

	DSDP	
	Note organisation des soins de ville/COVID 19	
MAJ : 20/03/2020	Rédigé par : C.BRIN/ L.ECKMANN/ F.CHARLES	Validé par : W.STRAUSS

La présente note a pour objet de rappeler les lignes directrices de l'organisation de la médecine de ville et des soins ambulatoires dans le contexte de l'épidémie du Covid 19. Elle s'appuie sur les recommandations de la DGS, sur les protocoles et procédures qui ont été élaborés dans les territoires déjà touchés, mais aussi sur les initiatives territoriales déjà nombreuses qui témoignent de l'engagement des acteurs de ville sur le terrain.

L'objectif est de pouvoir disposer d'éléments d'organisation opérationnels pour mettre en œuvre la stratégie d'atténuation des effets de la circulation active, voire très active du virus Covid-19 sur le territoire (phase épidémique). Il s'agit en particulier de définir la stratégie d'organisation des soins ambulatoires pour les patients les moins graves. Il est également nécessaire de proposer des solutions d'organisation au regard notamment du risque de saturation des SAMU/Centre 15.

Dans le contexte de l'épidémie en cours, les professionnels de santé exerçant en ville sont en première ligne pour assurer la prise en charge ambulatoire des patients ne nécessitant pas une hospitalisation en lien, le cas échéant, avec un service d'hospitalisation ou de soins à domicile (chiffre estimé à 80% des malades). La mobilisation de ces professionnels aura également pour objectif de renforcer la médicalisation des établissements médico-sociaux.

Le comité régional des soins de proximité réuni le 17 mars 2020 a mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte les spécificités territoriales et de laisser la plus grande initiative et souplesse aux acteurs territoriaux pour adapter l'offre de soins de ville en fonction de l'organisation des structures de soins de ville existantes et des secteurs géographiques.

Toutefois, la coordination entre les différents acteurs est également un enjeu crucial afin de veiller à ce que les multiples initiatives déjà engagées dans les territoires de circulation active du virus soient partagées dans les autres par anticipation et puissent s'inscrire en réelle synergie.

Le dispositif de prise en charge ambulatoire doit être formalisé, dans le cadre de la stratégie régionale et décliné dans chaque territoire.

La réunion des comités départementaux des soins de proximité dans les délais les plus rapprochés sera ainsi l'occasion de formaliser une stratégie partagée de prise en charge ambulatoire sur chaque territoire entre l'ARS, l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de ville (URPS, Ordres, FEMAGE, CODAGE).

A la suite du comité régional des soins de proximité du 17 mars, l'ARS a souhaité rencontrer en urgence les représentants des différentes professions de ville (Ordres, URPS, FEMAGE, CODAGE) afin de partager les axes structurants de cette stratégie et de recueillir les interrogations et propositions de chacun. La synthèse de ces échanges est annexée à la présente note. (**Annexe 1**)

Il en ressort une réelle inquiétude sur la mise à disposition effective des professionnels de ville des équipements de protection indispensables pour garantir la sécurité des soignants ainsi que celle des patients (masques mais aussi surblouses, charlottes gants...). Ce point fait l'objet de l'élaboration d'une procédure spécifique par ailleurs. Néanmoins il convient dans l'immédiat de tenir compte de ce paramètre et de préconiser les modes d'organisation permettant de limiter au strict nécessaire les contacts des soignants avec les patients en recourant massivement à la télémedecine et à télésurveillance.

Les représentants des différentes professions ont également formulé le souhait d'un partage des initiatives et des expériences des différents territoires : pour ce faire la mise en œuvre d'une plateforme permettant un partage facilité et en temps réel de toutes les organisations territoriales innovantes sera mise en œuvre dès le 24 mars 2020 avec l'appui de Pulsy et de Codage.

