Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

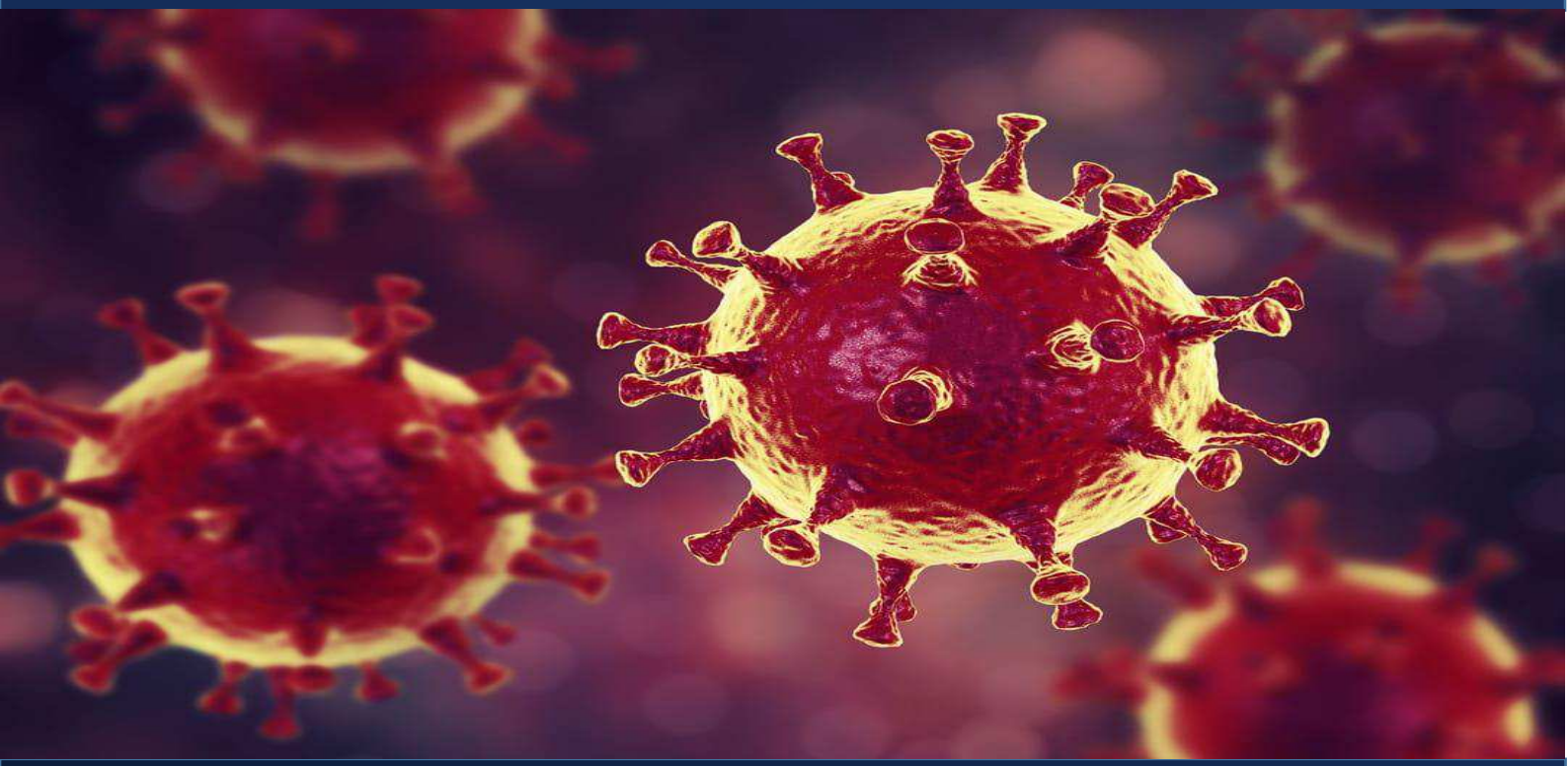
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

PRÉPARATION AU RISQUE ÉPIDÉMIQUE Covid-19

Établissements de santé

Médecine de ville

Établissements médico-sociaux



20 février 2020

GUIDE METHODOLOGIQUE

Sommaire

INTRODUCTION 1

I. ELEMENTS DE CONTEXTE 3

1.1 Origine de l'épidémie 3
1.2 Éléments d'information sur le SARS-CoV-2 3
1.3 Transmission interhumaine du SARS-CoV-2 3
1.4 Définition des cas 4
1.5 Mesure de prévention de la transmission du SARS-CoV-2 4

II. LA STRATÉGIE DE REPONSE SANITAIRE 5

2.1 Une stratégie de réponse définie en fonction de la cinétique épidémique 5
2.2 Stade 1 et 2 : la stratégie d'endiguement 5
2.3 Stade 3 : la stratégie d'atténuation 6

III. L'ORGANISATION SANITAIRE 8

3.1 Une organisation qui repose sur le plan ORSAN REB 8
3.2 Le principe d'une prise en charge graduée 8
3.3 Un 1er niveau : établissements de santé habilités pour le Covid-19 9
3.4 Un 2ème niveau : établissements de santé de 2ème ligne 9
3.5 Un 3ème niveau pour le stade épidémique 9

IV. DISPOSITIONS GENERALES A METTRE EN ŒUVRE 10

4.1 Modalités d'accueil des patients 10
4.2 Repérage, détection précoce et modalités de classement 10
4.3 Modalités d'alerte si patient « cas possible » 11
4.4 Mesures d'isolement si patient « cas possible » 12
4.5 Mesures d'hygiène renforcées 12
4.6 Les professionnels de santé en contact direct 14
4.7 Conduite à tenir « sujets contacts » 15
4.8 Un suivi renforcé pour les professionnels exposés fortuitement 16

V. AIDE MÉDICALE URGENTE 17

5.1 SAMU-Centre 15 17
5.2 SMUR 17

VI. ETABLISSEMENTS HABILITES POUR LE COVID-19 18

6.1 Établissements de santé habilité pour le Covid-19 18
6.2 Éléments de préparation 18
6.3 Moyens matériels de protection supplémentaires mobilisables 19
6.4 Prise en charge des patients « cas possibles » 19
6.5 Orientation des patients « cas confirmés » 20
6.6 Infrastructure des établissements de santé habilités pour le Covid-19 20
6.7 Recommandations relatives au traitement d'air 20
6.8 Procédures à formaliser 20
6.9 Capacité hospitalière de l'établissement de santé habilité pour Covid-19 21
6.10 Test diagnostique pour le SARS-CoV-2 21
6.11 Nature des prélèvements à réaliser 22

6.12 Moment des prélèvements 23
6.13 Modalités de réalisation des prélèvements 23
6.14 Prise en charge thérapeutique 23
6.15 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3) 23

VII. AUTRES ETABLISSEMENTS DE SANTE 25

7.1 Infrastructure nécessaire 25
7.2 Procédures à formaliser 26
7.3 Prélèvement du patient classé « cas possible » 26
7.4 Actions à mettre en œuvre si patient classé « possible » 26
7.5 Transport des patients classés « cas possibles » 26
7.6 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3) 27

VIII. MEDECINE DE VILLE ET SOINS AMBULATOIRES 28

8.1 Place de la médecine de ville et des soins ambulatoire dans le dispositif 28
8.2 Moyens nécessaires 28
8.3 Action à mettre en œuvre devant un patient « cas suspect » voire « cas possible » 28
8.4 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3) 29

IX. FORMATION, INFORMATION ET COMMUNICATION 30

9.1 Formation aux risques des personnels concernés 30
9.2 L'information des personnels est nécessaire 31
9.3 Stratégie de communication 31

X. CONCLUSION 32

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS 33

ANNEXE 1 : ETABLISSEMENTS DE SANTE HABILITES COVID-19 35

ANNEXE 2 : LABORATOIRES ASSURANT LE DIAGNOSTIC DE COVID-19**ERREUR ! SIGNET NON DÉFINI.**

ANNEXE 3 : LOGIGRAMME DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUSPECT 36

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)

INTRODUCTION

Dans le contexte de l'alerte internationale relative aux infections respiratoires liées au nouveau Coronavirus « SARS-CoV-2 », le Ministère des solidarités et de la santé a mobilisé le système de santé afin de faire face à cette épidémie pour notamment assurer la détection et la prise en charge des patients « cas possibles » et « cas confirmés ». Cette mobilisation repose sur le **plan ORSAN REB** élaboré et mis en œuvre dans chaque région par l'ARS. Alors que l'augmentation du nombre de cas officiellement déclarés au niveau international ne ralentit pas, la probabilité de dissémination du virus dans notre pays n'est désormais plus marginale et il convient de s'y préparer.

La stratégie actuelle est de limiter l'introduction du virus et le cas échéant, de freiner sa propagation sur le territoire, en s'assurant de la détection rapide des patients suspects et le cas échéant, leur classement en « cas possibles ». L'objectif vise aussi à isoler et traiter les patients classés « cas confirmés » dans des établissements de santé habilités pour le Covid-19, en mettant en œuvre des mesures telles que : l'information des professionnels de santé et la montée en charge du système de santé, le déploiement sur le territoire des méthodes diagnostiques. Dans ce cadre, il est important de proposer aux professionnels de santé les principales lignes directrices pour élaborer la stratégie de soins et prévenir des transmissions secondaires à partir des cas déjà identifiés de Covid-19. Ces lignes directrices proposées restent des orientations générales qui seront actualisées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques. Ce guide n'impose aucune disposition réglementaire nouvelle. Il prend en compte les premiers retours d'expérience des établissements de santé chargés actuellement d'assurer la prise en charge des premiers cas de « Covid-19 » sur le territoire.

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 à la prise en charge de patient classé cas suspect, possible et confirmé du nouveau Coronavirus : SARS-CoV-2. Compte tenu de la cinétique de l'épidémie au niveau international et des différentes modalités de prises en charge (hospitalisation complète, ambulatoire, médecine de ville…) il est nécessaire d'apporter d'ores et déjà, aux personnels soignants de première ligne (professionnels de santé libéraux, SAMU-Centre 15, structures d'accueil des urgences, services des maladies infectieuses, services de réanimation…) les premiers éléments d'information afin de permettre une prise en charge précoce et sécurisée des premiers 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.

Le guide fournit des orientations reposant sur les avis spécifiques formalisés par Santé publique France (Santé publique France), le Haut conseil de santé publique (HCSP), la mission nationale de coordination opérationnelle du risque épidémique et biologique (COREB), les Centres nationaux de références des virus respiratoires (CNR), la société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), la Société française de microbiologie (SFM), et la Société française de médecine d'urgence (SFMU).

Ce guide méthodologique s'inscrit dans une approche pragmatique et raisonnée de la situation sanitaire exceptionnelle liée au SARS-CoV-2 pour permettre l'appropriation, par chaque acteur du système de santé, du cadre national de réponse prévue et des bonnes pratiques qui en découlent. Ce guide n'a toutefois pas vocation à apporter une réponse exhaustive à toutes les questions sur ce virus qui font encore l'objet d'incertitudes, ni de reprendre en détail les recommandations officielles. Compte tenu des disparités des organisations, il appartient aux directeurs des établissements en collaboration avec les responsables médicaux des services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT) en lien avec les urgentistes, les réanimateurs et les pédiatres 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 et du MERS-CoV.

