

MINSANTE/CORRUSS n°2020_31 : Préparation de la réponse du système de santé en phase épidémique de Covid-19

- POUR ACTION ET INFORMATION -

Mesdames, Messieurs,

Vous trouverez ci-dessous le **MINSANTE** relatif à la **préparation de l'organisation de la réponse du système de santé en phase épidémique de Covid-19**.

1. STRATÉGIE ET DOCTRINE NATIONALE

En phase de circulation active du virus ou phase épidémique, l'installation d'une circulation active du virus sur le territoire national doit être préparée.

Les caractéristiques du SARS-CoV-2 ($R_0 > 2$ 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]), confèrent à ce virus un fort potentiel épidémique avec un impact important sur notre système de santé.

Ces malades peuvent être répartis en deux groupes de patients en fonction de la gravité de la forme clinique :

- **formes mineures ou modérées** (80% des personnes touchées) ;
- **formes sévères** (14% des personnes touchées) ou **graves** (6% des personnes touchées).

Le Covid-19 touche majoritairement les plus de 50 ans et le nombre de décès est maximal chez les plus de 70 ans. Les personnes de moins de 20 ans sont très nettement moins atteintes. Les estimations du nombre de patients à prendre en charge en réanimation (formes graves) seraient très supérieures aux épidémies de grippe saisonnière les plus sévères que nous avons connues jusque-là. La durée du stade épidémique est estimée à 90 jours avec un pic qui pourrait être atteint en 21 ou 28 jours.

Les données internationales et notamment italiennes sont en cours d'analyse et pourraient conduire à des hypothèses plus défavorables qu'il convient d'anticiper dès à présent en région.

Le nombre attendu de personnes malades va nécessiter d'adapter l'offre de soins publique et privée, en apportant une attention particulière aux lits de soins critiques et à leur aval et notamment les modalités de prise en charge des patients et les conditions d'hospitalisation.

En phase épidémique, le principe général vise à **assurer la prise en charge des patients non graves à domicile** afin de ne pas saturer les établissements de santé. Les patients seront ainsi invités, en cas de symptômes évocateurs du Covid-19, à contacter leur médecin traitant, sauf en cas de signe de gravité où la recommandation restera d'appeler le SAMU-centre 15 (ainsi qu'en cas d'absence du médecin traitant ou d'indisponibilité de celui-ci).

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

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

En stratégie d'atténuation, **les patients présentant des signes de Covid-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique (RT-PCR SARS-CoV-2)**. Quatre situations doivent faire l'objet de tests systématiques :

- **Patients hospitalisés pour un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de valider le diagnostic et éviter la transmission par des mesures d'isolement et d'hygiène appropriées ;
- **2 premiers patients résidant en EHPAD et en structures collectives hébergeant des personnes vulnérables présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de confirmer un Covid-19 dans un contexte d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne¹. Dans ce cadre, le prélèvement de deux cas suspects au sein de la structure/établissement permet une levée de doute sur la présence ou non au sein d'un foyer infectieux Covid-19 ;
- **Patients présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19 présentant un risque de développer une forme d'infection grave** (Cf. avis du HCSP du 10 mars 2020) ;
- **Tous les professionnels de santé** dès l'apparition des symptômes évocateurs de Covid-19

Les prélèvements sont réalisés dans les établissements de santé pour les cas graves et dans la mesure du possible en structures collectives. Les laboratoires des établissements sont incités à mettre en place, dans la mesure du possible, des solutions permettant la montée en capacité diagnostique, en recourant à l'automatisation et/ou à des kits de détection commerciaux marqués CE et conformes à la réglementation européenne. Une liste régulièrement actualisée de ces kits sera mise en ligne sur le site du ministère de la santé. **La réalisation d'exams dans les laboratoires de ville**, notamment pour les patients non hospitalisés, vient d'être rendue possible.

Les modalités de gestion des prélèvements biologiques d'un patient suspect de COVID-19 font l'objet de recommandation de La Société française de microbiologie².

