

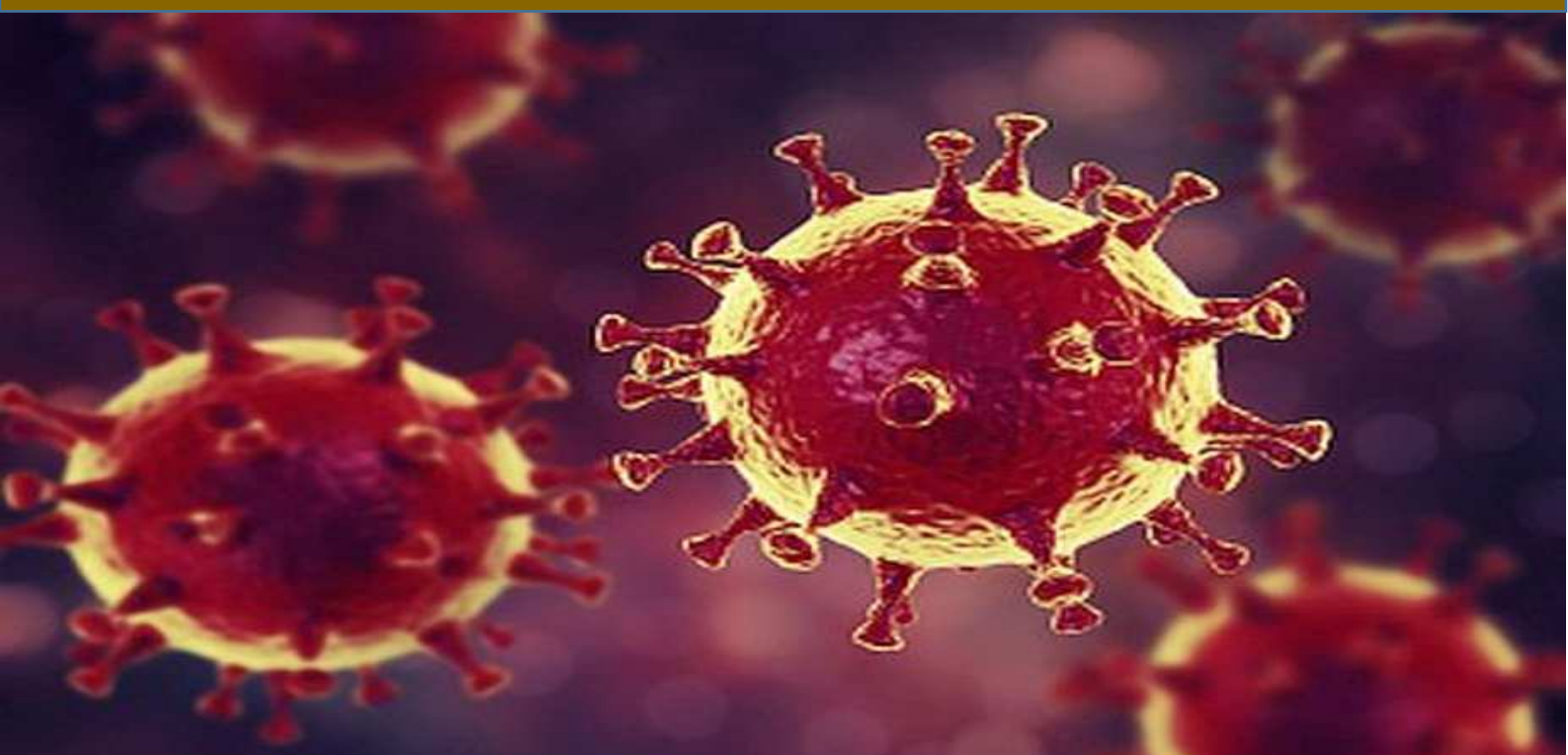


PRÉPARATION AU STADE ÉPIDÉMIQUE DE Covid-19

Établissements de santé

Médecine de ville

Établissements médico-sociaux



13 mars 2020

GUIDE METHODOLOGIQUE

Sommaire

AVANT-PROPOS.....	1
SYNTHESE	2
INTRODUCTION	5
I. LA STRATÉGIE D'ATTÉNUATION.....	7
1.1 Rôle de la médecine de ville et des soins ambulatoires	7
1.2 Rôle de l'aide médicale urgente	8
1.3 Rôle des établissements de santé.....	8
1.4 Rôle des établissements médico-sociaux	9
II. UN PILOTAGE ROBUSTE POUR COORDONNER LA REPONSE	10
2.1 Le pilotage au stade épidémique de Covid-19.....	10
2.2 Une réponse graduée en fonction de la cinétique de circulation	10
2.3 Une organisation fluide nécessaire entre les secteurs de soins.....	10
2.4 Une organisation renforcée de la prise en charge en établissement de santé	11
2.5 Un pilotage qui vise à optimiser les ressources de l'offre de soins.....	11
2.6 L'information des professionnels de santé et du personnel	11
III. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	12
3.1 Un établissement de santé Covid-19 dans chaque département	12
3.2 Le cadre d'intervention des établissements de santé de 1 ^{ère} ligne	12
3.3 Le cadre d'intervention des établissements de 2 ^{ème} ligne.....	12
3.4 La protection des professionnels de santé	13
3.5 Rappel des mesures d'hygiène renforcées, masque de protection	14
3.6 Traçabilité du personnel chargé d'assurer les soins	14
3.7 Une chaîne logistique à adapter	14
IV. LES RESSOURCES SANITAIRES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	16
4.1 La stratégie sanitaire doit prendre en compte l'absentéisme.....	16
4.2 Disposer d'un vivier de ressources disponibles	16
4.3 Rappel des personnels et réaffectation.....	16
4.4 L'information des professionnels de santé.....	16
4.5 Organisation logistique au bénéfice des professionnels de santé	17
V. LA MEDECINE DE VILLE ET LES SOINS AMBULATOIRES.....	18
5.1 La stratégie de réponse par la médecine de ville et les soins ambulatoire.....	18
5.2 La prise en charge à domicile.....	18
5.3 Les conditions requises d'une prise en charge à domicile des patients Covid-19.....	19
5.4 Une synergie ville-hôpital	19
5.5 Organisation de la prise en charge des patients en ambulatoire.....	19
5.6 Une régulation des hospitalisations par le SAMU-Centre 15	20
5.7 Filière de prélèvement ambulatoire	20
5.8 Une information claire et compréhensible pour les patients.....	20
5.9 Un accompagnement psychologique peut être nécessaire	20
5.10 Des outils pour favoriser la téléconsultation.....	20

5.11	Des centres de consultations de proximité pour renforcer la médecine ambulatoire	21
VI.	LE CADRE NECESSAIRE A L'ACTION DE LA MEDECINE DE VILLE ET DES SOINS AMBULATOIRES	23
5.12	Des structures alternatives pour la prise en charge ambulatoire	23
5.13	Les mesures de protection individuelle des professionnels libéraux	23
5.14	Une offre de transport sanitaire privé préparée	23
5.15	Le rôle pivot des pharmacies d'officine	24
VII.	LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	25
6.1	Une épidémiologie qui traduit un facteur de vulnérabilité	25
6.2	Un environnement qui favorise une chaîne de transmission active	25
6.3	La mise à jour du plan bleu compte tenu du risque relatif au virus SARS-CoV-2	25
6.4	Une nécessité d'anticiper la survenue d'un cas suspect Covid-19	26
6.5	Repérage, détection précoce, modalités de classement et alerte	26
6.6	Les mesures d'hygiène face à un patient classé « cas suspect ou possible ».....	27
6.7	Des mesures de prévention compte tenu du risque SARS-CoV-2	27
6.8	Le dispositif à mettre en œuvre en cas de circulation très active	27
6.9	Des mesures barrières à la chaîne de transmission du SARS-CoV-2	27
6.10	Un processus de confinement simple mais robuste à mettre en œuvre	28
6.11	Un set d'équipement de protection : Masque chirurgical.....	28
6.12	Une information des personnels adaptée et régulière	28

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

La réponse efficace et réactive de la médecine libérale, des établissements de santé, de la médecine de ville et du secteur médico-social face à la circulation active du SARS-CoV-2 (stade épidémique de Covid-19) nécessite la préparation et la mobilisation de tous les acteurs et des modalités d'organisation précises.

La coordination par l'ARS de tous les acteurs est essentielle à la bonne prise en charge des patients Covid-19 et à la continuité des autres soins.

Cette organisation sanitaire exceptionnelle doit être déployée pour faire face 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 libéral (médecine de ville et soins ambulatoires, médicalisation des structures médico-sociales) avec pour interface naturelle le SAMU-Centre 15.

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

SYNTHESE

Malgré toutes les mesures mises en œuvre, **l'évolution internationale de l'épidémie liée notamment à la contagiosité du virus SARS-CoV-2 rend probable l'installation d'une circulation active du virus sur le territoire national.** L'épidémie qui en découlerait imposerait 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 au stade épidémique. En effet, les caractéristiques du virus ($RO > 2$ 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 3 actions essentielles que sont :

- **La prise en charge des formes sévères et graves dans les établissements de santé** (1^{ère} ligne, 2^{ème} ligne, voire 3^{ème} ligne). 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 5% de formes graves 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. Il convient donc qu'une stratégie soit identifiée au plus vite dans chaque établissement de santé 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 de prise en charge des patients malades, l'organisation des soins et de la continuité d'activité. Il s'agit aussi de travailler sur des structures d'aval de type SSR afin de libérer le plus rapidement possible les lits de soins aigus ;
- **La prise en charge des formes modérées en ambulatoire** (81% des malades) en médecine de ville. Une organisation doit être mise en place entre les professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, ...), services d'hospitalisation et de soins à domicile dans chaque région et déclinée dans chacun des territoires. Dans ce cadre, le SAMU-Centre 15 a un rôle essentiel pour 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. Il s'agit d'organiser la montée en puissance des SAMU-Centre 15, de la régulation de l'AMU et de la PDSA, de développer la téléconsultation, d'imaginer des équipes ambulatoires dédiées ;
- **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...) de prévenir, contenir le cas échéant, la transmission et d'assurer dans la mesure du possible la prise en charge des malades dans ces structures, y compris par téléconsultation, afin d'éviter de saturer les établissements de santé en renforçant leur médicalisation en lien avec la médecine de ville.

