

AVIS

« Pour un système d'information au service du respect des droits des usagers et de la gestion de l'épidémie COVID-19.

Au sujet de 3 enjeux essentiels : infections associées aux soins, déprogrammation des soins, « Covid long ».

Adopté suite à la séance du 25 mai 2021

Type de texte : avis

Intitulé : « Pour un système d'information au service du respect des droits des usagers et de la gestion de l'épidémie COVID-19.

Au sujet des 3 enjeux essentiels : infections associées aux soins, déprogrammation des soins, « Covid long ».

Adopté : suite à la séance du 25 mai 2021

Par : vote électronique à distance

Vote :

- Nombre de suffrages exprimés : 11 voix
- Nombre ou % de voix POUR : 11 voix POUR
- Nombre de personnes n'ayant pas pris part au vote : 2

Procédure de vote : voie électronique

SOMMAIRE

Présentation du Comité de contrôle et de liaison Covid-19 (CCL-COVID19)	1
Missions	1
Composition	2
Fonctionnement	2
Présentation du contexte	3
Méthode d'adoption	4
Recommandations	5
Recommandation 1	5
Recommandation 2	8
Recommandation 3	11
Références bibliographiques	13

PRÉSENTATION

DU COMITÉ DE CONTRÔLE ET DE LIAISON COVID-19

CCL-COVID19

Compte tenu de la pandémie exceptionnelle du SARS-Cov2 (Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère) ou Covid-19, il a été institué¹ un **Comité de contrôle et de liaison covid-19** (dénommé CCL-COVID19) chargé d'associer la société civile et le Parlement aux opérations de lutte contre la propagation de l'épidémie par suivi des contacts ainsi qu'au déploiement des systèmes d'information prévus à cet effet.



MISSIONS

Ce comité est chargé, par des audits réguliers :

1° D'évaluer, grâce aux retours d'expérience des équipes sanitaires de terrain, l'apport réel des outils numériques à leur action, et de déterminer s'ils sont, ou pas, de nature à faire une différence significative dans le traitement de l'épidémie ;

2° De vérifier tout au long de ces opérations le respect des garanties entourant le secret médical et la protection des données personnelles.

Le CCL-COVID19 a un rôle d'aide à la prise de décision. Il est consultatif et rend des avis simples, en toute indépendance, qui ne lient pas le Gouvernement.

Il est placé auprès du Ministre des Solidarités et de la Santé.

Le comité déposera un rapport final qui doit être remis au plus tard cinq mois après la fin des systèmes d'information créés par la loi du 11 mai 2020. Les mandats des membres prendront fin un mois après la remise de ce rapport.

¹ Vu la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, notamment son article 11 ;

Vu le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions ;

Vu le décret n° 2020-572 du 15 mai 2020 relatif au Comité de contrôle et de liaison covid-19 ;

Vu l'arrêté du 26 mai 2020 portant nomination des membres du Comité de contrôle et de liaison covid-19 et vu les arrêtés du 4 et 12 juin 2020 portant nomination des membres parlementaires dudit comité ;

COMPOSITION

Outre les deux députés et les deux sénateurs mentionnés au VIII de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 susvisée, le CCL-COVID19 comprend :

- 1° Un membre de la Conférence nationale de santé ;
- 2° Un membre du Conseil national de l'ordre des médecins ;
- 3° Un membre du Comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique ;
- 4° Un membre de la Commission nationale de biologie médicale ;
- 5° Un membre du Conseil national du numérique ;
- 6° Un membre du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ;
- 7° Un membre de la Société française de santé publique ;
- 8° Deux membres de l'Association France Assos Santé.

Soit un total de 13 membres.

FONCTIONNEMENT

Le CCL-COVID19, aux fins de sa mission consultative, entretient tous échanges utiles avec les différentes structures (soient-elles sanitaires, académiques etc.) impliquées dans le traitement de l'épidémie Covid-19 via des systèmes d'informations numériques mentionnés au II de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire.