Cette plateforme constituera une base documentaire de bonnes pratiques à laquelle pourront avoir accès l'ensemble des professionnels de ville grâce à la création d'un espace « Google Drive ». Elle recensera les initiatives pertinentes et reproductibles et permettra l'accès à l'ensemble des procédures telles que les fiches mises en œuvre sur le Haut Rhin et les recommandations de la DGS qui seront actualisées en temps réel

La multiplicité des initiatives des expériences et des recommandations déjà diffusées peut conduire à un manque de lisibilité des principes directeurs d'organisation de la médecine de ville dans le contexte de l'épidémie en cours : ceux-ci sont rappelés ci-après.

1. LE CIRCUIT PATIENT

En phase épidémique, les patients sont invités, en cas de symptômes évocateurs du Covid-19, à contacter leur médecin traitant, sauf en cas de signe de gravité où la recommandation restera d'appeler le SAMU-centre 15.

Le médecin peut décider différentes orientations en fonction de son appréciation de la situation et selon 4 niveaux de gravité (**Annexe 2**) :

- ❑ Traitement symptomatique et conseils d'hygiène et de surveillance +/- arrêt de travail, avec auto-surveillance (par le patient lui-même et/ou son entourage) ;
- ❑ Maintien à domicile avec suivi médical, selon une fréquence définie par le médecin lors de la consultation initiale ; un suivi médical entre J6 et J8 est systématiquement organisé. En fonction de l'évaluation de la situation, de la gravité de l'état du patient, ce suivi peut être réalisé en présentiel, en téléconsultation, ou par téléphone. C'est le médecin qui décide des conditions d'organisation de ce suivi.
- ❑ Suivi renforcé à domicile avec un suivi par un infirmier diplômé d'État (IDE), en complément du suivi médical.
La prise en charge spécialisée doit être prescrite par le médecin qui suit un patient à domicile présentant des symptômes d'infection à Covid-19, dans le cas de patients relativement autonomes, peu symptomatiques mais ne pouvant assumer une auto surveillance.
Le suivi par l'infirmier doit être décidé par le médecin qui indique la fréquence du suivi et les signes d'alerte à suivre, ainsi que la possibilité d'alerter le centre 15 en cas d'urgence vitale avec information en parallèle du médecin.
Pour le suivi à domicile de patients présentant des symptômes d'infection à Covid-19, l'infirmier cotera un acte de surveillance clinique de prévention pour un patient (analogie avec cotation faite à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) : AMI 5,8).
De nombreuses équipes infirmières constituées en ESP proposent des organisations innovantes destinées notamment à assurer des visites groupées des patients Covid afin de limiter les risques (**Annexe 3**)
Certains projets prévoient aujourd'hui de mobiliser des masseurs kinésithérapeutes volontaires pour assurer ce suivi.
L'assurance maladie peut également y contribuer en mobilisant son dispositif PRADO.
- ❑ Mise en place d'une hospitalisation à domicile (HAD) ; mobilisable en amont et en aval pour assurer une prise en charge à domicile des patients nécessitant des soins potentiellement techniques.

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

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

Cette prise en charge ambulatoire a vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients. Toutefois, il convient d'anticiper et d'organiser en conséquence des filières en ville pour la prise en charge des patients sans médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible.

Pour ces patients une plateforme Assurance Maladie est organisée en relais des centres 15, afin d'orienter et d'aider les assurés à trouver un professionnel de santé, en utilisant la liste des volontaires recensés. Ces patients pourront également être orientés vers des centres de consultation Covid dédiés lorsqu'ils existent.

Il est souhaitable de prévoir le renouvellement des traitements par le pharmacien pour 1 mois quand le patient ne présente pas de problème particulier et la récupération des médicaments par un proche, ou à défaut la livraison à domicile des médicaments par l'officine de proximité quand cela est possible.

Dans un contexte de fermeture de nombreux cabinets, une attention particulière doit être portée au maintien d'un accès aux différentes spécialités médicales. A cette fin l'URPS-ML a mis en œuvre une cellule régionale qui veillera à la disponibilité des principales spécialités sur chaque territoire.