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. ELEMENTS DE CONTEXTE

1.1 Origine de l'épidémie

L'OMS a été informée par les autorités chinoises d'un épisode de cas groupés de pneumonies dont tous les cas avaient un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan (région du Hubei), en Chine, le *Huanan South China Seafood Market*. Le 9 janvier 2020, un nouveau coronavirus (Covid-19) a été identifié comme étant la cause de cet épisode. Parmi les 41 premiers cas détectés à Wuhan, la plupart travaillaient dans le Huanan South China Seafood Market où des animaux vivants étaient vendus, ou l'avaient fréquemment visité, indiquant une probable contamination d'origine animale. Le marché a été fermé et désinfecté le 1er janvier, mais la source d'infection n'a pas été formellement identifiée à ce jour.

1.2 Éléments d'information sur le SARS-CoV-2

Selon l'analyse faite par le Centre européen de contrôle et prévention des maladies infectieuses (ECDC), le risque de propagation du SARS-CoV-2 au sein du territoire français est actuellement considéré comme faible si les cas « confirmés » sont détectés précocement et que des mesures de contrôle adéquates sont mises en place immédiatement (isolement des malades, information et suivi de leurs contacts étroits, protection des personnels soignants).

La maladie à SARS-CoV-2 débute après 2 à 14 jours d'incubation (en moyenne 3 à 7 jours) par des signes cliniques peu spécifiques (toux, fièvre ≥ 38° ou sensation de fièvre, dyspnée, fatigue, anorexie rhinorrhée, myalgies, céphalées, pharyngite). D'autres signes apparaissent ensuite dans certains cas : vomissements, diarrhée, céphalées, vertiges, conjonctivite. L'analyse actualisée des données épidémiologiques met en lumière l'étendue du spectre clinique de l'infection, allant de formes asymptomatiques jusqu'aux formes les plus graves. La symptomatologie respiratoire reste au premier plan. Les formes sévères représentent 13 à 17% et la létalité est de 2 à 3% des cas déclarés en Chine.

Les connaissances sur le virus sont susceptibles d'évoluer au fur et à mesure, notamment en ce qui concerne la période d'incubation qui d'après des publications récentes pourrait être supérieure à 14 jours, cependant le niveau de preuve n'est à l'heure actuelle pas suffisant.

1.3 Transmission interhumaine du SARS-CoV-2

La dynamique de l'épidémie observée actuellement est compatible avec une transmission interhumaine importante en Chine. À ce jour, 75 192 cas confirmés, avec 2012 cas décédés, dont 6 hors de Chine dans 25 pays.

Hormis la Chine, plusieurs pays ont déclaré avoir identifié des évènements de transmission interhumaine sur leur territoire. (mise à jour disponible sur le site de Santé publique France : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-situation-epidemiologique-internationale).

La prévention de la transmission interhumaine du virus repose sur des précautions d'hygiène adaptées : « air et contact » venant s'ajouter aux précautions standard.

Un suivi minutieux des personnes contacts autour de ces cas est actuellement mis en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS) concernées et les cellules régionales de Santé publique France.

1.4 Définition des cas

La définition de cas est élaborée par Santé publique France et régulièrement actualisée. Elle est disponible sur le site : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/coronavirus-2019-ncov-france-et-monde

Quelques définitions utiles :

- **Patient cas suspect** : personne dont on considère qu'elle pourrait répondre à la définition de cas (en attente de classement) ;
- **Patient cas possible :** patient cas suspect qui, après évaluation et classement par un infectiologue référent, entre dans la définition de cas élaborée par Santé publique France ;
- **Patient cas confirmé :** patients cas possible avec un prélèvement biologique confirmant la présence du SARS-CoV-2 ;
- **Personne co-exposée :** personne exposée à la même source d'exposition virale que le cas possible ;
- **Personne contact :** personne ayant été en contact avec un « cas confirmé » avec différents niveaux de risque : négligeable, faible et modéré/élevé.

L'annexe 3 : « *Logigramme de prise en charge d'un patient suspect* » décrit le processus de prise en charge d'un patient cas suspect.

1.5 Mesure de prévention de la transmission du SARS-CoV-2

La transmission interhumaine à SARS-CoV-2 se fait par la projection de gouttelettes et par un contact direct manu porté ou par l'intermédiaire de surfaces souillées. Une transmission par aérosols est possible lors de soins exposants. Des précautions entériques sont à prendre en cas de diarrhée.

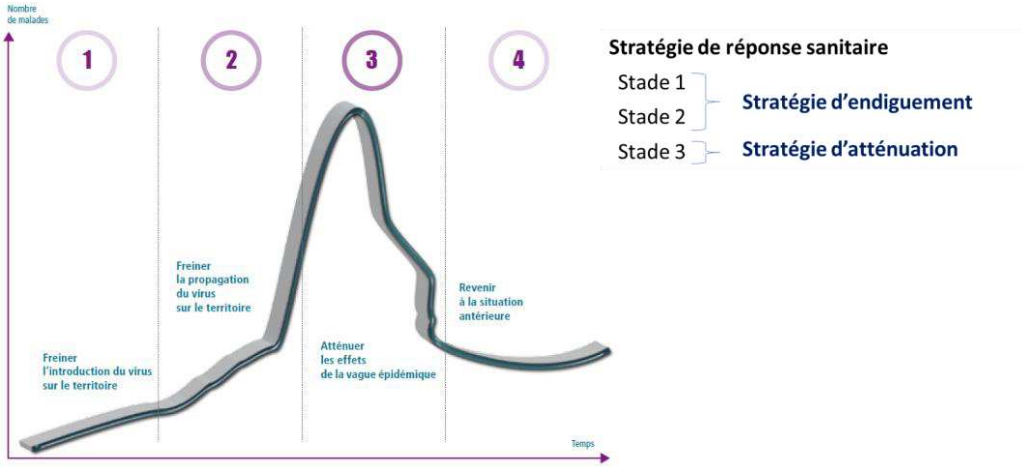
Les précautions d'hygiène recommandées pour la prise en charge d'un patient classé « cas suspect » voire classé « cas possible » d'infection de Covid-19 impliquent ainsi un strict respect des précautions standard incluant une hygiène des mains avec un très haut niveau d'observance. Lors de la prise en charge en milieu de soins ces précautions standard doivent être complétées par des précautions complémentaires de type « air » et « contact » (cf. recommandations SF2H du 28/01/2020 https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCo-28-01-2020.pdf).

Ces précautions s'imposent à tous les intervenants soignants aux différentes étapes de la prise en charge. En l'absence du respect des précautions d'hygiène « air et contact », il existe un risque de transmission du virus lors des soins.

II. LA STRATÉGIE DE REPONSE SANITAIRE

2.1 Une stratégie de réponse définie en fonction de la cinétique épidémique

La stratégie de réponse est définie en fonction de la cinétique épidémique.



2.2 Stade 1 et 2 : la stratégie d'endiguement

La situation épidémique en France est actuellement entre les stades 1 et 2. Il n'existe donc pas de circulation active du virus mais seulement des cas sporadiques pris en charge individuellement dans le cadre d'un parcours de soins sécurisé avec identification et surveillance de leurs contacts. Des clusters peuvent apparaitre et font l'objet de mesures de prise en charge spécifiques.

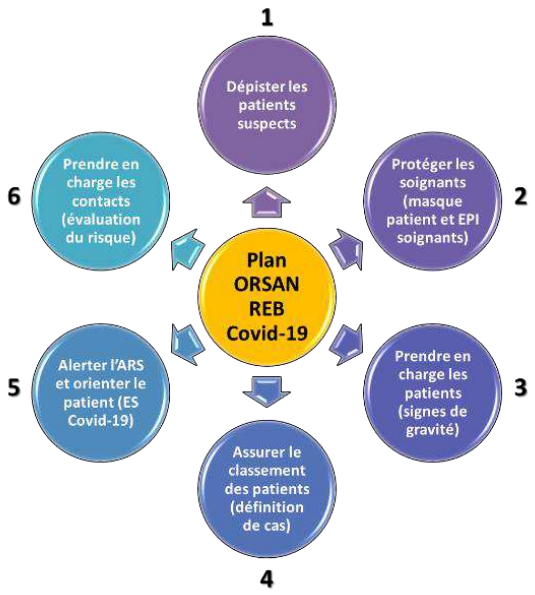
Aux stades 1 et 2, la stratégie sanitaire consiste à freiner l'introduction du virus sur le territoire national et de freiner sa propagation par des mesures d'endiguement qui reposent sur le plan ORSAN REB élaboré et mise en œuvre par chaque ARS dont les objectifs opérationnels sont :

- Assurer la prise en charge des patients atteints d'infection liée à un agent infectieux connu ou émergent notamment ceux présentant un risque épidémique ;
- Endiguer la propagation de l'agent infectieux en mettant en œuvre les mesures de biosécurité requises par le patient et par la prise en charge des personnes contacts en cas de maladie à transmission interhumaine ou co-exposées.

La stratégie d'endiguement nécessite la mobilisation du système de santé pour dépister les patients cas suspects, assurer la prise en charge des patients classés « cas possibles et confirmés » en particulier pour les établissements de santé habilités Covid-19 (volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles). Elle repose sur la prise en charge de tous les patients classés « cas possibles » en établissements de santé habilités Covid-19. Cependant l'information large de tous les acteurs de soins, y compris les professionnels de santé de ville et les établissements médico-sociaux, est nécessaire pour permettre l'identification éventuelle de cas suspects via un contact avec n'importe quel type de professionnel de santé ou du secteur médico-social et anticiper l'éventuel stade 3 nécessitant une stratégie d'atténuation.

La stratégie d'endiguement mobilise également des acteurs tels que les points d'entrée (aéroports internationaux et ports) pour limiter l'importation du virus à partir de la Chine.

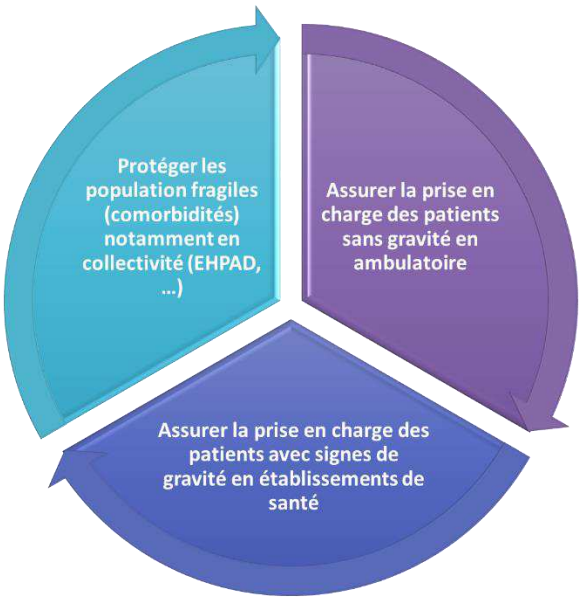
La stratégie d'endiguement repose sur 6 actions clés :



2.3 Stade 3 : 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. Dans l'hypothèse d'un stade épidémique avérée, l'ensemble des établissements sanitaires (en sus des établissements identifiés Covid-19) doivent

pouvoir participer au diagnostic et à la prise en charge des cas suspects, de même que les établissements médico-sociaux doivent monter en charge : être en capacité de repérer les patients suspects et mettre en œuvre des mesures d'isolement dans leur établissement si nécessaire.

