

SYNTHESE ACTUALISEE DES
MESSAGES MINSANTE- DGSU- MARS
COVID 19
TOME 2 : DECONFINEMENT

Sommaire

1	Cadre général	6
1.1	Stratégie nationale de déconfinement.....	6
1.1.1	Application des mesures de déconfinement à compter du 11 mai	6
1.1.2	Adaptations propres aux outre-mer.....	6
1.1.3	Méthode de concertation et de suivi local du déconfinement	6
1.2	Stratégie sanitaire de déconfinement : rôle des ARS.....	6
1.2.1	Axe 1 : Assurer un dépistage précoce ; constituer une réponse capacitaire et un maillage territorial adaptés au besoin estimé.....	7
1.2.2	Axe 2 : Optimiser le traçage des cas contacts ; aller chercher les nouveaux cas et les personnes contacts ;	7
1.2.3	Axe 3 : Assurer l'effectivité de l'isolement des cas positifs et de la quatorzaine de leurs contacts	8
1.3	Organisation générale de l'offre de soins après déconfinement : lignes directrices	8
2	Contact-tracing et tests	8
2.1	Stratégie de contact-tracing post confinement	8
2.1.1	Définition des cas et des personnes contacts (à jour du 12 mai 2020).....	8
2.1.2	Campagnes de dépistage préventif dans les lieux identifiés comme à risque de clusters	9
2.1.3	Principes généraux d'identification et de prise en charge des cas et des personnes contacts	10
2.1.4	Stratégie détaillée de contact-tracing	11
2.1.5	Organisation du dispositif de contact-tracing	11
2.1.6	Le système d'information associé	12
2.1.7	Actualisation des remontées d'information entre les ARS et le CCS	13
2.1.8	Mise à disposition de l'application en ligne des indicateurs en lien avec l'épidémie de COVID-19	14
2.1.9	Lancement de l'application « Stop Covid »	15
2.2	Tests	16
2.2.1	Cadre d'utilisation des tests virologiques et sérologiques COVID-19	16
2.2.2	Protection pour les prélèvements de dépistage par RT-PCR	17
2.2.3	Evolution de l'application internet de recueil des capacités des laboratoires pour le diagnostic Sars-Cov2.....	17
3	Etablissements de santé	18
3.1	Professionnels hospitaliers	18

3.1.1	Coronavirus SARS-CoV-2 et professionnels des établissements de santé	18
3.1.2	Distribution de masques aux hôpitaux et personnels hospitaliers	19
3.1.3	Accompagnement et soutien des professionnels	19
3.2	Organisation des soins	20
3.2.1	L'appui à la reprogrammation et l'organisation d'une reprise d'activité concertée entre les établissements de santé	20
3.2.2	Recommandations applicables en période de déconfinement dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie.....	23
3.2.3	Déclinaison pour le secteur SSR des lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement	24
3.2.4	L'adaptation de l'activité de greffe intégrant la reprise de l'activité de greffe rénale .	25
3.2.5	Assistance médicale à la procréation (AMP)	25
3.2.6	Usage des anti-infectieux dans le Covid 19	26
3.3	Etablissements pénitentiaires	26
4	Secteur social et médico-social	27
4.1	Coronavirus SARS-CoV-2 et professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux	27
4.2	Dotations cibles nationales de masques sanitaires pour le secteur médico-social	27
4.3	Renforcement des dispositifs d'appui sanitaire des EHPAD et des établissements d'hébergement des personnes en situation de handicap	28
4.3.1	Stratégie de dépistage des résidents et des professionnels	28
4.3.2	Ancrage sanitaire de la prise en charge des patients des EHPAD	28
4.3.3	Ajustement des règles de confinement et d'organisation des visites pour permettre un accompagnement sécurisé.....	29
4.4	Accompagnement et soutien des professionnels	30
4.4.1	Assurer le soutien médico-psychologique et social des professionnels exposés pendant l'épidémie.....	30
4.4.2	Organisation et qualité de travail.....	30
4.4.3	Priorité d'accès à l'école et à la crèche pour les enfants des personnels des ESMS.....	30
5	Professionnels de santé libéraux.....	30
5.1	Organisation des soins pour les professionnels de ville après le déconfinement	30
5.2	Prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de Covid-19	31
5.3	Prescription de masques aux personnes à très haut risque médical par les médecins	31
5.4	Priorité d'accès à l'école et à la crèche des enfants des professionnels de santé de ville .	31
6	Grand public	31
6.1	Population	31
6.1.1	Personnes à risques	31
6.1.2	Recommandations de ports d'équipements de protection	33

6.2	Etablissements recevant du public	33
6.2.1	Nettoyage et désinfection des ERP avant réouverture à l'issue du confinement.....	33
6.2.2	Mesures barrières et de distanciation physique dans les lieux d'hébergement collectif (hors restauration et équipements annexes).....	33
6.2.3	Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration commerciale et les débits de boissons.....	34
6.2.4	Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration collective.....	35
6.2.5	Adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale dans les établissements d'accueil du jeune enfant	35
6.2.6	Protocole sanitaire : réouverture et fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires.....	35
6.2.7	Contrôle d'accès par prise de température	35
6.3	Transport de passagers en avion	36
6.4	Milieux naturels	36
6.4.1	Fréquentation des eaux de baignades et utilisation des eaux issues du milieu naturel.....	36
6.4.2	Préparation et gestion des vagues de chaleur -saison estivale 2020.....	37
6.5	Application « prévention-covid » (à venir).....	38
7	Masques	38
7.1	Recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte du déconfinement	38
7.1.1	Stratégie générale pour l'utilisation des masques respiratoires.....	38
7.1.2	Les différents types de masques	38
7.1.3	Recommandations d'utilisation de chaque catégorie de masques	39
7.2	Distribution de masques aux hôpitaux et personnels hospitaliers.....	39
7.3	Doctrine de délivrance des masques sanitaires aux professionnels de santé en ville.....	40
7.4	Dotations cibles nationales de masques sanitaires pour le secteur médico-social	41
7.5	Prescription de masques aux personnes à très haut risque médical par les médecins	42
7.6	Risques relatifs au retraitement des masques à usage unique, aux modalités de réutilisation des masques, et aux conditions de prolongation du port des masques ou autres alternatives	42
7.7	Circuits de distribution des masques	43
7.7.1	Adaptation des circuits de répartition	43
7.7.2	Délivrance des masques par les pharmacies.....	43
8	Outre-Mer : adaptations propres.....	44
8.1	Le renforcement des capacités sanitaires	44
8.2	Le contrôle sanitaire à l'entrée	44

8.3 Protocole sanitaire adapté pour les voyageurs en provenance de la métropole et à destination de la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et de La Réunion.
44

8.4 Prolongation des dérogations relatives au recrutement de PADHUE dans certains territoires d’Outre-mer : 45

9 Contrôle des frontières (instruction Premier ministre à venir)..... 45

10 Tableau récapitulatif des MINSANTE, MARS et DGSU 49

Le présent document constitue une synthèse des messages MINSANTE, DGSU, et MARS relatifs aux éléments de doctrine sanitaire propres à la phase de déconfinement, entamée à partir du 11 mai 2020. Il intègre également certains avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP) en lien avec la thématique de déconfinement. Il s'inscrit dans la continuité du Tome 1 : Synthèse actualisée des messages MINSANTE - DGSU – MARS Covid 19, réalisé à l'attention des ARS et diffusé sur Symbiose.

1 Cadre général

1.1 Stratégie nationale de déconfinement

L'Instruction Premier ministre relative à la mise en œuvre territoriale du déconfinement du 6 mai 2020 précise les principes de mise en œuvre du déconfinement dans les différents aspects de la vie économique et sociale (1), traite des questions spécifiques aux outre-mer (2) et fixe des orientations pour la méthode de concertation et de suivi local du déconfinement (3).

1.1.1 Application des mesures de déconfinement à compter du 11 mai

Les principales orientations de la stratégie nationale de déconfinement s'appliquent dans les domaines suivants :

- Le milieu scolaire
- La continuité de l'activité professionnelle
- L'ouverture des commerces
- La sécurisation des transports en commun
- La reprise de la vie sociale
- Le contrôle aux frontières

1.1.2 Adaptations propres aux outre-mer

(Voir Point 8. Outre-Mer)

1.1.3 Méthode de concertation et de suivi local du déconfinement

Il est demandé aux Préfets de s'appuyer sur les élus locaux, en particulier sur l'expérience des maires. Des comités de suivi départementaux et des comités locaux de levée du confinement assureront ce travail de concertation, de coordination et de recueil des demandes des différentes parties prenantes (services de l'Etat, représentants des collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale, représentants du monde économique et acteurs de la vie sociale.)

1.2 Stratégie sanitaire de déconfinement : rôle des ARS

[Instruction interministérielle du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine](#)

La stratégie sanitaire de déconfinement vise à contenir le nombre de reproduction effectif (R_e) en dessous de 1 afin d'éviter une reprise épidémique et un phénomène de deuxième vague. Cette stratégie repose sur deux piliers : **le respect strict des recommandations de distanciation** physique dans le cadre d'une réouverture progressive et contrôlée des activités économiques et sociales d'une part et l'instauration d'une **stratégie offensive d'identification des cas, de dépistage des sujets contacts et d'isolement des cas et de leurs contacts à risque** sur l'ensemble du territoire d'autre part, pour lutter contre l'installation de chaînes de transmission. L'instruction interministérielle porte sur ce second pilier, qui présente les différents maillons de la chaîne « dépistage-traçage-isolement » et définit les missions des ARS. Détaillées dans **les 5 fiches annexées** à l'instruction interministérielle, ces missions se déclinent selon trois axes :

1.2.1 Axe 1 : Assurer un dépistage précoce ; constituer une réponse capacitaire et un maillage territorial adaptés au besoin estimé

1.2.1.1 *Faciliter l'accès à un avis médical conditionnant la prescription du dépistage*

L'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs du Covid-19 s'adresse en première intention et sans délai à la médecine de ville, pour se faire prescrire un test. Cette consultation s'effectue auprès du médecin traitant, en présentiel ou par le biais d'une téléconsultation, ou d'un médecin de l'un des centres ambulatoires covid-19. A défaut, la personne peut s'adresser à une pharmacie ou à un laboratoire d'analyse qui l'orientera vers un médecin du territoire prêt à accueillir des patients covid (liste accessible auprès de la plateforme de l'assurance maladie).

1.2.1.2 *Faciliter l'accès rapide au prélèvement*

- En matière de disponibilité des « kits de prélèvement », les ARS assurent un monitoring des stocks déclarés par les laboratoires afin de détecter précocement les risques de rupture d'approvisionnement.
- Les ARS identifient et mobilisent également les ressources humaines complémentaires susceptibles de réaliser les prélèvements et notamment de constituer des équipes mobiles.
- Les ARS identifient les structures et professionnels de santé qui pourront mettre en place une offre de prélèvement spécifique au Covid répondant aux conditions de sécurité sanitaire et configurée pour maximiser l'accès de la population aux tests : horaires dédiés, création de drive, équipes mobiles. Elles assurent, avec l'Assurance Maladie, la diffusion de cette information auprès des médecins de ville et des pharmacies.

1.2.1.3 *Assurer le maillage des capacités d'analyse pour un résultat rapide*

Il revient aux ARS d'identifier le besoin de ressources complémentaires pour les laboratoires hospitaliers, de veiller à ce que ces ressources humaines puissent être effectivement mobilisées, et de proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation pour les personnels mobilisés à titre dérogatoire.

1.2.2 Axe 2 : Optimiser le traçage des cas contacts ; aller chercher les nouveaux cas et les personnes contacts ;

- Les ARS sont responsables de la coordination générale du dispositif de recherche de cas contacts avec le concours des cellules régionales de Santé publique France.
- L'ARS assure le niveau 3 de la recherche de cas contacts (situations relevant des chaînes de transmission ou de cluster et cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement). Dès lors qu'un contact relève du niveau 3, la plate-forme de l'Assurance Maladie informe sans délai l'ARS pour que les mesures d'évaluation et de gestion du risque adaptées soient mises en œuvre en lien avec les services de l'Etat si nécessaire.
- Pour l'exercice de cette mission, l'ARS dispose de l'autorité fonctionnelle sur les équipes en charge de l'expertise scientifique et de la capacité d'alerte épidémiologique de la cellule régionale de Santé publique France.
- Face à des cas groupés de Covid 19, chaque ARS doit identifier des équipes de réponse rapide multidisciplinaire en mesure de réaliser les investigations. La préfecture de département apporte un appui opérationnel et logistique à ces équipes et, en fonction des capacités locales et du nombre de sujets contacts, sollicite le concours de services partenaires. Le préfet de département conduit un travail d'identification des populations

à mode de vie de type communautaire (campements, foyers et résidences, communautés, gens du voyage...).

1.2.3 Axe 3 : Assurer l'effectivité de l'isolement des cas positifs et de la quatorzaine de leurs contacts

- Les préfets de département sont chargés de mettre en œuvre une cellule territoriale d'appui à l'isolement pour recueillir les besoins des personnes isolées et organiser la mise en œuvre des accompagnements requis. Il met en place un dispositif de gestion des places disponibles et la réponse aux demandes d'orientation des médecins. L'ARS est en charge d'organiser l'accompagnement et le suivi sanitaire.
- Les ARS sont chargées d'organiser un suivi téléphonique actif et régulier des malades et des personnes contacts isolés à domicile, en complément du suivi sanitaire.
- Le préfet est chargé de trouver les lieux d'hébergement temporaire et de conventionner avec les bailleurs ou propriétaires ou, à défaut, de réquisitionner les lieux identifiés.

1.3 Organisation générale de l'offre de soins après déconfinement : lignes directrices MINSANTE 102

Les lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après le déconfinement doivent servir à guider les stratégies et les organisations régionales et territoriales qui se mettent en place pour répondre, à la fois, aux demandes de soins liées à l'épidémie de Covid-19 et à l'enjeu de reprise des soins hors Covid-19 dans un contexte épidémique non stabilisé. Elles répondent aux objectifs suivants :

- Maintenir une capacité de soins dédiée au Covid-19 intégrant l'hypothèse d'une résurgence de l'épidémie
- Contenir la propagation de l'épidémie : les tests, le contact-tracing et le port des masques
- Garantir la reprise progressive sur l'ensemble des segments d'activités, la prise en charge hors Covid-19 en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance
- Assurer un pilotage efficace et réactif de l'activité de soin aux niveaux national, régional et territorial pour adapter les décisions nationales et locales en fonction de l'évolution de l'épidémie.

Ces lignes directrices énoncent trois principes d'organisation : la relance et la mobilisation des soins de ville, la reprogrammation de l'activité hospitalière, la protection des publics vulnérables et le renforcement des coopérations entre secteurs sanitaire et médico-social. Elles définissent, pour la phase de déconfinement, le rôle des soins de ville, l'organisation d'une reprise d'activité des établissements de santé, le renforcement des dispositifs d'appui sanitaire des établissements médico-sociaux, l'accompagnement et le soutien des professionnels.

2 Contact-tracing et tests

2.1 Stratégie de contact-tracing post confinement MINSANTE 99

2.1.1 Définition des cas et des personnes contacts (à jour du 12 mai 2020)

Un cas confirmé est une personne pour laquelle a été obtenu un résultat positif par RT-PCR pour la recherche de SARS-CoV-2.

Un cas probable est une personne présentant :

- Des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19, OU
- Des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë dans les 14 jours suivant un contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19.

NB : ces définitions incluent donc des personnes testées par RT-PCR avec un résultat négatif, mais dont le médecin en charge évoque un résultat biologique faussement négatif ; seule la première situation de la définition de « cas probable » fait l'objet de la procédure de contact-tracing.

Un cas possible est une personne présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 (voir définition ci-dessous), et pour laquelle un test RT-PCR doit donc être réalisé.

La personne contact à risque est une personne :

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (conversation, repas, flirt, accolades, embrassades par exemple). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion...) ou étant resté en face à face avec un cas à l'occasion d'épisode de toux ou d'éternuement ;
- Etant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université) ;

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

- Hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ;
- Masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas OU la personne contact ;
- Masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR porté par le cas ET la personne contact.

Personne contact à risque négligeable : toutes les autres situations.