Le nombre attendu de personnes malades va nécessiter d'adapter l'offre de soins et notamment les modalités de prise en charge des patients et les conditions d'hospitalisation. Le principe général en phase d'épidémie de Covid-19 vise à **assurer la prise en charge des patients à domicile** afin de ne pas saturer les établissements de santé habilités et les établissements de santé de 2^{ème} ligne qui seront réservés à la prise en charge des patients Covid-19 présentant des signes de sévérité voire de gravité.

Ce dispositif de prise en charge à domicile qui nécessite d'être anticipé et organisé, visera à soigner à domicile les patients dont l'état clinique ne nécessite pas une hospitalisation complète ou des soins de réanimation. Cette prise en charge à domicile doit être préparée et organisée avec les acteurs

concernés afin de permettre aux patients Covid-19 de bénéficier de soins médicaux ou paramédicaux si besoin. **Cette organisation doit prendre en compte tous les acteurs du secteur ambulatoire** et notamment les services d'aide à domicile et les services du secteur médico-social.

En cas de nécessité, **la montée en puissance du système de santé aura pour objectif d'assurer les soins aux patients en médecine de ville, en établissements de santé et au sein des établissements médico-sociaux**. Pour les établissements de santé publics ou privés le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sera **activé au niveau 2 (plan blanc)** pour augmenter la capacité d'accueil notamment en unité de soins intensif ou de réanimation. Les établissements médico-sociaux quant à eux, s'appuieront sur **le plan bleu**.

Dans le cadre d'une épidémie majeure, des mesures viseront dans un premier temps à **reporter l'activité programmée d'hospitalisation** (ex. bilans médicaux programmés et interventions chirurgicales non urgentes) afin de disposer des capacités pour faire face à la prise en charge d'un nombre important de patients Covid-19. 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 (1^{ère} et 2^{ème} ligne) sont mobilisés 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, une 3^{ème} ligne d'établissements de santé visant à compléter les établissements de santé de 1^{ère} et 2^{ème} lignes pourrait être activée le cas échéant.

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 au stade épidémique. En cas de besoin, un partage des ressources pourra être organisé en coordination inter-établissements et notamment entre l'établissement de santé de 1^{ère} ligne et les établissements de 2^{ème} ligne notamment au sein du GHT si cela est pertinent. Dans un contexte d'épidémie, il est nécessaire pour l'ensemble des professionnels de santé hospitalier, 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 départementales 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 URPS.

Cette organisation ambulatoire pourrait être organisée par les **professionnels de santé habituels** des patients (médecin traitant, professionnels paramédicaux, centres et maison de santé, notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé). Dans la mesure où ce dispositif d'usage ne permettrait pas une prise en charge adaptée dans les conditions particulières liées à une transmission active voire très active du virus SARS-CoV-2, **un pool de professionnels de ville Covid-19**

(médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) volontaires, formés et équipés des moyens de protection nécessaires pourrait être mobilisés en lien avec l'ARS pour assurer les missions de suivi de ces patients. Les modalités de suivi permettront dans la mesure du possible l'**usage de la télé expertise et la téléconsultation**.

Ce **pool de professionnels de ville Covid-19** pourraient s'appuyer, en cas de besoin, sur le réseau des professionnels de ville pluridisciplinaire afin de garantir la bonne prise en charge des patients à domicile (CPTS, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et toutes autres structures collaboratives existantes). Ce dispositif gradué, miroir au dispositif hospitalier permettrait de garantir de la même façon une montée en charge si besoin.

Afin de permettre le suivi des patients de façon sécurisée, la nécessité de déployer **des outils qui permettraient d'assurer des téléconsultations** doit être favorisée. 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. Cette téléconsultation 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 » 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. 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.

Enfin 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 professionnels libéraux spécialisé. 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.

Nous vous remercions de nous faire savoir les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces mesures et de ces orientations.

Pour rappel, 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)

INTRODUCTION

La cinétique de l'épidémie au niveau international et notamment de l'évolution du nombre de patients classés « cas confirmés » en France et en Europe, doit inciter à se préparer à une épidémie de Covid-19. C'est dans ce contexte que le premier *opus* du guide méthodologique « *Préparation au risque épidémique de Covid-19* » est complété par un second afin de disposer d'éléments d'organisation opérationnels pour mettre en œuvre la stratégie d'atténuation au stade de **circulation active, voire très active du virus Covid-19 sur le territoire (stade épidémique)**.

L'objectif de ce guide méthodologique « Préparation au stade épidémique de Covid-19 » vise à préciser le **cadre d'intervention général à mettre en œuvre au stade épidémique** et préciser les liens de coordination entre les différents secteurs de l'offre de soins pour permettre d'assurer la prise en charge des patients infecté 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 centrés sur 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 professionnels de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux, a pour objectif d'accompagner les acteurs du système de santé dans leur démarche locale pour **se préparer au stade 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...), à la médecine de ville et au secteur médico-social, des éléments d'information afin de permettre une prise en charge précoce et sécurisée des patients. Ce guide rappelle aussi les actions de préparation nécessaires, de formation, d'information des professionnels de santé et des personnels des établissements de santé. Il indique, à ce stade des connaissances, les éléments essentiels dont tous les professionnels concernés doivent prendre connaissance.

Ce guide 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) et proposer des espaces d'échanges pour permettre une coordination réelle entre professionnels de santé pilotée par l'ARS. Ce pilotage régional doit permettre une meilleure mutualisation et une coopération efficace des acteurs de santé disponibles. Il doit évidemment prendre en compte les nouveaux outils d'organisation tels que les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou dispositifs d'appui à la coordination. Enfin, il rappelle les outils de téléconsultation qui existent pour permettre des modalités de prise en charge sécurisées.

Ce guide vise aussi à **définir le cadre d'intervention de chacun des établissements de santé Covid-19** (1^{ère} et 2^{ème} ligne) et définir d'ores et déjà 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 pour permettre d'adapter l'outil sanitaire à la circulation active du SARS-CoV-2 vise à s'assurer de 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 permanence des soins. Il s'agira de proposer **une réponse sanitaire organisée autour d'un ensemble de professionnels de santé hospitaliers et de libéraux**.

Ce guide 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 juste. Le dispositif de prise en charge ambulatoire doit être formalisé au sein de chaque département et décliné dans chaque territoire. Il propose des solutions d'organisation compte tenu d'éventuels événements de **saturation du SAMU/Centre 15** qui sera au cœur du dispositif de régulation des soins hospitaliers et de ville.

Ce guide apporte des éléments d'information sur les modalités à mettre en œuvre au sein des **établissements médico-sociaux**. Des mesures barrières robustes nécessitent d'être mises en œuvre compte tenu de la vulnérabilité des personnes âgées notamment au virus SARS-CoV-2. Une attention particulière est donc portée dans ce guide sur le **dispositif de réponse au regard de la fragilité des personnes hébergées** liée à leur âge, des 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-social (EHPAD) sont un **lieu qui pourraient favoriser une chaîne de transmission très active** du virus SARS-CoV-2 avec un impact potentiellement défavorable pour certains résidents, les mesures d'hygiène devront être accompagnées, par mesure de précaution, de 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.

Bien entendu, ce guide **n'a pas vocation à définir des organisations strictes** à mettre en œuvre mais propose des orientations qui devront bien sûr être adaptées en fonction des régions et de la démographie disponible au sein des territoires. Comme évoqué dans l'*opus 1*, **ce guide n'impose aucune disposition réglementaire nouvelle.**

Comme rappelé dans l'*opus 1* du guide « Préparation au risque épidémique Covid-19 », 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 les adapter le cas échéant.

Ce guide est adapté aux lignes directrices de l'ECDC (European centre for disease prevention and control) et prend en compte les expériences passées du SRAS-CoV, du MERS-CoV et de l'ensemble des cas contaminés par le SARS-CoV-19 pris en charge au sein du territoire national.

