	<p align="center">RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID-19 PÉRIODE DE DÉCONFINEMENT</p>	<p>Création v1: Date : 20/03/2020</p>
		<p>Validation technique Direction Métier (DOS) Date : 16/05/2020</p>
		<p>Approbation Cellule Doctrines Date : 16/05/2020</p>
		<p>Validation CRAPS Date : 18/05/2020</p>
<p>COVID-19 019</p>	<p align="center">ORGANISATION DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES</p>	<p>Version 2 Date : 18/05/2020</p> <p>Diffusion : Interne ARS Partenaires externes Site internet ARS</p>
<p>Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</p>		

PRÉAMBULE

- Ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe expert.
- Elles visent à homogénéiser la prise en charge régionale.
- Ces recommandations seront sujettes à modifications dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances sur le COVID19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.
- Document rédigé par E. Casalino (APHP), M. Wargon (Saint Denis), F. Adnet (Avicenne), D. Pateron (St Antoine), P. Hausfater (Pitié-Salpêtrière), S. Beaune (Ambroise Paré), C. Leroy (APHP), P. Carli (SAMU de Paris), R. Hellmann (ARS).
 Contacts : enrique.casalino@aphp.fr / mathias.wargon@ch-stdenis.fr

Références - Avis et recommandations

- **1^{er} mai 2020 – HAS** - Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19
- **30 avril 2020 - SFAR** - Recommandations de Pratiques Professionnelles - Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie de COVID-19.
- **28 avril 2020 - HCSP** - Avis relatif au risque résiduel de transmission du SARS-CoV-2 sous forme d'aérosol, en milieu de soin, dans les autres environnements intérieurs, ainsi que dans l'environnement extérieur.
- **27 avril 2020 – ARSIF** - Recommandations concernant le conditionnement et l'entreposage des DASRI dans les ES et ESMS (Version 2).
- **27 avril 2020 - HCSP** - Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics.
- **23 avril 2020 – ARSIF** - Adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière à une reprise de l'activité médico-chirurgicale dans le cadre de la baisse d'activité liée au covid-19

- **22 avril 2020 – APHP** - Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels hospitaliers à l'heure du confinement et de la reprise de l'activité non Covid-19.
- **22 avril 2020 – ARSIF** - Covid-19 : Sortie à domicile de patients Covid+ dont l'état de santé nécessite un suivi actif.
- **20 avril 2020 – HCSP** – AVIS relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19
- **10 avril 2020 – HCSP** – AVIS relatif au traitement du linge, au bionettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient possible ou confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels
- **2 avril 2020 – SFMU** - Doctrine d'usage des dispositifs de ventilation et respirateurs pour les patients COVI-19, Préconisations du groupe d'experts « Ventilation » mandaté par le ministère des solidarités et de la santé.
- **24 mars 2020 – HCSP** – AVIS relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé COVID-19
- **Mars 2020 – SFMU / SPILF** - Prise en charge des patients Covid-19, ou suspects, en structures d'urgence, Mars 2020 Recommandations fiche mémo - Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) & Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).

OBJET DU DOCUMENT

- Le dispositif doit garantir la capacité globale des établissements de santé à assurer l'accueil et la prise en charge de qualité de **l'ensemble des filières programmées et non programmées ainsi que** des patients atteints de COVID-19.
- Le dispositif repose sur l'engagement des GHU, des GHT et des établissements privés pour assurer les missions de soins de chacun des sites.

Missions

- Garantir par l'ensemble de l'établissement la qualité et la sécurité des soins des patients se présentant aux services des urgences quel que soit leur motif de consultation.
- Garantir la sécurité des personnels des services des urgences et des personnels des autres services des établissements intervenant dans la prise en charge des patients suspects, possibles et confirmés de COVID-19.

