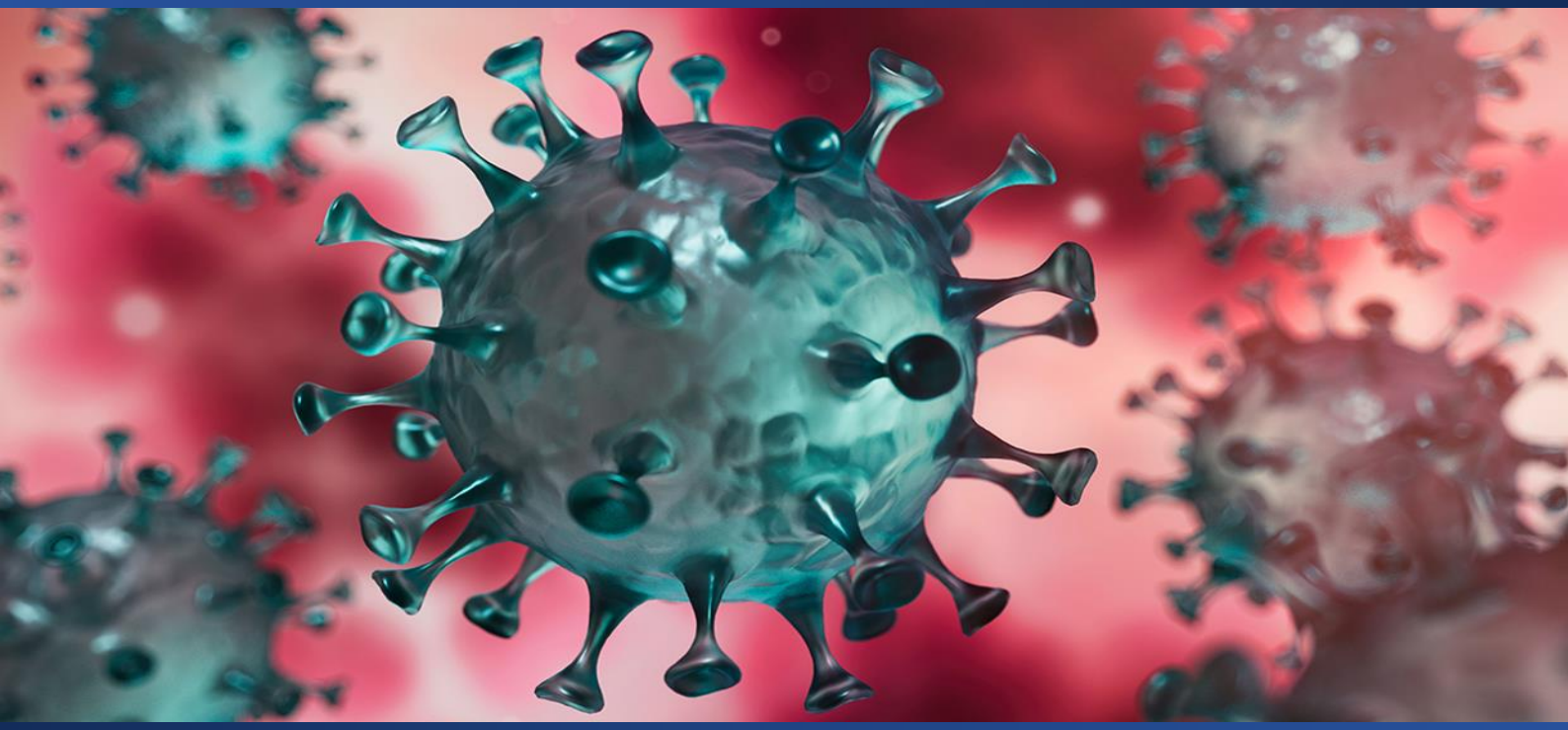
MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

STRATÉGIE DE RÉPONSE CIBLÉE ET GRADUÉE À UNE REPRISE ÉPIDÉMIQUE DE LA COVID-19

Volet sanitaire



11 août 2020

PLAN D'ACTION

DIFFUSION RESTREINTE

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

CADRE DE DOCTRINE 3

1. SCÉNARIOS SUR L'ÉVOLUTION ÉPIDÉMIQUE 5

1.1 Scénario 1 : épidémie « sous contrôle » 7

1.2 Scénario 2 : développement de clusters à risque 7

1.3 Scénario 3 : reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie 9

1.4 Scénario 4 : reprise généralisée 10

2. LA STRATEGIE DE POST-DÉCONFINEMENT 11

2.1 Principes généraux en phase de post-déconfinement 11

2.2 Modalités d'analyse de la situation sanitaire : des indicateurs pour l'alerte 11

2.3 Mécanismes de réévaluation des mesures sanitaires générales (distanciation physique et sociale) 14

2.4 La gouvernance 16

3. PLAN DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION RENFORCÉ 19

3.1 Vision d'ensemble et principes généraux 19

3.2 Scénario 1 : épidémie « sous contrôle » 19

3.3 Scénario 2 : développement de clusters à risque 31

3.4 Scénario 3 : reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie 38

3.5 Scénario 4 : reprise généralisée 44

PROTOCOLES 49

PROTOCOLE DE RENFORCEMENT DES MESURES BARRIÈRE ET DES MESURES DE DISTANCIATION PHYSIQUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE 51

PROTOCOLE DE RENFORCEMENT DU TESTER-TRACER-ISOLER 57

PROTOCOLE DE CONFINEMENT-PROTECTION RENFORCÉ DES PERSONNES À RISQUE DE FORMES GRAVES 61

PROTOCOLE DE PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX 65

PROTOCOLE À DESTINATION DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 71

PROTOCOLE GRANDES MÉTROPOLES 85

PROTOCOLE DE PRÉPARATION DU SYSTÈME DE SANTÉ 89

FICHES OPÉRATIONNELLES 111

PRÉVENTION DU REBOND ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19 ET PRÉPARATION RISQUE DE DEUXIÈME VAGUE 113

SCÉNARIO 1 : ÉPIDÉMIE SOUS CONTRÔLE 115

SCÉNARIO 2 : CLUSTERS À RISQUE 123

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIO 3 : REPRISE DIFFUSE DE L'ÉPIDÉMIE 131
SCÉNARIO 4 : PERTE DE CONTRÔLE DE L'ÉPIDÉMIE 137
FICHE INDICATEURS 143
FICHE BARNUM 147
REMERCIEMENTS 153

DIFFUSION RESTREINTE

INTRODUCTION

Pour faire face à l'afflux massif de patients atteints de COVID-19 en réanimation, la France a vécu entre le 17 mars et le 11 mai 2020 une période de confinement généralisé inédite en temps de paix. Si cette mesure était absolument indispensable et qu'elle a démontré son efficacité en permettant d'éviter plusieurs dizaines de milliers de décès supplémentaires, la reprise des activités normales est indispensable, tant sur le plan sanitaire, car les retards et renoncements aux soins ont été nombreux, que sur le plan économique, social et sociétal. Cette reprise progressive des activités assortie des mesures barrières et des mesures de distanciation physique dans la population générale a été organisée sur la base d'un plan de sortie du confinement.

L'épidémie est toujours active, toutefois, la situation actuelle doit être mise à profit pour amplifier les mesures de prévention et préparer les différentes structures de l'État à affronter une éventuelle reprise de l'épidémie quelle qu'en soit la forme. L'anticipation est en effet un atout majeur permettant d'éviter l'apparition d'une « deuxième vague » aussi massive que celle subie début 2020.

Pour préparer la France à la poursuite de l'épidémie et en diminuer les conséquences, le Conseil scientifique a établi, dans son avis n°7 daté du 2 juin 2020, 4 scénarios probables prenant en compte la situation actuelle et les connaissances acquises depuis le début de l'épidémie. Ces scénarios permettent d'établir et de proposer des mesures à prendre dans chacune de ces situations. Les mesures doivent être élaborées et mises en œuvre dès maintenant pour être opérationnelles lorsque la situation le nécessitera.

Les connaissances concernant cette épidémie ont progressé en France comme à l'étranger. Les populations à risques de formes graves ou de décès sont mieux connues : l'âge et certaines comorbidités apparaissent comme des facteurs de risque de formes graves de COVID-19 avec des taux de létalité plus importants. La précarité est un autre facteur de risque documenté plus récemment dans plusieurs pays et retrouvé en Ile-de-France.

Parallèlement des indicateurs ont été consolidés pour permettre le suivi de l'épidémie et de nouveaux indicateurs fondés sur la réalisation des tests biologiques, l'identification des cas et de contacts sont mis en place. Ces différents indicateurs doivent permettre de détecter des signaux le plus précocement dans l'évolution de l'épidémie.

Sur la base de la situation telle qu'elle est constatée en fin de période de confinement, l'élaboration des scénarios a amené le Conseil scientifique à recommander l'élaboration d'un plan de Prévention et de Protection renforcées (P2R COVID) fondé sur 7 protocoles permettant de préparer des mesures qui pourront être activées graduellement ou massivement selon les caractéristiques de l'épidémie dans les semaines et mois qui viennent.

Ce plan doit répondre au risque lié aux formes graves et de décès sur la base des données scientifiques disponibles. Il est fondé sur un principe de solidarité en limitant l'application des mesures à certains secteurs les plus touchés ou à des personnes les plus à risque. Cette démarche s'inscrit dans l'intérêt général, anticipé et partagé par les différentes populations concernées et compatible avec un impact limité sur la vie sociale, l'activité économique et sur le système de santé.

Le présent document présente en premier lieu, les 4 scénarios définis par le Conseil scientifique en indiquant les principaux éléments de la stratégie de réponse. En second lieu, les protocoles sont déclinés en fonction des scénarios. La troisième partie a pour objectif de détailler le P2R COVID et de proposer des fiches opérationnelles pour une mise en œuvre pratique.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

CADRE DE DOCTRINE

Ce plan d'action a pour objectif de décliner de manière opérationnelle les recommandations qui visent à gérer la situation sanitaire du pays et à le préparer à une éventuelle reprise de l'épidémie, qu'elle qu'en soit son ampleur et sa diffusion géographique (rebond, deuxième vague). Pour cela, les travaux du Conseil scientifique, du Haut conseil de la santé publique, de la Cellule interministérielle de crise et encore, du Centre de crise sanitaire du ministère des Solidarités et de la Santé ont servi de référence aux propositions d'actions prioritaires contenues dans ce plan. Plusieurs passages sont ainsi des reprises mot pour mot de l'avis n°6 du Conseil scientifique.

Deux grandes évolutions épidémiques se dessinent dans les différents travaux prospectifs considérés :

- Une situation considérée « sous contrôle » avec un nombre plus ou moins important de clusters à risque ;
- Une situation plus problématique dans laquelle se diffuse sur l'ensemble du territoire une recrudescence de cas formant un « rebond » voire une « deuxième vague ».

Ces deux situations schématiques serviront de fil conducteur dans ce document.

Après avoir rappelé et décrit succinctement les 4 scénarios élaborés par le Conseil scientifique, le présent document présente :

- Le dispositif mis en place pour assurer la gestion de la crise en fonction des situations sanitaires observées :
  - → Le dispositif de surveillance et d'alerte post confinement ;
  - → Les mécanismes de réévaluation et d'ajustement des stratégies de réponse ;
  - → La gouvernance.

- Les protocoles et actions prioritaires à mettre en œuvre en fonction des situations sanitaires observées :
  - → Le renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale ;
  - → Le renforcement du « TESTER-TRACER-ISOLER » ;
  - → Le confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves ;
  - → La protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux ;
  - → Le protocole à destination des populations en situation de grande précarité ;
  - → Le protocole « Grandes métropoles » ;
  - → La préparation du système de santé à la prise en charge d'un afflux de patients en particulier des formes requérant des soins critiques.

Ce plan est susceptible d'être modifié en fonction de l'état des connaissances et de l'évolution des données épidémiologiques.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

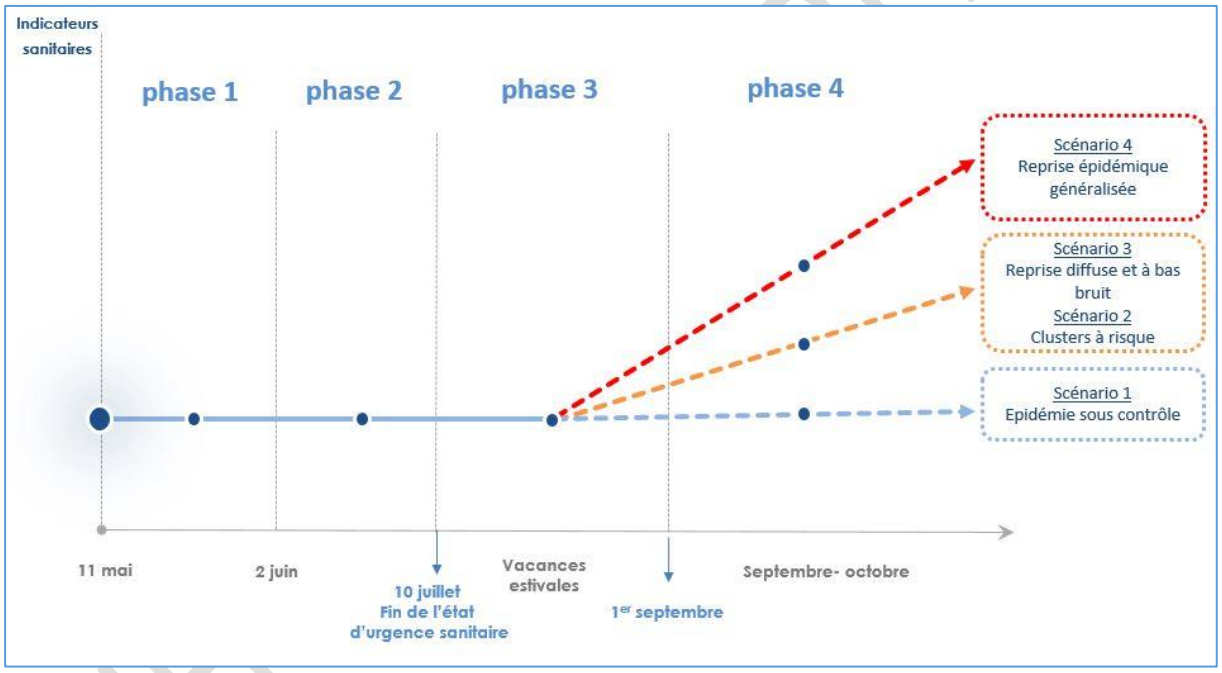
1.SCÉNARIOS SUR L'ÉVOLUTION ÉPIDÉMIQUE

Les scénarios proposés le 2 juin 2020 par le Conseil scientifique ont été construits avec l'objectif d'éviter le développement d'une nouvelle vague épidémique et d'un retour au confinement généralisé qui serait nécessaire pour éviter une saturation des services de réanimation et limiter la morbi-mortabilité si toutes les autres options devaient échouer.

4 scénarios sont proposés :

- Scenario 1 : une épidémie sous contrôle ;
- Scenario 2 : un ou des clusters à risque signes d'une reprise locale de l'épidémie ;
- Scenario 3 : une reprise diffuse et a bas bruit de l'épidémie ;
- Scenario 4 : l'épidémie atteint un stade critique.

PHASES ET SCENARIOS DE L'EPIDEMIE DE COVID-19



DESCRIPTION DES DIFFERENTS SCENARIOS DE CIRCULATION VIRALE AVEC LES INDICATEURS

Scénario 1
Epidémie sous contrôle

- **DESCRIPTION**: Nombre limité de clusters (à criticité faible car contrôlés) et indication d'un faible nombre de cas. Tendance stable ou décroissante.
- Taux d'incidence et taux de positivité des tests inférieurs aux seuils d'attention;
- **OU** taux d'incidence et/ou taux de positivité des tests proches supérieurs aux seuils d'attention, mais expliqués par des actions de dépistage large ou par des clusters déjà identifiés par exemple.