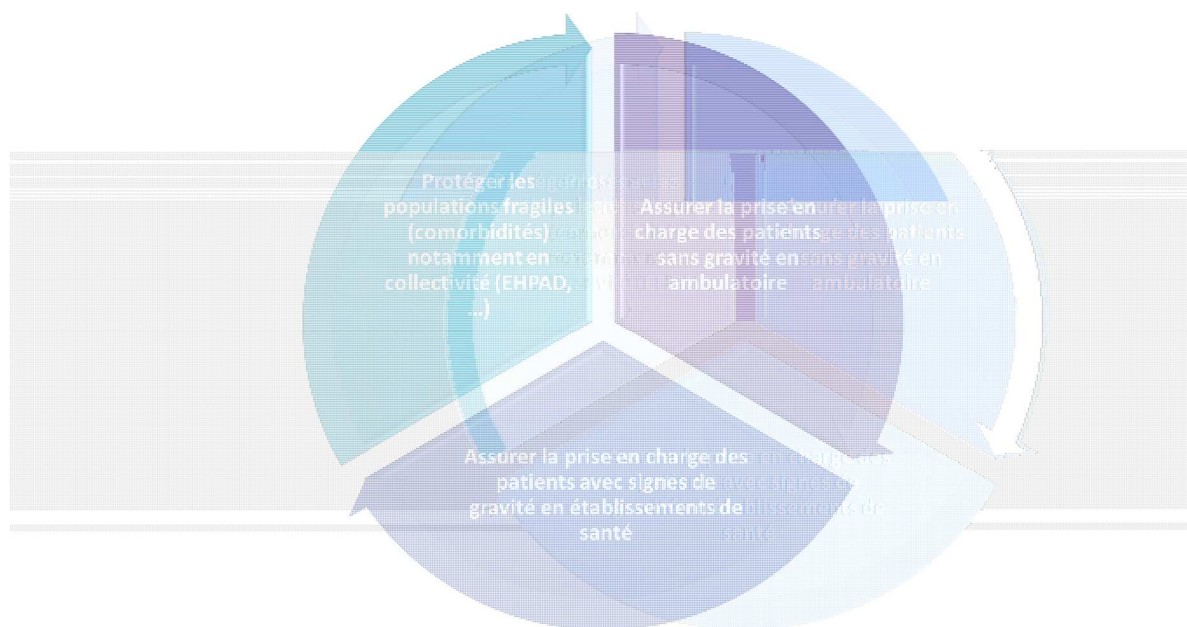
Des fiches techniques synthétiques permettant une traduction opérationnelle des éléments intégrés dans ce guide seront publiées dans un deuxième temps.

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/>

I. LA STRATÉGIE D'ATTÉNUATION

Au stade 3 ou stade épidémique (circulation active du virus), la stratégie sanitaire est différente et passe d'une logique de détection et de prise en charge individuelle à une logique d'action collective.

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



Le stade épidémique impose la pleine mobilisation du système de santé dans toutes ses composantes (médecine de ville, établissements de santé et établissements 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 Rôle de la médecine de ville et des soins ambulatoires

Les professionnels de santé exerçant en médecine de 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 81% des malades). Cette mobilisation aura aussi pour objectif de renforcer la médicalisation des établissements médico-sociaux.

Outre l'organisation de la prise en charge médicale dans un contexte épidémique, il convient de renforcer en complément les soins à domicile dispensés par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes pour permettre le maintien des patients à domicile. Le maillage territorial des officines doit permettre aux pharmaciens d'exercer leur mission de conseil et de dispensation des produits de santé en proximité sur l'ensemble du territoire.

À ce titre, une organisation doit être mise en place entre les professionnels de santé de ville (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, ...), services d'hospitalisation et de soins à domicile dans chaque région et déclinée dans chacun des territoires. Dans ce cadre, le SAMU-Centre 15 a un rôle essentiel pour 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. Il s'agit d'organiser la montée en puissance des SAMU-Centre 15, de la régulation de l'AMU et de la PDSA, de développer la téléconsultation, d'imaginer des équipes ambulatoires dédiées.

1.2 Rôle de l'aide médicale urgente

Afin de répondre aux enjeux de la régulation médicale au stade épidémique, le SAMU-Centre 15 doit être en mesure de répondre à une augmentation des appels entrants et des affaires traitées liées au 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 en lien avec les médecins et les autres professionnels de santé du secteur ambulatoire 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 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 (SIS, associations agréées de sécurité civile, transporteurs sanitaires) selon les critères d'hygiène et de sécurité en vigueur.

1.3 Rôle des établissements de santé

Dans un contexte d'épidémie de Covid-19 (stade 3), il s'agit pour chaque établissement de santé dans le cadre du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (volet REB) de recenser dans chacun des services, les hospitalisations pouvant être différées sans préjudice pour le patient. Ce dispositif permet de lister par service, les motifs de recours à l'hospitalisation qui ne peuvent être différés. Ces réflexions doivent donner lieu à un plan formalisé. Ces établissements de soins doivent aussi **définir les limites de leurs capacités** (ressources, matériels, équipements de protection...) afin de définir des seuils à partir desquels il sera nécessaire de faire appel à d'autres sites hospitaliers.

En cas d'activation du niveau 2 (plan blanc) du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, la mise en place 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 5% de formes graves** 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. Il convient donc qu'une stratégie soit identifiée au plus vite dans chaque établissement de santé 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 de prise en charge des patients malades, l'organisation des soins et de la continuité d'activité.

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.

1.4 Rôle des établissements médico-sociaux

Pour les établissements médico-sociaux, l'objectif est la préservation des personnes fragiles en prévenant la transmission épidémique au sein des structures d'hébergement et en assurant la prise en charge des malades ne nécessitant pas une hospitalisation en renforçant la médicalisation de ces structures.

Il est recommandé qu'un référent Covid19 soit identifié au sein de chaque établissement. Il assurera un lien si nécessaire avec l'ARS en cas de suspicion de cas, et sera la personne contact pour répondre aux interrogations des familles ;

II. UN PILOTAGE ROBUSTE POUR COORDONNER LA REPONSE

2.1 Le pilotage au stade épidémique de Covid-19

La réponse sanitaire à mettre en œuvre dans l'hypothèse au stade épidémique de Covid-19 nécessite **un pilotage robuste sous l'égide de l'ARS pour prendre en compte les évolutions de la situation**, afin de mobiliser et mettre à disposition les moyens de protection pour les professionnels de santé en cas de besoin, de favoriser la communication, de créer des interfaces de pilotage avec l'offre de soins libérale, le secteur hospitalier et le secteur médico-social.

Ce pilotage doit s'inscrire dans **une vision large de la prise en charge** (ville, hospitalier, médico-social) avec des espaces d'échanges cliniques pour permettre une coordination réelle entre professionnels de santé dont le SAMU-Centre 15 constitue une interface importante.

Ce dispositif de pilotage doit aussi permettre la mutualisation et la coopération efficace des acteurs disponibles. Ainsi la cellule de crise de l'ARS devra disposer en temps réel des capacités d'hospitalisation immédiatement mobilisables et disponibles sur le territoire. Le SAMU-Centre 15 est au cœur du dispositif de régulation des soins hospitaliers et de ville et doit être en cela 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 Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

2.2 Une réponse graduée en fonction de la cinétique de circulation

Au stade 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 graves, l'organisation sanitaire prévue s'appuie sur une hiérarchisation fonctionnelle des établissements de santé à 2 niveaux : des établissements de santé de 1^{ère} ligne - acteur pivot de la prise en charge territoriale - et des établissements de santé de 2^{ème} ligne avec notamment l'ensemble des établissements de santé sièges de SAMU. Ces établissements de santé de 2^{ème} ligne seraient sollicités pour **renforcer et consolider les capacités de prise en charge** des établissements de santé habilités. Ce dispositif en cascade permettra de prendre en charge les patients Covid-19 en disposant d'un fort levier de montée en charge.

La construction d'une animation d'un réseau d'établissements de 2^{ème} ligne est nécessaire pour l'établissement habilité Covid-19 afin de répondre au **besoin de complémentarité et de maillage du territoire**. Ce dispositif de coordination permettra d'élaborer une expertise collective et partagée des actions de terrain.

Ces établissements de santé de 2^{ème} ligne sont sollicités pour renforcer et consolider les capacités de prise en charge des établissements de 1^{ère} ligne.

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 médecine de ville et établissements de santé mais aussi entre médecine de ville et établissements médico-sociaux.

Il convient aussi d'instaurer une coopération entre les établissements de 1^{ère} ligne Covid-19 - acteur pivot de la prise en charge - et les établissements de santé de 2^{ème} ligne. La mise en place d'un réseau d'établissements de 2^{ème} ligne est nécessaire pour l'établissement de 1^{ère} ligne Covid-19 afin de répondre au besoin de complémentarité et de maillage du territoire. Ce dispositif de coordination

permettra d'élaborer une expertise collective et partagée des actions de terrain. L'infectiologue référent REB de l'un des établissements de santé de 1^{ère} ligne du territoire assurera la coordination des examens diagnostiques en lien avec les établissements de santé de 2^{ème} ligne et les équipes opérationnelles d'hygiène des établissements concernés.

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

Les établissements de santé habilités Covid-19 (1^{ère} et 2^{ème} ligne) sont destinés à assurer la prise en charge des patients nécessitant des soins en établissements de santé.

Le **regroupement de la prise en charge des patients Covid-19** est réalisé au sein de ces établissements habilités. Les patients non Covid-19 sont prise en charge dans la mesure du possible vers les autres établissements de santé. Cette organisation permet de centraliser sur site identifié les ressources dédiées à la prise en charge Covid-19 et organiser de façon régulière un « turn over » des ressources nécessaires.

Ainsi, ces établissements constitueraient 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, une 3^{ème} ligne d'établissements de santé visant à compléter les établissements de santé de 1^{ère} et 2^{ème} ligne pourrait être activée 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 afin de resserrer l'offre tant que possible sur les établissements de santé de 1^{ère} ligne voire de 2^{ème} ligne. Ce dispositif permettra de ne pas diluer la pression exercée sur l'ensemble des professionnels de santé de chacun des établissements de santé du territoire.

Dans le cadre de cette stratégie de réponse graduée, il est nécessaire de réunir au sein du territoire, l'ensemble des acteurs de santé afin partager la méthodologie et clarifier la place de chacun pour permettre de mutualiser les ressources et ainsi améliorer la réponse.

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 définition de cas de patient Covid-19 afin d'être en capacité d'identifier et d'orienter le patient. Devant une hypothèse de forte augmentation du nombre de cas Covid-19, une information claire et compréhensible de toutes les professionnels de santé et du personnel doit être donnée.

III. ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

3.1 Un établissement de santé Covid-19 dans chaque département

Afin de définir un dispositif de réponse robuste au stade épidémique, il est nécessaire de proposer une offre de soins élargie pour disposer d'une capacité importante de prise en charge. Ainsi, près de 157 établissements de santé sont actuellement préparés et mobilisés pour assurer la prise en charge des patients Covid-19.

