

FICHE ARS**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 ;
- Le suivi de l'excrétion virale chez les patients graves en réanimation afin de guider le traitement ;
- Tous les professionnels de santé ou personnels des structures médico-sociales et d'hébergement dès l'apparition des symptômes évocateurs de COVID-19 ;
- Les personnes à risque de formes graves 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 ;
- Les trois premiers patients dans le cadre de l'exploration d'un foyer de cas possibles au sein d'une structure d'hébergement collectif (en particulier collectivités de personnes âgées mais aussi lieu d'accueil pour les personnes avec un handicap, milieu carcéral, caserne, résidence universitaire...).

De plus, les personnels symptomatiques des opérateurs d'importance vitale sont également prioritaires pour la réalisation des tests de diagnostic.

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 ;
- Suivi renforcé à domicile par télésurveillance ;
- 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 suspects 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.) et selon les recommandations du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2

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 domicile. 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. Suivi renforcé à domicile par télésurveillance

La télésurveillance médicale des patients diagnostiqués COVID-19 peut constituer une aide efficace pour apprécier l'évolution de la santé du patient à domicile (y compris en EHPAD). Elle peut être instaurée pour prévenir ou déclencher une hospitalisation ou pour accompagner une sortie d'hospitalisation.

Une organisation de télésurveillance repose sur la surveillance à distance de certains paramètres cliniques d'un patient. L'inclusion d'un patient relève d'une décision médicale qui prend en compte entre autre l'acceptation par le patient, son autonomie, les facteurs de risque et de complication.

La télésurveillance repose sur des questionnaires quotidiens ou biquotidiens avec des alertes créées en fonction des réponses du patient (Cf. [synthèse consensus télésurveillance](#)).

2.5. 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.

2.6. Patient suivi en hospitalisation à domicile

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

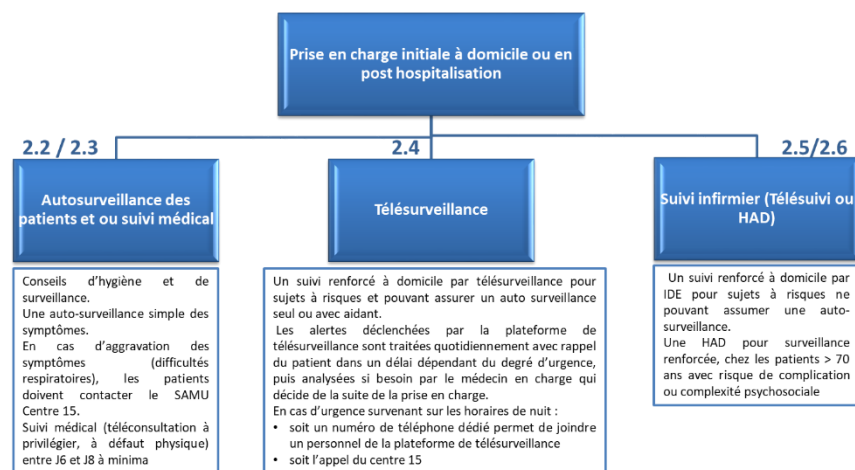
Elle est envisageable sur prescription médicale pour les patients atteints du COVID-19 ne requérant pas une surveillance continue 24h/24h en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation pour les complexités suivantes :

- 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.).

Prise en charge à domicile

Les patients atteints de COVID-19, en l'absence de critère d'hospitalisation, sont pris en charge à domicile et y sont isolés de manière stricte.

Pour leur suivi à domicile plusieurs modalités existent et font l'objet d'une **décision médicale** en fonction des **facteurs de risque du patient, de son autonomie et de son acceptation**.



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 télémédecine devra être également accompagné.

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

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 présentiels. 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 présentielle, 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'examens 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 présentielle, 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.

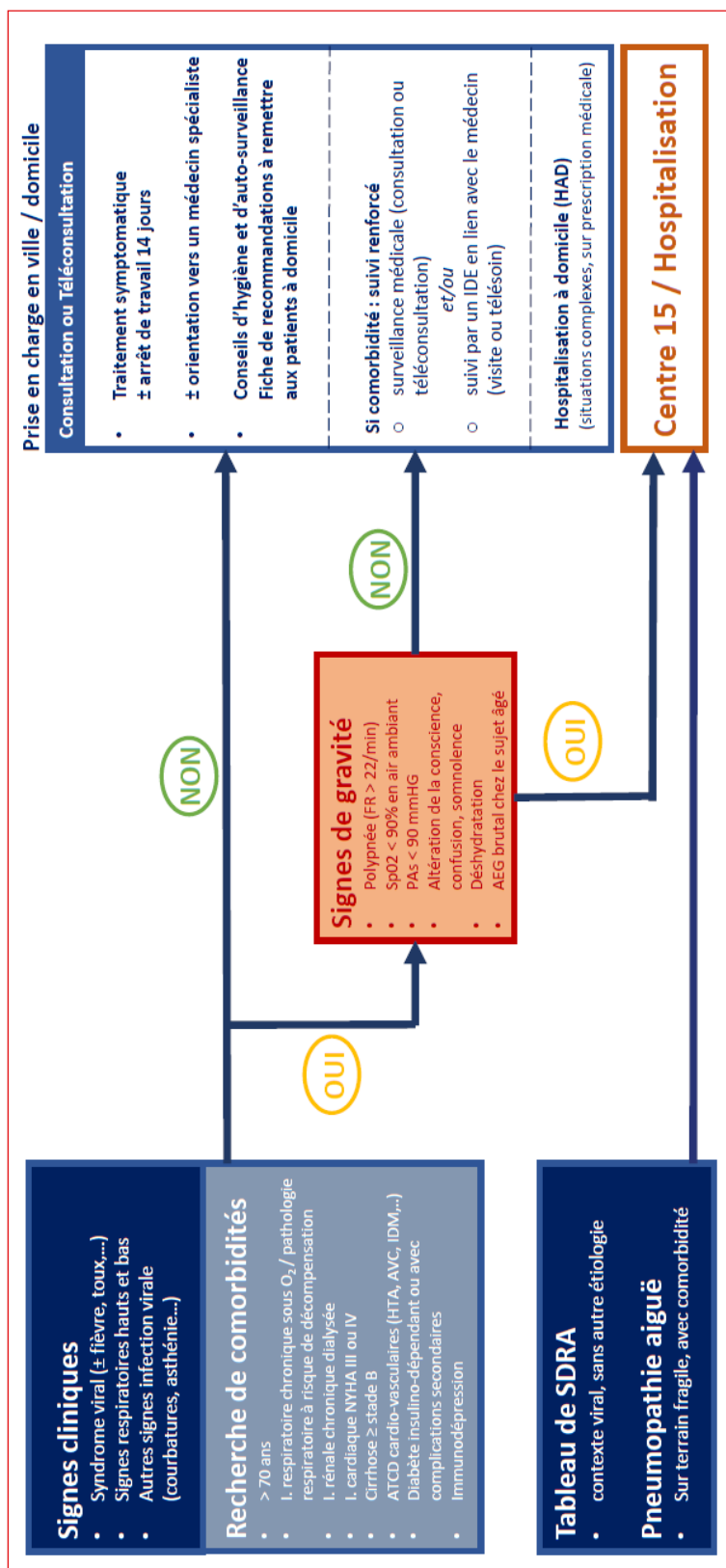
Lorsqu'il est nécessaire en cas de situation sanitaire exceptionnelle de renforcer le système de santé sur le territoire d'une région ou d'une zone de défense et de sécurité, le directeur général de l'ARS peut, par décision motivée, faire appel à des réservistes sanitaires (articles L. 3132-1 et suivants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