III. L'ORGANISATION SANITAIRE

3.1 Une organisation qui repose sur le plan ORSAN REB

L'organisation de la réponse du système de santé à l'émergence du Covid-19 repose sur le **plan ORSAN REB** élaboré et mise en œuvre par chaque ARS dont les objectifs opérationnels sont :

- **D'assurer la prise en charge des patients atteints d'infection liée à un agent infectieux** connu ou émergent notamment ceux présentant un risque épidémique ;
- **D'endiguer la propagation de l'agent infectieux** en mettant en œuvre les mesures de biosécurité requises par le patient et par la prise en charge des personnes contacts en cas de maladie à transmission interhumaine ou co-exposées.

La qualité et la robustesse de ce dispositif imposent la mobilisation de tous les acteurs du système de santé. En effet, la qualité de la réponse dépend d'une coordination adaptée des différents acteurs fondée sur un travail de préparation effectué en amont.

Les premiers retours d'expérience issus des établissements de santé concernés permettent, à ce stade, de dégager des principes d'actions génériques pour la prise en charge d'un cas de Covid-19.

Pour les établissements de santé, la déclinaison de ce plan est assurée dans le cadre du volet « REB » du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé. La plupart des organisations et procédures déjà prévues et arrêtées dans ce plan apporteront l'architecture support propre à une déclinaison rapide et facilitée.

La préparation de votre dispositif de réponse pourra être utilement conduite en lien avec l'ARS, le SAMU-Centre 15, les CPias, ainsi qu'avec les référents de l'ESR de votre zone.

3.2 Le principe d'une prise en charge graduée

L'organisation sanitaire prévue sur le territoire français pour assurer la prise en charge des patients classés « cas possibles » et « cas confirmés » à Covid-19 s'appuie sur une hiérarchisation fonctionnelle des établissements de santé à deux niveaux. Cette organisation vise à mettre en œuvre un dispositif de montée en puissance graduée si la situation le nécessite.

Cette hiérarchisation permet d'avoir un dispositif de réponse apte à monter en puissance, de structurer de façon plus claire la filière de prise en charge des patients Covid-19, de resserrer l'offre de soins autour d'établissements de santé pivots de première ligne en veillant à préserver le fonctionnement habituel de la médecine de ville et des autres établissements de santé.

Une deuxième ligne de réponse s'appuierait sur des établissements de santé disposant des moyens nécessaires et permettra si celle-ci est activée, d'augmenter les capacités hospitalières de première ligne.

Malgré la mise en œuvre de la stratégie d'endiguement, la probabilité de devoir faire face à une épidémie à Covid-19 (stade 3) existe. Le principe de précaution impose donc de se préparer pour faire face à ce scénario. Il est difficile de pouvoir déterminer les caractéristiques précises d'une éventuelle épidémie due à ce nouveau virus dont la virulence notamment, n'est à ce stade pas complétement connue. Face à cette incertitude, la démarche retenue visera dans un premier temps à développer une filière ambulatoire robuste avec retour précoce et maintien à domicile des patients Covid-19 classés « cas confirmés » pour assurer et faciliter la prise en charge des patients qui ne nécessiteraient pas une hospitalisation tout en renforçant les capacités de prise en charge des patients graves dans les établissements de santé. Dans un second temps, la prise en charge des patients sans critère d'hospitalisation serait réalisée en ambulatoire. Seuls les patients présentant des signes de gravités seraient pris en charge en établissements de santé.

Une coordination entre les différents acteurs du système de santé sous l'égide de l'ARS est indispensable pour optimiser la réponse sanitaire. Dans ce contexte, le volet social et médico-social doit également être pris en compte. La mise en place de structures intermédiaires, « domicile de substitution » doit être préparé pour les patients classés « cas possibles » ne pouvant rester à leur domicile ou ayant des difficultés de logement doit aussi être préparée.

Enfin, la coopération et la coordination entre les établissements de santé doivent être effectives, celles-ci devant permettre de répartir équitablement la pression exercée pendant le scénario épidémique.

3.3 Un 1er niveau : établissements de santé habilités pour le Covid-19

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 (cf. liste annexe 1). Ces établissements constituent la première ligne de prise en charge en France. Ce choix des établissements de santé habilités s'est fait au regard de leurs capacités de prise en charge bio sécurisée - chambre d'isolement de haute sécurité en service de maladies infectieuses ou de réanimation, et des capacités de diagnostics virologiques (laboratoire LSB3). Ces établissements de santé habilités pour le Covid-19 disposent d'un plateau technique hautement spécialisé et sont opérationnels 24/7 et d'un recours permanent à un infectiologue. Ils permettront notamment la prise en charge des patients classés « cas confirmés » dans des conditions de sécurité maximales au sein de services de maladies infectieuses et tropicales et/ou de réanimation.

3.4 Un 2ème niveau : établissements de santé de 2ème ligne

Un deuxième niveau vise des établissements de santé qui pourront être mobilisés en seconde intention pour augmenter les capacités des établissements de première ligne, si besoin. Ces établissements de santé sont désignés sur la base des critères suivants :

- Présence d'une unité d'infectiologie ou de lits dans une autre unité de soins avec prise en charge des patients sous la responsabilité d'un infectiologue sénior ;
- Chambres permettant l'isolement des patients (chambre individuelle, avec un renouvellement correct de l'air **sans recyclage au sein de l'établissement**) ;
- Laboratoire de biologie médicale permettant d'assurer la biologie courante dans les conditions requises. Le diagnostic microbiologique pour ces patients est réalisé dans les établissements de santé de première ligne.

3.5 Un 3ème niveau pour le stade épidémique

Au stade épidémique (ou pandémique) le passage à une stratégie d'atténuation nécessite **la mobilisation de tous les secteurs de l'offre de soins.**

Il s'agira alors de renforcer l'offre de soins en développant une filière ambulatoire avec maintien à domicile des patients peu graves tant que leur état clinique le permet. Ce dispositif de maintien à domicile visera à ne pas saturer les capacités d'hospitalisation des établissements de santé et permettra de réserver les ressources des établissements de santé soient aux cas les plus graves.

Ce troisième niveau de réponse visera aussi à mobiliser en complément des établissements de santé les professionnels de santé libéraux, les services de soins à domicile et potentiellement les services d'aide à domicile. Il visera aussi à renforcer les établissements médico-sociaux pour assurer la prise en charge de ces personnes fragiles.

IV. DISPOSITIONS GENERALES A METTRE EN ŒUVRE

4.1 Modalités d'accueil des patients

Au cours des stades 1 et 2, l'accueil inopiné de patients correspondants à des cas suspects doit être envisagé. Tout établissement doit être en mesure au minimum de mettre en place les mesures barrières et de protection des autres patients, développées dans la chapitre 6 de ce document.

Il s'agira de repérer dès son arrivée dans l'établissement de santé et le plus rapidement possible (services des urgences, urgences maternité, consultations…) un patient suspect de Covid-19. Les professionnels de santé 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 prise en charge d'un patient suspect puis classé « cas possible », après interrogatoire et examen clinique, au sein d'un espace dédié, distinct de l'accueil des urgences.

Il est nécessaire de privilégier un circuit d'accueil court pour un patient classé « cas possible » de Covid-19 directement vers les services spécialisés en lien avec le SAMU–Centre 15.

La procédure organisationnelle doit prévoir également les modalités d'**information des patients, notamment** par affichage multilingue pour les cas suspects et ceux potentiellement « cas possibles » à l'occasion de leur prise en charge.

Le recours à l'interprétariat et à une médiation éventuelle pour obtenir un interrogatoire fiable seront prévus en cas de besoin.

L'apposition d'affiches en français, anglais et chinois au sein des services d'accueil des urgences et dans les salles d'accueil de consultation est recommandée.

Cet accueil inopiné peut concerner tout professionnel de santé et nécessite de s'y préparer.

4.2 Repérage, détection précoce et modalités de classement

Au stade 1 et 2, 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 professionnels de santé sur la base de la fiche COREB dans la perspective de les classer.

La détection d'un patient « suspect » d'infection à Covid-19, en raison de la variabilité de la présentation clinique du patient, doit suivre une démarche rigoureuse. Il s'agit de s'appuyer notamment sur la fiche radar développée par la mission nationale COREB[1] :

Ce classement s'appuie sur la définition de cas décrite dans le chapitre 1. Cette **définition des cas est de la responsabilité de Santé publique France[2]**.

L'évaluation et le classement du patient cas suspect sont réalisés par l'infectiologue référent via au appel au SAMU-Centre 15 en médecine de ville.

En cas de besoin, pour le classement du cas, l'infectiologue via le SAMU-Centre 15 peut prendre l'attache de l'ARS afin de solliciter un appui épidémiologique de la cellule régionale de Santé publique France.

Devant un patient revenant d'une zone de circulation active du virus mais présentant une symptomatologie atypique, un temps d'observation peut être nécessaire avant le classement. En effet, des formes peu symptomatiques voire atypiques (présentations digestives notamment) sont

[1] https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/2019-ncov-fichesoignants22janv-vf.pdf
[2] https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde

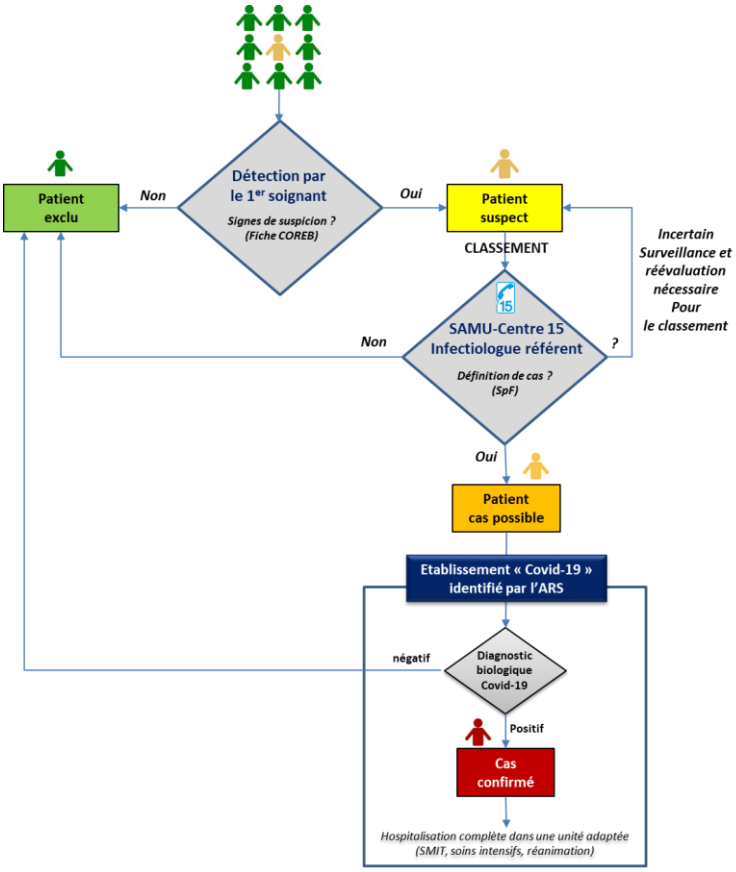
également décrites mais pratiquement tous les patients symptomatiques présentent des signes respiratoires. Ce patient « suspect » ne pouvant pas être transformé immédiatement en « possible » il peut être demandé au patient de rester à domicile le temps nécessaire pour approfondir l'analyse et décider du classement ainsi que de la filière à utiliser pour le tester si c'est nécessaire.