NB : les définitions de personne contact ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

2.1.2 Campagnes de dépistage préventif dans les lieux identifiés comme à risque de clusters MINSANTE 118

Sur la base des retours d'expériences des campagnes de dépistage réalisées depuis le 11 mai et des clusters signalés, ont ainsi été identifiés comme étant susceptibles de constituer des clusters les lieux présentant les caractéristiques suivantes :

- Des services au sein d'établissement de santé ;
- Des structures d'hébergement des personnes âgées, et au premier chef des EPHAD ;
- Des établissements d'hébergement de personnes handicapées ;
- Des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des foyers des travailleurs migrants ou des résidences sociales ;

- Des structures sociales et médico-sociales, comme les Lits halte soins santé (LHSS) et les Lits d'accueil médicalisés (LAM) ;
- Des structures d'hébergement pour demandeurs d'asile ou réfugiés (HUDA, CADA et CPH) ;
- Des milieux professionnels où l'organisation du travail conduit les salariés à intervenir en milieu confiné ou à ne pouvoir respecter les gestes barrière ou les mesures de distanciation de manière adéquate ;
- Des sites militaires, casernes de pompiers et commissariats de police ;
- Des internats scolaires, des résidences universitaires et des structures d'aide sociale à l'enfance ;
- Des établissements pénitentiaires ;
- Des lieux d'hébergement de travailleurs saisonniers.

Ces différents sites peuvent faire l'objet de campagnes de dépistage venant compléter les opérations de tests en cas de premier cas constaté et des opérations de dépistage organisées en population générale ou sur la voie publique. Comme cela a été le cas en Ile-de-France, ces campagnes de dépistage pour aller au-devant des populations les plus éloignées du système de santé peuvent prendre la forme d'installation pendant un ou plusieurs jours d'équipes de prélèvement sur des lieux passants, par exemple dans des quartiers Politique de la ville, afin de tester les personnes qui se présentent, qu'elles soient ou non symptomatiques.

Parmi cette liste, une priorité doit être apportée aux lieux d'hébergement de personnes précaires et de personnes à risque de forme grave de Covid ainsi qu'aux centres hospitaliers, dans lesquels l'effort de dépistage peut être largement accru. Dans ces lieux, le dépistage pourra être proposé aux proches des personnes hébergées dans une perspective de stratégie de cocooning.

Dans l'hypothèse d'un dépistage préventif, tout ou partie des occupants du site peuvent être dépistés.

Afin de favoriser l'organisation de ces opérations de dépistage à titre préventif, un arrêté a été publié le 8 juin 2020 pour clarifier le cadre dans lequel tout médecin de l'ARS ou tout médecin désigné par l'ARS peut prescrire ces tests et lancer la campagne de dépistage. L'ensemble des médecins pourront ainsi être amenés à prescrire de façon collective, à la demande de l'ARS, des tests pris en charge par l'assurance maladie, tels que les médecins du travail et de prévention par exemple.

2.1.3 Principes généraux d'identification et de prise en charge des cas et des personnes contacts

- Toute personne présentant des signes cliniques évocateurs du COVID-19 doit se voir prescrire par un médecin un test de diagnostic par RT-PCR et être isolée sans délai dans l'attente de son résultat ;
- Tout cas de COVID-19 confirmé biologiquement par RT-PCR ou cas probable avec des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19 (« TDM+ ») fait l'objet d'un isolement jusqu'à sa guérison conformément à l'avis du HCSP du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2 ;
- La recherche des personnes contacts de tout cas symptomatique confirmé de COVID-19 ou de tout cas probable de COVID-19 TDM+ doit être initiée dès que possible, à partir de 48h avant l'apparition de ses symptômes et jusqu'à son isolement ;

- Les personnes dont les contacts avec un cas confirmé sont évalués « à risque » selon la définition de Santé publique France doivent être placées en quatorzaine et faire l'objet d'un test de dépistage par RT-PCR qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques (dès que possible pour les contacts du foyer et 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé pour les contacts hors du foyer, et immédiatement en cas d'apparition de symptômes) ;
- Les personnes contacts à risque du foyer restent en quatorzaine même en cas de test RT-PCR négatif ; un allègement de la quatorzaine ne peut être envisagé qu'en l'absence de symptômes et de la réalisation d'un autre test RT-PCR 7 jours après la guérison du cas, qui doit être négatif ;
- Les personnes contacts à risque hors du foyer voient également leur quatorzaine allégée en cas de test RT-PCR négatif à 7 jours du dernier contact avec le cas confirmé ou probable TDM+ (sorties autorisées limitées, avec port obligatoire d'un masque chirurgical, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de COVID-19, pas de travail en présentiel) ;
- Toute personne contact qui devient cas confirmé de COVID-19 doit faire l'objet d'une recherche de ses personnes contacts à risque ;
- La recherche des personnes contacts à risque d'un cas confirmé de COVID-19 asymptomatique est réalisée dans les 7 jours précédant la date du prélèvement positif ;
- Les mesures d'isolement et de quatorzaine sont préférentiellement mises en œuvre au domicile des cas et des personnes contacts à risque ; des hébergements dédiés peuvent toutefois leur être proposés, sur évaluation de critères médicaux, sanitaires et/ou sociaux, notamment des capacités d'isolement possibles au sein du domicile ;
- Les cas et les personnes contacts à risque font l'objet d'un suivi régulier, pour s'assurer du respect de la mesure d'isolement ou de quatorzaine.

2.1.4 Stratégie détaillée de contact-tracing

Elle consiste à :

- Isoler et tester les personnes avec des symptômes cliniques évocateurs du COVID-19
- Identifier, isoler et tester les personnes contacts à risque d'un cas confirmé ou probable TDM+, avec un hébergement différencié selon que ces personnes contacts se situent au sein du foyer ou hors du foyer.

2.1.5 Organisation du dispositif de contact-tracing

2.1.5.1 Les trois niveaux de prise en charge

Le dispositif de prise en charge des cas de COVID-19 et de leurs contacts à risque repose sur une organisation à trois niveaux :

- **Niveau 1** : il est assuré par les acteurs de la prise en charge de médecine de ville et des établissements de santé. Il a comme mission d'assurer la prise en charge des cas possibles de COVID-19, notamment des actes nécessaires à cette prise en charge (prescription d'un test RT-PCR et de masques chirurgicaux, encadrement de la mesure d'isolement dont arrêt de travail le cas échéant), l'identification à minima des personnes contacts du foyer du cas et la délivrance des conduites à tenir. A ce titre, il assure également l'évaluation de la situation du foyer du cas. Sur la base du volontariat, il peut décider d'assurer l'identification des personnes contacts à risque hors du foyer ;
- **Niveau 2** : il est assuré par les plateformes territoriales de l'Assurance Maladie. Ces plateformes sont chargées de finaliser l'identification des personnes contacts à risque d'un cas confirmé de COVID-19 ou probable TDM+ initiée par le niveau 1 et de réaliser les appels sortants (recherche des personnes contacts hors du foyer notamment, par interrogatoire du

cas et confirmation par un appel téléphonique auprès des personnes concernées). Elles assurent également la prise en charge des personnes contacts à risque identifiées. Elles assurent enfin l'interface avec le niveau 3 du dispositif pour les situations complexes (cas confirmés dans certaines collectivités, clusters...) ;

- **Niveau 3** : il est assuré par les ARS, en lien avec Santé publique France en région. Sur la base des données du contact-tracing réalisé par les niveaux 1 et 2 et collectées dans la base de données ad hoc, les ARS identifient les chaînes de transmission sur leur territoire et préviennent et détectent les clusters. Elles assurent aussi, en lien avec le niveau 2, la gestion des situations complexes, notamment la survenue des cas dans certaines collectivités (écoles, EHPAD, établissements pénitentiaires...). Si la situation le nécessite, elles déploient des moyens d'investigation sur le terrain, organisent des campagnes de dépistage ciblées et peuvent proposer au Préfet de département des mesures de contrôle spécifiques (fermeture de structures par exemple). Elles sollicitent si nécessaire l'appui des préfetures, des collectivités territoriales et de tout autre acteur concerné pour l'organisation de ces investigations de terrain.

2.1.5.2 *Rôle des professionnels du niveau 1 dans les établissements de santé*

MARS 48

Les médecins des établissements de santé sont des acteurs de la mise en œuvre du premier niveau dans la stratégie de détection des cas pour les personnes qui sont prises en charge aux urgences, en consultations et en hospitalisation pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant ou s'ils sont le médecin traitant des patients concernés. Il est nécessaire de prendre en charge les personnes cas possibles de Covid-19, de tester les patients hospitalisés, et, pour les patients reçus en consultation ou pris en charge aux urgences, de leur prescrire un test RT-PCR, des masques chirurgicaux et un arrêt de travail, le cas échéant. Pour ces patients, qu'ils soient hospitalisés ou non, le médecin doit également assurer l'identification des personnes contacts à risque, a minima au sein du foyer (il peut, sur la base du volontariat, assurer également l'identification des personnes contacts à risque hors du foyer), et diffuser les conduites à tenir (isolement/quatorzaine de toutes les personnes du foyer). L'identification peut être réalisée avant de connaître le résultat du test ou une fois le résultat du test positif.

À noter que les patients « cas probables » de COVID-19 présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19 malgré un test RT-PCR négatif, doivent être considérés comme des « cas confirmés » de Covid-19.

Leurs contacts à risque, a minima ceux du foyer, doivent donc être identifiés.

2.1.6 *Le système d'information associé*

MINSANTE 101 - MARS 47

Ce dispositif de contact-tracing implique l'utilisation de deux systèmes d'informations majeurs, « SI-DEP » pour la centralisation des résultats d'analyses de l'ensemble des laboratoires et structures autorisés à réaliser le diagnostic biologique de COVID-19, et le téléservice « Contact COVID » pour l'identification et la prise en charge des personnes contacts à risque élaboré par l'Assurance Maladie et accessible via Amelipro :

- **SI-DEP** : la base de données SI-DEP, actuellement en cours de développement, doit permettre de colliger tous les résultats d'analyses pour le COVID-19 avec les données d'identification des personnes prélevées et sera directement accessible aux acteurs de contact-tracing des niveaux 2 et 3 de la région ; elle permettra l'information du patient sur le résultat du test, du prescripteur du test et du médecin traitant lorsqu'il n'est pas le prescripteur ;

Plus largement, le SI-DEP répond à quatre objectifs :

- Donner un accès aux résultats nominatifs des tests, pour les seuls professionnels habilités dans le cadre des enquêtes sanitaires, et pour les données nécessaires à leur intervention, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de contact-tracing (Caisses Primaires d'Assurance Maladie au niveau 2 via le service médical, ARS et cellules régionales de Santé Publique France en niveau 3, ainsi que leurs éventuels délégués) ;
- Disposer, via Santé Publique France et son accès à des données pseudonymisées, d'indicateurs pour un suivi épidémiologique optimisé ;
- Réutiliser les données, préalablement pseudonymisées et homogènes en termes de format, pour la recherche, dans le cadre du Health Data Hub, pour mieux comprendre la maladie et ses mécanismes ;
- Assurer un recueil homogène des données pour ces finalités et outiller certains laboratoires de biologie médicale (LBM), principalement au niveau des CHU, avec un portail pré-analytique, pour leur permettre d'atteindre à plein leur capacité d'examen.

Les laboratoires privés et publics concernés sont tenus de renseigner cette plateforme avec les informations demandées.

Les ARS s'assurent de la bonne prise en compte de cette obligation de remplissage de la plateforme nationale par les laboratoires. Elles ont accès à une visualisation régionale (synthèse, carte, détail des réponses des laboratoires). Elles coordonnent la mise en œuvre d'enquêtes régionales avec cette remontée nationale.

- **Contact COVID** : la base « Contact COVID » actuellement en cours de développement par l'Assurance Maladie, colligera l'ensemble des données du contact-tracing (données d'investigation collectées lors des interrogatoires des cas et des personnes contacts à risque par le Niveau 2 en annexe 2) et sera accessible aux acteurs de niveau 1 et 2 et aux ARS. La base permettra également de produire les indicateurs quotidiens de suivi du contact-tracing.

2.1.7 Actualisation des remontées d'information entre les ARS et le CCS

MINSANTE 111

Le Centre de crise sanitaire (CCS) doit pouvoir disposer, en plus des indicateurs quantitatifs établis au niveau national de remontées quotidiennes synthétiques de la part des ARS de la situation sanitaire et d'éléments descriptifs des situations particulières, comme les clusters. Les remontées attendues de la part des ARS à cet effet sont précisées dans le MINSANTE 111.

Remontées quotidiennes de la situation sanitaire :

Il est essentiel pour le CCS de pouvoir détenir une vision précise des situations locales. Nous vous remercions de poursuivre la remontée au CCS **d'un point de situation qualitatif quotidien synthétique pour 15h00** avec les éléments suivants :

- Tensions sur l'offre de soins : établissements de santé dont réanimations, ESMS, secteur ambulatoire, laboratoires ;
- Tensions sur les approvisionnements : matériel, produits de santé, EPI, etc. ;
- Situation particulière ou complexe, liée au Covid-19 ou impactant la gestion locale de la crise Covid-19 : clusters, rapatriements, co-circulation épidémique, climat social, etc. ;
- Demandes particulières : besoins en renfort RH, besoin de recommandations sanitaires spécifiques ou de supports de communication, demande d'appui du niveau national, coordination intersectorielle, etc. ;

- Eventuelles difficultés signalées en lien avec les dispositifs de dépistage et de contact-tracing.

S'agissant spécifiquement des clusters, il est demandé de signaler sans délai au CCS toute situation de cluster considérée comme préoccupante. Il s'agit des situations pour lesquelles le nombre de cas confirmés, le taux d'attaque, les facteurs de vulnérabilité de la collectivité ou de la population concernée, la présence de cas sévères ou de décès, le délai de signalement ou l'identification d'un risque d'essaimage à distance amènent à évaluer la criticité comme étant modérée ou élevée selon la grille d'analyse proposée par SpF. L'absence d'information ou de précision sur l'un des critères ne doit cependant pas retarder l'évaluation du niveau de criticité.

Les clusters sensibles, qui font l'objet d'une information au fil de l'eau du CCS, doivent également être signalés sans délai par les ARS aux Préfectures. Les ARS n'ont par contre pas vocation à transmettre d'autres indicateurs aux Préfectures, le CCS assurant l'information de la CIC sur les indicateurs listés en annexe 1 et les clusters sensibles signalés par les ARS au CCS (ces données étant ensuite transmises aux Préfectures par la CIC).

Il est demandé aux ARS d'assurer une remontée d'information hebdomadaire de l'activité de contact-tracing de niveau 3 au CCS. Cette remontée est attendue chaque lundi pour 15 heures.

Guide d'investigation des clusters:

Le guide d'investigation des clusters, développé par Santé publique France en lien avec des professionnels de santé publique d'ARS, fournit un cadre commun aux professionnels intervenant au niveau 3 du dispositif de contact-tracing pour la maîtrise de la diffusion du COVID-19. Il présente les étapes de détection, d'investigation, de gestion des chaînes de transmission et des situations de cas groupés (clusters) d'infection à COVID-19, notamment dans les collectivités. Ces étapes sont réalisées par les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France.

2.1.8 Mise à disposition de l'application en ligne des indicateurs en lien avec l'épidémie de COVID-19

MINSANTE 115

Dans le cadre de la surveillance de la situation sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19, une application de tableau de bord en ligne a été développée par la DREES, et sera mise à votre disposition à compter du mardi 02 juin.

Ce tableau de bord centralise les indicateurs produits par Santé Publique France (R effectif, indicateurs Oscour, SurSaUD, SI-VIC, Voozanoo/ESMS, SI-DEP, excès de mortalité), la CNAM (Contact-COVID, AT initiaux dématérialisés) et l'Insee (données de mortalité liée au COVID-19). Cet outil est amené à évoluer en cours de l'épidémie, avec l'ajout, la modification ou la fin de l'actualisation d'un certain nombre d'indicateurs.

L'application est mise à jour une fois par jour, entre 16h et 17h.

L'accès à l'application sera nominatif. Il se fera à l'adresse <https://covid-19.sante.gouv.fr/surveillance-epidemiologique>, pour laquelle les statisticiens des ARS ont déjà des comptes nominatifs.