Le comité fixe son propre agenda de réunions. Il se réunit aussi souvent qu'il est nécessaire pour assumer sa mission.

Il peut organiser ses travaux autour de formations réduites nommées : groupes de travail.

Dans le cadre de son travail de réflexion, le CCL-COVID19 rend des avis adoptés de manière collégiale par l'ensemble des membres ayant participé à leur rédaction. Quand il le juge utile, il rend compte des opinions divergentes.

Le Secrétariat est dévolu à la Direction générale de la santé (DGS), à travers son Service des politiques d'appui au pilotage et de soutien. Le secrétariat est compétent pour toutes sollicitations techniques, juridiques ou d'ordre intellectuel à l'appui des missions du comité.

PRÉSENTATION DU CONTEXTE

- La pandémie de COVID-19 est une crise sanitaire mondiale et systémique. Elle présente, dans chaque pays, des défis non seulement cliniques mais aussi institutionnels, organisationnels, professionnels, économiques à court, moyen et long termes.
- Appréhender, en France, les différents enjeux liés à l'épidémie² de COVID-19 et prendre « leurs mesures » doit permettre de diminuer les risques pour la santé des individus et de la population, de conforter les droits des usagers du système de santé, de limiter les atteintes aux libertés fondamentales des citoyens au strict nécessaire en cette période, et de préserver leurs moyens de subsistance. S'appuyer sur des données en santé valides, un système de santé publique robuste et une société civile pleinement engagée sont des conditions nécessaires à des capacités d'action coordonnées, adaptées et performantes.
- Afin de gérer et de surveiller cette crise sanitaire complexe, différentes approches complémentaires sont nécessaires : recherche, santé publique, épidémiologie, sociologie, sciences comportementales, sciences politiques, gestion, économie. Les décisions prises, que ce soit à un niveau collectif ou individuel, doivent pouvoir se baser sur des données et informations fiables permettant des choix éclairés, tenant compte des différentes approches et des différentes perspectives temporelles. Ces informations peuvent être issues, pour partie, des infrastructures d'information en santé existantes.
- Le système d'information (SI) en santé joue un rôle essentiel pour guider les décisions des acteurs du système de santé sur la mise en œuvre de mesures contextualisées concernant la Covid-19 et ses effets sur les patients ayant des besoins de santé vis-à-vis de la Covid-19 ou hors Covid-19. Il joue un rôle essentiel pour mesurer systématiquement les indicateurs de performance du système de santé en situation de crise sanitaire, pour assurer un retour d'expérience collectif, pour permettre une démarche qualité et préparer la réaction à de futures crises sanitaires.
- Le CCL Covid-19 avait déjà abordé, dans son avis du 15 septembre 2020, (5^{ème} point d'alerte et recommandation), l'importance qu'il accordait à « la mise à disposition d'indicateurs issus des SI (qui devait) être poursuivie et renforcée afin de favoriser la participation de la population et des acteurs de la santé aux mesures de lutte contre l'épidémie et afin d'améliorer le pilotage de la gestion de l'épidémie au plus près des territoires ».

² Le terme épidémie sera utilisé dans la suite de ce document, de préférence au terme pandémie, afin de faire spécifiquement référence à la situation française sur laquelle porte cet avis.