Scenario 2
Reprise locale de l'épidémie

- **DESCRIPTION**: Circulation active mais localisée du virus. Existence de clusters à risque avec un risque de diffusion communautaire.
- Taux d'incidence et éventuellement taux de positivité des tests supérieurs aux seuils d'attention, voire **localement supérieurs aux seuils d'alerte**.
- Nouveaux cas principalement reliés à des clusters identifiés. Indication en faveur d'une diffusion communautaire dans le cas contraire (cf scenario 3).

Scenario 3
Reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie

- **DESCRIPTION**: Circulation diffuse du virus sur un territoire de taille suffisamment importante (**échelle départementale voire régionale**), signifiant un échappement des cas en dehors des clusters déjà identifiés (défaut dans l'identification et le suivi des chaînes de transmission).
- Augmentation du nombre de tests positifs ne s'expliquant pas par les clusters déjà identifiés et le dépistage autour des clusters;
- **Augmentation significative et persistente du taux de positivité des tests**, pour un nombre de tests RT-PCR réalisés constants ou en augmentation.

Scenario 4
L'épidémie atteint un stade critique

- **DESCRIPTION**: Perte de contrôle de l'épidémie, avec un nombre de cas qui continue à augmenter et une épidémie qui se diffuse sur **tout le territoire**, malgré la mise en place successive de mesures de distanciation physique et sociale.
- Dégradation critique des indicateurs: augmentation du taux d'incidence, augmentation des hospitalisations, augmentation des entrées en réanimation, augmentation des décès dues au COVID-19.
- Un reconfinement généralisé est envisagé.

	Seuil d'attention	Seuil d'alerte
Taux d'incidence (sur 7 jours glissants)	10 / 100 000 habitants	50 / 100 000 habitants
Taux de positivité des tests (sur 7 jours glissants)	5%	10%

DIFFUSION RESTREINTE

1.1 Scénario 1 : épidémie « sous contrôle »

- **Des indicateurs stabilisés**

Ce scénario repose sur l'hypothèse que la stratégie de contrôle préconisée dans l'avis 6 du Conseil scientifique (mesures barrières, « testing » et « contact-tracing ») est appliquée et maintenue pendant un temps suffisamment long après le confinement. Dans cet avis le Conseil scientifique avait estimé ce temps à 2 mois minimum. L'enjeu de ce scénario est un contrôle de l'épidémie objectivé par la stabilisation des différents marqueurs du suivi épidémique :

- Existence d'un nombre limité de clusters à criticité faible car contrôlés ;
- Des indicateurs qui indiquent que le nombre de cas COVID19 est faible et stabilisé ou en train de diminuer.

- **La stratégie repose sur le maintien des mesures de base**

Dans cette situation et à l'horizon de deux mois après la fin du confinement, ce scénario permet le retour progressif à une vie plus conforme aux attentes sociales et économiques tout en maintenant pour une durée d'au moins 6 mois l'attention portée au respect des gestes barrière.

Dans ce scénario, 2 mesures nécessitent d'être impérativement maintenues à leur niveau actuel :

- Le maintien strict des **mesures barrière et des mesures de contrôle** dans la **population générale** ;
- La stratégie « **TESTER-TRACER-ISOLER »**.

Ces 2 mesures doivent être appliquées sur **l'ensemble du territoire**, accompagnées d'une **communication** permettant le maintien de la vigilance à un niveau élevé dans la population et ce en l'absence de données scientifiques permettant de faire évoluer la prévention ou la prise en charge.

On peut considérer que ce scénario 1 pourrait être le scénario probable de la situation sanitaire dans le cadre d'une réduction de la circulation des virus respiratoires habituellement observée en été (zone Europe).

1.2 Scénario 2 : développement de clusters à risque

Ce scénario indique une circulation active mais localisée du virus avec un territoire impacté qui peut concerner simultanément plusieurs communes dans plusieurs départements. Afin d'éviter une reprise de l'épidémie au niveau national ces clusters doivent être maitrisés par des **mesures importantes et précoces.** La stratégie à mettre en place a pour but d'éviter des restrictions supplémentaires pour les populations concernées.

Ces exemples illustrent la nécessité de maintenir une vigilance accrue et de concevoir rapidement un plan de mise en œuvre de mesures de contrôles au niveau local.

- **L'identification de cluster à risque**

Le Conseil scientifique estime que la définition d'un cluster à risque doit reposer sur un ensemble d'indicateurs :

DIFFUSION RESTREINTE

- Le nombre absolu de cas inclus dans le cluster et une dynamique très rapide quasi-explosive ;
- La densité d'incidence dans la commune où se situe l'épicentre du cluster ce qui permet de normaliser le nombre de cas à la densité de la population. À titre indicatif, les chiffres habituellement retenus notamment à l'étranger sont 50 cas/100 000 habitants/semaine dans la zone concernée ;
- Le contexte dans lequel ce cluster survient : entreprise, école, EHPAD, population précaire ;

Le fait que sans ressources supplémentaires on risque d'être bientôt incapable de suivre les chaines de contamination en raison de la rapidité de développement de l'épidémie dans ce secteur.

La stratégie repose sur la mise en œuvre de mesures localisées et précoces

Repérer le plus précocement possible une situation de ce type afin d'éviter une reprise diffuse de l'épidémie sur le territoire national. Il propose aussi de mettre en œuvre une réponse précoce, rapide, massive et ciblée sur une zone géographique.

La réponse doit être une approche combinée appliquée dans **la zone concernée** associant

- Le renforcement des **gestes barrière** ;
- Une **stratégie massive de « TESTER-TRACER-ISOLER » :** Le Conseil scientifique rappelle que les activités de contact-tracing jouent un rôle déterminant dans le contrôle de l'épidémie dans ce scénario et qu'il importe de les mettre en place le plus rapidement possible dans cette situation. L'allocation de moyens supplémentaires notamment humains doit être adaptée à la taille de la population à tester et à tracer, en lien avec les cellules régionales de la CNAM. La pratique des dépistages ne peut se limiter aux cas symptomatiques des populations dans le périmètre du cluster. Une campagne d'information active ; qui peut être appuyée par la distribution de bons CNAM incitant les personnes à se faire dépister est essentielle à la réussite de la maitrise d'un cluster à risque. Cette situation impose que des moyens soient alloués par l'ARS en lien avec les médecins généralistes du secteur et les collectivités locales qui connaissent le mieux les populations concernées et qui sont susceptibles de mobiliser des ressources adaptées à la situation. Il est important de rappeler aux ARS que la découverte de tout cluster a fortiori potentiellement critique nécessite une réponse immédiate et massive ;
- Une démarche proactive envers les **populations précaires**. Les clusters à risque peuvent concerner des populations précaires ou défavorisées. Il est donc essentiel de prévoir dans cette situation, des interventions spécifiques à destination de ces populations pour renforcer le respect des mesures barrières, leur permettre un accès facile aux tests diagnostiques, de les accompagner dans les mesures d'isolement pour les cas confirmés ;
- Un **confinement localisé** doit être envisagé suffisamment tôt dans cette situation. En effet, il est impératif de contrôler la circulation du virus et de limiter le nombre de cas exportés à partir du cluster à risque identifié. Ce confinement localisé devra consister principalement à **limiter la circulation** des individus résidant dans le territoire identifié, de renforcer de façon importante les **mesures barrière** dans ce territoire tout en maintenant une activité à l'exclusion de celle des lieux de convivialité ;

DIFFUSION RESTREINTE

- Des **mesures compensatoires** doivent être prévues par l'activation de dispositifs qui doivent être envisagés dès maintenant de façon à soutenir les populations de ce territoire et préserver l'activité essentielle.

Cette réponse doit se faire dans un périmètre limité et prendre en compte la densité de la population à l'épicentre de l'épidémie.

1.3 Scénario 3 : reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie

Le scénario 3 est celui d'une **reprise diffuse de l'épidémie** sur un territoire suffisamment important comme une **région** ou au **niveau national** et **sans contrôle des chaînes de transmission**. Cette reprise de l'épidémie traduit plutôt un relâchement des mesures de contrôle de la circulation du virus par la population permettant une reprise active de la transmission du virus et de façon diffuse. A cette situation de départ, vient s'ajouter la reprise progressive des déplacements inter-régionaux favorisant la dissémination du virus. Cette situation nécessite d'être identifiée suffisamment tôt pour arriver à enrayer la progression de l'épidémie.

Le Conseil scientifique considère qu'un nouveau **confinement généralisé n'est ni souhaitable ni faisable** pour des raisons d'enjeux sanitaires, sociétaux et économiques. Le scénario 3 prend en compte cette nouvelle vision et propose des mesures ciblées pour certains groupes populationnels ou zones géographiques afin de maintenir un niveau acceptable d'activité sociale et économique.

■ Des indicateurs précoces perturbés

Ce scénario correspond à une situation où le suivi des chaînes de transmission ne permet pas d'expliquer :

- Une augmentation significative et observée dans la durée du nombre des tests positifs par rapport au nombre de test réalisés celui-ci ce maintenant au-dessus du seuil identifié plus haut. Cela correspond à un scénario où le nombre de reproduction effectif (R_{eff})devient supérieur à 1 dans la durée.

Une modification de ces indicateurs dont le R_{eff} supérieur à 1 signifie une augmentation de la circulation du virus mais à une vitesse suffisamment faible pour être encore maîtrisée.

Cette reprise à bas bruit pourrait être observée soit à l'échelon d'un ou plusieurs territoires identifiés soit sur le territoire national. Les mesures proposées le seront sur le territoire concerné.

La vitesse à laquelle le nombre de cas croit et les territoires identifiés dans laquelle cette croissance est observée seront à prendre en compte pour évaluer la gravité de la situation, et les mesures à mettre en œuvre et notamment :

- L'effort supplémentaire pour contenir l'épidémie ;
- Le temps disponible avant d'atteindre une dynamique forte amenant à se poser la question d'un reconfinement. Plus la dynamique de l'épidémie est rapide, plus la décision d'un potentiel reconfinement doit être prise rapidement, et moins on dispose de temps pour stopper la reprise, avec des approches moins contraignantes que le confinement ;
- L'impact sanitaire en l'absence de confinement : plus le nombre de reproduction est élevé, plus l'impact sanitaire (mesuré par exemple par la surmortalité hospitalière) est important.

DIFFUSION RESTREINTE

Cette reprise diffuse pourrait être observée soit à l'échelle d'une région soit sur le territoire national. Les mesures proposées le seront sur le territoire concerné.

- **La stratégie repose sur l'activation des mesures définies dans le scénario n°2 mais élargies aux territoires de reprise active de l'épidémie**

Dans ce scénario, le Conseil scientifique propose un changement d'approche. Ainsi, il propose d'élaborer puis d'activer les mesures du plan de prévention et de protection renforcé (plan P2R-COVID).

Le niveau de réponse des mesures doit être déterminé en fonction de la situation épidémique.

L'application des mesures doit prendre en compte les conditions géographiques de redémarrage de l'épidémie. Si par exemple, l'ensemble des régions a une situation épidémique sous contrôle à l'exception d'une région qui est affectée par une reprise à bas bruit, des restrictions de l'activité économique pourront être considérées pour assurer un contrôle plus rapide du foyer épidémique et éviter la diffusion aux autres régions.

Dans le scénario 3, une attention particulière doit porter sur la région Ile-de-France et sur la grande précarité. Il convient également de prendre en compte le retour des vacanciers en particulier dans les grandes métropoles.

Devant l'échec du contrôle de l'épidémie par l'activation des mesures du P2R-COVID-19, la question du confinement généralisé et des conditions dans lesquelles il devra être réactivé se posera.

1.4 Scénario 4 : reprise généralisée

Dans ce scénario, les **efforts pour stopper la reprise de l'épidémie (scénario 3) ont échoué**. Le nombre de cas continue d'augmenter et on arrive au « moment critique » où, toutes les autres approches ayant échoué, ce scénario pose la question d'un deuxième confinement pour éviter le débordement des services de réanimation.

Cette décision doit être prise en considérant l'impact sanitaire de l'épidémie de COVID-19 mais également l'impact d'un deuxième confinement sur la société française (tant sur le plan sanitaire pour les pathologies non COVID-19 que sur les plans économiques et sociaux). Comme pour le scénario 3, une bonne appréciation de la dynamique épidémique est importante pour évaluer l'impact sanitaire associé de l'épidémie COVID-19 en l'absence de confinement (plus le nombre de reproduction effectif sera élevé, plus cet impact sera important). Des modèles mathématiques peuvent être utilisés pour tenter d'évaluer cet impact, néanmoins avec des incertitudes.

Ce scénario 4 doit absolument être évité mais il ne peut être éliminé d'où l'importance de l'anticiper.

DIFFUSION RESTREINTE

2. LA STRATEGIE DE POST-DÉCONFINEMENT

La stratégie de post-déconfinement s'appuie sur des indicateurs d'alerte et sur la réévaluation continue des mesures sanitaires générales. Une organisation réactive de la gouvernance doit permettre la mise en œuvre des mesures du présent plan d'action.

2.1 Principes généraux en phase de post-déconfinement

L'objectif du présent plan d'action est de fournir un processus complet d'analyse de la situation et de prise de décision afin de répondre à la situation sanitaire et ainsi éviter un reconfinement généralisé de la population (scénario 4).

L'analyse en continue des indicateurs et des signaux d'alerte doit permettre de détecter ces situations et de les comprendre afin de prendre les décisions adaptées. Cette analyse doit prendre en compte de multiples composantes rendant compte de la complexité des situations rencontrées : situation épidémique, tensions de l'offre de soins, capacités de réponse, attentes de la population... Elle doit également être menée au bon niveau territorial afin de pouvoir apprécier au plus juste les réalités du terrain. La capacité d'absorption de l'offre de soins, notamment hospitalière, devra être suivie avec attention : compte-tenu de la proportion de cas sévères dans la COVID-19, c'est le premier facteur limitant. A quelque échelon territorial que ce soit, l'objectif demeure de ne pas dépasser les capacités de prise en charge sanitaire.

La prise de décision qui en découle doit être rapide: pour ce qui concerne la gestion d'une situation de type cluster, les opérations de recherche active des sujets contacts et de dépistage afin de rechercher une circulation active du virus en communauté doivent être engagées sans délai. La révision des mesures générales de distanciation physique et de distanciation sociale s'apprécie sur un rythme hebdomadaire. En cas de dégradation de la situation générale, de nouvelles mesures pourront être prises ou réactivées chaque semaine. En revanche, par prudence et en cohérence avec l'histoire naturelle connue de la COVID-19, 3 semaines d'amélioration consécutive sont nécessaires pour décider d'un allègement des mesures.

L'ensemble du système sanitaire doit être en mesure de faire face, le cas échéant, à l'arrivée d'un rebond voire d'une nouvelle vague épidémique. La période actuelle doit être employée à s'y préparer en considérant tous les aspects : humains, matériels, législatif, dispositif d'alerte et de gouvernance.

2.2 Modalités d'analyse de la situation sanitaire : des indicateurs pour l'alerte

Avant le 11 mai, 3 indicateurs principaux ont été rendus publiques afin de préparer le déconfinement :

- Le taux de passage aux urgences pour suspicion de COVID-19, reflet de la pression épidémique ;
- Le taux d'occupation des lits dans les services hospitaliers de réanimation par des patients COVID, reflet de la tension sur l'offre de soins ;
- Les capacités de tests RT-PCR, reflet des moyens de réponse opérationnelle à l'épidémie.