Objectifs en phase de déconfinement

- Les délais de réalisation des prélèvements nasopharyngés, la réalisation de la RT-PCR (et de de la sérologie) COVID-19 pour confirmation ou infirmation des cas doivent être le plus possible réduits ;
- Les délais de réalisation d'un scanner thoracique low-dose pour une aide au diagnostic d'une infection à COVID-19 doivent être le plus possible réduits ;
- Les délais d'hospitalisation des cas possibles et confirmés dans des services doivent être réduits selon les principes de l'objectif régional du « *zéro patient en attente d'hospitalisation sur les brancards* ». Cet objectif est d'autant plus important durant cette période épidémique afin d'éviter le plus possible la transmission croisée entre patients.

D'avis des experts, au moins durant cette phase de déconfinement, l'organisation de l'hôpital devrait reposer sur une gestion des lits selon le niveau de probabilité de COVID et non selon une sectorisation par discipline.

Le principe majeur est une réduction globale des circuits de prise en charge des patients susceptibles ou non d'avoir un COVID-19 afin de limiter les risques de contaminations croisées entre patients (salle d'attente), de protéger les professionnels soignants et de limiter la charge des services d'urgences qui risquerait d'impacter fortement les prises en charge des flux et les croisements forcés entre zone à basse densité et haute densité virale.

Enjeux

- Identification des cas possibles : il est capital d'identifier au plus tôt les patients susceptibles d'être atteints du COVID-19 pour les orienter vers une filière à haute de densité virale afin :
 - D'éviter la propagation virale au sein de l'établissement de santé
 - De protéger le personnel soignant de l'exposition au COVID
 - D'avoir une stratégie de concentration de densité virale afin d'adapter la stratégie de l'utilisation des équipements de protection individuelle, dont les masques, tout en assurant une protection dans les zones supposées de basse densité.

Cette stratégie d'identification pourra être déportée en amont du service d'urgence (devant le SAU ou à l'entrée de l'établissement) en fonction de l'organisation choisie par l'établissement dans sa réflexion sur les flux globaux (programmés / non programmés).

- Identification des critères de sévérité ou de terrain à risque de développer des formes sévères de COVID-19 afin d'adapter le parcours du patient.

Principes de l'organisation territoriale des services d'urgences

- Chaque ES disposant d'une autorisation de service d'accueil des urgences doit maintenir une capacité d'accueil et de prise en charge de patients COVID **et** non COVID au sein de sa structure.
- Chaque ES disposant d'une autorisation de service d'accueil des urgences doit en outre maintenir une capacité d'hospitalisation conventionnelle COVID au sein de sa structure.
- Pour les soins critiques, chaque ES disposant de ressources en soins critiques doit maintenir sa capacité actuelle en lits de soins critiques et être en mesure de rétablir sa capacité maximale¹.
- Chaque ES doit intégrer et pouvoir rétablir un réseau territorial dans lequel les parcours de soins COVID+ et non COVID doivent être définis entre les ES du territoire (publics / privés).

Cette coordination des parcours est essentielle dans le cadre de la lutte contre l'épidémie. Les directions, les directeurs médicaux de crise et les cellules de crises des ES du territoire doivent assurer une coordination journalière optimale.

Ces organisations et ces parcours de soins doivent être accessibles aux SAMU du territoire ainsi qu'à tous les ES avec des numéros de téléphone et des filières connues par les différents acteurs.

¹ Cf. doctrine régionale : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Covid19-Soins-Critiques-26-Recommandations-ARSIDF.pdf>

