

LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19

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

Cette prise en charge ambulatoire a vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients sur la base des lignes directrices et recommandations ci-dessous.

En phase épidémique, 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.

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.

1. Identification, diagnostic et orientation des patients atteints

1.1. Stratégie de diagnostic par test biologique

En phase épidémique, les patients présentant des signes de Covid-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique (RT-PCR SARS-CoV-2). Seuls font encore l'objet de tests systématiques pour recherche du virus SARS-CoV-2 :

- Les 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 ;
- Les trois 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 bactérienne ;
- Tous les professionnels de santé dès l'apparition des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Les personnes à risque de formes graves (cf. fiche annexe 2) et présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 ;
- Les femmes enceintes symptomatiques quel que soit le terme de la grossesse ;
- Les donneurs d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques.

Pour les autres patients symptomatiques, l'examen clinique devient majeur dans l'identification et la bonne orientation des patients Covid-19.

1.2. Organisation de l'examen clinique (en téléconsultation et consultation)

L'examen clinique a pour enjeu de vérifier l'absence de :

- Signes d'infection respiratoire basse qui nécessiteront une attention et un suivi plus rapproché ;
- Signes de gravité, qui pourraient conduire à des décisions d'hospitalisation.

Il doit permettre de définir l'orientation et le cadre de prise en charge/suivi du patient (cf.1.3).

Il a ainsi pour objectif de préciser (cf. annexe 2 sur les lignes directrices de la consultation et de l'interrogatoire) :

- Les comorbidités du patient
- Les signes cliniques présentés
- Les signes de gravité
- L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques

Il peut avoir lieu en consultation présentielle ou en téléconsultation :

Téléconsultation

La téléconsultation est un cadre pertinent pour réaliser des primo-consultations de patient potentiellement Covid-19.

Toutefois, dans certaines situations, elle pourra être insuffisante pour poser l'ensemble du diagnostic et les conditions de prise en charge associées et devra donc être prolongée par une consultation présentielle. C'est au médecin qu'il revient d'apprécier à tout moment la possibilité de poursuivre la téléconsultation en cours ou d'organiser une consultation physique, notamment quand une exploration plus fine du système respiratoire est requise.

En consultation présentielle

L'annexe 1 porte des recommandations sur l'organisation des cabinets de ville, qui seront amenés à accueillir des patients présentant des symptômes évocateurs du Covid-19, pour que les patients concernés soient accueillis dans des conditions particulières et éviter les risques de contamination.

De façon générale, il est préconisé aux professionnels de santé d'assurer les consultations des patients Covid-19, suspects ou confirmés, sur rendez-vous ou d'organiser des plages horaires dédiées pour les patients se présentant pour des signes respiratoires et ou fièvre.

Il convient également de prévoir autant que possible des lieux d'attente où les personnes suspectes de Covid-19 puissent être isolées. Lorsque cela ne s'avère pas possible, il s'agira de faire attendre les personnes suspectes de Covid-19 à distance des autres patients (au moins 1 mètre).

1.3. Orientation du patient une fois le diagnostic posé

Le médecin peut décider différentes orientations en fonction de son appréciation de la situation :

- Traitement symptomatique et conseils d'hygiène et de surveillance +/- arrêt de travail, avec auto-surveillance par le patient lui-même et/ou son entourage ;
- Maintien à domicile avec suivi médical, selon une fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale ;

- Suivi renforcé à domicile avec un suivi par un infirmier diplômé d'État (IDE), en complément du suivi médical ;
- Mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Hospitalisation en cas de signes de gravité, qui sera alors à organiser par appel au SAMU-centre 15.

Les signes de gravité suivant sont des indications d'hospitalisation :

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxygénémie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.

Le médecin pourra décider également d'une orientation vers des médecins spécialistes : cardiologues, pneumologues notamment pour avis d'un spécialiste en cas de difficultés respiratoires.

Les points de vigilance pour permettre un suivi à domicile des patients sont :

- Au plan clinique, absence de critères de gravité ;
- Au plan du logement et de l'environnement du patient : une pièce dédiée et aérée, où le patient pourra rester confiné, des moyens de communication possible (téléphone, ordinateur ...), un accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Une compréhension pour le patient des règles d'hygiène (désinfection des surfaces, nettoyage des WC et salle de bain) et d'auto-surveillance ;
- L'absence de personne à risque de Covid-19 grave au domicile si les règles d'isolement ne peuvent pas être respectées.

L'appréciation par le praticien de l'état du patient et de son environnement permet de prendre la décision de mettre en place un retour à domicile du patient et un suivi au domicile.

2. Suivi des patients en ville des patients atteints du coronavirus

Quatre modalités de surveillance à domicile sont possibles :

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

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

2.1. Principes communs à tous les suivis en ville

La surveillance à domicile repose sur :

- Pour le patient :
 - Le confinement à domicile ;
 - La surveillance de la température 2 fois par jour ;
 - La consigne, en cas d'aggravation de l'état général, d'un appel au médecin traitant ou, à défaut ou en cas de signes de gravité, d'appeler le SAMU-Centre 15 ;
 - Le port d'un masque chirurgical lors de l'intervention d'un professionnel de santé ou d'une consultation médicale.
- Pour l'entourage, application des mesures suivantes :
 - Surveillance personnelle de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires ;
 - Restrictions des activités sociales et des contacts avec des personnes fragiles ;
 - En cas d'apparition de fièvre ou de symptômes respiratoires chez un membre de l'entourage, consigne de prendre contact avec le médecin traitant ou, à défaut ou en cas de signes de gravité, d'appeler le SAMU-Centre 15.

Tous les patients suivis à domicile doivent par ailleurs appliquer les règles d'hygiène et reçoivent un traitement symptomatique (quand nécessaire).

Il est laissé à l'appréciation clinique du praticien la durée de l'arrêt de travail en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.). Toutefois, en cas de suspicion forte de Covid-19 (infection respiratoire basse chez un patient ayant pu être en contact avec un cas confirmé), la **durée de l'arrêt de travail est préconisée de 14 jours**.

Il est demandé de limiter au maximum les déplacements, à l'exception de rendez-vous médicaux. Dans ce dernier cas, les malades doivent porter un masque, prévenir en amont le personnel soignant de leur arrivée et signaler leur condition.

Au sein du logement, il est conseillé de rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile, d'aérer régulièrement. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire il est recommandé de se laver les mains fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, télécommandes, téléphones mobiles, etc.). Il est déconseillé de recevoir de visites sauf indispensables, comme les aidants à domiciles. Enfin, les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier.

2.2. Patient en auto-surveillance

Le patient applique les mesures de surveillance ci-dessus. Il est essentiel qu'il se soit approprié la consigne d'appeler, en cas d'aggravation de l'état général, le médecin qui le suit (ou le SAMU-Centre 15 en l'absence d'une réponse ambulatoire).

