Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

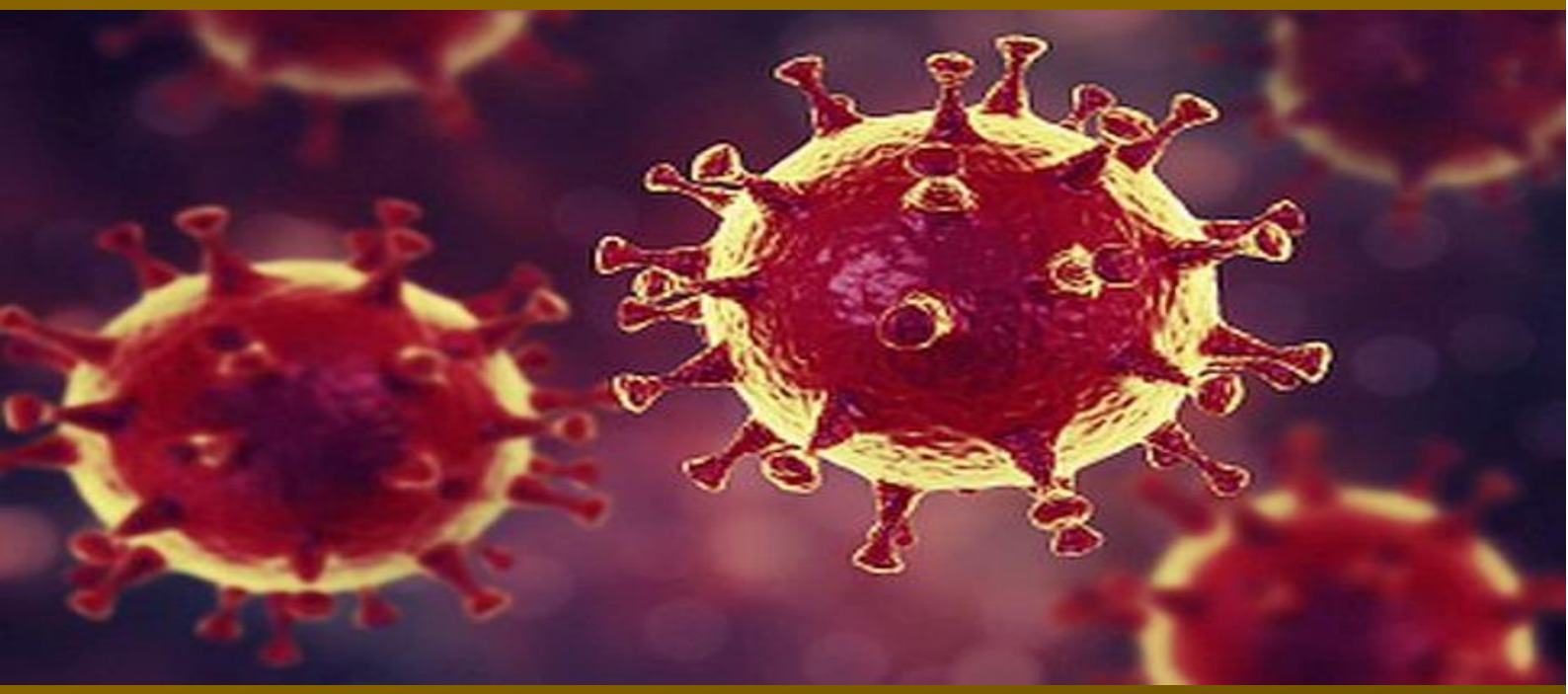
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PREPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE DE Covid-19

Établissements de santé

Médecine de ville

Établissements et services médico-sociaux



16 mars 2020

GUIDE METHODOLOGIQUE

Sommaire

AVANT-PROPOS 2

INTRODUCTION 4

I. LA STRATEGIE D'ATTENUATION 6

1.1 Les points clefs de l'évolution de la stratégie 6

1.2 Rôle de la médecine de ville et des soins ambulatoires 8

1.3 Rôle de l'aide médicale urgente 8

1.4 Rôle des établissements de santé 10

1.5 Rôle des établissements médico-sociaux 12

II. PILOTAGE DE LA REPONSE 14

2.1 Le pilotage en phase épidémique de Covid-19 14

2.2 Une réponse graduée en fonction de la cinétique de circulation 14

2.3 Une organisation fluide nécessaire entre les secteurs de soins 14

2.4 Une organisation renforcée de la prise en charge en établissement de santé 15

2.5 Un pilotage qui vise à optimiser les ressources de l'offre de soins 15

2.6 L'information des professionnels de santé et du personnel 15

III. ORGANISATION DE L'AIDE MEDICALE URGENTE 16

3.1 Le fonctionnement des SAMU/Centres 15 16

3.2 Missions des SAMU-Centres 15 16

3.3 Renforcement des SAMU/Centres 15, gestion des appels 16

3.4 Sécurisation des communications du SAMU-Centres 15 17

3.5 Organisation des SAMU-Centres 15 au sein d'une région 17

3.6 Régulation des hospitalisations 17

IV. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE 18

4.1 Un établissement de santé Covid-19 dans chaque département 18

4.2 Le cadre d'intervention des établissements de santé de 1ère ligne 18

4.3 Le cadre d'intervention des établissements de 2ème ligne 18

4.4 La protection et l'hygiène des professionnels de santé 19

4.5 Traçabilité du personnel chargé d'assurer les soins 20

4.6 Une chaîne logistique à adapter 20

4.7 L'accueil et la sectorisation des établissements de santé 20

4.8 Zone de tri 21

4.9 Structure d'accueil des urgences 22

4.10 Maison médicale de garde - Centre de consultations adossés à la structure d'accueil des urgences 22

4.11 Sectorisation de l'établissement 22
4.12 Les soins en réanimation 23
4.13 Les capacités d'hospitalisation 24
4.14 Les moyens matériels pour la réanimation 25
4.15 Le personnel 25
4.16 La post-réanimation 26
4.17 Suivi de l'activité 26
4.18 Les ressources sanitaires 27
4.19 Rappel des personnels et réaffectation 27
4.20 L'information des professionnels de santé 27
V. PRISE EN CHARGE EN VILLE 28
5.1 La stratégie de réponse en ville 28
5.2 La prise en charge à domicile 28
5.3 Les conditions d'une prise en charge à domicile des patients Covid-19 29
5.4 Une synergie ville-hôpital 29
5.5 Organisation de la prise en charge des patients en ville 29
5.6 Filière de prélèvement ambulatoire 30
5.7 Une information claire et compréhensible pour les patients 30
5.8 Un accompagnement psychologique peut être nécessaire 31
5.9 Des outils pour favoriser la télémédecine 31
5.10 Le rôle important de l'hospitalisation à domicile 31
5.11 Les mesures de protection individuelle des professionnels libéraux 32
5.12 Une offre de transport sanitaire privé préparée 32
5.13 Le rôle pivot des pharmacies d'officine 32
VI. SECTEUR MEDICO-SOCIAL 34
6.1 Une épidémiologie qui traduit un facteur de vulnérabilité 34
6.2 Un environnement qui favorise une chaîne de transmission active 34
6.3 La mise à jour du plan bleu compte tenu du risque relatif au virus SARS-CoV-2 34
6.4 Une nécessité d'anticiper la survenue d'un patient suspect Covid-19 35
6.5 Des mesures barrières renforcée et de prévention complémentaires 35
6.6 Le repérage, la détection précoce et les modalités d'alerte 36
6.7 Un processus de confinement simple mais robuste à mettre en œuvre 37
6.8 Doctrine concernant la prise en charge et le suivi des patients Covid-19 37
6.9 Une information des personnels adaptée et régulière 38
VII. ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE ET DES PERSONNES HEBERGEES 39

7.1 Principes de prise en charge ambulatoire des patients atteints du Covid-19.....39

7.2 Dispositions particulières à prendre par les gestionnaires des structures accueillant les personnes sans domicile, et pour les équipes de maraudes 40

7.3 Mise en place de centres d'hébergement spécialisés (a minima un par région, plus si nécessaire).....40

SYNTHÈSE 42

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS **46**

NB : Dans le présent guide, le nouveau coronavirus (ex 2019-nCoV) porte le nom de SARS-CoV-2 et la maladie liée à ce virus le nom de Covid-19 (coronavirus infection disease 2019)

AVANT-PROPOS

Face à la circulation active du SARS-CoV-2 (phase épidémique de Covid-19), tous les acteurs du système de santé doivent pouvoir se préparer et se mobiliser en s'appuyant sur des modalités d'organisations précises.

Cette organisation sanitaire exceptionnelle doit être déployée pour répondre à l'enjeu épidémique en s'appuyant sur les ressources pivot du secteur hospitalier (établissements de santé publics et privés) et sur une mobilisation forte et volontaire du secteur de ville (professionnels libéraux, structures ambulatoires, HAD, médicalisation des structures médico-sociales) avec pour interface naturelle le SAMU-Centre 15, appuyé par une régulation libérale renforcée.

Il est ainsi nécessaire d'engager une démarche de construction commune et coordonnée de la réponse à la phase épidémique de Covid-19 au sein de chacun des territoires avec tous les acteurs du système de santé.

INTRODUCTION

La cinétique de l'épidémie au niveau international et notamment l'évolution du nombre de patients « cas confirmés » en France et en Europe amènent à compléter le premier *opus* du guide méthodologique « *Préparation au risque épidémique de Covid-19* » par un second afin de disposer d'éléments d'organisation opérationnels pour mettre en œuvre la stratégie d'atténuation des effets de la circulation active, voire très active du virus Covid-19 sur le territoire (phase épidémique).

L'objectif de ce guide méthodologique « Préparation à la phase épidémique de Covid-19 » vise à préciser le cadre d'intervention général à mettre en œuvre en phase de circulation active du virus par les trois secteurs de l'offre de soins et préciser les liens de coordination entre les acteurs du système de santé pour permettre d'assurer la prise en charge des patients infectés par ce virus. Il s'agit en particulier de définir la stratégie d'organisation des soins ambulatoires pour les patients les moins graves et l'organisation des établissements de santé qui seront essentiellement mobilisés pour la prise en charge des patients présentant des signes de sévérité ou de gravité. Comme l'*opus* 1 du guide « Préparation au risque épidémique Covid-19 », les éléments d'organisation proposés dans le présent *opus* 2 s'inscrivent dans la doctrine du plan ORSAN REB élaboré et mis en œuvre dans chaque région par l'ARS.

Ce guide méthodologique à destination des acteurs du système de santé (professionnels des secteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux) a pour objectif de les accompagner dans leur démarche de préparation à la phase épidémique du nouveau Coronavirus : SARS-CoV-2.

Compte tenu de la perspective de circulation active au niveau national du SARS-CoV-2 et des différentes modalités de prises en charge (hospitalisation complète, ambulatoire, médecine de ville…), il est nécessaire d'apporter aux personnels soignants de première et deuxième ligne (professionnels de santé libéraux, SAMU-Centre 15, structures d'accueil des urgences, services des maladies infectieuses, services de réanimation…), aux professionnels de ville et au secteur médico-social, des éléments d'information afin d'assurer une prise en charge précoce et sécurisée des patients. Ce guide rappelle aussi les actions de préparation nécessaires, de formation, et d'information des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients infectés par le virus. Il indique, à ce stade des connaissances, les éléments essentiels dont tous les professionnels concernés doivent prendre connaissance.

Il apporte des éléments d'information sur la conduite de la crise qui doit s'inscrire dans une vision large de la prise en charge des patients (médecine ville et soins ambulatoires, établissements de santé, établissements médico-sociaux). Le pilotage régional par l'ARS doit permettre une meilleure mutualisation et une coopération efficace des acteurs de santé mobilisés. L'enjeu consiste à assurer une bonne coordination entre les différents acteurs sur un territoire afin de sécuriser et fluidifier le parcours de soins des patients.

Il précise les rôles, les modalités de mobilisation et les moyens de coordination entre l'ensemble des acteurs de soins pour permettre une couverture sanitaire des territoires satisfaisante et équitable. Le dispositif de prise en charge ambulatoire doit être formalisé, dans le cadre de la stratégie régionale et décliné dans chaque territoire. Il propose des solutions d'organisation au regard notamment du risque de saturation du SAMU/Centre 15, qui reste garant de la prise en charge des cas les plus graves et de la permanence des soins.

Ce guide vise aussi à définir le cadre d'intervention de chacun des établissements de santé Covid-19 (1ère et 2ème ligne) et les moyens de coopération et de coordination entre ces établissements pour permettre de façon rapide une prise en charge en cascade des patients Covid-19 éligibles à la filière d'aval.

Les outils de coopération et de coordination devront bien entendu prendre en compte les acteurs du médico-social. Le véritable enjeu consiste à assurer la bonne coordination entre les différentes structures de soins sur un territoire, et surtout entre les différents acteurs afin d'optimiser les compétences de chacun, de créer des liens rapides et d'assurer la continuité et la permanence des soins. Il s'agira de proposer une réponse sanitaire organisée autour d'un ensemble de professionnels de santé hospitaliers et libéraux en garantissant la couverture des besoins du secteur médico-social.

Ce guide apporte des éléments d'information sur les modalités à mettre en œuvre au sein des établissements et services médico-sociaux comprenant des mesures barrières et d'adaptation des organisations internes (règlementation des visites, profil des visiteurs, mesures à l'entrée de l'établissement …) prenant en compte la vulnérabilité au virus SARS-CoV-2 des résidents (personnes âgées, personnes handicapées fragiles et/ou présentant de multiples facteurs de comorbidité associés). Bien entendu, les mesures d'hygiène à mettre en œuvre seront le socle à ne pas déroger. Dans la mesure où certaines structures médico-sociales (EHPAD) sont des lieux qui pourraient favoriser une chaîne de transmission très active du virus SARS-CoV-2 avec des conséquences potentiellement défavorables pour certains résidents. Les mesures d'hygiène devront être renforcées par des mesures particulières à adapter selon la typologie des personnes hébergées, pendant tout la période de circulation active voire très active du virus au sein du territoire national.

Ce guide tient compte des organisations territoriales mises en place au sein des territoires tels que les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les dispositifs d'appui à la coordination et rappelle les outils de télémédecine disponibles pour permettre de renforcer la stratégie de prise en charge en ambulatoire des patients non graves, et de protéger les personnes vulnérables en établissement social ou médico-social.

Ce guide n'a pas vocation à définir des organisations strictes à mettre en œuvre mais propose des orientations qui devront être adaptées en fonction des régions, des organisations pré-existantes et de la démographie disponible au sein des territoires.

Comme évoqué dans l'*opus* 1, « Préparation au risque épidémique Covid-19 », **ce guide n'impose aucune disposition réglementaire nouvelle.**

Il appartient aux ARS, aux professionnels de santé, aux directeurs des établissements médico-sociaux, et des établissements de santé en collaboration avec les responsables médicaux des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), les urgentistes, les réanimateurs, les pédiatres, les équipes opérationnelles d'hygiène et toutes les autres spécialités concernées de décliner ces orientations en fonction de leurs organisations et de les adapter le cas échéant.