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

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

Annexe 10 : Consignes d'hygiène du cabinet médical

Annexe 11 : Consignes arrêt de travail

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 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 $< 200/\text{mm}^3$
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Cancer sous traitement
- Obésité morbide IMC > 40
- Grossesse au 3^{ème} trimestre

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.

Critères de levée de confinement des patients Covid-19

Pour la population générale

La levée du confinement peut avoir lieu à partir du **8^{ème} jour** du début des symptômes **ET** au moins 48h après la disparition de la fièvre **ET** au moins 48h après la disparition de la dyspnée.

La disparition de la toux ne constitue pas un bon critère dans la mesure où peut persister une toux irritative au-delà de la guérison.

Dans les 7 jours suivant la levée du confinement, il est recommandé d'éviter les contacts rapprochés avec des personnes à risque de forme grave.

Pour les personnes immunodéprimées

La levée du confinement peut avoir lieu à partir du **10^{ème} jour** du début des symptômes **ET** au moins 48h après la disparition de la fièvre **ET** au moins 48h après la disparition de la dyspnée, **AVEC** lors de la reprise des activités professionnelles, le port d'un masque chirurgical pendant 14 jours suivant la levée du confinement.

Pour les personnels soignants

- **Personnel de santé non à risque de développer une forme grave de Covid-19**

La levée du confinement peut avoir lieu à partir du **8^{ème} jour** du début des symptômes **ET** au moins 48h après la disparition de la fièvre **ET** au moins 48h après la disparition de la dyspnée, **AVEC** lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des professionnels de santé, le **port d'un masque chirurgical pendant 7 jours suivant** la levée du confinement.

- **Personnel de santé à risque de développer une forme grave de Covid-19**

La levée du confinement peut avoir lieu à partir du **10^{ème} jour** du début des symptômes **ET** au moins 48h après la disparition de la fièvre **ET** au moins 48h après la disparition de la dyspnée, **AVEC** lors de la reprise des activités professionnelles, au contact des patients et/ou des professionnels de santé, le **port d'un masque chirurgical pendant 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant** la levée du confinement.

- **Personnel de santé ayant développé une forme grave de Covid-19**

Le critère virologique de levée de confinement (appliqué aux formes graves sera pris en compte dans la limite des possibilités de réalisation des prélèvements et de ces tests.

Prise en charge des personnes contacts

Les personnes « contacts » peuvent être amenées à respecter une période d'isolement de 14 jours. En l'absence de possibilité de télétravail, elles peuvent bénéficier d'un arrêt de travail. La durée de l'arrêt de travail est de 20 jours au maximum. Des mesures particulières sont appliquées aux soignants à risque de Covid-19 graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum.

Pour les administrations qui travaillent en plan de continuité d'activité (PCA), les personnes « contacts » peuvent le cas échéant travailler, à condition de surveiller leurs symptômes et de porter un masque.

Les modalités de délivrance des avis d'arrêt de travail et de versement des indemnités journalières dans le cadre du Covid-19 sont précisées en annexe 11.

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 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/mm3 ○ Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique ○ Cancer en cours de traitement • Obésité morbide IMC > 40 • Grossesse au 3^{ème} trimestre	
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?	*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
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	/

	<i>Si oui, précisez l'heure de la 1ere 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 des patients COVID-19 par un infirmier (IDE) à domicile en phase épidémique

Les lignes directrices relatives à la prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de Covid-19 prévoient quatre modalités de surveillance d'un patient COVID-19 à domicile :

- 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.).

La présente fiche précise les conditions et le cadre d'un suivi à domicile par un infirmier (IDE) en complément du suivi médical.

1. Cas relevant d'une prise en charge d'un patient Covid-19 par un IDE à domicile

La prise en charge des patients Covid-19 peut nécessiter un suivi à domicile par des infirmiers libéraux ou des infirmiers exerçant en centres de santé (IDE) dans le cas de patients présentant des symptômes d'infection à Covid-19, relativement autonomes mais ne pouvant assumer une autosurveillance.

Cette prise en charge spécialisée doit être **prescrite, par tout moyen y compris messagerie, par le médecin** qui assure le suivi d'un patient Covid-19. La prescription comporte les précisions suivantes à destination des IDE : la fréquence de suivi, les signes d'alerte à rechercher, les modalités de suivi (suivi au domicile en présentiel ou en télésoin, le cas échéant suivi en téléconsultation en lien avec le médecin).

Pour rappel, en phase épidémique stade 3, les patients Covid-19 qui pourront être suivis par les IDE à domicile sont :

- Patient ayant été hospitalisé car ayant présenté une forme symptomatique avec signes de gravité et dont les critères cliniques d'évolution permettent un retour au domicile ;
- Patient ayant été vu par un médecin de ville car ayant présenté une forme symptomatique sans signes de gravité nécessitant un repos et une surveillance de quelques critères cliniques au domicile par un tiers en complément du suivi médical.

2. Critères de suivi au domicile

En plus de s'assurer de l'absence de signes cliniques nécessitant une hospitalisation, le praticien qui prescrit un suivi par un IDE à domicile se sera assuré des critères suivants :

- Critères logistiques pour le patient : pièce dédiée et aérée où il pourra rester confiné, moyen de communication possible, accès aux besoins de base ;
- Absence de personne à risque de COVID-19 grave au domicile, si cette dernière ne peut être isolée.

Il aura été remis au patient et à son entourage des consignes de surveillance et des précautions d'hygiène à respecter.

La décision de suivi par un IDE à domicile doit se faire en concertation avec le médecin qui prescrit cette prise en charge et l'IDE.