DIFFUSION RESTREINTE

Cet ensemble d'indicateurs doit désormais évoluer, d'une part avec la mise en place de nouveaux systèmes d'information permettant une remontée d'information plus exhaustive (SI-DEP pour les tests RT-PCR, contact-COVID pour le contact-tracing opéré par l'Assurance maladie), et d'autre part pour pouvoir être alerté au mieux d'une éventuelle reprise épidémique et de l'efficacité des mesures de contrôle de l'épidémie.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a mis en place une application permettant de mettre à disposition de l'ensemble des parties prenantes à la décision de réévaluation des mesures sanitaires un set d'indicateurs. Ces indicateurs permettent d'évaluer les trois composantes clés de la situation sanitaire :

- La situation épidémique ;
- Les tensions sur l'offre de soins (et notamment l'offre de soins critiques) ;
- Les performances des mesures de contrôle de l'épidémie (stratégie de tests et « contact-tracing »).

Parmi tous les indicateurs disponibles et mis à disposition, 15 ont été sélectionnés comme **« indicateurs de pilotage »**. Ils constituent les indicateurs qui sont suivis quotidiennement par le Centre de crise sanitaire (CCS) afin de détecter précocement toute évolution de la situation.

Le CCS assure une analyse et une remontée quotidienne de l'ensemble des situations complexes signalées sur le territoire national. Les situations de type « clusters » (au moins 3 cas groupés susceptibles d'appartenir à une même chaine de transmission) font l'objet d'une analyse locale afin d'en déterminer le niveau de criticité selon 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.

Lorsque cela est nécessaire, un appui national est immédiatement déclenché auprès de l'ARS territorialement compétente. En complément, le CCS produit sur une base hebdomadaire une analyse complète de la situation nationale et pour chaque région en tenant compte des situations de chaque département. Elle donne lieu à l'élaboration d'une carte et d'un document de synthèse. Cette analyse a vocation à servir de support aux décisions de réévaluation des mesures sanitaires.

Indicateurs de pilotage à partir du 11 mai		**Granularité géographique possible**	**Fréquence**
Pression épidémique	Taux de passage suspicion COVID aux urgences	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Actes SOS médecins pour suspicion COVID	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Taux d'incidence	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Taux de tests RT-PCR positifs	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Nombre de décès COVID-19 en ES et ESMS	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Excès de mortalité	Départementale, régionale, nationale	Hebdomadaire

DIFFUSION RESTREINTE

Capacités de l'offre de soins	Flux d'hospitalisation COVID+ (entrées/sorties)	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Flux dans les services de réanimation des cas COVID+ (entrées/sorties)	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Taux d'occupation des lits COVID+ dans les services de réanimation	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Lits disponibles dans les services de réanimation	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
Performance des mesures de contrôle de l'épidémie	Nombre de tests RT-PCR réalisés pour 100 000 habitants	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Nombre et proportion de nouveaux cas connus auparavant comme sujet contact d'un cas	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Nombre et proportion de nouveaux cas ayant pu être contactés et investigués	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Nombre de nouveaux sujets contacts identifiés	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne
	Nombre de nouveaux sujet contacts contactés et investigués	Départementale, régionale, nationale	Quotidienne

5 indicateurs « macro » sont retenus pour décrire la situation au niveau national. Ils sont produits à un rythme quotidien :

1. **Le taux d'incidence:**
   Il s'agit du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 sur 7 jours glissants, rapporté à 100 000 habitants. Le seuil de vigilance retenu est de 10/100 000 habitants/semaine ; le seuil d'alerte est fixé à 50/100 000 habitants/semaine. Cet indicateur est disponible aux échelons national, régional et départemental.

2. **Le nombre de reproduction effectif :**
   Il s'agit du nombre moyen de cas secondaires généré par un cas index. Il se calcule à partir du nombre de nouveau cas pour chaque pas de temps et de l'intervalle de génération. Il est calculé à partir des SI-DEP (nombre de nouveaux cas confirmés par RT-PCR). Un seuil de vigilance est retenu pour cet indicateur à $R_{eff}>1$ et un seuil d'alerte est retenu à $R_{eff}>1,5$. Il est calculé deux fois par semaine à l'échelon national et régional et sera estimé si nécessaire (et si calculable) au niveau départemental si un territoire doit faire l'objet d'une vigilance renforcée.

3. **Le taux d'occupation des lits de réanimation par des patients atteints de COVID-19 :**
   Il s'agit du nombre moyen de patients atteints de COVID-19 présents en réanimation rapporté à la capacité initiale (estimée à partir de la statistique annuelle des établissements – SAE – 2018). Il est produit par la DREES sur la base des données SI-VIC. Un seuil de vigilance à 40 % et un seuil d'alerte à 60 % ont été retenus sur la base d'échanges avec les acteurs de terrain. Ces seuils sont plus exigeants que ceux retenus durant la phase épidémique (respectivement 60 % et

DIFFUSION RESTREINTE

80 %). Il est disponible aux échelons national et régional afin de prendre en compte la logique régionalisée de l'organisation des soins critiques.

4. **Le taux de positivité des tests :**
   Il s'agit du nombre de tests RT-PCR positifs rapportés au nombre de tests RT-PCR réalisés sur une semaine glissante (jusqu'à J-3), en date de prélèvement. Il est produit chaque jour par Santé publique France sur la base des données SI-DEP. Le seuil de vigilance retenu est de 5 % ; le seuil d'alerte est fixé à 10 %. Il est disponible aux échelons national, régional et départemental.

5. **Le nombre total de tests réalisés :**
   Il s'agit du nombre total de tests réalisés sur une semaine glissante (jusqu'à J-3), en date de prélèvement. Il est calculé sur la base des données SI-DEP et est disponible aux échelons national, régional et départemental. Aucun seuil n'est fixé pour cet indicateur. Pour sa visualisation cartographique à l'échelon départemental, les données seront rapportées à 100 000 habitants afin de permettre la comparaison entre territoires.

INDICATEURS DEVANT DÉCLENCHER DES INVESTIGATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **Taux d'incidence hebdomadaire :** seuil de vigilance > 10 cas/100 000 hbs/sem ; seuil d'alerte > 50 cas/100 000 habitants/sem (départemental, régional ou national) ;
- **Nombre de reproduction effectif :** seuil de vigilance R_{eff} >1 ; seuil d'alerte R_{eff} >1,5(régional ou national ; départemental si besoin) ;
- **Taux d'occupation des lits de réanimation par des patients COVID+ (par rapport à la capacité initiale) :** seuil de vigilance > 40% ; seuil d'alerte > 60% (national et régional) ;
- **Taux de positivité des tests :** seuil de vigilance >5% ; seuil d'alerte >10% (national, régional, départemental) ;
- **Nombre de test effectués :** pas de seuils (national, régional, départemental)

Les seuils retenus pour ces indicateurs doivent conduire à déclencher des investigations approfondies en cas de dépassement afin d'en identifier la cause et mettre en place les mesures de gestion adaptées. Sur cette base, les décisions relatives à l'allégement ou au renforcement des mesures de gestion autour des clusters, de distanciation physique ou de distanciation sociale pourront être prise de manière adaptée.

2.3 Mécanismes de réévaluation des mesures sanitaires générales (distanciation physique et sociale)

La levée ou le renforcement des mesures de distanciation se décide en fonction de l'analyse de la situation sanitaire et de sa projection à horizon de quelques semaines. La décision doit se faire sur la base d'un faisceau d'éléments permettant d'apprécier la pression épidémique, les tensions hospitalières et la qualité de la réponse opérationnelle.

Le tableau de bord des indicateurs élaboré par le Ministère des solidarités et de la santé est mis à disposition de l'ensemble des parties prenantes aux décisions

d'allègement/renforcement des mesures. Ce processus d'analyse doit se structurer à deux niveaux :

- Nationalement, afin de donner les grandes orientations et poser un cadre commun à l'ensemble des territoires ;
- Territorialement, afin de prendre en compte les dynamiques particulières locales et ajuster au plus proche du terrain les décisions.

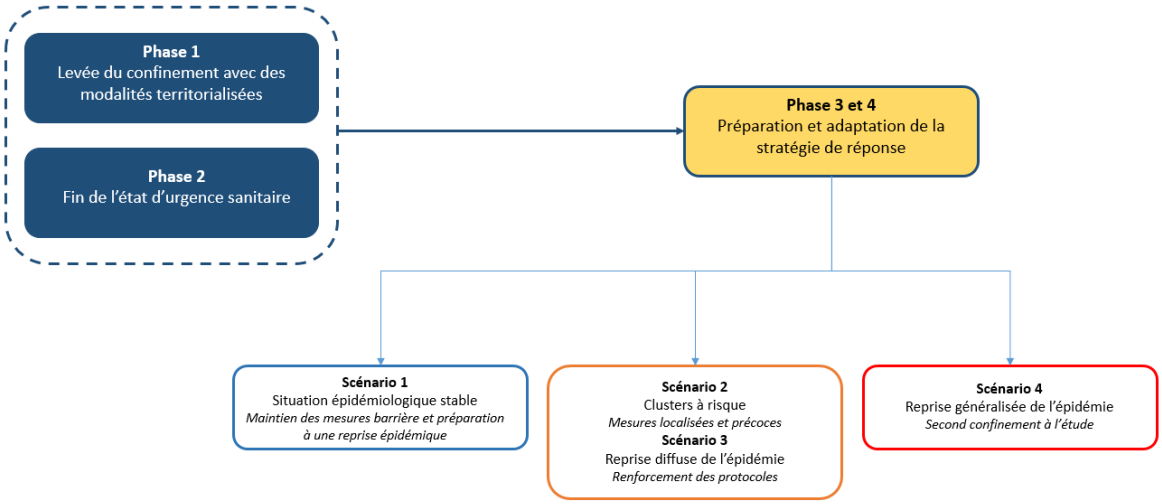
La période de retour vers la normale va s'inscrire dans la durée. Des retours à des mesures plus strictes ou, à l'inverse, des mesures d'allégement plus rapides dans certains territoires sont à prévoir. Il convient donc d'inscrire dans le fonctionnement courant, la réévaluation régulière de la situation épidémique au sein d'une instance collégiale, réunissant l'expertise scientifique et les services chargés de la mise en œuvre opérationnelle des mesures avec pour mission de réaliser cette évaluation et de proposer au Gouvernement les grandes orientations en matière de levée progressive ou de durcissement des mesures de distanciation.

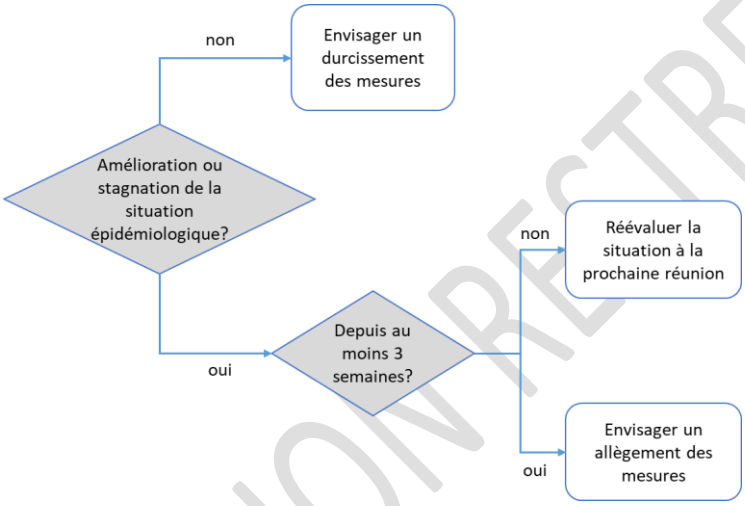
Au niveau territorial, cette mission d'évaluation revient aux ARS. Celles-ci apprécient la situation sur la base d'indicateurs quantitatifs, dont ceux mis à disposition par le CCS et de toute information dont il a connaissance et de nature à moduler son évaluation (ex. : existence de cluster, grand rassemblement prévu (lorsque ceux-ci seront ré-autorisés…). L'analyse réalisée ainsi que la synthèse des indicateurs retenus est transmis au Préfet de région ou de département qui anime le « COLLEC » réunissant les services de l'État, les collectivités locales et l'ARS afin de se prononcer sur l'éventuelle adaptation locale des mesures générales, leur mise en œuvre et leur évaluation.

La situation épidémique nationale et territoriale s'apprécie sur un pas de temps **d'une semaine**, afin de limiter les effets des variations quotidiennes aléatoires. Dans le cas d'une dégradation de la situation épidémique sur une semaine, un durcissement des mesures de confinement sera proposé afin de juguler le nombre de nouvelles transmissions et de diminuer le risque de saturation de l'offre de soins.

Dans le cas d'une amélioration ou a minima d'une stagnation de la situation épidémique (lorsqu'elle est considérée comme favorable) sur une période d'observation d'au moins **3 semaines**, une nouvelle série de levée des mesures de confinement pourra être envisagée. Cette période de 3 semaines se justifie par le temps d'incubation de la maladie (1 à 14 jours, la plupart des cas déclarent des symptômes entre 3 et 5 jours après contamination), par le temps que peut prendre une personne pour aller consulter après apparition de symptômes, se faire prélever et obtenir ses résultats d'analyse.

DIFFUSION RESTREINTE





2.4 La gouvernance

Entre la gestion de la crise en période « sous contrôle » et de « cluster à risque » et celle en période de « rebond » ou de « deuxième vague », des ajustements en matière de gouvernance seront faits.

■ Scénarios 1 et 2

Au niveau national

La gouvernance actuelle repose sur un **pilotage interministériel assurée par la cellule interministérielle de crise (CIC)**. Le CIC coordonne l'action des ministères dont les centres opérationnels sont en charge du suivi sectoriel de la situation et de l'application des mesures de gestion au sein des territoires. 3 cellules composent le CIC : décision, situation (dont anticipation) et communication. Le CIC prépare des éléments de décisions pour le **Premier Ministre et le Président de la Réplique**.

Sur le plan sanitaire, le Directeur général de la santé assure, sous l'autorité du Ministre des Solidarités et de la santé, la Direction de crise. Le Centre de crise sanitaire (CCS) assure la coordination opérationnelle de la réponse.

DIFFUSION RESTREINTE

Les décisions qui sont prises reposent sur des éléments de bilan de situation, d'expertise scientifique et de prise en compte de critère de faisabilité et d'acceptabilité des actions à mettre en œuvre.

Au niveau territorial

Les ARS assurent, en lien avec les Préfets, la mise en œuvre des instructions transmises par le CCS en particulier la coordination entre les différents acteurs et institutions impliqués notamment dans la gestion des clusters.