Les PTA et CPTS quand elles existent peuvent notamment contribuer :

- à l'accès aux différentes spécialités ;
- à l'organisation de la filière aigue de prise en charge des patients Covid en y associant les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, l'HAD et l'assurance maladie ;
- à l'organisation d'une filière préventive en direction des patients à risque non Covid confinés à domicile avec l'appui des mairies et des étudiants en médecine.

2. ORGANISATION DES CABINETS

2.1. Recommandations générales

Les professionnels de santé exerçant en ville sont en première ligne pour assurer la prise en charge ambulatoire des patients ne nécessitant pas une hospitalisation en lien, le cas échéant, avec un service d'hospitalisation ou de soins à domicile (chiffre estimé à 80% des malades).

Une adaptation de l'organisation des cabinets, permettant de réduire les consultations pour des prises en charge non urgentes et de structurer la prise en charge des malades du Covid-19 (par exemple, plages spécifiques de consultation, appel téléphonique systématique avant déplacement au cabinet...), est à définir dans les territoires.

Les spécificités territoriales nécessitent d'être prises en compte et requièrent une adaptation de l'offre de soins de ville. Les MSP disposent en particulier d'une marge de manœuvre pour s'organiser avec la possibilité de faire appel aux professionnels ayant interrompu leur activité pour organiser la régulation et mettre en œuvre plusieurs circuits avec une filière dédiée Covid,

Il est préconisé aux professionnels de santé de proposer, chaque fois que possible, une téléconsultation, et, pour les consultations présentielles, d'assurer les consultations sur rendez-vous ou d'organiser des plages horaires dédiées aux patients se présentant sans rendez-vous pour des signes respiratoires et/ ou fièvre.

Il convient également de prévoir autant que possible des lieux d'attente où les personnes suspectes de Covid-19 pourront être isolées. Lorsque cela ne s'avère pas possible, le recours à des centres de consultation dédiés Covid est fortement recommandé.

2.2. Mise en place de centres de consultations dédiées Covid

Le déploiement de centres de 1^{er} recours dédiés à la prise en charge du COVID 19 doit permettre d'apporter une réponse adaptée et organisée aux patients en complémentarité de celle des cabinets de ville.

Ces centres de consultation implantés de manière privilégiée en milieu hospitalier bénéficient de la mise à disposition de locaux, ainsi que de la logistique et des procédures hospitalières. Afin de garantir la sécurité des professionnels et des patients, ils doivent disposer d'équipements adaptés, notamment en dispositifs de protection en raison de la concentration de patients Covid et de la charge virale qui y est associée.

Ces centres peuvent fonctionner avec des MG volontaires du territoire (notamment lorsque leurs cabinets sont peu adaptés à l'accueil de patients Covid) et bénéficier du renfort des personnels des centres de santé de l'Assurance Maladie ainsi que de la réserve sanitaire.

Ces centres n'ont toutefois pas vocation à se substituer aux cabinets de médecine de ville ; en tout état de cause ceux qui se sont (dans leur grande majorité) organisés pour répondre aux conditions d'accueil et de prise en charge requises, doivent rester les 1^{ères} portes d'entrée pour les patients potentiellement infectés ne présentant pas de signes de gravité (**Annexe 4**).

3. LA TELEMEDECINE

Dans le contexte de l'épidémie du Covid 19 le recours à la télé médecine doit être fortement encouragé.

A compter du 21 mars 202 toutes les téléconsultations (médecin, infirmier et sage-femme), tous les télésoins (infirmier, ...) sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie (hors dépassement) et sont réalisables avec des équipements grand public tels que WhatsApp dont l'usage se développe fortement aujourd'hui. Ceci est valable quel que soit le motif de consultation et jusqu'à la fin de l'épidémie.