Organisation de la phase de déconfinement	
Tous les SAU	
Principes généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de mettre en place des filières spécifiques de prise en charge dans les SAU, sur la base d'un triage simple à l'accueil des urgences • Orientation à l'accueil selon la présence de signes de gravité ou terrain à risque : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cas possibles avec des signes respiratoires définis +/- comorbidités vers la filière spécialisée de pré-cohorting COVID (attente de confirmation des cas) avant hospitalisation en filière adaptée ✓ Cas possibles paucisymptomatique à prendre en charge dans une filière ambulatoire dans le cadre des recommandations de suivi ✓ Cas autres non COVID : prise en charge au SAU
Mesures barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Instituer une stratégie de protection des personnels et des patients • Instaurer une communication adaptée sur tous les supports possibles notamment dans les salles d'attente • Appliquer une stratégie claire d'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) • Organiser les files d'attente et faire respecter une distance supérieure à 1 mètre entre les patients (affiche, marquage au sol...) • Faire respecter une distance minimale de 1 mètre dans les salles d'attente (suppression d'un siège sur deux par exemple) • Nettoyer et désinfecter régulièrement les surfaces (comptoir, ordinateurs, téléphones...) et le matériel (brassard à tension, saturomètre, stéthoscope ...) après chaque patient • Pour le personnel : faire respecter la distanciation physique des personnels en dehors des activités de soins (staff, pauses, repas...) : se placer et rester à au moins 1 mètre de distance les uns des autres, surtout dans les moments où le port du masque n'est pas possible.
Identification des cas possibles	Oui , les équipes des urgences trient et orientent vers les filières dédiées de prise en charge. Le classement des cas est effectué par les urgentistes.
Diagnostic virologique	Oui (dans les critères d'indication de la PCR et de la sérologie) Réalisation de la PCR et de la sérologie sur place (préférable) ou à défaut transfert des échantillons
Confirmation des cas	Oui et inscription des cas confirmés hospitalisés dans SIVIC
Prise en charge en ville	Inscription dans les outils de suivi à domicile (COVIDOM / eCOVID)
Hospitalisation des cas confirmés et transferts	Hospitalisation des patients nécessitant une prise en charge hospitalière Pas de transfert des patients (sauf si saturation ou absence de soins critiques pour les patients graves)
Gestion filières de soins programmées et non programmées du site	<ul style="list-style-type: none"> • Réorganiser et dimensionner au niveau du site les filières d'hospitalisation pour garantir la prise en charge des filières COVID + et la filière COVID – non programmées (plusieurs organisations possibles : cf. schéma) • Favoriser les transferts de MCO en SSR / SLD du site ou du GH / GHT / territoire • Réorganiser et dimensionner au niveau du territoire les filières d'hospitalisation pour garantir la prise en charge des filières COVID + et la filière COVID – programmées • Ces organisations doivent être formalisées et connues de tous acteurs (au sein de l'hôpital, du territoire, ...) avec une identification des contacts téléphoniques des points d'entrée