- **Scénarios 2, 3 et 4**

En cas de reprise de l'épidémie et de gestion d'une deuxième vague, la gouvernance de la crise serait renforcée sur plusieurs points :

Au niveau national

- Renforcement de la CIC et du CCS ;
- Mobilisation du Conseil scientifique et association de l'instance de démocratie sanitaire (Comité de contrôle et de liaison COVID-19)[1];

Au niveau territorial

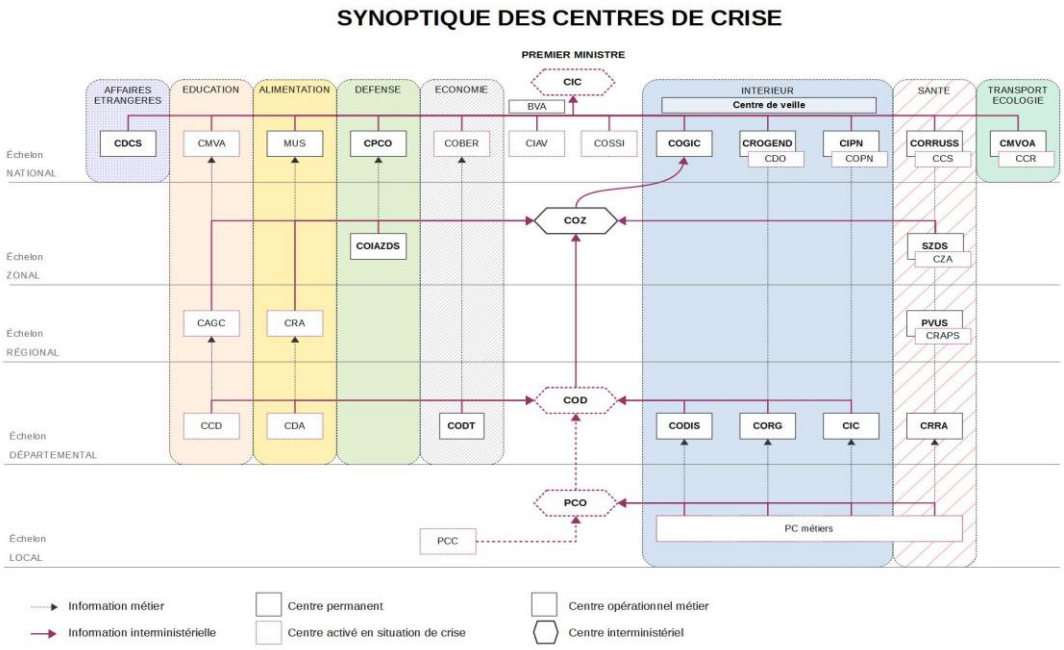
- Les scénario 2 et 3 *a fortiori* le scénario 4 imposent une conduite de crise resserrée autour du Préfet des départements impactés qui assure la direction des opérations avec l'appui de l'ARS ;
- La mise en place par le Préfet d'une gouvernance territoriale associant les collectivités territoriales est importante pour assurer la coordination des acteurs-clés et la société civile mais aussi mieux les associer aux prises de décision : établissements de santé, établissements médicosociaux, professionnels de santé libéraux, associations de prévention, élus, représentants des secteurs économiques essentiels, services de santé au travail interentreprises.

Dans ce cadre général, une attention particulière doit être portée aux grandes villes et métropoles qui constituent des territoires à haut risque de diffusion épidémique. Les métropoles sont des lieux de propagation naturelle des épidémies lorsque des clusters ne peuvent plus être maitrisés par des mesures très localisées. Dès lors, la préparation des métropoles à une réaction appropriée face à un début de propagation est un aspect important de la lutte contre l'épidémie et un moyen important de prévention de formes plus graves obligeant à des mesures plus drastiques. L'élaboration de plans de prévention et de protection renforcées spécifiques à ces métropoles par les responsables des collectivités locales et tout particulièrement des grandes villes de France en lien avec les préfectures et les ARS. Ces plans ont pour objectifs de prévenir la propagation en impliquant la population et d'agir en s'appuyant sur les ressources locales. Ils doivent mobiliser toutes les expertises utiles, y compris celles des concitoyens, afin de favoriser une bonne compréhension, une appropriation et une large adhésion. Des plans de ce type peuvent permettre de garantir que

[1] Le Comité de contrôle et de liaison COVID-19 a été créé par le décret n°2020-572 du 15 mai 2020. Il a pour objectif d'associer la société civile et le Parlement aux opérations de lutte contre la propagation de l'épidémie.

DIFFUSION RESTREINTE

les systèmes locaux soient prêts à agir en cas de reprise de l'épidémie qu'il s'agisse d'un scénario 2 ou 3. Une mobilisation en amont est en effet essentielle pour garantir l'efficacité de l'application de tels plans. Il faut noter qu'une telle mobilisation est complémentaire de celle des services déconcentrés de l'État et ne peut concerner les seuls aspects sanitaires, mais aussi sociaux et économiques. Au-delà des plans qui peuvent être élaborés par des autorités locales, les conditions de leur mise en œuvre sont fondamentales. Celles-ci sont à la fois techniques s'agissant de la mobilisation de moyens adaptés, mais aussi sociétales en impliquant au mieux les populations dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans.



DIFFUS

3. PLAN DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION RENFORCÉ

3.1 Vision d'ensemble et principes généraux

Le Plan de prévention et de protection renforcé (P2R COVID-19) vise à définir les protocoles et les actions prioritaires à mener dès à présent à la fois pour renforcer la lutte contre la COVID-19 (scénario 1 et 2 : « situation sous contrôle » et « clusters à risque ») et préparer la survenue éventuelle d'un rebond voire d'une deuxième vague (scénario 3 et 4). 7 protocoles ont été identifiés par le Conseil scientifique. Ils sont à déployer en fonction de la situation épidémique.

		Scénarios			
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Protocoles	**1.** Protocole de renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale	✓	✓	✓	✓
	2. Protocole de renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER	✓	✓	✓	✓
	3. Protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves	✓	✓	✓	✓
	4. Protocole de protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux	✓ (anticipation)	✓	✓	✓
	5. Protocole à destination des populations en situation de grande précarité	✓	✓	✓	✓
	6. Protocole Grandes métropoles	✓ (anticipation)	✓	✓	✓
	7. Protocole de préparation du système de santé	✓ (anticipation)	✓	✓	✓

DIFFUSION INTERNE

3.2 Scénario 1 : épidémie « sous contrôle »

▪ Protocole de renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

➡ *Recommandations générales*[2]

Le respect strict des mesures d'hygiène dites « barrière » est clé dans la lutte contre l'épidémie de COVID-19. En toute circonstance et en tout lieu, il convient d'appliquer les mesures suivantes :

[2] Ces recommandations sont essentiellement issues des différents avis, à date, du Haut conseil de la santé publique.

- Se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon (dont l'accès doit être facilité avec mise à disposition de serviettes à usage unique) ou par une friction hydro-alcoolique ;
- Se couvrir systématiquement le nez et la bouche en toussant ou éternuant dans son coude ;
- Se moucher dans un mouchoir usage unique à éliminer immédiatement dans une poubelle ;
- Éviter de se toucher le visage et en particulier le nez, la bouche et les yeux ;
- Maintenir une distance physique d'au moins 1 mètre entre deux personnes ;
- Si la distance physique d'au moins 1 mètre ne peut être garantie, un masque doit être systématiquement porté par les plus de 11 ans.

➡ ***Au Travail***

- Le protocole national de déconfinement pour les entreprises du ministère du travail, qui est régulièrement mis à jour et rassemble les règles à appliquer et les préconisations pour le monde du travail ;
- Il est important de sensibiliser les salariés à s'isoler et se signaler dès l'apparition de symptômes évocateurs de la COVID-19, même légers ;
- 2 situations d'hyperpropagation (Super Spreader Events) sont identifiées : les travailleurs saisonniers et les abattoirs doivent faire l'objet d'une vigilance particulière (dans ces deux cas, se reporter aux fiches pratiques de la DGT et de la MSA concernant ces deux secteurs d'activité). Pour cela, il est indispensable que chaque département identifie ces lieux et lieux de rassemblement afin de préparer des mettre en place des mesures renforcées de prévention et d'action.
    - → Pour les abattoirs : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier et le port du masque. Établir un roulement des équipes en particulier dans les vestiaires. Les inspecteurs du travail pourront apporter leur concours dans la prévention et la communication pour respecter ces gestes barrière et sensibiliser les entreprises et le personnel. Une attention particulière devra être portée aux conditions d'hébergement des salariés intérimaires des abattoirs (cf. protocole à destination des populations en situation de précarité). L'ensemble des préconisations relatives aux abattoirs sont rassemblées dans un document du ministère du travail intitulé " points de vigilance sur les précautions à prendre dans les abattoirs face à la COVID-19 ;
    - → Pour les travailleurs saisonniers : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier en fournissant du SHA à ces travailleurs. Les lieux d'hébergement devront également faire l'objet d'aménagement afin de respecter la distanciation physique. Le respect de ces règles est important pour éviter une propagation rapide du virus ;
    - → Pour les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier en fournissant du SHA aux personnes hébergées et au personnel de ces établissements. Ces lieux devront également faire l'objet d'aménagement afin de respecter la distanciation physique. Le respect de ces règles est important pour éviter une propagation rapide du virus.

DIFFUSION RESTREINTE

- Les entreprises peuvent s'appuyer, pour la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention, sur les services de santé au travail, au titre de leur rôle de conseil et d'accompagnement des employeurs et des salariés ainsi que de leurs représentants. Un référent COVID assurant la mise en œuvre des mesures décidées et l'information des salariés est désigné dans toutes les entreprises.

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements :** Les grands rassemblements de plus de 5000 personnes sont interdits jusqu'au 31 août 2020 ;
- **Colonies de vacances, camps, etc. :** autorisées dans des conditions permettant le respect des mesures barrières et de distanciation physique. Pour les gens du voyage, communiquer afin de les sensibiliser aux gestes barrière et au dépistage ;
- **Établissements clos recevant du public :** au sein des établissements recevant du public assis, il convient de laisser une place libre entre deux personnes ou groupes de personnes venant ensemble. Dans tous les établissements clos recevant du public le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans sauf pour la pratique artistique. Dans le cas spécifique de la pratique des instruments à vent et du chant, il convient de doubler la distance physique à respecter entre deux personnes, et d'être attentif à l'orientation du musicien ou du chanteur, afin de préserver les autres personnes d'émission directe de potentielles gouttelettes ;
- **Célébrations mariage ou funérailles :** autorisées dans des conditions permettant le respect des mesures barrières et de distanciation physique ;
- **Discothèques :** fermées.

➡ ***Déplacements et transport***

- Toutes distances et tous motifs confondus sont autorisés sur le territoire métropolitain. **Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant un contrôle aux frontières extérieures et intérieurs pourront être mises en place autant que de besoin.**
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les aéronefs ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur**.**
- **Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.) ;
- **Co-voiturage :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- **Taxi :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à

DIFFUSION RESTREINTE

l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.

➡ ***Commerces***

- **Au sein de tous les commerces clos :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans ;
- **Marchés en plein air :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans lors des déplacements au sein de l'établissement. Les personnes accueillies ont une place assise. Les tablées, ne pouvant accueillir des groupes de plus de 10 personnes, sont séparées d'au moins 1 mètre. Si la distance physique d'1 mètre entre les tables ne peut être garantie des parois transparentes doivent être installées ;
- **Hôtels et autres hébergements touristiques :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Établissements de thermalismes :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Cet accueil est organisé pour tous les enfants. Le port du masque par les personnels de la crèche est obligatoire seulement lors des contacts entre adultes (réunion, contacts avec les parents, …) ;
- **Écoles et établissements scolaire :** Dans les espaces clos, la distanciation physique n'est pas obligatoire lorsqu'elle n'est pas matériellement possible ou qu'elle ne permet pas d'accueillir la totalité des élèves. Néanmoins, les espaces sont organisés de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves. Dans les espaces extérieurs, la distanciation physique ne s'applique pas.

  Les collégiens et les lycéens doivent porter un masque lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs, ainsi qu'en classe lorsque la distanciation d'un mètre ne peut être garantie et qu'ils sont placés face à face ou côte à côte.

  Le port du masque est également obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie. Le port du masque n'est pas obligatoire pour les personnels :

  → Pendant les cours à l'école maternelle,

  → Lorsqu'ils sont à une distance d'au moins un mètre des élèves en école élémentaire, en collège et en lycée.

  La limitation du brassage entre classes et groupes d'élèves n'est pas obligatoire. Toutefois, les écoles et établissements scolaires organisent le

DIFFUSION RESTREINTE

déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter, dans la mesure du possible, les regroupements et les croisements importants.

- **Enseignement supérieur :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dès lors que la distance physique d'au moins 1 mètre ou un siège vacant avec une autre personne ne peut être garantie, et est très fortement recommandé dans tous les espaces clos même lorsque cette distanciation peut être garantie. La distance physique d'1 mètre ou d'un siège vacant doit être respecté entre les élèves et les enseignants dans les espaces clos, ainsi qu'entre les élèves lorsqu'ils sont côtes à côtes ou face à face dans la mesure du possible.

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Gymnases :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissé entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Piscines :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Salles de sport :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports de combat :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports de contact :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Autres sports collectifs :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports collectifs professionnels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas.

▪ Protocole de renforcement du « TESTER-TRACER-ISOLER »

Il s'agit de la disposition majeure du plan. Elle vise à rappeler, intensifier et rendre plus accessible la stratégie de « TESTER-TRACER-ISOLER » pour la population lorsque la situation l'exige. En effet, l'identification et la prise en charge des cas confirmés de COVID-19 et de leurs personnes contacts sont essentielles pour détecter et rompre les chaînes de transmission du virus. Que l'épidémie soit « sous contrôle » ou qu'il y ait une

DIFFUSION RESTREINTE

recrudescence de l'épidémie, les activités de « TESTER-TRACER-ISOLER » doivent perdurer et être maintenue à niveau.

La stratégie de détection des cas, d'identification des contacts et d'isolement des cas et de quatorzaine des contacts à risque repose sur une organisation à 3 niveaux, à savoir :

- Les professionnels de santé et de médecine de ville et des établissements de santé, pour la prise en charge des cas possibles, et l'identification des contacts à risque, a minima du foyer (niveau 1) ;
- L'Assurance maladie pour l'identification et la prise en charge de l'ensemble des contacts à risque des cas confirmés de COVID-19 (niveau 2) ;
- Les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France, pour l'identification et l'investigation des chaines de transmission et des clusters, et la gestion des situations complexes, dans certaines collectivités notamment (niveau 3).

Il convient de rappeler le rôle essentiel du médecin traitant dans ce dispositif. Il constitue le relais majeur des autorités sanitaires auprès de leur patientèle notamment pour la prise en charge des cas possibles et l'identification des contacts à risque. Il contribue par le lien privilégié avec ces patients à la bonne observance des mesures d'isolement et au renforcement des mesures barrières. Lors de l'apparition de clusters en milieu professionnel, le service de santé au travail de l'entreprise peut également jouer un rôle clé d'appui aux autorités sanitaires, et faciliter le dialogue avec l'employeur et les salariés pour permettre le respect des mesures prises (dépistages, isolement).

Dans le contexte de recrudescence significative de cas et de « clusters » qui impose une de vigilance accrue, il est indispensable de renforcer les stratégies de mise en œuvre pratique et d'utilisation des tests. Quatre stratégies sont à mettre en œuvre qui reposent sur les actions suivantes :

- Diagnostic précoce des cas avec des signes cliniques compatibles avec une infection COVID (en lien avec la médecine générale notamment) : les personnes symptomatiques continuent à se faire tester afin d'identifier les cas positifs et de faire l'investigation des cas contacts. Cette démarche d'investigation exhaustive des cas et contacts est cruciale pour freiner la diffusion du virus à partir de cas index. Le point essentiel est ici d'assurer une fluidité dans l'accès aux tests ;

- Surveillance ciblée pour les populations à risque pouvant échapper à la stratégie de diagnostic des cas suspects (abattoirs, prison, migrants…) : cette stratégie a deux objectifs combinés :
  - → Premièrement, elle permet d'identifier la circulation silencieuse du virus dans des populations à risque, qui pourraient subir un impact majeur en termes de mortalité en cas de reprise épidémique ;
  - → Deuxièmement, elle permet de maintenir le recours aux plateformes diagnostiques, en maintenant l'outil diagnostic fonctionnel et d'opérer une surveillance à la fois proactive et organisée.