Ce guide s'inscrit dans les lignes directrices pour la prise en charge du SARS-CoV-2 du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) et de l'ECDC[1] (European centre for disease prevention and control).

Des fiches techniques synthétiques permettant une traduction opérationnelle des éléments intégrés dans ce guide seront publiées dans un deuxième temps.

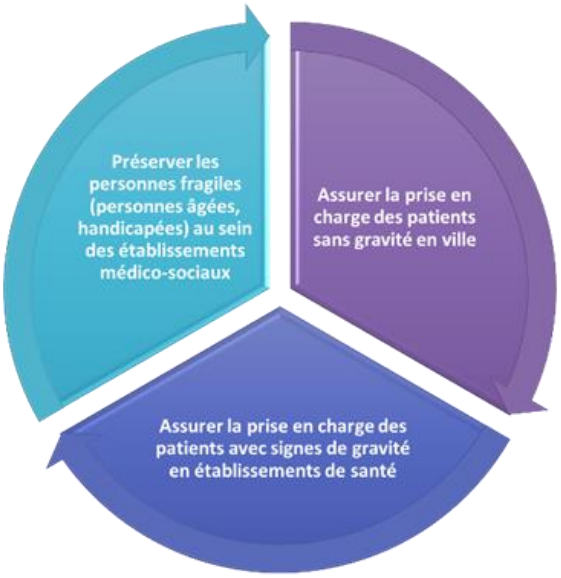
Ce guide est susceptible d'être modifié en fonction de l'état des connaissances et de l'évolution des données épidémiologiques. Il est mis en ligne sur le site du Ministère de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/

[1] ECDC : Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update - 2 March 2020 https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-increased
Haut Conseil de Santé Public. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2 5 mars 2020

I. LA STRATEGIE D'ATTENUATION

En phase épidémique (circulation active du virus), la stratégie sanitaire est différente et passe d'une logique de détection et de prise en charge des patients exclusivement par les établissements de santé à une logique d'action collective impliquant les différents secteurs de l'offre de soin.

La stratégie d'atténuation de la circulation active du virus dans la communauté repose sur 3 axes majeurs :



La phase épidémique impose la pleine mobilisation du système de santé dans toutes ses composantes (médecine de ville, établissements de santé et établissements et services médico-sociaux). Dès lors, l'ensemble de ces acteurs doit pouvoir agir en mobilisant l'ensemble des ressources qu'ils sont en capacité de déployer dans la mesure de leurs rôles respectifs.

1.1 Les points clefs de l'évolution de la stratégie

La stratégie jusqu'à présent mise en œuvre visait à repérer les cas, rechercher les sujets contacts, tester et prendre en charge les patients à l'hôpital permettant ainsi d'éviter la multiplication des clusters ; cette stratégie ne peut être utilisée dans le cadre d'une circulation active du virus sur le territoire national.

En phase épidémique, le principe général vise **à assurer la prise en charge des patients non graves à domicile** afin de ne pas saturer les établissements de santé.

Il est mis en place une stratégie d'atténuation de la circulation active du virus dans la communauté qui repose ainsi sur 3 axes majeurs :

- La prise en charge **des formes modérées en médecine de ville ;**
- La prise en charge **des formes sévères et graves dans les établissements de santé ;**
- La **préservation des personnes fragiles** (personnes âgées, personnes handicapées polypathologiques…) **au sein des établissements médico-sociaux.**

En stratégie d'atténuation, **les patients présentant des signes de Covid-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique** (RT-PCR SARS-CoV-2). Ces indications ne concernent, en principe, que des personnes symptomatiques ou l'ayant été. La priorisation

conjuguerait et pondérerait un ou plusieurs des critères ci-dessous, en tenant compte des capacités disponibles et des avis scientifiques émis au regard de l'évolution de l'épidémie[2]**.**

1. **La réalisation des tests diagnostiques est prioritaire lorsque les critères suivants sont identifiés**

   - **Critères liés à la gravité**

     → Patients présentant une symptomatologie respiratoire hospitalisés en réanimation (SDRA notamment) ;
     → Patients avec des symptômes évocateurs de Covid-19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hypoxémiante).

   - **Personnels de santé avec symptômes évocateurs de Covid-19 qui doivent être dépistés prioritairement afin de limiter la diffusion nosocomiale ;**

   - **Critères liés à une comorbidité**

     → Personnes à risque de formes graves comme définies ci-dessus et présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
     → Femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse.

   - **Critères liés à une situation**

     → Patient hospitalisé pour une autre cause et devenant symptomatique (toux ou fièvre ou dyspnée) ;
     → Donneurs d'organes, tissus ou de cellules souches hématopoïétiques ;
     → Suivi de l'excrétion virale chez les patients graves de réanimation afin de guider le traitement.
     → Exploration d'un foyer de cas possibles (en particulier en collectivités de personnes âgées). Au sein de ce type de collectivité se limiter à 3 tests par unité.

2. **Ne sont pas des indications prioritaires**

   - Exploration de cas possible en EHPAD une fois que le diagnostic a été porté à partir des 3 tests ;
   - Personne avec symptômes évocateurs de Covid-19 vivant en contact rapproché avec une personne à risque de forme grave ;
   - Pneumopathie chez les plus de 50 ans sans critères de gravité ni autre comorbidité.

3. **Ne sont plus des indications de diagnostic de Covid-19 par RT-PCR**

   - Forme paucisymptomatique évocatrice de Covid-19 si circulation active du virus et/ou si saturation des capacités de diagnostic ;
   - PCR SARS-CoV-2 de monitoring pour attendre la négativation chez des personnes atteintes de Covid-19 et prononcer la guérison.

[2] Avis du 10 mars 2020 du HCSP relatif aux personnes à risques de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 et indications de RT-PCR

1.2 Rôle de la médecine de ville et des soins ambulatoires

Les professionnels de santé exerçant en ville sont en première ligne pour assurer la prise en charge ambulatoire des patients ne nécessitant pas une hospitalisation en lien, le cas échéant, avec un service d'hospitalisation ou de soins à domicile (chiffre estimé à 80% des malades). La mobilisation de ces professionnels aura également pour objectif de renforcer la médicalisation des établissements médico-sociaux.

Les services médico-sociaux, en particulier les EHPAD, et les services d'aide à domicile, pour les personnes fragiles isolées, sont également mobilisés.

Comme lors d'une épidémie de grippe, les patients présentant une forme simple ou modérée sont pris en charge en ville pour ceux qui le nécessitent en utilisant les ressources médicales ou paramédicales du territoire et en mobilisant l'ensemble des acteurs.

Une organisation est définie par l'ARS avec l'Assurance maladie en lien avec les représentants des professionnels de santé de ville, notamment URPS et ordres professionnels, ainsi que les services d'hospitalisation et de soins à domicile. Une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19 (par exemple, plages spécifiques de consultation, appel téléphonique systématique avant déplacement au cabinet...), est à définir dans les territoires.

Les spécificités territoriales nécessitent d'être prises en compte et requièrent une adaptation de l'offre de soins de ville en fonction de l'organisation des structures de soins de ville et des secteurs géographiques. Cette prise en charge ambulatoire a vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients.

Toutefois, il convient d'anticiper et d'organiser en conséquence des filières en ville pour la prise en charge des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Un travail spécifique sur ce sujet est à conduire au niveau des ARS, avec l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, en s'appuyant sur le dispositif d'orientation des patients à la recherche d'un médecin disponible, en cours d'organisation entre les SAMU et l'assurance maladie (cf. 1.3).

Dans le cadre de la prise en charge des patients à domicile, les organisations à promouvoir sur les territoires pourront s'appuyer sur :

- Les téléconsultation dont les conditions de recours ont été élargies avec une adaptation du cadre conventionnel actuel au contexte épidémique[3] (cf. fiche en annexe);
- Les différentes structures d'aide domicile assurant un soutien social (aide à domicile, réseaux) ;
- L'HAD mobilisable en amont et en aval pour assurer une prise en charge à domicile des patients nécessitant des soins potentiellement techniques (cf. document en annexe « lignes directrices pour la prise en charge en HAD des patients covid-19 »).

1.3 Rôle de l'aide médicale urgente

Afin de répondre aux enjeux de la régulation médicale en phase épidémique, le SAMU-Centre 15 doit être en mesure de répondre à une augmentation des appels entrants et des affaires traitées liée au

[3] Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19

Covid-19. Il s'agit d'identifier rapidement les patients présentant des signes de sévérité ou de gravité afin d'assurer leur prise en charge en établissement de santé.

Il s'agit également de renforcer la régulation des soins ambulatoires via le SAMU ou autre structure en lien avec les médecins et les autres professionnels de santé du secteur libéral pour organiser la prise en charge à domicile des patients ne requérant pas une hospitalisation et assurer les soins dans le secteur médico-social. Les personnels du secteur ambulatoire devront être dotés d'une conduite à tenir leur permettant de répondre au mieux aux appels et demandes des patients.

En phase épidémique, le SAMU-Centre 15 ne peut plus être le seul point d'entrée de tous les appels relatifs au Covid-19 pour rester pleinement disponible pour les urgences vitales dans un contexte de forte mobilisation. Une augmentation des appels relevant de la médecine de ville est également attendue. Il est important de veiller à :

- Préserver l'accès et les capacités de prise en charge des urgences vitales par le SAMU-Centre 15 ;
- Privilégier les circuits existants en fonction des ressources locales (médecine de ville, conventions avec les EHPAD, …).

À ce titre, il convient d'assurer auprès des établissements de santé sièges de SAMU le suivi de la mise en œuvre des mesures visant à assurer la robustesse des SAMU-Centre 15. Il s'agit notamment en lien avec les SAMU-Centre 15 et les professionnels de santé de ville d'anticiper dès maintenant un renforcement de la régulation médicale de l'aide médicale urgente et des soins ambulatoires. Il s'agit notamment de s'assurer du renforcement des :

- SAMU-Centre 15 en mobilisant des personnels en renfort des équipes des SAMU-Centre 15 déjà pleinement mobilisées (ARM, infirmiers, étudiants en médecine, etc.) ;
- Structures de régulation des soins ambulatoires qu'ils soient ou non intégrés dans les SAMU-Centre 15.

La stratégie d'adaptation des SAMU-Centre 15 s'appuie sur la mise en place d'un décroché rapide de premier niveau et l'orientation immédiate des appels vers une « filière » dédiée Covid-19 avec la mise en place d'une ligne dédiée Covid-19 au SAMU-Centre 15. Cette filière doit aussi pouvoir prendre en charge l'orientation d'un patient en difficulté d'accès à un médecin de ville vers un médecin pouvant le prendre en charge. À ce titre, une organisation est en cours de construction en lien avec l'Assurance maladie et le SAMU-Centre 15 pour assurer la gestion de ces appels.

La mise en œuvre de la stratégie repose notamment sur le renforcement des capacités locales et l'entraide régionale dont les modalités sont définies dans le document en annexe « stratégie d'adaptation des SAMU-centre 15 à l'épidémie de Covid-19 ».

Tous les dispositifs existant de coopération avec les établissements de santé et permettant d'éviter le recours au SAMU-Centre 15 ou aux structures d'accueil des urgences sont à mobiliser. Il convient notamment de s'assurer de l'effectivité des protocoles et conventions organisant les relations entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé.

Les équipes SMUR sont déployées par le SAMU-Centre 15 pour la prise en charge à domicile des patients présentant des signes de gravité, initialement ou après une période de retour à domicile, et nécessitant une prise en charge hospitalière spécialisée, notamment en réanimation. Ce déploiement a vocation à s'effectuer en concertation avec les autres services concourant à l'Aide Médicale Urgente (Services d'incendies et de secours, associations agréées de sécurité civile, transporteurs sanitaires) dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité en vigueur.

1.4 Rôle des établissements de santé

Les établissements de santé habilités Covid-19 (1ère et 2ème ligne) sont mobilisés, en première intention, pour assurer la prise en charge des patients présentant des formes sévères ou graves.

Néanmoins, dans un contexte d'épidémie de Covid-19, chaque établissement de santé, dans le cadre de la mise en œuvre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (volet REB), doit lister par service et spécialités, les motifs de recours à l'hospitalisation qui ne peuvent être différés sans préjudice pour le patient. Ces réflexions doivent aboutir à l'élaboration d'un plan formalisé. En outre, les établissements de santé doivent **définir les limites de leurs capacités** (ressources humaines, matériels, équipements de protection…) afin d'identifier des seuils à partir desquels il sera nécessaire de faire appel à d'autres sites hospitaliers.

Lors de l'activation du niveau 2 du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (plan blanc), la désignation d'un directeur médical de crise (DMC) est recommandée pour organiser les flux de patients en lien avec la cellule de crise hospitalière sous l'égide du Directeur général ou du Directeur de l'établissement et du Président de la commission médicale d'établissement.

D'après les données dont nous disposons actuellement, l'incidence des cas est maximale chez les personnes de plus de 50 ans avec **14% de formes sévères et 6% de formes critiques** nécessitant une hospitalisation. La mobilisation des établissements de santé pour répondre en phase épidémique est essentielle, car ils ont pour mission la prise en charge des patients sévères et graves. Dans ce cadre, les estimations du nombre de patients à prendre en charge en unités de surveillance continue et services de réanimation seraient très supérieures aux épidémies de grippe saisonnière les plus sévères que nous avons connues jusque-là. Il est donc nécessaire de définir au plus vite dans chaque établissement de santé une stratégie pour organiser la prise en charge de ces patients. La préparation des établissements de santé à cette épidémie est essentielle notamment en identifiant les circuits et les secteurs d'accueil et de prise en charge des patients malades Covid-19 et en organisant la continuité de l'activité.

Actuellement, 183 établissements de santé habilités Covid-19 de 1ère et 2ème ligne sont mobilisés pour la prise en charge des cas de Covid-19 (au moins 1 établissement par département) avec des capacités d'accueil d'urgence, d'infectiologie, de soins critiques (USC et soins intensifs) et de réanimation. Chaque ARS doit s'assurer de la pleine mobilisation de ces établissements en particulier en identifiant les circuits et les secteurs de prise en charge des patients malades, de l'organisation des soins en phase épidémique et de la continuité d'activité.

Il s'agit de déterminer la stratégie de réponse en phase épidémique de Covid-19 adaptée à chaque territoire au niveau de la région sur la base des principes suivants :

- **Privilégier en première intention la prise en charge des patients Covid-19** nécessitant une hospitalisation dans les **établissements de santé déjà reconnus comme de 1ère et de 2ème ligne**. Il convient en leur sein de graduer la prise en charge en veillant à adapter les parcours entre les services de réanimation, surveillance continue et hospitalisation complète ;
- **Identifier dès maintenant d'autres établissements de santé qui pourraient être activés en fonction de la situation épidémique** : établissements de santé sièges d'une structure d'accueil des urgences et/ou d'un plateau technique d'unité de surveillance continue ou de réanimation.
- **Tous les établissements de santé (publics, privés à but lucratif et non lucratif) doivent pouvoir être mobilisés** pour, soit venir en aval de sites Covid-19 sur un parcours de soin dédié, soit pour prendre le relais de son activité sur des activités urgentes que ces sites ne pourraient assurer du fait de leur mobilisation.