Nous vous remercions d'adresser à centrecrisesanitaire@sante.gouv.fr une liste d'agents complémentaires souhaitant un accès à cet outil, avec les informations suivantes :

- nom ;
- prénom ;
- courriel.

Un courriel de notification avec vos identifiants et mot de passe vous sera ensuite adressé, ainsi qu'un document d'aide à l'utilisation de cette application.

2.1.9 Lancement de l'application « Stop Covid »

DGS URGENT N°36

L'application StopCovid est déployée. **Cette application** est un outil complémentaire au contact-tracing réalisé par les médecins, l'Assurance Maladie et les Agences Régionales de Santé et s'inscrit dans la stratégie de déconfinement. L'objectif est d'identifier, de tester et d'isoler rapidement les personnes-contacts à risque afin de casser le plus rapidement possible les chaînes de transmission.

L'application permet, de manière anonyme, aux utilisateurs d'être informés s'ils ont été exposés à un malade confirmé également utilisateur de StopCovid.

Lorsqu'un utilisateur se déclare positif en scannant ou saisissant dans son application le QR code disponible sur le compte rendu des résultats biologiques, cet utilisateur pourra saisir sa date de début des symptômes afin de déterminer la période prise en compte pour notifier son historique de contacts *bluetooth*. En fonction de ce que l'utilisateur aura indiqué, cette période débutera à partir de :

- 48h avant la date de début des symptômes ;
- 7 jours avant la date de déclaration en tant que positif au COVID-19, en l'absence de symptômes ;
- 14 jours avant la date de déclaration en tant que positif au COVID-19 si la personne ne connaît pas la date de début des symptômes ou ne donne pas d'information.

Dans l'application, seront identifiés comme contacts à risque les personnes dont le téléphone est situé à moins d'1 mètre du téléphone d'un cas confirmé et pendant au moins 15 minutes.

Cette application ne se substitue pas au circuit « classique » du contact-tracing et d'investigation des cas par les niveaux 1 (médecins) et 2 (Assurance Maladie), et il est possible que des personnes-contacts soient signalées dans les deux dispositifs, classiques et numériques. Dans le cas d'une notification dans les deux systèmes (« classique » et par « Stop-Covid »), la prise en charge s'effectue dans le cadre du dispositif de contact-tracing classique.

Les médecins resteront en première ligne pour la prise en charge des personnes-contacts identifiées par l'application StopCovid. Les personnes qui recevront une notification d'exposition à un risque de contamination seront invitées à se rapprocher de leur médecin traitant qui devra évaluer le niveau de risque et leur indiquer la procédure à suivre.

En l'absence de symptômes, en accord avec la définition de Santé publique France, la personne n'est pas considérée comme contact à risque, si elle a adopté l'une des mesures de protection suivantes :

- a. Utilisation d'un hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) durant ses interactions avec toute personne hors de son foyer, en particulier dans des commerces ou des établissements recevant du public ;
- b. Utilisation systématique d'un masque chirurgical ou FFP2 par la personne dans l'espace public en particulier dans les transports ou sur son lieu de travail ;
- c. Utilisation d'un masque grand public, fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent, porté par le patient ET toute autre personne pendant la durée et à la distance considérés comme à risque.

2.2 Tests

2.2.1 Cadre d'utilisation des tests virologiques et sérologiques COVID-19

MINSANTE 110

La mobilisation efficace des capacités de dépistage constitue l'une des clefs pour réduire fortement le risque de rebond épidémique et aller jusqu'au terme du processus de déconfinement. Le cadre d'utilisation des tests virologiques et sérologiques répond à cet objectif, qui suppose de pouvoir prescrire, réaliser et communiquer les résultats d'un test dans les 24 heures à toute personne qui présente des symptômes évoquant une infection au Covid-19 ainsi que, dans un second temps, aux personnes identifiées comme ayant été en contact avec un cas confirmé. Le délai de 24 heures doit être impérativement respecté.

Notre système de dépistage est en mesure de réaliser 700 000 tests par semaine depuis le 11 mai et cette capacité sera amenée à progresser au cours du mois de juin. Les acteurs du système de santé sont non seulement invités à prendre en charge les personnes qui se présenteraient à elles, mais également à multiplier les initiatives permettant d'aller au-devant de tous ceux qui présentent des symptômes, même légers, mais qui hésiteraient à consulter leur médecin traitant ou à se rendre dans un espace de prise en charge.

L'expérience acquise au cours des dernières semaines, avec la mise en place d'équipes mobiles de prélèvement ou le développement d'espaces de prélèvement de type « drive » permet d'envisager une démultiplication des opérations de dépistage allant au-devant des personnes symptomatiques, notamment sur des lieux de fort passage, afin de garantir que le plus grand nombre d'entre elles sont effectivement testées et prises en charge.

Dans les zones de forte circulation virale, il est également demandé aux agences régionales de santé de mettre en place des opérations de dépistage à large spectre, afin de réaliser des investigations épidémiologiques approfondies et d'identifier des chaînes de transmission cachées.

Il conviendra de veiller à la bonne articulation des dispositifs de dépistage mis en place dans ce cadre avec le système de contact tracing, afin de veiller à assurer l'identification et le dépistage des personnes contacts des personnes qui se trouveraient être infectées.

Cet objectif est complété par deux démarches complémentaires, destinées à réduire drastiquement le risque d'apparition de chaînes de transmission dans des lieux d'hébergement collectif ou de prise en charge de personnes fragiles.

Il en va ainsi en particulier dans les établissements de santé, qui appellent une attention particulière, ainsi que dans les EPHAD ou les établissements médico-sociaux.

Ces nécessaires démarches de dépistage ont vocation à être mises en œuvre en mobilisant les capacités de dépistage qui, à l'échelle territoriale, ne seraient pas mobilisées par les opérations de diagnostic des personnes symptomatiques et de dépistage de leurs personnes contacts dans le cadre du contact-tracing. Elles peuvent revêtir un caractère systématique chaque fois que la disponibilité des moyens le permet. Il revient à chaque agence régionale de santé de programmer ces opérations en tenant compte de ces différents éléments.

Il convient également de faire respecter un ordre clair de priorité. Une personne symptomatique adressée par son médecin traitant doit être ainsi être dépistée en priorité, alors qu'un dépistage préopératoire programmé peut parfois être décalé de quelques heures.

Enfin, si l'émergence des tests sérologiques va désormais permettre de compléter la palette des capacités de dépistage, même si les indications limitées proposées par la Haute autorité de santé et la nature incertaine de l'immunité acquise en cas d'infection invitent à en faire un usage prudent et proportionné.

Il est ainsi demandé à l'ensemble des acteurs du système de santé de donner la priorité au dépistage de la présence virale par RT-PCR et d'user de manière complémentaire et responsable des tests sérologiques, dans le strict respect du cadre juridique applicable.

2.2.2 Protection pour les prélèvements de dépistage par RT-PCR

DGSU 29

La tenue recommandée pour le préleveur est la suivante :

- Port d'un masque de protection type (APR) FFP2 en vérifiant l'étanchéité au visage (réalisation d'un fit check) pour tout personnel de santé habilité aux prélèvements avant d'entrer dans la chambre
- Sur-blouse à usage unique à manches longues
- Port systématique de lunettes de protection
- Port d'une protection complète de la chevelure (charlotte, calot couvrant...) ;
- Port de gants à usage unique

2.2.3 Evolution de l'application internet de recueil des capacités des laboratoires pour le diagnostic Sars-Cov2

MINSANTE 113

Dans le cadre des mesures prises pour faire face à l'épidémie de Covid-19, une plateforme nationale (<https://laboratoires.fabrique.social.gouv.fr/>) a été mise en place par DREES à destination de l'ensemble des laboratoires de biologie médicale publics et privés afin de leur permettre de renseigner leurs capacités de diagnostic Sars-Cov2 (prélèvements naso-pharyngés, automates PCR et ELISA), d'indiquer les éventuelles tensions sur les consommables spécifiques pouvant impacter ces capacités, d'informer sur les lieux et modalités de l'accueil du public en vue de la réalisation de prélèvements, et pour les plateaux techniques, d'indiquer l'activités quotidienne de tests réalisés (message MINSANTE n°101 du 5 mai 2020). Ces informations contribuent à la coordination des actions et à la meilleure connaissance de la situation épidémique. Les ARS ont à leur disposition une application internet de visualisation et synthèse des données relatives aux laboratoires de leur région (<https://laboratoires.fabrique.social.gouv.fr/visu/>). Les informations d'accueil du public sont de plus diffusées sur le site <https://sante.fr/> à compter du 11 mai 2020, soit 3000 lieux en France.

Depuis le message MINSANTE n°101 les évolutions suivantes ont été apportées :

- Dans le volet formulaire, suite à l'arrêté du 20 mai 2020, la liste des réactifs de sérologie Sars-Cov2 homologués par le centre national de référence a été intégrée, pour les sites analytiques l'activité de tests sérologiques (cumulant le cas échant ELISA et immunochromatographie) réalisée chaque jour de la semaine ainsi que le nombre de sérologie positives doivent être renseignées dans un cadre spécifique.
- Dans le cadre de recueil des capacités analytiques, les notions ont été précisées entre capacités quotidiennes réelles (i.e. en tenant compte des éventuelles contraintes sur les consommables, le personnel), maximales quotidiennes (en l'absence de toute contrainte) et maximale quotidienne à un mois (notamment s'il est prévu de les étendre comme par exemple par l'acquisition d'un nouvel équipement). Il est important que les laboratoires mettent à jour ces

données pour que le pilotage soit facilité au niveau national. Il paraît aussi important de vérifier que le capacitaire d'une même plateforme d'analyse ne soit pas rempli plusieurs fois par des sites différents. Les ARS sont responsables de la supervision de la cohérence des données.

- Un volet consommable a été ajouté afin de permettre à chaque laboratoire d'indiquer dans un même tableau les stocks, utilisation, approvisionnement prévus, pour les différents consommables nécessaires à l'activité de diagnostic réalisée : masques chirurgicaux, masques FFP2, gants, surblouses, tabliers, casques, protection de chevelure, écouvillons, Tubes, milieux de transport, cônes, réactifs RT-PCR. Les informations de stock de réactifs renseignées dans le volet formulaire peuvent être directement importées. Une synthèse de ces informations est mise à la disposition des ARS comme outil de suivi et de coordination régionale.

Il est demandé aux ARS de s'assurer de la mise à jour régulière par les laboratoires des informations qui figurent dans l'application en cette période de sortie du confinement.

3 Etablissements de santé

3.1 Professionnels hospitaliers

3.1.1 Coronavirus SARS-CoV-2 et professionnels des établissements de santé

[Avis HCSP du 23/05/2020 – MINSANTE 114](#)

Le Haut Conseil de la santé publique émet des recommandations relatives à conduite à tenir vis-à-vis des professionnels intervenant en établissement de santé (ES) ainsi qu'en établissement social et médico-social (ESMS) selon leur statut vis-à-vis du SARS-CoV-2.

Le HCSP souligne en préambule que sont concernés par cet avis l'ensemble des professionnels intervenant en établissement de santé et établissement social et médico-social (qu'ils soient ou non soignants).

Sont rappelés dans l'avis : les mesures de contact tracing, les modes de transmission du SARS-Cov-2, la cinétique de l'excrétion virale, les modes de transmission du virus et la durée de contagiosité.

La transmission nosocomiale du SARS-CoV-2 est documentée, elle fait intervenir les contacts avec des patients infectés mais aussi des contacts extraprofessionnels. Enfin les professionnels peuvent se contaminer entre eux.

Tout professionnel intervenant en établissement de santé ou en établissement social et médico-social doit, dès lors qu'il présente des signes évocateurs du Covid-19, faire l'objet d'un prélèvement respiratoire à visée diagnostique.

Un test positif conduit à une éviction de 7 jours après le début des symptômes (reprise du travail au 8ème jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et au respect de mesures barrières renforcées pendant les 7 jours suivants. Ces durées sont portées respectivement à 9 jours (reprise du travail au 10ème jour si disparition de la fièvre et amélioration de l'état respiratoire depuis au moins 48 heures) et 14 jours de mesures barrières renforcées en cas d'immunodépression. Cette conduite est identique lorsqu'un professionnel asymptomatique est testé positif pour le SARS-CoV-2.

Un test négatif chez un professionnel présentant des signes évocateurs de Covid-19 doit conduire à la réalisation d'un second prélèvement, la conduite à tenir étant fonction du résultat de ce second prélèvement.

Enfin le HCSP précise la stratégie à adopter vis-à-vis des professionnels ayant été en contact avec une personne atteinte de Covid-19.

3.1.2 Distribution de masques aux hôpitaux et personnels hospitaliers

Voir point 7 : masques

3.1.3 Accompagnement et soutien des professionnels

MINSANTE 102

3.1.3.1 *Assurer le soutien médico-psychologique et social des professionnels exposés pendant l'épidémie*

La « récupération » des professionnels très mobilisés, notamment en réanimation, apparaît comme un enjeu majeur et fait partie intégrante de la dimension RH de la stratégie de reprise. Une offre de récupération dédiée au personnel engagé sera mise en place et incluse dans la programmation de reprise de l'activité de soin. Elle mobilisera les services de santé au travail et induira la poursuite et l'adaptation des dispositifs de soutien médico-psychologique et sociaux dédiés aux soignants (professionnels, retraités, étudiants, ainsi que tout volontaire de la réserve sanitaire et de toute autre plateforme née de la crise).

L'offre de récupération pourra s'appuyer sur :

- L'organisation des prises de congés en donnant la priorité aux personnes les plus mobilisées dans la gestion de la crise ;
- Un questionnaire d'évaluation du besoin psychologique, envoyé aux DRH d'établissements et aux structures ayant mis à disposition des renforts ;
- Des numéros d'appel et des cellules de suivi psychologique en proximité à mettre en place avec les établissements spécialisés en psychiatrie ;
- Des séances collectives permettant ensuite de cibler les besoins en matière de suivi individuel.

3.1.3.2 *Organisation et qualité de travail*

La stratégie de gestion des ressources humaines en sortie de confinement devra reposer sur trois niveaux d'organisation et de régulation :

- Organisation interne aux établissements ;
- Régulation territoriale et intra régionale (mobilité de professionnels entre établissements, renforts de libéraux, plateformes régionales de renforts...) ;
- Régulation nationale via l'adaptation des dispositifs mis en place pour la gestion de la crise (réserve sanitaire, plateforme nationale, cellule d'appui, renforts de directeurs...).

Elle tiendra compte de :

- La prise en compte de l'absentéisme lié à l'activité covid-19 et aux congés estivaux : à cet égard, les établissements de santé qui n'auront pas pu arrêter le tableau prévisionnel des congés annuels des personnels de la FPH prévu pour le 31 mars de chaque année par le décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 en raison de la gestion de crise devront avoir arrêté ce planning pour le 31 mai au plus tard ;
- Le maintien de certains renforts dans les établissements en tension ;

- La cohérence des outils d'appui par le national (doivent permettre de faire remonter les besoins de PEC vs disponibilité, de repérer rapidement les compétences disponibles, à plus long terme d'aider à lisser le temps de travail sur l'année) ;
- La prévision de renforts externes (profils et expertises à identifier) pour l'élaboration des retours d'expérience terrain (conservation des modifications utiles en tous temps, consignation des bonnes pratiques et des écueils à éviter en cas de nouvelle crise majeure) ...

Les dispositifs de renforts en ressources humaines sont maintenus que ce soit la réserve sanitaire ou les plateformes mises en place par les ARS en soutien des établissements de santé et des ESMS. La mobilisation de renforts RH continuera à s'appuyer sur ces différents dispositifs (recrutements temporaires via des contrats, mise à disposition de personnels, etc.).

3.1.3.3 *Priorité d'accès à l'école et à la crèche pour les enfants de soignants*

Conformément aux annonces du Premier Ministre lors de son discours du 28 avril devant l'Assemblée-nationale, les enfants des soignants resteront prioritaires pour l'accès à l'école et pour la reprise des gardes en crèche : tout personnel travaillant en établissements de santé publics/privés : hôpitaux, cliniques, SSR, HAD, centres de santé ...

En fonction des besoins, les dispositifs de remboursement des taxis et des hébergements pourront être réactivés par les établissements.