Ce dispositif de réponse permet d'augmenter les capacités d'hospitalisation, de réanimation et de diagnostic sur l'ensemble du territoire national et disposer d'au moins un établissement de santé par département sur le territoire national capable d'accueillir des malades Covid-19 présentant des signes de sévérité ou de gravité et d'assurer leur prise en charge (diagnostique et thérapeutique).

3.2 Le cadre d'intervention des établissements de santé de 1^{ère} ligne

Le cadre d'intervention des établissements de 1^{ère} 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 1^{ère} ligne constituent la pierre angulaire du dispositif régional pour permettre un appui méthodologique, un rôle d'expertise et de coordination technique pour assurer la bonne prise en charge des patients Covid-19. L'organisation des établissements de santé de 1^{ère} ligne doit permettre une complémentarité entre les établissements de santé du territoire.

Dans la mesure du possible, ces établissements de santé coordonnent l'élaboration et la mise en œuvre de 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, ...).

3.3 Le cadre d'intervention des établissements de 2^{ème} ligne

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

- Se mobiliser au niveau 1 (plan de mobilisation interne) afin de mettre en œuvre les mesures adéquates prévues dans le volet REB de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Identifier un circuit interne sécurisé distinct - dédié à l'accueil au sein du service des urgences ;
- Identifier les secteurs d'hospitalisation pour permettre l'hospitalisation conventionnelle des patients Covid-19
- Identifier un secteur de réanimation - chambre individuelle avec un renouvellement régulier de l'air mais sans recyclage de l'air afin d'éviter un risque de propagation du virus Covid-19 aux autres secteurs de l'établissement ;

- Définir l'organisation des soins dispensés aux patients Covid-19 et prévoir la continuité d'activité pour les autres patients ;
- Préparer avec l'appui du GHT, l'aval des patients éligibles à une prise en charge en ville notamment par téléconsultation ou au sein d'un service Covid-19 afin de libérer le plus rapidement possible les lits de soins aigus.

Pour cela, ces établissements de 2^{ème} ligne doivent disposer :

- D'un plateau d'hospitalisation en infectiologie (chambre à pression négative **ou** chambre isolée sans recyclage de l'air **ou** chambre simple isolée - porte fermée - avec renouvellement naturel de l'air minimum 6 volumes/heure) permettant la prise en charge des modalités « adulte » et « pédiatrique ». NB : un système de traitement de l'air spécifique n'est pas indispensable ;
- D'une unité de réanimation (chambre à pression négative **ou** chambre isolée sans recyclage de l'air) ;
- D'une capacité à réaliser un diagnostic microbiologique **par des méthodes de biologie moléculaire (RT-PCR)** et des examens de biologie courante dans les conditions de biosécurité requises (dans une infrastructure de sécurité biologique de **niveau 3**, à défaut une infrastructure de sécurité biologique de **niveau 2** dans laquelle peuvent être mises en œuvre des procédures de type 3 (équipement de protection des personnels et gestion des déchets notamment) ;
- D'une cellule de coordination inter-établissements pour venir en appui, en tant que de besoin, aux établissements de 1^{ère} ligne ;
- D'équipements de protection en quantités suffisantes nécessaires 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).

3.4 La protection des professionnels de santé

La protection des professionnels de santé en contact directs 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 de l'habillage et du déshabillage. Cet « observateur » aura pour mission de superviser l'exposition à un risque des professionnels de santé.

Dans le contexte d'une épidémie de Covid-19 et afin d'assurer la protection appropriée des professionnels de santé chargés d'assurer la prise en charge des patients Covid-19 - une organisation

formalisée doit permettre de solliciter un **socle de professionnels de santé resserré** autour des patients Covid-19 à prendre en charge avec un dispositif tournant régulier pour permettre de soulager les professionnels de santé.

3.5 Rappel des mesures d'hygiène renforcées, masque de protection

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.

3.6 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 du SAMU-Centre 15, du service des urgences, du service des maladies infectieuses et tropicales, du service de réanimation. 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.

3.7 Une chaîne logistique à adapter

Dans le contexte d'une épidémie de Covid-19, une organisation adaptée sera nécessaire pour permettre à l'ensemble de la chaîne logistique de chaque établissement de santé de s'approprier les mesures particulières à mettre en œuvre (achat, restauration, gestion de stock et sécurité). Aussi, afin d'assurer un approvisionnement sécurisé et dimensionné des moyens nécessaires à la prise en charge des patients Covid-19, une évaluation des stocks est d'ores et déjà essentielle afin de disposer sans interruption des moyens nécessaires. Par exemple, une procédure *ad-hoc* doit être mise en œuvre pour reconstituer de façon régulière les consommables afin de disposer, au besoin, des approvisionnements nécessaires à des fréquences plus courtes. De la même façon, 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.

IV. LES RESSOURCES SANITAIRES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

4.1 La stratégie sanitaire doit prendre en compte l'absentéisme

En phase épidémique de Covid-19 une démarche d'anticipation est nécessaire afin de préparer les établissements de santé à une stratégie de renforcement des effectifs. En effet, la phase épidémique pourrait se traduire par un taux important d'absentéisme. Des projections d'organisation doivent être mises en œuvre sur la base d'estimation évaluée entre 10 à 25%. Ce pourcentage pourra effectivement varier selon le taux d'attaque du virus sur la population et de l'épidémiologie locale.

L'organisation au sein de l'établissement de santé doit donc prévoir cette diminution des ressources avec des séquences courtes ou le taux pourrait être supérieur.

4.2 Disposer d'un vivier de ressources disponibles

L'absentéisme des professionnels de santé est bien entendu un facteur aggravant au principe de circulation active du virus, 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.

Plusieurs scénarios doivent être formalisés : un premier qui visera une réduction de 10 à 25% et un deuxième pour permettre d'assurer la continuité de soins avec une réduction de 30 à 40%. Une vérification des compétences des professionnels de santé appelés à renforcer les équipes Covid-19 est nécessaire. Une formation courte est nécessaire pour permettre à ces professionnels de santé de disposer des informations importantes et notamment des mesures de protection nécessaires.

4.3 Rappel des personnels et réaffectation

Aussi, un rappel progressif des personnels en formation et en congés pourrait aussi être une mesure adaptée. Ce processus de rappel pourra évidemment s'effectuer si la cinétique des événements est accélérée.

Chaque établissement de santé doit d'ores et déjà, réaliser **un état de ces effectifs indiquant notamment la nécessité d'un maintien à domicile** 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 être un levier** afin d'assurer un redéploiement de catégories de personnel avec la possibilité de déprogrammer des activités non prioritaires. L'ensemble des praticiens et des personnels soignants des établissements de santé devra concourir au bon fonctionnement de ce dispositif.

4.4 L'information des professionnels de santé

Dans le cadre d'une circulation active du virus Covid-19, des positions « droit de retrait » pourraient être évoquées compte tenu du contexte de circulation active du virus Covid-19 et des contacts étroits et fréquents avec des patients Covid-19. Il est donc important d'assurer une formation active des professionnels de santé de première ligne aux mesures de protection et d'assurer une information large à l'ensemble des personnels des établissements de santé.

Une évaluation des personnels à risque (femme enceinte, ...) nécessite d'être mis en œuvre (travailleurs immunodéprimés ...).

4.5 Organisation logistique au bénéfice des professionnels de santé

Des dispositions logistiques nécessitent d'être mises en œuvre pour évaluer la capacité d'hébergement sur place des professionnels de santé en contact très étroit des patients Covid-19. Ce dispositif doit être proposé autant que possible aux professionnels qui choisiraient de rester sur le site hospitalier pendant la période de circulation active du virus. Une organisation robuste doit permettre à ces professionnels de santé de disposer des conditions logistiques sécurisées.

V. LA MEDECINE DE VILLE ET LES SOINS AMBULATOIRES

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.

Il est important que ces patients Covid-19 et qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés compte tenu de leur état clinique soient maintenus à domicile (suivi par la téléconsultation 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. L'arrêt de l'isolement par un professionnel de santé libéral fera l'objet de recommandations professionnelles.

5.1 La stratégie de réponse par la médecine de ville et les soins ambulatoire

La stratégie sanitaire à mettre en œuvre au stade 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. Toutefois, lors d'une épidémie généralisée de Covid-19, la réalisation d'un test diagnostique 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 est la règle. Une surveillance médicale et paramédicale sera organisée avec l'appui des professionnels libéraux pour assurer un suivi étroit de ces patients. 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 de signes de gravité et ne nécessitent pas d'être hospitalisés compte tenu de leur état clinique sont prise 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). Il s'agit d'une mesure qui implique l'adhésion) ou que ces personnes puissent être strictement soustraites au contact du patient au dispositif qui est mis en place et sa collaboration Covid-19.

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

Des **dispositions** sont nécessaires pour permettre à un patient Covid-19 d'être prise en charge à domicile. Ces dispositions visent à assurer un isolement efficace du patient afin de ne pas créer une chaîne 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 le délai de 14 jours, 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 du patient classé « cas suspect ou possible » à Covid-19 un respect strict des règles d'hygiène respiratoire et d'hygiène des mains au sein du foyer familial et d'une **capacité de surveiller ses propres symptômes** et de respecter de bonnes pratiques en matière d'hygiène respiratoire et d'hygiène des mains.

5.4 Une synergie ville-hôpital

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

Il est nécessaire de **garantir la prise en charge en établissement de santé aux patients dont l'état clinique nécessite une hospitalisation**. Il convient à ce titre d'organiser une offre sanitaire élargie qui permettra au secteur libéral de dispenser les soins nécessaires au domicile des patients.