Outre la prise en charge des formes sévères de Covid-19, **l'enjeu majeur de cette épidémie sera la prise en charge des formes graves requérant des soins de réanimation.** Le retour d'expérience en Chine et en Italie **objective la nécessité d'anticiper la prise en charge de nombreux patients requérants des soins de réanimation**, avec une montée en charge très rapide et un risque de saturation des capacités actuelles sans adaptation préalable des organisations.

Il est important de mettre en place avec tous les établissements de la région concernés une stratégie régionale afin d'être en capacité d'augmenter très significativement, en fonction des besoins, la disponibilité et la capacité de réanimation et de soins critiques dans la région, y compris en déprogrammant des soins/ interventions chirurgicales non urgentes. Il doit être étudié la possibilité de mettre en place des unités de réanimation ou de soins critiques strictement ou prioritairement dédiées à la prise en charge de patients Covid-19.

À ce titre, **il est demandé :**

- **La mise à jour fiable des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue**, de renseigner celles-ci dans le ROR.
- **Une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI)** en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) **et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les « upgrader », soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;**
- **La constitution d'un état des lieux des équipements biomédicaux** (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, …) ;
- **La vérification des stocks d'oxygène médical** (niveau évaporateur et bouteilles) et de la **disponibilité des autres fluides médicaux** pour faire face à une suractivité ;
- **Le recensement des personnels compétents en réanimation** (médecins, infirmiers) **et soins critiques** en prévision du redéploiement des moyens humains selon les besoins et les normes légales, ainsi des matériels et consommables nécessaires à une potentielle augmentation d'activité des unités de soins critiques. De plus, il est impératif que chaque établissement s'assure de la mise en œuvre des recommandations d'hygiène pour éviter les contaminations croisées (soignant – patient) ;
- **La déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients. Cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients Covid-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de leur établissement ou en appui des établissements mobilisés par le Covid-19 de leur GHT ou de leur territoire. Il s'agit également de ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse.**

Une attention particulière sera portée :

- À la structuration des filières de prise en charge des enfants et des parturientes ;
- Aux activités regroupant des patients fragiles (cancérologie, hématologie, gériatrie, cardiologie …) afin de définir en lien avec les services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) les modalités de prise en charge des patients Covid-19 ;
- Aux filières SSR gériatriques et USLD, qui doivent être traitées selon le mode opératoire EHPAD.

Les établissements de santé concernés peuvent utilement s'appuyer sur les recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV2[4].

Il s'agit aussi d'identifier des structures d'aval de type SSR afin de libérer le plus rapidement possible les lits de soins aigus et de mobiliser au maximum du possible l'HAD pour favoriser les retours à domicile.

Il est par ailleurs important de veiller à préserver des capacités pour assurer la prise en charge des soins courants ne pouvant pas être reportés.

1.5 Rôle des établissements médico-sociaux

Le secteur médico-social est un secteur particulièrement sensible en raison de la concentration de personnes vulnérables pour le Covid-19.

Pour les établissements médico-sociaux, les principaux objectifs en phase épidémique sont de :

- Limiter la transmission épidémique au sein des structures d'hébergement ;
- Assurer la prise en charge des malades ne nécessitant pas une hospitalisation en renforçant la médicalisation des établissements médico-sociaux et des services de soins à domicile.

Outre **l'activation des plans bleus pour les EHPAD**, les principaux axes de réponse en phase épidémique sont les suivants :

- **Mise en œuvre drastique** des mesures barrières et interdiction des visites aux résidents, sauf cas exceptionnels déterminés avec la direction de l'établissement en lien avec l'ARS et la préfecture. Toutes les activités non médicales et d'agrément ainsi que les sorties sont reportées ;
- **Identification au sein de chaque EHPAD et structure de regroupement de personnes fragiles (notamment en situation de handicap) d'un secteur dédié à la prise en charge du Covid-19 ;**
- **Réactivation des coopérations renforcées** entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé situés à proximité ;
- **Prise en charge** dans la mesure du possible **au sein des structures médico-sociales ou en HAD des patients sans critère de gravité** ;
- **Renforcement en EHPAD du rôle des médecins coordonnateurs** dans le suivi des cas. Le médecin coordonnateur a un pouvoir de prescription générale dès lors qu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels. Il est donc possible de demander au médecin coordonnateur d'assurer la prise en charge des patients non graves à l'EHPAD, l'orientation des cas graves vers le système de soins et d'assurer un retour de patients malades en EHPAD en faisant le lien avec le milieu hospitalier.

Il est demandé d'identifier un référent Covid-19 au sein de chaque établissement ou service chargé notamment du suivi du renforcement des mesures d'hygiène et d'assurer le lien avec l'ARS, afin de coordonner les mesures de gestion. Ce référent sera la personne contact pour répondre aux éventuelles interrogations des familles.

Les personnels des établissements et services médico-sociaux apportent leur expertise aux établissements de santé pour l'adaptation de la prise en charge aux spécificités des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

[4] https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-dexperts-COVID-9-mars-2020.pdf

II. PILOTAGE DE LA REPONSE

2.1 Le pilotage en phase épidémique de Covid-19

La réponse sanitaire à mettre en œuvre en phase épidémique de Covid-19 nécessite **un pilotage robuste sous l'égide de l'ARS.**

Ce pilotage doit prendre en compte toutes les composantes de l'offre de soins (hôpital, ville, médico-social) et permettre des échanges réguliers entre professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients (dont le SAMU-Centre 15 qui constitue une interface importante) pour notamment faciliter la coopération et la coordination des acteurs.

Pour assurer ce pilotage, la cellule de crise de l'ARS devra disposer en temps réel, des capacités d'accueil et de prise en charge sur son territoire, en particulier des capacités d'hospitalisation immédiatement mobilisables et disponibles avec un focus sur les services sensibles comme les unités de surveillance continue, la réanimation que ce soit pour les adultes ou pour la pédiatrie. Le SAMU-Centre 15, qui est au cœur du dispositif de régulation des soins hospitaliers et de ville, doit en être informé.

Le dispositif de réponse régionale doit **prendre en compte les outils d'organisation** tels que les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou les dispositifs d'appui comme les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

2.2 Une réponse graduée en fonction de la cinétique de circulation

En phase épidémique, la médecine de ville et les soins ambulatoires sont en première ligne pour la prise en charge des formes modérées de Covid-19.

Pour la prise en charge des formes sévères et critiques, l'organisation sanitaire prévue s'appuie sur une hiérarchisation fonctionnelle des établissements de santé à 2 niveaux : des établissements de santé de 1ère ligne - acteur pivot de la prise en charge qui sont la référence territoriale dans la prise en charge des patients Covid-19- et des établissements de santé de 2ème ligne avec notamment les établissements de santé sièges de SAMU. Ces établissements de santé de 2ème ligne qui permettent un maillage du territoire sont mobilisés pour **renforcer et consolider les capacités de prise en charge** des établissements de santé de 1ère ligne.

D'autres établissements de santé pourront être activés en fonction de l'évolution de l'épidémie.

2.3 Une organisation fluide nécessaire entre les secteurs de soins

En situation d'épidémie de Covid-19, il est nécessaire de fluidifier les interactions entre les secteurs de l'offre de soins en particulier entre les professionnels de ville, les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux.

Il convient également d'instaurer une coopération entre les établissements de 1ère ligne Covid-19 et les établissements de santé de 2ème ligne de proximité. Celle-ci permettra d'élaborer une expertise collective et partagée des actions de terrain et de faciliter les transferts éventuels de patients entre établissements afin de répondre au besoin de gradation des soins et de maillage du territoire.

L'infectiologue référent REB de l'un des établissements de santé de 1ère ligne du territoire assurera la coordination des examens diagnostiques en lien avec les établissements de santé de 2ème ligne et les équipes opérationnelles d'hygiène des établissements concernés.

2.4 Une organisation renforcée de la prise en charge en établissement de santé

Le **regroupement de la prise en charge des patients Covid-19** est réalisé en première intention au sein des établissements habilités (1ère et 2ème ligne). Cela peut conduire à réorienter des patients non Covid-19 vers d'autres établissements de santé. Cette organisation permet de centraliser sur un ou plusieurs sites identifiés les ressources dédiées à la prise en charge des patients Covid-19 et d'organiser de façon régulière un « turn over » des ressources nécessaires.

Ainsi, ces établissements constitueraient des **établissements de santé spécialisés pour les patients Covid-19, sans renoncer à la prise en charge des autres patients, dans la limite de leurs capacités.** Ce modèle de prise en charge permettra de disposer de façon temporaire de plateaux techniques strictement dédiés à la prise en charge de patients Covid-19. Les mesures strictes de traitement de l'air (sans recyclage de l'air) et de gestion des effluents associés pourraient alors être mises en œuvre sur ces seuls établissements de santé dédiés.

Toutefois, en cas d'épidémie majeure, d'autres établissements de santé pourraient être activés afin de compléter les établissements de santé de 1ère et 2ème ligne le cas échéant.

2.5 Un pilotage qui vise à optimiser les ressources de l'offre de soins

Le pilotage régional assuré par l'ARS permet d'optimiser les ressources de l'offre de soins tant dans le secteur ambulatoire qu'au niveau des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux.

Au niveau des établissements de santé, la régulation optimisée des patients Covid-19 permettra de resserrer autant que possible l'offre sur les établissements de santé de 1ère ligne voire de 2ème ligne.

Avant la mise en place de cette stratégie de réponse, il est nécessaire de réunir au sein de chaque territoire, l'ensemble des acteurs concernés afin de présenter le schéma d'organisation retenu et de clarifier le rôle de chacun dans ce dispositif dans un objectif de mutualisation des ressources.

2.6 L'information des professionnels de santé et du personnel

Il est nécessaire pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, libéraux et médico-sociaux de se familiariser à la prise en charge de patient Covid-19 afin d'être en capacité de les identifier et de les orienter de façon appropriée le cas échéant. Ainsi une information comportant un rappel sur les caractéristiques cliniques de la maladie, de son évolution, des bonnes pratiques de prise en charge et de l'organisation territoriale retenue est nécessaire.

III. ORGANISATION DE L'AIDE MEDICALE URGENTE

3.1 Le fonctionnement des SAMU/Centres 15

En situation d'épidémie de Covid-19 les SAMU/Centres 15 seront au cœur du dispositif de régulation des tensions sur le système de santé. Ils auront un rôle important de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message national homogène et clair quant aux réponses à apporter.

L'objectif est de renforcer les équipes des SAMU/Centres 15 afin de pouvoir faire face à l'augmentation des appels entrants et des affaires traitées.

Le surcroît d'appels auxquels ils devront faire face nécessitera *de facto* un renforcement des moyens humains et matériels ainsi qu'une adaptation logistique.

Les directions des établissements sièges de SAMU et les ARS doivent porter une attention particulière à l'augmentation des capacités de régulation et à la sécurisation des SAMU/Centres 15.

3.2 Missions des SAMU-Centres 15

Les fonctions essentielles des SAMU/Centres 15 sont la régulation des appels médicaux d'urgence et l'envoi de moyens de secours et de soins d'urgence en cas de décision d'hospitalisation. En situation d'urgence sanitaire ou de crise et notamment lors d'une épidémie de Covid-19, ils devront en outre assurer des fonctions spécifiques :

- Assurer une présence au sein de la cellule de crise de l'établissement. La cellule de crise doit être à proximité du SAMU/Centre 15 afin de mutualiser les moyens. Celle-ci doit être clairement distincte du SAMU/Centre 15 ainsi que des lieux d'activité de soins ;
- Assurer une coordination d'une part avec l'ARS et d'autre part avec les Services d'incendies et de secours et les transporteurs sanitaires ;
- Pour les SAMU-Centres 15 des établissements de santé de 1ère ligne, assurer un soutien, un appui logistique, voire une expertise spécialisée apportés aux autres SAMU-Centres 15 de leur région, en cas de nécessité. Il peut s'agir d'une panne ou de la demande d'une expertise sur un élément précis.

3.3 Renforcement des SAMU/Centres 15, gestion des appels

L'objectif est le maintien, le renforcement ou l'adaptation des outils existants connus de la population et des professionnels de santé libéraux. À cette fin, les numéros de téléphone et les organisations habituellement utilisées par tous seront les mêmes en situation d'épidémie, mais devront être configurés pour répondre à cette situation de crise.

Pour remplir cet objectif, il est demandé que tout établissement de santé siège d'un SAMU-Centre 15 se mette en posture de répondre et mette en place les mesures permettant d'y faire face. Il s'agit notamment d'étudier la faisabilité en termes techniques (informatique, radio, téléphonie), logistiques (locaux) et de ressources humaines dans chaque SAMU/Centre 15 et d'évaluer les moyens supplémentaires nécessaires pour y faire face (moyens logistiques et humains).

3.4 Sécurisation des communications du SAMU-Centres 15

La réflexion menée sur la sécurisation des appels traités par le SAMU-Centres 15 nécessite de vérifier au préalable la compatibilité des systèmes informatiques, téléphoniques et radio. Une réflexion doit être également être menée pour assurer la sécurisation des appels lorsque ceux-ci sont reroutés ou lors de la mise en place d'une régulation déportée vers un ou plusieurs autres SAMU-Centres 15 ou les centres de traitement des appels des services d'incendie et de secours.

En termes de matériel, l'augmentation des capacités de régulation nécessite de prévoir et d'organiser une possibilité d'accroissement des moyens :

- Informatiques : il est nécessaire de prévoir des postes de travail équipés informatiquement (logiciel du SAMU-Centre 15) auxquels on peut avoir recours en urgence et les moyens informatiques de gestion de téléphonie: il est nécessaire que l'autocommutateur sécurisé du SAMU-Centre 15 puisse recevoir un nombre plus important d'appels. Cette augmentation doit être quantifiée, en lien avec l'opérateur téléphonique ;
- Logistiques : les locaux doivent être suffisamment spacieux pour pouvoir être équipés en urgence pour une augmentation des postes de travail. Les locaux pour la cellule de crise du SAMU-Centre 15 doivent être prévus. Il est rappelé que la cellule de crise du SAMU-Centre 15 doit être distincte de celle de l'établissement.

En termes de ressources humaines, le renforcement ou la suppléance des assistants de régulation médicale (ARM) comme des médecins régulateurs nécessitent d'être organisés. La mission et le rôle des ARM vont bien au-delà de la seule prise d'appel (priorisation de l'appel, suivi et reroutage, saisie informatique, etc.).

Le renforcement des ARM peut se faire notamment par des personnels de l'établissement formés (ambulanciers, secrétaires médicales, etc.). Il importe de prévoir l'encadrement de ces personnels, preneurs d'appels « occasionnels », par des ARM seniors.