Dans la mesure où l'évaluation du patient se fait par téléphone, il conviendra de ne pas orienter d'emblée les patients classés « cas possibles » vers la structure d'accueil des urgences afin d'éviter le contact avec d'autres patients.

À l'issue de ce processus d'évaluation, le patient suspect correspondant aux critères de la définition de cas est classé « cas possible ». Il est rappelé qu'une attention particulière est nécessaire au respect du secret professionnel pour tout patient « cas possible » mais aussi pour les contacts et les professionnels exposés.

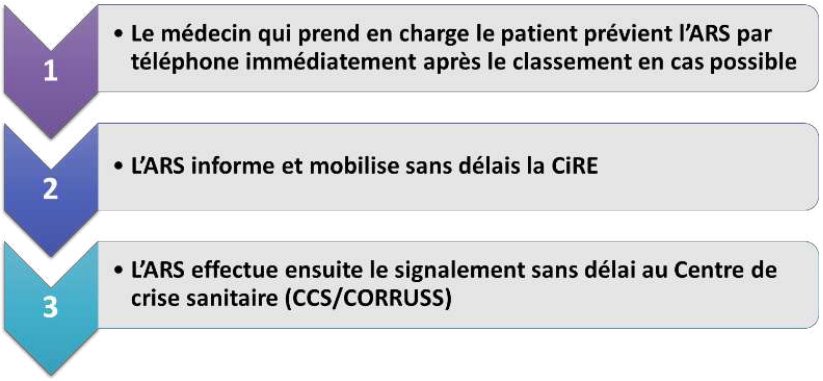
Le patient classé « cas exclu » sera pris en charge dans le circuit de soins habituel avec les mesures de précautions d'hygiène adaptées, en évitant que l'évaluation du risque de contamination Covid-19 n'induise un retard de prise en charge, et donc une perte de chance, d'une pathologie urgente sans rapport avec ce risque.

Le processus de classement des patients suit un processus formalisé résumé dans le schéma suivant :



4.3 Modalités d'alerte si patient « cas possible »

Afin d'organiser au mieux le circuit du patient « cas possible » dans la filière appropriée, le clinicien en charge du cas informe sans délai l'infectiologue référent REB ou le correspondant assurant l'infectiologie dans l'établissement de santé, le SAMU Centre 15 et l'ARS afin d'anticiper dès le signalement le suivi et la prise en charge des contacts étroits et des co-exposés.



Il est aussi nécessaire d'informer les autres acteurs de l'établissement de santé (microbiologiste, hygiéniste, réanimateur, directeur de l'établissement…).

4.4 Mesures d'isolement si patient « cas possible »

Il est nécessaire de mettre en place des mesures d'isolement au plus vite pour éviter des cas secondaires au sein de l'établissement de santé : placer immédiatement le patient en isolement : pièce porte fermée - chambre seule - box de consultation dédié - local isolé d'une salle d'attente. Dans le cas où cet isolement géographique n'est pas possible, les autres patients ou personnes présentes doivent être éloignés du lieu d'attente ou de prise en charge du patient classé « cas possible ».

Un arrêt des systèmes de ventilation/climatisation du local dans lequel le patient aura été isolé, sera effectué de façon obligatoire si l'air est recyclé. L'idéal est un local en dépression (pression négative) mais a minima il faut vérifier l'absence de surpression ou de recyclage de l'air ailleurs dans le bâtiment.

La gestion des déchets et matériels utilisés privilégiera le principe du matériel à usage unique, et du traçage de la filière « déchets d'activité de soins à risque infectieux » (DASRI). Tout le matériel médical utilisé dans la pièce d'isolement, est dédié à la prise en charge du patient « cas possible ». Il sera désinfecté à la fin de la prise en charge du patient.

La mise en place d'un parcours dédié d'un patient « cas possible » Covid-19 doit être anticipée et prédéfinie. Ce parcours doit être identifié en lien avec le SAMU-Centre 15 pour l'admission des patients et régulièrement testé.

4.5 Mesures d'hygiène renforcées

Les **mesures d'hygiène à mettre en œuvre** sont en plus des précautions standard, les précautions complémentaires[3] de **type « contact » et « air »**.

- **Pour le patient :** après friction des mains avec une solution hydroalcoolique, lui demander de revêtir un masque chirurgical et l'informer de la nécessité des mesures de protection devant être prises.
- **Pour les soignants d'un patient classé « cas possible » ou «cas confirmé »,** ajouter aux précautions standard, les précautions complémentaires de type « air » ainsi que de type « contact » (précautions REB renforcées), selon les modalités suivantes :

  → **Le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) FFP2** en vérifiant l'étanchéité au visage (réalisation d'un fit check) pour tout soignant avant d'entrer dans le box ou la chambre ;
  → **La protection de sa tenue professionnelle par une surblouse à usage unique à manches longues** : cette surblouse sera imperméable si réalisation de soins mouillants ou souillants
  → **La prévention d'une éventuelle projection dans les yeux** par le port systématique de lunettes de protection ;
  → **Le port d'une protection complète de la chevelure** (charlotte, calot couvrant, …) ;
  → **La réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains** par friction hydro-alcoolique ;
  → **Les indications du port de gants à usage unique reste limitées aux situations de contact ou de risque de contact** avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée ;
  → **L'élimination de ces équipements de protection individuelle (EPI) en DASRI** avant la sortie du box ou de la chambre, sauf pour les lunettes, l'APR et la coiffe (ex. charlotte) qui seront retirés après la sortie du box ou de la chambre.

La réalisation d'une **désinfection rigoureusement respectée**:

- Des dispositifs médicaux qui ne seraient pas dédiés dès leur sortie de la chambre ;
- De l'environnement proche du patient (sa chambre) a minima quotidiennement selon la technique et avec les produits habituels : le soignant en charge de cette désinfection respectant les recommandations de protection ci-dessus.

Des recommandations sont en cours d'actualisations. Elles seront mises en ligne sur le site du HCSP.

NB : Pour bien fonctionner, il importe que les appareils de protection respiratoire (APR) FFP2 soient bien ajustés et étanches. 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 au rebut après leur retrait. Lorsqu'un masque est mouillé ou souillé, il sera nécessaire d'en changer immédiatement.

Il peut être utile de faire appel à des « observateurs » lors des phases d'habillage et déshabillage afin de sécuriser les processus.

[3] https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCo-28-01-2020.pdf

Il est aussi recommandé d'encadrer strictement les visites, et le cas échéant d'appliquer les mêmes mesures de protection à un visiteur qu'à un soignant. Une organisation sera notamment définie pour permettre un protocole de visite adaptée lié à la prise en charge d'un enfant (téléphone…).

Ces mesures d'hygiène renforcée doivent se mettre en œuvre selon un séquençage rigoureux dans le secteur hospitalier, idéalement les cas confirmés doivent être hospitalisés dans des chambres disposant d'un sas permettant le respect strict de ce séquençage :

- **Avant d'entrer dans la chambre du patient « cas possible »**

  → Couvrir les cheveux d'une coiffe;
  → Placer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2) ;
  → Vérifier son étanchéité par un test d'ajustement (fit-check) ;
  → Entrer dans la chambre ;
  → Enfiler une surblouse à usage unique ;
  → Porter un tablier plastique à usage unique en cas de soins à risque mouillant ;
  → Mettre systématiquement des lunettes de protection ;
  → Réaliser un geste d'hygiène des mains par friction avec une solution hydro-alcoolique ;
  → Enfiler des gants non stériles à usage unique si nécessaire : situations de contact ou de risque de contact avec du sang, des liquides biologiques, une muqueuse ou la peau lésée.

- **Procédure de sortie de la chambre du patient « cas possible »**

  → Dans la chambre :
    - Enlever les gants ;
    - Enlever la surblouse ;
    - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique ;

  → Après être sorti de la chambre :
    - Retirer l'appareil de protection respiratoire (masque FFP2), la coiffe et les lunettes en dehors de l'atmosphère contaminée (la chambre ou le box)
    - Se frictionner les mains avec un soluté hydro-alcoolique.

Tous les matériels jetables seront alors placés dans un conteneur à déchets contaminés, et éliminés suivant la filière des DASRI.

La SF2H propose une vidéo pour la formation aux précautions d'hygiène « air et contact » sur son site[4].

4.6 Les professionnels de santé en contact direct

Le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la chambre ou la zone d'isolement et le nombre d'entrées de chaque agent de santé doivent être réduits au minimum nécessaire pour les soins aux patients Covid-19. Pour minimiser le nombre de professionnels de santé différents pénétrant dans la salle ou la zone d'isolement, les tâches doivent être exécutées par le plus petit nombre de professionnels de santé possible.

Un dispositif de communication entre la zone d'isolement et l'extérieur apparait utile.

[4] https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov (https://www.youtube.com/watch?v=LW3I5wiMFV0)

4.7 Conduite à tenir « sujets contacts »

L'identification des sujets « contacts étroits » et des « co-exposés » doit débuter dès le classement du patient en « cas possible », lorsque les premières mesures de prise en charge et de prélèvement en vue du diagnostic virologique ont été réalisées. **Ils sont systématiquement informés de la confirmation ou de l'infirmation du cas.**

Santé publique France a identifié 3 niveaux d'exposition des personnes contacts d'un cas classé « cas confirmé » de Covid-19 :

- **Sujet contact à risque modéré/élevé :** personne ayant partagé le même lieu de vie que le patient cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas classé « cas possible » ou « cas confirmé » au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train en l'absence de mesures de protection efficaces (évaluer la proximité du contact, rechercher des moments à risque particulier de transmission du virus) ;
- **Sujet contact à risque faible :** personne ayant eu un contact ponctuel étroit et/ou prolongé avec un patient cas index à l'occasion de la fréquentation des lieux publics ou contact dans la sphère privée ne correspondant pas aux critères de risque modéré/élevé ;
- **Sujet contact à risque négligeable :** personne ayant eu un contact ponctuel avec un patient cas index à l'occasion de la fréquentation de lieux publics, sauf circonstances particulières qui peuvent justifier un classement en risque faible.

Le suivi des sujets contacts est assuré dans chaque région par une cellule dédiée mise en œuvre par l'ARS, en collaboration avec la CIRE pour notamment la mise en œuvre du suivi actif de personnes à risque modéré/élevé.