2. PILOTAGE RÉGIONAL PAR LES ARS

Comme déjà indiqué dans le MINSANTE/CORRUSS n°2020_24 : « Mesures de renforcement de la stratégie de réponse du système de santé dans le cadre du Covid-19 », la gestion du **stade épidémique du Covid-19 repose sur la pleine mobilisation par chaque ARS du système de santé dans toutes ses composantes** et en particulier des professionnels de santé de ville intervenant en première ligne dans la prise en charge à domicile des malades, des SAMU-Centre 15, des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux. Chacun de ces acteurs doit pouvoir agir en mobilisant l'ensemble des ressources qu'il est en capacité de déployer dans la mesure de ses missions respectives.

Il est par ailleurs impératif de veiller à préserver l'accès aux soins pour les autres malades (non Covid-19), et les établissements de santé doivent être organisés pour le faire.

Dans ce cadre, **les mesures suivantes doivent être immédiatement mises en œuvre :**

- **Mobilisation maximale des ARS en conduite de crise du plan ORSAN REB régional** (niveau 3 cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire) pour assurer le pilotage de la mobilisation et la coordination des acteurs du système de santé ;

¹ En phase épidémique, le virus circule, mais le principe de la protection des personnes fragiles persiste notamment les personnes âgées fragiles en collectivité (EHPAD, USLD, ...). L'isolement des patients Covid-19 est nécessaire afin d'éviter la transmission du virus au sein de la collectivité avec un fort potentiel de létalité. L'identification d'un patient Covid-19 ne peut être faite par le seul examen clinique. Le nombre d'infections respiratoires en EPHAD est en temps normal, élevé (pneumopathie d'inhalation, décompensation respiratoire de BPCO fébrile, ...). Le recours au diagnostic biologique permet dès lors d'éviter isolement d'un grand nombre de patients qui serait incompatible avec le fonctionnement normal et réaliste d'un EPHAD.

² <https://www.sfm-microbiologie.org/2020/03/03/covid-19/>

- **Déclenchement du plan de mobilisation interne de tous les établissements de santé** par leurs directeurs généraux et directeurs (niveau 1 du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles) et selon la situation, déclenchement du plan blanc (niveau 2) permettant notamment la déprogrammation d'activité ;
- **Déclenchement systématique du plan bleu par les établissements médico-sociaux** par leurs directeurs (vigilance renforcée, mobilisation particulière sur l'hygiène, les risques d'isolement, augmentation potentielle en personnel).

À ce titre, chaque ARS assure le pilotage de la mobilisation de tous les opérateurs du système de santé pour être en mesure d'assurer la prise en charge des malades en phase épidémique. Il appartient à chaque ARS de s'assurer que ces opérateurs disposent localement des outils et informations à jour et qu'ils soient en capacité de repérer et faire remonter toute difficulté aux ARS.

Afin de renforcer l'offre de soins, il convient par ailleurs d'identifier des ressources humaines en professionnels de santé au niveau de chaque région, comme les retraités des établissements de santé en lien avec les établissements ou les retraités ou non exerçants, libéraux en lien avec les ordres professionnels.

Il est par ailleurs demandé à chaque ARS d'organiser le suivi des patients Covid-19 pris en charge dans les établissements de santé par l'ouverture d'un événement covid-19 dans l'application SI-VIC, conformément à la doctrine d'ouverture des événements.

Le titre devra suivre la règle suivante : « région xxx-suivi hospit Covid-19 »

Chaque ARS veillera à transmettre les consignes suivantes aux établissements de santé :

- Une fiche sera créée pour chaque patient Covid-19 hospitalisé (forme sévère ou grave) mentionnant l'admission en réanimation ou en service conventionnel ;
- Les décès devront être mis à jour sans délai dans SI-VIC ;
- L'onglet relatif aux personnes tiers ne doit pas être renseigné ;
- Un suivi quotidien sera assuré par l'ARS, avec mise à jour des fiches avant 18h00 demandé pour chacun des établissements de santé.
- Aucune donnée médicale ne devra être renseignée dans SI-VIC.

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

L'*opus 2* du guide méthodologique relatif à la préparation en phase épidémique de Covid-19 va être prochainement mis à disposition des opérateurs du système de santé. Ce guide a pour objectif d'accompagner les établissements de santé, les professionnels de ville et les établissements et services médico-sociaux dans leur démarche locale de réponse à l'épidémie de Covid-19.