Pour les médecins régulateurs SAMU-Centres 15 ou les médecins libéraux assurant la régulation libérale de la permanence des soins, la bi-appartenance de médecins à différentes structures de santé et/ou de secours (SOS médecins/SAMU/médecins SDIS, etc.) pourra, de façon analogue, nécessiter un recours à des professionnels de santé moins expérimentés, pour lesquels un encadrement par des seniors sera nécessaire. Là aussi, des formations sont à prévoir dès maintenant pour les médecins qui se porteraient volontaires à cet exercice.

3.5 Organisation des SAMU-Centres 15 au sein d'une région

Dans l'objectif d'apporter un soutien, un appui logistique et une expertise spécialisée aux SAMU-Centres 15 qui ne pourraient plus faire face au surcroît d'appels, il est proposé la mise en place dans la mesure du possible d'appuis mutuels entre les Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) et le déploiement d'une filière de prise en charge des appels liés aux patients Covid-19.

3.6 Régulation des hospitalisations

Les hospitalisations des patients présentant des signes de gravité sont régulées par les SAMU-Centres 15, ceux-ci ayant connaissance des rôles dédiés aux établissements, des places disponibles et pouvant orienter les patients selon leurs critères de gravité clinique.

IV. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

4.1 Un établissement de santé Covid-19 dans chaque département

Actuellement, 183 établissements de santé habilités Covid-19 de 1ère et 2ème ligne sont mobilisés, en première intention, pour la prise en charge des cas de Covid-19 avec des capacités d'accueil d'urgence, d'infectiologie, de soins continus et de réanimation. En phase épidémique, la mobilisation de ces établissements de santé sera essentielle pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients sévères et critiques.

Cette organisation permet de disposer d'au moins un établissement de santé par département sur le territoire national capable d'accueillir et de prendre en charge des malades Covid-19 présentant des signes de sévérité ou de gravité).

4.2 Le cadre d'intervention des établissements de santé de 1ère ligne

Le cadre d'intervention des établissements de 1ère ligne a été décrit dans l'*opus* 1 : « Préparation au risque épidémique » - pour rappel « afin de permettre la mise en œuvre de la stratégie d'endiguement basée sur une hospitalisation sécurisée de tous les patients cas confirmés, un premier niveau de réponse s'appuie sur des établissements de santé de première ligne. Il s'agit des établissements de santé habilités pour le Covid-19. Ces établissements constituent la première ligne de prise en charge en France ».

Ces établissements de santé de 1ère ligne constituent la pierre angulaire du dispositif régional, en assurant notamment la coordination de la prise en charge des patients Covid-19, et en apportant une expertise et un appui méthodologique. Une complémentarité entre ces établissements de santé de 1ère ligne et les établissements de santé du territoire doit se mettre en place.

Dans la mesure du possible, ces établissements de santé de 1ère ligne coordonnent l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation court pour permettre la prise en charge des patients Covid-19 : procédure d'accueil des patients, protocole d'identification rapide Covid-19, protocole de prélèvement, parcours patient Covid-19. Ils s'appuient en cela sur le programme de formation en ligne élaboré par l'École des hautes études en santé publique en lien avec la mission nationale COREB, l'association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (ANCESU) et les sociétés savantes (SPILF, SF2H, SFMU, SFM, SRLF, …).

4.3 Le cadre d'intervention des établissements de 2ème ligne

Le cadre d'intervention des établissements de 2ème ligne a aussi été décrit dans l'*opus* 1 : « Préparation au risque pandémique ». Les établissements de 2ème ligne complètent en tant que de besoin l'offre de soins de 1ère ligne en cas d'augmentation du nombre de patients à prendre en charge.

L'organisation interne mise en place par ces établissements doit être la suivante :

- Mise en place d'un circuit interne sécurisé dédié d'accueil et de prise en charge des patients Covid-19 et hospitalisation dans des chambres d'isolement ;
- Réalisation du diagnostic microbiologique et des examens de biologie courante dans les conditions de biosécurité requises;
- Coordination inter-établissements pour venir en appui, en tant que de besoin, aux établissements de 1ère ligne ;
- Mise à disposition, en quantités suffisantes, des équipements de protection individuels nécessaire à la prise en charge de ces patients ;

Un arrêt des systèmes de ventilation/climatisation de la chambre dans laquelle le patient aura été isolé, sera effectué de façon obligatoire si l'air est recyclé. Un système de traitement de l'air spécifique n'est pas indispensable. Il sera néanmoins nécessaire de vérifier l'absence de surpression ou de recyclage de l'air ailleurs dans le bâtiment. Une chambre isolée avec un renouvellement régulier d'air naturel (ouverture régulière de la fenêtre) peut également permettre une prise en charge adaptée en hospitalisation complète (hors secteur réanimation).

4.4 La protection et l'hygiène des professionnels de santé

La protection des professionnels de santé en contact direct avec les patients est un enjeu important. Il convient de mettre en œuvre les mesures d'hygiène et de protection mentionnées dans l'*opus* 1« Préparation au risque épidémique » afin d'éviter tout risque de transmission et de propagation au sein d'un établissement de santé.

Les professionnels de santé en contact direct avec les patients suspects, possibles ou confirmés doivent disposer d'une formation locale ou d'un rappel des techniques d'habillage et de déshabillage par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Il peut être utile de faire appel à un « observateur » lors des phases d'habillage et déshabillage afin de sécuriser les processus et superviser le bon déroulement des procédures d'habillage et de déshabillage. Cet « observateur » aura pour mission de surveiller l'exposition à un risque des professionnels de santé.

Une organisation visant à solliciter un **nombre restreint de professionnels de santé** autour des patients Covid-19 à prendre en charge, avec un dispositif tournant régulier pour permettre de soulager les professionnels de santé doit être envisagée afin d'assurer la protection des professionnels de santé mobilisés.

Les **mesures d'hygiène à mettre en œuvre** sont disponibles dans l'*opus* 1 « Préparation au risque épidémique ». De la même façon, les dispositions relatives à la désinfection des dispositifs médicaux et de l'environnement proche du patient sont rappelées dans le premier tome.

En ce qui concerne les masques de protection, il est nécessaire de distinguer 2 types de protection :

- **Les masques chirurgicaux** visent à assurer la protection de l'environnement du porteur afin d'éviter les projections ou sécrétions respiratoires des voies aériennes du porteur - soignant ou patient. Le port des masques chirurgicaux est réservé aux personnes malades, aux professionnels de santé recevant des malades, aux personnes chargées du secours à victimes et des transports sanitaires.
- **Les masques de protection respiratoire de type FFP2** sont réservés aux professionnels de santé pratiquant des soins invasifs. Il s'agit essentiellement de soins réalisés au sein des services de réanimation ou de soins intensifs. Ces masques visent à réduire la quantité d'agents infectieux inspirés et donc de réduire le risque d'infection chez les personnes exposées. Les masques FFP2 permettent par la filtration des fines gouttelettes d'assurer une protection nécessaire au Covid-19. Ce sont des équipements de protection individuelle (EPI).

NB : En ce qui concerne le port de masque FFP2, il est nécessaire de rappeler que pour être efficace, celui-ci doit être bien ajusté et étanche. En cas de mauvais ajustement ou de manque d'étanchéité, des fuites peuvent entraîner l'inhalation de particules en suspension dans l'air et rendre l'appareil inefficace. Il est donc nécessaire que **les professionnels de santé soient formés à leur usage** : mise en place du masque et retrait du matériel. Il est rappelé que chacun des professionnels de santé devra effectuer un test d'étanchéité lors de la mise en place du masque FFP2 ; les masques doivent être mis immédiatement en DASRI après leur retrait. Lorsqu'un masque est mouillé ou souillé, il est nécessaire d'en changer immédiatement.

4.5 Traçabilité du personnel chargé d'assurer les soins

Il est important que les établissements de santé assurent un suivi précis des professionnels de santé **chargés de la prise en charge directe** des patients Covid-19. Il s'agira essentiellement des professionnels de santé des SMUR, du service des urgences, du service des maladies infectieuses et tropicales, et du service de réanimation et de soins critiques. Des outils d'enregistrement des jours et horaires de présence sur le lieu de travail sont nécessaires afin de tracer de façon satisfaisante ces professionnels de santé. Ce dispositif permettra de disposer d'un historique des personnes contacts en cas de besoin.

4.6 Une chaîne logistique à adapter

Dans le contexte d'une épidémie de Covid-19, l'organisation de la chaine logistique de chaque établissement de santé (achat, restauration, gestion de stock et sécurité) doit être adaptée afin d'assurer un approvisionnement sécurisé et dimensionné des moyens nécessaires à la prise en charge des patients Covid-19. L'évaluation des stocks est essentielle afin de disposer sans interruption des moyens nécessaires. Par exemple, il pourra être envisagé de mettre en place une procédure *ad-hoc* pour reconstituer de façon régulière les consommables afin de disposer, au besoin, des approvisionnements nécessaires à des fréquences plus courtes.

En outre, l'ensemble des acteurs impliqués dans la chaine logistique doit s'approprier les mesures particulières à mettre en œuvre dans le cadre de l'épidémie. Par exemple, les services de brancardage doivent s'assurer des circuits à suivre pour permettre un confinement des patients pris en charge.

Un rappel des doctrines d'utilisation des équipements de protection et des fréquences d'utilisation est nécessaire par l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Une vigilance sera accordée à la surveillance des stocks d'équipements de protection et notamment le stock de masques chirurgicaux et masques FFP2.

4.7 L'accueil et la sectorisation des établissements de santé

En situation d'épidémie de Covid-19, le principe retenu est le maintien à domicile des patients, l'hospitalisation étant réservée aux cas les plus graves. Toute hospitalisation doit être préalablement régulée par le SAMU-Centre 15. Toutefois, certains patients se présenteront spontanément dans les établissements de santé, ce qui nécessite la définition de règles générales pour leur accueil. Les objectifs sont les suivants :

- Organiser l'accueil dans les établissements de santé, dans un souci de protection du personnel et des patients ;
- Organiser des secteurs d'hospitalisation en zones à haute et basse densités virales.

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent prendre les mesures nécessaires de sécurisation en réduisant le plus possible le nombre d'entrées (plan de sécurisation de l'établissement) et en contrôlant les flux entrant de patients (accueil aux urgences, accueil en zone dédiée Covid-19, consultations, admissions en hospitalisation …) ainsi que de visiteurs (limitations).

La déclinaison de ces mesures sera à adapter à la spécificité des établissements.

L'objectif à atteindre étant d'éviter la contamination des personnels, des patients mais également de l'environnement.

4.8 Zone de tri

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent mettre en place une zone de tri. Le tri de ces patients doit donc être effectué dès l'entrée de l'hôpital. Cette zone de tri doit être unique et sécurisée. L'importance de ce tri, et en particulier la nécessité d'identifier ces formes atypiques permet d'insister sur le caractère expérimenté de ce personnel. Les patients sans critères d'hospitalisation sont orientés vers la médecine de ville. Cette zone doit pouvoir répondre à plusieurs objectifs :

- Trier les patients Covid-19 des patients asymptomatiques ;
- Organiser la prise en charge des patients se présentant spontanément, en lien avec le service des urgences ;
- Identifier les patients relevant d'une hospitalisation, qu'ils soient Covid-19 ou non ;
- Sécuriser la réception des patients à hospitaliser dont l'admission a été régulée par le SAMU/Centre 15.

Cet accès doit pouvoir respecter la sectorisation de l'établissement en orientant les patients vers les services appropriés en zone à basse ou haute densité virale selon leur symptomatologie clinique.

Les patients ne nécessitant pas d'hospitalisation mais dont l'état de santé requiert un suivi médical seront orientés vers la médecine libérale de préférence ou vers un service de consultations ad hoc à proximité de l'établissement (maison médicale de garde, service de consultations externes, etc.).

Les patients nécessitant une hospitalisation seront orientés selon leur état clinique vers les urgences ou vers les zones et services appropriés de l'établissement.

L'organisation de cette zone de tri est à réfléchir au sein de chaque établissement de santé en tenant compte de sa configuration et des spécificités locales (tente de type poste médical avancé, structures préfabriquées, ou un secteur dédié du service des urgences). Pour les établissements dotés d'un service des urgences, la zone de tri sera située en amont ou à la porte du service des urgences, selon la configuration de l'établissement. Pour les autres établissements la zone de tri correspondra au point d'accueil et d'orientation des patients.

L'organisation du tri doit être réalisée par un médecin expérimenté ou un infirmier organisateur de l'accueil (IOA).

L'inscription administrative des patients doit être prise en compte soit en :

- Amont de la zone de tri et être unique ;
- Aval de la zone de tri et être sectorisée ou compatible avec la sectorisation au sortir de la zone de tri.

4.9 Structure d'accueil des urgences

Le service d'urgence est considéré comme une zone à haute densité virale. Dans la mesure du possible, un double circuit (haute densité virale/basse densité virale) doit être organisé à partir du service des urgences. Toutes les mesures doivent être prises pour procéder rapidement au transfert des patients vers le service approprié, et, selon leur état grippal ou non, *via* le circuit approprié.

Pour les consultations non programmées en lien avec Covid-19, seuls les patients nécessitant une évaluation paraclinique doivent être admis aux urgences.

Les patients régulés par le SAMU-Centre 15 seront admis directement dans le service retenu, seuls les patients nécessitant une prise en charge complémentaire avant hospitalisation (surveillances pour réévaluation de la gravité) seront admis dans le service des urgences.

4.10 Maison médicale de garde - Centre de consultations adossés à la structure d'accueil des urgences

La mise en place de services de consultations externes adossés ou proches du service d'urgence des établissements de santé est un outil majeur dans la prise en charge des patients. En effet, qu'ils prennent la forme d'une maison médicale de garde qui pourrait étendre ses horaires d'ouverture ou la forme d'un centre de consultations créé spécifiquement au moment de la crise, la mise en place d'un service de consultations externes à proximité du service d'urgence permettra de réorienter facilement les patients ne relevant pas d'une hospitalisation et de désengorger le service d'urgence.

Des locaux spécifiquement aménagés et suivant les critères énoncés pour l'aménagement des cabinets de ville doivent être préparés en amont. Leur fonctionnement sera assuré par des professionnels de santé libéraux et si nécessaire du personnel de l'établissement ou des réservistes sanitaires.

4.11 Sectorisation de l'établissement

Tous les établissements de santé et médico-sociaux prévoient l'identification d'une zone à haute densité virale et d'une zone à basse densité virale. La zone à haute densité virale correspond aux zones dans lesquelles les patients Covid-19 seront hospitalisés.

Certains services ou structures sont assimilés à des zones à haute densité virale, à savoir :

- Les points d'accueil ;
- La zone de tri ;
- Le service d'urgence s'il ne peut être sectorisé ;
- Les services ne pouvant être sectorisés lors du passage de patients Covid-19 (radiologie, etc.).

Cette zone nécessite des mesures d'hygiène particulière (lavage des mains renforcé, etc.) et de protection individuelle.