Principes communs à tous les suivis en ville

La surveillance à domicile repose sur :

- **Pour le patient :**
 - Confinement du domicile ;
 - La surveillance de la température 2 fois par jour ;
 - La consigne, en cas d'évolution de l'état général, d'un appel au médecin qui le suit ou si le médecin traitant n'est pas joignable ou en cas de signe de gravité au SAMU-Centre 15.
- **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.
- **Au sein du logement :**
 - Il est conseillé de rester dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile et d'aérer régulièrement.
 - Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Il est également 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 portables, etc.).
 - Il est déconseillé de recevoir de visites sauf indispensables, comme les aidants à domicile. Enfin, les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier.

3. Organisation du suivi à domicile

Il est préconisé quand c'est possible de privilégier le télésuivi, pour limiter les risques de contamination.

3.1. Télésuivi infirmier

- **Définition du télésuivi**

Rappel de la définition du télésoin : « Le télésoin permet la pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Le télésoin met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens et auxiliaires médicaux². »

Pendant la durée de l'épidémie, de manière dérogatoire et transitoire et afin d'assurer la surveillance à domicile des patients atteint ou suspect d'infection, **le suivi à distance en télésoin pour IDE, ou télésuivi**, a été défini par l'arrêté ministériel du 16 mars 2020.

Il est préconisé que puisse être mis préférentiellement en place le télésuivi. Un suivi en présentiel pourra avoir lieu si le patient bénéficie d'ores et déjà de visites à domicile d'un IDE pour une autre raison, ou si le médecin et l'IDE estiment que le télésuivi n'est pas adapté pour le patient.

- **Outils de télésuivi**

Le télésuivi est réalisé préférentiellement par vidéotransmission avec le patient, ou par téléphone si les équipements du patient et de l'infirmier ne le permettent pas. Il est réalisé en utilisant les moyens technologiques actuellement disponibles (site ou application sécurisé via un ordinateur, une tablette ou un smartphone, équipé d'une webcam et relié à internet, ou à défaut, un téléphone).

Le site internet du ministère de la santé recense les outils de télésanté disponibles dans le contexte de l'épidémie Covid-19.

- **Le contenu de l'acte de télésuivi et les signes cliniques de surveillance**

Au préalable de la prise en charge du patient, l'IDE recueille des informations et le plan de soins prescrit par le médecin qui prend en charge le patient (points de vigilance, rythme de surveillance...)

Les critères d'éligibilité des patients au télésuivi sont les mêmes que les critères d'éligibilité au suivi en présentiel. S'y ajoutent une évaluation de la disponibilité et de la maîtrise par le patient des outils du télésuivi (smartphone, ordinateurs avec connexion wifi, ou, à défaut, téléphone).

Lors du premier contact, l'IDE procède à :

- La vérification des antécédents du patient (pathologies chroniques, facteurs de complication etc.),
- La vérification des critères cliniques nécessaires à la surveillance,

² Les auxiliaires médicaux : Les infirmiers, Les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, les diététiciens.

- La mise en place des mesures d'hygiène et de prévention pour l'entourage (analyse de la situation du patient dans son lieu de vie),
- L'alerte du médecin traitant / MG si nécessaire.

Puis, dans le cadre du suivi mis en place **en fonction de l'état de gravité du patient selon les indications du médecin, l'IDE procède notamment à :**

- L'interrogatoire sur l'état général du patient ;
- La recherche de signes évocateurs d'aggravation des symptômes ;
- Le recueil des **constantes cliniques à distance** :
 - Température, poids et autres constantes définies dans la doctrine médicale
 - Recherche de signes d'altération de la conscience ;
 - Recherche de signes de déshydratation.
- Le rappel des consignes d'hygiène et de prévention pour l'entourage
- La coordination avec le médecin, avec une alerte sans tarder si l'état du patient le nécessite, voire un appel du 15 en cas de détresse en parallèle de l'information du médecin.

Si l'IDE estime que les conditions ne sont plus réunies pour lui permettre d'exercer le suivi, il se rend alors chez le patient afin de réaliser une surveillance en présentiel et en informe le médecin traitant qui ajustera la prescription de suivi infirmier le cas échéant.

3.2. Les visites à domicile

Pour limiter le risque de contamination des patients vus au domicile lors d'une tournée, il doit être mis en place des tournées spécifiques COVID-19 : soit en dédiant une partie de la journée aux patients COVID-19 soit en dédiant un professionnel aux patients COVID-19.

La fréquence de la visite à domicile par l'IDE dépendra de l'état de santé du patient et sera déterminée en concertation entre le médecin prescripteur et l'IDE effecteur.

- **Possibilité pour les infirmiers libéraux d'exercer en parallèle de leurs remplaçants**

Il n'est pas possible en temps normal pour un infirmier d'exercer une activité libérale pendant la période de son remplacement (article 11. de la convention nationale des infirmiers / Conditions particulières d'exercice des remplaçants des infirmiers libéraux, qui reprend les articles R.4312-83 et R.4312-84 du CSP).

Pendant la durée de l'épidémie, de manière dérogatoire et transitoire et afin d'augmenter les ressources disponibles, il est possible pour les infirmiers d'exercer en parallèle de leurs remplaçants en dérogation du code de santé publique et de la convention nationale des infirmiers.

- **Protection des soignants et mesures d'hygiène**

Pour éviter la contamination des soignants et des patients vus les uns après les autres lors de la tournée de l'IDE à domicile, des règles d'hygiène sont à respecter.

L'infirmier arrive chez le patient avec sa mallette qui contient le tensiomètre et le saturomètre. Il réalise l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique et met un masque chirurgical.

Le patient doit porter systématiquement un masque chirurgical en cas de contact avec un professionnel de santé. S'il n'en a pas, l'infirmier lui en faire mettre un.

Après usage, tensiomètre et saturomètre sont à décontaminer avec un détergent désinfectant virucide ou avec de l'eau de javel 0,5% avant de les ranger dans la mallette qui sera décontaminée également. Les surfaces étant contaminées, il est nécessaire que les appareils utilisés ne soient pas déposés sur des surfaces comme une table ou un lit.

Les déchets à risque de contamination du patient (mouchoirs, gants, masques) sont à stocker chez le patient et à éliminer au terme de la période de confinement dans le circuit classique des ordures de ménagères en double ensachement. Les DASRI doivent suivre la filière habituelle d'élimination.

S'il est nécessaire de remplir un dossier papier, le stylo est celui de l'infirmière qui se trouve dans la mallette et qui à décontaminer au même titre que les appareils utilisés.

Après chaque visite et avant entrée dans le véhicule, une hygiène des mains par friction hydro-alcoolique doit être réalisée. A la fin de la tournée, il convient de décontaminer le volant et tous les accessoires dans le véhicule qui ont été touchés avec un détergent désinfectant virucide ou avec de l'eau de javel 0,5%.