3. AIDE MÉDICALE URGENTE, RÉGULATION DES SOINS AMBULATOIRES ET TRANSPORTS SANITAIRES

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

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

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

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

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

Il appartient à l'ARS de valider *in fine*, le schéma de gestion des appels déployé dans chaque département.

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

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

4. PRISE EN CHARGE EN VILLE

Les professionnels de santé de ville sont mobilisés en première ligne pour la prise en charge et le suivi des patients Covid-19, 80% des patients ayant vocation à rester à leur domicile.

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

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

Il revient à chaque ARS, avec l'assurance maladie, d'engager dès maintenant, avec les représentants des professionnels de santé de ville, notamment URPS et ordres professionnels, ainsi qu'avec les services d'hospitalisation et de soins à domicile, les travaux de préparation du passage en stade épidémique. Une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19 (par exemple, plages spécifiques de consultation, appel téléphonique systématique avant déplacement au cabinet...), sera à promouvoir dans les territoires. Le déploiement de l'usage de la télémédecine devra être également accompagné.

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

Il convient également d'anticiper et d'organiser en parallèle des circuits en ville pour la prise en charge des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.. Un travail spécifique sur ce sujet est à conduire au niveau des ARS, avec l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé.

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

- **la téléconsultation dont les conditions de recours ont été élargies avec une adaptation du cadre conventionnel actuel au contexte épidémique³** (cf. fiche en annexe);
- **les infirmiers qui pourront être impliqués dans le suivi à domicile, en appui du suivi médical ;**
- **les différentes structures d'aide domicile assurant** un soutien social (aide à domicile, réseaux) ;
- **l'HAD mobilisable en amont et en aval** pour assurer une prise en charge à domicile des patients nécessitant des soins potentiellement techniques (cf. document en annexe « lignes directrices pour la prise en charge en HAD des patients covid-19 »).

Les ARS, avec l'appui de l'assurance maladie, sont invitées à identifier en amont et constituer, en lien avec l'assurance maladie et les établissements concernés, un vivier de ressources supplémentaires mobilisables sur le territoire (par exemple, médecins et infirmiers à la retraite, ...).

Des lignes directrices pour la prise en charge initiale et pour le suivi des patients à domicile seront transmises prochainement. Il en est de même, des lignes directrices concernant l'organisation de l'offre par les laboratoires de biologie médicale de ville concernant le diagnostic biologique du Covid-19.

5. ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Comme précédemment indiqué dans le MINSANTE/CCS n°2020_25 : Préparation de la prise en charge des patients requérant des soins de réanimation en phase épidémique de Covid-19, la mobilisation des établissements de santé pour répondre en phase épidémique est essentielle, car ils ont pour mission la prise en charge des patients sévères et graves.

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

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

- **Privilégier en première intention la prise en charge des patients Covid-19** nécessitant une hospitalisation dans les **établissements de santé déjà reconnus comme de 1^{ère} et de**

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

2^{ème} ligne. Il convient en leur sein de graduer la prise en charge en veillant à adapter les parcours entre les services de réanimation, surveillance continue et hospitalisation complète ;

- **Identifier dès maintenant d'autres établissements de santé qui pourraient être activés en fonction de la situation épidémique :** établissements de santé sièges d'une structure d'accueil des urgences et/ou d'un plateau technique d'unité de surveillance continue ou de réanimation.
- **Tous les établissements de santé (publics, privés à but lucratif et non lucratif) doivent pouvoir être mobilisés** pour, soit venir en aval de sites Covid-19 sur un parcours de soin dédié, soit pour prendre le relais de son activité sur des activités urgentes que ces sites ne pourraient assurer du fait de leur mobilisation.

Le suivi des patients Covid-19 pris en charge dans les établissements de santé sera réalisé via l'application SI-VIC.

