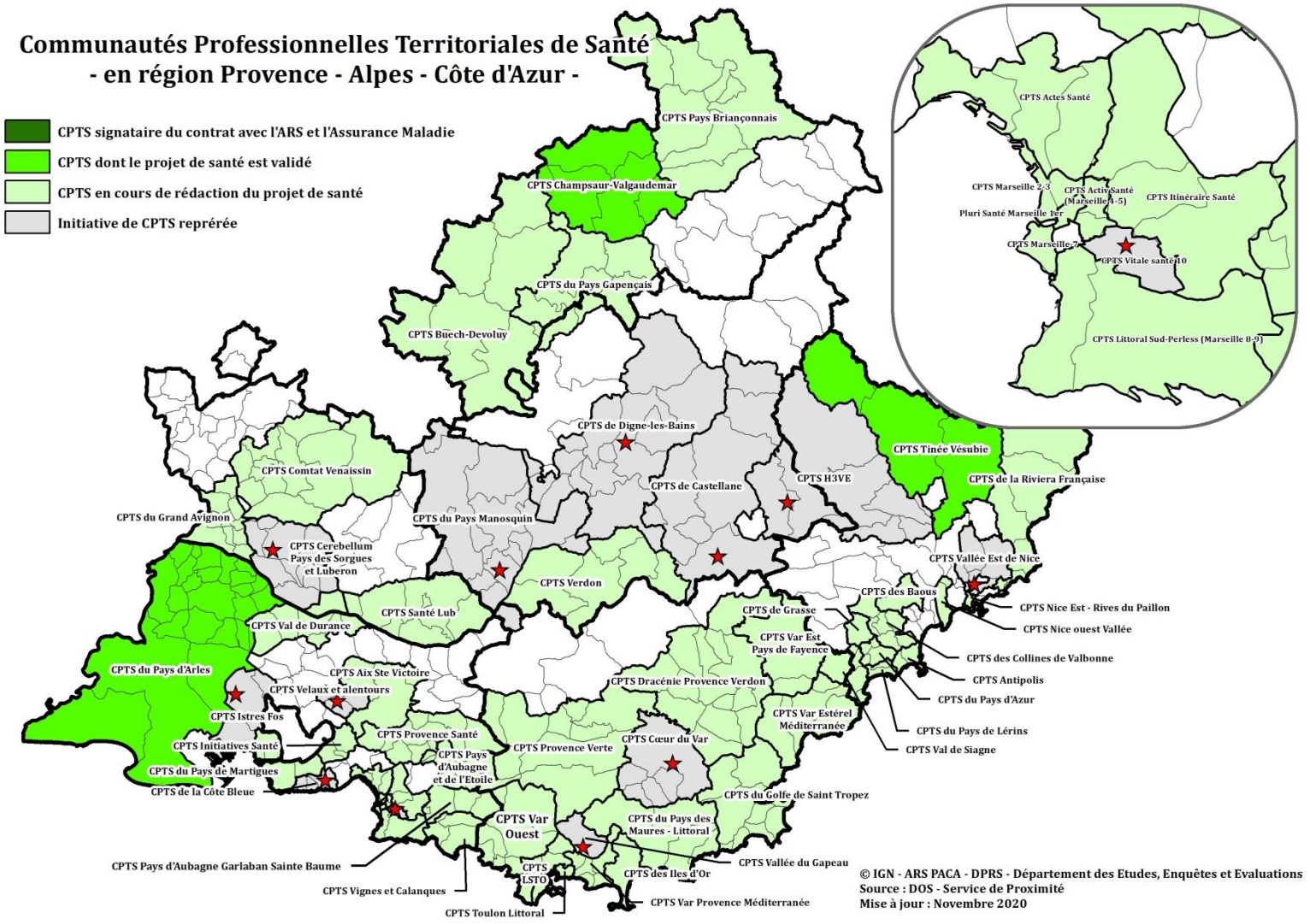
L'outil régional porté par l'ARS PACA et appuyée par son « Grades IES-SUD » est la messagerie MEDIMAIL. Vous pouvez consulter sa fiche explicative en annexe 5.

Si un outil numérique est mis à disposition par l'établissement hospitalier, il conviendra de préciser aux professionnels de santé en charge du suivi et de la prise en charge à domicile, les informations relatives à la connexion du cercle de soins ainsi qu'à l'utilisation de l'outil.