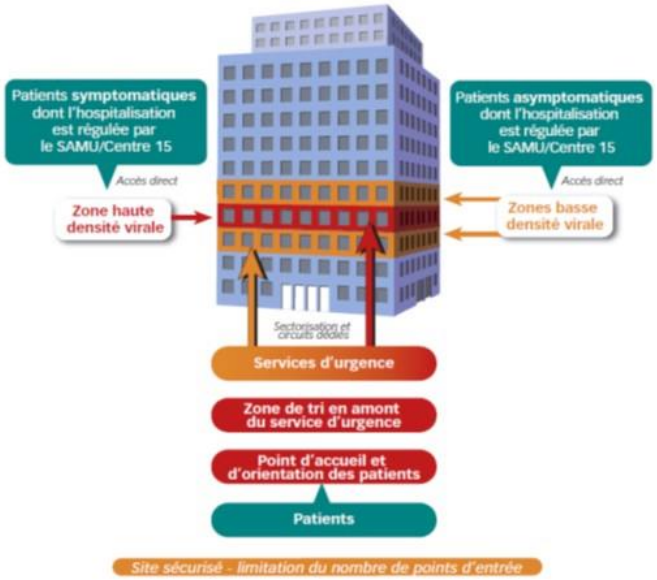
La zone à basse densité virale correspond aux zones dans lesquelles les patients ne présentent pas de signes évocateurs de Covid-19.

Les signes peuvent apparaitre en cours d'hospitalisation en zone de basse densité, ou concerner des patients dont le motif d'hospitalisation est tout autre (Infarctus du myocarde, accouchement, accident vasculaire cérébral, etc.) en unités spécialisées. La survenue de tels signes chez le patient doit se traduire par la protection des professionnels de santé le prenant en charge (EPI), la mise en place d'un isolement technique autour du patient, puis le transfert dès que possible vers la zone à haute densité virale ou à défaut vers un secteur dédié du service spécialisé.

Dans la mesure du possible, le personnel sera dédié à une zone et ces déplacements dans les autres services seront limités. Cela ne concerne pas le personnel médicotechnique ni le personnel transversal amené à se rendre dans les différents services et qui devra respecter les consignes en fonction des zones où il se déplace.

Seuls les examens complémentaires indispensables sont réalisés. Leur réalisation sera menée dans le respect du moindre déplacement et devra tenir compte des flux de patients. Les services médicotechniques (en particulier le service de radiologie) doivent s'organiser pour l'accueil de ces patients : plages horaires spécifiques si possible, règles d'hygiène strictes, protection maximale du personnel. Ces services sont considérés comme des zones à haute densité virale.

La sectorisation de l'établissement peut être schématisée comme suit.



Enfin, des sas entre les zones à haute et basse densités virales sont nécessaires afin de pouvoir mettre et enlever les équipements de protection individuelle et procéder au lavage des mains.

4.12 Les soins en réanimation

L'épidémie de Covid-19 pourrait conduire à un nombre important de patients relevant de soins de critiques, des rapports internationaux basés sur la prise en charge des patients en Chine évoquant entre 5 à 6 % de patients critiques nécessitant des séjours en unités de surveillance continue ou réanimation ce.

Outre la prise en charge des formes sévères de Covid-19, l'enjeu majeur de cette épidémie sera la prise en charge des formes graves requérant des soins de réanimation. Le retour d'expérience en Chine et en Italie objective la nécessité d'anticiper la prise en charge de nombreux patients requérants des soins de réanimation, avec une montée en charge très rapide et un risque de saturation des capacités actuelles sans adaptation préalable des organisations.

Il est important de mettre en place avec tous les établissements de la région concernés une stratégie régionale afin d'être en capacité d'augmenter très significativement, en fonction des besoins, la disponibilité et la capacité de réanimation et de soins critiques dans la région, y compris en déprogrammant des soins/interventions chirurgicales non urgentes. Il doit être étudié la possibilité de

mettre en place des unités de réanimation ou de soins critiques strictement ou prioritairement dédiées à la prise en charge de patients COVID-19.

La spécificité de cette discipline et le nombre limité des capacités d'hospitalisation imposent dès à présent de prévoir des modalités d'accueil à adapter.

L'objectif est d'organiser la prise en charge adéquate des patients Covid-19 relevant de soins de réanimation.

Les établissements de santé concernés peuvent utilement s'appuyer sur les recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV2[5].

4.13 Les capacités d'hospitalisation

Chaque région sous la coordination de l'ARS établit un état des lieux des :

- Capacités existantes d'hospitalisation en réanimation, des salles de surveillance post-interventionnelle, des soins intensifs et de surveillance continue et des lits d'aval. Ce recensement doit être réalisé pour les secteurs adulte et pédiatrie ;
- Moyens matériels disponibles, notamment des respirateurs ;
- Capacités de stockage et de distribution en oxygène des établissements ;
- Moyens en personnel soignant susceptible de suppléer et renforcer.

Cet état des lieux sera à mettre en regard de la modélisation des besoins conduite au niveau régional.

Les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être très fortement augmentées en tenant compte de :

- L'application des plans de déprogrammation qui doivent conduire à libérer des places de réanimation ;
- L'utilisation de salles de surveillance post-interventionnelle (salles de réveil) et de leurs personnels rendus disponibles du fait de la non-activité de certains blocs opératoires ;
- L'utilisation des secteurs de soins intensifs et de surveillance continue.

Chaque établissement doit prévoir un plan progressif de recrutement de lits de réanimation : immédiatement mobilisables (prise oxygène, air, monitorage, ventilateurs) ou potentiellement mobilisables (après redéploiement des locaux, du matériel et du personnel) compte tenu des déprogrammations. Le recensement des ventilateurs (de réanimation, de bloc opératoire, de transport) dans l'ensemble de l'établissement doit être fait et un processus d'armement des lits doit permettre une mobilisation des lits supplémentaires dans un délai court avec la mise à disposition des effectifs nécessaires.

Lorsque les capacités de prise en charge des patients graves sont dépassées, les soins de réanimation peuvent être dispensés dans des locaux non habituellement prévus à cet effet, mais qui auront été répertoriés au préalable afin d'optimiser au mieux les ressources de l'établissement de santé. L'objectif, en période de circulation active, voire très active du virus vise à ce que les établissements de santé ne prennent en charge que les patients les plus graves. Les soins aux patients les moins gravement malades seront dispensés en dehors de l'hôpital.

Il est nécessaire de préciser que les unités de soins intensifs spécialisés en particulier de neurologie et de cardiologie vont continuer à prendre en charge les patients relevant de leur discipline, il est donc

[5] https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2020/03/Recommandations-dexperts-COVID-9-mars-2020.pdf

nécessaire d'être vigilant à garantir une capacité en lits disponibles pour les prises en charge dans le cadre de l'urgence.

Les autres unités de soins intensifs et les unités de soins continus seront donc en première ligne pour soulager le travail des services de réanimation. L'optimisation de l'utilisation des réanimations suppose que tout malade ne nécessitant plus de support respiratoire puisse être transféré dans une unité plus légère (unité de surveillance continue, unité de soins intensifs, SSPI voire salle classique armé des équipements nécessaires)

Il convient de prévoir dans les plans d'organisation d'un établissement, d'une ville, d'un département ou d'une région, la mutualisation de ces moyens, permettant un regroupement des activités, une meilleure optimisation des ressources en personnel, en matériel et une meilleure protection de l'environnement.

Il est recommandé de prévoir un secteur à haute densité virale et un secteur à basse densité virale en réanimation. Cette recommandation est à analyser site par site.

4.14 Les moyens matériels pour la réanimation

Les équipements minimum nécessaires à cette très forte augmentation des capacités, incluent par patient pris en charge: un moniteur, un respirateur, des seringues électriques, un système d'aspiration, etc. Ainsi, un doublement des capacités des services de réanimation implique un doublement des consommables et des produits pharmaceutiques. Le fonctionnement des respirateurs nécessite que soient examinées les conditions d'alimentation en oxygène (livraison, débit des installations, etc.).

Les moyens matériels sont à anticiper qualitativement et quantitativement au regard des recommandations proposées par le Haut Conseil en Santé Publique et les sociétés savantes en Anesthésie Réanimation (SFRL, SFAR …). Un suivi régulier doit être réalisé au sein du service de réanimation comme de l'établissement et toute pénurie anticipée doit donner lieu à une alerte auprès de l'ARS.

Concernant l'utilisation d'oxygénation extra corporelle (ECMO), le recours à cette technologie semble ne pas être très important en Chine et plus récemment en Italie. Les 91 établissements actuellement équipés semblent correspondre aux besoins anticipables à ce jour.

4.15 Le personnel

Les moyens humains utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste-réanimateur, IADE, etc.) pourront être redéployés vers l'activité de réanimation. La création d'un pool de personnels ayant pratiqué dans les services de réanimation les cinq dernières années pourrait constituer une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation mais également la probable diminution des effectifs en lien avec la contamination nosocomiale ou l'indisponibilité familiale.

Le personnel n'exerçant plus formellement dans les services de réanimation doit pouvoir bénéficier d'une formation de remise à niveau dont la périodicité est à définir. Il est nécessaire de renforcer la formation de l'ensemble du personnel sur l'utilisation des équipements de protection personnelle (habillage/déshabillage). Les effectifs médicaux peuvent être suppléés et renforcés par le redéploiement des anesthésistes-réanimateurs exerçant habituellement dans les blocs opératoires. Les effectifs paramédicaux peuvent bénéficier des mêmes règles de renforcement (infirmiers anesthésistes, infirmiers des salles de surveillance post-interventionnelle, etc.).

En cas de prise en charge d'enfants dans des services de réanimation adulte, ces services devront pouvoir bénéficier de la présence ou des conseils de personnels spécialisés en pédiatrie.

4.16 La post-réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions, l'objectif étant de répondre à un turn-over rapide des patients. Les structures ou unités d'accueil dédiées à la post réanimation doivent être situées à proximité de ces unités.

L'organisation des services de réanimation compte tenu de ce turn-over rapide, devra prendre en compte les besoins en personnel pour la remise en état des locaux.

4.17 Suivi de l'activité

Chaque établissement indique dans le ROR ses capacités d'hospitalisation et transmet à l'ARS ses difficultés éventuelles rencontrées.

Ceci doit permettre un pilotage territorial et régional qui vise à renforcer la coopération entre les établissements et à fluidifier le parcours de soins des patients.

Le suivi des patients prise en charge dans les établissements de santé notamment en réanimation est réalisé via l'application SI-VIC. Cet évènement SI-VIC est ouvert pour permettre le dénombrement des patients COVID19 hospitalisés, et assurer ainsi un suivi en temps réel de l'impact sur l'offre de soins (lits d'hospitalisation, réanimation, décès).

Aucune donnée n'est transmise hors de la sphère « santé » (pas d'interfaçage avec SINUS, ni d'activation de cellule d'information du public.

Une fiche devra être créée pour chaque patient Covid-19 hospitalisé (forme sévère ou grave) mentionnant l'admission en réanimation ou en service conventionnel ;

Il est demandé de renseigner les éléments suivants pour chaque fiche

Création d'un numéro en HP ;
Anonymisation de l'identité en indiquant en nom de naissance les 3 premières lettres du nom, et en prénom la première lettre du prénom ;

- Indiquer le sexe ;
- Ne pas mettre de date de naissance mais remplir l'onglet 'âge approximatif ;
- La prise en charge somatique doit être renseignée en distinguant bien les hospitalisations conventionnelles et les prises en charge en service de réanimation
- Tout changement de statut (sortie de réa, décès, ou sortie de l'hôpital doit être renseigné) ainsi que les transferts vers un autre établissement.

Aucun autre élément que ceux cité ci-dessus ne doivent être renseignés dans SI-VIC (Aucune données médicales dans l'onglet commentaire)

Un suivi quotidien est assuré par l'ARS, avec **mise à jour des fiches impérativement avant 14h00** demandé pour chacun des établissements de santé.

Ce suivi permettra par ailleurs à l'ARS et au SAMU-Centre 15 de disposer de la traçabilité des patients transférés entre des établissements de santé.

4.18 Les ressources sanitaires

L'organisation de la réponse doit prendre en compte l'absentéisme. Chaque établissement de santé doit élaborer, en anticipation, une stratégie de renforcement des effectifs. En effet, la phase épidémique pourrait se traduire par un taux important d'absentéisme. Différentes modalités d'organisation doivent être envisagées sur la base d'estimations évaluées entre 10 à 25% d'absentéisme ou entre 30 à 40%. Ce pourcentage pourra effectivement varier selon le taux d'attaque du virus sur la population et de l'épidémiologie locale.

Les scénarii envisagés doivent prendre en compte cette diminution des ressources avec des séquences courtes ou le taux pourrait être supérieur. Pour chacun d'entre eux, l'établissement devra définir une stratégie permettant d'assurer la continuité d'activité.

L'absentéisme des professionnels de santé pourrait constituer sans nul doute un facteur aggravant. Aussi, il sera nécessaire de prévoir autant que possible, un redéploiement ponctuel de certains personnels soignants vers les services sous tension ou disposer autant que possible d'un vivier de personnes ressources à mobiliser en tant que de besoin.

Les professionnels appelés à renforcer les équipes Covid-19 devront au préalable disposer d'une formation courte afin de disposer des informations importantes pour la prise en charge de ces patients, notamment des mesures de protection.

4.19 Rappel des personnels et réaffectation

Le rappel progressif des personnels en formation et en congé pourra être envisagé. Ce processus de rappel pourra s'effectuer si la cinétique des évènements est accélérée.

Chaque établissement de santé doit sans attendre recenser ces effectifs mobilisables et identifier les éventuelles difficultés que ceux-ci pourront rencontrer durant la phase de circulation active/très active du virus Covid-19 (indisponibilité prévisible en cas de fermeture des crèches ou des écoles, disponibilité d'un véhicule personnel en cas de fermeture des transports en commun, grossesse…).

La **réaffectation des tâches peut aussi constituer un levier**, permettant d'assurer un redéploiement des personnels. L'ensemble des praticiens et des personnels soignants des établissements de santé devra concourir au bon fonctionnement de ce dispositif.

4.20 L'information des professionnels de santé

Dans le cadre d'une circulation active du virus Covid-19, des salariés en contacts étroits et fréquents avec des patients Covid-19 pourraient faire valoir un « droit de retrait ». Il est donc essentiel de délivrer une formation aux professionnels de santé de première ligne sur les mesures de protection à mettre en œuvre et d'assurer une information large à l'ensemble des personnels des établissements de santé.

Une évaluation des personnels à risque (travailleurs immunodéprimés, femme enceinte, …) doit être menée, dont la liste figure dans l'avis du HCSP du 10 mars 2020 relatif aux indications prioritaires du diagnostic de RT PCR.

V. PRISE EN CHARGE EN VILLE

Les premières données épidémiologiques disponibles indiquent que la majorité des personnes présentant des symptômes Covid-19 présenteront une forme bénigne de l'infection qui ne nécessitera probablement pas une hospitalisation.