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

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

À ce titre, **il est demandé aux ARS :**

- **La mise à jour fiable de leur capacité en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue,** de renseigner celle-ci dans le ROR et de se mettre en situation de monitorer au niveau régional son activité. Un reporting national sera effectué chaque jour sur ces capacités des soins critiques par extraction du ROR ou après des ARS non connectées. Une vision nationale consolidée sera transmise aux ARS ;
- **Une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI)** en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) **et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les « upgrader », soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;**
- **La constitution d'un état des lieux régional des équipements biomédicaux** (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, ...) ;
- **La vérification des stocks d'oxygène médical** (niveau évaporateur et bouteilles) et de la **disponibilité des autres fluides médicaux** pour faire face à une suractivité ;
- **Une sensibilisation des établissements au recensement de leur personnel compétent en réanimation** (médecins, infirmiers) **et soins critiques** en prévision du redéploiement des moyens humains selon les besoins et les normes légales, ainsi des matériels et consommables nécessaires à une potentielle augmentation d'activité des unités de soins critiques. De plus, il est impératif que chaque établissement s'assure de la mise en œuvre des recommandations d'hygiène pour éviter les contaminations croisées (soignant – patient) ;

- **La déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients. Cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients Covid-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de leur établissement ou en appui des établissements mobilisés par le Covid-19 de leur GHT ou de leur territoire.** Il s'agit également de ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse.

Il vous est demandé de vous assurer que toutes les déprogrammations nécessaires à cet objectif sont bien mises en oeuvre.

Il vous appartient de définir avec les acteurs le schéma de solidarité entre établissements au sein du territoire, de le graduer en fonction de la tension et d'organiser le cas échéant la réaffectation des ressources humaines médicales et non médicales entre établissements libérés par la déprogrammation de certaines activités, notamment chirurgicales.

Les établissements de santé concernés peuvent utilement s'appuyer sur les recommandations d'experts portant sur la prise en charge en réanimation des patients en période d'épidémie à SARS-CoV2⁴.

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

Afin de coordonner l'organisation de la réponse spécifique de prise en charge des patients graves nécessitant une prise en charge réanimatoire, **chaque ARS constitue au sein de sa CRAPS, dans le pôle « organisation des soins », une cellule dédiée « réanimation »** chargée d'assurer, en lien avec les établissements de santé publics et privés à but lucratif et non lucratif concernés, le :

- **Pilotage de la préparation** des établissements ;
- **Suivi en temps réel de l'activité des unités de réanimation et de leur capacité** à assurer la prise en charge des patients (en identifiant l'activité générale et celle liée au Covid 19) ;
- La programmation des établissements de santé et l'anticipation régulière de l'activité déprogrammable par ces établissements.

Il convient aussi d'optimiser la prise en charge des patients en fonction de leur évolution clinique, afin de libérer rapidement des places notamment pour les cas sévères admis en réanimation, en limitant leur durée de séjour en réanimation.

Une attention particulière sera portée :

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

Il convient en complément et dès à présent de mobiliser tous les établissements de santé sur les actions suivantes afin de fluidifier l'aval des services :

- **Accélérer les sorties des patients à domicile et libérer de la capacité d'hospitalisation** : les sites SSR, l'HAD et les EHPAD doivent être pleinement mobilisés ;

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

- Demander aux établissements **une stricte actualisation du ROR et un suivi en temps réel de leur capacité d'hospitalisation en réanimation et plus généralement en soins critiques.**

L'ARS identifie également des services en établissements de santé en capacité d'accueillir des patients (formes modérées) de Covid-19 qui ne peuvent pas faire l'objet d'un maintien à domicile et qui sont à risque de décompensation.

Il revient à chaque ARS d'identifier un schéma de mobilisation des établissements pour déterminer les capacités disponibles en région et envisager les gradations nécessaires propres à leur territoire et leur adaptation, en fonction de l'évolution de la cinétique de l'épidémie.

6. SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

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

Outre **l'activation des plans bleus par les directeurs des établissements**, il convient de s'assurer de la mise en œuvre des principaux axes de réponse en phase épidémique suivants :

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

Le secteur des « lits d'accueil médicalisés » (LAM) et des « lits halte soins santé » (LHSS) doit faire également l'objet d'une attention particulière, car accueillant des personnes précaires dont les vulnérabilités de santé sont très importantes. Les principaux axes de la réponse sont les suivants :

- **mise en œuvre drastique des mesures barrières ;**
- **pré-identification** des établissements de santé Covid-19 qui assureront la prise en charge des cas graves;
- **prise en charge dans la mesure du possible, au sein des structures des patients sans critère de gravité**, avec identification en **LAM et LHSS** dans la mesure du possible d'un secteur de prise en charge des patients Covid-19.