- Mesures de prise en charge des sujets **contacts à risque négligeable**

  → Aucune mesure.

- Mesures de prise en charge des sujets **contacts à risque faible**

  → Les sujets contacts à risque faible d'un cas confirmé Covid-19 doivent surveiller l'apparition de symptômes pendant une durée de 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas.

  → Cette surveillance consiste en la prise de la température deux fois par jour et la surveillance de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, …).

  → Dès l'apparition d'un de ces symptômes (fièvre, toux, difficultés respiratoires, …) porter un masque et s'isoler, contacter immédiatement la cellule régionale de suivi pour prise en charge sécurisée via le SAMU-Centre 15 en signalant le contact avec un cas confirmé de Covid-19.

- Mesures d'isolement des sujets **contacts à risque modéré/élevé**

  → Les sujets contacts à risque élevé d'un cas confirmé de Covid-19 doivent bénéficier d'un isolement à domicile d'une durée de 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas.

  → Durant son isolement, le sujet contact doit :
  - Rester à domicile ;
  - Éviter les contacts avec l'entourage intrafamilial (à défaut port d'un masque chirurgical) ;

- Se laver très régulièrement les mains et utiliser des solutions hydro alcooliques ;
- Réaliser la surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, …) ;

→ En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes, porter un masque et contacter immédiatement la cellule régionale de suivi pour prise en charge sécurisée via le SAMU-Centre 15 en signalant le contact avec un cas confirmé de Covid-19.;

→ Les autorités sanitaires assurent un suivi téléphonique quotidien du sujet contact (cellule régionale de suivi des sujets contact de Covid-19).

Si des co-exposés ou des contacts sont identifiés dans d'autres régions, dans d'autres pays ou à bord d'un avion, il s'agira d'informer l'ARS et la CIRE chargées de l'identification et du suivi des sujets contacts/co-exposés.

4.8 Un suivi renforcé pour les professionnels exposés fortuitement

Les professionnels de santé exposés lors d'un soin auprès d'un cas index, en l'absence de mesures de protection efficaces ou en cas de rupture accidentelle de protection, sont considérés comme des sujets contact à risque modéré/élevé et doivent bénéficier d'un isolement à domicile d'une durée de 14 jours et d'un suivi actif.

V. AIDE MÉDICALE URGENTE

5.1 SAMU-Centre 15

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. Il est nécessaire pour l'établissement de santé de s'assurer des capacités du SAMU-Centre 15 territorialement compétent à assurer la prise en charge des appels relatifs au Covid-19 dans un contexte de tension lié aux pathologies hivernales.

Afin de répondre à une épidémie (stade 3), un dispositif de montée en puissance de ses capacités doit être d'ores et déjà envisagé et organisé afin d'être en mesure de répondre à une augmentation des appels entrants et des affaires traitées liées au Covid-19. Pour remplir cet objectif, il est demandé que tout établissement de santé doté d'un SAMU-Centre 15 vérifie et adapte le dispositif prévu pour répondre à une augmentation à hauteur de 200 % (triplement) des appels et aux mesures à prendre pour y faire face.

À ce titre, **la désignation dans chacun des SAMU d'un référent médical de crise est souhaitable** pour assurer la permanence du contact avec le SAMU zonal, l'ARS, la médecine de ville et les établissements de santé. Cette fonction serait aussi garante de la mise à jour des consignes, procédures et de la diffusion des messages institutionnels mais aussi de l'organisation de la montée en puissance du SAMU-Centre 15.

5.2 SMUR

De la même façon les équipes d'intervention SMUR pour les cas les plus graves et les moyens de transports sanitaires et ou associatifs seront adaptés en relation avec l'ARS à l'évolution des besoins.

Lors d'une épidémie (stade 3), les équipes SMUR seront 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 pourra s'effectuer en concertation avec les autres services concourant à l'Aide Médicale Urgente (SIS, associations agrées de sécurité civile, transporteurs sanitaires) selon les critères d'hygiène et de sécurité en vigueur.

VI. ETABLISSEMENTS HABILITES POUR LE COVID-19

6.1 Établissements de santé habilité pour le Covid-19

Les 38 établissements habilités à cette date pour le Covid-19 constituent la première ligne de prise en charge en France. Ces établissements de santé doivent dans le cadre du déclenchement du plan ORSAN REB par les ARS, mettre en œuvre le plan de mobilisation interne de leur plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (volet REB).

Ces établissements de santé disposent de capacités de prise en charge bio sécurisée et disposent d'un plateau technique hautement spécialisé et sont opérationnels 24/7. Ils assurent la prise en charge des patients classés « cas possibles » et les « cas confirmés » dans des conditions de sécurité maximales au sein de services de maladies infectieuses et tropicales et/ou de réanimation.

Une deuxième ligne d'établissements de santé est identifiée pour compléter les établissements de première ligne pour être habilités Covid-19 si la situation épidémique le nécessitait.

Les établissements de santé habilités pour Covid-19 doivent disposer d'une organisation qui vise à faire face à une montée en charge du besoin de prise en charge. En anticipation d'une éventuelle dégradation de la situation épidémique et d'un passage à une stratégie d'atténuation (nombre important de patients potentiellement infectés au Covid-19), il est nécessaire de prévoir une organisation qui vise à renforcer rapidement les effectifs, et notamment au niveau du service d'accueil des urgences pour fluidifier au maximum le parcours.

Aussi, le dispositif de montée en charge doit formaliser les capacités maximales de mobilisation en lits, en matériels, en équipements de protection et en personnels.

Cette organisation qui doit être préparée et testée, permettra d'assurer la prise en charge d'un nombre plus important de patients classés « cas possibles » ou « cas confirmés » tout en maintenant la continuité des prises en charge des autres patients.

Cette organisation peut s'appuyer sur des dispositions qui visent par exemple à la libération de lits pour des patients qui ne nécessitent pas de mesures de sécurité hautement sécurisées ou à réaliser des réorganisations internes ou des transferts de patients vers des établissements de santé qui permettent leurs prises en charge dans des conditions de qualité et sécurité équivalentes. De la même façon, la déprogrammation d'activité peut aussi être un levier pour permettre le redéploiement des capacités hospitalières et du personnel pour prendre en charge des patients Covid-19 notamment en USI et en réanimation.

6.2 Éléments de préparation

Afin de disposer d'une organisation adaptée au sein de l'établissement de santé, il est nécessaire de réunir au sein d'un groupe de travail, l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux concernés avec l'implication effective de la direction d'établissement, du président de la CME, de la direction des soins infirmiers, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), ainsi que des services logistiques. Il s'agira notamment :

- D'élaborer des procédures de prise en charge de patients classés « cas suspects » et « cas possibles » Covid-19 (dans l'attente de leur transfert dans un établissement de santé habilité pour le Covid-19), en assurant la protection des personnels et l'information des patients ;
- D'organiser la formation et l'entraînement des personnels susceptibles de se trouver en contact avec ce type de patient, et l'information de l'ensemble des autres personnels de votre établissement ;

- De prévoir les aspects logistiques concernant notamment l'approvisionnement, le stockage et la distribution des équipements de protection individuelle destinés à la prise en charge des patients classés « cas possibles », et les mesures de décontamination des locaux, surfaces et objets ayant pu être contaminés, selon les recommandations en vigueur.

Enfin, la préparation doit aussi permettre l'identification des personnes ressources internes à l'établissement et d'organiser le cas échéant leur mobilisation rapide (listing et coordonnées).

6.3 Moyens matériels de protection supplémentaires mobilisables

Chaque établissement de santé doit s'organiser afin de disposer d'un stock, au-delà de ses ressources propres, de matériels et équipements de protection nécessaires pour assurer la prise en charge potentielle de patients Covid-19. Ce stock d'équipements de protection et notamment les masques de protection doit prendre en compte la modalité « adulte » et la modalité « pédiatrique » le cas échéant.

Ce stock doit être suffisant pour absorber une éventuelle montée en puissance de la réponse à mettre en œuvre et être adapté pour les équipements de protection aux tailles des personnes ressources. Il s'agit donc de dimensionner le besoin afin de prendre en charge les patients dans des conditions de sécurité maximum.

Ces stocks de matériels de protection doivent être facilement accessibles et mobilisables 24/7.

6.4 Prise en charge des patients « cas possibles »

Les patients classés « cas possibles » sont pris en charge dans l'un des établissements de santé habilité Covid-19.

Afin d'optimiser la gestion des lits, notamment dans la perspective d'une augmentation du nombre de patients à prendre en charge, la filière de prise en charge des patients « cas possibles » peut être adaptée afin de répondre aux enjeux de prise en charge. Les premiers retours d'expérience issus des établissements de santé Covid-19 permettent de dégager les principes d'actions pour la prise en charge des patients classés « cas possibles » d'infection par le SARS-CoV-2. Cette adaptation repose sur le développement de l'hospitalisation de jour pour la réalisation du diagnostic biologique.

Les patients classés cas possibles sont réévalués par un infectiologue et bénéficient des prélèvements biologiques. Ils sont ensuite classés en 2 groupes et orientés en conséquence selon 2 filières :

- **Filière d'hospitalisation complète** pour les patients présentant des critères cliniques nécessitant des soins hospitaliers (hospitalisation dans une chambre conforme aux recommandations afin de bénéficier des soins requis et de la réalisation des prélèvements) ;
- **Filière d'hospitalisation de jour** pour les patients ne présentant pas de critère clinique d'hospitalisation : patients pris en charge dans un espace (box, chambre d'hospitalisation de jour, …) permettant leur isolement pendant la réalisation des prélèvements et l'attente des résultats.

Les patients classés « cas possibles » ne présentant pas des signes de gravité ou une incompatibilité (situation de handicap, …) sont pris en charge en hospitalisation de jour. Il s'agira d'informer le patient des raisons du transfert vers l'hôpital de jour et s'assurer de sa bonne compréhension ;

- L'orientation du patient vers le secteur d'hospitalisation de jour doit suivre un circuit d'admission directe dédié évitant le contact avec d'autres patients, visiteurs ou personnels de l'établissement ;
- Le secteur d'hospitalisation de jour doit disposer *a minima* d'une pièce munie d'un traitement d'air adapté, la pression négative n'étant pas obligatoire.

6.5 Orientation des patients « cas confirmés »

L'orientation des patients classés « cas possibles » est déterminée par les résultats de la RT-PCR SARS-CoV-2. L'annonce du résultat doit faire l'objet d'une attention particulière sur la compréhension par les patients des informations données (traduction le cas échéant) en prenant en compte la dimension éthique.

Les patients classés « cas possibles » avec une RT-PCR SARS-CoV-2 positive - classés « cas confirmés » bénéficient d'une prise en charge spécialisée en hospitalisation complète.

Les patients avec une RT-PCR SARS-CoV-2 négative sont réorientés pour une prise en charge médicale adaptée et un suivi éventuel clinique (une réévaluation est possible en cas d'évolution évocatrice).