Le CCL soulignait la nécessité d'associer différents indicateurs pour appréhender la performance d'ensemble de la réponse d'un système de santé à l'épidémie Covid-19. Les indicateurs identifiés étaient regroupés en 7 thèmes :

1. Maintien des services de santé habituels en sécurisant les parcours de soins ;
 2. Capacité à détecter et casser les chaînes de transmission ;
 3. Capacité à minimiser les décès et les complications graves ;
 4. Réduction des COVID-19 contractés à l'hôpital et plus largement dans le système de santé ;
 5. Soutien (y compris financier) aux particuliers et aux entreprises ;
 6. Entretien des chaînes d'approvisionnement alimentaire et médical ;
 7. Protection et soutien des populations vulnérables.
- Dans ce cadre, le Comité souligne l'importance de consolider, de développer et de partager les informations et connaissances issues des systèmes d'information en santé portant sur les 3 enjeux suivants :
1. Infections nosocomiales et infections Covid-19 associées aux soins ;
 2. Déprogrammations des activités de soins non liées à la Covid-19 et ses conséquences ;
 3. Parcours de santé des patients ayant développé une maladie Covid-19 symptomatique.

MODE D'ÉLABORATION DE L'AVIS

Le CCL Covid-19 a débattu de cet avis lors de 2 réunions. Il s'est appuyé sur plusieurs auditions et sur différentes études qui ont été portées à sa connaissance et qui concernaient les 3 enjeux retenus.

Réuni le 25 mai 2021, le Comité a examiné un projet d'avis (rapporteur E. Rusch). Une dernière version de ce projet a été adressée aux membres du comité, le 31 mai 2021, pour adoption.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1

COVID-19 : INFECTIONS NOSOCOMIALES ET INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

▪ RAPPEL

- **Définition générale des infections nosocomiales (IN)** : infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (hôpital, clinique...). Ces infections sont donc absentes au moment de l'admission du patient dans l'établissement. Cependant, si l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après 48 heures d'hospitalisation. Si elle apparaît avant un tel délai, on considère en général qu'elle était déjà en incubation lors de l'entrée dans l'établissement.

Concernant la Covid-19, le choix du délai entre admission dans l'établissement et diagnostic de la maladie pour évoquer une IN s'appuie sur les connaissances concernant l'incubation de celle-ci et peut varier selon les auteurs.

Ainsi, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) propose les éléments de définition suivants :

COVID-19 d'origine communautaire (CA-COVID-19) :

- Symptômes présents à l'admission ou apparaissant le premier ou le deuxième jour après l'admission.
- Apparition des symptômes aux jours 3 à 7 et forte suspicion de transmission communautaire.

Association indéterminée (IA-COVID-19) :

- Apparition des symptômes entre le 3^e et le 7^e jour après l'admission, avec des informations insuffisantes sur la source de l'infection pour classer le cas dans une autre catégorie.

Probable COVID-19 associé aux soins (HA-COVID-19) :

- Début des symptômes entre le 8^e et le 14^e jour après l'admission.
- Apparition des symptômes entre le 3^e et le 7^e jour, et forte suspicion de transmission par les soins.

COVID-19 associé aux soins certains :

- Début des symptômes après le 14^e jour suivant l'admission.
- Cas dont les symptômes apparaissent dans les 14 jours suivant la sortie d'un établissement de santé (par exemple, une réadmission) peuvent être considérés comme des cas communautaires, probables ou certains de HA-COVID-19, ou comme ayant une association indéterminée. La désignation de ces cas doit être faite après une évaluation au cas par cas.
- La définition ci-dessus ne s'applique pas aux travailleurs de la santé. Les mêmes catégories peuvent être utilisées pour classer la source de l'infection chez les travailleurs de la santé, mais elles doivent être fondées sur une évaluation au cas par cas de la probabilité d'exposition à des cas de COVID-19 dans le milieu de la santé ou dans la communauté.

- **Définition des infections associées aux soins (IAS)** : infection qui survient au début ou à la fin de la prise en charge d'un patient (diagnostic, thérapeutique, palliative, préventive, éducative, opératoire) par un professionnel de santé.

Les IAS Covid-19 comprennent les IN Covid-19 mais recouvrent également des IAS Covid-19 contractées au contact d'un professionnel de santé en dehors d'un établissement de santé.