3.2 Organisation des soins

3.2.1 L'appui à la reprogrammation et l'organisation d'une reprise d'activité concertée entre les établissements de santé

MINSANTE 102

Il appartient aux ARS d'organiser sur leur territoire la reprise de l'activité hospitalière, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette organisation devra veiller à ce que les équilibres territoriaux soient respectés et garantir que les efforts pour atteindre les objectifs soient partagés équitablement entre les établissements. Les orientations prennent en compte les différentes contraintes : ressources humaines, stock de médicaments et matériel, règles de déconfinement et allongement du temps de soins lié aux gestes barrière.

Les établissements de santé activeront leur plan de gestion de crise en fonction de la situation du territoire (niveau 1 : plan de mobilisation interne ou niveau 2 : plan blanc).

3.2.1.1 *Préserver la capacité en réanimation et maintenir sa disponibilité en cas de nécessité de réarmement d'un dispositif Covid renforcé (lits de réanimation, médicaments...)*

Le reflux des capacités de réanimation devra se poursuivre de façon extrêmement prudente et sous l'égide de l'ARS. Tout désarmement de lits de réanimation devra demeurer progressif et **pouvoir être réversible très rapidement (dans des délais de 24, 48 ou 72 heures selon les lits)** pour faire face à un nouvel afflux de patients ayant un besoin de prise en charge en réanimation. Cette notion de réversibilité est essentielle pour faire face à toute évolution de l'épidémie.

Des capacités suffisantes en post-réanimation et SSR devront également être préservées. Il convient non seulement d'être en mesure d'assurer l'aval des patients actuels, mais ces capacités, à l'instar de la réanimation, devront pouvoir être augmentées en cas de reprise de l'épidémie. Ces besoins devront être évalués, ainsi que la participation de chaque établissement à l'organisation territoriale, sous l'égide de l'ARS.

Au niveau national, le suivi de l'évolution de l'épidémie indiqué dans la stratégie d'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière¹, qui a été mise en place avant le déconfinement, perdurera jusqu'en septembre 2020 et sera adapté ensuite en fonction de la situation épidémique. Le centre de crise sanitaire restera activé afin d'être en capacité à tout moment d'organiser des transferts de patients si le besoin apparaît quel que soit le territoire. En complément de l'organisation de la régulation régionale et territoriale par l'ARS, il est proposé de recourir à un système d'appui national avec la mise en place d'une cellule chargée d'appuyer la gestion des situations critiques, inspirée de la structure opérant actuellement dans le cadre de l'épidémie. Elle permettra d'aider les ARS à trouver des solutions pour les situations les plus complexes : réallocation ou transfert de ressources critiques, renforts RH, voire transfert de patients en dernier recours.

Les autorisations exceptionnelles d'activité de soins seront prorogées automatiquement.

3.2.1.2 Organiser l'offre de soins pour endiguer le développement de la contamination

Le port du masque « grand public » ou chirurgical sera fortement recommandé pour toutes les personnes accédant à l'établissement de santé : patients, accompagnants, prestataires. Les professionnels de santé seront quant à eux équipés de masques chirurgicaux ou de FFP2 pour ceux réalisant des actes invasifs. Le nombre de masques par jour et par personne s'appuie sur les recommandations des sociétés savantes, du HCSP et des organisations internationales.

L'organisation de filières COVID+ et de filières COVID- distinctes dans les structures de soins sera recommandée en fonction de la stratégie territoriale, des capacités des établissements et de l'évolution de l'épidémie. Elle implique des conditions matérielles de fonctionnement sécurisées avec des mesures barrière très strictes : notamment la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients, des accès et des circulations identifiés, un aménagement des salles d'attente, des étalements des plages de consultations et des horaires d'admission.

La prise en charge ambulatoire (HDJ et chirurgie ambulatoire) peut être privilégiée car elle facilite la distanciation sociale et limite le temps de présence à l'hôpital.

Dans le cas d'un patient admis en établissement de santé, avec ou sans hébergement, pour une pathologie hors-Covid (urgences, consultations, hospitalisation...), sans dépistage préalable, et qui présenterait des signes ou symptômes Covid, la conduite à tenir est la suivante :

- Le patient sera équipé immédiatement d'un masque chirurgical,
- Un test sera prescrit et effectué,
- Le patient sera isolé le temps d'avoir les résultats.

Si le résultat s'avère positif :

- Le patient se verra prescrire le port d'un masque chirurgical,
- Les personnes contact de la cellule familiale seront identifiées, ainsi qu'éventuellement les autres personnes contact (niveau 1 du contact tracing 7),
- Le dépistage de la cellule familiale sera prescrit et elle sera orientée vers des structures de test proches,
- Les mesures d'isolement du patient (si ambulatoire) et de quatorzaine pour la cellule familiale (dont arrêt de travail) seront arrêtées par le médecin après évaluation de la situation sanitaire et socio-environnementale.

¹ Message MINSANTE n°2020_80 en date du 16 avril 2020

Les établissements de santé devront renseigner les plateformes de système d'information dédiées (SIDEp, Amelipro) au plus vite afin de garantir l'efficacité du système mis en place. L'Assurance Maladie et/ou l'ARS prendront en charge la suite du processus de contact-tracing (niveaux 2 et 3 si nécessaire).

3.2.1.3 En sus de la prise en charge des urgences : reprogrammer les activités de soin en priorisant les patients exposés à une perte de chance

Avant toute chose, le caractère d'urgence de soins et de perte de chance du patient doit demeurer le critère essentiel de reprogrammation. De ce fait, une vigilance spécifique doit être portée aux activités de recours. Ils doivent également avoir une attention particulière pour les pathologies chroniques et les populations vulnérables.

Ce travail réalisé avec les établissements, et en lien avec les équipes de soins, s'appuie sur une évaluation des besoins et priorités de santé publique du territoire. Pour cela, il prend en compte :

- Les recommandations des sociétés savantes et du HCSP disponibles ;
- La réévaluation des patients dont les soins ont été déprogrammés et la réalisation d'actes de dépistage ;
- L'évaluation des nouveaux besoins suite aux reprises de contacts pour les professionnels de soins de ville et de l'hôpital.

En second lieu, l'activité ambulatoire sans anesthésie générale pourra également être reprogrammée, selon les choix régionaux.

L'activité de SSR, au-delà de l'activité Post-COVID, pourra redémarrer en fonction des choix régionaux, et notamment avec la reprise des activités de groupes et l'intégration sécurisée des nouveaux entrants.

Dans le cas particulier des pathologies psychiatriques et addictologiques, sans exclure la possibilité d'un afflux de patients nécessitant une hospitalisation pour décompensation, il conviendra de renforcer les dispositifs ambulatoires qui assurent 80 % de l'activité afin d'éviter les hospitalisations.

Les établissements de santé devront assurer cette reprogrammation en maintenant le dialogue social et les échanges avec les usagers. Les usagers et les professionnels de santé de ville sont informés de l'organisation des soins définie par l'ARS en concertation avec l'ensemble des établissements.

3.2.1.4 Santé psychique de la population

L'épidémie, l'impact socio-économique de la crise et les mesures de confinement associées risquent d'avoir des conséquences sur la santé psychique de la population. Des travaux devront évaluer les caractéristiques et l'ampleur de ces risques et proposer dans une fiche dédiée des réponses adaptées sur les enjeux suivants :

- Prise en compte des éventuels cas de psycho-traumatismes dans la population générale ;
- Effets du confinement sur la santé psychique (anxiété, dépression, suicide, sommeil) ;
- Forte augmentation des addictions, en particulier de l'alcool ;
- Santé physique des patients de psychiatrie du fait de difficultés supplémentaires pour accéder aux soins somatiques

Le dispositif national de soutien psychologique mis en place pendant le confinement devra être réévalué. Certains risques doivent être envisagés :

- Les familles ayant vécu un deuil sans pouvoir complètement faire leurs adieux ;
- Les aidants qui décompensent au moment du retour de leur proche en institution (enfant ou adulte) ;
- Les aidants de personnes fragiles qui resteront confinées plus longtemps que les autres et devront continuer à les accompagner au quotidien, alors que la vie reprendra au dehors ;
- Les soignants confrontés à des situations inédites.

3.2.2 Recommandations applicables en période de déconfinement dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie

MINSANTE 103 – MARS N°54

La fiche relative aux recommandations applicables en période de déconfinement dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie propose des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant l'organisation des prises en charge en ambulatoire et en présentiel dans les services de psychiatrie, dans le cadre du déconfinement et en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

Il est demandé aux établissements dans la phase de déconfinement de concentrer leurs moyens sur les objectifs suivants :

- Former au respect des mesures visant à limiter la propagation du virus, et en particulier limiter au maximum les regroupements de patients en milieu hospitalier et donc privilégier les alternatives à l'hospitalisation.
- Recenser les publics qui ont été les plus mis en difficulté par la crise et le confinement pour leur apporter prioritairement des réponses en termes de soins psychiatriques, addictologiques, somatiques : patients connus des services de psychiatrie mais « perdus de vue » ou en situation de renonciation aux soins, patients en situation de décompensation nécessitant des prises en charge urgentes et intensives et nouveaux patients en situation de souffrance psychique du fait de l'impact du confinement.
- Prendre contact de manière proactive avec les structures médico-sociales et sociales partenaires afin d'articuler la reprise des activités conjointement avec ces structures dans deux objectifs prioritaires : proposer une offre de soutien psychologique aux équipes, en s'appuyant sur les psychologues hospitaliers ou libéraux ; retrouver rapidement des parcours fluides et éviter les ré-hospitalisations en psychiatrie de patients des structures médico-sociales et sociales.
- Maintenir et renforcer une offre de prise en charge pour les professionnels de santé fortement mobilisés par la gestion de la crise.

La mobilisation des acteurs doit s'effectuer autour de trois axes :

- Maintenir les dispositifs mis en place en psychiatrie pour faire face au COVID-19 et préserver une capacité de réponse rapide en cas de reprise de l'épidémie ;
- Organiser la reprise progressive des activités suspendues, en commençant par les activités prioritaires ;
- Anticiper les conséquences de l'épidémie, du confinement et de la forte augmentation des facteurs de risque psycho-sociaux sur la santé psychique de la population.

Le MINSANTE 103 propose en annexe de l'une des fiches un focus sur des populations spécifiques, concernant la périnatalité, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes placées sous main de justice, ainsi que sur les pathologies duelles psychiatrie-addiction.

Le MARS n°54 et sa fiche annexe propose des éléments de repères destinés à favoriser le respect de la liberté d'aller et venir en psychiatrie durant la période de déconfinement malgré la poursuite de la circulation de Covid 19. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_lav_psy.pdf

3.2.3 Déclinaison pour le secteur SSR des lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement

MARS 53

Il est nécessaire de réévaluer l'offre de soins disponibles en soins de suite et de réadaptation (SSR) susceptible d'être proposée aux patients après la fin de la période de confinement strict depuis le 11 mai 2020.

L'évaluation de l'opportunité de reprise d'activité doit être menée au niveau territorial sous la responsabilité des Agences Régionales de Santé (ARS), qui organiseront cette reprise par territoire, en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs. L'objectif pour le secteur SSR est de garantir la reprise progressive des prises en charge de patients hors Covid-19 en priorisant la reprise pour éviter les pertes de chance. L'activité de SSR a vocation à reprendre et à être relancée, pour assurer la prise en charge concomitante :

- Des patients COVID + ayant des besoins de réadaptation ;
- Des patients pour lesquels la prise en charge a été reportée dans le cadre de la crise sanitaire;
- Des patients en provenance des lieux d'adressage habituels dans le cadre de la reprise d'activité des autres acteurs de la prise en charge (établissements MCO notamment).

Afin de garantir la capacité des établissements à faire face aux flux de patients attendus, il est donc recommandé aux établissements SSR, en concertation avec leur ARS, de :

- Rouvrir les accès aux plateaux techniques lorsqu'ils ont été fermés ou lorsque l'accès a été limité ;
- Rouvrir les hôpitaux de jour qui auraient été fermés et reprogrammer les consultations et les activités au domicile des patients (équipes mobiles notamment):
 - o La reprogrammation des prises en charge doit se faire en priorisant les patients les plus exposés à une perte de chance, avec une évaluation du rapport bénéfice risque ;
 - o Le télésoin et le télé soin doivent être privilégiés partout où cela est possible et lorsque cela ne génère pas de perte de chance pour le patient.
- Maintien des recommandations publiées le 24 mars, relatives à l'ouverture des balnéothérapies ;
- S'organiser pour rendre possible les visites de proches en priorisant les patients les plus psychologiquement impactés par leur hospitalisation et/ou n'ayant pas eu de contact avec leurs proches depuis le plus longtemps :
 - o Il conviendra de s'inspirer des recommandations émises le 18 avril 2020 pour permettre à nouveau les visites de familles et de bénévoles dans les EHPAD et les USLD² ;
 - o Il conviendra de limiter les allées et venues des personnes extérieures à l'établissement et de les planifier afin d'éviter les regroupements ;
- Autoriser les permissions de sortie, lorsqu'elles représentent un intérêt thérapeutique et/ou préparent la sortie, en priorisant les patients les plus à même d'en bénéficier ;

² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_etape_no2_j._guedj_-_18.04.2020.pdf

- Reprendre progressivement les activités collectives (rééducation en groupe, ateliers, activités sociales, prise de repas...) dès lors que le principe de distanciation sociale peut être respecté.

3.2.4 L'adaptation de l'activité de greffe intégrant la reprise de l'activité de greffe rénale MINSANTE 103

Depuis le début de l'épidémie de COVID 19, l'activité de greffe rénale n'était plus préconisée sauf pour les greffes pédiatriques, suite aux recommandations de l'Agence de la Biomédecine (ABM) en accord avec le ministère des solidarités et de la santé, les ARS, les représentants des professionnels de santé et des patients.

Dans le cadre du déconfinement, de nouveaux travaux ont été réalisés sur la greffe rénale sous l'égide de l'ABM en concertation avec les professionnels et les patients.

Dans le cadre de ces travaux, de nouvelles préconisations (accessibles sur le site de l'ABM : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/recommandations_abm_reprise_greffe_renale_11_mai_2020.pdf) ont été élaborées et il est désormais proposé de reprendre progressivement l'activité de greffe rénale sous conditions précisées dans la fiche, déclinée selon les axes suivants :

- Maintenir en région une activité minimale de recensement des donneurs potentiels et de prélèvement afin d'assurer la prise en charge des patients en attente de greffe urgente et vitale ;
- Organiser les transports des professionnels et des organes par les coordinations hospitalières de prélèvement, en lien avec l'ABM et en prenant en compte les disponibilités existantes ;
- Maintenir dans chaque région une activité de greffe vitale et urgente sur au moins un site autorisé.

Le suivi est assuré par l'Agence de la biomédecine, qui recense de façon quotidienne les établissements de santé continuant à assurer l'activité de greffe vitale et de greffe rénale dans les régions et assure un pilotage de l'activité réalisée, transmis à la DGOS et aux ARS.

3.2.5 Assistance médicale à la procréation (AMP) MINSANTE 104 – MARS 50

Depuis le début de l'épidémie de COVID 19, suite aux recommandations de l'Agence de la Biomédecine (ABM), l'activité d'assistance médicale à la procréation (AMP) a été suspendue, hors cas urgents de préservation de fertilité.

Dans le cadre de la sortie progressive du confinement, des travaux en vue d'une reprise de cette activité ont été réalisés, sous l'égide de l'ABM, en concertation avec les professionnels et les associations de patients.

Dans le cadre de ces travaux, de nouvelles préconisations, validées par le ministère, ont été élaborées (accessibles sur le site de l'ABM : <https://www.agence-biomedecine.fr/Site-des-professionnels>). Il est désormais proposé de reprendre progressivement l'activité d'AMP sous des conditions et dans le cadre suivant :

- Une reprise de l'activité des centres qui sera soumise à l'accord des directions d'établissements et des ARS concernées ;

L'accord préalable de la direction de l'établissement et de l'ARS sera requis pour permettre la reprise d'activité des centres. Il sera donné au regard d'un plan formalisé de sécurisation de cette reprise.

L'accord des établissements et de l'ARS pour la reprise d'activité prendra en compte les tensions éventuellement existantes sur les ressources humaines, les médicaments, les équipements de protection et locaux de l'établissement, au-delà de la seule activité d'AMP, ainsi que l'enjeu d'assurer une équité d'accès à cette prise en charge sur le territoire régional.