En phase épidémique, comme lors d'une épidémie de grippe, les patients présentant une forme simple ou modérée devront pouvoir être pris en charge en ville en utilisant les ressources médicales et paramédicales du territoire et en mobilisant l'ensemble des acteurs.

Il est important que ces patients Covid-19 qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés compte tenu de leur état clinique soient maintenus à domicile (avec suivi le cas échéant) pendant la période où ils présentent des symptômes, et ceci jusqu'à ce que les symptômes aient disparu (dans la mesure où un isolement efficace et une surveillance appropriée de la maladie peuvent être assurés).

En phase épidémique, les patients sont ainsi invités, en cas de symptômes évocateurs du Covid-19, à contacter leur médecin traitant, sauf en cas de signe de gravité ou en cas d'absence de médecin traitant où la recommandation est d'appeler le SAMU-centre 15.

Cette prise en charge ambulatoire a vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients sur la base des lignes directrices et recommandations pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19.

5.1 La stratégie de réponse en ville

La stratégie sanitaire à mettre en œuvre en phase épidémique de Covid-19 visera au maintien à domicile et à un isolement strict des patients classés « cas suspects ou confirmés » ne présentant pas de tableau clinique justifiant une hospitalisation complète ou une prise en charge au sein d'un service de réanimation.

En période épidémique, la réalisation d'un test diagnostic systématique n'est plus requis. La prise en charge à domicile - à l'isolement - des patients présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19 sans signes de gravité devient la règle. Une surveillance médicale et paramédicale sera organisée avec l'appui des professionnels libéraux pour assurer un suivi étroit des patients le nécessitant. Le SAMU-Centre 15 restera la pierre angulaire du dispositif de régulation en cas de complication de ces patients.

5.2 La prise en charge à domicile

Les patients ne présentant pas de signes de gravité et ne nécessitant pas d'être hospitalisés compte tenu de leur état clinique sont pris en charge à domicile. Il convient toutefois d'évaluer le niveau de compliance et de compréhension de chacun des patients pris en charge et notamment d'évaluer si le milieu résidentiel est approprié (bonne circulation de l'air, non recyclage de l'air, présence de personne présentant un système immunitaire dégradé…). Il sera nécessaire d'**évaluer la capacité du patient à respecter et à** comprendre les précautions et les consignes recommandées dans le cadre de l'isolement : isolement, hygiène respiratoire (protection contre la toux), hygiène des mains. Une attention particulière sera nécessaire pour les patients souffrant de maladies chroniques.

La prise en charge à domicile est possible dans la mesure où le foyer familial n'est pas composé de **personnes présentant des facteurs de risque ou souffrant de comorbidités** (ex. maladie chronique sous-jacente, système immunitaire affaibli, ou personnes âgées) ou que ces personnes puissent être strictement soustraites au contact du patient Covid-19.

5.3 Les conditions d'une prise en charge à domicile des patients Covid-19

Des dispositions sont nécessaires pour permettre à un patient Covid-19 d'être pris en charge à domicile. Ces dispositions visent à assurer un isolement efficace du patient afin de ne pas créer une chaine de transmission au sein de la cellule familiale et plus largement au sein de l'habitat résidentiel. Le patient Covid-19 doit rester dans une chambre séparée afin de pouvoir être isolé des autres membres du foyer familial.

Ce maintien à domicile nécessite un respect strict des règles d'hygiène et d'isolement au sein du foyer (annexe fiche de maintien à domicile). De plus, compte tenu de l'incertitude qui réside sur la chaîne de transmission, il est nécessaire, pour préserver l'isolement du patient pendant la phase symptomatique, de s'assurer que le système de traitement d'air, s'il existe au sein du domicile, ne diffuse pas vers des zones connexes du secteur d'isolement, que l'espace d'isolement soit régulièrement aéré. De plus, les zones communes - salle de bain - si elles sont partagées doivent répondre à des mesures d'hygiène robustes et nettoyées et désinfectées fréquemment.

Ce maintien à domicile nécessite de la part du patient un respect strict des règles de protection et d'hygiène au sein du foyer familial et une capacité à surveiller ses propres symptômes.

5.4 Une synergie ville-hôpital

La prise en charge des patients réalisée à domicile, en établissements médico-sociaux ou en établissements de santé doit s'inscrire dans une logique de collaboration active des professionnels de santé impliqués.

Il est nécessaire de **garantir la prise en charge en établissement de santé aux patients dont la gravité de l'état clinique nécessite une hospitalisation**. Les professionnels de ville sont apportent un soutien important aux établissements de santé de 1ère et 2ème ligne en limitant l'hospitalisation des patients aux urgences qui le nécessitent et qui ne peuvent être différées.

5.5 Organisation de la prise en charge des patients en ville

L'ARS, avec l'assurance maladie, précise l'organisation de la prise en charge des patients en ambulatoire avec les professionnels de ville concernés, en s'appuyant notamment, sur les Ordres professionnels et les URPS, pour définir le cadre d'intervention.

Il convient également d'anticiper et d'organiser en parallèle des circuits en ville pour la prise en charge des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

Quatre modalités de surveillance à domicile sont possibles :

- Auto-surveillance (patient ou entourage) ;
- Suivi médical ;
- Suivi renforcé à domicile par des infirmiers, en complément du suivi médical ;
- Hospitalisation à domicile (HAD).

La décision de prise en charge est laissée à l'appréciation du médecin qui détermine le suivi le plus adapté en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.).

En conséquence, une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19, est à promouvoir dans les territoires. Le déploiement de l'usage de la télémédecine devra être également accompagné.

Compte tenu du sur-risque que représente le Covid-19 pour personnes âgées, et afin notamment d'assurer l'identification et la prise en charge selon leurs besoins de celles qui sont isolées à leur domicile, les dispositifs de rappel et de contact quotidien mis en place dans le cadre du plan canicule, reposant sur l'élaboration préalable de registres des personnes fragiles au niveau des collectivités territoriales, pourront être activés.

Ces dispositions s'adressent à des patients disposant d'un médecin traitant, en capacité de les prendre en charge. Il convient d'anticiper et d'organiser les situations de patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Un travail spécifique sur ce sujet est à conduire au niveau des ARS et l'assurance maladie, avec les représentants des professionnels de santé. Il pourra s'appuyer sur :

- Le référencement préalable des médecins de ville du territoire susceptibles d'être contactés par l'Assurance maladie en mobilisant les délégués de l'assurance de l'assurance maladie et les conseillers informatiques services, afin qu'ils contactent les médecins du territoire en fonction de leur connaissance des médecins ;
- Le recensement en complément des infirmiers susceptibles de participer au suivi à domicile des patients Covid-19 ;
- L'orientation des patients sans médecin traitant ou sans médecin traitant disponible via le SAMU-centre 15 qui après une première évaluation de l'absence de signe de gravité, cet appel est basculé sur la plate-forme téléphonique mise en place par l'Assurance maladie pour ainsi permettre l'orientation du patient vers un médecin en capacité de le prendre en charge, en présentiel ou en téléconsultation.

5.6 Filière de prélèvement ambulatoire

En phase épidémique, la réalisation d'un test diagnostic systématique pour confirmer un patient suspect de Covid-19 n'est plus la règle.

Pour autant, il peut être nécessaire de structurer une filière d'analyse biologique permettant aux professionnels libéraux de confirmer dans certaines situations les patients pris en charge. Cette filière de test diagnostic pourra s'appuyer sur la capacité des établissements de santé de 1ère ligne et de 2ème ligne à réaliser les tests au moyen de la technique de PCR quantitative par transcriptase inverse (RT-PCR) dans les conditions de qualité requises (LSB2 ou LSB3).

La réalisation d'examens dans les laboratoires de ville, notamment pour les patients non hospitalisés, vient d'être rendue possible pour **les laboratoires de biologie médicale de ville** disposant des installations requises à la réalisation d'une RT-PCR.

5.7 Une information claire et compréhensible pour les patients

La procédure organisationnelle de prise en charge des patients à domicile nécessite de prévoir les modalités d'information des patients sur les mesures d'isolement, de protection et sur le suivi médical. Le recours éventuel à l'interprétariat doit être prévu. De la même façon, une information précise

apportée sur les moyens logistiques qui pourraient être mobilisés pendant la période de soins contribuera à rassurer les patients Covid-19 pris en charge.

5.8 Un accompagnement psychologique peut être nécessaire

Un accompagnement psychologique peut être nécessaire pour les patients Covid-19 faisant l'objet d'une prise en charge à domicile afin de réduire le stress et l'anxiété induits par l'isolement.

En tant que de besoin, un dispositif sera activé en lien avec le réseau national de l'urgence médico-psychologique.

5.9 Des outils pour favoriser la télémédecine

Le recours à la télémédecine permet de renforcer la stratégie de prise en charge en ambulatoire des patients non graves et des personnes vulnérables en établissement social ou médico-social.

L'usage de la téléconsultation en phase épidémique (acte de consultation à distance) permettra d'assurer la prise en charge à domicile des patients éligibles. La téléexpertise (sollicitation par un professionnel médical de l'avis d'un autre professionnel médical à distance) renforcera la capacité de réponse des professionnels de ville. Le recours au télésoin est aussi une modalité intéressante à développer dans ce cadre.

5.10 Le rôle important de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer la prise en charge à domicile des personnes (y compris en EHPAD) qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne…).

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, l'HAD peut être mobilisée pour :

- Assurer la prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation pour un motif non lié à l'infection Covid-19 et relevant des critères d'admission en HAD. Elle constitue alors une alternative à l'hospitalisation ou permet de raccourcir une hospitalisation en établissement. Cette modalité de prise en charge doit donc être privilégiée autant que possible.
- Assurer la prise en charge des patients Covid-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins continus mais relevant d'une hospitalisation. Les critères de prise en charge en HAD sont :
    - → Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
    - → Existence de comorbidités ;
    - → Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
    - → Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).

La procédure de prise en charge est précisée dans la fiche « Lignes directrices pour la prise en charge en HAD des patients Covid-19 ».

5.11 Les mesures de protection individuelle des professionnels libéraux

Dans le cadre d'une circulation active du virus Covid-19, des mesures de protection fortes nécessitent d'être mises en œuvre pour les professionnels de ville concernés. Ainsi, un dispositif de mise à disposition d'équipements de protection individuelle est organisé au bénéfice des professionnels de santé de ville en contact direct avec des patients Covid-19.

5.12 Une offre de transport sanitaire privé préparée

Afin de disposer d'une offre de transport sanitaire suffisante par bassin de population, une évaluation de l'offre disponible nécessite d'être réalisée. Cette capacité de transport doit être adéquate aux bassins de population à couvrir.

Une information large sera diffusée pour permettre de rassurer les acteurs et des moyens de protection adaptés seront proposés pour les acteurs mobilisés.

5.13 Le rôle pivot des pharmacies d'officine

Les officines de ville doivent être organisées pour permettre un approvisionnement sécurisé en produits de santé des patients Covid-19 pris en charge à domicile en lien avec le pool de professionnel libéraux spécialisés. Un circuit de distribution robuste et simplifié des produits de santé et des équipements de protection individuelle doit être prévu pour permettre à ces professionnels de santé d'assurer les soins. Les besoins en produits de santé et les zones de stockage doivent être prévus pour permettre un approvisionnement sécurisé.

VI. SECTEUR MEDICO-SOCIAL

6.1 Une épidémiologie qui traduit un facteur de vulnérabilité

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité au virus SARS-CoV-2 compte tenu de leur fragilité et des facteurs de sensibilité propres aux sujets âgés. En effet, une étude récente du « Chinese Center for Disease Control and Prevention » a montré que le virus SARS-CoV-2 affecte plus gravement les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques (par ex : diabète, cancer, maladies cardiaques, rénales ou pulmonaires chroniques) et de façon plus globale les personnes dont le système immunitaire est affaibli.

Les personnes handicapées peuvent également représenter une population vulnérable si elles présentent des facteurs de comorbidité.

6.2 Un environnement qui favorise une chaîne de transmission active

La vulnérabilité des sujets âgés au virus SARS-CoV-2 est liée au cumul d'éléments défavorables : la fragilité des personnes hébergées liée à leur âge, les multiples facteurs de comorbidité associés aggravant le pronostic d'une infection, l'organisation de la vie en collectivité. L'ensemble des structures médico-sociales accueillant ou accompagnant des personnes âgées ou des personnes fragiles notamment en situation de handicap constituent des lieux qui pourraient favoriser une chaîne de transmission active, voire très active, concernant les EHPAD, du SARS-CoV-2. La mise en place de mesures d'hygiène strictes permet de minimiser le risque de transmission.

6.3 La mise à jour du plan bleu compte tenu du risque relatif au virus SARS-CoV-2

Une mise à jour du plan bleu est nécessaire pour prendre en compte la dimension de transmission active sur le territoire national. Ce dispositif doit prévoir les modalités d'organisations à mettre en œuvre en cas d'accueil d'un patient Covid-19 ou d'un cluster de patients Covid-**19** au sein de l'établissement. Le dispositif à prévoir doit s'inscrire dans la doctrine nationale et être décliné selon différentes hypothèses de réponse au regard d'une circulation active, voire très active au sein du bassin de vie.

Chaque établissement doit prévoir les moyens de réponse qu'il peut mettre en œuvre pour faire face efficacement à une potentielle chaine de transmission interne à l'établissement en fixant d'ores et déjà les mesures barrières fortes à mettre en place et les modalités de fonctionnement temporaire pour assurer l'accueil et la prise en charge des personnes hébergées. Ce dispositif de réponse doit être élaboré sous la responsabilité du directeur de la structure médico-sociale. Un appui méthodologique pourra être sollicité auprès d'un établissement de santé Covid-19 du territoire.

Le dispositif de réponse mis en place par l'établissement dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19 devra être diffusé à l'ensemble des personnels et être intégré dans la mallette d'astreinte.

Les plans bleus doivent être activés dans l'ensemble des ESSMS listés supra qui en disposent et notamment les EHPAD. Tous les établissements et services listés supra doivent, en outre, déclencher leur plan de continuité d'activité.

6.4 Une nécessité d'anticiper la survenue d'un patient suspect Covid-19

En phase épidémique, chaque structure médico-sociale doit anticiper et se préparer à assurer l'identification, voire la prise en charge d'un résident cas possible Covid-19.