  Cette stratégie doit permettre d'identifier une possible circulation silencieuse du virus dans des populations où cette circulation pourrait avoir un impact majeur en terme de mortalité ;

DIFFUSION RESTREINTE

- Dépistage populationnel centré sur des zones à concentration élevée de clusters (notamment familiaux) sans lien épidémiologique : cette stratégie doit être activée en cas de détection rapprochée (dans le temps et l'espace) de clusters de taille modérée sans lien épidémiologique. Il s'agit de pouvoir identifier une circulation silencieuse significative pouvant favoriser un redémarrage épidémique incontrôlé d'abord localisé puis plus étendu. Ce type de redémarrage pourrait amener à proposer un confinement localisé. Afin d'éviter ce confinement et son impact, il est nécessaire de coordonner sans délai un dépistage rapide (idéalement en moins d'une semaine) de toute personne résidant dans la zone géographique concernée, afin d'estimer avec précision le risque de recirculation du virus, et d'en contrôler la diffusion (isolement des cas détectés, ainsi que leurs contacts).

- Dépistage aléatoire permettant d'entretenir et/ou de faire évoluer l'outil de surveillance et de participer au dépistage de cas pauci- ou asymptomatiques : La dernière stratégie de dépistage « généralisé » a potentiellement un triple objectif combiné, structurant une approche de dépistage aléatoire non orienté, permettant :
    - → D'estimer une possible circulation silencieuse du virus ;
    - → De maintenir opérationnel le système de collecte et d'analyse des prélèvements en l'absence de demande de dépistage ou de diagnostic ;
    - → De tester de nouvelles méthodes d'analyse (par exemple des analyses « poolées », nouveaux types de prélèvements…) qui pourraient être utilisées, si elles étaient validées, pour des investigations rapides et/ou ciblées en cas de reprise documentée de la circulation du virus dans des métropoles ou autres zones à forte densité populationnelle.

Cette surveillance doit être réactive en cas de gestion de foyers (clusters) et devra être renforcée à la rentrée scolaire du fait du risque important de recirculation d'autres virus respiratoires pouvant jouer le rôle de « facteur confondant » (exemple le rhinovirus), et bien sûr du SARS-CoV-2.

L'entrée dans le système et l'accès aux tests diagnostiques des personnes infectées est un élément essentiel, mais pas unique. Le délai de rendu du test, par l'entrée dans le système SIDEP, et le délai d'identification par jour les contacts de façon globale entrainent une forme de lenteur de l'ensemble du dispositif. Cette situation est gérable avec un niveau de virus circulant faible mais deviendra difficilement gérable si le virus recommence à circuler de façon plus importante sur l'ensemble du territoire (scénario 3). Selon les territoires, elle pourrait devenir un élément critique au niveau des grandes concentrations urbaines. Il convient dans ce cadre, de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Actualiser la doctrine d'utilisation des tests (vision de diagnostic précoce et vision de dépistage et de santé publique) ;
- Rendre l'accès aux tests plus accessible à la population ;
- De développer et de valider de nouvelles stratégies de tests diagnostiques (prélèvement salivaire, tests à résultat rapide…).

Il convient par ailleurs, de renforcer l'utilisation de l'application « StopCovid » qui peut jouer un rôle important dans le contrôle de l'épidémie en cas de reprise de l'épidémie et être un outil de contrôle de celle-ci si un grand nombre de Français l'utilise. Il est donc important que cet outil soit mis en valeur dans les campagnes de communication

DIFFUSION RESTREINTE

gouvernementale. Une réflexion interministérielle doit être engagée pour continuer à intégrer cet outil numérique dans la stratégie globale de contrôle de l'épidémie.

➡ ***Enclencher des campagnes intensives et localisées de « testing »***

La détection des cas et l'identification de leurs contacts est la principale stratégie pour limiter l'extension de clusters localisé. Il est important de rappeler aux ARS que la découverte de tout cluster *a fortiori* potentiellement à risque ou que toute reprise même à bas bruit de l'épidémie nécessite une réponse immédiate et massive se concrétisant par des campagnes intensives et localisées de « testing ». Le renforcement des campagnes de dépistage doit se faire de manière graduelle et en cercle concentrique autour des clusters identifiés et en fonction des données épidémiologiques, à savoir :

- Dépistage généralisé au niveau des communes et/ou département ;
- Dépistage au niveau des départements voisins ;
- Dépistage sur toute la région.

L'accès au test doit être favorisé même sans consultation médicale préalable ou via des outils de prescription collective ou des bons CNAM. Le déploiement des « drives » doit permettre la mise en œuvre de dépistages massifs autour des clusters. L'accès au test est particulièrement important dans des zones géographiques dans lesquelles la circulation du virus est importante où pour des populations pour lesquelles l'accès au système de soins est plus difficile, tel est particulièrement le cas en Ile-de-France. Le renforcement de l'accès au test pourra être assuré via une forte mobilisation des capacités en ressources humaines, en équipements et kits de prélèvement.

➡ ***« Tracer » les personnes contacts***

Les activités de contact tracing organisées via les niveaux 1, 2 et 3 doivent être maintenues, si besoin en mobilisant davantage de ressources en lien avec les cellules régionales de la CPAM (niveau 2). Les agents de la CPAM doivent par ailleurs être sensibilisés aux situations de clusters de la région via les ARS afin d'identifier avec une vigilance accrue les contacts en lien avec les clusters. L'utilisation de l'application de contact tracing StopCovid doit être encouragée, et ce particulièrement dans les zones ou la circulation du virus est importante ou lors de grands rassemblements.

➡ ***« Isoler » : rendre plus accessible les possibilités d'isolement des cas et de mise en quatorzaine des contacts***

Mesures d'isolement des cas et de mise en quatorzaine des contacts à risque doivent être poursuivies avec grande vigilance quel que soit le niveau de l'épidémie. Pour cela, la mise à disposition des centres d'hébergement adaptés permettant de séparer les cas et les contacts du reste des membres au sein d'un foyer, ou permettant d'héberger les personnes n'ayant pas de résidence sur le territoire doit être maintenue. Le suivi et contrôle de la bonne application des mesures d'isolement et de quatorzaine par les cas et les contacts doit également être renforcé.

DIFFUSION RESTREINTE

▪ Protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

- Une communication spécifique à destination des personnes à risque de forme grave doit être menée afin de les inciter à rester vigilantes à une application stricte des gestes barrière et de la distance physique dans leur vie privée et sur leur lieu de travail ;
- Si l'application des mesures barrières est impossible sur le lieu de travail du fait de l'activité, un aménagement du poste doit être proposé en lien avec le service de médecine du travail ;
- Le télétravail doit être privilégié chaque fois qu'il est possible.

▪ Protocole de protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

Le Conseil scientifique s'est déjà prononcé à plusieurs reprises sur le problème posé par la nécessaire protection des ESMS notamment les EHPAD témoignant ainsi de son souci de protéger les plus fragiles dans cette épidémie. Il rappelle que la mortalité durant les 2 mois de l'épidémie a été de 1,25% dans ces établissements et ce malgré un taux d'attaque probablement encore faible.

Les établissements veillent à l'application rigoureuse des consignes élaborées pour limiter le risque de propagation du COVID-19 :

- Application stricte des gestes barrière (distanciation physique, port du masque, lavage des mains etc.) ;
- Formation des personnels et intervenants extérieurs aux gestes barrière ;
- Surveillance étroite des signes évocateurs chez les résidents et personnes accompagnées ;
- Maintien d'un stock suffisant d'EPI.

Des contacts réguliers sont maintenus avec l'ARS pour anticiper toute évolution de la situation épidémique sur le territoire.

Les visites de proches sont maintenues dans les conditions définies par le protocole « Retour à la normale dans les établissements pour personnes âgées » du 16 juin 2020 et « Consignes et recommandations applicables dans les structures pour personnes en situation de handicap » du 23 juin 2020.

A minima, des tests devront être proposés, dans les établissements pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées accueillant une majorité de personnes à risques de forme grave :

- Nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants en établissement, et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
- Professionnels de l'établissement au retour des congés ;
- Résidents ou salariés présentant le moindre symptôme évocateur ;
- Personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission (voir *infra*).

DIFFUSION RESTREINTE

Une attention particulière sera portée au cours de la période estivale, sur des résidents en EHPAD qui peuvent être amenés à partir en vacances avec leur famille. **Il est important qu'ils soient testés à leur retour en EHPAD** afin d'éviter une circulation du virus au sein des EHPAD après ces périodes de vacances. Les mêmes modalités doivent être suivies au retour du personnel.

Les établissements sont invités à anticiper les mesures à mettre en place en cas de dégradation de la situation épidémique. Le Conseil de la vie sociale (CVS) est consulté sur cet exercice d'anticipation.

▪ Protocole à destination des populations en situation de précarité

Comme indiqué dans l'avis du 2 avril du Conseil scientifique, la crise sanitaire impacte significativement les personnes vivant en situation de grande précarité, fragiles tant face à l'infection que face aux conséquences que les mesures de lutte contre la pandémie engendrent. Leurs situations de vie sont par ailleurs extrêmement diversifiées (vivant en hôtels sociaux, squats, CADA, logements sur-occupés, isolées, Sans domicile fixe, etc.) et cette hétérogénéité doit être prise en compte dans l'assistance qui leur est proposée pour faire face à la pandémie. Le protocole en annexe prévoit les actions adaptées au public en situation de précarité :

- Poursuivre la mise à l'abri ;
- Renforcer l'information sur les gestes barrière et l'éducation pour la santé ;
- Garantir l'accès au matériel de protection et aux capacités de l'offre du secteur de la veille sociale ;
- Adapter les pratiques de dépistage et réduire les freins à un isolement.

▪ Protocole Grandes métropoles

La densité de la population présente des risques particuliers, en raison de l'importance des flux et des contacts entre personnes, qui favorisent la dissémination du virus dans la population, ainsi que d'une métropole à l'autre.

Une attention particulière doit être portée à l'élaboration des plans de prévention et de protection renforcées par les responsables des collectivités locales et tout particulièrement des 20 premières villes de France en lien avec les préfectures et les ARS. Ces plans ont pour objectifs de prévenir la propagation en impliquant la population et d'agir en s'appuyant sur les ressources locales. Ils doivent mobiliser toutes les expertises utiles, y compris celles des concitoyens, afin de favoriser une bonne compréhension, une appropriation et une large adhésion.

Les plans de prévention et de protection renforcées sont applicables aux grandes villes et métropoles, notamment l'Île-de-France. Ils reposent sur les mesures suivantes :

- **Respect de la distanciation physiques et mesures barrière** : Les villes et métropoles doivent définir les conditions par lesquelles elles favorisent ce renforcement de la distanciation et des mesures barrières dont le respect est plus difficile. Il convient dans ce cadre, de **préparer une communication** pour délivrer une information claire et adaptée afin de pouvoir l'activer le moment venu. S'agissant de l'application StopCovid, la communication locale sera déterminante pour que l'application soit installée et activée par un maximum de personnes à l'échelon métropolitain, favorisant ainsi l'efficacité de l'identification anonyme des chaînes de contamination.

DIFFUSION RESTREINTE

- **Obligation du port du masque dans l'espace public** : L'obligation du port du masque dans des zones métropolitaines est de nature à diminuer la transmission du virus. Il incombe aux autorités territoriales d'en déterminer les conditions d'application pour favoriser une mise en œuvre effective et un haut degré d'adhésion. Il leur appartient aussi d'assurer la disponibilité de masques pour toutes les personnes concernées notamment pour les personnes en situation de précarité, qui devront y avoir accès gratuitement ;
- **Transports** : Dans les transports urbains, le port du masque est déjà obligatoire. Il convient de veiller au strict respect de cette obligation ;
- **Actions à mettre en œuvre dans les structures de soins locales** (maison de santé pluri professionnelles, centres de santé, ...) **ainsi que dans les écoles** ;
- **Identification et planification des actions à mettre en œuvre dans des lieux sensibles** à risque de propagation ;
- **Planification et organisation de structures locales de diagnostic et de dépistage** à actionner par zone en fonction de l'évolution de l'épidémie. Des points de diagnostic doivent être installés pour faciliter au maximum l'accès des populations aux tests ;
- **Soutien aux personnes vulnérables** dans l'aide à l'isolement et la garantie que les services proposés à cette fin répondent aux besoins de ces populations ;
- **Prise en compte des inégalités locales en matière de santé** et mise en œuvre de mesures ciblées pour en atténuer les conséquences.

Ces plans doivent mobiliser l'ensemble des structures de la métropole. Elle concerne les structures sanitaires mais aussi les structures sociales et économiques de la métropole de façon à atténuer de façon préventive les conséquences de mesures sanitaires indispensables en cas de reprise épidémique. Cette mobilisation est essentielle pour les capacités de santé publique de la métropole voire de la ville afin de permettre la coordination entre les équipes locales et celles des ARS. Les métropoles sont aussi capables de mobiliser, du fait de leur connaissance du tissu local, les associations capables de jouer un rôle majeur auprès des populations en particulier vulnérables ou précaires. Il en est de même pour les forces de police métropolitaines qui doivent aussi être mobilisées pour aider la population confrontée à une situation difficile.

Le partage des informations, des données et des renseignements, la mise en œuvre rapide et coordonnée des moyens sont des conditions nécessaires au contrôle local d'une reprise épidémique au sein des métropoles. Les autorités locales doivent être impliquées dans l'activation des mesures aux côtés des autorités départementales ou régionales (Préfet et ARS).

■ Protocole de préparation du système de santé

Les établissements de santé ont déjà pris l'initiative de recontacter les patients dont les soins ont été retardés afin de programmer ces soins en appliquant un ordre de priorité qu'ils auront déterminé collégialement au sein de chaque hôpital en fonction de sa spécificité. Cela concerne non seulement les actes chirurgicaux mais aussi les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour ou de semaine.

Les établissements de santé doivent dès maintenant et rapidement assurer la maintenance des locaux et équipements de réanimation et de soins intensifs. Ces secteurs très techniques nécessitent une maintenance régulière qui ne peut pas être retardée. Les établissements de santé doivent dans le même temps réfléchir à la mise

DIFFUSION RESTREINTE

aux normes de locaux qui pourraient servir à des soins de réanimation ou de soins intensifs en cas de nouvel afflux de patients.

Afin de renforcer la capacité de réaction du pays face au SARS-CoV-2 en cas de survenue d'une deuxième vague, il est nécessaire de connaitre à l'avance pour chaque établissement public ou privé sa capacité en lits de soins critiques (capacitaire en activité normale et capacitaire maximal en cas d'afflux de patients). Des logiciels permettant de connaitre le nombre de lits disponibles et mobilisables doivent être déployés au niveau de chaque région par les ARS afin de connaitre la situation du capacitaire en temps réel en cas de survenue d'une deuxième vague. Dans le cadre du plan ORSAN REB (risque épidémique et biologique), les ARS doivent établir les mesures de montée en puissance pour l'ouverture des lits au-delà du capacitaire habituel en veillant à une répartition de la charge en soins entre les différents hôpitaux afin de permettre une prise charge optimale des patients COVID+ et COVID– dans chaque structure de soins. Les établissements de santé publics comme privés doivent s'inscrire dès maintenant dans un cadre de collaboration formalisé au sein de la région pour arriver à assurer la prise en charge d'un nouvel afflux de patients composante essentielle du plan ORSAN REB au titre de leurs plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles (plan blanc). Ce cadre de collaboration doit permettre de fluidifier le transfert de patients graves sans attendre la saturation d'un hôpital. Dans chaque département, le SAMU-Centre 15 doit être associé activement à cette démarche proactive. Les ARS doivent également établir au sein du plan ORSAN REB, un processus progressif d'arrêt de l'activité non essentiel en cas de survenue de deuxième vague en appliquant un ordre de priorité qu'il convient de déterminer avec les acteurs de soins localement.

Des stratégies pour désaturer les services hospitaliers doivent être anticipées au sein de chaque établissement de santé et de chaque région comme l'hospitalisation à domicile de patients sous oxygène avec application de suivi, le transfert précoce des patients vers des soins de rééducation post-réanimation (SRPR) après hospitalisation en réanimation.