[2] https://ies-sud.fr/outils-numeriques/messagerie-securisee-de-sante/

Annexe 1
Les communautés professionnelles territoriales de santé
CPTS de la région PACA

https://www.paca.paps.sante.fr/etre-accompagne-ou-creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante



Nom du Projet/ titre de la CPTS	Département	Nom du leader / Président association	Nom coordonnateur	Mails de la CPTS
CPTS Verdon	04	Dr Delphine BAGARRY -Député des Alpes de Haute provence	Vincent TRAMINI	cptsduverdon@gmail.com
CPTS Buech-Devoluy	05	Dr Françoise ROBACH		cpts.buechdevoluy@orange.fr
CPTS Champsaur-Valgaudemar	05	Dr Emmanuel FILZ	Hélène BEGUIN	helene.pscv@gmail.com
CPTS Pays Briançonnais	05	Mme Valérie POULLILIAN / Mme Nadia ECHAOURI		cpts.grandbrianconnais@gmail.com
CPTS du Pays Gapençais	05	Dr Simon FILIPPI / Mme Muriel POLETTI - IDE		cptsgapencais@gmail.com
CPTS Antipolis	06	Dr Florence SAVAGE	Sophie HOAREAU	cptsantipolis@gmail.com
CPTS des Baous	06	Dr Fabrice GASPERINI		fabgasp@hotmauil.fr
CPTS des Collines de Valbonne	06	Dr VERON		pharmaciedurouret@perso.alliadis.net contact@cptsdescollinesdevalbonne.fr
CPTS Nice ouest Vallée	06	Dr Céline CASTA	Najma El GAIDI	coordinationcpts.niceouest@gmail.com
CPTS du Pays d'Azur	06	Dr Laurent SACCOMANO	Aurélie MONTANELLA	cptsdazur@gmail.com

Nom du Projet/ titre de la CPTS	Département	Nom du leader / Président association	Nom coordonnateur	Mails de la CPTS
CPTS Pays de Grasse	06	Dr Sarah FILALI		apspg06@gmail.com
CPTS du Pays de Lérins	06	Dr Renaud FERRIER	Mme Janka STOKLOSA	cptspaysdelerins@gmail.com
CPTS de la Riviera Française	06	Dr Jean-Louis GERSCHTEIN	Kathleen WAEYTENS	cptsdelarivierafrancaise@gmailm.com
CPTS Tinée Vésubie	06	Dr Georges GRAGLIA	Raphaëlle CASTAINGS	cptstineevesubie@gmail.com
CPTS Val de Siagne	06	Dr Kévin DABENE	Madame Samira MARITATO	cptsvaldesiagne@gmail.com
CPTS Actes Santé	13	Mme Jessica LAVIGNE - IDE	Jessica LAVIGNE	contact@actes-sante.fr
CPTS Activ Santé (Marseille 4-5)	13	Mme Martine GIORDANINO		activ.sante13@gmail.com
CPTS Aix Sainte Victoire	13	Dr Gaetan GENTILE/ Mme Audrey FERULLO - IDE		cptsaixstevictoire@gmail.com

Nom du Projet/ titre de la CPTS	Département	Nom du leader / Président association	Nom coordonnateur	Mails de la CPTS
CPTS de l'Etoile	13	Mme Nathalie BONAVENTURE - IDE	Nathalie BONNAVENTURE; Murielle OLETIC	asso.rspects@outlook.com
CPTS Initiatives Santé	13	Dr Florence ZEMOUR	Flora CAIMI	cpts.initiatives.sante@gmail.com
CPTS Itinéraire Santé	13	Dr Didier RONFLE	Mme GHAZAROSSIAN/ Mlle Johanna ZARATIAN	cpts.11.12.13@gmail.com / 06 63 00 75 52
CPTS Marseille 2-3	13	Mme. Naouel HELLOUB		cptsmarseille2et3eme@gmail.com
CPTS Marseille-7	13	Mme Saida MEZI		Cpts13007@gmail.com
CPTS Littoral Sud-Perless (Marseille 8-9)	13	Mme Alexandra DEGLIN / Mme Anne-Marie CADORET-PONS		perless13@gmail.com
CPTS du Pays d'Arles	13	Dr Bernard GIRAL	Corinne LEHMAN	cptspaysdarles@gmail.com
CPTS du Pays de Martigues	13	Dr Gérard EDDI	Rose-Marie de Lima	contact@cpts-martigues.fr
CPTS Pluri Santé Marseille 1er	13	M. Matthieu PIETRI		