En effet, les professionnels de ville sont susceptibles d'apporter un soutien important à la mobilisation des établissements de santé de 1^{ère} et 2^{ème} ligne en limitant l'hospitalisation des patients cas confirmés aux urgences qui le nécessitent et qui ne peuvent être différées. Dans ce cadre, il convient qu'un **protocole d'orientation approprié soit mis en œuvre pour permettre d'informer les praticiens de ville** de la pertinence de l'hospitalisation Covid-19.

5.5 Organisation de la prise en charge des patients en ambulatoire

L'ARS définit l'organisation de la prise en charge des patients en ambulatoire avec les professionnels de ville concernés en s'appuyant sur les URPS pour définir le cadre d'intervention et les mesures de protection à mettre en œuvre. Cette organisation ambulatoire pourrait s'organiser autour d'une équipe de professionnels libéraux spécialisés Covid-19 (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) volontaires, formés et équipés des mesures de protection nécessaires.

Ces professionnels libéraux habilités Covid-19 pourraient s'appuyer, en cas de besoin, sur le réseau des professionnels libéraux afin de garantir la bonne prise en charge des patients à domicile (CPTS, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires et toutes autres structures collaboratives existantes).

5.6 Une régulation des hospitalisations par le SAMU-Centre 15

Toute hospitalisation demandée par un des professionnels de ville du pool Covid-19 sera régulée par le SAMU-Centre 15. Celui-ci a connaissance des rôles dédiés aux établissements de santé de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne. Le SAMU-Centre 15 dispose d'une supervision précise des places disponibles et peut orienter les patients selon leurs critères de gravité clinique.

Il n'est pas prévu d'admission directe dans les services d'hospitalisation ou de réanimation sans régulation préalable par le SAMU/Centre 15.

5.7 Filière de prélèvement ambulatoire

Au stade épidémique, la réalisation d'un test diagnostic systématique pour confirmer un patient « cas possible » n'est plus la règle.

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 habilités Covid-19 mais aussi sur les établissements de santé de 2^{ème} 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).

En fonction de la situation épidémique, il conviendra d'évaluer avec les acteurs, la nécessité de déployer une filière de prélèvements ambulatoire en lien d'une part avec **les laboratoires de biologie médicale de ville** disposant des installations requises à la réalisation d'une RT-PCR et d'autre part avec l'appui **des établissements de santé privés** disposant des installations nécessaires.

5.8 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 à l'occasion de leur prise en charge, rappelant le rationnel des mesures d'isolement et le déroulé de la prise en charge en médecine de ville. Un recours éventuel à l'interprétariat et à une médiation pour obtenir un interrogatoire fiable 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.

5.9 Un accompagnement psychologique peut être nécessaire

Un accompagnement psychologique peut être nécessaire aux patients Covid-19 éligibles à la modalité « maintien à domicile » afin de réduire au minimum le stress et les difficultés associés à l'isolement. La communication de messages clairs sur la justification est nécessaire. En tant que de besoin, une offre de prise en charge médico-psychologique téléphonique sera mise en œuvre par le réseau national de l'urgence médico-psychologique.

5.10 Des outils pour favoriser la téléconsultation

Afin de faciliter la prise en charge ambulatoire, il est utile d'envisager la nécessité de déployer des outils qui permettraient d'assurer des téléconsultations. En effet, l'article L.6316-1 permet de mettre en œuvre en cas de besoin, la consultation médicale en ligne. Cette téléconsultation qui implique nécessairement l'intervention d'un professionnel médical (médecin généraliste, ...) 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 : téléconsultation).

5.11 Des centres de consultations de proximité pour renforcer la médecine ambulatoire

Dans le cadre d'une circulation active du virus Covid-19, l'appui des centres de consultations peut permettre de renforcer les prises en ambulatoire. Il s'agira de s'appuyer sur ces structures d'accueil existantes (maison de santé, centre de santé, ...) et de les adapter « Covid-19 » **pour renforcer la médecine ambulatoire** et éviter une orientation vers ainsi réserver la prise en charge des patients les plus graves dans les établissements de santé. L'intérêt d'utiliser des structures existantes est de disposer de lieux de consultations d'ores et déjà connus et accessibles à la population.

Le périmètre d'action des centres de consultations doit recouvrir la prise en charge médicale et peut être étendu à une prise en charge paramédicale. Dans la mesure du possible, une prise en charge sociale pourra être proposée. Un dispositif de délivrance pharmaceutique de traitement devra être mis en œuvre en coordination avec les officines du secteur.

L'ouverture de ces structures dédiées est à organiser par l'ARS à partir des structures existantes (maisons de santé, centres de santé...).

Ces centres de consultations pluridisciplinaires de professionnels de ville pourraient permettre une prise en charge de patients. Néanmoins, ces structures nécessitent d'être adaptées afin de disposer d'une zone d'accueil permettant l'isolement d'un patient Covid-19, équipée au besoin d'un traitement de l'air sans recyclage afin de réduire le risque de diffusion. Dans la mesure où aucun traitement de l'air n'est disponible, un simple renouvellement de l'air de ce secteur d'isolement par l'ouverture régulière de la fenêtre est possible à condition de maintenir la porte fermée. Ces aménagements doivent être mis en œuvre pour permettre de limiter l'interaction entre les patients (mise en place d'une zone de tri, dispositif de double salle d'attente, ...). L'utilisation de questionnaires de pré-interrogatoire peut participer à ce principe de limitation des interactions entre les patients.

Dans la mesure où des professionnels de ville ne peuvent organiser de manière adéquate leur cabinet de consultation (secteur d'isolement...), la structure de consultation dédiée pourra recourir à ces professionnels de ville. **Une complémentarité robuste d'être mise en œuvre entre les cabinets de ville et les structures de consultations adaptées Covid-19.** Les pédiatres de ville, voire les pneumologues libéraux et les autres spécialités utiles ainsi que les infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes exerçant en ville, peuvent être associés à ce dispositif.

Ces centres de consultation pourront être organisés à **proximité des établissements de santé habilités à Covid-19 (1^{ère} et 2^{ème} ligne)**. Les établissements de santé pourront en cas de besoin, apporter un soutien logistique à cette mise en place.

Enfin, l'organisation adéquate de ces centres de proximité nécessite de mettre à disposition des patients pris en charge **une signalétique informative** et des masques de protection (chirurgicaux) et des solutions hydroalcooliques. Un nettoyage régulier des secteurs d'isolement sera effectué de façon quotidienne. Une attention particulière sera portée au nettoyage des surfaces en contact direct avec les patients (poignées de porte, meubles, chasse d'eau, etc.).

Ces centres de proximité devront répondre à l'exigence de permanence de soins et disposer d'une amplitude horaire d'ouverture correspondant autant que possible aux besoins. Ces centres de proximité recourent utilement à la téléconsultation.

Le SAMU-Centre 15 pourra orienter des patients vers ces structures de proximité.

VI. LE CADRE NECESSAIRE A L'ACTION DE LA MEDECINE DE VILLE ET DES SOINS AMBULATOIRES

6.1 Le rôle important de l'hospitalisation à domicile

À développer

6.2 Des structures alternatives pour la prise en charge ambulatoire

Le maintien à domicile des patients Covid-19 doit répondre à certaines exigences strictes pour éviter une chaîne de transmission interhumaine qui favoriserait la propagation du virus au sein du foyer familial. Certains patients ne seront pas éligibles au dispositif. Il s'agit essentiellement de patients ne pouvant rester seuls à leur domicile, isolés géographiquement - personnes âgées résidant dans des déserts médicaux par exemple - personnes sans domicile fixe (SDF), personnes vulnérables, milieu familial intolérant, patients isolés présentant des troubles cognitifs, personnes sans entourage aidant, nécessitant une surveillance continue sans justifier pour autant une hospitalisation.

Pour répondre à cet enjeu, des structures intermédiaires, « domicile de substitution », doivent être mises en place pour permettre aux patients ne pouvant rester seuls à leur domicile et non conformes aux mesures d'hygiène, de **bénéficier d'une prise en charge ambulatoire adaptée**. Ce type de structure permettra un hébergement adéquat (système de restauration, blanchisserie, ménage, gardiennage). Plusieurs modalités d'hébergement peuvent répondre à cet enjeu : hôtel, internat, établissement scolaire, village vacances ... Un dispositif « retour à domicile » pourra être mis en place si une organisation adaptée d'un maintien à domicile. Les patients seront adressés soit par le service des urgences d'un établissement de santé, soit directement par un professionnel de santé de ville notamment de l'équipe Covid-19.

Ces structures n'ont pas de missions médicales mais garantissent la limitation de la chaîne de transmission. L'encadrement sera assuré par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux et associatif au besoin. Le SAMU/Centre 15 reste l'interlocuteur pivot en cas de dégradation de l'état clinique des patients.

6.3 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 sera organisé en lien avec l'ARS au bénéfice des professionnels de santé de ville en contact direct avec des patients Covid-19.

6.4 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 volontaires.

6.5 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 spécialisé. 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.

VII. LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

7.1 Une épidémiologie qui traduit un facteur de vulnérabilité

Les personnes âgées, particulièrement celles vivant en collectivité, présentent une vulnérabilité au virus SARS-CoV-2 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 » 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.

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.

7.2 Un environnement qui favorise une chaîne de transmission active

La vulnérabilité des sujets âgés au virus SARS-CoV-2 est lié 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. **Les EHPAD sont ainsi un lieu qui pourraient favoriser une chaîne de transmission active**, voire très active du SARS-CoV-2. La mise en place de mesures d'hygiène strictes permet de minimiser le risque de transmission.