Deux modalités sont possibles :

- Auto-surveillance stricte sans programmation ultérieure d'une consultation (physique ou téléconsultation) pour les patients autonomes, peu symptomatiques ou avec des signes d'infection respiratoire haute ;

- Auto-surveillance avec programmation d'une consultation (physique ou téléconsultation,) de suivi à J6-J8 pour les patients autonomes, symptomatiques ou avec signes d'infection respiratoire basse.

2.3. Patient avec suivi médical

Le suivi des patients en ville se fait selon la fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale. En tout état de cause, un suivi médical à J6-J8 est systématiquement organisé. En fonction de l'évaluation de la situation, de la gravité de l'état du patient, ce suivi peut être réalisé en présentiel, en téléconsultation, ou par téléphone. C'est le médecin qui décide des conditions d'organisation de ce suivi.

L'annexe 3 indique les conditions de recours aux téléconsultations pour le suivi médical à domicile, avec l'utilisation de tous les outils possibles dont les outils courants d'appel vidéo sur smartphone.

2.4. Patient avec un suivi renforcé à domicile par des infirmiers

Cette prise en charge spécialisée doit être prescrite par le médecin qui suit un patient à domicile présentant des symptômes d'infection à Covid-19, dans le cas de patients relativement autonomes, peu symptomatiques mais ne pouvant assumer une autosurveillance.

Le suivi par l'infirmier doit être décidé par le médecin qui indique la fréquence du suivi et les signes d'alerte à suivre (alerte au médecin sans délai si nécessaire), ainsi que la possibilité d'alerter le centre 15 en cas d'urgence vitale avec information en parallèle du médecin.

Pour le suivi à domicile de patients présentant des symptômes d'infection à Covid-19, l'infirmier cotera un acte de surveillance clinique de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) qui peut être utilisé par analogie.

La place de l'infirmier est bien dans le suivi et la surveillance des patients et non pas dans le diagnostic d'une décompensation respiratoire qui lui doit être fait par un médecin.

Ce suivi pourra se faire par télésoin qui va être rendu possible dans le cadre de l'épidémie par un texte à venir.

L'infirmier peut également participer à la réalisation des téléconsultations avec les médecins. Trois actes d'accompagnement sont possibles selon que l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu, que l'acte est réalisé isolément dans un lieu dédié aux téléconsultations ou que l'acte est organisé de manière spécifique à domicile.

2.5. Patient suivi en hospitalisation à domicile

Les conditions et cadre de recours à l'HAD sont décrits à l'annexe 5.

Elle est envisageable sur prescription médicale pour les patients atteints du COVID-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation pour les complexités suivantes :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités ;

- Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
- Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).

2.6. Critères de guérison

Un patient peut être considéré comme guéri 48 heures après la disparition des symptômes.

Si le patient a bénéficié d'une PCR en raison de son éligibilité à ce diagnostic biologique (cf. supra), une PCR peut être réalisée 48 heures après la disparition des symptômes. Sa négativité confirmera la guérison.

3. Dispositifs de prise en charge des patients sans médecin traitant et situations équivalentes

Sur la base des lignes directrices précédentes, il revient à chaque ARS, avec l'assurance maladie, d'engager dès maintenant, avec les représentants des professionnels de santé de ville, notamment les URPS et les Ordres professionnels, ainsi qu'avec les établissements d'hospitalisation à domicile et les services de soins à domicile, les travaux de préparation d'un passage à une phase épidémique. Celui-ci conduira notamment à un changement de doctrine en matière de prise en charge : hospitalisation de tous les malades Covid-19 en stade pré-épidémique versus prise en charge en ville en stade épidémique de 80% des malades.

En conséquence, une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19, sera à promouvoir dans les territoires (cf. 1 et annexe 1). Le déploiement de l'usage de la télémedecine devra être également accompagné.

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

Les dispositions précédentes s'adressent à des patients disposant d'un médecin traitant, en capacité de les prendre en charge. Il convient d'anticiper et d'organiser les situations de patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

Un travail spécifique sur ce sujet est à conduire au niveau des ARS et l'assurance maladie, avec les représentants des professionnels de santé.

Il pourra s'appuyer sur les dispositifs décrits ci-dessous.

3.1. Référencement préalable des médecins de ville du territoire susceptibles d'être contactés

L'assurance maladie s'organise pour établir une liste des médecins de ville susceptibles de constituer cette ressource pour recevoir des patients hors de leur patientèle, en présentiel ou téléconsultation, en mobilisant les délégués de l'assurance de l'assurance maladie et les conseillers informatiques services, afin qu'ils contactent les médecins du territoire en fonction de leur connaissance des médecins.

En complément, l'assurance maladie assure également le recensement des infirmiers susceptibles de participer au suivi à domicile des patients Covid-19.

3.2. L'orientation des patients sans médecin traitant ou sans médecin traitant disponible

En cas de symptômes évocateurs du Covid-19, les personnes sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible sont invitées à appeler le SAMU-centre 15.

Après une première évaluation de l'absence de signe de gravité, cet appel est basculé sur la plateforme téléphonique mise en place par l'Assurance maladie (cf. annexe 6). Celle-ci, sur la base de la liste préétablie des médecins mobilisables du territoire et des renforts préconstitués (cf. infra), assurera l'orientation vers un médecin en capacité de prendre en charge ce patient, en présentiel ou en téléconsultation.

3.3. Les mécanismes de renfort des ressources territoriales mobilisables

Afin de renforcer les capacités de réponse sur les territoires où les ressources médicales du territoire sont sous tension, posant des problèmes d'accès aux soins, différents viviers complémentaires ont été identifiés. Il revient aux ARS, en lien avec l'assurance maladie, de travailler dès à présent à l'identification et à la pré-constitution de pool de renfort dans la région.

- **Les étudiants en santé (pour un renfort en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social)**

Recensement des professionnels

Les étudiants de professions médicales (médecins, sages-femmes, odontologistes et pharmaciens) représentent une réserve de près de 70 000 professionnels (étudiants en 2^{ème} et 3^{ème} cycle).

Les étudiants de régulation médicale (futurs assistants de régulation médicale – ARM, soit 350 personnes) et les étudiants de professions d'auxiliaires médicaux (notamment infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture) représentent un vivier de 122 000 étudiants également susceptibles d'être mobilisés.

Lieux et cadre d'exercice des professionnels

Le cadre d'intervention de ces étudiants recensés et identifiés devra être déterminé dans le respect et en fonction de leurs missions statutaires respectives et de leur niveau de formation.

Les étudiants infirmiers/aides-soignants/auxiliaires de puériculture en 1^{ère} année, les étudiants en médecine de 1^{er} cycle et les étudiants de 2^{ème} cycle de médecine non rémunérés ne sont pas considérés comme des professionnels de santé mais sont néanmoins mobilisables dans le cadre de leurs stages.