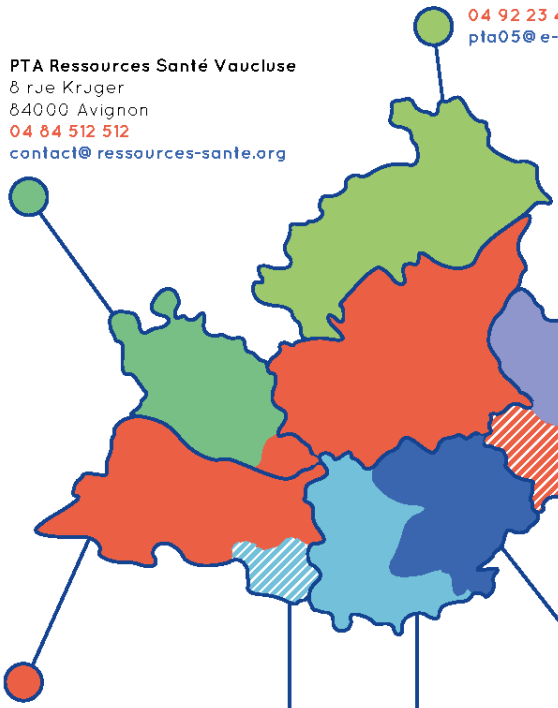
Nom du Projet/ titre de la CPTS	Département	Nom du leader / Président association	Nom coordonnateur	Mails de la CPTS
CPTS Provence Santé	13	Dr Julie CURJOL-SOTO	Mme Frederique AIMAR (secrétaire CPTS)	contact@cptsprovencesante.com
CPTS Val Durance	13	Dr Michelon Guillaume		cptsvaldurance@gmail.com
CPTS Vignes et Calanques	13	Mme Elodie GRILLOU / Mme Laurence STABLOT - IDE		cpts.vignes.calanques@gmail.com
CPTS Dracénie Provence Verdon	83	Mme Marion JOLY - IDE	Cindy PUGLIESE	assos@cptsdracenie.fr
CPTS du Golfe de Saint Tropez	83	Dr Xavier CRIGNON	Michael JOUD	cptsdugolfe@hotmail.com
CPTS des Iles d'Or	83	Dr Marianne HAUVUY	Mme Marie Christine BATTESTI / Mme Emma VATINAEL	cptsdesilesdor@gmail.com
CPTS LSTO	83	Dr Wilfrid GUARDIGLI	Emilie MERENS	cptslsto@orange.fr
CPTS du Pays des Maures - littoral	83	Dr Isabel CANONNE		cpts.paysdesmaures.littoral@gmail.com
CPTS Provence Verte	83	M. ESTUBLIER MEOUNES	M. Philippe ROGNIONI - Pharmacien	cptsprovenceverte@gmail.com

Nom du Projet/ titre de la CPTS	Département	Nom du leader / Président association	Nom coordonnateur	Mails de la CPTS
CPTS Toulon Littoral	83	M. Francis GAHUZES		cpts.toulonlittoral@gmail.com
CPTS Var Estérel Méditerranée	83	Mme Maria PERES - IDE	Mr Antonin TAFANY	cptsvem@gmail.com
CPTS Var Est Pays de Fayence	83	M. Patrick MAGNETTO - Pharmacien	Rallia GRAOUDI	patrick.magnetto@wanadoo.fr
CPTS Var Ouest	83	M. Michel SIFFRE - Pharmacien	Angélique PALMERINI ESTEVEZ	cptsvarouest@gmail.com
CPTS Var Provence Méditerranée	83	Mme Sandrine GARNIER - IDE	Celine ADAM	cptsvpm@gmail.com
CPTS Comtat Venaissin	84	Présidente : Caroline FOURCADE. Secrétaire : Dr Sébastien ADNOT	Mme Julie ALARY (NEVEU)	contact@cpts-synapse.com
CPTS du Grand Avignon	84	Dr Bernard MUSCAT	Mme Elodie LE COZANNET	contact@cpts-avignon.fr
CPTS Santé Lub	84	Dr LEMOINE	M. Frédéric GUIOT	contact@santelub.fr