- **ENJEUX**

L'identification des personnes concernées, la compréhension des modalités de transmission, la mesure des conséquences sanitaires des IN et IAS Covid-19 ont notamment des enjeux à la fois en termes de mesures de prévention et en termes juridiques ou médico-légaux (respect des droits des usagers, indemnisations, maladie professionnelle, ...).

Les systèmes d'information mis en œuvre doivent pouvoir répondre à ces deux types d'enjeux.

- **DONNÉES DISPONIBLES**

Des données concernant les IN Covid-19 sont notamment diffusées par Santé Publique France (SPF). Le point épidémiologique hebdomadaire n°59, en date du 15 avril 2021, en faisait état. Plus récemment, le point épidémiologique hebdomadaire n°64 du 20 mai indiquait :

- Entre le 1er janvier 2020 et le 16 mai 2021, 4 985 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux ont été émis par 1 098 établissements.
- Ils impliquaient 62 678 cas : 38 618 patients (312 décès liés), 24 048 professionnels et 12 visiteurs.
- Parmi ces signalements, 333 font mention d'un variant, dont 314 sont renseignés : 274 501Y.V1, 12 501Y.V2, 3 501Y.V3, 10 501Y.V2 et 501Y.V3, 2 20C/H655Y et 13 autres.

Ces données concernant les IN Covid-19 sont obtenues via « l'outil e-SIN, [qui] a permis depuis mars 2020 aux établissements de santé (ES) de rapporter des cas (isolés ou groupés) de COVID-19 nosocomiaux, c'est-à-dire survenus au cours ou au décours d'une prise en charge dans un ES. Ce dispositif permet d'alerter les Agences régionales de santé (ARS) et les Centres régionaux de prévention des infections associées aux soins (CPIAS) en région, ainsi que SPF. Il reste déclaratif et ne tend pas à l'exhaustivité ».

▪ **RECOMMANDATIONS DU CCL-COVID19 :**

1. **Le Comité considère la diffusion des données portant sur les IN Covid-19 comme une avancée importante** pour la gouvernance du système de santé, au regard de son avis du 15/09/2020. Cette avancée doit pouvoir se poursuivre et se consolider.
2. **La caractérisation et la définition d'une IN ou IAS doivent être précisées** afin de faciliter le signalement. Les avis des sociétés savantes concernées et de certains représentants de CPIAS seront sollicités par le Comité.
3. **Une approche globale des signalements des IN et des IAS, au-delà des seuls établissements de santé, doit être encouragée** (établissements médico-sociaux, soins ambulatoires et à domicile) et mise en œuvre à la fois pour lutter contre l'épidémie et pour permettre l'exercice effectifs des droits des patients et des professionnels de la santé. Sur ce point, il est rappelé qu'il y a une obligation d'information des usagers en cas d'IAS Covid-19.
4. **Une analyse de l'évolution tout au long de l'épidémie (temporalité) de ces IAS, par territoire et par établissement de santé ou médico-sociaux, est demandée** pour voir si les actions mises en place, afin de maîtriser les clusters Covid-19 ou pour prévenir leur résurgence, ont été efficaces.
 - La diffusion large du nombre ou des taux d'IN Covid-19 par établissement est considérée favorablement par le Comité. Il convient cependant de rappeler que ces données chiffrées sont liées à la qualité du signalement par les acteurs et à la dynamique de circulation du virus sur le territoire considéré. Les établissements pourront être anonymisés lors de la diffusion large des informations sur les IN.
 - Concernant les cas groupés d'IN et/ou IAS, une étude auprès des Agences régionales de santé (ARS) et des établissements concernés est demandée pour permettre une capitalisation des connaissances portant sur les déterminants de ces IN afin de mieux adapter les mesures de prévention (description des mesures, efficacité).
5. **L'identification et la description des chaînes de transmissions de la Covid-19 entre les professionnels de santé testés positifs et les usagers** du système de santé (IAS Covid-19) doivent être réalisées et diffusées.