Proposition de schéma organisationnel global du SAU

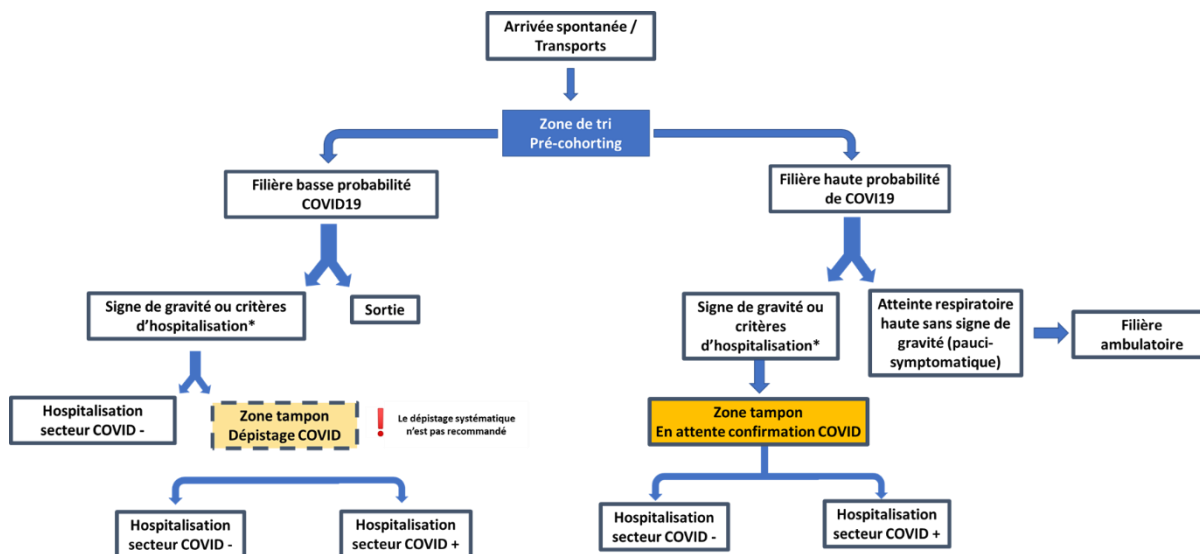


Figure 1 : organisation accueil SAU

Le principe de la mise en place d'une double filière à haute probabilité COVID et à basse probabilité doit être idéalement favorisé si elle est adaptée à la réalité de l'établissement (notamment architecturale). À l'instar du dispositif recommandé pour les soins critiques, chaque service d'urgence doit être en mesure de rétablir rapidement la capacité maximale de sa filière COVID. La flexibilité des organisations doit être de mise notamment durant la phase de reprise d'activité non programmée « habituelle ».

Diverses organisations de SAU sont possibles et à adapter à la stratégie de l'établissement (non exhaustif) :

- Une sectorisation exclusive : un secteur haute probabilité COVID exclusif et un secteur basse probabilité COVID, de tailles variables en fonction des flux.
L'avantage de ce fonctionnement est l'application systématique des protections barrières optimales pour tous les patients entrant dans le secteur haute probabilité COVID. L'inconvénient de ce fonctionnement est la sous-utilisation de certains boxes alors que le flux de patients COVID – va croître. Par ailleurs, la densité de ressources humaines nécessaire pour ce type de fonctionnement doit être pris en compte.
- Une sectorisation non exclusive : une sectorisation haute probabilité COVID est maintenue (orientation vers une partie dédiée du service) mais les boxes peuvent être utilisés pour des patients non COVID.
Cette organisation permet plus de flexibilité notamment dans une phase de transition mais nécessite un bio-nettoyage adapté entre chaque patient et une vigilance accrue dans la mise en place des mesures barrières.

Dans tous les cas, une sectorisation COVID – et + des salles d'attentes post-examen devra être soigneusement respectée.

Zone tampon

Une attention particulière devra être portée à la « zone tampon » de pré-hospitalisation quelle que soit la filière (confirmation ou dépistage de COVID).

La taille **ET** la localisation de ces « zones tampons » devront être adaptées au volume de patients à tester et aux contraintes de délai d'obtention des résultats d'examens complémentaires (RT-PCR, sérologie ou de réalisation de TDM thoracique low-dose).

Il est capital d'évaluer ce volume de patients afin d'adapter l'organisation du service d'urgence et pour limiter l'engorgement des patients en attente d'aval au niveau du service des urgences.

La réalisation systématique d'une PCR pour le dépistage de COVID-19 chez les patients asymptomatiques à hospitaliser est d'intérêt discutable et n'est **pas recommandée**.

En aucun cas les salles d'attentes internes aux urgences et les couloirs des urgences ne peuvent être considérées comme zone tampon, les mesures d'isolement ne pouvant être garanties pour les patients et pour les personnels.

La localisation des zones tampons devra être faite préférentiellement en dehors du service d'urgence (UHCD inclus).

Deux typologies de patients à placer en zone tampon (idéalement distinctes) :

- Les patients en attente d'hospitalisation haute probabilité COVID (en attente du résultat de confirmation PCR)
- Les patients en attente d'hospitalisation faible probabilité COVID (en attendant le résultat de test PCR)

	Petit volume de patients à tester		Haut volume de patients à tester
Taille de la zone tampon (nombre de lits)	↓	→	↑
Localisation de la zone tampon	SAU (dont UHCD)	→	En dehors du SAU (y compris UHCD)

Les volumes de patients en attente d'hospitalisation à tester par RT-PCR par jour au niveau du SU peuvent varier en théorie, selon la stratégie de l'établissement, entre :