Dans le cadre d'actions de service sanitaire, les étudiants en médecine et les infirmiers diplômés d'État (IDE) pourront être mobilisés pour conduire des actions de réorientation (aiguillage vers les centres d'appel/de régulation) ou de prévention (sensibilisation aux gestes barrières). Les IDE en 2^{ème} et 3^{ème} année pourront également prendre part à des actions de réorientation vers des établissements de santé pour renforcer les équipes soignantes.

Dans le cadre de leurs stages obligatoires au cours de leur formation, les IDE, aides-soignants et auxiliaires de puériculture pourront être réorientés vers des structures exprimant des besoins d'accueil et d'orientation de proximité, afin notamment de décharger les professionnels de santé qui réalisent des actes de soins hors Covid-19. Les infirmiers diplômés d'État (IDE) en 2^{ème} et 3^{ème} année pourront être mobilisés auprès d'IDE libéraux pour renforcer la prise en charge ambulatoire.

Les étudiants de régulation médicale (futurs ARM) ont déjà été mis à disposition des centres 15/SAMU en appui des cellules de crise par leurs centres de formation.

Il est à noter que des propositions de vacation peuvent être adressées à l'ensemble des étudiants des instituts de formation:

- Pour les 2^{ème} et 3^{ème} années d'IFSI : vacations d'aide soignants ;
- Pour les étudiants en formation d'IBODE ou d'IADE : vacations d'IDE.

Les étudiants de professions médicales (médecins, sages-femmes, odontologistes et pharmaciens) en 2^{ème} et 3^{ème} cycle sont des agents publics sous statut hospitalier.

Les 33 500 étudiants de 2^{ème} cycle, dans le cadre de leur stage, pourront être réaffectés en soutien aux équipes sur les lieux de stage cliniques avec trois conditions impératives : ils ne peuvent qu'exécuter des « actes médicaux de pratique courante » et des tâches confiées par « le médecin référent ou le praticien responsable de l'entité d'accueil », avec un encadrement constant par un senior et une formation préalable au poste.

Les 37 700 étudiants de 3^{ème} cycle en internat peuvent opérer un soutien par substitution ponctuelle aux professionnels de santé en épuisement :

- L'interne exerce « par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève » (article R. 6153-3 du code de la santé publique)
- Les internes titulaires d'une licence de remplacement sont autorisés à exercer la médecine comme remplaçant (L. 4131-2 du code de la santé publique) ou d'une licence d'adjuvat pour exercer comme médecin adjoint (L. 4131-2-1 du code de la santé publique) ; ils sont titulaires d'une autorisation délivrée par le CDOM.

- **Les retraités (sans activité) et les médecins sans activité**

Recensement des professionnels

Les Conseils de l'Ordre disposent a priori des contacts des retraités qui pourraient être sollicités pour apporter une ressource médicale supplémentaire en renfort de la ville.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir pour l'exercice des missions suivantes :

- soit en appui à la régulation médicale ou en effecton de la permanence des soins en ambulatoire ;
- soit en téléconsultation (à partir de leur domicile) ;
- soit en consultations présentes. Il conviendra de rechercher à cette fin des locaux si le médecin n'en dispose pas lui-même. Il peut s'agir de structures existantes, telles que les maisons ou les centres de santé, les établissements de santé ou encore les

centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Les collectivités territoriales pourront également être mobilisées à cet effet.

Cadre juridique et modalités de financement

Pour les médecins à la retraite reprenant une activité, le cadre juridique du cumul emploi-retraite permet de cumuler leurs rémunérations avec leur pension de retraite. Soit ils se réinscrivent auprès de leur CPAM, soit les ARS feront appel à eux sous le statut de collaborateur occasionnel du service public (COSP). Ils pourront également être placés sous le statut de réserviste sanitaire ou être réquisitionnés (cf. annexe 7).

- **Les médecins de service public (PMI, Santé scolaire...)**

Recensement des professionnels

Les collectivités territoriales pourraient être sollicitées pour mettre à disposition des médecins et infirmiers territoriaux, notamment des PMI. Il en est de même pour l'éducation nationale et les médecins et infirmiers de santé scolaire.

Le droit de réaliser des soins et de prescrire leur étant octroyé réglementairement en cas d'urgence, les médecins de service public peuvent être employés dans le cadre des renforts.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir en sus de la médecine de ville :

- soit en téléconsultation (à partir de leur domicile) ;
- soit en consultations présentielles, avec la même réserve sur les locaux que pour les médecins retraités.

Cadre juridique et modalités de financement

Trois cadres juridiques sont envisageables :

- La mise à disposition, si c'est auprès d'une autre structure publique, par exemple un établissement de santé au sein duquel les offres de consultation supplémentaires seraient constituées ;
- La réserve sanitaire ;
- La réquisition selon les modalités définies à l'annexe 7.

- **Les ressources internes à l'assurance maladie**

Référencement du personnel mobilisable

L'assurance maladie est prête à mettre à disposition du dispositif territorial de réponse des ressources issues de ses effectifs : médecins conseil, infirmiers de l'assurance maladie, médecins des centres d'examen de santé, infirmiers actuellement travaillant sur les plateformes SOPHIA pour le suivi des patients diabétiques.

Un recensement au sein du réseau de l'assurance maladie des volontaires au regard de l'urgence sanitaire sera mis en place.

Lieux d'exercice des professionnels

Ces médecins recensés et identifiés seraient amenés à intervenir en sus de la médecine de ville :

- soit en téléconsultations (à partir de leur lieu de travail au sein de l'assurance maladie)
- soit en consultations présentiels, avec la même réserve sur les locaux que pour les médecins retraités.

Cadre juridique et modalités de financement

La réquisition apparaît comme le cadre juridique le plus opérationnel dans le contexte d'urgence actuel (cf. annexe 7).

• **La Réserve sanitaire**

La Réserve sanitaire constitue un moyen stratégique de réponse de l'État aux urgences et crises sanitaires et peut intervenir en phase d'évaluation, en phase de renfort du système de santé pour des actions de santé publique/prévention notamment ou en phase de maintien de l'offre de soins sur le territoire pour éviter les ruptures de prise en charge des patients. La Réserve sanitaire est constituée de professionnels de santé et de la santé actifs ou inactifs (retraités, sans emploi, intérimaires) mobilisables à tout moment par le ministère chargé de la santé ou les Agences régionales de santé (ARS).

Le renforcement des effectifs de professionnels retraités constitue un enjeu majeur car ils peuvent, constituer les seules ressources mobilisables lors d'une situation sanitaire exceptionnelle quand tous les autres professionnels sont déjà mobilisés. Le recours aux professionnels de santé retraités, inactifs, puis aux étudiants doit alors être privilégié.

Lorsqu'il est nécessaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle de renforcer le système de santé sur le territoire d'une région ou d'une zone de défense et de sécurité, le directeur général de l'ARS peut, par décision motivée, faire appel à des réservistes sanitaires (articles L. 3132-1 et suivants du code de la santé publique).

Les circuits et les modalités de mobilisation de la réserve sanitaire par le niveau régional sont précisés dans la note d'information SGMAS/DGS/DGOS n° 60 du 21 juin 2019.