Malgré une amélioration de la réactivité des établissements accueillant des personnes âgées pour identifier, repérer les patients suspects un épisode infectieux, il est apparu **nécessaire de formaliser les mesures de prévention à mettre en œuvre** la bonne conduite à tenir devant un patient suspect Covid-19.

7.3 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 et doit prendre en compte la dimension de transmission active sur le territoire national. Ce plan 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 être adapté au dispositif déjà existant avec des hypothèses de réponse au regard d'une circulation active, voire très active au sein du bassin de vie.

Ce plan doit prévoir les moyens pour faire face efficacement à une **potentielle chaîne de transmission** interne à l'établissement en fixant d'ores et déjà des mesures barrières fortes et des modalités de fonctionnement temporaires pour permettre la sécurité des personnes hébergées notamment. Ce plan sera mis à jour sous la responsabilité du directeur de la structure médico-social. Un appui méthodologique pourra être sollicité auprès d'un établissement de santé Covid-19 du territoire.

Ce plan doit prévoir des **mesures d'information, de formation des personnels** et organiser des exercices pour déterminer les axes à améliorer. Il s'agit d'un travail collaboratif mais nécessaire dans la mesure où les sujets âgés présentent un facteur de vulnérabilité important au virus SARS-CoV-2.

Le plan bleu mis à jour doit être accessible à l'ensemble des personnels sauf documents confidentiels d'accès restreint. Il fait partie de la mallette d'astreinte administrative

7.4 Une nécessité d'anticiper la survenue d'un cas suspect Covid-19

Dans la phase de circulation pré-épidémique, (stade 2), il est d'ores et déjà nécessaire d'anticiper l'identification, l'accueil et la prise en charge d'un patient répondant aux sujets cas possible Covid-19 au sein d'une structure médico-social. Il est donc **nécessaire de se préparer** à assurer sa prise en charge dans l'attente de son orientation vers l'outil sanitaire.

L'accueil inopiné d'un patient ou d'un visiteur correspondant à un cas possible Covid-19 doit être envisagé. **Tout établissement médico-social doit être en mesure au minimum de mettre en place les mesures barrières et de protection.** 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 sécurisé d'un patient classé « cas possible »**, après une évaluation. La procédure organisationnelle doit prévoir également les modalités **d'information des patients**. L'apposition d'affiches à l'accueil est recommandée.

Une **évaluation stricte d'un nouvel entrant** est nécessaire pour caractériser sa zone géographique d'origine. Une évaluation de son tableau clinique nécessite d'investiguer plus largement par le biais d'un questionnaire l'état de santé de ses proches contacts.

Afin de répondre au risque de transmission du virus SARS-CoV-2, **une série de protocoles doit être élaborée ou adaptée** à la typologie de ce nouveau virus : protocole d'hygiène, protocole de nettoyage et de désinfection des locaux, des chambres et procédure d'hospitalisation en urgence.

Lorsqu'un cas suspect a été identifié au sein d'un établissement médico-social, le personnel ainsi que les résidents doivent **appliquer des mesures préventives afin de ne pas propager le virus** au sein de l'établissement.

Il est nécessaire de se préparer d'ores et déjà à une situation. Pour ce faire, il est nécessaire de :

- Désigner un référent Covid-19 - responsable en situation de crise ;
- Mettre en place une convention avec un établissement de santé habilités COvid-19 : 1ère ou 2ème ligne proche définissant les modalités de coopération et notamment les modalités d'un échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables ;
- Mettre à jour la liste des référents hospitaliers pour permettre le transfert. Une attention particulière est nécessaire sur le liste des établissements de santé habilités Covid-19 (1^{ère} et 2^{ème} ligne)
- Mettre à jour ou d'adapter la procédure d'hospitalisation et de retour en établissement ;
- Mettre en place des procédures de bonnes pratiques en cas d'accueil inopiné d'un patient Covid-19 ;
- D'identifier une chambre ou une zone permettant un isolement ;
- Mettre à jour ou d'adapter le protocole d'hygiène, de nettoyage et de désinfection des locaux et des chambres ;
- Mettre à jour ou adapter le protocole du circuit des déchets ;
- Définir précisément le processus d'alerte en lien avec le SAMU-Centre 15.

7.5 Repérage, détection précoce, modalités de classement et 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-social. Ce classement s'appuie sur la définition de cas (site internet de Santé publique France). Afin d'organiser

au mieux le circuit du patient « cas possible » dans la filière sanitaire appropriée, le personnel chargé de la prise en charge du patient **informe sans délai le SAMU Centre 15** afin d'anticiper dès le signalement le suivi et la prise en charge des contacts étroits et des co-exposés le cas échéant.

7.6 Les mesures d'hygiène face à un patient classé « cas suspect ou possible »

Pour faire obstacle à une chaîne de transmission active, il est nécessaire de mettre en place des mesures d'hygiène est d'assurer une protection systématique des résidents et du personnel vis-à-vis du risque de transmission du virus SARS-CoV-2. **Les précautions standard constituent le minimum socle** de qualité des soins qu'une structure médico-sociale doit pouvoir assurer pour la sécurité des résidents qu'elle héberge. Ces mesures concernent en particulier l'hygiène des mains, les techniques de soins, l'hygiène du résident, la gestion du matériel, la maîtrise de l'environnement, l'organisation des soins et la tenue vestimentaire des personnels.

Devant un patient classé « cas suspect », il est nécessaire de mettre en œuvre les précautions complémentaires de **type « contact » et « air »**.

- **Pour le patient** : après friction des mains avec une solution hydro alcoolique, lui demander de revêtir un masque chirurgical et l'informer de la nécessité des mesures de protection devant être prises. Une information claire et compréhensible pourra être transmise avec la nécessité de s'assurer de l'aspect conciliant du patient ;
- **Pour le personnel** : revêtir un masque chirurgical et orienter le patient dans une zone d'attente. Cette zone pourra être constituée d'une chambre fermée avec fenêtre. Une ventilation naturelle régulière sera pourra être effectuée. La mise en place d'un isolement strict est nécessaire : limitation des déplacements du résident dans les espaces communs notamment. Cette chambre doit disposer d'un signalétique et rester fermé. Il sera nécessaire de réduire le nombre de personnels au contact direct du patient.

7.7 Des mesures de prévention compte tenu du risque SARS-CoV-2

En plus d'appliquer strictement les précautions « standard » et « complémentaires » par le personnel, il sera nécessaire dans l'hypothèse de circulation très active du virus sur le territoire national **d'informer systématiquement les visiteurs des résidents de la nécessité de reporter leur visite** si eux-mêmes souffrent d'une infection respiratoire aiguë ; d'inciter les personnels de l'établissement, s'ils présentent eux-mêmes des symptômes à consulter leur médecin et à appliquer des mesures barrières dès le début des symptômes si ceux-ci surviennent en période d'activité (port du masque de soins, renforcement de l'hygiène des mains).

7.8 Le dispositif à mettre en œuvre en cas de circulation très active

Dans le cas où la structure médico-sociale est **située dans une zone à circulation très active**, il est préconisé de **différer les visites prévues** et de mettre en œuvre une organisation temporaire qui vise à **limiter les contacts étroits** entre les personnes hébergées. Ceci dispositif sera mis en œuvre dans l'attente d'un retour à une situation stabilisée au sein du territoire de santé. Ce processus doit être mis en œuvre de façon progressif. Une information claire et compréhensible par tous doit être diffusée.

7.9 Des mesures barrières à la chaîne de transmission du SARS-CoV-2

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.

- Mise à disposition de solution hydro alcoolique au différent point de passage ;
- La formation des soignants et du personnel à la gestion d'un cas possible ;
- La limitation des visites aux malades ;
- L'information des visiteurs ;
- La réduction des activités de groupes (animations collectives,)

Il est important d'assurer la **formation de l'ensemble des personnels et des soignants** à la gestion d'un cas possible afin d'assurer au plus tôt la mise en sécurité de l'ensemble des personnes hébergées. Dans tous les cas, la connaissance et l'application des précautions standard et complémentaires représentent un prérequis indispensable. Par ailleurs, la mise à disposition d'un set d'équipement de protection doit être anticipé et opérationnel.

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

Dans la mesure où le patient est classé « cas possible » une évaluation plus approfondie est effectuée avec le SAMU-Centre 15. Cette évaluation nécessite de prendre des mesures de protection adéquates. Le patient classé « cas possible » sera immédiatement mis en zone d'isolement. Une simple chambre avec fenêtre est suffisante pour maintenir le patient classé « cas possible ».

Par le biais d'une **aération naturelle et régulière - ouverture de la fenêtre - porte fermée - la zone d'isolement satisfait à la mesure de confinement exigée**. Cette pièce ou zone d'isolement ne devra néanmoins pas disposer d'un traitement qui permette un recyclage de l'air vers d'autres zones de l'établissement.

7.11 Un set d'équipement de protection : Masque chirurgical

Des mesures de protection adéquates nécessitent d'être mises en œuvre avec le port d'un masque chirurgical. Pour rappel, le port d'un masque FFP2 n'est pas requis, à ce stade, dans la mesure où il est dédié uniquement aux professionnels de santé réalisant des soins avec des contacts étroits – invasifs - et fréquents sur des patients Covid-19.

7.12 Une information des personnels adaptée et régulière

Dans le cadre d'une circulation active du virus Covid-19, des positions « droit de retrait » pourraient être évoquées par le personnel compte tenu du contexte de circulation active du virus Covid-19. Il est donc important d'assurer une information régulière et adaptée.