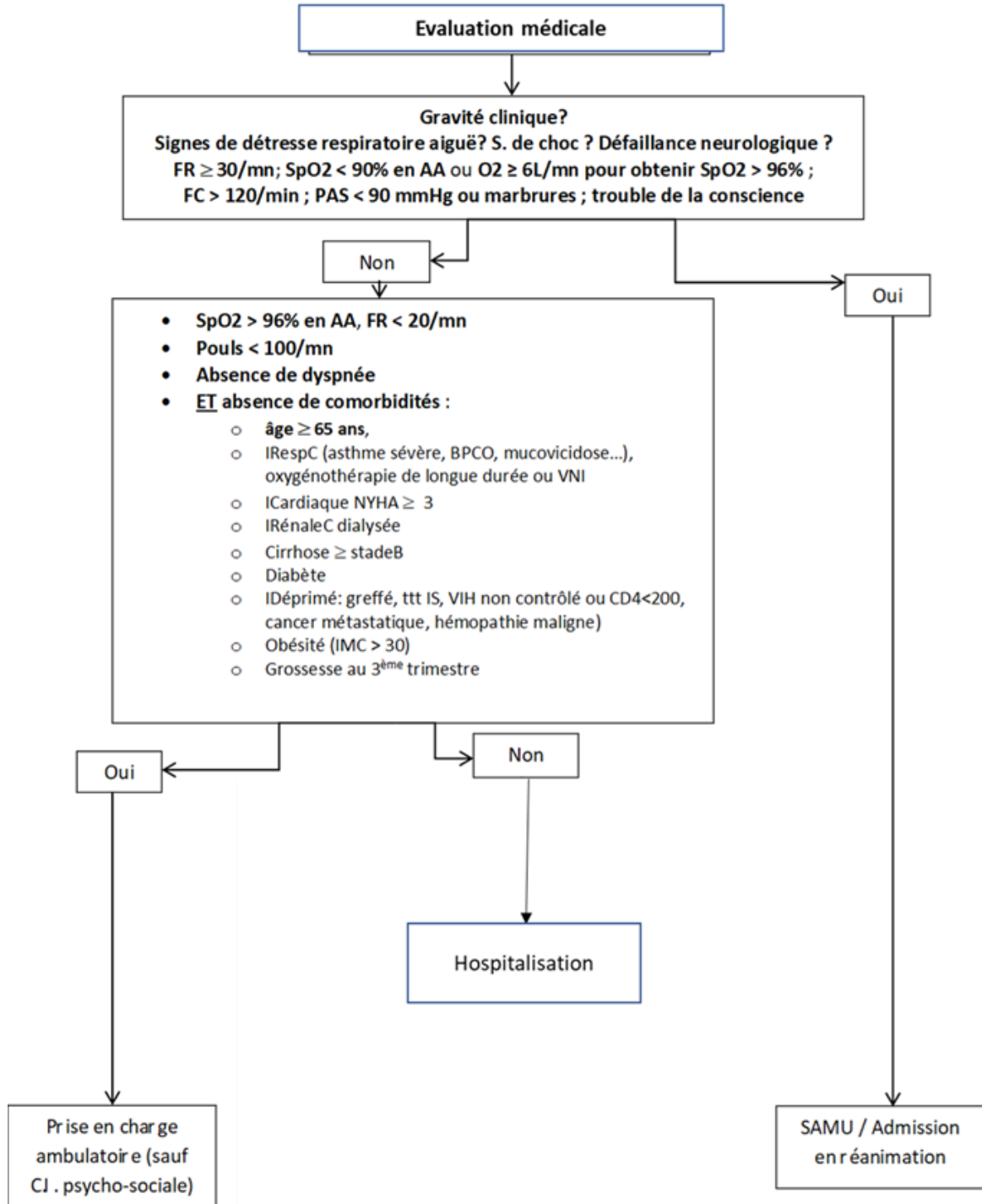
- Une borne basse : RT-PCR pour tous les patients hospitalisés fortement suspects (notamment pour infections respiratoires)
- Et une borne haute : totalité des patients hospitalisés adultes (fortement suspect, faiblement suspect et asymptomatique).

Le taux d'hospitalisation moyen dans les SAU d'Île de France était de 16,4 % en Île de France en 2017, ce qui représente environ 1500 hospitalisations d'adultes par jour depuis les SU Franciliens.

Critères d'hospitalisation d'un patient adulte

À titre indicatif, la collégiale régionale d'infectiologie d'Île de France et celle de pneumologie ont élaboré un algorithme d'aide à la décision d'hospitalisation. Ces critères doivent être adaptés à la spécificité des territoires, des organisations et bien sûr à celle de chaque patient.