Il faudrait favoriser l'utilisation de l'oreillette pour éviter de toucher l'écran du téléphone pour décrocher lors d'un appel. Le téléphone doit être décontaminé avec un détergeant désinfectant virucide ou avec de l'eau de javel 0,5% à chaque fois que l'écran est touché.

3.3. Téléconsultation

L'infirmier peut également accompagner les patients lors des téléconsultations avec le médecin. Trois actes d'accompagnement sont possibles (actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels) :

- Téléconsultation réalisée au cours d'un soin infirmier déjà prévu
- Téléconsultation réalisée isolément dans un lieu dédié aux téléconsultations
- A organiser de manière spécifique à domicile.

Pour rappel, les règles suivantes s'appliquent :

- Pas de prescription pour l'acte de téléconsultation
- Le numéro du médecin téléconsultant est indiqué dans la zone médecin prescripteur lors de la facturation

4. Modalités de surveillance et de retour vers le médecin

4.1. La surveillance

Les paramètres de surveillance à prendre en compte chez un patient ayant présenté une forme symptomatique sans signes de gravité nécessitant un repos et une surveillance de quelques critères cliniques au domicile par un IDE, en complément du suivi médical sont :

- Fièvre :
 - Mesure de la température par le patient ;
 - Interroger sur les signes de fièvre (frisson, sensation de fièvre).
- Évaluation de la fonction respiratoire :
 - Fréquence respiratoire ;

- Oxymétrie de pouls (SpO2) ;
- Toux ;
- Présence d'une expectoration.
- Évaluation de la fonction cardio-vasculaire :
 - Pression artérielle ;
 - Pouls ;
 - Marbrures, cyanose.
- État général
 - Signes de déshydratation (pli cutané, langue sèche, sensation de soif)
 - État de conscience (sommolence, confusion)

L'objectif de cette surveillance est de détecter chez le patient la présence de signes de gravité, nécessitant une prise de contact immédiat avec le SAMU-Centre 15 pour qu'une hospitalisation puisse s'organiser.

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

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min) ;
- Oxymétrie 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.

Une attention particulière doit être portée sur les patients présentant des comorbidités à risque de Covid-19 grave. 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 ≥ 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
- Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétique
- Cancer en cours de traitement
- Obésité morbide IMC > 40 ;
- Grossesse (par précaution).

Exemple de fiche de surveillance IDE à domicile

Coordonnées du patient :

		Date	Date	Date 4	Date
Température	X °C				
Frissons	Oui/Non				
Fréquence respiratoire	X /min				
SpO2	X %				
Toux	Oui/Non				
Expectorations	aspect				
Pression artérielle	X/X mmHG				
Pouls	X /min				
Marbrures	Oui/Non				
Déshydratation	Oui/Non				
État de conscience	description				

4.2. Retour d'information IDE-médecin

Trois situations sont possibles :

- Le patient présente des signes de gravité : l'IDE prend contact avec le SAMU-Centre 15 qui décidera de l'organisation à mettre en œuvre pour hospitaliser le patient ;
- Le patient présente des signes d'aggravation sans signe de gravité, un avis doit être pris auprès du médecin immédiatement ;
- Le patient ne présente pas de signes de gravité.

L'IDE rend compte de l'état de santé du patient au médecin selon une fréquence qui aura été déterminée au préalable entre le médecin et l'IDE, et sera notifiée sur la prescription médicale.

Une traçabilité de la surveillance de l'IDE devra apparaître dans le dossier médical partagé du patient et dans le dossier médical du médecin traitant.

5. Cotation

5.1 Visite à domicile des patients Covid 19 par les IDE

Pendant la durée de l'épidémie, de manière dérogatoire et transitoire et afin d'assurer la surveillance à domicile des patients atteint ou suspect d'infection, les IDE sont autorisés à coter un **AMI 5,8** par analogie avec un acte existant à la NGAP : 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). En effet, cet acte de référence comprend la surveillance clinique du patient et la recherche de signes d'aggravation, l'éducation à la santé, la tenue d'une fiche de surveillance et transmission des informations au médecin avec alerte si l'état de santé du patient le nécessite.

Le nombre d'actes et la fréquence de réalisation seront déterminés par la prescription médicale.

Si la surveillance s'applique à un patient nécessitant par ailleurs des soins, l'acte AMI 5,8 sera cumulable à taux plein en dérogation de l'article 11B.

Par ailleurs, la règle inscrite à l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels sur le remboursement des indemnités de déplacement selon laquelle « le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un infirmier ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport à l'infirmier, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade » ne s'applique pas en l'espèce.

5.2. Télésuivi infirmier des patients Covid-19

La cotation est un **AMI 3,2**.

5.3. Participation à la réalisation des téléconsultations avec les médecins.

Depuis janvier 2020, 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.

Ces 3 actes d'accompagnement sont valorisés différemment selon que l'acte est réalisé :

- Lors d'un soin infirmier déjà prévu (code TLS -10€)
- Dans un lieu dédié aux téléconsultations (code TLL -12 €)
- Ou organisé de manière spécifique à domicile (code TLD -15 €)
- Possibilité de facturer des frais de déplacement y compris pour l'acte TLL*

**applicables une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.*

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 2009³ 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).

³ 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 bionettoyage des sols et surface⁴ :
 - 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).

⁴ <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 à destination des patients pour affichage en salle d'attente



COVID-19

CORONAVIRUS, POUR SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES

 **Se laver très régulièrement les mains**

 **Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir**

 **Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter**

 **Saluer sans se serrer la main, éviter les embrassades**

Vous avez des questions sur le coronavirus ?

 **GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS**  **0 800 130 000**
(appel gratuit)

Affiche à télécharger sur le site du Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_gestes_barrieres_fr.pdf

COVID-19

ALERTE CORONAVIRUS QUE FAIRE FACE AUX PREMIERS SIGNES ?

Les premiers signes de la maladie sont :



Toux



Fièvre

En général, la maladie guérit avec du repos.
Si vous ressentez ces premiers signes :



Restez chez vous
et limitez
les contacts
avec d'autres
personnes



N'allez pas directement
chez votre médecin, appelez-le
avant ou contactez le numéro
de la permanence de soins
de votre région

Vous avez des questions sur le coronavirus ?



GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS

Affiche à télécharger sur le site du Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/spf0b001001_coronavirus_signes_benins_400x600_fr_md.pdf

COVID-19

ALERTE CORONAVIRUS QUE FAIRE SI LA MALADIE S'AGGRAVE ?

**En général, la maladie guérit en quelques jours
et les signes disparaissent avec du repos.**



Toux



Fièvre

MAIS APRÈS QUELQUES JOURS



**Si vous avez
du mal à respirer
et êtes essoufflé**



**Appelez le 15
ou le 114**
(pour les sourds et
les malentendants)

Vous avez des questions sur le coronavirus ?



GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS

Affiche à télécharger sur le site du Ministère des solidarités et de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/spf0b001001_coronavirus_signes_graves_400x600_fr_md.pdf

Annexe 10

Consignes d'hygiène du cabinet médical

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

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

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

Il est par ailleurs nécessaire :

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

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

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

Annexe 11

Délivrance des avis d'arrêt de travail et versement des indemnités journalières dans le cadre du COVID-19

Le diagnostic de cas d'infection respiratoire aigüe SARS-CoV-2 ou dit COVID-19 sur le territoire français a conduit les pouvoirs publics à prendre des mesures exceptionnelles en vue de contenir sa transmission puis de gérer sa propagation.

Dans ce contexte, des mesures dérogatoires d'indemnisation des personnes contraintes de rester à leur domicile et se trouvant en incapacité de travailler ont été mises en place qui sont amenées à évoluer au gré de l'adaptation des consignes sanitaires.

Ainsi, à compter du 1^{er} mai prochain, les modalités d'indemnisation des arrêts de travail pour les parents contraints de garder leur enfant ou pour les personnes vulnérables ou les personnes cohabitant avec ces dernières évoluent pour les salariés. Ces derniers vont basculer à compter de cette date dans un dispositif d'activité partielle en lieu et place d'un arrêt indemnisé par l'assurance maladie.

Sont concernés par cette évolution, les salariés du secteur privé relevant du régime général, du régime agricole ou d'un régime spécial de sécurité sociale.

Pour les travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs, stagiaires de la formation professionnelle et dirigeants de société relevant du régime général, les modalités d'indemnisation en vigueur demeurent applicables postérieurement au 1^{er} mai.

I. La délivrance et l'indemnisation des arrêts de travail pour garde d'enfant ou des personnes vulnérable ou cohabitant avec une personne vulnérable à compter du 1^{er} mai

A. Pour les salariés : bascule d'un mécanisme d'IJ à un mécanisme d'indemnité d'activité partielle

À compter du 1^{er} mai, les salariés jusqu'alors en arrêt de travail dérogatoire pour les motifs listés ci-dessous seront placés en activité partielle et indemnisés à ce titre.

Pour tout renseignement sur l'activité partielle, les salariés et les employeurs peuvent consulter le site : <https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19>.

Sont concernés les salariés bénéficiant d'un arrêt de travail pour les motifs suivants :

1. *L'assuré est une personne vulnérable ou « à risque » pour laquelle les consignes sanitaires recommandent de respecter une mesure d'isolement ;*
2. *L'assuré est une personne cohabitant avec une personne vulnérable ;*
3. *L'assuré est parent d'un enfant de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé ou parent d'un enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée*

Afin que l'assuré puisse bénéficier d'une indemnisation de son arrêt de travail au-delà du 1^{er} mai, il faut distinguer la nature de l'arrêt.

Dans les cas 1 et 2 ci-dessus (arrêt pour les personnes vulnérables – cf annexe 1 sur la définition des personnes vulnérables et les proches cohabitant avec une personne vulnérable) :

- Le salarié devra remettre à son employeur un certificat attestant de la nécessité d'isolement et donc de l'impossibilité de se rendre sur son lieu de travail. Ce certificat doit dans la mesure du possible être remis à l'employeur avant le 1^{er} mai.
 - Pour les personnes considérées comme vulnérables qui se sont auto déclarées sur la plateforme mise en place à cet effet par l'assurance maladie et dont l'arrêt est en cours d'arrêt au 30 avril, leur caisse d'assurance maladie leur transmet ce certificat d'isolement sans que l'assuré n'ait de démarche à faire pour le solliciter ;
 - Pour les personnes considérées comme vulnérables qui n'entrent pas dans le champ de l'auto déclaration sur la plateforme de l'assurance maladie, ainsi que pour les personnes cohabitant avec une personne vulnérable qui ont eu recours à un arrêt prescrit par un médecin (en ville ou à l'hôpital), elles doivent le contacter pour se voir remettre le certificat d'isolement.
- L'employeur, sur la base du certificat remis par le salarié, procède à une demande d'activité partielle pour son salarié dans les 30 jours suivant le 1^{er} mai. Il envoie si nécessaire (cas des arrêts de travail pour le bénéfice des IJ allant au-delà du 1^{er} mai) un signalement de reprise anticipée d'activité via la DSN).

Les conditions d'établissement du certificat d'isolement par les médecins sont décrites en annexe 2.

Ce certificat d'isolement ne comporte pas de terme : la date de sortie de l'isolement pour les personnes concernées sera fixée par décret. Jusqu'à cette date, le salarié sera éligible à l'activité partielle.

Des mesures particulières doivent être appliquées aux soignants à risque de COVID-19 graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés des établissements de santé et des établissements médico-sociaux qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité (cf. annexe 1). La même procédure doit être appliquée pour les soignants cohabitant avec une personne vulnérable.

Dans le cas 3 (arrêt pour garde d'enfant) :

- Le salarié n'aura pas de démarche particulière à effectuer. Il continue d'échanger comme précédemment avec son employeur sur son impossibilité de poursuivre son activité compte tenu de la fermeture de l'établissement d'accueil de son enfant et renouvelle si nécessaire l'attestation sur l'honneur précédemment fournie.
- L'employeur procède une demande d'activité partielle pour son salarié dans les 30 jours suivant le 1^{er} mai. Il envoie si nécessaire (cas des arrêts de travail pour le bénéfice des IJ allant au-delà du 1^{er} mai) un signalement de reprise anticipée d'activité via la DSN).
-

B. Pour les travailleurs non-salariés : maintien des dispositions antérieures de délivrance et d'indemnisation des arrêts

Sont concernés les travailleurs indépendants, travailleurs non-salariés agricoles, artistes auteurs et stagiaires de la formation professionnelle ainsi que les gérants de société relevant du régime général en application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et les gérants de sociétés agricoles mentionnés à l'article L722-20 du code rural et de la pêche maritime.

1. L'assuré est une personne vulnérable ou « à risque » pour laquelle les consignes sanitaires recommandent de respecter une mesure d'isolement ou une personne cohabitant avec une personne vulnérable

Lorsque que l'état de santé de l'assuré le conduit à être considéré comme une personne vulnérable ou « à risque » de développer des formes sévères de la maladie (cf. annexe 1 définition des personnes vulnérables), et en l'absence de solution de télétravail, il peut bénéficier d'un arrêt de travail. S'il s'agit d'une femme enceinte au 3^e trimestre de grossesse ou d'une personne en affection de longue durée, il peut demander à bénéficier d'un arrêt de travail via le télé-service « declare.ameli.fr » ou pour les assurés du régime agricole sur le télé-service « declare2.msa.fr », sans avoir besoin de consulter un médecin.