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS

Coordination de la rédaction

- Bast BIDAR, Chargé de mission pour la gestion risques techniques associés aux soins (DGOS)
- Olivier BRAHIC, Sous-directeur de la veille et sécurité sanitaire
- 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 COURREGÉ, Inspectrice générale des affaires sanitaires et sociales
- Jean-Malo DEAN, Chef de projet accompagnement des ARS pour la planification et outre-mer (DGS)
- Magali GUEGAN, Adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
- Cécile HENRY, Cheffe de projet planification de la préparation du système de santé aux crises
- Clément LAZARUS, Adjoint au Sous-directeur de la veille et sécurité sanitaire
- Antoine MEFFRE, Chef de bureau, Service des politiques sociales et médico-sociales
- Jean-Marc PHILIPPE, Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé (DGS)
- Anne-Marie TAHRAT, Chargée de mission (DGCS)

La Direction générale de l'offre de soins et la Direction générale de la santé remercient les Sociétés savantes et toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce guide :

- Dr Hervé BLANCHARD, Coordonnateur régional des urgences et des alertes sanitaires, CPIAS Ile-de-France
- Dr François BRAUN, Président de SAMU-Urgences de France
- Dr Philippe CANO, Conseiller santé centre national civil et militaire de formation et d'entraînement NRBC-E
- Pr Pierre CARLI, Président du Conseil national l'urgence hospitalière
- Dr Jean-Marc CHAPPLAIN, Mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique
- Mme Flavie CHATEL, Mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique
- Pr Christian CHIDIAC, Président de la Commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes, HCSP
- Dr Hélène COIGNARD, Mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique
- Dr Matthieu DELOY, Référent pour les situations sanitaires exceptionnelles, Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac
- Dr Sandra FOURNIER, Équipe Opérationnelle d'Hygiène, Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités APHP
- Dr Bruno GRANDBASTIEN, Président de la Société française d'Hygiène Hospitalière
- Pr Etienne JAVOUHEY, Président du Groupe français de réanimation et d'urgence pédiatrique

- Pr Catherine LEPORT, Responsable médical, Mission nationale de coordination du risque épidémique et biologique
- Dr Christophe LEROY, Service de gestion des crises sanitaires APHP, Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
- Pr Gérard LINA, Président de la Société française de microbiologie
- Pr Eric MAURY, Président de la Société de réanimation de langue française
- Dr Agnès RICARD-HIBON, Présidente de la société française de médecine d'urgence
- Dr Joël PANNETIER, référent pour les situations sanitaires exceptionnelles, Centre hospitalier du Mans
- Dr Pierre PARNEIX, Responsable CPIAS Nouvelle-Aquitaine
- Pr Pierre TATTEVIN, Président de la Société de pathologie infectieuse de langue française
- Dr Muriel VERGNE, Société française de médecine d'urgence

ANNEXES

Listes des établissements de santé Covid-19 de 1^{ère} Et 2^{ème} ligne

Pour les Yvelines :

- Etablissement de **1ère ligne** : APHP Bichat
- Etablissement de **2ème ligne** :

Le **CH de Versailles** a été activé en établissement de **2ème ligne**, afin de venir appuyer les établissements de référence de l'AP-HP pour :

- Prendre en charge les analyses biologiques (PCR),
- Prise en charge des patients qui seraient confirmés, soit en ambulatoire, soit en hospitalisation.

En outre, le **CH de Poissy** est activé en tant qu'établissement **2 bis** : uniquement pour réaliser les PCR (opérationnel à partir de lundi 9 mars).

La doctrine organisationnelle pour les orientations de patients est en cours de finalisation par le SAMU78, le CH de Versailles et le CH de Poissy finalisent.

MAJ le 04/03/2020

Lignes directrices pour la prise en charge en ambulatoire des patients Covid-19 (cas confirmés) sans critère de gravité

Fiche en cours de finalisation à mettre dans cette annexe

Le dispositif de soins ambulatoires

En cas de survenue d'une épidémie de Covid-19, le nombre attendu de personnes potentiellement malades nécessitera d'adapter l'offre de soins et notamment les conditions d'hospitalisation.

Le principe général en situation épidémique réside dans le maintien à domicile des patients, l'objectif essentiel étant de ne pas saturer les établissements de santé. Les hospitalisations seront réservées aux patients les plus graves.

Le principe du maintien à domicile conduira à un nombre important de patients à prendre en charge et dont l'état clinique nécessitera probablement pour un certain nombre des soins infirmiers quotidiens.

Certains patients, tel que les dialysés ou les patients sous chimiothérapie voire les suites de réanimation, nécessiteront une adaptation spécifique de ces soins.

Tous les professionnels de santé libéraux, toutes les associations, fédérations, services de soins à domicile et services d'aide à domicile sont concernés par cette coordination.

Objectifs

Permettre la mobilisation la plus importante des professionnels de santé libéraux en leur donnant les moyens nécessaires pour effectuer leurs missions. Le dispositif des soins ambulatoires fait partie intégrante du plan ORSAN REB.

Le principe général est de limiter le regroupement de patients Covid-19 et non Covid-19. Le maintien à domicile des patients doit être privilégié tant que leur état clinique le permet. La prise en charge à domicile doit être organisée en privilégiant dans la mesure du possible le recours à la téléconsultation.

Le maintien à domicile des patients tant que leur état clinique le permet invite également à prendre en considération non seulement les soins, mais aussi l'aide à domicile si celle-ci est nécessaire.

La terminologie « domicile » inclut l'hébergement collectif (structures non médicalisées ou peu médicalisées, secteur social, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, etc.). Il est donc nécessaire de prévoir l'organisation ou le renforcement des visites médicales dans les établissements médico-sociaux.

Les professionnels de santé libéraux sont également susceptibles d'intervenir dans les structures extra-hospitalières (structures intermédiaires éventuellement mises en place pour suivre des patients malades ou convalescents dans l'impossibilité de rester à leur domicile mais ne relevant pas de soins aigus hospitaliers).

Organisation des soins en situation exceptionnelle

L'organisation des soins ambulatoires doit être définie dans chaque région par l'ARS avec les URPS et déclinée le cas échéant, dans chaque territoire

Cette organisation doit tenir compte des spécificités départementales et des zones urbaines et rurales. Elle doit conduire à une adaptation des soins selon l'organisation des cabinets médicaux et des secteurs géographiques d'ores et déjà définis.

Adaptation des espaces de consultation

Le respect du principe de limitation de regroupement de patients Covid-19 et non Covid-19 nécessite une organisation adaptée pour tout espace de consultations. Cette organisation doit être mise en œuvre par les médecins généralistes et spécialistes comme par les professions paramédicales exerçant en médecine de ville.

L'organisation des espaces de consultation pour permettre de réduire le risque de diffusion du virus doit pouvoir remplir les critères suivants :

- Mettre à disposition dans la salle d'attente une signalétique informative (affichage) ;
- Mettre à disposition dans la salle d'attente des masques antiprojections (chirurgicaux), des mouchoirs à usage unique, des poubelles munies de sacs et d'un couvercle, du gel antiseptique ou une solution hydro alcoolique pour le lavage des mains ou un lavabo avec du savon liquide et des serviettes ;
- Bannir de la salle d'attente meubles inutiles, journaux, jouets ;
- Éliminer les déchets issus des malades potentiels.

Il est par ailleurs nécessaire :

- D'entretenir les surfaces et de les nettoyer au moins deux fois par jour ;
- De désinfecter les surfaces avec les produits détergents désinfectants habituels selon les indications du fabricant ;
- De porter une attention particulière aux surfaces en contact direct avec le malade (poignées de porte, meubles, chasse d'eau, lavabo, etc.);
- D'aérer largement et régulièrement les locaux.

En termes d'organisation des consultations, plusieurs ajustements de l'exercice sont possibles :

- Mise en place de plages horaires spécifiques pour les patients Covid-19 et asymptomatiques, afin de limiter leur regroupement ;
- Limitation des délais d'attente du patient ;
- Sectorisation de la salle d'attente.

Protection individuelle du professionnel de santé exerçant en ambulatoire

Le ministère chargé de la santé a prévu de doter chaque professionnel de santé libéral en contact direct avec des patients Covid-19 d'appareil de protection respiratoire FFP2.

Il convient aussi de disposer de masques antiprojection (masques chirurgicaux) pour les patients suspects de Covid-19.

Conseils sur les conditions de maintien à domicile du patient

Le professionnel de santé libéral a un rôle de prévention et de conseil pour le patient Covid-19.

Il doit lui rappeler le respect strict des règles d'hygiène et d'isolement :

- Le malade grippé doit rester à l'écart des autres personnes du foyer, et, dans la mesure du possible, dans une pièce isolée et aérée régulièrement.

- Il doit limiter ses contacts avec l'entourage, notamment les embrassades, poignées de mains, etc. ;
- Le patient Covid-19 grippé doit porter un masque chirurgical notamment lorsqu'il est en présence d'une autre personne et le jeter chaque fois qu'il est mouillé ;
- Pour les jeunes enfants Covid-19 qui ne pourront pas toujours porter un masque, les personnes en contact direct et rapproché avec l'enfant devront porter un masque ;
- Le patient Covid-19 doit se couvrir la bouche lorsqu'il a des accès de toux et pour chaque étternuement. Il doit se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique et les jeter dans une poubelle munie d'un sac et d'un couvercle. S'il a besoin de cracher, il doit le faire dans un mouchoir à usage unique et le jeter dans une poubelle munie d'un sac et d'un couvercle ;
- Dans la chambre, le patient Covid-19 doit pouvoir disposer de mouchoirs en papier à usage unique et de poubelles munies d'un sac et d'un couvercle. Les déchets doivent être déposés dans un sac en plastique bien fermé (lien), par la filière des ordures ménagères. Il est recommandé d'utiliser un double emballage (en cas de déchirure du sac extérieur lors de la collecte) en évitant la présence d'air ;
- La patient Covid-19 doit se laver régulièrement les mains au savon ordinaire. Ce lavage doit être répété très souvent dans la journée, plus particulièrement après un mouchage, un étternuement ou une toux.
- À domicile, les visites du patient Covid-19 par ses proches doivent être réduites au strict minimum et, si possible, il doit être choisi une seule personne de l'entourage pour visiter le malade. Les visiteurs doivent porter un masque chirurgical.