De façon plus globale, des réflexions sont engagées en faveur de dispositions permettant de dégager davantage de temps médical disponible pour le traitement de l'épidémie. Ainsi, à titre d'exemple, la faculté, pour les pharmaciens, de dispenser les médicaments prescrits au-delà de la durée de validité de l'ordonnance dans le cadre d'un traitement chronique, vient d'être étendue jusqu'au 31 mai 2020¹.

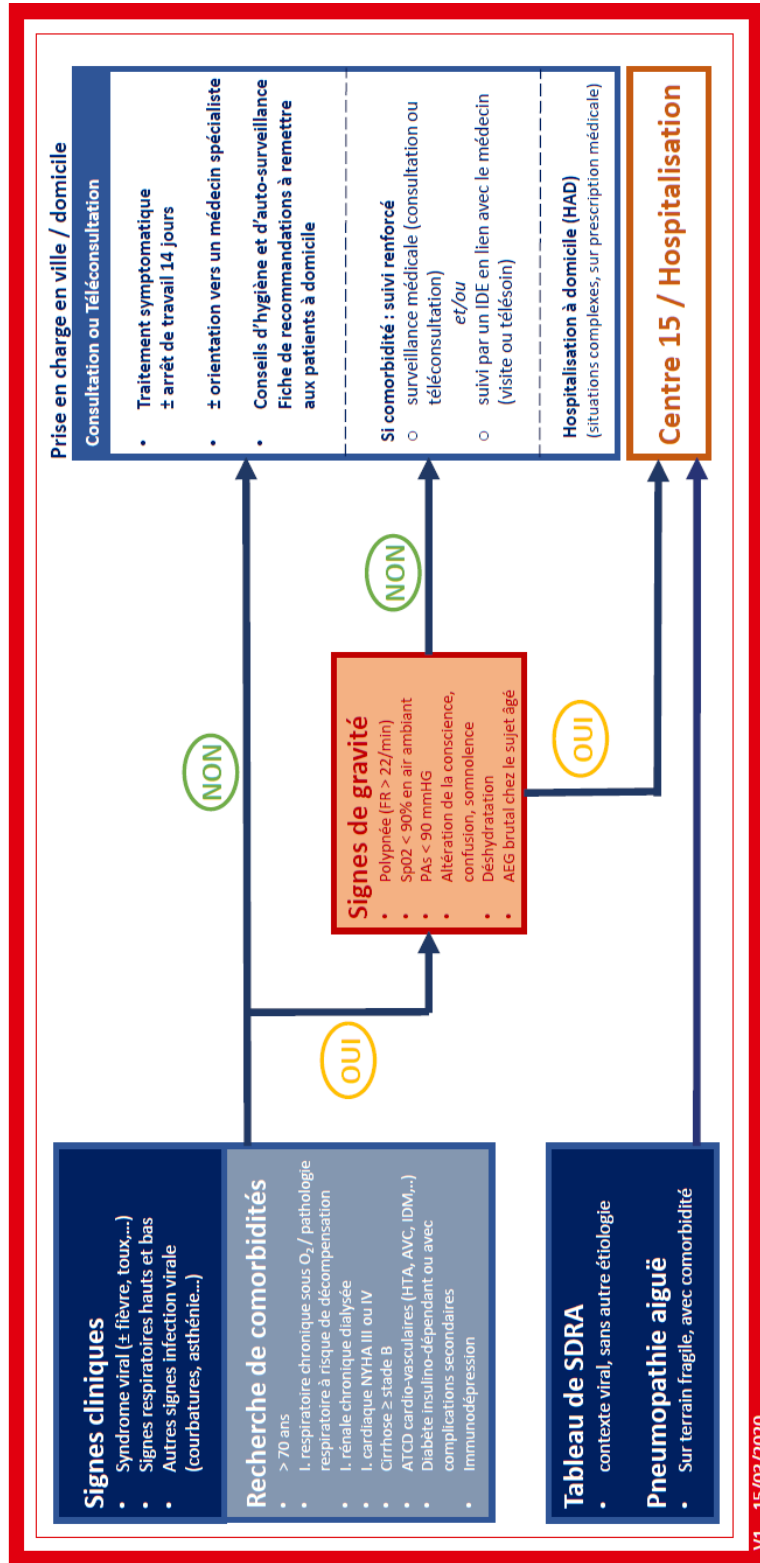
¹ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19.

Prise en charge d'un patient suspect Covid19+ en médecine de ville

Coronavirus (COVID-19)



Prise en charge des patients Covid-19 en ville (version du 16/03/2020)



V1 – 15/03/2020

Liste des annexes :

Annexe 1 : orientations pour l'organisation des cabinets de ville en phase épidémique

Annexe 2 : lignes directrices de la (télé) consultation et de l'interrogatoire d'un patient « cas possible » présentant une infection respiratoire dans un contexte d'épidémie à COVID-19

Annexe 3 : Suivi en téléconsultation d'un patient présentant une infection respiratoire à COVID-19

Annexe 4 : Suivi à domicile par un IDE (en cours d'élaboration)

Annexe 5 : Prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)

Annexe 6 : Dispositif d'orientation des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible

Annexe 7 : Cadre juridique et financier de la réquisition

Annexe 8 : Exemple de consignes à donner aux patients pris en charge à domicile

Annexe 9 : Consignes d'hygiène à destination des patients pour affichage en salle d'attente (en cours d'élaboration)

Annexe 10 : Consignes d'hygiène du cabinet médical (en cours d'élaboration)

Annexe 11 : Consignes arrêt de travail (en cours d'élaboration)

Annexe 12 : Connaître le virus : SARS-CoV (en cours d'élaboration)

Annexe 1

Orientations pour l'organisation des cabinets de ville en phase épidémique

En l'absence de signes de gravité, pour lesquels il faudrait contacter le 15, les patients doivent prendre contact en priorité avec leur médecin traitant ou la structure dans laquelle il exerce. Dans l'impossibilité d'avoir accès à un médecin traitant, les patients pourront joindre le SAMU Centre-15 pour orientation vers une autre structure.

Il est préconisé aux professionnels de santé d'assurer les consultations sur rendez-vous ou d'organiser des plages horaires dédiées aux patients se présentant sans rendez-vous pour des signes respiratoires.

Messages pour le personnel d'accueil

Lorsque le patient appelle

Réguler les appels pour réserver des plages dédiées de consultations aux patients consultant pour des signes respiratoires à un moment différent des consultations pour d'autres motifs.

Proposer éventuellement aux patients souhaitant consulter pour un suivi de pathologie chronique stable de réaliser une téléconsultation et/ou de se faire renouveler leur traitement par la pharmacie pour 1 mois supplémentaire (dans l'attente d'une augmentation du délai qui va être engagée).