6.6 Infrastructure des établissements de santé habilités pour le Covid-19

Afin d'accueillir un patient classé « cas possible », l'établissement de santé habilité dispose :

- De **chambres individuelles avec renouvellement d'air correct** (6 à 12 volumes/heure **sans recyclage de l'air**), de préférence en pression d'air négative au sein d'un service de maladies infectieuses et si possible, avec sas (pour l'habillage et le déshabillage des professionnels intervenant auprès du patient) ;
- De **chambres individuelles au sein d'un service de réanimation** permettant notamment l'oxygénation extracorporelle (ECMO) pour les patients qui le nécessitent ;
- D'une organisation visant à assurer **la prise en charge, le cas échéant, d'enfant** ;
- D'un **laboratoire de haute sécurité biologique (niveau 3)** capable de réaliser une RT-PCR ou à défaut LSB2 avec l'ensemble des mesures d'hygiène ;
- D'**équipements permettant de réaliser des examens de biologie courante** dans les conditions de biosécurité requises pour les agents infectieux du groupe 3 ;
- De **thermomètres sans contact ou à usage unique** pour la vérification de la température des patients ;
- De **sets d'équipements de protection individuelle pré-positionnés**, ainsi que des masques chirurgicaux.

6.7 Recommandations relatives au traitement d'air

Le recours à une chambre d'isolement à pression négative est recommandée pour assurer la prise en charge d'un patient classé « cas confirmé ». Ce dispositif à pression négative permettra de générer un flux d'air vers l'intérieur de la chambre et ainsi d'éviter toute sortie d'air potentiellement « contaminé » vers l'extérieur de la chambre. Toutefois, une chambre individuelle avec un renouvellement d'air satisfaisant (6 à 12 volumes/heure) peut aussi permettre d'assurer la prise en charge d'un patient Covid-19 à la condition que l'air provenant de la chambre **ne soit pas recyclé** vers d'autres locaux de l'établissement.

NB : Compte tenu du risque important de transmission d'aérosols infectieux lors de la procédure RT-PCR et afin d'assurer un confinement sécurisé, il est recommandé de s'assurer que la pression négative maintenue au sein du poste de sécurité microbiologique est satisfaisante et que les filtres utilisés sont conformes aux normes en vigueur.

6.8 Procédures à formaliser

Afin d'accueillir un patient classé « cas possible », il est nécessaire de formaliser :

- Une **procédure organisationnelle d'habillage et de déshabillage**, comprenant le cas où le patient présente des symptômes pouvant exposer le personnel ;
- Une **procédure de décontamination des locaux et surfaces** avec des produits d'hygiène habituels, précisée en lien avec l'EOH ; il est préférable que cette décontamination soit réalisée par des professionnels de l'établissement avec des équipements de protection individuelle, formés à cette technique ;
- Une **procédure de gestion des DASRI** dans l'attente du classement du cas ;
- Un **affichage et une signalétique (pictogrammes) appropriés**, en français, anglais et en chinois, à l'accueil des urgences et des différents sites d'accueil de patients (maternité, …) ;
- Une procédure qui précise la formation des professionnels de santé et, en tant que de besoin, des autres personnels.

Lors de l'accueil d'un patient « cas possible », il est nécessaire de :

- Prévenir le référent REB de l'établissement (infectiologue référent) ;
- Informer également l'EOH et la direction de l'établissement ;
- Informer le patient du processus qui va être engagé et s'assurer de sa compréhension ;
- Procéder au prélèvement du patient selon la procédure en vigueur ;
- Limiter les personnels intervenant auprès du patient ;
- Prévoir l'évacuation des excrétas du patient (le recours à des « care bags » pour les selles est une solution intéressante) ;
- Évaluer l'état clinique des accompagnants : s'ils ne présentent pas de symptôme et qu'ils restent avec le patient (parents d'un enfant cas suspect par exemple), leur faire porter un masque chirurgical et leur faire faire une désinfection des mains ;
- Dresser la liste des personnels qui ont été en contact étroit et direct sans équipements de protection individuelle avec le patient (accueil, transport, soins…) ou ses liquides biologiques.

6.9 Capacité hospitalière de l'établissement de santé habilité pour Covid-19

Afin d'adapter l'offre de soins et sa répartition au niveau régional à la prise en charge de patients Covid-19, il est recommandé pour chaque établissement de santé habilité pour le Covid-19 de disposer d'une organisation qui évalue régulièrement la **capacité hospitalière à prendre en charge** un nombre défini de patients Covid-19 en distinguant la modalité adulte et pédiatrique.

Cette capacité hospitalière Covid-19 rapidement mobilisable doit recenser notamment :

- Le nombre de chambres individuelles à pression négative disponibles au sein du service de maladie infectieuse et tropicale et nombre de chambres de chambres individuelles sans pression négatives et sans recyclage ;
- Le nombre de lits en chambre isolée au sein du secteur de soins intensifs et de réanimation notamment la disponibilité en ECMO en distinguant la modalité adulte et la modalité pédiatrique ;
- Le stock d'équipements de protection individuelle disponible ;
- La capacité du diagnostic virologique ;
- La réalisation sécurisée des examens de biologie courante.

La capacité hospitalière doit aussi tenir compte des effectifs de soignants **mobilisables** rapidement (formés aux mesures de protection).

6.10 Test diagnostique pour le SARS-CoV-2

Pour tout patient classé « cas possible », les prélèvements respiratoires, sanguins ou de selles doivent obligatoirement être effectués au sein d'un établissement habilité pour le Covid-19 dans un **laboratoire de niveau LSB3 ou LSB2 avec l'ensemble des mesures d'hygiène** et les procédures de type 3 en particulier pour les équipements de protection individuelle des professionnels, le respect des procédures et l'élimination des déchets. Il est recommandé que l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) soit également informée pour s'assurer de la mise en place des précautions d'hygiène recommandées lors du processus de prélèvements. La Société française de microbiologie a élaboré une fiche relative à la gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect de Covid-19[5].

Le classement définitif des patients « cas possibles » à Covid-19 repose sur la capacité de rendre avec la meilleure fiabilité possible un résultat virologique. Le Centre National de Référence (CNR) des virus respiratoires dispose désormais d'un test spécifique (RT-PCR) pour le diagnostic d'infection à Covid-19. Cette technique de diagnostic est en finalisation de déploiement au sein des établissements de santé habilités pour le Covid-19 au niveau national.

Afin de **confirmer tout nouveau cas positif**, les prélèvements doivent être envoyés au CNR pour analyses complémentaires, mise en culture et séquençage. A ce stade, en dehors du diagnostic biologique, les établissements de santé habilités pour le Covid-19 **ne doivent pas séquencer et mettre en culture le virus**.

NB : *Pour les établissements de santé habilités pour le Covid-19 qui ne disposent pas encore du test spécifique, il sera nécessaire que tous les prélèvements soient adressés au « CNR des virus respiratoires dont la grippe » - et en week-end, au CNR (site de Lyon) ou à la Cellule d'Intervention Biologique d'Urgence (CIBU) de l'Institut Pasteur. Dans ce cas, il sera nécessaire de s'assurer que les prélèvements des patients classés « cas possibles » soient transportés vers ces laboratoires dans les meilleurs délais et par un transporteur utilisant un conditionnement de catégorie B (Norme UN 3373).*

6.11 Nature des prélèvements à réaliser

Les prélèvements respiratoires sont réalisés en fonction de la symptomatologie prédominante :

- Prélèvements des voies respiratoires basses dans le cas d'une atteinte parenchymateuse avérée cliniquement et/ou radiologiquement ;
- Prélèvements des voies respiratoires hautes dits « naso-pharyngés » en cas de symptomatologie haute prédominante (toux, angine).

Les prélèvements à réaliser pour le diagnostic initial COVID-19 sont les suivants :

- Un prélèvement systématique des voies respiratoires hautes (naso-pharyngé/écouvillons Virocult® ou aspirations) ;
- Un prélèvement des voies respiratoires basses (crachats, LBA, ATB) en cas d'atteinte parenchymateuse.

Un prélèvement de sang sur tube sera systématiquement réalisé, accompagné si possible d'un prélèvement EDTA. Les précautions standard doivent également s'appliquer dans ce cas, car l'existence d'une virémie a été démontrée chez certains patients.

[5] https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/02/Fiche-nCOV-NL-14022020.pdf

Le prélèvement de selles, ou écouvillonnage rectal, sera réalisé en cas de diarrhée en respectant strictement l'application des mesures d'hygiène de type contact.

Des kits de prélèvements doivent être disponibles facilement dans les services susceptibles de recevoir ce type de patients. Le transport interne par pneumatique doit être proscrit.

6.12 Moment des prélèvements

Les prélèvements des voies respiratoires sur un patient classé « cas possible » doivent être réalisés le plus tôt possible. Si possible, dès l'admission du patient pour permettre d'identifier rapidement les patients « cas confirmés » d'infection à SARS-CoV-2 et de mettre en place au plus vite les mesures pour éviter tout risque secondaire au sein de l'établissement de santé.

En fonction de l'acquisition des connaissances sur ce nouveau virus, la séquence des prélèvements est susceptible d'évoluer.

6.13 Modalités de réalisation des prélèvements

Chez les patients adultes non intubés/non ventilés, des échantillons des voies respiratoires basses peuvent être obtenus lors d'un effort de toux, une expectoration provoquée ou par aspiration trachéale.

Pour les enfants (< 6 ans), le recueil d'une expectoration étant très difficile, on réalisera une aspiration naso-pharyngée immédiatement après une séance de kinésithérapie respiratoire (expectoration provoquée).

Par analogie et dans l'attente d'un avis dédié, les modalités à mettre en œuvre pour les prélèvements sont celles décrites dans l'annexe 1 de l'avis HCSP du 24 avril 2015 relatif à la prise en charge du MERS-CoV[6].

6.14 Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique est symptomatique en particulier pour la prise en charge des détresses vitales et celle des complications (surinfection bactérienne, …) ou de décompensation d'une pathologie préexistante.

Il n'existe actuellement pas de vaccin ou de traitement faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché pour le Covid-19 mais des protocoles de recherche clinique sont en cours dans un cadre défini au niveau national associant les experts concernés.

Il convient par ailleurs de ne pas négliger un diagnostic alternatif ou associé afin d'éviter tout préjudice pour le patient et de débuter un éventuel traitement anti-infectieux probabiliste, oseltamivir, et/ou antibiotique (co-infections possibles).

6.15 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3)

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

[6] https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20150424_infectionMersCovdefcasmodpec.pdf

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.

VII. AUTRES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Si le dispositif de prise en charge des patients classés « cas possibles » et « cas confirmés » d'infections à Covid-19 est centré uniquement sur les établissements de santé habilités pour le Covid-19 définis au niveau national, les autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels de santé exerçant en ville peuvent néanmoins être confrontés à la détection de patients classés « cas possibles ». En effet, ils sont susceptibles de recevoir un patient classé « cas possible » qui se présenterait fortuitement et de l'accueillir jusqu'à son transfert par le SAMU-Centre 15 territorialement compétent vers l'un des établissements habilités pour le Covid-19.

Tous les établissements de santé **doivent donc se préparer en conséquence** (volet REB du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles).