Annexe 2
Les Plateformes territoriales d'appui
PTA de la région PACA

PTA
PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI

Les plateformes territoriales d'appui de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur



PTA Hautes-Alpes
Résidence le Carillon Bleu
73, rue Carnot
05000 Gap
04 92 23 41 08
pta05@e-santepaca.fr

PTA Ressources Santé Vaucluse
8 rue Kruger
84000 Avignon
04 84 512 512
contact@ressources-sante.org

PTA Centre de Soutien Santé Social (C3S)
Nice Leader – Bât. Ariane
27 boulevard Paul Montel
06200 nice
04 92 00 02 03
contact@plateforme-c3s.org

PTA Est Azur
2 rue Cordier
06540 Breil sur Roya
04 93 85 11 25
ptaestazur@e-santepaca.fr

PTA Cap Azur Santé
39 place Saint Roch
06220 Vallauris
04 92 91 96 26
contact@capazursante.com

PTA Var Est
Coordination territoriale des ainés (CTA)
97, boulevard de la commanderie
83300 Draguignan
04 94 47 02 02
contact@ctavarest.fr

PTA Apport Santé
Siège
350 rue René Gillibert
Gauthier de la Lauzière
Parc du Golf - Bât. 33
13230 Aix-en-Provence
04 42 64 26 42
contact@apport-sante.org

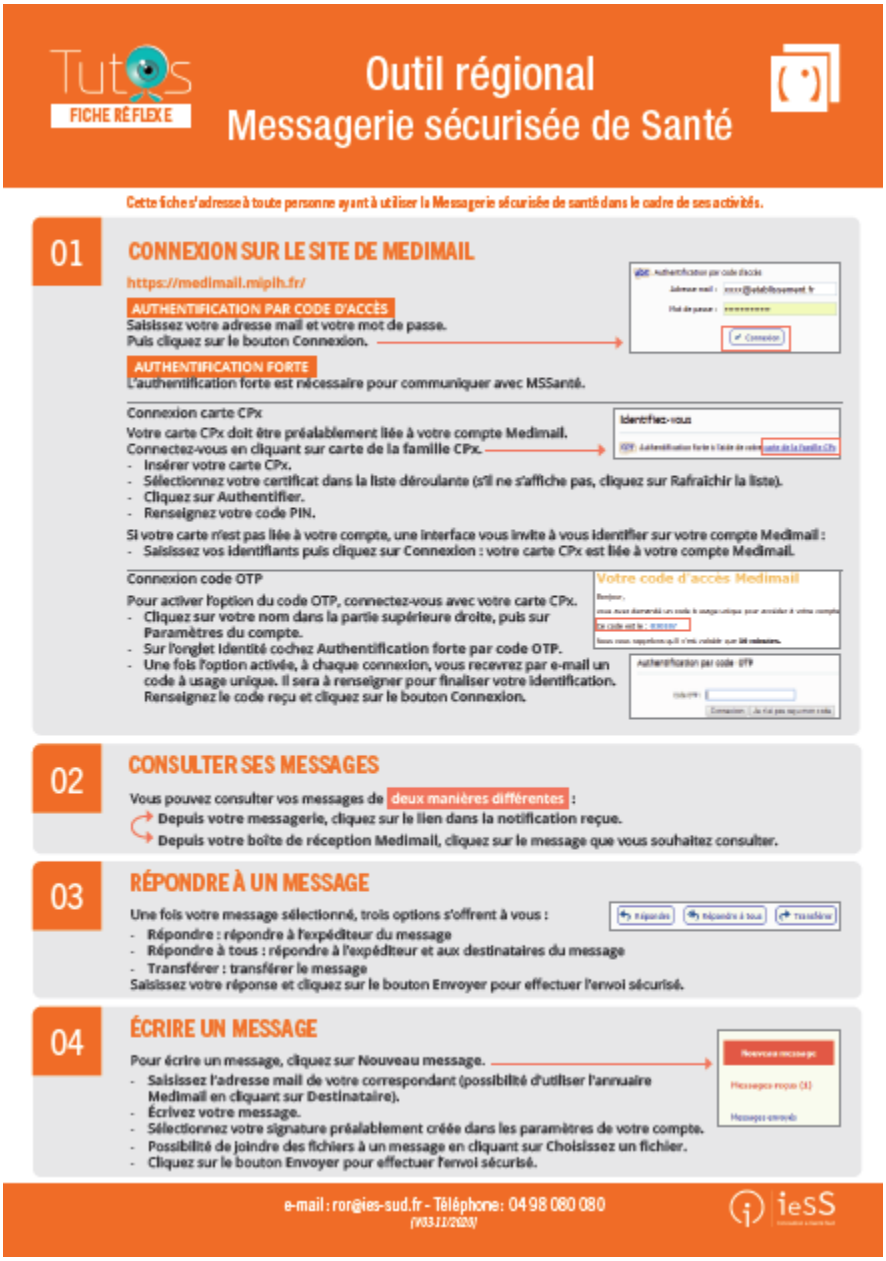
Antenne à Digne-les-Bains
Rue de Trélus
04000 Digne-les-Bains
04 92 36 36 36
contact@apport-sante.org