Critères d'hospitalisation des patients COVID19+ (confirmés ou suspects)



ROR Réa

L'application ROR-Réa (version web ou application mobile) permet de visualiser en temps réel la disponibilité des lits de soins critiques en Ile de France.



ROR-IF

LES SAMU Services d'urgence
LES SERVICES D'ORIENTATION



► **CONSULTEZ RAPIDEMENT LA DISPONIBILITÉ DES LITS EN SOINS CRITIQUES EN ÎLE-DE-FRANCE.**

Disponible sur web et portable, l'application vous permet de gagner du temps grâce à une vision synthétique et rapide pour orienter vos patients.



www.ror-if.fr

ROR

Disponible sur App Store

Disponible sur Google play

Besoin d'aide avec vos identifiants ?

Un seul contact :

ror.support@sesan.fr

01 83 76 30 31

DU LUNDI AU VENDREDI 8H/22H - 7J/7

Le Répertoire Centralisé des Soins Intensifs (ROR), dédié aux professionnels de santé, est le référentiel unique de description de l'offre de soins.

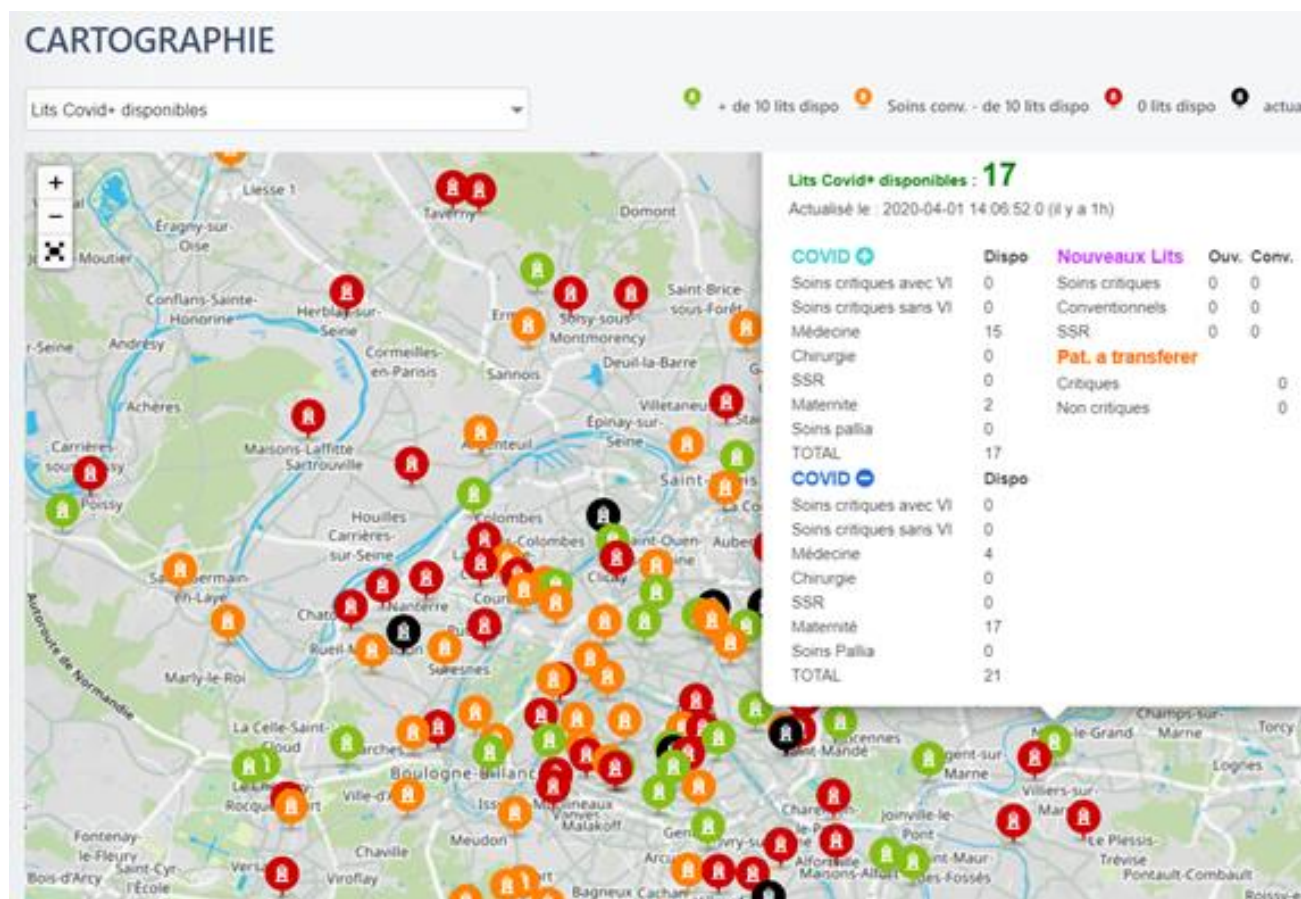


DispoCOVID

L'ARS Île-de-France met à disposition des professionnels l'application DispoCOVID qui recense sous forme de cartographie les disponibilités de lits (MCO) dans plus de 200 établissements franciliens.

Cette disponibilité est mise à jour à 11 h tous les jours de la semaine (week-end et jours fériés compris) à partir des éléments transmis par téléphone à la cellule ARS en charge du dispositif.

Les codes de connexions à l'application ont été transmis à tous les établissements de santé de la région.



Outils de suivi ambulatoire

Il est recommandé d'utiliser, si possible, un outil pour le suivi spécifique du COVID-19 qui permet un lien entre le patient et la plateforme de suivi. Dans ce cadre, deux outils sont mobilisables en Ile-de-France : Covidom, développé initialement par l'APHP et le module *e-Covid* de *Terr-eSanté* qui est une fonctionnalité complémentaire à l'outil régional de partage entre praticiens centré sur le parcours du patient.

Outils numériques pour le suivi des patients Covid19 : mise à disposition de l'outil Covidom pour les médecins et hôpitaux d'Ile-de-France