Une téléconsultation par le médecin traitant peut-être proposée au patient. Elle aura pour objectif de préciser les comorbidités du patient, les signes cliniques présentés, les signes de gravité et l'environnement social et aspects psychologiques afin de définir la nécessité d'un recours aux soins (consultation physique en médecine générale, consultation externe spécialisée, transfert en hospitalisation) ou une prise en charge au domicile.

Lorsque le patient est présent

Respect d'une distance de 1 mètre avec le personnel d'accueil, si ne peut être mis en place des dispositifs de protection des personnels d'accueil (protection par vitre ou plexiglass de la zone d'accueil).

Lavage des mains avec du savon et de l'eau ou un soluté hydro-alcoolique après chaque passage de patients se présentant à l'accueil avec des signes d'infection respiratoires et ayant nécessité la manipulation d'objets appartenant au patient (carte vitale, moyen de paiement, documents, etc.).

Donner comme consigne aux patients se présentant en consultation avec des signes respiratoires de se laver les mains (eau et savon ou soluté hydro-alcoolique) et de rester dans la zone d'attente dédiée.

Dans la salle d'attente

Prévoir autant que possible des lieux d'attente où les personnes suspectes de Covid-19 puissent être isolées.

Lorsque cela ne s'avère pas possible, faire attendre les personnes suspectes de Covid-19 à distance des autres patients (au moins 1 m).

Aérer et nettoyer régulièrement les sites d'accueil autant que possible. Désinfecter les surfaces 2 à 3 fois par jour. Enlever des lieux où sont reçus les patients, les objets non nécessaires (jouets, livres pour enfants, revues et journaux, etc.).

Limiter le nombre d'accompagnant, si nécessaire, à 1 personne.

Protections des soignants

Port d'un masque pour le professionnel de santé pendant ses plages de consultation dédiées COVID-19 avec nettoyage des mains entre chaque patient.

Désinfection après chaque patient du stéthoscope et autres instruments utilisés pendant la consultation (NB : il n'est pas préconisé de réaliser un examen ORL avec abaisse langue en l'absence de symptômes évocateurs d'une atteinte pharyngée).

Nettoyage 2 à 3 fois par jour des surfaces de travail (y compris bureau), poignées de porte, téléphone, claviers et imprimantes.

Annexe 2

Lignes directrices de la (télé) consultation et de l'interrogatoire d'un patient « cas possible » présentant une infection respiratoire dans un contexte d'épidémie à COVID-19

L'interrogatoire/(télé) consultation a pour objectif de préciser :

- Les comorbidités du patient
- Les signes cliniques présentés
- Les signes de gravité
- L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques

Il doit permettre de définir la nécessité d'un recours aux soins : consultation physique en médecine générale, en consultation externe spécialisée ou transfert en hospitalisation ou d'une prise en charge à domicile avec surveillance.

Les comorbidités sont des conditions cliniques ou thérapeutiques favorisant l'évolution péjorative de l'infection

- Personnes âgées de 70 ans et plus ;
- Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- Insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- Cirrhose $\geq$ stade B ;
- Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque ;
- Diabète insulinodépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie) ;
- Immunodépression :
 - Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive
 - Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA $< 200/\text{mm}^3$
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique
 - Cancer métastasé
- Obésité morbide IMC > 40
- Grossesse (par précaution)

Signes cliniques du patient

- Fièvre :
 - Mesure de la température par le patient ;
 - Interroger sur les signes de fièvre : frisson, etc.
- Toux ;

- Autres signes respiratoires haut ou bas ;
- Autres signes d'infection virale (courbatures, etc.)
- Date de début des symptômes.

Recherche de signe de gravité à l'examen clinique du patient

En présentiel, il est demandé :

- Signes de détresse respiratoire :
 - Polypnée : FR >22/min
 - Une oxymétrie de pouls (SpO₂) < 90% en air ambiant (si on dispose d'un saturomètre digital)
- Une pression artérielle systolique < 90 mmHg

Si le patient est accompagné (avec les mesures de protection adéquate) durant la téléconsultation (EHPAD, SSIAD, HAD, ETC.) ces paramètres peuvent être recueillis.

En téléconsultation, à distance :

- Signes de détresse respiratoire :
 - Demander à voir le patient torse nu, et regarder la manière de respirer,
 - Recherche de signes de cyanose des extrémités (visualisation des mains),
 - Recherche de signes de polypnée / dyspnée d'effort : signes respiratoires pendant la discussion (essoufflement, difficulté à finir ses phrases sans pause),
 - Si la téléconsultation est accompagnée (EHPAD, IDE à domicile, pharmacie et sous condition de mesures de protection adéquate de l'accompagnant) il peut être demandé :
 - La fréquence respiratoire : signe de gravité si >22/min
 - Si on dispose d'un saturomètre digital : une oxymétrie de pouls (SpO₂) : signe de gravité si < 90% en air ambiant
- Une pression artérielle systolique : si le patient dispose d'un brassard, demander la tension (< 90 mmHg)
- Altération de la conscience
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.

L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques

- Entourage aidant et pouvant participer aux soins (surveillance), absence de personne fragile à domicile (cf. critère de comorbidités) ;
- Mesures de protection (hygiène des mains) disponibles au domicile (équipement, matériel) ;
- Environnement social compatible avec une surveillance à domicile : pièce dédiée et aérée, où il pourra rester confiné, moyen de communication possible (téléphone, ordinateur ...), accès aux besoins de base (autonomie pour faire des courses en ligne ou possibilité de recours à une aide) ;
- Bonne compréhension des mesures, de la surveillance et adhésion au suivi sans anxiété.

A l'issue de la consultation

- Si une décision de confinement au domicile est prise : rappel des principes d'un suivi à domicile (cf. fiche principale) ;
- Si une décision de consultation physique est prise : il est laissé à discrétion du médecin de s'organiser pour recevoir le patient au cabinet. Si le médecin télé consultant n'est pas le médecin traitant, il doit se mettre en relation avec ce dernier pour organiser la consultation ;
- Si après évaluation clinique du patient, la décision d'hospitalisation dans un établissement de référence est prise : le transport sera à organiser avec le SAMU-Centre 15.