Lorsque la personne est considérée comme fragile mais n'est pas en ALD, elle s'adresse à son médecin traitant ou à un médecin de ville pour obtenir son arrêt de travail.

Les arrêts des personnes vulnérables ayant fait une demande validée via le télé-service arrivant à l'échéance seront renouvelés automatiquement jusqu'au 30 avril.

Attention : compte tenu de l'évolution du dispositif, les personnes vulnérables devant être maintenues en arrêt de travail après le 1^{er} mai devront renouveler leur démarche à cette date, soit sur le site declare.ameli.fr ou declare2.msa.fr, soit auprès de leur médecin. Le nouvel arrêt pourra être prescrit jusqu'au 11 mai puis prolongé ensuite si les consignes sanitaires d'isolement demeurent (cette prolongation sera automatiquement réalisée pour les assurés ayant fait une demande validée via le télé-service tant que les consignes sanitaires demeureront sans démarche à faire de la part de l'assuré).

La personne qui cohabite avec une personne vulnérable peut, en l'absence de solution de télétravail, solliciter son médecin traitant ou un médecin en ville ou à l'hôpital, qui pourra prescrire un arrêt de travail s'il l'estime nécessaire. L'arrêt peut être prescrit jusqu'au 11 mai et sera renouvelable par le médecin tant que les consignes sanitaires sont maintenues.

Des mesures particulières doivent être appliquées aux **soignants à risque de COVID-19 graves** afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum. Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés des établissements de santé et des établissements médico-sociaux qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité (cf. annexe 1). Ils n'ont par conséquent pas accès au téléservice « declare.ameli.fr ». La même procédure doit être appliquée pour les soignants cohabitant avec une personne vulnérable.

2. L'assuré est parent d'un enfant de moins de 16 ans dont la structure d'accueil ou l'établissement scolaire est fermé ou parent d'un enfant en situation de handicap pris en charge dans une structure fermée

Lorsque les parents d'enfants de moins de 16 ans (sans limite d'âge pour les enfants en situation de handicap pris en charge en structure médicosociale) n'ont pas d'autre possibilité pour la garde de leurs enfants que celle d'être placés en arrêt de travail, une prise en charge exceptionnelle d'indemnités journalières par l'Assurance Maladie est prévue, dont peut bénéficier un seul des deux parents à la fois.

Le télé-service « declare.ameli.fr » de l'Assurance Maladie permet aux travailleurs indépendants, artistes-auteurs et gérants de société de se déclarer lorsqu'ils se trouvent dans cette situation. Il permet également à pole-emploi de déclarer les stagiaires de la formation professionnelle

concernés. Le téléservice « declare.msa.fr » permet aux travailleurs non-salariés agricoles de se déclarer lorsqu'ils se trouvent dans cette situation.

Cet arrêt de travail peut être fractionné et partagé entre les deux parents de manière à leur permettre éventuellement de concilier la poursuite partielle de leur activité professionnelle avec la garde de leur enfant.

L'arrêt de travail peut être déposé pour une période courant jusqu'au 11 mai. Si les consignes sanitaires de fermeture des structures et établissements sont maintenues au-delà, une nouvelle demande devra être effectuée.

Attention, les personnes bénéficiant d'un arrêt garde d'enfant en cours au 1^{er} mai doivent renouveler leur déclaration via le téléservice pour pouvoir continuer à être indemnisées à compter de cette date.

⇒ A noter que toutes les professions libérales, sous réserve que leur revenu annuel dépasse un certain seuil (10% du PASS), peuvent bénéficier d'une indemnisation par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail pour les situations visées aux 1^o et 2^o ci-dessus.

II. Le maintien de l'indemnisation antérieure pour les autres arrêts en lien avec le COVID

Pour les autres situations d'arrêt de travail indemnisé en lien avec le COVID les modalités de délivrance et d'indemnisation applicable antérieurement au 1^{er} mai et rappelées ci-dessous demeurent en vigueur à compter de cette date.

1. *L'assuré est malade (infecté par le COVID-19 ou suspecté de l'être) : arrêt de travail de droit commun*

Lorsque l'assuré est malade, les conditions de droit commun relatives aux indemnités journalières (IJ) s'appliquent (l'employeur verse également l'indemnisation complémentaire dans les mêmes conditions que pour les arrêts maladie) sans application toutefois du délai de carence (au titre de l'assurance maladie et au titre du complément employeur), et sans condition d'ancienneté :

L'arrêt de travail est prescrit par un médecin qui prend en charge le patient (ville ou hôpital) ;

Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail en ligne, il remet à l'assuré le volet 3 et l'assuré l'adresse à son employeur (cf. annexe 3 sur la prescription dématérialisée d'arrêt de travail). Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail papier, il remet à l'assuré l'ensemble des volets et ce dernier envoie les volets 1 et 2 de son avis d'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie et le volet 3 à son employeur.

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le volet 3 (employeur) à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.

2. *L'assuré est asymptomatique mais est considéré comme étant « cas contact étroit »*

Le haut conseil de la santé publique (HCSP) définit le cas contact étroit de la manière suivante : « Un contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un

moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats. ».

Ces personnes répondant à cette définition doivent prendre contact avec leur employeur pour envisager avec lui les modalités de télétravail qui pourraient être mises en place. En l'absence de solution de télétravail, elles prennent contact avec leur médecin traitant qui pourra prescrire un arrêt de travail s'il l'estime nécessaire.

Les personnes concernées reçoivent des indemnités journalières (IJ) et l'employeur verse également l'indemnisation complémentaire dans les mêmes conditions que pour les arrêts maladie, sans application toutefois du délai de carence (au titre de l'assurance maladie et au titre du complément employeur), et sans condition d'ancienneté

Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail en ligne, il remet à l'assuré le volet 3 et l'assuré l'adresse à son employeur (cf. annexe 3 sur la prescription dématérialisée d'arrêt de travail). Dans le cas où le médecin établit un arrêt de travail papier, il remet à l'assuré l'ensemble des volets et ce dernier envoie les volets 1 et 2 de son avis d'arrêt de travail à sa caisse d'assurance maladie et le volet 3 à son employeur.

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le volet 3 (employeur) à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.

Les personnes qui rentrent de métropole dans les départements d'outre-mer doivent respecter une période d'isolement comme les cas contacts. En l'absence de possibilité de télétravail, elles peuvent bénéficier d'un arrêt de travail.

La durée de l'arrêt de travail est de 20 jours au maximum.