Les principales mesures à mettre en œuvre en anticipation sont les suivantes :

- Désigner un référent Covid-19 pour coordonner les mesures de gestion ;
- Mettre en place une convention avec un établissement de santé Covid-19 définissant les modalités de coopération et d'échange de bonnes pratiques dans un objectif de limiter les transferts en milieu hospitalier aux cas les plus graves ;
- Mettre à jour la liste des référents hospitaliers pour faciliter le cas échéant les transferts ;
- Mettre à jour ou adapter la procédure d'hospitalisation et de retour en établissement ou à domicile ;
- Mettre en place des procédures de bonnes pratiques en cas d'accueil inopiné d'un patient suspect Covid-19 ;
- Identifier une ou plusieurs chambre(s) ou zone(s) permettant un isolement (zones dédiées Covid-19) ;
- Mettre à jour ou adapter le protocole d'hygiène, de nettoyage et de désinfection des locaux, des chambres ou du logement ;
- Mettre à jour ou adapter le protocole du circuit des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

L'accueil inopiné d'un résident ou d'un visiteur cas possible de Covid-19 doit également être envisagé. Les personnels doivent disposer des informations relatives aux modalités de repérage d'un patient suspect de Covid-19. La procédure doit prévoir notamment une organisation qui permet **d'assurer la mise en attente dans un espace isolé et sécurisé d'un patient cas possible de Covid-19.** L'apposition d'affiches à l'accueil est recommandée.

Tout établissement et service social ou médico-social doit être en mesure *a minima* de mettre en place les mesures barrières préventives face à la dissémination du virus et d'isolement pour les cas possibles voire pour les cas confirmés pris en charge au sein de la structure ou à domicile, s'agissant des services.

En établissement, une **évaluation stricte de tout nouvel arrivant** est nécessaire. L'évaluation de son tableau clinique nécessite d'investiguer plus largement par le biais d'un questionnaire l'état de santé de ses proches contacts.

En établissement et dans le local des services à domicile le cas échéant (sinon, par tout autre moyen de communication vers les professionnels), il est recommandé de procéder en plusieurs endroits à l'affichage des gestes barrières. À cette fin, des visuels sont disponibles sur la page : https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus.

À domicile, il est recommandé d'imprimer et de remettre au patient ou à la personne accompagnée, ainsi qu'à ses aidants ces mêmes recommandations.

6.5 Des mesures barrières renforcée et de prévention complémentaires

Les mesures d'hygiène mises en œuvre au sein de la structure seront accompagnées de mesures logistiques qui visent à **définir en cas de circulation active** voire très active du virus des mesures barrières robuste à la chaîne de transmission du virus SARS-CoV-2. Les principales mesures logistiques à mettre en œuvre sont les suivantes :

- Mise à disposition de solution hydro alcoolique aux différents points de passage en établissement, ou en solution mobile pour les personnels intervenant à domicile ;
- La formation des soignants et du personnel à la gestion d'un cas possible et d'un cas confirmé;

Il est important d'assurer la **formation de l'ensemble des personnels et des soignants** à la gestion d'un cas possible et d'un cas confirmé afin d'assurer au plus tôt la mise en sécurité de l'ensemble des personnes hébergées ou accompagnées.

Dans tous les cas, la connaissance et l'application des précautions standardisées et complémentaires représentent un prérequis indispensable. Par ailleurs, la mise à disposition d'un set d'équipement de protection doit être anticipée et opérationnelle.

Au-delà des mesures de précautions « standard » et « complémentaires », il sera nécessaire dans l'hypothèse de circulation très active du virus sur le territoire national d'adapter et de renforcer les mesures de prévention.

Les visites doivent être interdites, et les activités collectives reportées. Il est préconisé de façon plus globale de mettre en œuvre une organisation temporaire qui visera à **limiter les contacts étroits** entre les personnes hébergées. Une information claire et compréhensible par tous doit être diffusée et affichée dans les locaux de l'établissement ou du service, notamment dans les lieux de circulation (ascenseurs, salles collectives).

Il convient d'inciter les personnels de l'établissement ou du service, s'ils présentent eux-mêmes des symptômes à consulter leur médecin et à se retirer si ceux-ci surviennent en période d'activité.

Les services intervenant au domicile doivent inviter les personnes qu'ils accompagnent à limiter leurs sorties, les visites à leur domicile de personnes extérieures, et en particulier les contacts avec les mineurs.

6.6 Le repérage, la détection précoce et les modalités d'alerte

Le dispositif de prise en charge des patients dans le cadre de la maladie à Covid-19 est basé sur la détection précoce des patients « suspects » par les personnels de la structure médico-sociale. Ce classement s'appuie sur la définition de cas (site internet de Santé publique France).

Afin d'organiser au mieux le circuit du patient dans la filière sanitaire appropriée, le personnel chargé de la prise en charge du patient **informe sans délai l'ARS** afin d'anticiper dès le signalement le suivi et la prise en charge des contacts étroits et des co-exposés le cas échéant.

Le repérage du patient suspect se fait en premier lieu par le personnel de l'établissement ou du service à partir des premiers symptômes (fièvre, signes respiratoires). En raison de la fragilité des résidents (âge, comorbidités, vie en collectivité), tout syndrome grippal ou rhinopharyngé doit faire l'objet d'investigations systématiques.

Après avoir fait l'objet de mesures d'isolement et de protection, les cas suspects ne présentant pas de critères de gravité doivent être rapidement évalués par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant.

Si le patient présente des signes de gravité, le personnel de l'établissement ou du service contacte sans délai le SAMU-Centre 15 pour orientation du patient.

6.7 Un processus de confinement simple mais robuste à mettre en œuvre

Les patients suspects ne présentant pas de critères de gravité, doivent faire l'objet sans attendre de mesures d'isolement et de protection. Il convient d'identifier au sein de chaque EHPAD et structure de regroupement de personnes fragiles en situation de handicap un secteur dédié à la prise en charge du Covid-19 en chambre individuelle avec limitation des contacts et mise en œuvre des mesures de protection recommandées pour tous les professionnels en contact avec eux (respect de l'hygiène des mains, aération de la chambre et application stricte de l'ensemble des mesures barrières listées). Les principes suivants doivent être appliqués :

- Seules les interventions indispensables sont maintenues ;
- Mise en œuvre drastique des mesures d'hygiène : hygiène des mains, aération de la chambre, application stricte des mesures barrières ;
- Les consignes de nettoyage des locaux fréquentés par les personnes malades rappelées ci-dessous sont appliquées.

Ces mesures s'appliquent également pour les interventions à domicile.

Concernant les prélèvements biologiques, seuls les premiers patients résidant dans une structure d'hébergement collectif (EPHAD, structures de regroupement de personnes fragiles en situation de handicap, structures accueillant des personnes sans domicile, etc.) avec un tableau clinique évocateur de Covid-19 font l'objet d'un prélèvement. Celui-ci vise à confirmer la présence d'un foyer infectieux de Covid-19 dans un contexte d'infection respiratoire basse d'allure virale ou bactérienne. À partir du second cas confirmé, toute personne présentant un état symptomatique identique ou proche (état grippal, rhinopharyngite) est alors présumé infectée par le virus.

Le prélèvement sera alors réalisé soit au sein de la structure médico-sociale dans laquelle se trouve le cas suspect, soit à domicile en fonction de l'état clinique du patient et des capacités locales de prélèvement.

En cas de suspicion chez une personne accompagnée à domicile :

- Le professionnel prévient immédiatement le médecin référent/traitant ou le SAMU centre 15 si cette personne présente des signes de gravité ;
- Le professionnel prévient également le proche aidant de la personne en lui demandant d'informer tous les professionnels en charge de la personne ;
- Le professionnel joint également par mail ou téléphone les autres professionnels dont il a les coordonnées pour partager cette information ;
- Si le professionnel ne dispose pas des coordonnés du proche aidant et des autres intervenants, il laisse un mot dans le carnet de liaison ou sur une feuille libre au domicile.

6.8 Doctrine concernant la prise en charge et le suivi des patients Covid-19

La prise en charge des cas suspects et confirmés ne présentant pas de critères de gravité doit être assurée en priorité au sein des structures médico-sociales pour les personnes qui y résident ou à domicile afin de ne pas saturer les établissements de santé.

Seuls les patients présentant des formes sévères et critiques sont pris en charge dans les établissements de santé habilités Covid-19 (1ère et 2ème ligne, voire 3ème ligne). **La décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin du SAMU centre 15.**

Les personnels des établissements et services médico-sociaux apportent leur expertise aux établissements de santé pour l'adaptation de la prise en charge aux spécificités des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Les dispositifs d'hospitalisation à domicile peuvent être mobilisés en soutien de la prise en charge en structure et médico-sociale et à domicile.

Le rôle des médecins coordonnateurs dans le suivi des malades confirmés en EHPAD doit être renforcé. Pour rappel, le médecin coordonnateur a un pouvoir de prescription générale dès lors qu'il y a urgence et lors de la survenue de risques exceptionnels.

Il est donc possible de demander au médecin coordonnateur d'assurer la prise en charge des patients non graves à l'EHPAD, l'orientation des cas sévères et critiques vers le système de soins et d'assurer un retour de patients malades en EHPAD en faisant le lien avec le milieu hospitalier et en particulier en recourant à l'HAD.

En cas d'absence de personnel médical au sein de la structure, ce suivi est assuré par le médecin traitant des résidents ou des personnes accompagnées ou par tout personnel médical intervenant dans des établissements avec laquelle la structure a conclu une coopération renforcée, dans les conditions listées supra,

En l'absence de tout personnel médical identifié dans ces conditions, l'établissement ou le service se rapproche de l'ARS en vue de procéder à une désignation, le cas échéant par réquisition.

6.9 Une information des personnels adaptée et régulière

En établissement et dans le local des services à domicile le cas échéant (sinon, par tout autre moyen de communication vers les professionnels), il est recommandé de procéder en plusieurs endroits à l'affichage des gestes barrières. A cette fin, des visuels sont disponibles sur la page : https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus.

À domicile, il est recommandé d'imprimer et de remettre au patient ou à la personne accompagnée, ainsi qu'à ses aidants ces mêmes recommandations.

VII. ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES SANS DOMICILE ET DES PERSONNES HEBERGEES

Les publics sans domicile, à la rue, en centre d'hébergement (centre d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'hébergement d'urgence, établissements du dispositif national de l'asile, foyers de travailleurs migrants [FTM] notamment FTM accueillant des migrants d'Afrique du nord âgés, pensions de famille, lits d'accueil médicalisés [LAM], lits halte soins santé [LHSS], appartements de coordination thérapeutique [ACT], et en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie [CSAPA] avec hébergement) nécessitent une attention particulière, d'une part parce qu'elles présentent souvent des vulnérabilités particulières sur le plan de la santé (prévalence plus élevée de maladies chroniques et de pathologies liées au parcours et aux conditions de vie), et d'autre part parce que leur environnement de vie n'est pas favorable à une convalescence et ne respecte pas les conditions d'isolement nécessaires pour limiter les transmissions (pas de chambres individuelles, sur occupation, …). En outre, elles n'accèdent généralement pas à la médecine de ville, n'ont pas de médecin traitant, et pour certaines pas de couverture maladie.

Ainsi, des dispositions spécifiques doivent être prises pour ces populations afin d'organiser une prise en charge ambulatoire adaptée.

7.1 Principes de prise en charge ambulatoire des patients atteints du Covid-19

L'évolution de la situation épidémique ayant entrainé une augmentation du nombre de cas de Covid-19 sur le territoire, l'organisation sanitaire repose désormais sur une prise en charge ambulatoire des patients sans signes de sévérité et ne présentant pas certaines comorbidités.

Ainsi, les structures d'hébergement doivent s'attendre à accueillir des patients Covid-19.

Les personnes sans domicile à la rue ou en centres d'hébergement et qui présentent des symptômes évocateurs du Covid-19 doivent donc faire l'objet d'une évaluation médicale afin :

- D'évaluer leur situation clinique (niveau de présomption d'une infection par le Covid-19, sévérité de la maladie, existence de comorbidités), leur capacité à suivre les recommandations médicales, et les aménagements à apporter à leur environnement de vie pour permettre une prise en charge sur place ;
- De décider de l'orientation du patient : hospitalisation dans l'établissement de santé COVID-19 si le patient présente des signes de gravité et/ou de comorbidités, maintient sur le lieu de vie si les conditions sont réunies, orientation vers un centre d'hébergement Covid-19 en dernier recours.

Dans tous les cas où cela est possible, l'évaluation et le suivi sanitaire des personnes maintenues sur leur lieu de vie est conduite par le médecin traitant de la personne ou le médecin travaillant habituellement avec la structure.

Dans les LAM et LHSS en particulier, l'évaluation et le suivi sanitaire peuvent être assurés par les équipes sanitaires habituelles.

Dans les départements qui disposent d'un centre d'hébergement Covid-19, l'équipe sanitaire du centre peut également être en charge de l'évaluation et du suivi des patients à la rue et dans les autres centres d'hébergement.

Pour les personnes qui ne disposent pas d'un médecin traitant une équipe sanitaire mobile départementale doit être en mesure de se déplacer auprès des personnes à la rue et dans les différents centres d'hébergement. Cette mission peut être confiée : aux acteurs associatifs qui disposent déjà d'équipes sanitaires mobiles, à des professionnels libéraux ou à des équipes hospitalières disposant déjà d'unités mobiles (ex. PASS mobiles).

7.2 Dispositions particulières à prendre par les gestionnaires des structures accueillant les personnes sans domicile, et pour les équipes de maraudes

Dans les centres d'hébergement, les LAM, LHSS, ACT, les établissements du dispositif national de l'asile, les pensions de famille, les foyers de travailleurs migrants, les CSAPA avec hébergement, il est préconisé :

- De renforcer les mesures barrières standards par une sensibilisation des professionnels et l'affichage de messages clairs ;
- D'identifier un personnel référent COVID 19 chargé de coordonner les mesures de gestion ;
- De formaliser la conduite en cas de survenue de symptômes évocateurs de coronavirus chez un résident, et notamment, en l'absence de chambres individuelles, d'identifier une pièce à distance des lieux de vie, bien aérée, dans laquelle la personne pourra être isolée en cas de survenue de symptômes. La personne doit pouvoir y être installée confortablement pendant plusieurs heures, le temps de l'intervention de l'équipe sanitaire ;
- De mettre en place un protocole de portage de repas, de nettoyage et de blanchisserie en cas de survenue ou d'accueil d'un malade de coronavirus dans la structure ;
- De mettre en place un plan de continuité de l'activité en cas de survenue de nombreux cas au sein du personnel de la structure.

Pour les équipes de maraudes intervenant auprès de personnes à la rue, en bidonville, ou en campement, il convient :

- De renforcer l'information des publics sur le Covid-19, la conduite à tenir en cas de symptôme
- D'interroger les personnes sur l'existence de symptômes évocateurs d'une infection par le Covid-19, chez les personnes symptomatiques de confirmer l'existence d'une fièvre par la prise de température par un thermomètre sans contact, et en présence d'une fièvre supérieure à 38°C de contacter le SAMU-Centre 15 qui définira la conduite à tenir.

7.3 Mise en place de centres d'hébergement spécialisés (a minima un par région, plus si nécessaire)

Dans chaque région est mis en place par les préfets, en lien étroit avec les ARS, un centre d'hébergement dédié aux personnes atteintes du Covid-19 ne relevant pas d'une hospitalisation et ne pouvant bénéficier des conditions d'accueil requises.