7. PERSONNES À LA RUE ET PERSONNES HÉBERGÉES, Y COMPRIS DANS UN PARCOURS DE DEMANDE D'ASILE

Du fait de comorbidités importantes et d'un environnement de vie inadapté à une prise en charge ambulatoire, les personnes sans domicile, à la rue ou en hébergement, nécessitent une organisation spécifique.

Afin d'anticiper la phase épidémique, il a été demandé aux préfets d'identifier a minima un site par région susceptible d'accueillir des patients covid-19 sans domicile ne relevant pas d'une hospitalisation. Ces sites devront permettre d'isoler les personnes en chambre individuelle, et de leur apporter un suivi sanitaire adapté.

En complément, il est demandé à chaque ARS :

- **D'apporter son concours aux préfets** pour organiser la prise en charge sanitaire dans les centres d'hébergements dédiés aux patients covid-19
- **D'identifier, dans chaque département, une équipe sanitaire mobile pour assurer l'évaluation médicale, l'orientation** (en hospitalisation, ou en centre d'hébergement dédié), **et le suivi ambulatoire des personnes sans domicile.**

8. SURVEILLANCE DES PATIENTS CAS POSSIBLES D'INFECTION COVID-19

Pour assurer le suivi en phase épidémique, Santé publique France en concertation avec la SFMU et la FEDORU a anticipé l'évolution épidémiologique de la situation en initiant la surveillance, via les résumés de passage aux urgences (RPU), des cas possibles d'infection Covid-19, indépendamment de leur circuit de prise en charge (urgences ou filière spécifique dédiée Covid-19).

Pour cela, tout patient qui se présenterait aux urgences (ou en filière spécifique codant du RPU) et qui répondrait à la définition de cas possible, il convient d'utiliser un code CIM10 particulier en diagnostic associé, en complément de votre diagnostic médical (cf. fiche en annexe).

9. COMMUNICATION

L'information et la communication sont primordiales en phase épidémique, notamment au regard du rôle joué par les médias et les réseaux sociaux. Il doit exister une concertation étroite entre l'ARS et les représentants en région des professionnels de santé et des directeurs des établissements de santé afin de préparer des éléments de communication sur la prise en charge des patients et la gestion de la situation. De même, dans les situations de tensions sur le système de soins, une bonne coordination de la communication doit être établie entre les différents partenaires.

10. LIENS UTILES ET DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

- Suivi de la situation internationale et analyse de risque :
 - Site de l'OMS : <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/novel-coronavirus>
 - Site de l'ECDC : <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>
 - Site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
- Définition de cas et suivi des contacts :
 - Site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/cas-de-pneumonies-associees-a-un-nouveau-coronavirus-COVID19-a-wuhan-en-chine>

- Diagnostic virologique :
 - Site du CNR des virus respiratoires (y compris la grippe) : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referance/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe>
 - Site de la CIBU : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/cibu>
 - Site de la Société française de microbiologie : <https://www.sfm-microbiologie.org/2020/03/03/covid-19/>

- Prise en charge des patients et mesures d'hygiène :
 - Site de la mission nationale COREB : <https://www.coreb.infectiologie.com/>
 - Site de la Société de pathologie infectieuse de langue française : https://www.infectiologie.com/fr/actualites/covid-19-nouveau-coronavirus_-n.html
 - Site de la Société de réanimation de langue française : <https://www.srlf.org/coronavirus/>
 - Site de Société française d'hygiène hospitalière : <https://www.sf2h.net/publications/coronavirus-2019-ncov>

- Éléments de langage et FAQ :
 - Site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-questions-reponses#Questions-reponses>

- Espace d'informations partagées (DGS / ARS) « SYMBIOSE »
 - Ressources documentaires telles que : les messages MINSANTE, MARS et DSG-Urgent, les points de situation du CCS, les documents relatifs à la définition de cas, la conduite à tenir et l'hygiène hospitalière. Cet espace est amené à évoluer, à l'aide notamment de vos retours. URL vers l'espace : https://symbiose.social.gouv.fr/jcms/c_2019677/fr/covid-19