- Une priorisation nécessaire des prises en charge ;

Pour les patients bénéficiaires d'AMP, la priorisation s'effectuera au regard de trois critères principaux :

- En faveur des préservations de fertilité urgentes ;
 - En faveur des situations de pronostic altéré en raison de l'allongement du délai de prise en charge ;
 - Lorsque la tentative de stimulation en cours a été annulée à l'arrêt des activités d'AMP en mars 2020.
- Une organisation des transferts de patients entre centres qui devra être prévue, même si les transferts devront rester limités ;

Les centres devront s'attacher à continuer de prendre en charge uniquement les patients résidant dans leur zone de recrutement habituel. Néanmoins, pour répondre à des cas spécifiques, les centres pourront, le cas échéant, avec l'accord des ARS concernées et de l'Agence de la biomédecine, prévoir des accords entre partenaires pour permettre le transfert de certains patients intra régionaux ou entre régions.

3.2.6 Usage des anti-infectieux dans le Covid 19

DGS URGENT N° 37

Le HCSP a récemment publié son avis du 18 mai 2020 relatif à l'usage des anti-infectieux dans le Covid-19 (<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>).

De manière générale, le HCSP recommande qu'aucune antibiothérapie ne soit prescrite chez un patient présentant des symptômes rattachés à un Covid-19 confirmé (en dehors d'un autre foyer infectieux documenté) du fait du caractère exceptionnel de la co-infection bactérienne.

De manière plus détaillée:

- En ville, chez un patient ayant une infection respiratoire (haute ou basse) fortement évocatrice de Covid-19, ou confirmée au SARS-CoV-2, il n'y a pas d'indication à prescrire une antibiothérapie.
- En secteur d'hospitalisation conventionnelle, où le patient peut être surveillé, en l'absence de critère de gravité, il n'y a pas d'indication à prescrire une antibiothérapie dans l'attente des résultats microbiologiques et radiographiques. Une fois le diagnostic de Covid-19 confirmé, si les symptômes cliniques et scannographiques s'intègrent dans le tableau de Covid-19, il n'y a pas d'indication à initier ou poursuivre une antibiothérapie.
- Dans l'infection par le SARS-CoV-2, la littérature n'apporte pas d'argument pour proposer la prescription d'azithromycine.

Il semble cependant que les prescriptions d'antibiotiques restent fréquentes, en préventif comme en curatif, chez les patients suspects ou atteints de Covid-19. Chacun d'entre nous doit œuvrer pour améliorer les pratiques.

3.3 Etablissements pénitentiaires

MINSANTE 108 – MARS 51

Le MINSANTE 108 actualise, dans le contexte du déconfinement, la fiche « Établissements pénitentiaires : organisation de la réponse sanitaire par les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires ».

Il propose des éléments d'orientation, à adapter en fonction des situations locales, concernant l'organisation des prises en charge sanitaires en milieu pénitentiaire, dans le cadre du déconfinement et en situation de poursuite de la circulation du COVID-19.

La stratégie sanitaire de déconfinement en milieu pénitentiaire vise d'une part à maintenir des mesures pour limiter la propagation du virus, et d'autre part à permettre une remontée en charge progressive des activités de soins suspendues pendant la période du confinement, en commençant par les activités prioritaires.

En phase de déconfinement progressif, les efforts doivent être poursuivis. Il s'agit de maintenir les organisations mises en place dans le cadre de la gestion de l'épidémie afin d'éviter le cas échéant d'avoir à faire face à une éventuelle reprise de celle-ci. Il s'agit également de programmer une reprise progressive des prises en charge qui existaient avant l'épidémie, tenant compte des priorités identifiées (perdus de vue, patients décompensés, programmation annulée devenue urgente...) et dans le respect des mesures barrières.

Les besoins des patients, le respect des règles de sécurité sanitaire et l'analyse bénéfice/risque de chaque situation doivent guider l'adaptation des prises en charge, des conditions d'accueil à l'unité sanitaire, des extractions médicales et des hospitalisations dans cette nouvelle phase.

Aussi, la plus grande mobilisation de tous les acteurs reste de mise pour :

- Poursuivre et renforcer les échanges entre acteurs pénitentiaires, judiciaires et sanitaires au niveau local dans le but de favoriser un taux d'occupation qui permette la mise en œuvre des mesures barrières et de distanciation physique de la présente note ;
- Poursuivre les efforts dans l'appropriation et la diffusion de ces gestes en instaurant des formations participatives pour réfléchir aux nouvelles modalités de gestion de la détention dans ce contexte, ;
- Reprendre progressivement les activités laissées en suspens pendant le confinement.

Le MINSANTE 108 définit les mesures générales à prendre en établissement pénitentiaire, les actions incombant à l'établissement pénitentiaire et à son unité sanitaire, les actions à conduire au niveau régional, la conduite à tenir lors de l'apparition de symptômes du Covid 19 chez les détenus, la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine qui doit leur être appliquée, les modalités de prise en charge des détenus malades, la conduite à tenir lors d'une sortie de détention, et les modalités de reprise progressive des activités de soins habituelles.

4 Secteur social et médico-social

4.1 Coronavirus SARS-CoV-2 et professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux

Avis HCSP du 23/05/2020

Voir point 3.1.1.

4.2 Dotations cibles nationales de masques sanitaires pour le secteur médico-social

Voir point 7 : masques

4.3 Renforcement des dispositifs d'appui sanitaire des EHPAD et des établissements d'hébergement des personnes en situation de handicap

MINSANTE 102

4.3.1 Stratégie de dépistage des résidents et des professionnels

Les résidents et les professionnels des établissements doivent être diagnostiqués de manière plus systématique. Le renforcement des tests permet de mieux connaître les risques au sein de l'établissement, afin de créer des secteurs Covid+ et Covid-. La conduite à tenir vis-à-vis des professionnels positifs vise également à minimiser les risques tout en garantissant la continuité d'activité. L'entrée d'un nouveau résident ne doit être autorisée qu'après un test virologique effectué dans une temporalité immédiate avant l'admission, le résultat du test déclenchant (ou non) l'admission.

Le port des masques, les gestes barrières et le port des équipements de protection devront être respectés selon les recommandations en vigueur, pour les professionnels et les visiteurs.

Chaque EHPAD continuera à renseigner le portail des signalements mis en place par Santé publique France afin de suivre l'évolution de sa situation et pouvoir réagir très rapidement. Ce suivi revient à l'équipe de direction de l'établissement, avec le médecin coordonnateur et/ou l'infirmière coordinatrice, et avec le soutien de l'ARS (astreinte gériatrique, équipe mobile d'hygiène...) dès que nécessaire.

4.3.2 Ancrage sanitaire de la prise en charge des patients des EHPAD

Les établissements et services médico-sociaux continueront à prendre en charge les patients Covid + non graves ou qui ne justifieraient pas, sur un plan médical, un transfert à l'hôpital. Dans ce cadre, la mobilisation du système de ville (médecins, infirmiers, kinés) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) reste primordiale.

L'organisation des soins et l'appui aux établissements médico-sociaux, mis en place durant la deuxième phase de confinement, devront perdurer selon les modalités décrites dans les fiches dédiées. Elles doivent permettre de protéger leurs publics vulnérables de l'épidémie de covid-19 et de profiter des dispositifs mis en œuvre pour renforcer l'accompagnement sanitaire des personnes.

Parmi ces dispositifs à faire perdurer et à conforter au-delà de la prise en charge des personnes atteintes de Covid :

- L'application des gestes barrières ;
- Le développement de la téléconsultation ou du télé soins ;
- Les astreintes gériatriques et/ou de soins palliatifs dans les territoires, qui doivent également être mises en place là où elles ne l'auraient pas été ;
- Les admissions directes en hospitalisation sans passer par les urgences ;
- L'intervention des équipes mobiles (gériatriques, soins palliatifs, psychiatrie ou d'hygiène) ;
- L'assouplissement des conditions d'intervention de l'HAD et un recours accru à ce substitut à l'hospitalisation avec hébergement ;
- L'intervention facilitée de professionnels libéraux ou l'organisation de renforts RH.

L'ARS évaluera au fil du temps le besoin du maintien de sa cellule régionale et/ou départementale dédiée aux personnes âgées et handicapées.

L'association du conseil départemental au pilotage dans le secteur médico-social du déconfinement est indispensable en raison des répercussions du déconfinement sur les plans d'accompagnement à

domicile (allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap), ainsi que sur les aidants.

4.3.3 Ajustement des règles de confinement et d'organisation des visites pour permettre un accompagnement sécurisé

Afin de minimiser les risques pour leurs résidents et ne pas causer de recrudescence de l'épidémie, les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) doivent maintenir des mesures particulières d'organisation.

Cette organisation sera adaptée en fonction de la persistance de cas Covid dans le territoire, chez les personnels et résidents de l'établissement, en application de la politique de test mise en place notamment.

Toutefois, ils devront systématiquement assouplir leurs règles de fermeture, y compris dans les zones qui ne seraient pas tout de suite déconfinées, afin d'éviter les syndromes de glissements des résidents âgés. Certains résidents ont pu souffrir de la durée du confinement strict qui leur a été imposé pour leur sécurité. Une évaluation individuelle du risque doit permettre de continuer à préserver les autres résidents fragiles d'une éventuelle contamination tout en apportant à ce résident les contacts familiaux ou amicaux nécessaires, dans le respect strict des mesures barrières.

Pour ceux dont le bénéfice serait défavorable, tout devra être mis œuvre pour minimiser l'isolement par des moyens technologiques ou physiques adéquats.

L'assouplissement des règles de visites et activités individuelles et s'accompagne de la reprise d'interventions de professionnels de santé (kinésithérapeutes pédicures...), afin de limiter l'aggravation de la dépendance.

Toutefois, les sorties des résidents ne pourront être autorisées qu'exceptionnellement par le directeur, et être suivies d'un confinement au retour.

Les activités collectives pourront reprendre dans les établissements qui ne présentent aucun cas Covid confirmé ou au sein des unités Covid-. L'intervention d'animateurs extérieurs devra obéir à des règles strictes d'hygiène.

Certains aidants ont également souffert de l'absence de répit en raison de la fermeture des accueils de jour et de l'hébergement temporaire pour lequel l'admission de nouveaux résidents a été stoppée. Ces activités pourront reprendre dans les accueils de jour autonomes, sous réserve des conditions de sécurité sanitaire (test des professionnels et des personnes âgées selon la doctrine en vigueur, séparation des flux, application des gestes barrières). En alternative, le répit à domicile sera développé.

Dans les établissements pour personnes en situation de handicap, la reprise des externats s'accompagnera d'une évaluation systématique de la compréhension des mesures barrières. Un accompagnement des familles et des personnes elles-mêmes sera mis en place pour que les soins reprennent en tenant compte des conséquences du confinement, en lien si nécessaire avec la cellule d'appui de l'ARS. Le plan de reprise d'activité dans les centres experts, notamment en diagnostic, devra être clairement exposé afin de bénéficier, si nécessaire, de l'appui de ressources externes.

4.4 Accompagnement et soutien des professionnels

4.4.1 Assurer le soutien médico-psychologique et social des professionnels exposés pendant l'épidémie

Les professionnels des EHPAD et des établissements pour personnes en situation de handicap au sein desquels le virus s'est propagé, sont également durement éprouvés par la crise sanitaire. Ils bénéficient des mêmes soutiens psychologiques que le secteur sanitaire et continueront à en bénéficier, en particulier pour éviter des décompensations post-crise. Les employeurs devront particulièrement veiller, avec l'appui de la médecine du travail, à leur apporter le soutien nécessaire et adapté. Un échange de pratiques supervisé en équipe est recommandé.

4.4.2 Organisation et qualité de travail

Les dispositifs de renforts en ressources humaines sont maintenus que ce soit la réserve sanitaire ou les plateformes mises en place par les ARS en soutien des ESMS.

La mobilisation de renforts RH continuera à s'appuyer sur ces différents dispositifs (recrutements temporaires via des contrats, mise à disposition de personnels, etc.).

4.4.3 Priorité d'accès à l'école et à la crèche pour les enfants des personnels des ESMS

Conformément aux annonces du Premier Ministre lors de son discours du 28 avril devant l'Assemblée nationale, les enfants des soignants resteront prioritaires pour l'accès à l'école et pour la reprise des gardes en crèche : tout personnel travaillant en établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées : maisons de retraite, EHPAD, USLD, foyers autonomie, IME, MAS, FAM, SSIAD ... ; professionnels médico-sociaux de ville : auxiliaires de vie pour personnes âgées et handicapées...

En fonction des besoins, les dispositifs de remboursement des taxis et des hébergements pourront être réactivés par les établissements.

5 Professionnels de santé libéraux

5.1 Organisation des soins pour les professionnels de ville après le déconfinement MINSANTE 102

Les professionnels de ville jouent un rôle central pour réévaluer la situation des patients. Lors des deux mois de confinement, de nombreuses activités de soins ont été interrompues et des personnes ont renoncé aux soins. Les professionnels de santé de ville sont donc invités à recontacter les patients en ayant une attention toute particulière pour les publics vulnérables ou atteints de pathologies chroniques.

La réussite de la stratégie mise en place pour contenir la propagation de l'épidémie dépend également de la participation des acteurs de ville et hospitaliers. Les médecins de ville, aux côtés des hospitaliers, auront la responsabilité du diagnostic, du premier niveau du contact-tracing et de la prescription de mesures d'isolement pour les patients positifs au Covid-19 ou de quatorzaine pour les cas contacts. Ils s'appuient sur les laboratoires de biologie médicale et sur le renfort des infirmiers pour la réalisation des tests PCR et leur analyse. La pertinence de ces dispositifs devra donc reposer sur les nombreuses coopérations qui ont pu se structurer entre les différents acteurs, quel que soit leur statut, pour répondre aux premières phases de l'épidémie. La poursuite et le renforcement d'une approche décroisée représente des enjeux majeurs de réussite de la phase post confinement.

5.2 Prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de Covid-19

DGSU32

En phase de déconfinement, les patients présentant une forme simple ou modérée de Covid-19 continuent à être pris en charge en ville. En phase de déconfinement, 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 reste d'appeler le SAMU-centre 15. L'Assurance Maladie a mis en place un dispositif permettant aux patients sans médecin traitant d'avoir accès à des consultations médicales auprès de médecins volontaires pour accepter de nouveaux patients, accessible aux patients en appelant le SAMU-centre 15. Ces dispositifs sont maintenus pendant la phase de déconfinement.

Le DGSU32 définit les différentes étapes permettant l'identification, le diagnostic et l'orientation des patients : organisation de l'examen clinique, stratégie de diagnostic par test biologique, orientation du patient une fois le diagnostic posé, points de vigilance pour permettre un suivi à domicile.

Il présente ensuite les modalités de suivi des patients en ville atteints de Covid-19 : patients en auto-surveillance, patients avec suivi médical, suivi renforcé à domicile par télésurveillance, patients avec un suivi renforcé à domicile par des infirmiers, patients suivis en HAD.

Il définit ensuite les critères de guérison de levée de confinement des cas confirmés Covid-19, pour la population générale, pour les personnes immunodéprimées, et pour les personnels soignants.

Il présente enfin les modalités de prise en charge des personnes contacts à domicile ou en centre d'hébergement.

5.3 Prescription de masques aux personnes à très haut risque médical par les médecins

Voir point 7 : masques

5.4 Priorité d'accès à l'école et à la crèche des enfants des professionnels de santé de ville

MINSANTE 102

Conformément aux annonces du Premier Ministre lors de son discours du 28 avril devant l'Assemblée nationale, les enfants des professionnels de santé de ville resteront prioritaires pour l'accès à l'école et pour la reprise des gardes en crèche : médecins, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, transporteurs sanitaires, biologistes, auxiliaires de vie pour personnes âgées et handicapées...