Pour mieux faire face à la phase épidémique du Covid19 il est nécessaire de diffuser largement auprès des établissements de santé et des médecins de Ville les dispositifs numériques adaptés permettant le suivi à distance des patients à domicile.

Dans ce contexte, **l'Agence régionale de santé Ile-de-France invite les établissements et médecins de Ville à utiliser l'outil COVIDOM**, développé initialement par l'AP-HP avec la société Nouvéal, qui a fait l'objet d'échanges étroits avec l'URPS médecins, et qui est désormais mis à la disposition gratuitement de tous les médecins et de tous les hôpitaux de la région.

COVIDOM est un outil immédiatement et facilement utilisable pour tous, qui propose aux patients, après une inscription par un médecin, de renseigner quotidiennement un questionnaire simple en ligne ; en fonction des réponses au questionnaire, il peut être généré des alertes qui sont pris en charge par un centre régional de télésurveillance, le médecin ayant inscrit le patient pouvant suivre la situation.

Cet outil permet à la fois de **sécuriser le suivi des patients Covid19+** ou suspects de Covid19 qui sont à domicile, et de **dégager du temps médical, en ville et à l'hôpital**, pour le consacrer aux situations les plus prioritaires.

Contact et informations pour installer COVIDOM:

aphp-support-covidom@aphp.fr

L'Agence régionale de santé, en lien avec le GCS Sesan et l'URPS médecins, propose également à **tous les utilisateurs de la plateforme de coordination entre professionnels de santé Terr-esanté**, un module spécifique dédié au suivi de leurs patients Covid19+ ou suspects de Covid19 : **le module e-Covid**.

Ce module permet également aux patients de renseigner directement dans une application mobile des constantes quotidiennes pour permettre leur suivi à distance par le centre régional de télésurveillance.

Il permet aux professionnels de santé inscrits dans le cercle de soins **Terr-esante** de partager des informations pour mieux assurer le suivi de leurs patients, en particulier complexes.

Contact et informations pour installer e-covid:

support.pro@terr-esante.fr et 01 83 62 05 62