Dans un contexte d'épidémie à Covid-19 (stade 3), ces établissements de santé seraient mobilisés en troisième ligne afin d'augmenter les capacités hospitalières de prise en charge des patients adultes et le cas échéant, des enfants, présentant une forme grave.

Cette capacité hospitalière Covid-19 rapidement mobilisable doit recenser notamment :

- Le nombre de chambre individuelle disponible ;
- Le nombre de chambre isolée au sein du secteur de soins intensifs et de réanimation notamment la disponibilité en ECMO en distinguant la modalité adulte et la modalité pédiatrique ;
- Les stock d'équipements de protection individuels ;
- Les capacités de réalisation sécurisée des examens de biologie

La capacité hospitalière doit aussi tenir compte des effectifs mobilisables rapidement (formés aux mesures de protection).

7.1 Infrastructure nécessaire

Afin d'accueillir un patient suspect voire un patient classé « cas possible » après son classement et avant sa prise en charge dans un établissement de santé habilité pour le Covid-19, il est nécessaire de disposer :

- D'une pièce ou d'une zone d'isolement, libre de tout matériel superflu, préparée et dédiée, avec téléphone ;
- De thermomètres sans contact ou à usage unique pour la vérification de la température du patient ;
- De sets d'équipements de protection individuelle pré-positionnés (masques de protection, équipements de protection, …).

Si l'établissement de santé ou l'établissement médico-social ne dispose pas de chambre ou de box d'isolement pour assurer la prise en charge d'un patient classé « cas possible », il sera positionné, **dans l'attente de son transfert** vers un établissement de santé habilité pour le Covid-19, au sein d'une chambre individuelle convenablement ventilée. Dans la mesure du possible, les locaux utilisés pour l'isolement de ces patients nécessitent d'être situés dans une zone clairement séparée des autres zones de soins.

7.2 Procédures à formaliser

À ce titre, les procédures suivantes sont à formaliser :

- Une procédure organisationnelle d'habillage et de déshabillage ;
- Une procédure de décontamination des locaux et surfaces à l'aide d'eau de javel ou de tout autre produit habituel (il est nécessaire que cette décontamination soit réalisée par des agents équipés de protection individuelle, formés à cette technique) ;
- Une procédure de gestion des déchets dans l'attente du classement du cas ;
- Un affichage et une signalétique (pictogrammes) appropriés, en français, en anglais et chinois, à l'accueil des urgences.

7.3 Prélèvement du patient classé « cas possible »

Les prélèvements réalisés sur un patient classé « cas possible » doivent **être effectués au sein d'un établissement habilité pour le Covid-19** (équipé d'un laboratoire de niveau LSB3 ou à défaut LSB2) avec l'ensemble des mesures d'hygiène et les procédures de type 3 en particulier pour les équipements de protection individuelle des professionnels, le respect des procédures et l'élimination des déchets. Toutefois, en cas de cluster ils peuvent être réalisé sur site par une équipe projetée.

7.4 Actions à mettre en œuvre si patient classé « possible »

- **Prévenir l'infectiologue référent REB** (ESR) ou le praticien spécialisé en infectiologie selon le type d'établissement ;
- **Informer également l'EOH et la direction de l'établissement** ;
- **Organiser le transfert du patient vers un établissement habilité pour le Covid-19** avec le SAMU-centre 15 ; le transport se fera avec le strict respect des précautions d'hygiène par un vecteur diligenté par le SAMU-Centre 15 et adapté à la situation clinique du patient ;
- **Informer le patient des raisons et modalités de ce transfert** et s'assurer de sa compréhension;
- **Limiter les personnels intervenant auprès du patient** (uniquement personnels seniors) ;
- **Regrouper les soins** et **ne réaliser aucun prélèvement biologique**, y compris microbiologique, sauf absolue nécessité ;
- **Évaluer l'état clinique des accompagnants :** s'ils ne présentent pas de symptôme et qu'ils restent avec le patient (parents d'un enfant cas suspect par exemple), leur faire porter un masque chirurgical ;
- **Dresser la liste des personnels qui ont été en contact étroit et direct avec le patient sans EPI adaptés** (accueil, transport, soins…) ou ses liquides biologiques.

7.5 Transport des patients classés « cas possibles »

Les patients classés « cas possibles » sont systématiquement orientés vers l'un des établissements de santé habilités pour le Covid-19 en concertation avec le SAMU-Centre 15 territorialement compétent.

Le transport des patients classés « cas possibles » est régulé et organisé par le SAMU-Centre 15 territorialement compétent. Ce transport est réalisé sous la responsabilité organisationnelle du médecin régulateur du SAMU-Centre 15, avec information de l'ARS. En fonction de l'évaluation

médicale réalisée par le médecin régulateur du SAMU, la prise en charge pré hospitalière et le transport sont assurés soit par une équipe SMUR, soit confiés à un transporteur sanitaire sous réserve que ce dernier dispose :

- De personnels ambulanciers formés aux précautions d'hygiène « air et contact » et au port des équipements de protection individuels ;
- Des équipements de protection individuels appropriés pour les ambulanciers assurant la prise en charge du patient ;
- Un protocole de désinfection du véhicule conforme aux recommandations professionnelles.

L'équipe SMUR dépêchée par le SAMU-Centre 15 ou le transporteur sanitaire sera habillée de tenues de protection requises, compte tenu de la promiscuité avec le patient dans la cellule sanitaire et des soins éventuels à lui prodiguer. Cette équipe devra être entraînée à toutes les étapes de l'habillage - déshabillage, afin d'éviter des ruptures des mesures barrières susceptibles de survenir en situation de stress. De plus, des procédures détaillées sur toutes les phases du transport (composition de l'équipe, type de matériel à disposition, préparation du véhicule, bio nettoyage) doivent être rédigées, connues et appliquées. La réévaluation continue du risque au cours de la prise en charge reste indispensable.

Le transport aérien des patients classés « cas possibles » de Covid-19 sont définis dans la fiche technique dédiée qui explicite les modalités de transport aérien à mettre en œuvre pour les patients classés « cas possibles » de Covid-19. L'objectif est de préciser les mesures barrières à mettre en œuvre en tenant compte des caractéristiques connues de cet agent infectieux à ce jour et des conditions particulières du transport aérien.

7.6 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3)

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.

VIII. MEDECINE DE VILLE ET SOINS AMBULATOIRES

8.1 Place de la médecine de ville et des soins ambulatoire dans le dispositif

Malgré les dispositions prises pour organiser une filière de prise en charge sécurisée des patients suspects via l'appel systématique au SAMU-Centre 15, les professionnels de santé de médecine de ville peuvent être confrontés à cette prise en charge.

Tous les professionnels de santé ont donc vocation à se préparer à cette éventualité.

8.2 Moyens nécessaires

Dans ce cadre, il est recommandé que les professionnels de santé et tout particulièrement les médecins disposent :

- De masques chirurgicaux pour le patient « cas suspect » ;
- D'un appareil de protection respiratoire (APR) de type FFP2 ;
- De solution hydro-alcoolique (SHA) pour désinfecter les mains avant et après le soin et dès le retrait des gants ;
- De gants non stériles à usage unique ;
- De lunettes de protection en plus de l'APR FFP2 pendant un soin exposant, comme les soins respiratoires susceptibles de générer des aérosols ;
- D'un thermomètre sans contact ou à usage unique pour la vérification de la température du patient.

L'ensemble de ces dispositifs de protection sont contenus dans un set de protection individuelle.

8.3 Action à mettre en œuvre devant un patient « cas suspect » voire « cas possible »

De façon générale, il est rappelé que la prise en charge en milieu de soins (visites, consultations, …), d'un patient présentant des signes respiratoires infectieux (en particulier d'une toux) doit s'accompagner de la mise en place d'un **masque chirurgical chez le patient et de s'assurer de la désinfection de ses mains** (solution hydroalcoolique)**.**

Devant toute suspicion d'infection par Covid-19, le médecin prenant en charge un patient (premier maillon de la chaine de prise en charge) doit isoler le patient et se protéger. Il a la possibilité d'exclure le cas pour lequel à l'évidence la situation clinique ou l'exposition ne correspond pas à la définition de cas possible. Il pourra au besoin s'appuyer sur une expertise collégiale via une conférence téléphonique, associant le SAMU-Centre 15 qui l'aidera pour le classement du patient en lien avec l'infectiologue référent. Si le patient suspect a séjourné dans une salle d'attente, il convient de recenser les personnes présentes afin d'évaluer le risque de contact en cas de confirmation de l'infection.

Dans l'hypothèse d'un patient classé « cas possible », c'est le SAMU Centre 15 qui sera chargé d'organiser le transport vers un établissement de santé habilité pour le Covid-19.

Le médecin fera l'objet d'une évaluation en tant que sujet contact et bénéficiera en fonction de cette évaluation des mesures d'accompagnement personnalisé des sujets contacts.

NB : Ces dispositions s'appliquent aussi pour un contact inopiné avec d'autres professionnels de santé. Une attention particulière doit être portée à la présentation spontanée d'un cas suspect dans une officine de pharmacie. La mise en place des mesures barrières et l'éloignement des clients présents doivent être envisagées pendant que le SAMU-Centre 15 est alerté. Le recensement des personnes présentes sera réalisé afin d'évaluer le risque de contact en cas de confirmation de l'infection.

8.4 Préparation à une épidémie de Covid-19 (stade 3)

Dans un contexte d'épidémie de Covid-19 (stade 3) et de mise en œuvre de la stratégie d'atténuation, l'ensemble des professionnels de santé exerçant en médecine de ville seront 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. 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 conviendra de renforcer en complément les soins à domicile dispensés par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes pour permettre le maintien des patients à domicile.

Enfin, le maillage territorial des officines permettra 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 sera définie en lien avec les professionnels de santé concernés afin de répondre à cet enjeu.

IX. FORMATION, INFORMATION ET COMMUNICATION

En termes de stratégie, les établissements veilleront à différencier les deux axes de communication : information de tous les professionnels *versus* formation-entraînement des professionnels de première ligne pour préparer la détection et le prise en charge de patient classé « cas possible ».

Compte tenu de l'évolutivité potentielle de la situation épidémiologique, les établissements de santé doivent assurer 7 jours sur 7 la réception et la prise en compte des messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) et leur diffusion sans délai aux directions, pôles, services et professionnels concernés de l'établissement, et notamment services d'urgence, services de maladies infectieuses et tropicales (SMIT), Président de la commission ou conférence médicale de l'établissement, équipe opérationnelle d'hygiène, direction des soins…

Les professionnels de santé sont de plus invités à s'inscrire sur la liste de diffusion « DGS-URGENT ». Cette liste de diffusion leur permet de recevoir automatiquement des messages les avertissant de problèmes sanitaires urgents. Pour bénéficier de ce service, il leur suffit de s'inscrire sur le site du ministère des solidarités et de la santé :
https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/accueilBuilder.do?cmd=affiche

9.1 Formation aux risques des personnels concernés

En complément de la formation au module risque épidémique et biologique de la formation aux gestes et soins d'urgence spécialisée[7] qui constitue une priorité pour les établissements de santé[8], des formations spécifiques sont à organiser. En fonction de ces scénarii, une formation adaptée aux risques, avec ateliers pratiques et réalisation d'entraînements, doit être organisée pour les personnels susceptibles d'être en situation de premier abord avec un patient « cas possible ». Des exercices doivent en outre permettre d'identifier les difficultés rencontrées en conditions réelles et d'adapter les organisations et procédures locales. En complément, **une information détaillée aux personnels concernés** doit être apportée dans la mesure ou l'épidémie internationale à Covid-19 pourrait provoquer chez certains personnels des réactions injustifiées lors des prises en charge (droit de retrait de certains personnels…).