6 Grand public

6.1 Population

6.1.1 Personnes à risques

6.1.1.1 Liste des personnes à risques de forme grave de Covid 19

Avis HCSP du 20/04/2020

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a réactualisé son avis du 31 mars 2020 relatif aux personnes à risque de formes graves de Covid-19. Au total, la liste des personnes considérées à risque de développer une forme grave de Covid-19 comporte :

- Selon les données de la littérature :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- Les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV* ;
- Les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications* ;
- Les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- Les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Les malades atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- Les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm-2) ;

** compte tenu de l'expérience de terrain des réanimateurs auditionnés (données non publiées)*

- En raison d'un risque présumé de Covid-19 grave
 - Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - Médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - Infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm3 ;
 - Consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
 - Liée à une hémopathie maligne en cours de traitement.
 - Les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins.
 - Les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
 - Les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

6.1.1.2 Mesures barrières spécifiques pour les personnes à risque de forme grave de Covid-19 Avis HCSP du 20/04/2020

L'avis du HCSP détaille les mesures barrières spécifiques concernant les personnes à risque de forme grave : port du masque, hygiène des mains, mesures de distanciation sociale, visites à domicile.

Il présente également les mesures barrières spécifiques pour les personnes ayant un ou des facteurs de risque de forme grave lors d'un contact avec un lieu de soins (cabinet médical, établissement de soins...), et les mesures barrières spécifiques pour les soignants ayant un ou des facteurs de risque de forme grave.

6.1.1.3 Stratégie de contact-tracing des personnes à risque MINSANTE 99

- Les personnes dont les contacts avec un cas confirmé sont évalués « à risque » selon la définition de Santé publique France doivent être placées en quatorzaine et faire l'objet d'un test de dépistage par RT-PCR qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques (dès que possible pour les contacts du foyer et 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé pour les contacts hors du foyer, et immédiatement en cas d'apparition de symptômes) ;
- Les personnes contacts à risque du foyer restent en quatorzaine même en cas de test RT-PCR négatif ; un allègement de la quatorzaine ne peut être envisagé qu'en l'absence de symptômes et de la réalisation d'un autre test RT-PCR 7 jours après la guérison du cas, qui doit être négatif ;

- Les personnes contacts à risque hors du foyer voient également leur quatorzaine allégée en cas de test RT-PCR négatif à 7 jours du dernier contact avec le cas confirmé ou probable TDM+ (sorties autorisées limitées, avec port obligatoire d'un masque chirurgical, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de COVID-19, pas de travail en présentiel).

6.1.2 Recommandations de ports d'équipements de protection

Voir point 7 : Masques

6.1.2.1 Port de la visière – Avis HCSP 12 mai 2020

Dans son avis du 13 mai 2020, relatif à l'emploi des visières ou écrans faciaux dans le contexte de l'épidémie Covid-19, le HCSP recommande de ne pas utiliser les visières en remplacement du port d'un masque, quel que soit le public concerné. En population générale, leur emploi peut être envisagé en complément du port d'un masque. En revanche, dans certaines situations professionnelles nécessitant une protection du visage et des yeux, leur usage est indiqué en complément du port d'un masque.

6.2 Etablissements recevant du public

6.2.1 Nettoyage et désinfection des ERP avant réouverture à l'issue du confinement

[Avis HCSP 29/04/2020](#)

Dans son avis du 29 avril 2020, le HCSP rappelle en préambule l'importance de l'aération des locaux notamment pendant et après les opérations de nettoyage, en dehors de la présence des occupants, et de la vérification du bon fonctionnement des systèmes d'aération et de ventilation.

Il mentionne la nécessité des opérations adaptées d'entretien et de purge des réseaux intérieurs d'eaux froide et chaude afin d'évacuer le volume qui a stagné dans les canalisations intérieures pendant la durée de la fermeture.

Dans le cas où le bâtiment était complètement fermé et n'a pas été fréquenté dans les 5 derniers jours avant la réouverture, le HCSP recommande de réaliser un nettoyage pour une remise en propreté de tous les locaux intérieurs et des espaces extérieurs avec un protocole habituel.

Si le bâtiment était partiellement et temporairement occupé pendant le confinement pour des activités diverses, il recommande de réaliser un nettoyage avec désinfection des surfaces. Le HCSP énonce les dispositions à prendre en routine, après la réouverture d'un ERP ou d'un lieu de travail, et notamment le nettoyage et la désinfection régulière des surfaces et des objets qui sont fréquemment touchés, et l'attention particulière apportée à l'entretien des sanitaires. Il apporte des indications sur les produits utilisés pour le nettoyage et la désinfection des locaux et des recommandations pour la protection des personnels chargés de ces opérations.

6.2.2 Mesures barrières et de distanciation physique dans les lieux d'hébergement collectif (hors restauration et équipements annexes)

[Avis HCSP 27/05/2020](#)

Le HCSP recommande que chaque responsable de lieu d'hébergement désigne un référent Covid-19 ou assume, le cas échéant lui-même cette responsabilité. Le HCSP recommande également que les responsables de ces établissements formalisent, pour leur établissement, des règles de prévention adaptées à l'établissement en prenant en considération la notion de groupe social (personnes séjournant ensemble dans l'établissement). Ces règles devront respecter les préconisations relatives aux mesures barrières de l'avis du HCSP du 24 avril 2020.

Dans le cas où tout un groupe séjourne ensemble, des sous-groupes (maximum 10 personnes, encadrants compris) pourront être déterminés avec pour principe général d'appliquer les mesures barrières en prenant en considération les individus ou ces sous-groupes, en fonction des situations. Les possibilités d'interactions entre sous-groupes seront réduites, en organisant les activités et l'utilisation des lieux communs en fonction de ces sous-groupes.

Le HCSP recommande également que les responsables d'établissement définissent l'organisation pratique permettant de respecter les mesures de prévention en tenant compte des notions de densité de population, de flux de personnes, d'espaces et de volume des locaux.

Pour les lieux, par exemple des campings lors de festivals ou de pics d'activité, ou des lieux comportant des dortoirs et des salles communes, un réexamen des capacités maximales d'accueil devra être réalisé afin de vérifier qu'elles permettent le respect des mesures barrières.

Le HCSP recommande que les personnes portent, dans les espaces intérieurs, un masque grand public conforme, propre, et correctement mis à l'entrée, pendant les déplacements et aux abords immédiats de l'établissement. Dans les espaces extérieurs, ou sous abri des campings, le port du masque n'est requis que lorsque le respect de la distance de sécurité est incertain.

Il est recommandé d'attendre une demi-journée, avec une aération maximale, pour relouer une chambre ou un logement et de porter ce délai à 72 h si l'occupant précédent a été un cas suspect ou avéré de Covid-19.

D'autres recommandations sont émises concernant la communication et l'information du public, le comportement et la circulation des personnes hébergées, la gestion de l'environnement, la protection des professionnels et des intervenants et la gestion des cas de Covid-19 en hébergement collectif.

6.2.3 Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration commerciale et les débits de boissons

[Avis HCSP 19/05/2020](#)

Le HCSP recommande que chaque responsable de restaurant ou de débit de boisson formalise, pour son établissement des règles de prévention adaptées à l'établissement en prenant en considération la notion de groupe social (personnes ayant accepté de partager la même table). Ces règles devront respecter les préconisations relatives aux mesures barrières de l'avis du HCSP du 24 avril 2020.

Le HCSP recommande également que les responsables d'établissement définissent l'organisation pratique permettant de respecter les mesures de prévention en tenant compte notamment des notions de densité de population et de flux de personnes. Ils devront veiller à garantir une distance entre les tables - compte tenu également de l'espace de mouvement du personnel - non inférieure à 1 mètre.

Dans tous les cas, il convient de définir une limite de capacité maximale prédéterminée par table (maximum 10 personnes) et dans le restaurant (en tenant compte du volume et de la dimension de chaque pièce ou terrasse).

Le HCSP émet d'autres recommandations concernant l'organisation des espaces, le comportement et la circulation des clients, la gestion de l'environnement, les professionnels de la restauration, la communication et l'information du public.

6.2.4 Mesures barrières et de distanciation physique dans la restauration collective

[Avis HCSP 21/05/2020](#)

Le HCSP recommande que chaque responsable de restaurant collectif formalise, pour son établissement des règles de prévention adaptées à l'établissement en prenant en considération la notion de groupe social (personnes ayant accepté de partager la même table). Ces règles devront respecter les préconisations relatives aux mesures barrières de l'avis du HCSP du 24 avril 2020.

Le HCSP recommande également que les responsables d'établissement définissent l'organisation pratique permettant de respecter les mesures de prévention en tenant compte notamment des notions de densité de population et de flux de personnes. Ils devront veiller à garantir une distance entre les tables - compte tenu également de l'espace de mouvement du personnel - non inférieure à 1 mètre. Dans tous les cas, il convient de définir une limite de capacité maximale prédéterminée par table (maximum 10 personnes) et dans le restaurant (en tenant compte du volume et de la dimension de chaque pièce ou terrasse).

Les offres alimentaires en vrac sont à supprimer au profit d'un dressage à l'assiette pour éviter les manipulations. Il convient également de mettre en place des séparations physiques aux comptoirs et aux caisses et un marquage au sol des distances de sécurité pour les files d'attente. Le HCSP recommande que les clients portent un masque grand public conforme, propre, et correctement mis à l'entrée, pendant les déplacements et à la sortie de l'établissement.

Le HCSP émet d'autres recommandations concernant l'organisation des espaces, le comportement et la circulation des clients ou convives, la gestion de l'environnement, la protection des professionnels de la restauration, la gestion des produits, la communication et l'information du public.

Des recommandations particulières sont émises concernant la restauration collective de plein air avec accueil de mineurs.

6.2.5 Adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale dans les établissements d'accueil du jeune enfant

[Avis HCSP 30/04/2020](#)

Pour limiter la transmission du virus SARS-CoV-2 en cette période de déconfinement, le HCSP recommande la mise en œuvre d'un plan stratégique d'organisation des EAJE (emploi du temps, espacement et respect de la distance physique, nombre d'enfants par secteur, nettoyage/désinfection, respect des gestes barrières, hygiène des mains, repérage des enfants ou des personnels symptomatiques, etc.). Le HCSP détaille ensuite les aspects suivants : nettoyage/désinfection et protection des personnels le réalisant, distance physique d'au moins un mètre, hygiène des mains, port de masques grand public pour les personnels, prise en charge des jouets, entretien du linge, ventilation des locaux et vigilance sanitaire.

Le HCSP insiste enfin sur la nécessité d'avoir un plan de communication pour le personnel et les familles.

6.2.6 Protocole sanitaire : réouverture et fonctionnement des écoles maternelles et élémentaires

[Guide ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse](#)

6.2.7 Contrôle d'accès par prise de température

[Avis HCSP 28/04/2020](#)

Dans le contexte de l'épidémie à Covid-19, le HCSP évalue la pertinence de mettre en place un contrôle d'accès, par prise de température, dans les établissements recevant du public (ERP), les entreprises et administrations, les points d'entrée du territoire, au départ et à l'arrivée des avions, les établissements médico-sociaux, les lieux de détention, ... Après analyse des données disponibles notamment épidémiologiques, des textes juridiques, le HCSP recommande de :

- Ne pas mettre en place un dépistage du Covid-19 dans la population, par prise de température, pour un contrôle d'accès à des structures, secteurs ou moyens de transport ;
- Informer la population sur le manque de fiabilité de cette mesure systématique de la température ;
- Rappeler l'intérêt pour les personnes de mesurer elles-mêmes leur température en cas de sensation fébrile, et plus généralement devant tout symptôme pouvant faire évoquer un Covid-19, avant de se déplacer, de se rendre sur leur lieu de travail, de rendre visite à un résident dans un Ehpad ou à une personne à risque de forme grave à domicile, de se rendre en milieu de soins, en milieu carcéral, ou dans tout ERP...;
- Privilégier l'auto-surveillance, la déclaration spontanée et la consultation d'un médecin en cas de symptômes évocateurs de Covid-19.
- Développer des fiches d'information à l'attention de la population générale et des publics spécifiques (notamment Ehpad, milieu de soins, milieu carcéral...) ;
- Insister sur la notion de responsabilité individuelle et l'importance primordiale du respect des mesures barrière.

6.3 Transport de passagers en avion

Avis HCSP 14/05/2020

Le HCSP rappelle les mesures principes sur lesquelles reposent ses recommandations de maîtrise de la diffusion du virus SARS-CoV-2, et l'importance du risque de transmission directe respiratoire par les résidus secs issus des gouttelettes qui s'ajoute à la transmission indirecte manuportée dans les lieux clos.

Le HCSP renouvelle ses recommandations du 24 avril 2020 relatives aux aéroports et aux aéronefs. Il s'agit pour les aéroports de mettre en place les organisations nécessaires dans les espaces communs (salles d'attente, zones d'embarquement, livraison de bagages, etc.) et dans les zones de contrôle de l'aéroport. Il est recommandé aux compagnies aériennes de mettre en place des mesures de distanciation physique en salle d'embarquement et à bord de leurs appareils, là où elles sont praticables, pour que le moins possible de passagers soient assis à côté les uns des autres. Les clients et les équipages devront porter obligatoirement un masque grand public.

6.4 Milieux naturels

6.4.1 Fréquentation des eaux de baignades et utilisation des eaux issues du milieu naturel

Avis HCSP 01/05/2020

Dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, se pose la question de la fréquentation des baignades et de l'utilisation des eaux issues du milieu naturel.

L'analyse de la littérature scientifique ne permet pas de confirmer, à ce jour, la présence de SARS-CoV-2 infectieux dans les eaux du milieu naturel. Le HCSP précise que le contrôle sanitaire ne reposant que sur des paramètres bactériens, il reflète une contamination par des rejets de matières fécales, mais pas une prédiction de la présence du virus SARS-CoV-2 infectieux.

Si cette présence était supposée, une analyse du risque d'infection transmise pourrait éventuellement se justifier pour les eaux à forte pollution fécale.

Le HCSP rappelle que, dans le cas des baignades et de leur environnement, c'est le respect strict des mesures de distanciation physique qui constitue un élément fondamental et prioritaire de prévention générale d'infection par le SARS-CoV-2. Il recommande de porter une attention particulière, pendant la phase de déconfinement, en augmentant la fréquence de surveillance de la qualité des eaux de baignade en matière de contamination fécale avec, si nécessaire, des mesures de fermeture anticipées pour les sites connus pour leur dégradation lors d'épisodes pluvieux. Il déconseille les baignades sur des sites ne faisant pas l'objet d'un contrôle sanitaire réglementaire.

Ne pouvant exclure la présence de virus SARS-CoV-2 infectieux dans les eaux du milieu naturel, le HCSP recommande, dans l'attente de nouvelles données, autant que possible et pendant la période de déconfinement, l'utilisation d'eau destinée à la consommation humaine du réseau public pour les usages d'hygiène publique (nettoyage des espaces publics, des véhicules..) ainsi que l'irrigation et l'arrosage des espaces verts urbains et les alimentations des bassins et fontaines ou cascades décoratives. La priorité doit rester de fournir de l'eau de consommation à la population. S'il ne peut être réalisé avec de l'eau du réseau public, le nettoyage des espaces publics peut être maintenu, de préférence la nuit, avec les eaux du milieu naturel utilisées précédemment, mais en excluant l'usage de générateurs d'aérosols et en utilisant des arrosages au tuyau sans jet puissant et qui limite les pulvérisations de fines gouttes.

6.4.2 Préparation et gestion des vagues de chaleur -saison estivale 2020 MINSANTE112 – DGS URGENT N°35

La veille saisonnière de la saison estivale 2020 va commencer le 1er juin prochain, dans un contexte inédit de circulation encore active du virus SARS-Cov-2. La veille saisonnière de la saison estivale 2020 va commencer le 1er juin prochain, dans un contexte inédit de circulation encore active du virus SARS-Cov-2. Certaines mesures de gestion doivent cependant être adaptées, et vous seront communiquées dans le cadre d'une instruction interministérielle à venir. Dans cette attente, vous trouverez en annexes :

→ Une fiche de recommandations relatives à la prise en charge des patients en cas de forte chaleur dans le contexte de l'épidémie Covid-19 : **il vous est demandé d'assurer une large diffusion de cette fiche destinée aux professionnels de santé** ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_canicule_pour_ps.pdf

→ Une fiche de recommandations en matière d'aération, de ventilation et de climatisation en période d'épidémie de Covid-19 : Cette fiche s'applique à l'ensemble des établissements recevant du public, et notamment les établissements de santé et les EHPAD :

- S'agissant des établissements de santé, la recommandation suivante est complémentaire et s'applique spécifiquement en cas de présence de malades Covid-19 : *« il faut d'assurer que l'air provenant de la chambre du malade ne soit pas recyclé vers d'autres locaux de l'établissement ».*

Il vous est demandé d'apporter cette précision aux établissements de santé de votre région en complément de la fiche de recommandations en matière d'aération, de ventilation et de climatisation en période d'épidémie Covid-19 que vous leur diffuserez.