Tous les éléments de détail figurent dans l'annexe télé médecine de cette note. (**Annexe 5**)



Fièvre +/- Toux = Suspicion clinique

 Premier contact pour tri

Signes de gravité

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



Hôpital

 Consultation initiale

Signes de gravité: particularités en téléconsultation

- Regarder le patient respirer torse nu
- Rechercher une cyanose des extrémités
- Rechercher des difficultés à finir ses phrases sans pause
- Si possible, demander fréquence respiratoire, oxymétrie de pouls et TA systolique

Environnement social et aspects psychologiques

- Présence d'un entourage aidant
- Absence de personne fragile à domicile (cf. comorbidités)
- Masque et hygiène des mains disponibles
- Pièce de confinement dédiée et aérée
- Moyen de communication possible (téléphone, ordinateur...)
- Accès aux besoins de base (courses...)
- Bonne compréhension des mesures et adhésion sans anxiété.

Facteurs de risque de forme grave

- Âge ≥ 70 ans
- ATCD cardiovasc : HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chir cardiaque
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Diabète insulinodépendant non équilibré ou avec complications
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser
- Insuffisance rénale dialysée
- Cancer sous traitement
- Immunodépression :
 - Médicamenteuse
 - Infection à VIH non contrôlé ou avec CDA < 200/mm3
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - Hémapathie maligne en cours de traitement
- Cirrhose à stade B
- Obésité morbide IMC > 40
- Grossesse à partir du 3^{ème} trimestre (par précaution)

 Orientation

Professionnels de santé, personnes à risque de formes graves, femmes enceintes, donneurs d'organes, foyer/ÉHPAD (jusqu'à 3 cas)

RT PCR diagnostique

positive

Dans l'attente des résultats (48h): confinement à domicile

négative

Signes de gravité ?

ou maintien à domicile impossible

Indication d'hospitalisation sans surveillance en soins intensifs ?

Surveillance respiratoire rapprochée, comorbidités, > 70 ans avec risque de complications, complexité psychosociale



Diagnostic exclu



Hôpital



Hospitalisation à domicile

 Surveillance à domicile

Confinement du domicile

- Rester dans une pièce spécifique, aérée régulièrement + si possible salle de bain et WC spécifiques.
- Eviter les contacts avec les autres occupants du domicile
- Visites déconseillées sauf si indispensables (aidants à domicile).
- Livraisons à domicile : laisser le colis sur le palier.
- Limiter au maximum les déplacements
- Rendez-vous médicaux: prévenir en amont le personnel soignant, et porter un masque

Arrêt de travail:

- Durée à l'appréciation du médecin traitant.
- 14 jours si suspicion forte (infection respiratoire basse + contact avec un cas confirmé)

Traitement symptomatique

Conseils d'hygiène:

- Porter un masque en présence de l'entourage
- Se laver les mains fréquemment
- Ne pas toucher d'objets communs
- Laver quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones portables, etc.).

Consignes de surveillance:

- Surveillance température 2x/jour
- En cas d'aggravation de l'état général: contacter médecin traitant ou SAMU Centre 15

Entourage:

- Surveillance température 2x/jour
- Surveillance des signes respiratoires
- Restriction des activités sociales et des contacts avec des personnes fragiles
- En cas de fièvre et symptômes respiratoires: contacter médecin traitant ou SAMU Centre 15



Suivi renforcé par infirmier

- Décidé par le médecin lorsque l'auto-surveillance est impossible
- Indiquer: fréquence du suivi, signes d'alerte, possibilité d'appeler le centre 15.
- Possible par télesoin

Patients autonomes symptomatiques ou avec signes d'infection respiratoire basse ou sur appréciation initiale du médecin



Guérison = levée du confinement

Au moins 48h après disparition de la fièvre
ET au moins 48h après disparition de la dyspnée
ET au moins 8 jours après le début des symptômes
(7 jours si immunodéprimé, 10 jours si soignant à risque de forme grave)

Lors de la reprise des activités professionnelles:
Limiter les contacts avec personnes fragiles pendant encore 7 jours (masque si soignant)
Masque chirurgical 14 jours si immunodéprimé

 Consultation de suivi à J6-J8

Programmation d'une consultation (physique ou téléconsultation, voire par téléphone) pouvant être effectuée par un infirmier