Des transferts de patients, d'une région à une autre, ont eu lieu lors de la première vague. Ces stratégies de transferts interrégionaux doivent être planifiées à partir de toutes les régions en envisageant plusieurs options afin d'anticiper à nouveau le transfert des patients en cas de deuxième vague fortement territorialisée conformément à l'instruction n°DGS/CCS/DGOS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du COVID-19.

➡ *Formation des soignants*

La formation de tous les soignants (IDE, AS et médecins) à la prise en charge de patients graves de soins intensifs et de réanimation doit s'intensifier dans les semaines qui viennent dans chaque structure de soins afin d'anticiper la possible nécessité de suppléer le personnel de ces services en cas de débordement. Ces formations pourront se faire en présentiel dans les services concernés quand cela est possible mais elles existent également sous forme de formation en ligne sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé et les sites des sociétés savantes (diaporama vidéo, webinaires, fiches techniques).

➡ *Équipements et produits de santé*

Les stocks de médicaments, de matériel et d'équipements de protection reconstitués

DIFFUSION RESTREINTE

Ces stocks doivent maintenant faire l'objet d'un inventaire très précis et le circuit de distribution de ces stocks aux hôpitaux qui seront concernés par la deuxième vague doit être opérationnel.

3.3 Scénario 2 : développement de clusters à risque

▪ Protocole de renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

Pour les territoires concernés par le ou les **clusters à risque, un confinement strict avec restriction des entrées et des sorties** appliqué sauf motifs impérieux, les rassemblements sont limités à 10 personnes, le télétravail est privilégié et le port du masque obligatoire pour les salariés, les salles de fêtes sont fermées et les colonies de vacances et affiliées sont interdites, les ERP peuvent recevoir du public avec un strict respect des mesures barrière dans la limite de 10 personnes, les marchés en plein air sont fermés, les hôtels sont fermés autre lieu d'hébergement touristique sont fermés, un accueil est assuré au profit des enfants âgés de trois à seize ans des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire et à la continuité de la vie de la Nation.

Le périmètre du cluster à risque est déterminé en fonction des données épidémiques et sur décision préfectoral après consultation auprès de l'ARS et de Santé publique France (SpF).

Le reste du territoire fait l'objet de mesures de renforcement des mesures visant à limiter la circulation virale. Ces dernières sont déclinées ci-après.

➡ ***Recommandations générales***

Application des dispositions prévues pour le scénario 1 avec un renforcement de la communisation pour sensibiliser les personnes aux gestes barrière.

➡ ***Au Travail***

En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, il convient de favoriser le télétravail et/ou d'aménager les postes de travail. Pour les salariés au contact du public, le port du masque chirurgical est obligatoire.

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements :** Des mesures plus restrictives visant notamment à interdire les rassemblements pourront être prise en fonction du contexte épidémique. La restriction des rassemblements peut être effectuée à l'aide d'une jauge fixée entre 10 et 100 participants.
- **Salles des fêtes et polyvalentes :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Colonies de vacances, camps, etc.:** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Établissements clos recevant du public :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1, cependant la dispense du port du masque n'est plus valable pour toutes les pratiques artistiques mais uniquement pour la pratique des instruments à vents et du chant ;

DIFFUSION RESTREINTE

- **Célébrations mariage ou funérailles :** Autorisés dans le respect des mesures barrières et de la distanciation physique (jauge à fixer à 10) ;
- **Convivialités mariages ou funérailles :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1 (jauge à fixer à 10) ;
- **Discothèques :** Fermeture.

➡ ***Déplacements et Transport***

- Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin
- **Les déplacements sont restreints dans la zone du ou des clusters** sauf motifs impérieux. Une attestation de déplacement pour motifs impérieux, listés dans l'article 50 n°2020-860 du décret, est à présenter.
- **Confinement strict :** entrée et sortie interdit dans les territoires impactés par le ou les clusters ;
- **Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les aéronefs ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). **Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenance des voyageurs sont définies par le décret en vigueur.**
- **Co-voiturage :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- **Taxi :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.

➡ ***Commerces***

- **Au sein de tous les commerces clos :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, un contingentement dans les commerces devra être instauré. Le port du masque est obligatoire.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, une jauge maximale de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique local ;
- **Hôtels et autres hébergements touristiques:** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, un nombre maximum de clients

DIFFUSION RESTREINTE

présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique ;

- **Établissements de thermalismes :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, une jauge maximale de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique local.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Accueil en groupes d'enfants qui ne peuvent se mélanger et port du masque obligatoire entre adultes ;
- **Écoles et établissements scolaires :** A l'école maternelle, entre les élèves d'une même classe ou d'un même groupe, aucune règle de distanciation ne s'impose, que ce soit dans les espaces clos ou dans les espaces extérieurs. En revanche, la distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.
  Dans les écoles élémentaires, les collèges et les lycées, le principe est la distanciation physique d'au moins un mètre lorsqu'elle est matériellement possible, dans les espaces clos, entre l'enseignant et les élèves ainsi qu'entre les élèves quand ils sont côte à côte ou face à face. Elle ne s'applique pas dans les espaces extérieurs entre élèves d'une même classe ou d'un même groupe. Si la configuration des salles de classe ne permet absolument pas de respecter cette distanciation physique, alors l'espace est organisé de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves et les élèves de plus de 11 ans doivent porter un masque dans la classe. La distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.

  Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.
  Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs.

  Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents.
- **Enseignement supérieur :** Enseignement supérieur : L'accès des usagers aux établissements d'enseignement supérieur est interdit pour les activités de formation initiale. Une continuité pédagogique numérique est assurée et mise en place par les établissements eux-mêmes. Peut notamment être maintenu l'accès des usagers aux formations continues ou dispensées en alternance, aux laboratoires et unités de recherche, aux bibliothèques et centres de documentation, aux services administratifs, notamment ceux chargés des inscriptions, uniquement sur rendez-vous ou sur convocation de l'établissement, aux services de médecine préventive et de promotion de la santé, aux locaux donnant accès à des équipements informatiques, uniquement sur rendez-vous ou sur convocation de l'établissement.

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une

DIFFUSION RESTREINTE

distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;

- **Gymnases :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Piscines :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Salles de sport :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement ;
- **Sports de combat :** Interdits ;
- **Sports de contact :** Interdits ;
- **Autres sports collectifs :** La pratique uniquement en plein air dans le respect de la distanciation physique des deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité sportive ne le permet pas ;
- **Sports collectifs professionnels :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1.

Protocole de renforcement du « TESTER-TRACER-ISOLER »

Enclencher des campagnes intensives et localisées de « testing »

Ces campagnes intensives et localisées de « testing » devront être accompagnées par des opérations de sensibilisation et de recherche active des cas au sein des quartiers/lieux de rassemblements. Pour cela, les équipes de réponse rapide multidisciplinaires pourront être mobilisées et le cas échéant renforcées par toutes les ressources humaines locales : infirmiers de ville, techniciens de laboratoire étudiants ou intérim, et le cas échéant, via la réserve sanitaire (les équipes doivent être composées d'IDE, d'épidémiologistes, de techniciens de laboratoires et de logisticien).

L'utilisation de drives doit permettre de renforcer les opérations de dépistages massifs sans rendez-vous, avec si besoin et si possible une mobilisation des drives des zones géographiques avoisinantes. Il peut également être envisagé de mettre en place des bus mobiles pour du dépistage itinérant qui serait associé à la recherche de cas en porte à porte.

Renforcer la pratique généralisée du « testing »

En cas de reprise épidémique, une campagne de communication importante est mise en place, rappelant la démarche à suivre dès lors qu'on a des symptômes légers compatibles avec la COVID-19, même s'ils sont atypiques. Tout doit être mis en œuvre pour que le délai entre le début des symptômes, la consultation et le rendu des résultats du test soit aussi court que possible (dans les 24 heures), et que les contacts soient identifiés et pris en charge de façon aussi exhaustive et rapide que possible.

DIFFUSION RESTREINTE

Pour cela, des outils de prescription collectifs peuvent être utilisés, à savoir :

- La prescription collective par l'ARS voire l'arrêt de la prescription, avec effet immédiat, mais qui doit être accompagné d'une communication spécifique auprès de la population ciblée ;
- Le bon CNAM, qui permet de sensibiliser la population au niveau individuel, mais nécessite un délai de 3 à 4 jours pour réception du bon via courrier postal.

La pratique généralisée du dépistage doit obligatoirement être accompagnée d'un renforcement des capacités en ressources humaines pour les prélèvements et les analyses au sein des laboratoires, mais également d'une mise à disposition suffisante des équipements de protection individuelle et des kits de prélèvements.

➡ ***Rendre plus accessible les possibilités d'isolement des cas et de mise en quatorzaine des contacts***

Les possibilités d'isolement des cas et de mise en quatorzaine des contacts doivent être renforcées en proposant majoritairement des lieux d'hébergement dédiés, tout en respectant le choix individuel. Le suivi et contrôle actif des personnes en isolement et en quatorzaine doit être assuré par l'ARS.

▪ Protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

A ce niveau des mesures renforcées doivent être mises en place **dans les établissements concernés par un ou plusieurs cas de COVID-19 ou situés dans une zone présentant une reprise épidémique** :

- Priorité de dépistage aux personnes à risque de formes graves ;
- Confinement mis en place pour ces personnes à risque au sein de la zone ;
- La possible réactivation de mesures de limitation des visites ;
- Le renforcement des opérations de dépistage dans les établissements ;
- Le renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels ;
- Le maintien ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire, accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité

▪ Protocole de protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

A ce niveau des mesures renforcées doivent être mises en place **dans les établissements concernés par un ou plusieurs cas de COVID-19 ou situés dans une zone présentant une reprise épidémique :**

- La possible réactivation de mesures de limitation des visites, sur la base du protocole du 20 avril 2020 actualisé au 12 août (« Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection dans les ESMS ») et mis en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé ;

DIFFUSION RESTREINTE

- Le renforcement des opérations de dépistage dans les établissements ;
- Le renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels ;
- Le maintien ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire, accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité.

Protocole à destination des populations en situation de précarité

Le protocole en annexe prévoit les actions à réintensifier en cas de rebond, à un niveau local :

- Poursuivre la mise à l'abri ;
- Garantir une continuité d'activité de l'assistance aux personnes les plus vulnérables (services de première nécessité aux plus démunis -nourriture, hygiène, ainsi que de l'activité des structures de soins et de prévention dans les zones de cluster ;
- Renforcer l'information sur les gestes barrière et l'éducation pour la santé ;
- Renforcer l'accès au matériel de protection ;
- Adapter les pratiques de dépistage et réduire les freins à un isolement ;
- Tenir compte des possibles confinements localisés en matière d'accès aux structures et en matière de continuité des droits acquis.

Protocole « Grandes métropoles »

Les plans de prévention et de protection renforcées applicables aux grandes villes et métropoles, notamment l'Ile de France, en fonction des scénarios doivent prévoir :

Le renforcement de la distanciation physique et les mesures barrières

Les ville et métropoles doivent définir les conditions par lesquelles elles favorisent ce renforcement de la distanciation physique et des mesures barrières dont le respect est plus difficile. Elles doivent aussi préparer une communication pour délivrer une information claire et adaptée afin de pouvoir l'activer le moment venu. Le renforcement de ces mesures déjà largement adoptées par la population nécessite une bonne compréhension des enjeux par la population des villes et métropoles.

L'obligation du port du masque dans l'espace public en fonction de l'état épidémique

L'obligation du port du masque dans des zones métropolitaines est de nature à diminuer la transmission du virus. Il incombe aux autorités territoriales d'en déterminer les conditions d'application pour favoriser une mise en œuvre effective et un haut degré d'adhésion. Il leur appartient aussi d'assurer la disponibilité de masques pour toutes les personnes concernées notamment pour les personnes en situation de précarité, qui devront y avoir accès gratuitement.

DIFFUSION RESTREINTE

Les transports et des activités adaptés à la situation

Dans les transports urbains, le port du masque est déjà obligatoire. Les autorités devront veiller au strict respect de cette obligation. Les plans de poursuite de l'activité des entreprises et administrations devront être mis en œuvre pour favoriser le recours au télétravail autant que possible, et pour permettre l'étalement des horaires de travail afin de limiter l'afflux des passagers aux heures de pointe. Afin d'éviter la circulation du virus d'un territoire à l'autre, les déplacements interurbains devront de nouveau être réduits aux seuls déplacements indispensables.

Des rassemblements réduits et des activités commerciales maintenues

Les rassemblements devront de nouveau être limités de manière importante, y compris les rassemblements à vocation culturelle ou cultuelle. En revanche, le Conseil scientifique n'identifie pas d'intérêt sanitaire supplémentaire à la fermeture des commerces alors que le port du masque devient obligatoire dans l'espace public et qu'un renforcement de la distanciation physique et des mesures barrières deviennent effectifs (cf. protocole 1).

Des mesures barrière adaptées dans les établissements scolaires, les universités et les centres de loisirs

Le port du masque est déjà obligatoire pour les collégiens et les lycéens. Cette obligation doit être étendue aux centres de loisirs, et devra aussi être étendue aux étudiants après la rentrée universitaire. En revanche, le Conseil scientifique ne recommande pas le port du masque pour les enfants d'un âge inférieur à 11 ans. Les données épidémiologiques suggèrent que ces enfants ne font pas de forme grave d'infection à SARS-Cov2 et que la transmission du virus par ces jeunes enfants aux adultes est faible.

Des capacités de « testing » et d'investigation renforcées

Les métropoles amplifient la diffusion du virus et sa maitrise nécessite l'identification rapide et la plus exhaustive possible des cas et de leurs contacts. Un renforcement rapide de la capacité à réaliser des diagnostics virologiques sera nécessaire, accompagné d'une forte mobilisation pour les investigations de type contact–tracing (numérique type StopCovid et/ou humain via les équipes mobiles).

De plus, dans ces métropoles, la stratégie récente menée par plusieurs ARS (Ile-de-France, Hauts-de-France, Rhône-Alpes-Auvergne) de proposer des tests diagnostiques RT-PCR SARS-CoV-2doit être poursuivies et encouragée. Cette stratégie permet en effet d'avoir un nouvel indicateur portant sur des populations en partie précaires et plus éloignées des systèmes de soins.

Le Conseil scientifique recommande que les villes et métropoles dans lesquelles la densité de population est la plus élevée, notamment en Ile de France, et qui sont de ce fait particulièrement vulnérables à la propagation de l'épidémie préparent dès maintenant un plan de prévention et de protection renforcées COVID qu'elles pourront activer si nécessaire soit sectoriellement en cas de cluster notamment à risque, soit à l'échelle de la commune ou de la métropole en

DIFFUSION RESTREINTE

cas de reprise de l'épidémie. Ces plans locaux doivent être partagés voire établis avec les populations pour être facilement activés et acceptés.

- **Protocole de préparation du système de santé**

Les mesures mises en place pour le scénario 1 sont toujours en place et doivent être renforcées :

- Renforcement de la cellule de crise hospitalière et niveau de mobilisation de l'établissement de santé : plan de mobilisation interne (niveau 1) ou plan blanc si besoin (niveau 2) ;
- Renforcement des capacités des SAMU-Centre 15 ;
- Mise en place des filière COVID+ ;
- Montée en puissance des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques.

3.4 Scénario 3 : reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie

- **Protocole de renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale**

➡ ***Recommandations générales***

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1.

➡ ***Au Travail***

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2.

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements de plus de 10 personnes :** Interdits ;
- **Salles des fêtes et polyvalentes :** Fermées ;
- **Colonies de vacances, camps, etc.:** Interdits ;
- **Établissements clos recevant du public :** Fermés ;
- **Célébrations mariage ou funérailles :** Interdits à l'exception des cérémonies funéraires en vertu de l'article 50 du décret n°2020-680 du 10 juillet et des mariages pour motifs impérieux (jauge fixée à 10) ;
- **Convivialités mariages ou funérailles :** Interdits en vertu de l'article 3 du décret n°2020-680 du 10 juillet ;
- -**Discothèques :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1.