6.5 Application « prévention-covid » (à venir)

Masques

7.1 Recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte du déconfinement

MINSANTE 102

7.1.1 Stratégie générale pour l'utilisation des masques respiratoires

Le port d'un masque facial a un double effet de protection du porteur et de protection de son entourage.

Au moment où les mesures de déconfinement progressif se mettent en place la circulation du virus est encore significative sur le territoire. L'objectif prioritaire est de limiter au maximum sa diffusion afin de prévenir tout risque de deuxième vague épidémique et l'obligation de revenir à des mesures extrêmement lourdes sur les plans sanitaire, social et économique. C'est dans ce cadre que s'inscrit une nouvelle stratégie d'utilisation du masque facial beaucoup plus large qui est étendue au-delà des secteurs sanitaires aux secteurs d'activités où les contacts physiques interpersonnels sont nombreux et à la protection de populations spécifiques. Le port du masque est dans cette stratégie un complément aux mesures de distanciation physique et d'hygiène qui restent essentielles, pour les renforcer ou pour les suppléer quand leur mise en œuvre n'est pas ou difficilement réalisable.

7.1.2 Les différents types de masques

7.1.2.1 *Le masque à usage médical*

Aussi dénommé masque chirurgical ou masque de soins ou encore masque antiprojections, c'est un dispositif médical répondant à la norme NF EN 14683. Il a une capacité filtrante de 95 à 98 % des particules de 3 µm selon son type. Il est à usage unique. Le port d'un même masque chirurgical ne doit pas dépasser 4 heures. Son utilisation doit être assortie du respect des recommandations de bonne gestion afin d'en garantir l'efficacité. Toutes les recommandations nationales et de l'OMS convergent pour dire qu'il devrait être réservé aux professionnels de la santé.

7.1.2.2 *L'appareil de protection respiratoire filtrant FFP2*

L'appareil de protection respiratoire FFP2 répond à la norme NF EN 149. Il a une capacité filtrante de 94% des particules de 0,6 µm. Il est indiqué hors COVID en protection complémentaire « Air » pour les professionnels de santé prenant en charge des patients atteints de tuberculose, rougeole, varicelle.

Dans le COVID-19 il est réservé aux professionnels de santé réalisant des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire d'un patient atteint ou suspect de l'être. Le port d'un même appareil FFP2 ne doit pas dépasser 8 heures. Le respect des recommandations d'utilisation est un gage de son efficacité.

7.1.2.3 *Les masques grand public*

Deux nouvelles catégories de masques réservés à un usage non sanitaire, dits alternatifs ou grand public, ont été créées dans le contexte de l'épidémie COVID-19 et dans le prolongement des avis portés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ils répondent à

des spécifications techniques et à des prescriptions d'usage. Les masques des deux catégories doivent avoir un niveau de respirabilité permettant leur port pendant un temps de 4 heures. Ces masques sont soit à usage unique soit réutilisables avec des conditions de lavage (méthode et nombre de cycles) conformes aux instructions du fabricant.

- Catégorie 1 : masque destiné à l'usage des professionnels en contact avec le public. L'efficacité de filtration des particules de 3µm est supérieure à 90%
- Catégorie 2 : masque à visée collective pour protéger l'ensemble d'un groupe portant ces masques. L'efficacité de filtration des particules de 3µm est supérieure à 70%

Les masques grand public destinés à l'usage des professionnels en contact avec le public, en dehors du domaine médical, pourraient également apporter une protection individuelle à des populations spécifiques, notamment certaines populations vulnérables.

7.1.3 Recommandations d'utilisation de chaque catégorie de masques

Le MINSANTE 102 édicte des recommandations relatives aux conditions d'utilisation des différentes catégories de masques :

- Masque FFP2 ; utilisation prioritaire, extension d'utilisation
- Masque chirurgical : professionnels de santé, personnels et services en appui au système de santé, secteur social et médico-social, malades Covid 19 et leurs contacts, personnes particulièrement à risque
- Masques grand public : personnes à risque, population générale

7.2 Distribution de masques aux hôpitaux et personnels hospitaliers

MARS 49 – DGS URGENT N°38

Sans le cadre de la sortie du confinement, la stratégie de répartition des masques sanitaires par l'État a vocation à évoluer. La cible est fixée à 100 millions de masques sanitaires distribués par l'État chaque semaine, *modulo* une adaptation chaque semaine pour distribuer le maximum possible de masques en fonction de la réalité des approvisionnements.

Dans le cadre du déploiement de la nouvelle doctrine nationale, les ARS doivent prendre en compte la cible nationale d'augmentation des dotations, mais peuvent conserver les méthodes de travail et les circuits mis en place depuis le début de la distribution de masques sanitaires par l'Etat. De même, les établissements de santé peuvent moduler leur dotation selon leurs usages internes et les fonctions exercées par les différentes catégories de personnel.

Les dotations nationales sont calculées à partir des besoins théoriques suivants :

- **Professionnels des établissements de santé (y compris de la HAD) :** 23 masques par semaine en moyenne par professionnel, dont 19 masques chirurgicaux et 4 masques FFP2 en moyenne.
- **Professionnels des transporteurs sanitaires :** 15 masques chirurgicaux par semaine par professionnel en moyenne (clé de répartition entre les entreprises restant définie par l'ARS).

La distribution de masques FFP2 en pharmacie d'officine est portée à 5,5 millions cette semaine. Les approvisionnements actuels en masque FFP2 permettent désormais de doter également les professionnels de santé suivants :

- Tous les médecins quelle que soit leur spécialité, à hauteur de 24 masques FFP2 par semaine ;
- Tous les infirmiers, à hauteur de 6 masques FFP2 par semaine.

→A compter du lundi 15 juin 2020, la distribution des masques chirurgicaux sera organisée en flux tiré. Cette évolution se fonde sur la nécessité d'améliorer la correspondance entre les dotations allouées aux officines et les besoins réels de distribution aux professionnels de santé en ville et les personnes malades ainsi que plus à risque. Elle s'appuie sur la constitution de stocks de sécurité au niveau de l'ensemble du circuit d'approvisionnement.

Les officines devront commander à leurs grossistes-répartiteurs les quantités de masques chirurgicaux correspondant à leurs besoins, à la condition de respecter trois recommandations destinées à limiter les risques de rupture d'approvisionnement dans la chaîne logistique depuis Santé Publique France :

- L'officine ne peut commander qu'à son grossiste principal ;
- L'officine est limitée à une commande hebdomadaire globale de masques chirurgicaux correspondant à 120 % de sa dernière dotation.
- Il est recommandé à l'officine de limiter chaque commande à 10 boîtes de masques chirurgicaux, en les échelonnant sur la semaine, afin d'éviter toute saturation du flux usuel et ainsi garantir une fluidité du reste des livraisons en médicaments.

Les opérateurs funéraires ont été identifiés par le Gouvernement parmi les bénéficiaires prioritaires des masques chirurgicaux issus du stock national. Ainsi, ils se voient octroyer ces masques de protection issus du stock d'Etat géré par Santé publique France. Sur présentation de leur arrêté préfectoral avec un numéro d'habilitation, les opérateurs funéraires se voient dotés en pharmacie d'officine de 15 masques chirurgicaux par semaine.

7.3 Doctrine de délivrance des masques sanitaires aux professionnels de santé en ville

MINSANTE 98 – DGSU 33

La cible hebdomadaire de distribution est fixée à 100 millions de masques sanitaires, modulo une adaptation chaque semaine en fonction de la réalité des approvisionnements. Les professionnels de santé voient ainsi leur dotation globale augmenter. En outre, dorénavant, les malades, les personnes contacts et les personnes à très haut risque médical (par exemple personnes immunodéprimées sévères) bénéficient eux aussi de ces dotations. Pour la population générale, en particulier dans les lieux à risque et lorsqu'elle se rend dans les établissements et chez les professionnels de santé, le port du masque grand public est recommandé. Pour les professionnels de santé libéraux (et les étudiants qu'ils accueillent le cas échéant), les dotations sont les suivantes :

- Médecins, Chirurgiens-dentistes, Biologistes médicaux, Infirmiers, Professionnels en charge des prélèvements nasopharyngés des tests COVID-19 : **24 masques par semaine**
- Pharmaciens, Sages-femmes, Masseurs-kinésithérapeutes, Manipulateurs en électroradiologie médicale, Préparateurs en pharmacie, Techniciens de laboratoire de biologie médicale : **18 masques par semaine**
- Audioprothésistes, Diététiciens, Ergothérapeutes, Opticiens-lunetiers, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédiatres-podologues, Prothésistes et orthésistes (orthoprothésistes, podoprothésistes, ocularistes, épithésistes, orthopédistes orthésistes), Psychomotriciens : **12 masques par semaine**
- Chiropracteurs, Ostéopathes, Psychologues : **12 masques par semaine**
- Accueillants familiaux : **3 masques par semaine et par personne accueillie**

- Salariés de l'aide à domicile employés directement à domicile pour des actes essentiels de la vie : **3 masques par semaine** par employeur, **6 masques par semaine** par employeur bénéficiaire de l'APA et **9 masques par semaine** par employeur bénéficiaire de la PCH.

En sus de la dotation ci-dessus, les médecins se verront délivrer une boîte de 50 masques chirurgicaux par semaine à destination des patients auxquels ils prescrivent un test de dépistage du SARS-CoV-2.

Par ailleurs :

- Les malades atteints de covid-19 et les personnes contact sont dotés de **14 masques par semaine**, soit 28 masques pour deux semaines, à retirer en une fois en officine ;
- Les personnes à très haut risque médical de développer une forme grave de covid-19 (ex. immunodéprimés) sont dotées de **10 masques par semaine** ;
- Les prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM) sont dotés de **15 masques par semaine et par professionnel** via un circuit de distribution ad hoc.

Le mode de délivrance aux professionnels, via les officines de pharmacie, évolue peu. Les pharmaciens sont invités à remplir les tableaux et applications de gestion de délivrance de masques. La délivrance aux personnes malades, contact ou à très haut risque médical se fait sur prescription médicale ou sur autorisation de l'assurance-maladie. Il appartient au médecin traitant ou au médecin hospitalier d'assurer la prescription de masques chirurgicaux aux personnes à très haut risque médical, avec discernement, en tenant compte du fait que, pour les autres vulnérabilités médicales, et en dehors des cas particuliers à leur appréciation, la protection doit être assurée par un masque grand public.

7.4 Dotations cibles nationales de masques sanitaires pour le secteur médico-social DGSU 29

Au **niveau national**, les dotations cibles du secteur médico-social sont calculées à partir d'un **besoin hebdomadaire de masques par lit ou place**.

Dans le cadre du déploiement de la nouvelle doctrine nationale, les acteurs en charge de la répartition à l'échelle territoriale (ARS ou Conseil Départemental) doivent prendre en compte la cible nationale d'augmentation des dotations, mais peuvent conserver les méthodes de travail et les circuits mis en place depuis le début de la distribution de masques sanitaires par l'Etat.

Sur la base de ces besoins théoriques, le MSS calcule une dotation globale par région et indique la répartition théorique des volumes.

Les acteurs en charge de la répartition peuvent réallouer à la marge ces dotations pour s'adapter aux spécificités de leur territoire et aux besoins des différents établissements et services concernés, à condition qu'aucun acteur ne voie ses dotations diminuer par rapport aux semaines précédentes.

De même, les établissements et services peuvent moduler leur dotation selon leurs usages internes et les fonctions exercées par les différentes catégories de personnel.

Pour les établissements et services médico-sociaux, les besoins théoriques globaux ont été évalués de la manière suivante :

- **10 à 11 masques par lit ou place et par semaine en moyenne équivalents à 10 à 15 masques par professionnel et par semaine en moyenne.**

Ces dotations concernent :

- Les professionnels exerçant dans les établissements et services du **secteur personnes âgées** qui sont en contact avec des personnes particulièrement vulnérables vis à vis du covid-19 nécessitant une protection particulière :
 - EHPAD ;
 - Résidences autonomie ;
 - Autres établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ;
 - Services de soins et d'aides à domicile (dotation pour tous les SAAD, SSIAD et SPASAD même lorsqu'ils n'interviennent pas uniquement auprès de personnes âgées).
- Les professionnels exerçant dans les établissements et services des **autres secteurs** :
 - Etablissements et services pour adultes et enfants handicapés (FAM, MAS, IME, IEM, EAAP, ITEP, instituts pour déficients sensoriels et autres établissements pour personnes handicapées ou vulnérables tels que CAMPS, CMPP, ESAT) ;
 - Etablissements pour personnes souffrant d'addictions (CSAPA et CAARUD) ;
 - Etablissements pour personnes vulnérables socialement (ACT, LAM, LHSS, centres d'hébergement spécialisés pour malades du covid-19 en grande précarité) ;
 - Services à domicile en direction des personnes handicapées (SAMSAH, SAFEP, SSEFIS, SAAAIS, SAVS et autres services à domicile en direction des personnes handicapées).

NB : les auxiliaires de vie intervenant auprès de particuliers employeurs, y compris en mode mandataire, sont dotés via le réseau des officines (voir fiche sur les distributions de masques sanitaires aux professionnels de ville).

7.5 Prescription de masques aux personnes à très haut risque médical par les médecins

MARS 49

Certaines personnes présentent, en raison d'un état antérieur, d'une pathologie sous-jacente ou d'un traitement qui les rendent plus sensibles, un haut risque de développer une forme grave d'infection et tout particulièrement de covid-19.

Pour les personnes à très haut risque médical, notamment celles présentant une immunodépression sévère, le port d'un masque chirurgical à visée préventive est recommandé. Il appartient au médecin traitant d'en assurer la prescription, avec discernement, en tenant compte du fait que, pour les autres vulnérabilités médicales, et en dehors des cas particuliers à l'appréciation des médecins traitants, la protection doit être assurée par un masque grand public.

7.6 Risques relatifs au retraitement des masques à usage unique, aux modalités de réutilisation des masques, et aux conditions de prolongation du port des masques ou autres alternatives

Avis HCSP 29/04/2020

Le retraitement des masques à usage unique (masque chirurgical ou FFP2) et les modalités de leur réutilisation dans le champ de la santé ou dans d'autres secteurs industriels pourraient présenter des risques.

Le HCSP fait le point sur les travaux en cours recensés par une mission nationale spécifique et sur les préconisations formulées par l'ANSM et les sociétés savantes concernées (SF2H, SF2S).

Les procédés de retraitement possibles (chimiques ou physiques ; collectifs ou individuels) et leurs limites respectives (maintien des performances des masques, efficacité microbiologique, aspects

logistiques) sont présentés ainsi que les professionnels visés par la réutilisation des masques. A ce jour, aucun procédé complet de stérilisation n'est disponible. De nombreux tests sont encore en phase d'essai, essentiellement pour les masques FFP, qui ne peuvent subir une phase initiale de lavage, sans perdre leur propriété filtrante.

À partir d'une revue des recommandations émises en France et dans d'autres pays, le HCSP décrit les différents risques identifiés et répertorie les alternatives possibles à cette réutilisation.

Dans le contexte actuel de l'épidémie de Covid-19 et de la diminution de la tension d'approvisionnement, le HCSP ne recommande pas l'utilisation de masques retraités en milieu sanitaire et médico-social. Il préconise de ne considérer le recyclage des masques que dans le cadre d'un cahier des charges officiel et d'un agrément validé par une agence nationale.

Il recommande la poursuite des études engagées en France, en milieux de soins et industriels, et d'y inclure des masques portés en conditions réelles. Il demande que la filière de collecte et de transport des masques usagés soit sécurisée afin d'éviter une contamination des personnels.

7.7 Circuits de distribution des masques

7.7.1 Adaptation des circuits de répartition

MARS 49

Les circuits de répartition mis en place pendant la phase de confinement sont adaptés pour aider les acteurs à assimiler la forte augmentation des volumes.

Le circuit via les GHT permet d'alimenter en masques sanitaires les établissements et services de santé, et les établissements médico-sociaux, ainsi que les professionnels de la HAD. Pour les transporteurs sanitaires, le circuit et les modalités de répartition ad hoc définis fin mars demeurent. Par ailleurs, les partenariats avec les conseils départementaux et les préfetures demeurent encouragés au niveau local pour organiser la distribution aux établissements du secteur médico-social.