Lorsque la personne cas contact est un personnel soignant, la procédure d'arrêt de travail est celle prévue pour les soignants à risque détaillée au A) du I ci-dessus.

Pour les administrations qui travaillent en plan de continuité d'activité (PCA), les cas contacts peuvent, le cas échéant, continuer à se rendre sur leur lieu de travail, à condition de surveiller leurs symptômes, de respecter les gestes barrières et de porter un masque.

⇒ A noter que toutes les professions libérales, sous réserve que leur revenu annuel dépasse un certain seuil (10% du PASS), peuvent bénéficier d'une indemnisation par l'assurance maladie en cas d'arrêt de travail pour les situations visées au 2° ci-dessus. Les professions médicales et paramédicales bénéficient d'indemnités journalières également pour les situations visées au 1°.

Annexe 11-1

Définition des personnes dites vulnérables ou « à risque »

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont, en plus des personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) et des femmes enceintes à partir du 3ème trimestre de grossesse, les personnes répondant aux critères suivants :

- les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise (médicamenteuses : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive, infection à VIH non contrôlé avec des CD4 <200/mm³, consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souche hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement) ;
- les malades de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle (IMC) > 40kg/m² mais aussi IMC > 30kg/m²)
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne ou de syndrome thoracique aigu ou ayant un antécédent de splénectomie.

Si ces personnes sont en affection de longue durée, elles peuvent bénéficier du téléservice d'auto déclaration mis en place par l'assurance maladie ; si ce n'est pas le cas, elles doivent se rendre chez leur médecin traitant ou à défaut un médecin de ville pour se voir prescrire un arrêt de travail à ce titre.

Les femmes enceintes à partir du 3ème trimestre de grossesse peuvent également bénéficier du téléservice.

Des mesures particulières ci-dessous doivent être appliquées aux **soignants à risque de COVID-19** graves afin d'assurer la continuité du service tout en les protégeant au maximum.

Sont considérés comme soignants les professionnels de santé ainsi que les salariés qui sont au contact direct des personnes accueillies ou hébergées pour leur apporter des soins ou une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité :

- évaluation, au cas par cas, par le service de santé au travail pour statuer sur la conduite à tenir, individualisée en fonction de leur situation de santé : exclusion des services à risque de forte exposition au SARS-CoV-2 : unités dédiées COVID-19, service d'urgence, service de réanimation, service d'accueil, ou réaménagement du poste de travail ;

- éviter au maximum qu'ils soient en contact avec des patients dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point est particulièrement important en phase épidémique ;
- recommandations renforcées d'hygiène des mains ;
- port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance/acceptabilité, d'intégrité et de changement/manipulation.

Lorsque ces personnels sont cas contacts exposés, il est proposé que le service de santé au travail de l'établissement de santé de ces personnels soignants ou de l'établissement de référence du secteur dans lequel ils exercent (établissement pilote du GHT, CHU, CHG, etc.) mettent en place un suivi de ces soignants.

- En l'absence de symptômes :
 - poursuite de l'activité professionnelle en évitant les services à risque ;
 - port de masque chirurgical pendant les 14 jours suivant le contact exposant ; lavage ou désinfection régulière des mains ;
 - autosurveillance biquotidienne de la température ;
 - éviter les contacts avec les personnes fragiles à risque de COVID-19.
- En cas de symptômes évocateurs de COVID-19 :
 - interrompre les contacts professionnels ;
 - contacter le service de santé au travail pour évaluation des symptômes et prélèvement diagnostique.

Annexe 11-2

Etablissement d'un certificat d'isolement

Pour pouvoir continuer, à compter du 1^{er} mai, à bénéficier d'une indemnisation de leur arrêt de travail comme personne vulnérable ou cohabitant avec une personne vulnérable, les salariés devront fournir à leur employeur un certificat d'isolement.

Pour les personnes considérées comme vulnérables qui se sont auto déclarés sur la plateforme mise en place à cet effet par l'assurance maladie, leur caisse d'assurance maladie leur transmet ce certificat d'isolement sans que l'assuré n'ait de démarche à faire pour le solliciter ;

Pour les personnes considérées comme vulnérables qui n'entrent pas dans le champ de l'auto déclaration sur la plateforme de l'assurance maladie, ainsi que pour les personnes cohabitant avec une personne vulnérable qui ont eu recours à un arrêt prescrit par leur médecin, elles doivent contacter leur médecin pour se voir remettre le certificat d'isolement.

Le médecin solliciter à cette fin devra :

- S'assurer que la personne est bien salariée. En effet, pour les travailleurs indépendants, les travailleurs non-salariés agricoles, les stagiaires de la formation professionnelle et les assurés relevant du régime des artistes auteurs, le médecin devra continuer à établir un avis d'arrêt de travail dans les conditions habituelles ;
- Remettre à l'assuré un certificat comportant les informations suivantes (modèle en pj) :
 - Lieu et date d'émission du document
 - Identification du médecin
 - Identification de l'assuré (Nom, prénom, date de naissance)
 - Mention « Par la présence, je certifie que M/Mme X doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement le conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail. »
 - Signature/cachet

Cette procédure peut être réalisée par voie de téléconsultation auquel cas le médecin adresse le certificat à l'assuré (par mail ou courrier) afin que celui-ci puisse le communiquer à son employeur.

Annexe 11-2

Pièce jointe modèle de certificat d'isolement

Identification du médecin

Patiente : Juliette Dubois née le 23 mai 1970

Paris, le XX XX 2020

Par la présence, je certifie que Mme Juliette Dubois doit, compte-tenu des recommandations sanitaires, respecter une consigne d'isolement la conduisant à ne plus pouvoir se rendre sur son lieu de travail

Signature/cachet

Annexe 11-3

Procédure d'établissement d'un arrêt de travail en ligne

I - Etablissement de l'arrêt de travail

Le médecin sélectionne un des motifs Covid-19 proposés dans les motifs du moment :

MOTIF

[Liste des motifs >](#)

Ou sélectionnez un des motifs suivants :

EN CE MOMENT :

COVID-19 DIAGNOSTIQUE (OU PRESUME)

PERSONNE A RISQUE COVID-19

RESIDANT AVEC UNE PERSONNE A RISQUE COVID-19

GASTRO-ENTERITE

BRONCHITE

Le médecin n'a pas d'obligation à renseigner le complément d'information :

MOTIF

Covid-19 diagnostiqué (ou présumé) x

Complément d'information :

0/100

• La durée de l'arrêt.

DURÉE

A partir du

22/04/2020

Jusqu'au (inclus)

05/05/2020

14 JOURS

☐ Suivi d'une reprise à temps partiel thérapeutique

• Le médecin valide l'arrêt de travail.