➡ ***Déplacements et Transports***

- **Confinement strict** : entrée et sortie interdites dans la zone d'exclusion. Les déplacements sont restreints à l'intérieur d'une zone géographique circonscrite (la taille de celle-ci dépendra de la finesse territoriale des indicateurs retenus) autour du domicile. Une attestation de déplacement pour motifs impérieux, listés dans l'article 50 n°2020-860 du décret, est à présenter ;
- **Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin ;**

DIFFUSION RESTREINTE

- **Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- **Transport public aérien** : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). **Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur ;**
- **Co-voiturage :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- **Taxi :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.

➡ ***Commerces***

- **Commerces (hors marchés en plein air, bars, restaurants, etc.) :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée.
- **Centres commerciaux <70 000m^2 :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée.
- **Centres commerciaux >70 000m^2 :** Fermés
- **Marchés en plein air :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, et en vertu du décret n°2020-860 du 10 juillet, le préfet de département peut interdire ou réglementer l'ouverture des marchés en plein air, si la situation épidémique locale l'exige et que les conditions ne permettent pas le respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants** : En vertu du décret n°2020-680 du 10 juillet, l'accueil du public est limité aux terrasses extérieures et aux espaces de plein air en places assises, aux activités de livraison et de vente à emporter dans les zones oranges.
- **Hôtels et autres hébergements touristiques** : En complément des dispositions prévues pour le scénario 1 et en vertu du décret n°2020-860 du 10 juillet une jauge maximale de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée. En vertu du décret n°2020-680 du 10

DIFFUSION RESTREINTE

juillet, l'activité des restaurants d'hôtels devra être restreinte au room-service.

- **Établissements de thermalismes :** Fermés en vertu du décret n°2020-860 du 10 juillet.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueil du jeune enfant (0-3 ans) :** Cet accueil est organisé avec port du masque entre adultes et en groupes d'enfants qui ne peuvent se mélanger.
- **Écoles et établissements scolaires :** A l'école maternelle, entre les élèves d'une même classe ou d'un même groupe, aucune règle de distanciation ne s'impose, que ce soit dans les espaces clos ou dans les espaces extérieurs. En revanche, la distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.

  Dans les écoles élémentaires, les collèges et les lycées, le principe est la distanciation physique d'au moins un mètre lorsqu'elle est matériellement possible, dans les espaces clos, entre l'enseignant et les élèves ainsi qu'entre les élèves quand ils sont côte à côte ou face à face. Elle ne s'applique pas dans les espaces extérieurs entre élèves d'une même classe ou d'un même groupe. Si la configuration des salles de classe ne permet absolument pas de respecter cette distanciation physique, alors l'espace est organisé de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves et les élèves de plus de 11 ans doivent porter un masque dans la classe. La distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.

  Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.

  Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs.

  Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents ;
- **Enseignement supérieur :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Fermés
- **Gymnases :** Fermés
- **Salles de sport :** Fermées
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement
- **Sports de combat :** Interdits
- **Sports de contact :** Interdits
- **Autres sports collectifs :** Interdits
- **Sports collectifs professionnels :** Interdits

DIFFUSION RESTREINTE

Protocole de renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

Priorisation de la détection des cas asymptomatiques en complément des barnums dépistage (équipes mobiles dédiées).

Prioriser le dépistage

En cas de reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie, en cas de pression sur les capacités de dépistage, une priorité devra être donnée aux personnes symptomatiques et/ou personnes contacts à risque de formes graves, personnes symptomatiques, personnel de santé, EHPAD, OIV, résidents des EMS et établissement pénitentiaire. L'objectif est de rationaliser le dépistage. Dans ce sens, le dépistage aux frontières devra être revu, notamment à la lumière du risque d'importation de nouveaux cas en comparaison avec la circulation de l'épidémie sur le territoire.

Maintenir la pratique généralisée du « testing » en fonction des capacités

La pratique généralisée du dépistage doit être maintenue autant que possible, avec un renforcement des capacités en ressources humaines pour les prélèvements et les analyses au sein des laboratoires, mais également d'une mise à disposition suffisante des équipements de protection individuelle et des kits de prélèvements.

Protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

Le Conseil scientifique préconise qu'une évaluation individuelle du risque soit réalisée par le médecin traitant pour les personnes en ALD, recevant un traitement au long cours, âgée de plus de 65 ans ou qui sont estimées à risque. Cette évaluation doit tenir compte de la pathologie et des traitements reçus, de la situation professionnelle et de la situation géographique (circulation active ou non du virus). Le Conseil scientifique considère que dans l'état actuel des connaissances, le télétravail doit être favorisé pour cette catégorie de personnes mais qu'il est possible en fonction de l'évaluation individuelle du risque d'envisager soit un arrêt de travail soit un travail en présentiel, le médecin du travail devant alors s'assurer que le port du masque chirurgical et les mesures barrières seront strictement respectées sur le lieu de travail. L'employeur devant s'assurer qu'un masque chirurgical est fourni pour chaque période de travail de 4 heures (durée de vie d'un masque).

Pour les personnes de plus de 65 ans ou présentant des facteurs de risque mais n'ayant pas d'activité professionnelle, le Conseil scientifique recommande que dans l'état actuel des connaissances ces personnes évitent au maximum le risque de contamination notamment par des porteurs asymptomatiques en respectant strictement les mesures de distanciations physique et sociale. Ce confinement volontaire consiste donc à limiter au maximum le risque de contagion dans des lieux confinés ou à forte fréquentation. Le port du masque en dehors du domicile est indispensable pour cette catégorie de la population. L'état devra s'assurer que ces personnes pourront bénéficier d'au moins un masque chirurgical par jour afin qu'elles puissent sortir notamment pour faire leurs courses.

DIFFUSION RESTREINTE

Cette protection renforcée doit être accompagnée de mesures spécifiques afin d'inciter ces personnes à respecter les consignes de confinement en en limitant les désagréments. Il peut s'agir de portage de repas, d'aides ménagères à domicile (avec le respect strict des gestes barrière), de mesures de lutte contre l'isolement, etc.

Le rôle des collectivités locales est majeur dans l'élaboration de telles mesures, d'autres plan comme le plan canicule ayant montré leur efficacité.

▪ Protocole de protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

À ce stade, des mesures renforcées doivent être mises en place à une échelle géographique plus large, couvrant a minima un territoire régional :

- **La possible réactivation des mesures d'encadrement des visites et interventions extérieures, sur la base du protocole du 20 avril 2020 actualisé au 12 août (« protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection dans les ESMS ») et mis en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé** ;
- Le maintien du renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels ;
- Le maintien de l'activation ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire (liste des coordonnées indispensables, vérification des stocks, rappel des personnels, coordination avec l'établissement de santé référent dans le cadre des coopérations renforcées), accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité.

  Par ailleurs, les dispositifs d'appui du sanitaire au médico-social seront conservés, et réactivés pour ceux qui ont été arrêtés (intervention dérogatoire des infirmières libérales en sus des SSIAD ou de l'HAD sur prescription du médecin coordonnateur, avec prise en charge financière par l'Assurance Maladie, en sus du forfait soins). L'ARS vérifiera la disponibilité de l'astreinte gériatrique ou handicap territoriale (ou les plateformes « personnes âgées ») et de l'astreinte soins palliatifs ainsi que des équipes mobiles de gériatrie.
- Des opérations de dépistage devront être mises en œuvre à échéance régulière au sein des établissements, en lien avec l'ARS.

➡ *Le renforcement du dépistage systématique et du diagnostic précoce*

Les tests étaient jusque-là réservés aux seules personnes symptomatiques ou au cas contacts (ainsi qu'aux nouveaux professionnelles et nouvelles admissions). Il s'agit de réaliser un « testing » généralisé et séquentiel du personnel des EHPAD. Ainsi il convient de réaliser un test RT-PCR sur écouvillon naso-pharyngé pour les personnes travaillant en EHPAD toutes les semaines ou au moins à échéance régulière en fonction des capacités de tests. Les personnels positifs devront se soumettre à une éviction de 7 jours à partir du dépistage ou de 7 jours avec au moins 2 jours d'éviction sans symptômes si elles deviennent symptomatiques.

Les réserves potentielles en personnel de ces établissements doivent être dès maintenant évaluées par région ou au mieux du département car l'éviction

DIFFUSION RESTREINTE

pourrait concerner un grand nombre de personnels notamment parmi le personnel soignant.

En cas de cas positif parmi le personnel ou parmi les résidents, tous les résidents de l'EHPAD sont testés afin d'envisager précocement la meilleure prise en charge pour ces patients et d'autre part afin de réorganiser la gestion de l'établissement en fonction du nombre de cas positifs parmi les résidents et le personnel.

➡ ***L'encadrement renforcé des visites des familles***

Les visites des familles devront être maintenues avec le respect strict des gestes barrière, si possible dans des zones ventilées ou en extérieur si l'établissement dispose dans le jardin, avec application du protocole de visite du 20 avril 2020 actualisé au 12 août 2020 (« protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection dans les ESMS ») et mis en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé. Ce maintien des visites des familles est essentiel pour éviter les nombreux syndromes de glissement observés lors de la première vague de l'épidémie.

➡ ***La prise en charge anticipée et adaptées des cas***

Les liens avec les structures hospitalières de référence sur le territoire de ces établissements doivent être renforcés contractuellement pour définir les conditions de la prise en charge des cas : transfert dans les services de gériatrie des Établissements de santé, organisation de secteurs COVID- / COVID+, identification de structures d'aval en post-hospitalisation, fourniture de médicaments ou de dispositifs, etc.

Une organisation spécifique doit être anticipée dans le cadre du plan bleu des ESMS sous la responsabilité de l'Établissements hospitaliers et des ARS dès lors que ce plan est activé.

▪ Protocole à destination des populations en situation de précarité

Le protocole en annexe prévoit les actions à intensifier en cas de rebond :

- Poursuivre la mise à l'abri ;
- Garantir une continuité d'activité de l'assistance aux personnes les plus vulnérables (services de première nécessité aux plus démunis -nourriture, hygiène, ainsi que de l'activité des structures de soins et de prévention ;
- Renforcer l'information sur les gestes barrière et l'éducation en santé
- Renforcer l'accès au matériel de protection ;
- Adapter les pratiques de dépistage et lever les réticences à un isolement ;
- Tenir compte des possibles restrictions de déplacements en matière d'accès aux structures et en matière de continuité des droits acquis.

▪ Protocole « Grandes métropoles »

En cas de reconfinement partiel de zones identifiées comprenant des points d'entrée sur le territoire, la problématique des transports internationaux et de gestion des personnes étrangères de passage sur le territoire devra être appréhendée.

DIFFUSION RESTREINTE

Dans ces zones confinées, le transit par la zone sera autorisé, mais les entrées sur le territoire confiné ne pourront être autorisées que sur dérogation pour les personnes résidentes ou les personnes nécessaires à l'activité de la zone.

▪ Protocole de préparation du système de santé

Les mesures mises en place pour le scénario 2 sont toujours en place et renforcées par les mesures suivantes :

- Renforcement de la cellule de crise hospitalière et niveau maximal de mobilisation de l'établissement de santé : activation des plans blancs (niveau 2) et du plan de continuité d'activité (ressources RH) ;
- Mobilisation des SAMU-Centre 15 avec augmentation des capacités de réponse téléphonique (organisation de type service d'accès aux soins ;
- Renforcement des filières COVID+ dans les établissements de santé : circuit dédié patients COVID+ ;
- Arrêt des activités non essentielles dans l'établissement et renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ;
- Suivi quotidien des consommations des stocks d'équipements de protection individuelle et de produits de santé.

3.5 Scénario 4 : reprise généralisée

Tout ou partie du territoire fait face à une reprise de l'épidémie avec quelques territoires où l'épidémie est contrôlée. Ainsi, les mesures de reconfinement localisé doivent se renforcer et les mesures énoncées au scénario 3 s'applique aux territoires impactés. Dans ce scénario, le périmètre défini des territoires impactés fortement par l'épidémie s'élargie (basculement local vers régional/national). **Le recours en cas de nécessité à un reconfinement gradué de tout ou partie du territoire peut être envisagé**.

▪ Protocole de renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

Les mesures mises en place dans les territoires concernés par la reprise de l'épidémie sont similaires à celle énoncées dans le scénario 3. Ainsi, le respect strict des mesures d'hygiène (cf. scénario 1) doit faire l'objet d'une attention particulière ; dans un environnement professionnel, il convient de privilégier le télétravail autant que possible ; les activités sociales et culturelles sont fortement réduites.

- ➡ ***Recommandations générales :*** Respect strict des mesures d'hygiène (cf. scénario 1)
- ➡ ***Au travail :*** Privilégier le télétravail autant que possible, pour les salariés au contact du public le port du masque chirurgical est obligatoire.
- ➡ ***Activités sociales et culturelles :*** Rassemblement interdits dans les territoires concernés ; fermeture des salles des fêtes et polyvalentes ; interdiction des colonies de vacances, camps et activités affiliées; fermeture des établissements clos recevant du public ; interdiction des célébrations mariage ou funérailles à l'exception des cérémonies funéraires ; fermetures des discothèques et des bars.

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ***Déplacements et Transports :***

- Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin ;
- **Confinement strict :** déplacement interdit sauf motifs impérieux ;
- **Transport public aérien** : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). **Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur.**

➡ ***Commerces***

- **Commerces (hors marchés en plein air, bars, restaurants, etc.) :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée ;
- **Centres commerciaux <70 000m^2 :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée ;
- **Centres commerciaux >70 000m^2 :** Fermés ;
- **Marchés en plein air :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, l'ouverture des marchés en plein air peut être réglementée ou interdite, si la situation épidémique locale l'exige et que les conditions ne permettent pas le respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

➡ ***Tourisme :*** Accueil limité dans les bars, cafés et restaurants (cf. scénario 3) ; autres hébergements touristiques fermés ; fermeture des établissements thermalismes.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants :***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Un accueil est organisé pour les enfants des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire et à la continuité de la vie de la Nation et en groupes qui ne peuvent se mélanger de maximum 20 enfants. Cet accueil est organisé dans des conditions permettant le respect des dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Écoles et établissements scolaires :** L'organisation mise en place dans les écoles, les collèges et les lycées doit avoir pour objectif de respecter une distanciation physique d'au moins un mètre entre les personnes (élèves et personnels) dans les espaces clos et extérieurs.

  Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.

  Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lorsque la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie (par exemple lors des déplacements dans les espaces clos et extérieurs).

DIFFUSION RESTREINTE

Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents.
Lorsque ces règles impliquent de réduire le nombre d'élèves pouvant être accueillis, une priorité est donnée à l'accueil des catégories d'élèves les plus fragiles, les élèves en situation de handicap et les élèves de l'éducation prioritaire relevant de classes qui ont d'ores et déjà été dédoublées ainsi qu'aux enfants (écoliers et collégiens) des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire.

Une continuité pédagogique est assurée pour l'ensemble des élèves par le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports ;

- **Enseignement supérieur :** Les établissements d'enseignement supérieur sont fermés. Une continuité pédagogique numérique est assurée et mise en place par les établissements eux-mêmes.

➡ ***Sports :***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Fermés ;
- **Gymnases :** Fermés ;
- **Salles de sport :** Fermées ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement ;
- **Sports de combat :** Interdits ;
- **Sports de contact :** Interdits ;
- **Autres sports collectifs :** Interdits ;
- **Sports collectifs professionnels :** Interdits.

▪ Protocole de renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 3.

▪ Protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 3.