RECOMMANDATION 2

COVID-19 : DÉPROGRAMMATIONS DES ACTIVITÉS DE SOINS NON LIÉES À LA COVID-19 ET LEURS CONSÉQUENCES

▪ RAPPEL

- La déprogrammation d'activité de soins en période d'épidémie Covid-19 peut résulter de l'initiative d'une structure ou d'un professionnel de santé en lien avec une charge de travail accrue par la Covid-19 ou une capacité de prises en soins diminuée par la Covid-19 : lits occupés par des patients Covid-19, lits de médecine ou chirurgie transformés en lit « Covid », pénuries de médicaments (curare, ...), déplacements de professionnels de santé vers des structures de soins prenant en charge des patients Covid-19, ...
- Le renoncement aux soins (assimilable à une auto-déprogrammation par le patient) en période d'épidémie Covid-19 peut résulter d'une initiative de l'utilisateur du système de santé en lien avec des ressources, des priorités (ex. : changement de modes de vie, approche altruiste consistant à laisser « sa place » à des patients considérés comme plus « urgents »), des difficultés à se repérer dans un système de soins modifié par l'épidémie ou des perceptions personnelles (craintes de contamination, ...). Certains usagers peuvent être dissuadés d'utiliser les services de santé habituels s'ils ne sont pas sûrs que des mesures efficaces soient prises pour réduire les infections nosocomiales.
- La distinction entre une déprogrammation par un offreur de soin et un renoncement aux soins par un patient n'est cependant pas toujours facile à identifier.

▪ ENJEUX

- La déprogrammation d'activité de soins en période d'épidémie Covid-19 peut entraîner des conséquences sur l'état de santé du patient, sur la continuité de la prise en soins, sur l'efficacité des procédures de dépistage, de diagnostic ou thérapeutiques. Elle peut avoir un impact sur la santé mentale, sur la gravité de la maladie ou elle peut déterminer une perte de chance en santé.
- La mesure de la déprogrammation des activités de soins (quelle que soit son origine) et de ses conséquences constitue un aspect de la performance de la lutte contre l'épidémie Covid-19 (capacité des établissements et des prestataires de soins de santé à maintenir des activités cliniques non liées à l'épidémie).
- La justification de l'arrêt provisoire de certaines procédures médicales et chirurgicales, telles que la vaccination ou le dépistage des cancers et autres affections chroniques, est à interroger si leur report entraîne une morbidité et

une mortalité excessives. Une analyse bénéfice/risque est à mener dans chaque situation.

- L'information, le suivi et l'accompagnement (notamment psychologique) des usagers faisant l'objet d'une déprogrammation d'activités de soins sont essentielles et doivent permettre d'en limiter les conséquences. La traçabilité de la reprogrammation éventuelle doit participer à la démarche qualité de la prise en soin.

▪ **DONNÉES DISPONIBLES**

De nombreuses études thématiques se sont accumulées en France, comme à l'étranger, sur ce sujet : vaccinations, dépistages des cancers, recours à la PrEP³, modifications de schémas thérapeutiques, évolution de l'activité hospitalière ou de la consommation de certains médicaments, délais d'initiation d'une thérapeutique (ex. : chimiothérapie pour cancer)

Le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE, constitué par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), apporte une expertise en épidémiologie des produits de santé et réalise des études sur ce sujet. Elles reposent principalement sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS). A titre d'exemples, voici quelques études diffusées :

- Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 22 novembre 2020. Étude pharmaco-épidémiologique à partir des données de remboursement du SNDS. Rapport 4 EPI-PHARE Groupement d'intérêt scientifique (GIS) ANSM-CNAM.
- Roland, N., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., Weill, A., & Zureik, M. (2021). Effects of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown on the use of contraceptives and ovulation inductors in France. *Obstetrics and Gynecology*, 137(3), 415.
- Penso, L., Dray-Spira, R., Weill, A., Zureik, M., & Sbidian, E. (2021). Drop in biological initiation for patients with psoriasis during the COVID-pandemic. *British Journal of Dermatology*.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a également étudié l'évolution de l'activité hospitalière au cours de l'épidémie, montrant, selon les périodes, des baisses d'activités.

³ PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition ou Pre-Exposure Prohylaxis en anglais : stratégie de réduction du risque de contracter le VIH

▪ RECOMMANDATIONS DU CCL-COVID 19

1. **La mobilisation des systèmes d'information pour étudier et suivre les déprogrammations des activités des soins** doit répondre à la fois à des enjeux collectifs d'adaptation du système de santé mais également au suivi de situations individuelles (parcours de santé).
2. **La traçabilité et le suivi des déprogrammations au niveau des usagers du système de santé concernés doit permettre l'accompagnement personnalisé**, le maintien du parcours et du continuum de santé de chacun. Dans la perspective de nouvelles situations de crise sanitaire, la mise en place d'un SI spécifique permettant d'appréhender ces éléments est indispensable. Il permettrait notamment de suivre les déprogrammations et de programmer les rappels de personnes dont les rendez-vous ou hospitalisations ont été annulés ou qui ne sont pas venus à des rendez-vous. Il pourrait aussi servir à enregistrer les déports proposés par l'établissement de santé sur d'autres établissements publics ou privés et de mesurer l'importance de ces propositions selon les territoires. Le calcul de l'éventuel reste à charge engendré par ce déport doit être évalué au regard des inégalités sociales. L'impact de ces déprogrammations seront analysées avec l'évolution en vagues successives de la covid19.
3. **L'analyse de l'évolution temporelle et géographique (différents territoires) des déprogrammations** doit permettre d'appréhender l'efficacité des mesures de lutte contre l'épidémie et de faciliter l'adaptation des mesures aux contextes territoriaux. Elle doit également permettre d'appréhender l'importance des conséquences de ces déprogrammations en termes de délais de prises en soins, d'évolutions de la gravité des pathologies, d'inégalités sociales de santé.
4. **Le Comité constate avec intérêt et très positivement l'augmentation du nombre d'études** sur le sujet de la déprogrammation des activités de soins en période d'épidémie Covid-19.
5. **Le Comité souligne l'importance et la qualité des travaux menés par EPI-PHARE**. Eu égard aux ressources humaines limitées d'EPI-PHARE, le Comité s'interroge sur le processus conduisant aux choix des études menées et sur le processus d'accès au SNDS à des équipes de recherche afin d'élargir le nombre d'études pouvant être réalisées. Les demandes d'études émanant de la société civile organisée, et notamment des instances de démocratie en santé, doivent pouvoir être examinés et réalisés.

RECOMMANDATION 3

COVID-19 : PARCOURS DE SANTÉ DES PATIENTS AYANT DÉVELOPPÉ UNE COVID-19 SYMPTOMATIQUE

▪ RAPPEL

Les patients atteints par la Covid-19 présentent différentes évolutions et différents tableaux cliniques dont la gravité varie : patient asymptomatique, patient symptomatique nécessitant un recours aux soins (ambulatoire, hospitalisation, soins critiques, rééducation), patient avec des symptômes persistants sur le long terme (au-delà de plusieurs mois, dit « Covid long ») :

La Haute autorité de santé (HAS) précise, pour les « Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte », qu'il s'agit⁴ de symptômes qui peuvent « survenir même chez des personnes ayant fait des formes peu sévères. ... Ces symptômes sont polymorphes, et peuvent évoluer de façon fluctuante sur plusieurs semaines ou mois. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont une fatigue, des troubles neurologiques (cognitifs, sensoriels, céphalées), des troubles cardio-thoraciques (douleurs et oppressions thoraciques, tachycardie, dyspnée, toux) et des troubles de l'odorat et du goût. Des douleurs, des troubles digestifs et cutanés sont également fréquents. ... La rééducation a une place centrale : rééducation respiratoire en cas de syndrome d'hyperventilation, rééducation olfactive en cas de troubles de l'odorat persistants ou réentraînement à l'effort qui doit être mené de façon progressive et adaptée aux possibilités de chaque patient ».