Tableau 1

Questionnaire initial type pour patient COVID-19 en (télé)-consultation pour orientation : aide au diagnostic et à la prise de décision d'orientation (domicile ou hospitalisation)

Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
1. Les comorbidités du patient		
Quel âge avez-vous ?	X	Si >70 ans
Avez-vous des antécédents ?	Non / Oui / Précisez - Insuffisance respiratoire chronique sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ; - Insuffisance rénale chronique dialysée ; - Insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ; - Cirrhose ≥ stade B ; - Antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle, ATCD accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque ; - Diabète insulino-dépendant ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro ou macro angiopathie) ; - Immunodépression ; - Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive - Infection à VIH non contrôlé ou avec des CDA < 200/mm3 - Grefe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique - Cancer métastasé - Obésité morbide IMC > 40 - Grossesse (par précaution)	
2. Les signes cliniques présentés et critère de gravité		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Toussez-vous ?	Non/un peu / Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » on non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Etes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense

Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Etes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Etes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger / A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite ?	<i>*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*</i>	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
3. L'entourage familial, environnement social et aspects psychologiques pour maintien à domicile		
Quel est votre entourage au domicile ? Des personnes peuvent-elles vous aider ? Des personnes fragiles vivent-elles avec vous ?	Oui / Non <i>Evaluer la disponibilité d'un aidant pouvant, absence de personne fragile à domicile (cf critère de co-morbidités)</i>	/
Pouvez-vous mettre en place des mesures de protection (hygiène des mains) ?	Oui / Non <i>Evaluer les possibilités de mise en place des mesures d'hygiène</i>	/
Avez-vous compris comment s'organisera votre prise en charge à domicile ? Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions ?	Oui / Non <i>Evaluer la compréhension / l'adhésion</i>	/
Aimeriez-vous être rappelé ?	Oui / Non	/

Annexe 3

Suivi en téléconsultation d'un patient présentant une infection respiratoire à COVID-19

Cette fiche a pour objectif de préciser :

- Les conditions de prise en charge à domicile d'un patient présentant une infection à COVID-19
- Établir le suivi nécessaire et Identifier les signes d'aggravation
- Définir le recours à l'expertise/aux soins

Le médecin apprécie à tout moment la possibilité de poursuivre la téléconsultation en cours ou d'organiser une consultation physique.

Les conditions de prise en charge à domicile d'un patient présentant une infection à COVID-19

- Patient ayant compris la maladie et ses enjeux, avec compliance attendue aux consignes prescrites ;
- Préciser les caractéristiques des personnes de l'entourage habitant avec lui : âge, fragilité, comorbidités (cf. messages forts grippe), certaines pouvant contre-indiquer le retour à domicile ;
- Conditions de vie permettant le recours facile et rapide à la structure de soin assurant le suivi du patient, compatible avec une prise en charge rapide en cas d'évolution défavorable des symptômes, et la facilitation du suivi en consultation, la réalisation de nouveaux prélèvements... ;
- Consignes écrites remises au patient ;
- Arrêt de travail ;
- Mesures d'hygiène prescrites : le patient réalise fréquemment une hygiène des mains avec une solution hydro alcoolique (SHA), utilise des mouchoirs à usage unique et limite au maximum les contacts proches ;
- Le patient évite, pendant cette période c'est-à-dire jusqu'à la levée des mesures, de fréquenter des personnes de façon rapprochée (< 1m) et/ou prolongée (face à face) ;

Établir le suivi nécessaire

- La fréquence est à établir avec le patient en fonction des informations recueillies lors de la première consultation, une attention sera portée à J7/J8 de l'apparition des symptômes, où les signes de gravité peuvent survenir.
- La surveillance repose sur l'apparition de signes de d'alerte comprenant :
 - Difficulté respiratoire (polypnée). Recherche de signe de détresse respiratoire en téléconsultation :
 - Demander à voir le patient torse nu, et regarder la manière de respirer ;
 - Recherche de signes de cyanose des extrémités (visualisation des mains) ;

- Recherche de signes de polypnée / dyspnée d'effort : signes respiratoires pendant la discussion (essoufflement, difficulté à finir ses phrases sans pause),
 - Majoration de la fièvre > 39°
 - Majoration de la toux
 - Altération de la conscience
 - Déshydratation
 - Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé.
- Proposition de questionnaire (Tableau 2)

Définir le recours à l'expertise/aux soins

Si après évaluation clinique du patient, la décision de consultation ou d'hospitalisation dans un établissement de référence, le transport sera à organiser avec le SAMU-Centre 15.

Tableau 2

Proposition de questionnaire suivi patient COVID-19 en téléconsultation

Question	Réponse	Signe d'alerte (cocher)
Comment vous sentez vous ?	0 très mal à 10 très bien	Si réponse = 0
Interroger sur comorbidités		
Quelle est votre température ?	X°C	Si fièvre
Avez-vous des frissons ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des courbatures ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des maux de tête ?	0 non à 10 très intense	Si 10 très intense
Toussez-vous ?	Non/un peu /Beaucoup	Si Beaucoup
Le nez coule-t-il ?	Oui / Non	/
Crachez-vous ? si oui « sale » on non	Oui / Non	Oui si signe de surinfection
Mal de gorge, ou autre signe pharyngé	Oui / Non	/
Êtes-vous gêné pour respirer ?	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Avez-vous des douleurs au niveau du thorax ?	0 non, à 10 très intense	Si 10 très intense
Êtes-vous essoufflé au repos ?	Oui / Non	Si Oui
Êtes-vous essoufflé à l'effort ?	A l'effort léger/ A l'effort intense / Non	A l'effort léger
Merci de réaliser l'exercice suivant. Comptez à voix haute d'une traite?	*Notez le chiffre obtenu avant de reprendre la inspiration*	
Avez-vous vomi ?	Oui / Non	/
Avez-vous la diarrhée ?	Oui / Non	/
Arrivez-vous à boire et manger correctement ?	Oui / Non	Si Non
Altération de la conscience	Oui / Non	Si Oui
Déshydratation	Oui / Non	Si Oui
Altération de l'état général brutal chez le sujet âgé	Oui / Non	Si Oui
Avez-vous pris du paracétamol depuis le dernier questionnaire ?	Oui / Non	/

Coronavirus (COVID-19)

	<i>Si oui, précisez l'heure de la 1ère prise/déroulé. Si seconde prise, précisez l'heure de cette seconde prise/déroulé.</i>	
Aimeriez-vous être rappelé ?	Oui / Non	

Les réponses en rouge constituent des signes d'alerte

Annexe 4

Suivi à domicile par un IDE

(en cours d'élaboration)

Annexe 5

Prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD)

Rôle de l'HAD dans la prise en charge des patients Covid-19

En cas de diffusion large du virus et donc de passage en phase épidémique, l'hospitalisation conventionnelle est réservée aux patients présentant des signes de sévérité ou de gravité. L'HAD constitue une alternative intéressante à l'hospitalisation complète pour certains patients.

L'intervention des HAD permet dans ce cadre :

- Le suivi étroit de patients Covid-19 à domicile en lien avec les établissements de santé ;
La délivrance des préconisations préventives pour les entourages et un rôle de diffusion des bonnes pratiques, notamment des professionnels du domicile, cette garantie éducative étant indispensable pour limiter la diffusion du virus ;
- Un suivi épidémiologique et une relation étroite avec les ARS.

La vocation des HAD est de prendre en charge des patients Covid-19 complexes pour des raisons médicales ou psycho-sociales ne permettant pas une prise en charge ambulatoire.

L'objectif est de mettre à disposition les moyens et compétences de l'HAD pour proposer aux patients et aux établissements de santé des solutions alternatives protocolisées et sécurisées.