Les personnes vulnérables (enfants de moins de 15 ans, personnes atteintes de maladies chroniques cardio-respiratoires, femmes enceintes, immunodéprimés, etc.) ne doivent pas rendre visite à un patient Covid-19.

La vaisselle et le linge du patient Covid-19 peuvent être lavés en commun avec les effets du reste de la famille.

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 soins de ville, des transports sanitaires et des hospitalisations. 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. L'hypothèse de travail retenue est celle d'un triplement des moyens actuels de régulation.

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 dans l'augmentation des capacités de régulation ainsi que dans la sécurisation des SAMU/Centres 15.

Missions des SAMU-Centres 15

Les fonctions essentielles des SAMU/Centres 15 sont la régulation des appels médicaux d'urgence, le conseil médical, l'envoi de moyens de secours 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 :

- 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 ;
- Coordination avec l'ARS ;
- Coordination avec les SIS et les transporteurs sanitaires ;
- Soutien, appui logistique, voire expertise spécialisée apportés par les SAMU-Centres 15 des établissements de santé de 1ère ligne 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.

Renforcement des SAMU/Centres 15, gestion des appels

L'objectif est le maintien ou 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 de pandémie, mais devront être configurées 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 réfléchisse dès à présent aux conséquences d'une augmentation des appels à hauteur de 200 % (triplément) et aux mesures à prendre pour 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).

Sécurisation des SAMU-Centres 15

La sécurisation des SAMU/Centres 15 nécessite une réflexion sur la compatibilité des systèmes informatiques, téléphonique et radio. Tous les SAMU/Centres 15 doivent rechercher une sécurisation via des reroutages possibles et la mise en place d'une régulation déportée vers :

- Un ou plusieurs autres SAMU/Centres 15;
- Le 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 biappartenance 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, nécessitant un encadrement par des seniors. Là aussi, des formations sont à prévoir dès maintenant pour les médecins qui se porteraient volontaires à cet exercice.

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 des appuis mutuels entre les CRRA et le cas échéant, d'une structure de type « front office » permettant un triage des appels en préfiguration du service d'accès aux soins (SAS).

Régulation des hospitalisations

Toute hospitalisation demandée par un médecin de ville est régulée 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.

Il n'est pas prévu d'admission directe dans les services sans régulation par le SAMU/Centre 15.

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. L'objectif est que toute hospitalisation soit préalablement régulée par le SAMU-Centre 15. Nonobstant cet objectif, des patients se présenteront spontanément dans les établissements de santé, ce qui nécessite la définition de règles générales pour le tri.

Objectifs

- 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.

Accueil des patients dans l'établissement

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent prendre les mesures nécessaires pour sécuriser leurs entrées. Ils doivent réduire au maximum le nombre de points d'entrée dans l'établissement. L'objectif est de contrôler les entrées et les admissions. La déclinaison de cette mesure sera à adapter à la spécificité des établissements.

Des personnels de l'établissement doivent être présents à chaque point d'entrée maintenu. Tous les patients, visiteurs et personnels et plus largement toute personne se présentant aux points d'entrée doivent porter un masque chirurgical.

Le principe est d'éviter la contamination de l'environnement. Il est nécessaire par ailleurs de limiter le plus possible les visites.

À un point d'entrée, une équipe de tri permettra d'organiser la prise en charge des patients se présentant spontanément.

Un accès dédié peut être mis en place pour les patients à hospitaliser dont l'admission a été régulée par le SAMU/Centre 15. Cet accès doit pouvoir respecter la sectorisation de l'établissement. Ces patients nécessitant une hospitalisation seront orientés vers les services appropriés de l'établissement en zone à basse ou haute densité virale selon leur symptomatologie clinique.

Zone de tri

Tous les établissements de santé, publics et privés, doivent mettre en place une zone de tri. L'objectif de cette zone de tri est double :

- Réguler l'arrivée spontanée des patients et identifier les patients relevant d'une hospitalisation, qu'ils soient Covid-19 ou non. Ce point est essentiel car il va permettre de ne pas saturer l'établissement ;
- Trier les patients Covid-19 des patients asymptomatiques.

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 se faire par un médecin expérimenté.

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.

Structure d'accueil des urgences

- Seuls les patients nécessitant une hospitalisation (hospitalisations régulées par le SAMU-Centre 15 ou décidées après le tri) doivent être admis aux urgences.
- Les patients régulés par le SAMU-Centre 15 seront admis directement dans le service retenu ou à défaut au service des urgences. Une attention particulière doit être portée aux enfants.
- 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.

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.

Sectorisation de l'établissement

Tous les établissements de santé et médicosociaux 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 :

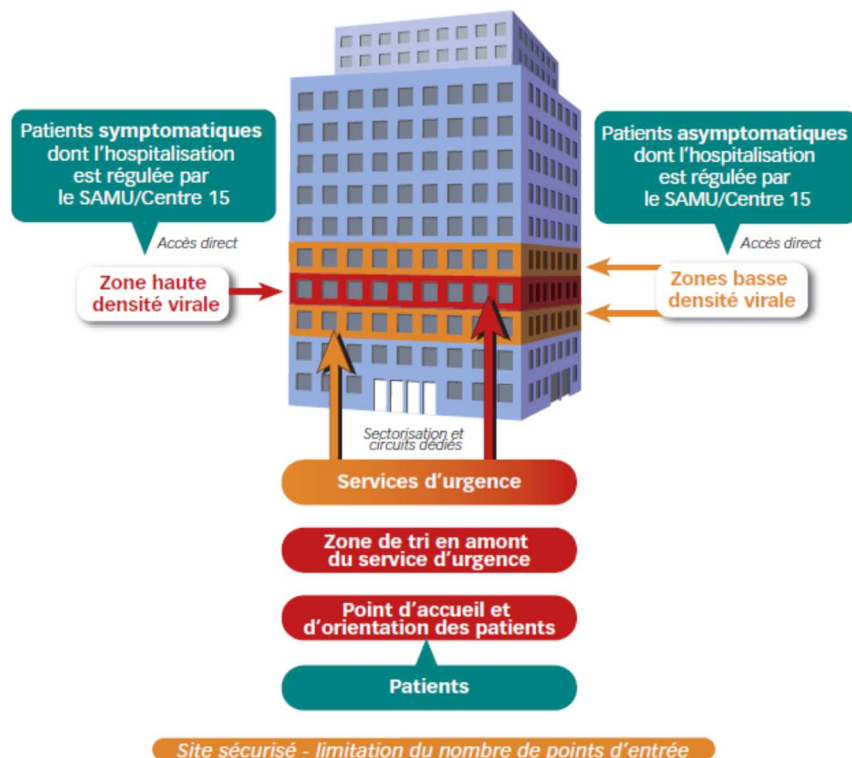
- Les points d'accueil ;
- La zone de tri ;
- Le service d'urgence s'il ne peut être sectorisé ;
- Les services ne pouvant être sectorisés lors du passage de patients Covid-19 (radiologie, etc.).

Cette zone nécessite des mesures d'hygiène particulière (lavage des mains renforcé, etc.) et de protection individuelle (notamment le port du masque FFP2 pour les professionnels de santé et du masque chirurgical pour les patients).

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

Dans la mesure du possible, le personnel sera dédié à une zone et ses déplacements dans les autres services seront limités. Cette 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.

Organisation dans les services

Chaque fois que possible, il est nécessaire de désigner un membre du personnel par service plus spécialement chargé de veiller au respect par tous des mesures barrières et d'hygiène, en particulier au début de l'épidémie.

Les soins en réanimation

Objectif

Une épidémie de Covid-19 pourrait conduire à un nombre important de patients relevant de soins de réanimation. Compte tenu des formes cliniques connues, ce type de réanimation pourrait être lourd et long, comportant essentiellement une composante respiratoire.

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

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

Les capacités d'hospitalisation

Les capacités d'hospitalisation en réanimation doivent pouvoir être doublées en tenant compte de:

- L'application des plans de déprogrammation qui conduiront à libérer des places de réanimation (déprogrammation de certaines activités chirurgicales) ;
- 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.

Il conviendra 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 conviendra 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.

Le redéploiement de lits de réanimation nécessaires jusqu'au doublement des capacités doit être anticipé.

Le redéploiement des moyens humains utilisés pour l'activité chirurgicale programmée (anesthésiste-réanimateur, IADE, etc.) vers l'activité de réanimation constitue une solution adaptée pour faire face à l'afflux de patients relevant de la réanimation.

Les moyens matériels

Les équipements minimum nécessaires au doublement des capacités incluent par patient pris en charge: un moniteur, un respirateur, des seringues électriques, un système d'aspiration, etc. Le doublement des capacités des services de réanimation implique le 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.).

Le personnel

- Dans la mesure du possible, il est nécessaire que le personnel soit formé. La possibilité d'adjoindre, dans une certaine mesure, des IDE d'autres services reste ouverte, sous réserve d'une formation préalable.
- 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.).
- Dès à présent, chaque établissement de santé doit procéder au recensement du personnel d'anesthésie et de réanimation en activité dans ces services à ce jour voire ayant exercé durant les 5 dernières années. 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.
- 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.

La post-réanimation

Le circuit de sortie de réanimation doit être pris en compte dans les réflexions liées à la réanimation, l'objectif étant de répondre à un turn-over rapide. 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 de remise en état des locaux.

L'ensemble de ces actions nécessite au préalable que chaque région sous la coordination de l'ARH établisse 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, 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.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