Les établissements de santé trouveront un appui pédagogique auprès des Centres d'enseignement des soins d'urgence associés aux SAMU, de leur SMIT ou de l'infectiologue du SMIT de l'établissement de santé « Covid-19 », de leur EOH en lien avec le CPias ou, le cas échéant, de centres de simulation en santé. Les professionnels de santé doivent comprendre les principes de base pour s'assurer d'une utilisation efficiente et sans danger des équipements de protection individuelle.

Si les établissements de santé choisissent d'ajouter ou de modifier ces recommandations en matière d'équipements de protection individuelle, ce choix doit tenir compte de la balance bénéfice/risque liée à des pratiques complexes et rarement mises en œuvre.

L'utilisation des équipements de protection individuelle nécessite une formation pratique spécifique à l'habillage et au déshabillage des personnels. Les formations permettront de démontrer les compétences et l'aisance lors de ces phases obtenues par la pratique répétée de l'utilisation correcte des équipements de protection individuelle.

[7] Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (annexe 10)

[8] Note d'information n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2019/160 du 8 juillet 2019 relative aux orientations retenues pour 2020 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

9.2 L'information des personnels est nécessaire

Pour les autres personnels de l'établissement de santé, une information doit être organisée dans la mesure ou l'épidémie internationale à Covid-19 pourrait provoquer chez certains personnels des réactions injustifiées lors des prises en charge (droit de retrait de certains personnels…). Cette information doit être organisée via les instances représentatives (CME, …), ainsi que par des réunions ouvertes ou autres canaux d'information, animés notamment par un spécialiste « expert » de l'établissement de santé, en lien avec l'EOH. Les correspondants locaux d'hygiène dans les services seront utilement associés à cette démarche. Les CPias proposent des supports et des réunions d'information.

L'information des personnels de l'établissement de santé s'attachera à présenter en particulier les points suivants :

- Les modes de contamination et les situations à risque de transmission ;
- Le processus de classement des cas par Santé publique France ;
- Le rôle de l'établissement de santé (détection, isolement, appel du SAMU-Centre 15 pour le classement avec Santé publique France et l'organisation du transfert par le SAMU-Centre 15 vers un des établissements de santé habilités pour Covid-19) ;
- Les mesures de protection des personnels ;
- L'organisation et les procédures en place, leur validation en condition réelle par des exercices de préparation ;
- L'attention particulière au respect du secret professionnel pour tout patient cas suspect ou possible, pour les contacts et les professionnels exposés.

Un véritable plan de communication interne à l'établissement de santé nécessite d'être élaboré en appui à la préparation des personnels.

9.3 Stratégie de communication

L'information et la communication sont primordiales dans la phase d'urgence, notamment au regard du rôle joué par les médias et les réseaux sociaux. Dès la prise en charge d'un cas confirmé, il doit exister une concertation étroite entre l'ARS et le directeur de l'établissement de santé afin de préparer des éléments de communication sur la prise en charge d'un patient confirmé afin que ne soient pas délivrées des informations erronées ou contradictoires.

À ce stade, **seul le ministère des solidarités et de la santé communique** sur l'annonce de cas confirmés, les décès, les patients guéris et seuls les cas classés « confirmés » feront l'objet d'une communication. Le ministère des solidarités et de la santé ne communiquera pas sur des cas possibles ou suspects. En revanche, le ministère des solidarités et de la santé assure en temps réel l'annonce aux médias de tous les cas confirmés. Une attention particulière est demandée sur le respect de la vie privée des personnes (anonymat) et sur le secret médical dû aux patients.

X. CONCLUSION

Les semaines et mois à venir demanderont un investissement continu des équipes. A ce titre, cette préparation doit aussi être l'occasion de renforcer la politique de couverture vaccinale des personnels, notamment antigrippale.

L'information de tous les professionnels est une priorité pour permettre une prise en charge des patients classés cas possibles de Covid-19 dans de bonnes conditions, en assurant la protection des personnels et sans dégrader la qualité et la sécurité des soins pour les autres patients de l'établissement.

Il est important de rappeler qu'à ce stade, il ne s'agit pas d'une épidémie de Covid-19 en France mais de la prise en charge de cas sporadiques ou de clusters limités autour d'un cas « source » identifié.

L'objectif est d'identifier et d'isoler rapidement un patient « cas suspect », de le classer via le SAMU-Centre 15 en lien avec l'ARS-CIRE et Santé publique France, et en cas de classement « cas possible » de le transporter vers l'un des établissements de santé habilités pour le Covid-19. Une attention toute particulière est demandée sur le respect de la vie privée des personnes (anonymat) et sur le secret médical.

Toutefois, l'évolution internationale de l'épidémie liée notamment à la contagiosité du virus ne permet pas d'exclure à ce stade 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 et des structures de soins.

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

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS

Coordination de la rédaction

- Bast BIDAR, Chargé de mission pour la gestion risques techniques associés aux soins (DGOS)
- 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)
- Jean-Malo DEAN, Chef de projet accompagnement des ARS pour la planification et outre-mer (DGS)
- Jean-Marc PHILIPPE, Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé (DGS)
- Baptiste PLUVINAGE, Interne de santé publique (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'entrainement 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 Pascal 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

ANNEXE 1 : ETABLISSEMENTS DE SANTE HABILITES COVID-19

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

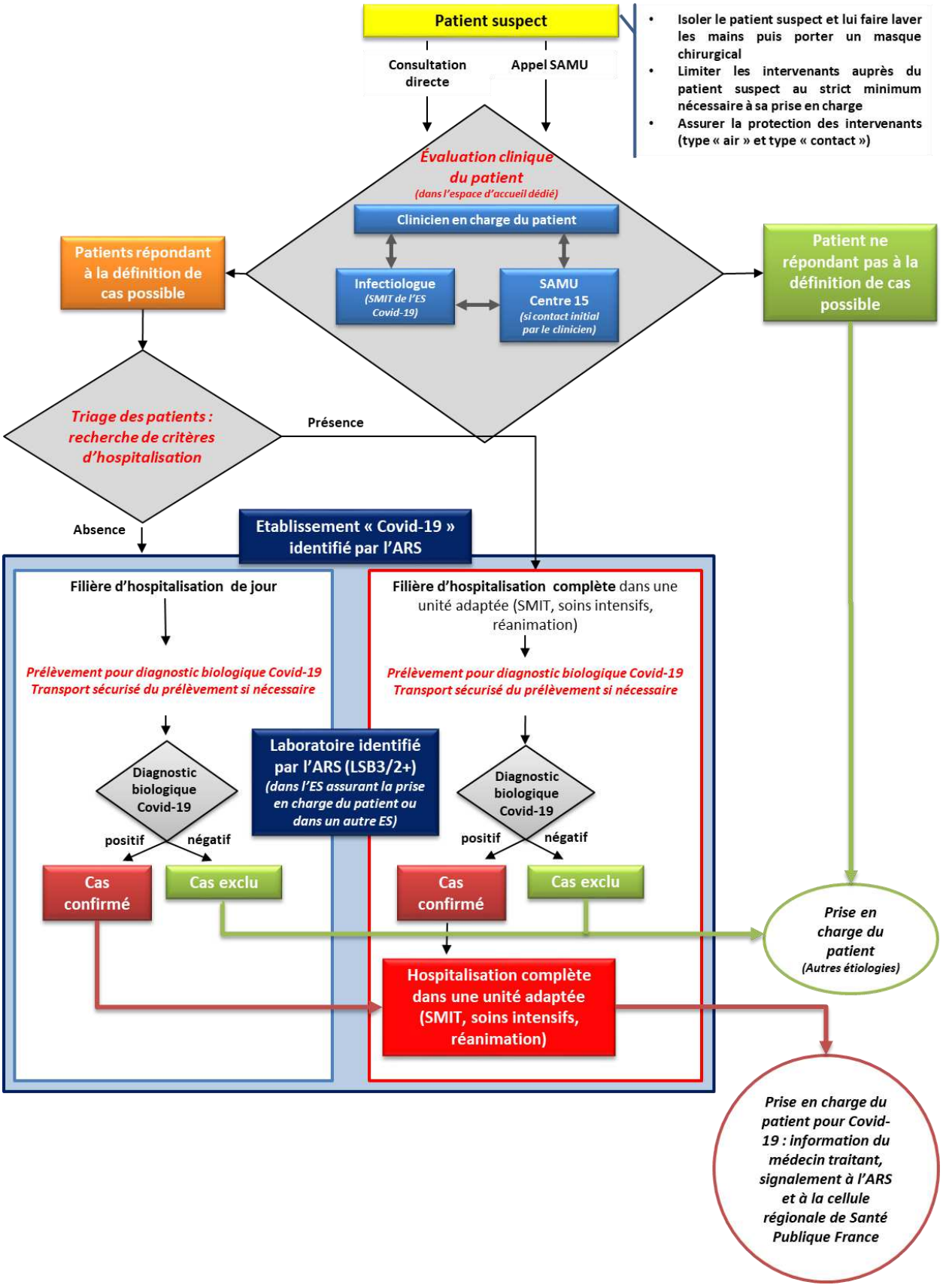
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Établissements de soins « Covid-19»

Régions	Établissement
Auvergne Rhône-Alpes	HCL Lyon
	CHU Clermont-Ferrand
	CHU Grenoble
	CHU Saint-Etienne
	CH Annecy Genevois
	CH Chambery
Bourgogne Franche-Comté	CHU Besançon
	CHU Dijon
Bretagne	CHU Rennes
	CHU Brest
Centre - Val de Loire	CHU Tours
	CHR Orléans
Grand - Est	CHRU Nancy
	HUS Strasbourg
Hauts-de-France	CHRU Lille
	CHU Amiens
	CH Tourcoing
Ile-de-France	AP-HP Bichat
	AP-HP Pitié-Salpêtrière
	AP-HP Necker-Enfants malades (pédiatrie)
	HIA Bégin
Normandie	CHU Rouen
	CHU Caen
Nouvelle Aquitaine	CHU Bordeaux
	CHU Limoges
	CHU Poitiers
Occitanie	CHU Montpellier
	CHU Nîmes
	CHU Toulouse
Provence-Alpes-Côte-D'azur	IHU Marseille (AP-HM)
	CHU Nice
Pays-de-la-Loire	CHU Nantes
	CHU Angers
Régions ultra-marines	CHU Guadeloupe
	CHU Martinique
	CH Cayenne
	CHU La Réunion
	CH Mayotte

Direction générale de la santé **Liste mise à jour au 31 janvier 2020.**

ANNEXE 2 : LOGIGRAMME DE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT SUSPECT



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