Principes de prise en charge des patients Covid-19 en HAD

- Les patients Covid-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation peuvent être pris en charge en HAD ;
- Les critères d'éligibilité à l'HAD sont :
 - Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
 - Existence de comorbidités ;
 - Patients âgés (> 70 ans) qui requièrent une surveillance renforcée en raison du risque de complications ;
 - Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.)
- La prise en charge en HAD est sollicitée à la demande d'un :
 - Médecin d'un établissement de santé ;
 - Médecin coordonnateur d'EHPAD/ESMS ;
 - Médecin traitant.
- Elle est formalisée par une prescription médicale ;
- L'établissement d'HAD s'assure, sans délai, de la faisabilité de la prise en charge au domicile (entourage, disponibilité des soignants, compatibilité du domicile avec isolement, modalités d'organisation EHPAD/ESMS, etc.) et de l'accord du médecin traitant ;
- L'HAD informe quotidiennement, si nécessaire, les référents hospitaliers, de l'évolution des patients pris en charge, avec l'outil choisi avec le centre hospitalier référent (messagerie de santé sécurisée – par mail ou application – téléphone, dossier patient informatisé, plateforme de partage d'information, etc.) ;
- L'HAD dispose d'un accès privilégié aux établissements de santé en cas d'aggravation des patients ;

- L'HAD met en œuvre les moyens habituels de protection de tous les intervenants au domicile, soignants, salariés et libéraux, mais également aidants du quotidien avec un rôle éducatif de proximité ;
- La gestion des déchets est assurée selon les procédures habituelles et sécurisées DASRI des HAD.

Protocole de surveillance

- Surveillance médicale en accord avec le médecin traitant, selon un rythme dépendant de la situation, éventuellement appuyée par la télémedecine
- Surveillance au minimum biquotidienne par l'IDE :
 - Des constantes et signes cliniques suivants : température, pouls, TA, saturation en oxygène, signes respiratoires, transit, poids, autres selon comorbidités
 - Dans le cadre d'un algorithme décisionnel fixant des seuils de vigilance (renforcement de la surveillance mais maintien à domicile) et des seuils d'alertes (avis médical dans un délai court, discussion de transfert en hospitalisation conventionnelle) élaboré par les établissements d'HAD
 - Avec un retour quotidien systématique des informations vers l'HAD, pour les HAD collaborant avec des professionnels de santé libéraux
- Nécessité d'une vigilance accrue en début de 2ème semaine après le début des symptômes en raison du risque d'aggravation.
- Surveillance biologique le cas échéant, selon la symptomatologie, l'existence de comorbidité (ex. diabète) ou surveillance thérapeutique (ex. anticoagulants) ;
- Organisation en tant que de besoin d'une consultation par un médecin spécialiste (téléconsultation).

Annexe 6

Dispositif d'orientation des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible

Dans la perspective d'un passage à une phase épidémique, la communication gouvernementale sur l'usage des numéros d'appel va évoluer :

- Contacter son médecin traitant ou un autre médecin de ville pour les cas non urgents ;
- Appeler le 15 uniquement en cas d'urgence ;
- Si pas de médecin traitant et pas d'autre médecin accessible, alors contacter le 15 ;

Les SAMU-centre 15 devraient en effet continuer à recevoir un volume très conséquent et croissant d'appels, sans qu'ils soient nécessairement urgents, notamment en provenance de patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible. Une organisation dédiée est mise en place, articulée entre le SAMU-Centre 15 et les plateformes téléphoniques de l'assurance maladie.

Le 15 sera identifié dans les messages nationaux comme le lieu d'appel en cas de signe de gravité ou en cas de problème d'accès à une réponse médicale. Quand l'appel concerne ce dernier point (exemple du patient sans médecin traitant), le 15 après vérification que le cas relève bien d'une prise en charge en ville transfère l'appel sur la plate-forme assurance maladie chargée d'aider à orienter le patient « en recherche » d'une offre médicale disponible sur son territoire.

Au sein des SAMU : mise en place d'une filière dédiée aux appels Covid-19 non urgents

En phase épidémique, il est prévu de :

- Maintenir une centralisation des appels santé via le 15 ;
- Renforcer le 1er niveau de décroché ;
- Généraliser, chaque fois que possible, la filière Covid-19 non urgent au sein de chaque SAMU voire à l'échelle régionale ;
- Renforcer la régulation de médecine générale et le lien avec les effecteurs ambulatoires et mettre en place des moyens de téléconsultation.

Par exemple : actuellement, dans les SAMU d'Île-de-France, les appels reçus au 15 sont séparés en 2 flux bénéficiant d'un traitement différent : l'un pour l'AMU, l'autre pour les cas non urgents de Covid-19. Le SAMU traite tous les appels reçus au 15 avec un décroché rapide par un ARM de niveau 1 et une orientation immédiate des appels liés au Covid-19 mais non urgents vers la filière spécifique.

Mise en place d'une plateforme téléphonique Assurance maladie pour mettre en lien des patients Covid-19 non urgents avec des professionnels de santé de ville sur orientation des SAMU

Afin de permettre au SAMU de continuer à jouer son rôle malgré la réception d'un grand nombre d'appels non urgents, l'Assurance Maladie met en place un circuit dédié vers ses centres d'appels pour l'orientation en ville des demandes non urgentes en lien avec le Covid-19.

Il s'agit d'une plateforme téléphonique nationale gratuite pour les usagers susceptibles de mobiliser jusqu'à 1200 positions de réponse, soit un volume journalier maximum de 90 000 appels par jour. Les appels seront traités uniquement par des personnels administratifs (téléconseillers). Il sera toutefois possible de prévoir la présence d'un médecin de l'Assurance maladie sur chaque plateau.

Le 15 restera le numéro d'appel unique identifié pour l'ensemble des demandes médicales liées au Covid-19, simplifiant ainsi, aussi, les messages au public.

La plateforme sera sollicitée par transfert d'appel du SAMU après régulation au sein d'une filière dédiée au Covid-19. Ainsi, l'organisation cible combinera la plateforme Assurance maladie avec la mise en place d'une filière dédiée aux appels Covid-19 non urgents au sein du SAMU (partie 1).

L'appel au 15 se déroulera alors de la manière suivante :

- En premier lieu, l'appelant arrivera sur un serveur vocal interactif qui lui permettra de composer un chiffre spécifique si son appel est lié au Covid-19. Si les équipements techniques ne permettent pas de mettre en place un SVI ou s'il n'est pas privilégié par le SAMU, ce tri systématique peut être fait par un ARM ;
- L'appel ainsi basculé dans un circuit spécifique Covid-19, sera pris en charge par un ARM ou un étudiant de médecine chargé d'en évaluer l'urgence, avec ou non recours à une régulation libérale en fonction des organisations retenues ;
- Quand il apparaît que le besoin est bien celui de l'accès à une ressource médicale en ville, le SAMU transfèrera l'appel à la plateforme Assurance maladie pour effectuer la mise en relation avec un médecin de ville.