▪ ENJEUX

Ils concernent l'identification et le continuum de la prise en soins. Des recommandations de bonnes pratiques cliniques pour les patients atteints par la Covid-19 se sont progressivement développées. La part des patients bénéficiant de soins de rééducation et de réadaptation, les caractéristiques des patients bénéficiant de traitements précoces, font l'objet de questionnement.

Ils portent également sur le devenir des patients atteints par la Covid-19 en raison du suivi temporel limité dont nous disposons face à cette maladie nouvelle. Les parcours de santé en fonction des situations ou contextes sociaux (infection associée aux soins, maladie professionnelle), l'égalité ou l'équité des parcours de santé doivent être étudiés.

Ils portent enfin sur l'accompagnement des patients présentant des symptômes prolongés de la maladie et son effectivité.

⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

- **DONNÉES DISPONIBLES**

L'ANSM dispose de données portant sur le suivi des patients bénéficiant de traitements précoces contre la Covid-19.

La description des parcours de santé (hospitalisation en court séjour ou en soins de suites et réadaptation, soins en ambulatoire ou à domicile) des patients symptomatiques reste parcellaire.

- **RECOMMANDATIONS DU CCL-COVID 19**

1. **La description des parcours de santé des patients Covid-19 symptomatique doit être développée.** Une attention particulière doit être portée sur les « Covid long » pouvant présenter une « errance diagnostique », « un nomadisme médical », et sur les patients avec comorbidité ou complications : Soins de suite et e réadaptation (SSR), soins ambulatoires, maladie professionnelle en cas de forme grave pulmonaire et arrêt de travail....
2. **À partir des systèmes d'information en santé existant, un travail de définition des « cas » et un cadrage de la méthodologie** à mettre en œuvre doivent être réalisés (chainage des épisodes de soins d'un patient). Différentes formes « graves » de la Covid-19 semblent exister (au-delà de la forme grave pulmonaire).
3. **Le Comité demande le partage des données portant sur les traitements précoces contre la Covid-19** avec l'évolution des parcours de santé au cours du temps et les disparités territoriales de ces parcours.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baum, F., Freeman, T., Musolino, C., Abramovitz, M., De Ceukelaire, W., Flavel, J., ... & Villar, E. (2021). Explaining covid-19 performance: what factors might predict national responses?. *bmj*, 372.
- Cresswell, K., Bates, D. W., & Sheikh, A. (2016). Six ways for governments to get value from health IT. *Lancet (London, England)*, 387(10033), 2074-2075.
- DREES (coordonné par Claire-Lise Dubost, Catherine Pollak et Sylvie Rey): Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 État des lieux et perspectives. Dossier n°62, juillet 2020.
- Fisher, D., Teo, Y. Y., & Nabarro, D. (2020). Assessing national performance in response to COVID-19. *The Lancet*, 396(10252), 653-655.
- Kringos, D., Carinci, F., Barbazza, E., Bos, V., Gilmore, K., Groene, O., ... & Klazinga, N. (2020). Managing COVID-19 within and across health systems: why we need performance intelligence to coordinate a global response. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 1-8.
- Roland, N., Drouin, J., Desplas, D., Cuenot, F., Dray-Spira, R., Weill, A., & Zureik, M. (2021). Effects of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown on the use of contraceptives and ovulation inductors in France. *Obstetrics and Gynecology*, 137(3), 415.
- Sheikh, A., Anderson, M., Albala, S., Casadei, B., Franklin, B. D., Richards, M., ... & Mossialos, E. (2021). Health information technology and digital innovation for national learning health and care systems. *The Lancet Digital Health*.

TOUTES NOS ACTUALITÉS