PTA Var Ouest
6 boulevard Châteaubriand
83400 Hyères
04 94 35 32 01
ptavarouest@fondationcos.org

PTA de l'agglomération Marseillaise, Aubagne, La Ciotat
Pratic Santé
04 91 52 23 21 / 06 49 56 06 07
11 rue Montgrand
13001 Marseille
contact@pratic-sante.fr

Annexe 3

Fiche explicative sur l'utilisation de la messagerie sécurisée MEDIMAIL



Tuto
FICHE RÉFLEXE

Outil régional
Messagerie sécurisée de Santé

Cette fiche s'adresse à toute personne ayant à utiliser la Messagerie sécurisée de santé dans le cadre de ses activités.

01 CONNEXION SUR LE SITE DE MEDIMAIL

https://medimail.mipih.fr/

AUTHENTIFICATION PAR CODE D'ACCÈS

Saisissez votre adresse mail et votre mot de passe.
Puis cliquez sur le bouton Connexion.

AUTHENTIFICATION FORTE

L'authentification forte est nécessaire pour communiquer avec MSSanté.

Connexion carte CPx

Votre carte CPx doit être préalablement liée à votre compte Medimail.
Connectez-vous en cliquant sur carte de la famille CPx.

- Insérer votre carte CPx.
- Sélectionnez votre certificat dans la liste déroulante (s'il ne s'affiche pas, cliquez sur Rafraîchir la liste).
- Cliquez sur Authentifier.
- Renseignez votre code PIN.

Si votre carte n'est pas liée à votre compte, une interface vous invite à vous identifier sur votre compte Medimail :

- Saisissez vos identifiants puis cliquez sur Connexion : votre carte CPx est liée à votre compte Medimail.

Connexion code OTP

Pour activer l'option du code OTP, connectez-vous avec votre carte CPx.

- Cliquez sur votre nom dans la partie supérieure droite, puis sur Paramètres du compte.
- Sur l'onglet Identité cochez Authentification forte par code OTP.
- Une fois l'option activée, à chaque connexion, vous recevrez par e-mail un code à usage unique. Il sera à renseigner pour finaliser votre identification. Renseignez le code reçu et cliquez sur le bouton Connexion.

02 CONSULTER SES MESSAGES

Vous pouvez consulter vos messages de **deux manières différentes** :

- Depuis votre messagerie, cliquez sur le lien dans la notification reçue.
- Depuis votre boîte de réception Medimail, cliquez sur le message que vous souhaitez consulter.

03 RÉPONDRE À UN MESSAGE

Une fois votre message sélectionné, trois options s'offrent à vous :

- Répondre : répondre à l'expéditeur du message
- Répondre à tous : répondre à l'expéditeur et aux destinataires du message
- Transférer : transférer le message

Saisissez votre réponse et cliquez sur le bouton Envoyer pour effectuer l'envoi sécurisé.

04 ÉCRIRE UN MESSAGE

Pour écrire un message, cliquez sur Nouveau message.

- Saisissez l'adresse mail de votre correspondant (possibilité d'utiliser l'annuaire Medimail en cliquant sur Destinataire).
- Écrivez votre message.
- Sélectionnez votre signature préalablement créée dans les paramètres de votre compte.
- Possibilité de joindre des fichiers à un message en cliquant sur Choisissez un fichier.
- Cliquez sur le bouton Envoyer pour effectuer l'envoi sécurisé.

e-mail : ror@ies-sud.fr - Téléphone : 04 98 080 080
(V03.11/2020)

ieSS