Le circuit via les officines de pharmacie permet d'alimenter en masques sanitaires les professionnels de ville ainsi que les malades confirmés covid-19, leurs contacts étroits et les personnes à très haut risque médical. En phase de sortie de confinement, ce circuit connaît une hausse très significative des volumes hebdomadaires. Pour accompagner cette hausse, le mode de distribution des masques chirurgicaux dans les officines a vocation à basculer à terme de flux poussés (envoi dans les officines par les répartiteurs sur la base des volumes arrêtés par l'Etat) à des flux tirés (envois à la demande des officines, en fonction de leur consommation réelle).

7.7.2 Délivrance des masques par les pharmacies

DGSU 33

L'importante augmentation des volumes de masques distribués mobilisera fortement les officines de pharmacie. Pour accompagner cette hausse, le mode de distribution des masques chirurgicaux dans les officines a vocation à basculer à terme de flux poussés (envoi dans les officines par les répartiteurs sur la base des volumes arrêtés par l'Etat) à des flux tirés (envois à la demande des officines, en fonction de leur consommation réelle).

Pour les **professionnels de santé**, les masques sont distribués en officine de pharmacie, surprésentation d'un justificatif de leur profession.

Pour les **personnes atteintes du virus covid-19**, la délivrance de masques se fait sur prescription médicale et sur présentation d'un résultat positif à un test virologique covid-19 et de leur carte Vitale.

Pour les **personnes ayant été identifiées comme une personne contact**, la délivrance de masques se fera sur indication de l'Assurance maladie via son téléservice dédié sur la plateforme Ameli Pro, et sur présentation de leur carte Vitale.

Pour les **personnes à très haut risque** de développer une forme grave de covid-19 du fait de leur état de santé, la délivrance de masques se fait sur prescription médicale et sur présentation de leur carte Vitale.

8 Outre-Mer : adaptations propres

Instruction Premier ministre relative à la mise en œuvre territoriale du déconfinement du 6 mai 2020

8.1 Le renforcement des capacités sanitaires

A compter du 11 mai, les capacités hospitalières des outre-mer – notamment en réanimation – doivent demeurer à un niveau plus élevé qu'avant la pandémie et pourront être étendues grâce à la projection de renforts ou la réalisations d'évacuations sanitaires. Pour permettre de faire face à une résurgence de la pandémie, le stock des équipements sanitaires doit être porté au minimum à 21 jours, selon un rythme dépendant des capacités de production et de fret aérien.

La capacité de dépistage des outre-mer doit passer de 1 000 à 1 500 tests par jour d'ici le 11 mai. Cette volumétrie inclut les besoins de tests pour les entrées et sorties de quatorzaine ainsi que ceux qui se révéleront nécessaires pour les équipages de relève des compagnies aériennes.

8.2 Le contrôle sanitaire à l'entrée

Le contrôle sanitaire à l'entrée sur un territoire d'outre-mer fait l'objet de mesures très strictes avec l'interdiction des déplacements par avion, sauf motifs familiaux ou professionnels de nature impérieuse, et la mise en quatorzaine des personnes autorisées de manière dérogatoire à circuler dans des sites collectifs. Toute personne mise en quarantaine doit faire l'objet d'un dépistage, 48h avant sa sortie prévisionnelle.

Ces dispositions d'interdiction de déplacement dans les territoires d'outre-mer et de quatorzaine collective sont maintenues après le 11 mai, dans les mêmes conditions. A Mayotte, l'interdiction des vols commerciaux sera maintenue jusqu'à la fin du mois de mai. La situation sera réévaluée au 1^{er} juin.

Afin de permettre le retour en métropole des étudiants ultra-marins, les capacités d'accueil en quatorzaine devront être accrues. Des quatorzaines pourront être mises en œuvre en métropole, lorsque les territoires concernés ne disposent pas de capacités suffisantes.

Le maintien de fortes restrictions sur le trafic de personnes fera l'objet d'un pilotage interministériel resserré, par la cellule logistique de la CIC du ministère de l'intérieur en lien avec les cellules du ministère des solidarités et de la santé et du ministère de l'économie et des finances sur les volumes et tarifs des frets aériens et maritimes.

8.3 Protocole sanitaire adapté pour les voyageurs en provenance de la métropole et à destination de la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et de La Réunion.

MINSANTE 116

Afin de préserver le plus possible les territoires ultramarins, il a été décidé dès le mois de mars 2020 de restreindre fortement les déplacements vers les territoires d'outre-mer.

Les voyageurs concernés sont les personnes qui se déplaceront **depuis la métropole, et à destination de la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et de La Réunion à partir du 9 juin 2020.**

A partir du mardi 9 juin, les voyageurs en provenance de métropole et à destination de ces territoires présentent un test RT-PCR négatif de détection du Covid-19 effectué dans les 48h à 72h avant l'embarquement, ce qui leur permet de bénéficier d'un régime de quatorzaine aménagée à leur arrivée.

L'expérimentation prendra fin le 22 juin. Les résultats de cette expérimentation permettront au Gouvernement d'adapter le dispositif sanitaire lié aux déplacements vers les territoires ultramarins.

Avant le départ, **le voyageur réalise un test RT-PCR dans le laboratoire de biologie médicale (LBM) de son choix. Pour cela, il présente soit la prescription obtenue auprès de son médecin, soit son billet d'avion ou une autre justification de réservation de vol vers le territoire d'arrivée.** L'arrêté du 8 juin 2020 précise que ce test, ainsi que celui réalisé 7 jours après l'arrivée, sont remboursés par l'Assurance maladie³

- Si le résultat du test est positif, la personne fait l'objet d'une proposition d'isolement en métropole jusqu'à sa guérison et des mesures de contact-tracing sont engagées
- Si le résultat du test est négatif, la personne poursuit la préparation de son voyage et conserve le résultat du test afin de pouvoir le montrer lors du contrôle à l'embarquement.

Au moment de l'embarquement les voyageurs présentent le résultat de leur test RT-PCR à la compagnie aérienne. Les voyageurs dont le résultat du test est positif se voient refuser l'embarquement.

Quatorzaine aménagée à l'arrivée en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Martinique et La Réunion

- Les personnes ayant embarqué avec un test négatif RT-PCR datant de moins de 72H avant le départ se voient appliquer un régime de **quatorzaine aménagée et allégée.**
- En revanche, les personnes n'ayant pas embarqué avec un test négatif RT-PCR datant de moins de 72H avant le départ se voient appliquer un régime de **quatorzaine stricte**

8.4 Prolongation des dérogations relatives au recrutement de PADHUE dans certains territoires d'Outre-mer :

MINSANTE 102

Les dérogations permettant d'assouplir les conditions de recrutement de praticiens à diplôme hors union européenne seront prolongées le temps de l'Etat d'urgence sanitaire.

9 Contrôle des frontières (instruction Premier ministre à venir)

MINSANTE 117

³ Arrêté du 8 juin 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Le décret n° 2020-663 du 31 mai 2020 habilite le préfet à prendre des mesures de quarantaine ou d'isolement pour les personnes arrivant sur le territoire métropolitain, en Corse ou dans les Outre-mer et ayant séjourné, au cours du mois précédant cette arrivée, dans une zone de circulation de l'infection définie par arrêté du ministre chargé de la santé.

A ce stade, par arrêté du ministère des solidarités et de la santé en date du 22 mai 2020 identifiant les zones de circulation de l'infection du virus SARS-CoV-2, l'ensemble du territoire national et des pays du monde sont des zones de circulation du virus. L'identification de ces zones pourra évoluer ultérieurement en coordination avec les institutions sanitaires internationales et les partenaires de l'Union européenne.

Le [communiqué de presse du Gouvernement en date du 22 mai](#) explique le dispositif en vigueur.

Outre-mer

Dans les collectivités d'outre-mer mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution, les représentants de l'Etat territorialement compétents poursuivent les actions de protection engagées et, sur proposition du directeur général de l'agence de santé, peuvent continuer à prescrire par arrêté des **mesures de quarantaine stricte ou d'isolement à toute personne entrant sur le territoire.**

Territoire métropolitain

Excepté pour l'Espagne et le Royaume-Uni (cf. ci-après), **aucune mesure de quarantaine n'est actuellement requise pour les voyageurs en provenance de l'intérieur de l'espace européen** (Etats membres de l'Union de l'Union européenne, Royaume-Uni, Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Vatican). Les frontières ne sont pas fermées mais font toujours l'objet de restrictions de circulation.

Tous les voyageurs en provenance de l'extérieur de l'espace européen (ensemble de pays du monde sauf les Etats membres de l'Union européenne, le Royaume-Uni, Andorre, Islande, Liechtenstein, Monaco, Norvège, Saint-Marin, Suisse, Vatican) **sont invités à effectuer une quatorzaine sur une base "volontaire"**, c'est-à-dire sans prise d'une décision administrative individuelle et sans suivi de la part des autorités sanitaires, **depuis le lundi 25 mai 2020**. Cela s'applique aux seules personnes autorisées à accéder au territoire national, Français, résidents permanents en France et certaines catégories spécifiques (la fermeture des frontières reste jusqu'à nouvel ordre la règle pour l'extérieur de l'espace européen) qui sont ainsi appelées à la responsabilité individuelle et invitées à respecter volontairement durant les quatorze premiers jours de leur séjour une quarantaine dans un lieu unique de résidence.

Par ailleurs, pour les voyageurs en provenance de pays européens dont les autorités ont décidé d'appliquer une mesure de quarantaine aux voyageurs entrant sur leur territoire depuis des pays européens, **une quarantaine volontaire est également demandée par réciprocité.**

Dispositif sanitaire à l'arrivée des voyageurs arrivant en métropole (dont la Corse) quelle que soit leur provenance

Mesures administratives et suivi sanitaire

Le préfet peut prescrire la mise en quarantaine ou le placement en isolement à domicile ou dans un lieu d'hébergement de toute personne arrivant sur le territoire métropolitain (dont la Corse) et présentant des symptômes d'infection au Covid-19. Ces mesures s'appliquent quelle que soit la nationalité du voyageur.

Concernant la mesure d'isolement, conformément à l'article L. 3131-17 du code de la santé publique, celle-ci est subordonnée à la constatation médicale de l'infection de la personne concernée et est établie sur la base d'un certificat médical.

Parmi tous les voyageurs entrant sur le territoire métropolitain, seuls ceux symptomatiques à l'arrivée, pour lesquels un test RT-PCR est prescrit et dont le résultat est positif, feront l'objet d'un suivi sanitaire (intégration au dispositif de contact tracing et de suivi). Les autres voyageurs ne font pas l'objet d'un suivi actif et régulier de l'ARS.

Identification et orientation des voyageurs devant se rendre en centre d'hébergement dédié

Comme indiqué précédemment, seuls les arrivants ne disposant pas d'une adresse de résidence unique pour les 14 premiers jours de leur séjour sont invités à se rendre en centre d'hébergement dédié pour réaliser leur quarantaine volontaire ou leur isolement si l'infection au Covid-19 a été confirmée.

Ces personnes devront se déclarer auprès de la cellule territoriale d'appui à l'isolement (CTAI), dont le numéro leur sera communiqué dans le cadre de leur prise en charge s'ils sont symptomatiques ou disponible sur le flyer de CAT pour la quatorzaine volontaire.

Lieux d'hébergement dédiés d'isolement /quatorzaine

L'autorité préfectorale d'arrivée, dans le cadre des cellules territoriales d'appui à l'isolement (CTAI), sera en charge du dispositif d'accueil des voyageurs devant réaliser une quatorzaine ou un isolement en centre d'hébergement dédié conformément aux dispositions de l'instruction du 6 mai 2020 relative à la stratégie de déploiement des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de quarantaine.

Le transfert des voyageurs depuis l'aéroport jusqu'au centre d'hébergement dédié d'isolement

Arrivée par Aéronef

Pour les personnes qui pourraient être symptomatiques pendant le vol, la conduite à tenir en cas de suspicion de risque pour la santé publique devra être appliquée. Conformément à l'article R. 3115-47 du code de la santé publique, le commandant de bord d'un aéronef avertit, par l'intermédiaire du transporteur aérien ou du contrôle aérien, l'exploitant de l'aéroport d'arrivée de la présence d'un risque pour la santé publique à bord dès qu'il en a connaissance. La prise en charge du cas suspect de Covid-19 à l'arrivée est ensuite assurée conformément aux modalités existantes définies par l'ARS en lien avec l'exploitant de l'aéroport.

Arrivée par navire

Concernant les navires, en application des articles L. 3115-25 et R. 3115-37 du code de la santé publique, une déclaration maritime de santé (DMS) doit être envoyée à la capitainerie du port a minima 24 heures avant l'arrivée du navire. Si cette DMS n'indique aucune problématique de santé publique particulière et que les personnes sont en mer depuis plus de 14 jours sans débarquement, les passagers peuvent débarquer sans dispositif d'accueil supplémentaire.

En cas de déclaration d'un ou plusieurs cas suspects ou confirmés de Covid-19 à bord, les modalités de prise en charge des voyageurs à l'arrivée doivent être précisées en fonction de la situation sanitaire à bord. Le Centre de crise sanitaire peut apporter son concours à l'ARS à cet effet.

Règles d'éviction des personnels en établissements de santé et des établissements sociaux ou médicaux-sociaux – avis du HCSP du 23/05

10 Tableau récapitulatif des MINSANTE, MARS et DGSU

2020	MINSANTE	Objet	DGSU	Objet	MARS	Objet
05/05	99	Stratégie de contact-tracing post-confinement et modalités de sa mise en œuvre				
05/05	101	Rôle des ARS pour la connexion et l'utilisation du système d'information de dépistage RT-PCR (SI-DEP) dans le cadre de la lutte contre l'épidémie Covid 19			47	Consignes pour la connexion et l'utilisation du système d'information de dépistage RT-PCR (SI-DEP) dans le cadre de la lutte contre l'épidémie Covid 19
07/05	102	Organisation des soins après le déconfinement ; Recommandations d'utilisation des masques faciaux dans le contexte du déconfinement			48-49	Déploiement stratégie contact-tracing post-confinement et modalités de mise en œuvre au sein des établissements de santé
08/05			29	Distributions de masques sanitaires par l'Etat en sortie de confinement		
12/05	103	Recommandations applicables en période de déconfinement dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie. Adaptation de l'activité de greffe intégrant la reprise de l'activité de greffe rénale.				
14/05	104	Reprise de l'activité d'assistance médicale à la procréation	30-31 32	Déconfinement : stratégie d'identification, de test et d'isolement Prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de covid-19 en phase de déconfinement	50	Reprise de l'activité d'assistance médicale à la procréation
19/05			33-34	Distribution des masques en sortie de confinement		
20/05	108	Organisation des unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires dans le contexte de déconfinement.	35	Recommandations relatives à la prise en charge des patients en cas de forte chaleur dans le contexte de l'épidémie de Covid 19	51	Organisation des unités sanitaires en milieu pénitentiaire en collaboration avec les services pénitentiaires dans le contexte de déconfinement.
25/05	110	Cadre d'utilisation des tests virologiques et sérologiques Covid 19	36	Lancement de l'application STOP Covid		

26/05			37	Usage des anti-infectieux dans le Covid 19	53	Lignes directrices pour le secteur du SSR concernant l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement.
19/05	111	Actualisation des remontées des éléments de situation	38	Distribution des masques	54	Liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement.
27/05	112	Préparation et gestion des vagues de chaleur (saison estivale 2020)				
28/05	113	Evolution de l'application internet de recueil des capacités des laboratoires pour le diagnostic Sars-Cov2				
29/05	114	Règles d'éviction des personnels en établissements de santé et des établissements sociaux ou médicaux-sociaux – avis du HCSP du 23/05				
02/06	115	Mise à disposition de l'application en ligne des indicateurs en lien avec l'épidémie de Covid 19				
02/06	116	Protocole sanitaire adapté pour les voyageurs en provenance de la métropole et à destination de la Guadeloupe, la Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et de La Réunion.				
10/06	117	Mesures sanitaires à l'entrée sur le territoire national (métropole, corse et outre-mer) pour les voyageurs				
11/06	118	Campagnes de dépistage préventif dans les lieux identifiés comme à risque de clusters				