Rôle de la plateforme Assurance Maladie

Pour assurer ce nouveau rôle, un travail préalable d'état des lieux de l'offre de soins disponible sur les territoires commence dès à présent. Les délégués de l'Assurance Maladie et les Conseillers informatiques services sont chargés d'établir un recensement des professionnels de santé (tous médecins de ville exerçant en libéral ou en centres de santé, infirmiers libéraux et exerçant en centres de santé) volontaires ou disponibles pour prendre en charge davantage de patients en consultation et/ou en téléconsultation ou en télésoin.

À l'occasion de ces appels, les DAM et CIS encouragent les médecins généralistes à adapter l'organisation de leur cabinet afin de libérer des plages spécifiques au Covid-19. Ils portent également un message de promotion des modalités assouplies pour le recours à la téléconsultation.

À ce recensement viendront s'ajouter les professionnels de santé mobilisés en renfort territorial (retraités, médecins de prévention, etc.).

L'ensemble de ces informations sera rassemblées par l'Assurance maladie, qui disposera ainsi d'une liste de professionnels de santé acceptant de prendre en charge de nouveaux patients.

Sur cette base, le rôle de la plateforme sera d'orienter le patient vers un médecin ou un infirmier disponible pour une consultation ou un suivi (en présentiel ou par télémedecine). Au sein de la plateforme d'appel, le téléconseiller qui prendra l'appel disposera de cette liste et pourra ainsi, selon le lieu d'habitation de la personne et éventuellement de son souhait (téléconsultation ou présentiel), communiquer au patient un ou plusieurs numéros de médecins ou infirmiers disponibles.

Pendant les périodes de non disponibilité de la plateforme, c'est-à-dire en soirée, la nuit et le week-end, le SAMU fonctionnera comme actuellement.

Annexe 7

Cadre juridique et financier de la réquisition

Cadre réglementaire applicable :

En application de l'article L. 3131-8 du code de la santé publique, « sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé, le représentant de l'État dans le département peut [...] requérir le service de tout professionnel de santé. » Sur le fondement de cet article et de l'article L. 3131-1 du même code, un arrêté peut être pris pour fixer les modalités de rémunération des professionnels de santé.

C'est sur ces fondements qu'un arrêté de 2009² avait fixé les montants d'indemnisation des professionnels de santé en exercice, libéraux ou salariés, retraités ou en cours de formation réquisitionnés pour assurer la vaccination dans le cadre de la lutte contre la pandémie grippale H1N1.

Le champ de cet arrêté peut être territorialement limité et s'appliquer à certaines catégories de professionnels.

Mise en œuvre opérationnelle

Réquisition

La réquisition est prononcée par le préfet (ou par le préfet de zone de défense ou le Premier ministre). Elle nécessite de rédiger des arrêtés individuels sur papier et remis en main propre à chaque personne dans le cadre des pouvoirs du préfet.

Rémunération

Un arrêté, proche de celui pris en 2009, devra fixer l'indemnisation par catégorie de personnels.

D'un point de vue opérationnel, cette indemnité sera versée par les CPAM qui seront dans un second temps remboursées par l'État.

Pour les médecins non connus de l'assurance maladie, un « numéro fictif » dédié CORONAVIRUS, déjà créé pour les médecins ARS dans le cadre de la phase 1 de la procédure dérogatoire de prescription des IJ, sera appliqué pour la prise en charge de l'ordonnance.

Par conséquent, un seul numéro sera utilisé quel que soit le prescripteur (y compris pour le médecin retraité, pour lequel la CNAM n'utilisera pas le « n° fictif » dédié MEDECIN RETRAITE) et pour toutes les prescriptions (arrêt de travail ou autres). Le médecin devra également indiquer ses coordonnées sur la prescription et sur l'avis d'arrêt de travail.

Dans le cas d'un maintien des professionnels, connus de l'assurance maladie, sur le lieu habituel d'exercice, il pourrait être envisagé de poursuivre la rémunération sur la base des dispositions de droit commun (à l'acte, avec majoration soir et week-end).

² Arrêté du 29 décembre 2009 fixant les montants d'indemnisation de certains professionnels de santé en exercice, retraités ou en cours de formation réquisitionnés pour assurer la vaccination dans le cadre de la lutte contre la pandémie grippale

Annexe 8

Exemple de consignes à donner aux patients pris en charge à domicile

Surveillance de votre état de santé

- La surveillance de la température 2 fois par jour ;
- La consigne, en cas d'aggravation de l'état général, d'un appel au médecin traitant ou, si celui-ci n'est pas joignable, au SAMU-Centre 15.

Confinement

- Le confinement doit être réalisé dans une pièce dédiée, bien aérée. Elle vise à minimiser les contacts entre personnes et limiter la contamination des surfaces dans le logement.
- Cette pièce doit être aérée trois fois par jours ainsi que le reste du lieu de vie
- Si plusieurs WC sont disponibles un doit être dédié. En cas de WC partagé une hygiène stricte doit être respectée (nettoyage eau de javel ou par lingette désinfectantes).
- Respect d'une distance de sécurité
- Vous devez respecter une distance de sécurité de deux mètres sans contacts directs.

Lavage des mains

- La réalisation avec une rigueur absolue des gestes d'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique (en particulier avant de porter les mains au visage) et par lavage au savon quatre à 6 fois par 24 heures.

Surfaces de contact

- Certaines surfaces sont susceptibles d'être un vecteur de contamination et doivent être régulièrement désinfectées (smartphone, poignées de portes ...).

Conseils pour le linge et les draps

- Dans la mesure du possible, le patient devra réaliser personnellement les opérations.
- Ne pas secouer les draps et le linge.
- Transporter les draps et le linge à laver dans la machine à laver le linge sans déposer intermédiaire dans le logement.
- Laver le linge de literie d'un patient confirmé dans une machine à laver avec un cycle à 60 degrés pendant 30 min au minimum.

Nettoyage des sols

- De respecter les éléments suivants pour le nettoyage des sols et surface³ :
 - Ne pas utiliser un aspirateur générateur d'aérosols pour le nettoyage des sols ;
 - Nettoyer les sols et surfaces avec un bandeau de lavage à UU imprégné d'un produit détergent ;
 - Puis rincer à l'eau du réseau avec un autre bandeau de lavage à UU ;
 - Puis laisser sécher ;
 - Puis désinfecter les sols et surfaces à l'eau de javel diluée à 0,5% de chlore actif (1 litre de Javel à 2,6% + 4 l d'eau).

³ <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/AVIS-SF2H-Prise-en-charge-linge-et-locaux-2019-nCoV-07-02-2020.pdf>

Annexe 9

Consignes d'hygiène à destination des patients pour affichage en salle d'attente

(en cours d'élaboration)

Annexe 10

Consignes d'hygiène du cabinet médical

(en cours d'élaboration)

Annexe 11

Consignes arrêt de travail

(en cours d'élaboration)

Annexe 12

Connaître le virus : SARS-CoV

(en cours d'élaboration)