II - Transmission de l'arrêt

Cas 1 : Pour les patients rattachés aux régimes : Général, MSA, RATP, SNCF, l'arrêt est transmis à l'Assurance Maladie et un exemplaire employeur est généré

Après sa validation, le médecin transmet l'arrêt de travail :

RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION

INITIAL | Temps complet

Motif : Covid-19 diagnostiqué (ou présumé)

Durée : 14 jours du mercredi 22 avril 2020 au mardi 05 mai 2020

Sorties à horaires limités pendant l'arrêt

[Imprimer sans transmettre >](#)
[MODIFIER](#)
[TRANSMETTRE](#)

➤ Transmission de l'arrêt de travail à l'Assurance Maladie

L'ensemble des données de l'arrêt de travail est transmis à la CPAM et à l'échelon local du service médical dans la ½ heure.

Pour les patients des régimes MSA, RATP, SNCF, l'arrêt est réceptionné le lendemain matin.

➤ Transmission de l'exemplaire employeur au patient

- Après la transmission, le **médecin a obligation d'imprimer l'exemplaire pour l'employeur** (version allégée du volet 3 du Cerfa s3116 et sans feuille de notice pour le patient car intégrée dans le bas de l'exemplaire employeur).

ACCUSÉ DE RÉCEPTION



Transmission réussie !

L'arrêt de travail AAT-AS-010110000-200422-172649-222 de **Suivi PATIENT** a bien été transmis et reçu le **22/04/2020 à 17:26**.

Il sera traité par la CPAM de votre patient : **Caisse Primaire de l'AIN**.

Nous vous rappelons qu'il est impératif d'imprimer et de remettre à votre patient l'exemplaire qui est destiné à son employeur

Vous pouvez enregistrer un récapitulatif des données télétransmises

[IMPRIMER](#)
[ENREGISTRER](#)

- En cliquant sur le bouton « imprimer » l'exemplaire employeur est généré au format pdf ;
- Le médecin enregistre cet exemplaire ;
- Le médecin signe et remet cet exemplaire au patient. En cas de téléconsultation, le médecin transmet cet exemplaire à son patient:
 - Soit en le déposant dans le dossier patient dans le cas de l'usage d'une solution de téléconsultation intégrant cette fonctionnalité ;

- Soit en l'adressant par messagerie sachant que l'exemplaire employeur ne contient aucune donnée médicale : ni motif, ni notion d'arrêt en rapport ou pas avec une ALD.

Cas 2 : Pour les patients affiliés aux autres régimes d'assurance maladie, la transmission n'est pas possible = impression de l'avis d'arrêt de travail

Après sa validation, le médecin imprime l'arrêt de travail.

RÉCAPITULATIF AVANT TRANSMISSION

INITIAL | Temps complet

Motif : Covid-19 diagnostiqué (ou présumé)

Durée : 14 jours du mercredi 22 avril 2020 au mardi 05 mai 2020

Sorties à horaires limités pendant l'arrêt

Imprimer sans transmettre >

MODIFIER TRANSMETTRE

- Les 3 volets et les 2 notices du Cerfa S3116g sont générés automatiquement.
- Le médecin doit les imprimer, les signer et les remettre à son patient ou en cas de téléconsultation les envoyer à son patient par la poste ou par messagerie.

III - Elaboration d'un arrêt de travail pour les médecins ne disposant pas d'un compte ameli pro lors d'une téléconsultation

Dans le cas où le médecin téléconsultant n'a pas de compte ameli pro, il doit élaborer un arrêt de travail en papier via le cerfa. Il transmet à l'assuré les 3 volets, par voie postale ou par messagerie, le plus rapidement possible afin de permettre à l'assuré de bénéficier du versement de ses IJ dans les meilleurs délais en les renvoyant à sa caisse primaire et à son employeur

Annexe 12

Connaissance du SARS-CoV-2

Origine de l'épidémie

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

Éléments d'information sur le SARS-CoV-2

Le SARS-CoV-2 (Severe acute Respiratory Syndrome – Coronavirus 2) est un virus à ARN enveloppé appartenant à la famille des Coronaviridae, genre betacoronavirus identifié pour la première fois début janvier 2020 dans la ville de Wuhan en Chine.

Chez l'homme: six espèces de coronavirus étaient jusqu'alors connues, quatre saisonniers (229E, OC43, NL63, HKU1), responsables d'infection bénignes ; deux autres émergents à pathogénicité accrue : le SRAS -CoV avec une létalité de 10% (épidémie en 2003) et le MERS-CoV avec une létalité de 37% (endémo-épidémique dans la péninsule arabique depuis 2012).

Auxquels s'ajoutent maintenant un nouveau coronavirus le SARS-CoV-2 qui partage 80% d'identité génétique avec le SRAS-CoV de 2003, 96% d'identité avec un virus de chauve-souris (*Rhinolophus* affinis) et 90% avec un virus de pangolin qui pourrait avoir servi d'hôte intermédiaire amplificateur.

Le virus se transmet via les gouttelettes respiratoires projetées en toussant ou en éternuant et par extension par manu portage par l'intermédiaire de surfaces souillées.

Sa contagiosité est importante avec un taux de reproduction entre 2 et 3 (un patient infecté peut contaminer 2 ou 3 autres personnes), et un temps de doublement de l'épidémie d'environ 7 jours.

Le virus s'est donc rapidement répandu en Chine continentale, aux pays d'Asie (Corée du Sud, Japon, Singapour puis d'autres) en Europe (diffusion favorisée par les voyages intercontinentaux en avion).

Éléments d'information sur la maladie Covid-19

L'incubation de la maladie, appelée COVID-19 est en moyenne de 5 jours, avec un maximum de 14 jours.

Les principaux signes cliniques correspondent à un syndrome grippal avec une infection respiratoire haute ce qui facilite sa transmission ou respiratoire basse. Dans plus de 80% des cas l'infection est bénigne ; les formes nécessitant le recours à la réanimation étant rares (environ 5%).

Le diagnostic est clinique. La réalisation de prélèvements naso-pharyngés par écouvillonnage par un personnel soignant entraîné et protégé est réservé aux situations définies dans l'avis du HCSP relatif à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères et aux indications prioritaires du diagnostic par RT PCR.

Le virus est sensible en laboratoire (in vitro) à certains inhibiteurs comme le remdesivir, ou la chloroquine. L'efficacité clinique de ces molécules et d'autres comme le lopinavir/ritonavir (Kaletra) dans le traitement du COVID-19 est actuellement en cours d'évaluation. Un vaccin ne pourra pas être disponible avant plusieurs mois.

Au total il s'agit d'un virus contagieux par voie respiratoire responsable d'infection des voies aériennes supérieures ou de pneumonie, le plus souvent bénigne.