Ces centres sont gérés par des opérateurs de l'hébergement identifiés par les Préfets avec si besoin des opérateurs pouvant assurer l'accompagnement sanitaire comme la Croix-Rouge Française, etc.

Ces centres d'hébergement sont composés de chambres individuelles permettant l'isolement des personnes. Des protocoles de gestion des processus formalisés sont obligatoirement mis en place par les gestionnaires pour ce qui concerne l'hôtellerie, le portage des repas, le nettoyage, la logistique générale et de la blanchisserie.

Un suivi sanitaire doit être organisé sur place en lien avec l'ARS. Il inclut la réalisation de consultations et avis médicaux, en particulier au 8ème jour de la maladie compte tenu de l'aggravation possible de l'état de santé des patients à ce stade, ainsi qu'un passage infirmier au moins quotidien. Il doit permettre également d'assurer la continuité de la prise en charge sanitaire habituelle pour les personnes présentant des comorbidités. L'intervention d'une équipe en mesure d'assurer la médiation avec ces publics doit être encouragée.

L'accès aux centres se fait uniquement sur avis médical, avec le consentement de la personne concernée. Les centres ont vocation à accueillir des personnes dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation et pour qui une présomption d'infection par le coronavirus a été posée par un médecin et pour lesquelles il n'est pas possible d'organiser sur place le confinement dans les conditions requises :

- Pour les personnes à la rue, les conditions d'entrée dans les centres, et notamment la confirmation biologique, sont organisées localement en fonction de la situation épidémiologique du territoire et des capacités à réaliser l'examen et sur la base du droit commun ;
- Pour les personnes en centres d'hébergement, seuls les deux premiers patients hébergés avec un tableau clinique évocateur de Covid-19 font l'objet d'un prélèvement systématique pour objectiver la présence d'un foyer infectieux de Covid-19. À partir du second cas confirmé, toute personne hébergée présentant un état symptomatique identique ou proche peut alors présumée infectée. Idéalement, le prélèvement est réalisé sur place au centre d'hébergement (de provenance) et un circuit d'acheminement du prélèvement est à organiser avec l'établissement de santé Covid-19 ou un laboratoire de ville en capacité de réaliser les tests.

Lorsque l'isolement est terminé, le patient retourne dans le centre où il était hébergé précédemment, sa place devant avoir été gelée durant toute la durée de prise en charge au sein du centre d'hébergement.

La régulation des places disponibles dans les centres d'hébergement COVID 19 est organisée localement.

SYNTHÈSE

Malgré toutes les mesures mises en œuvre, **l'évolution internationale de l'épidémie liée notamment à la contagiosité du virus SARS-CoV-2 rend inéluctable l'installation d'une circulation active du virus sur le territoire national**. L'épidémie qui en découlera impose la mobilisation de tous les professionnels de santé. Cette évolution notamment en Italie et récemment sur le territoire français requiert de se préparer activement au passage en phase épidémique. En effet, les caractéristiques du virus (R0 > 2 voire 3, intervalle intergénérationnel court = 4,5 jours et taux d'attaque nettement supérieur à celui de la grippe saisonnière sur une population naïve (> 10%), durée moyenne d'hospitalisation de 11 jours +/- 4 jours [15 jours pour les formes sévères]), font du SARS-CoV-2 **un virus à fort potentiel épidémique avec un impact important sur notre système de santé**.

Cette phase épidémique va nécessiter le passage à une stratégie d'atténuation qui repose sur 4actions essentielles que sont :

- **La prise en charge des formes sévères, critiques et/ou complexes dans les établissements de santé** (1ère ligne, 2ème ligne, voire autres établissements identifiés en cas de besoin). D'après les données dont nous disposons actuellement[6], l'incidence des cas est maximale chez les personnes de plus de 50 ans avec 14% de formes sévères et 6% de formes critiques nécessitant une hospitalisation. Dans ce cadre, les estimations du nombre de patients à prendre en charge en réanimation seraient très supérieures aux épidémies de grippe saisonnière les plus sévères que nous avons connues jusque-là. **Cette prise en charge représente probablement le principal défi à relever. Chaque établissement doit ainsi identifier au plus vite une stratégie visant à organiser la prise en charge de ces patients en renforçant les capacités de prise en charge des patients critiques**. La préparation des établissements de santé à cette épidémie est essentielle et doit permettre notamment l'identification des circuits et des secteurs de prise en charge des patients Covid-19, l'organisation des soins et de la continuité d'activité dans le cadre de leur plan de mobilisation interne (niveau 1 du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) et selon la situation le déclenchement du plan blanc (niveau 2) et ainsi anticiper les actions de déprogrammations afin d'adapter les capacités d'hospitalisation. Enfin, il s'agira également de travailler sur des structures d'aval de type SSR (soins de suite et de réadaptation) et HAD (hospitalisation à domicile) afin de libérer le plus rapidement possible les lits d'hospitalisation.

- **La prise en charge des formes modérées** (80 % des malades) **en médecine de ville et HAD**. Dans chaque département, en lien avec les régions et zones, une organisation doit être mise en place entre les professionnels de santé libéraux, et les services d'hospitalisation et de soins à domicile et être déclinée dans chaque territoire.
- Dans ce cadre, **le SAMU-Centre 15** joue un rôle essentiel dans la régulation médicale et la coordination des différents acteurs, dans un objectif de « juste soin » afin notamment de ne pas saturer les établissements de santé cet effet, il convient d'organiser la montée en puissance des SAMU-Centre 15, appuyés d'une régulation libérale renforcée, de développer des outils de soutien à la médecine de ville comme la téléconsultation.

[6] ECDC : Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update - 2 March 2020 https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-increased
Haut Conseil de Santé Public. Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2 5 mars 2020

- **La préservation des personnes fragiles au sein des établissements médico-sociaux.** Il s'agit dans ces structures de prise en charge de personnes fragiles (personnes âgées, personnes handicapées…), en particulier les EPHAD et les structures de regroupement de personnes fragiles, notamment en situation de handicap, en s'appuyant sur leur plan bleu, de prévenir et contenir le cas échéant, la transmission et d'assurer dans la mesure du possible la prise en charge des malades dans ces structures, en renforçant leur médicalisation en lien avec la médecine de ville y compris par téléconsultation. Ces dispositions visent à prévenir la saturation des établissements de santé.

La montée en puissance et la coordination de l'ensemble des acteurs du système de santé (professionnels de ville, en établissements de santé et au sein des établissements médico-sociaux) sont donc essentielles pour assurer aux patients des parcours de prise en charge fluides et adaptés.

Cette planification régionale de l'offre de soins doit être élaborée avec l'ensemble des acteurs de soins et du secteur médico-social afin de faire face à un afflux important de patients à prendre en charge. **La mise en œuvre de ces mesures prévues dans le plan ORSAN REB doit être coordonnée par la cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire de l'ARS**.

Les établissements de santé habilités Covid-19 (1ère et 2ème ligne) sont mobilisés, en première intention, pour assurer la prise en charge des patients présentant des formes sévères ou graves. Afin de permettre la prise en charge des patients Covid-19 dans ces établissements il pourra être nécessaire d'orienter les patients nécessitant des soins pour d'autres pathologies vers les autres établissements non directement mobilisés pour le Covid-19. Cette organisation permettra de centraliser sur des sites identifiés les ressources dédiées à la prise en charge Covid-19.

Ainsi, ces établissements constitueront des **établissements de santé spécialisés pour les patients Covid-19.** Ce modèle de prise en charge permettra de disposer de façon temporaire de plateaux techniques strictement dédiés à la prise en charge de patients Covid-19. Les **mesures strictes de traitement de l'air** (sans recyclage de l'air) et de gestion des effluents associés pourraient alors être mises en œuvre sur ces seuls établissements de santé de recours. Toutefois, en cas d'épidémie majeure, d'autres établissements de santé devront être activés afin de compléter les établissements de santé de 1ère et 2ème lignes.

L'épidémie de Covid-19 nécessite une démarche d'anticipation afin de préparer les établissements de santé à une **stratégie de renforcement des effectifs**. En effet, un taux supérieur d'absentéisme est à prévoir en phase épidémique. En cas de besoin, un partage des ressources pourra être organisé en coordination inter-établissements et notamment entre l'établissement de santé de 1ère ligne et les établissements de 2ème ligne en particulier au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) si cela est pertinent. Dans un contexte d'épidémie, il est nécessaire pour l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, libéraux et médico-sociaux de se familiariser à la prise en charge des patients Covid-19. Devant une hypothèse de forte augmentation du nombre de ces patients, une information claire et compréhensible de tous les professionnels de santé et du personnel doit être donnée.

En ce qui concerne la prise en charge ambulatoire, les **spécificités territoriales nécessitent d'être prises en compte** et nécessitent de conduire à une adaptation de l'offre de soins de ville en fonction de l'organisation des structures de soins (centre de santé, maisons de santé pluri-professionnelles, cabinets médicaux ou paramédicaux, …) et des secteurs géographiques. Il est nécessaire d'informer et de mobiliser, dès maintenant, l'ensemble des professionnels libéraux en définissant le cadre d'intervention et les mesures de protection à mettre en œuvre en s'appuyant sur les représentants de professions libérales (Ordres, URPS, fédérations, …).

Cette organisation ambulatoire sera organisée en première intention par les **professionnels de santé habituels** des patients (médecin de ville, professionnels paramédicaux, centres et maison de santé, notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé). Sur certains territoires, dans la mesure où ce dispositif d'usage ne permettrait pas une prise en charge adaptée dans les conditions particulières liée à une transmission active voire très active du virus SARS-CoV-2, des professionnels de renfort (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) volontaires, formés pourraient être mobilisés en lien avec l'ARS, avec l'appui de l'assurance maladie. Ces professionnels pourraient assurer les missions de suivi des patients isolés mais également intervenir en renfort de structures médico-sociales.

Afin de permettre le suivi des patients de façon sécurisée, le déploiement **d'outils permettant d'assurer des téléconsultations et du télésoin** doit être favorisé. En effet, l'article L.6316-1 du code de la santé publique permet de mettre en œuvre en cas de besoin, la consultation médicale à distance. Des mesures d'adaptation spécifiques pour la prise en charge du Covid-19 ont par ailleurs été prises pour simplifier et davantage diffuser l'usage de la téléconsultation. Celle-ci qui implique nécessairement l'intervention d'un professionnel médical (médecin généraliste, pneumologue, infectiologue, …) impose les mêmes exigences et la même rigueur en termes de qualité de soins. Ce dispositif peut donc être déployé de façon large dans la mesure des contraintes techniques (cf. annexe : télémédecine).

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité au virus SARS-CoV-2 s'expliquant par une fragilité et des facteurs de sensibilité propres aux sujets âgés. En effet, une étude récente du « Chinese Center for Disease Control and Prevention » [7]a montré que le virus SARS-CoV-2 affecte plus gravement les personnes âgées, (Taux de létalité de 14.8% chez les patients âgés de plus de 80, entre 70 et 80 ans 8%), les personnes souffrant de maladies chroniques (par ex : diabète, cancer, maladies cardiaques, rénales ou pulmonaires chroniques)[8] et de façon plus globale les personnes dont le système immunitaire est affaibli. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre un dispositif barrière robuste pour permettre de sécuriser les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée au sein des établissements de santé notamment. Ainsi, dans ces établissements, les visites aux résidents, sauf cas exceptionnels déterminés avec la direction de l'établissement en lien avec l'ARS, sont suspendues et toutes les activités non médicales et d'agrément ainsi que les sorties sont reportées.

Les officines de ville sont approvisionnées en matériel dédié aux professionnels de ville identifiés qui pourront se réapprovisionner en particulier en équipement de protection individuelle).

[7] (3) Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in ChinaSummary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. February 24, 2020.

[8] Avis du 10 mars 2020 du HCSP relatif aux personnes à risques de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 et indications de RT-PCR

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS

Coordination de la rédaction

- Bast BIDAR, Chargé de mission pour la gestion risques techniques associés aux soins (DGOS)
- Philippe CANO, Conseiller santé centre national civil et militaire de formation et d'entrainement NRBC-E
- Cécile HENRY, Cheffe de projet planification de la préparation du système de santé aux crises (DGS)
- Jean-Marc PHILIPPE, Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé (DGS)

Ont également apporté leur précieuse collaboration à l'élaboration de ce guide

- Sophie AUGROS, Conseillère médicale auprès de Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)
- Olivier BRAHIC, Sous-directeur de la veille et sécurité sanitaire (DGS)
- Julie BOUSCAILLOU, Chargée de mission pour les populations vulnérables (DGS)
- Myriam BURDIN, Cheffe du bureau coopérations et contractualisation (DGOS)
- Elen CHANTEUR, Chargée de mission (DGCS)
- Pierre CHARESTAN, Conseiller médical auprès de Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)
- Emmanuelle COHN, Adjointe à la sous-directrice de la performance des acteurs de l'offre de soins (DGOS)
- Cécile COURREGE, Inspectrice générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS)
- Jean-Malo DEAN, Chef de projet accompagnement des ARS pour la planification et outre-mer (DGS)
- Samuel DELAFUYS, Adjoint à la Cheffe du bureau coopérations et contractualisation (DGOS)
- Marie-Ange DESAIILY-CHANSON, Inspectrice générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS)
- Sylvie ESCALON, Sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (DGOS)
- Laetitia FAVERAUX, Chargée de mission Hospitalisation à domicile (DGOS)
- Magali GUEGAN, Adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques (DGS)
- Priscille LAURENT, Chargée de mission (DGCS)
- Clément LAZARUS, Adjoint au Sous-directeur de la veille et sécurité sanitaire (DGS)
- Yann-Maël LE DOUARIN, Conseiller médical télémédecine, bureau coopérations et contractualisation (DGOS)

- Charlys LEGRAS, Chargé de mission (DGCS)
- Marion MATHIEU, chargée de mission (DGCS)
- Antoine MEFFRE, Chef de bureau, personnes âgées (DGCS)
- Walid MOKNI, Chef de projets prévention des risques épidémiologique et biologique (DGS)
- Louise PIHOUEE, Chargé de mission télémédecine/télésanté bureau coopérations et contractualisation (DGOS)
- Anatole PUISEUX, Sous-directeur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (DGCS)
- Olivier SCEMAMA : Adjoint au chef de bureau des prises en charge post aigues des pathologies chroniques et en santé mentale (DGOS)
- Cécile TAGLIANA, Adjointe à la directrice générale, Cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales (DGCS)
- Bernadette WORMS, Conseillère médicale du sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire (DGS)

La Direction générale de l'offre de soins, la Direction générale de la santé et la Direction générale de la cohésion sociale remercient les Sociétés savantes qui ont contribué à ces réflexions.

- Collège de la médecine générale
- Société de pathologie infectieuse de langue française
- Mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique
- Société française d'hygiène hospitalière
- Société française de microbiologie
- Société de réanimation de langue française
- Société française d'anesthésie-réanimation
- Société française de médecine d'urgence
- Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatrique
- Association française de chirurgie
- SAMU-Urgences de France



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