▪ Protocole de protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

➡ ***Le renforcement du dépistage systématique et du diagnostic précoce***

Réaliser un testing généralisé et séquentiel du personnel des EHPAD (hebdomadaire). Les personnels positifs (par définition asymptomatiques) devront se soumettre à une éviction de 7 jours à partir du dépistage ou de 7 jours avec au moins 2 jours d'éviction sans symptômes si elles deviennent symptomatiques.

DIFFUSION RESTREINTE

En cas de cas positif parmi le personnel ou parmi les résidents, tous les résidents de l'EHPAD sont testés afin d'envisager précocement la meilleure prise en charge pour ces patients et d'autre part afin de réorganiser la gestion de l'établissement en fonction du nombre de cas positifs parmi les résidents et le personnel.

- ***Le maintien des visites des familles sauf exception***

  Après échange avec l'ARS et si la situation semble le justifier, les visites des familles et intervenants extérieurs pourront être interdites **pour une durée limitée à 2 semaines afin d'éviter les effets délétères du confinement**. Le protocole du 6 mars 2020 constitue la référence applicable.

- ***La prise en charge adaptées des cas***

  La prise en charge des patients est réalisée au cas par cas en fonction de la situation clinique des patients.

Protocole à destination des populations en situation de précarité

Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 3.

Protocole « Grandes métropoles »

Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2 avec une interdiction stricte des rassemblements.

Protocole de préparation du système de santé

- ***La mise à jour fiable des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue***, de renseigner celle-ci dans le ROR et de se mettre en situation de monitorer au niveau régional son activité. Un reporting national sera effectué chaque jour sur ces capacités des soins critiques par extraction du ROR ou après des ARS non connectées. Une vision nationale consolidée sera transmise aux ARS ;
- ***Une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI)*** en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) **et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les « upgrader », soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;**
- ***La constitution d'un état des lieux régional des équipements biomédicaux*** (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, …) ;
- ***La vérification des stocks d'oxygène médical*** (niveau évaporateur et bouteilles) et de la **disponibilité des autres fluides médicaux** pour faire face à une suractivité ;
- ***Une sensibilisation des établissements au recensement de leur personnel compétent en réanimation*** (médecins, infirmiers) **et soins critiques** en prévision du redéploiement des moyens humains selon les besoins et les normes légales, ainsi des matériels et consommables nécessaires à une potentielle augmentation d'activité des unités de soins critiques. De plus, il est impératif que chaque établissement

DIFFUSION RESTREINTE

s'assure de la mise en œuvre des recommandations d'hygiène pour éviter les contaminations croisées (soignant – patient) ;

- ***La déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente*, et sans préjudice de perte de chance pour les patients. Cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients COVID-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de leur établissement ou en appui des établissements mobilisés par le COVID-19 de leur GHT ou de leur territoire.** Il s'agit également de ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse.
- ***Accélérer les sorties des patients à domicile et libérer de la capacité d'hospitalisation*** : les sites SSR, l'HAD et les EHPAD doivent être pleinement mobilisés ;
- ***Demander aux établissements une stricte actualisation du ROR et un suivi en temps réel de leur capacité d'hospitalisation en réanimation* et plus généralement en soins critiques**.

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLES

Les fiches ci-après, ont pour objet de détailler les actions prioritaires à mettre en œuvre dans chaque protocole en fonction du type de scénario.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE DE RENFORCEMENT DES MESURES BARRIÈRE ET DES MESURES DE DISTANCIATION PHYSIQUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Le respect des gestes barrière est une mesure essentielle de la période post-confinement (cf. avis du conseil 2 juin 2020). Le Conseil scientifique préconisait dans son avis n°7 (2 juin 2020) de revoir la situation à la suite de la période de 6 mois en fonction des éléments nouveaux qui pourraient être portée à notre connaissance (évolution de la situation épidémique et de la recherche.

■ SCÉNARIOS 1 ET 2 : SITUATION SOUS CONTRÔLE AVEC DES CLUSTERS PLUS OU MOINS À RISQUE

■ MESURES DE LIMITATION DE LA CIRCULATION VIRALE EN CAS DE SITUATION SOUS CONTRÔLE

En cas de situation sous contrôle le maintien des gestes barrière dans la population générale doit continuer d'être strictement respecté.

■ SURVEILLANCE DES SITUATIONS D'HYPERPROPAGATION DES LIEUX À RISQUE

Au-delà de la transmission interindividuelle ou secondaire à des contacts avec des surfaces contaminées dans le cadre de l'activité sociale commune, un certain nombre de situations ou événements semblent accélérer de façon très importante la diffusion du virus dans la population et aboutir à des aggravations très rapides de la situation épidémique locale même si celle-ci ne paraissait pas préoccupante.

Ces situations ou événements ont la particularité de cumuler des facteurs de risques épidémiques reconnus et peuvent aboutir à des « **Super Spreaders Events** », situations entrainant une contamination très importante des individus présents et au-delà de l'augmentation ponctuelle des cas, d'accélérations brutale épidémiques (diffusion stochastique).

L'analyse rétrospective de clusters ou d'évènements ayant entrainés ces accélérations épidémiques (abattoirs, discothèques, navires de croisière, rave parties, établissement sociaux d'hébergement et d'insertion), tant au niveau national qu'international, permet de définir des facteurs de risque épidémiques qui lorsqu'ils sont présent, doivent engendrer une vigilance particulière, des mesures préventives renforcées et des réponses précoces et massives aux premières modifications des indicateurs.

DIFFUSION RESTREINTE

Principaux facteurs de risque épidémique des situations ou évènements pouvant engendrer :

Une évaluation des risques devrait être menée au cas par cas, en fonction de chaque type de situation ou d'événement et de ses conditions d'organisation.

Localisation :
- Lieu intérieur/ extérieur (espaces confinés)

Interactions interhumaines :
- Brassage de populations (population de plusieurs bassins de vie)
- Assise : Debout, en mouvement
- Temps d'exposition, dynamique
- Fréquence des contacts

Transmissions indirecte :
- Transfert de contamination à partir des surfaces

Facteurs organisationnels :
- Capacité de réduction du risque par des mesures simples (organisateur, respect des distances, contacts, masques, désinfection des mains et des surfaces contact, gestes barrière)
- Possibilité de faire respecter ses mesures

Facteurs socio-économiques :
- Travailleurs saisonniers, intérimaires notamment dans les abattoirs

En particulier sur les modalité d'hébergement (hébergement collectif en condition de surpopulation), accès aux vestiaires, aux sanitaires. Situation épidémique de la région ou pays d'origine.

Comportement de la population :
- **La population des moins de 40 ans** : Moins à risque de forme grave, souvent porteurs asymptomatiques ils n'ont pas conscience qu'ils peuvent néanmoins être responsable de transmissions secondaire et adoptent des comportements à risque pour la population générale (rupture de la distanciation physique, non-respect des recommandations du port du masque …). Ils sont fréquemment le point de départ des SSE.
- **Milieu festif :** au-delà des difficultés ou de l'impossibilité organisationnelle à respecter les mesures barrières, s'ajoute les effets désinhibiteurs liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Ainsi les campagnes de prévention et les actions de communication doivent cibler préférentiellement cette population.

DIFFUSION RESTREINTE

MESURES DE LIMITATION DE LA CIRCULATION VIRALE EN CAS DE CLUSTERS PLUS OU MOINS À RISQUE

En cas de clusters le maintien de gestes barrière dans la population générale doit être respecté avec un renforcement dans les zones de clusters. L'objectif est de maitriser ces clusters sur le sol national par des mesures importantes. Ainsi, le renforcement des mesures barrières et de distanciation physique devra être mis en place rapidement et de manière localisée.

En fonction de la criticité du cluster, certaines mesures seront mises en place :

- Fermeture des établissements scolaire dans un périmètre restreint ;
- Fermeture des restaurants ;
- Port du masque obligatoire dans les lieux clos et dans les lieux ouverts définis par les autorités locales ;
- Restriction de déplacement pour l'entrée et la sortie du périmètre ;
- Point de vigilance sur les populations à risque (EHPAD) ;
- Point de vigilance sur les populations précaires et défavorisées (rapprochement avec les associations locales notamment).

Partant de la matrice de Johns Hopkins, le SGDSN a proposé d'y coupler un critère d'impact socio-économique. Du strict point de vue sanitaire, en cas de cluster à risque, les secteurs suivants devraient faire l'objet de mesures de fermeture ou de restrictions avec application stricte de mesures barrières dans le périmètre du cluster :

- Grands évènements (intérieur comme extérieur) à interdire ;
- Grands rassemblements professionnels comme privés à interdire (y compris salons, conférences festivals, pèlerinage, meeting, matchs, cérémonies religieuses…).
- Entreprises ayant leurs locaux dans le périmètre du cluster : le télétravail est appliqué drastiquement lorsqu'il est possible. Un dispositif dérogatoire d'arrêt maladie / certificat isolement pourrait être mis en place pour les personnes à risque ne pouvant pas télétravailler ;
- Transport : limitation drastique donc attestation pour motif travail/familial/santé pour se rendre ou sortir du périmètre du cluster;
- Accueil jeune enfant et Établissements scolaires : pour phase de juin/juillet : fermeture par autorité locale en zone cluster.
- Colonies de vacances : à interrompre en cas de cluster à risque ;
- Fermeture des sites touristiques s'ils ont été rouverts entre temps ;
- Loisirs et activités physiques collectives ou en intérieur sont limités ou interrompus.
- Fermeture des cinémas, piscines, bibliothèques; musées et centres commerciaux dans le périmètre cluster.
- Fermeture des plages dans la zone concernée
- Rassemblement limités à 10 personnes dans la zone concernée
- Mise en œuvre de mesures incitatives visant à limiter la fréquentation des espaces publics (créneau horaire par âge, par jour, de type circulation alternée)
- Fermeture établissements ne respectant pas les mesures barrières
- Fermeture des lieux à forte concentration de personnes (marchés forains, lieux touristiques, locations saisonnières etc.)
- Port du masque obligatoire dans les transports collectifs et recommandé partout ailleurs
- Accompagnement des solidarités inter-régionales pour la prise en charge de patients
- Renforcement RH en lien avec les ARS dans les établissements de santé les plus sollicités
- Fermeture de classes ou établissements si un lien avec la propagation du virus est établi

Afin de limiter le risque d'extension géographique de l'épidémie, y compris à des échelons très locaux, des restrictions de déplacement entre zones vertes et zones cluster devront être envisagées dans les deux sens. Cette mesure pourra être d'une particulière efficacité en cas d'identification de clusters en cours d'échappement communautaire mais restreint dans une zone géographique bien définie.

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIOS 3 ET 4 DE REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE : REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

MESURES DE LIMITATION DE LA CIRCULATION VIRALE EN CAS DE REBOND ÉPIDÉMIQUE

En cas de **rebond épidémique ou de deuxième vague épidémique**, des mesures de limitation de la circulation virale en termes d'activités devront être à nouveau mise en œuvre (pour celles qui auront été allégées ou levées) ou des mesures nouvelles devront être introduites. Il est notamment demandé aux ARS de signaler à la Direccte compétente tout cluster en milieu professionnel.

Par ailleurs, une attention particulière sera à porter sur les publics à risque de forme grave de COVID-19 et il est nécessaire d'anticiper la doctrine au regard d'une éventuelle canicule concomitante.

Partant de la matrice de Johns Hopkins, le SGDSN a proposé d'y coupler un critère d'impact socio-économique. Du strict point de vue sanitaire, en cas de rebond épidémique, les secteurs suivants devaient faire l'objet de mesures de fermeture ou de restrictions avec **application stricte de mesures barrières** :

- Grands évènements (intérieur comme extérieur) à interdire ;
- Grands rassemblements professionnels comme privés à interdire (y compris salons, conférences festivals, pèlerinage, meeting, matchs, cérémonies religieuses…).
- Jauge à déterminer en nombre de personnes à fixer – à voir au regard de la décision du Conseil constitutionnel)
- Entreprises : le télétravail est appliqué drastiquement ;
- Transport : limitation drastique donc attestation pour motif travail/familial/santé ;
- Accueil jeune enfant et Établissements scolaires : pour phase de juin/juillet : fermeture par autorité locale en zone rebond si alerte. Pour phase post rentrée scolaire, si deuxième vague revenir à une application de la distanciation physique (limitation du nombre d'élèves, pas d'interactions entre groupes...) ;
- Colonies de vacances : à interrompre en zone de rebond ;
- Fermeture des sites touristiques s'ils ont été rouverts entre temps ;
- Fermeture des activités restauration, cafés, bars, si elles ont été rouvertes, à l'exception des organisations en mode assis avec distanciation physique ;
- Loisirs et activités physiques collectives ou en intérieur sont limités ou interrompus.

Afin de limiter le risque d'extension géographique de l'épidémie, y compris à des échelons très locaux, des **restrictions de déplacement** entre zones vertes et zones de rebond devront être envisagées dans les deux sens. Cette mesure pourra être d'une particulière efficacité en cas d'identification de clusters en cours d'échappement communautaire mais restreint dans une zone géographique bien définie.

Pour raison de nécessité de lieux de rafraîchissement nécessaire en période de canicule avec créneaux réservés aux personnes à risque de forme grave de COVID, selon la situation, il pourra être envisagé :

- Le maintien de l'ouverture des cinémas, piscines, bibliothèques – avec respect distanciation physique ;

DIFFUSION RESTREINTE

Le maintien de l'ouverture des musées et les centres commerciaux, étant des lieux de brassage, ils peuvent être ouverts s'il existe une restriction de déplacements entre zone verte et zone de rebond.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE DE RENFORCEMENT DU TESTER-TRACER-ISOLER

■ SCÉNARIOS 1 ET 2 : SITUATION SOUS CONTRÔLE AVEC DES CLUSTERS PLUS OU MOINS À RISQUE

➡ MESURES DE GESTION SANITAIRE AUTOUR DES SITUATIONS COMPLEXES

Les ARS sont responsables de la coordination du dispositif de contact-tracing et de la mise en œuvre du niveau 3 du dispositif de contact-tracing. A ce titre, elles sont chargées, en lien avec les cellules régionales de santé publique France, de détecter les chaines de transmission et les clusters sur la base :

- Des données du contact-tracing des niveaux 1 et 2 d'une part, notamment des données colligées dans la base « Contact-COVID » de l'Assurance Maladie ;
- De l'analyse via SI-DEP de la distribution spatio-temporelle des cas confirmés d'autre part ;
- Des notifications directement adressées à l'ARS dans le cadre de ses missions d'alerte (par exemple par un médecin, un employeur, un directeur d'école ou d'un établissement médico-social, etc.).

Une chaine de transmission est définie comme au moins 3 cas (1 puis 2 ou 1 puis 1 puis 1) survenant avec des délais entre deux cas cohérents avec une transmission du virus. Un cluster est un épisode de cas groupés défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables dans une période de 7 jours, appartenant à la même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'elles se connaissent ou non.

Il est demandé aux ARS d'assurer une remontée hebdomadaire d'indicateurs de l'activité de contact-tracing de niveau 3 au Centre de crise sanitaire (CCS), avec notamment le nombre de clusters investigués par département, les statistiques sur les nombres de cas et de contacts à risque par cluster (dont les cas hospitalisés et les décès), la typologie des clusters (clusters en écoles, établissements de santé, EMS dont EHPAD, au sein de prisons, rassemblements, en entreprises, etc.), les équipes de terrain mobilisées.

Il est demandé aux ARS d'assurer le signalement au fil de l'eau au CCS de toute situation de cluster nécessitant une intervention de l'ARS, avec le déploiement d'équipes de terrain et la mise en œuvre d'une campagne ciblée de dépistage et/ou faisant l'objet d'une médiatisation significative au niveau national et/ou d'une communication de l'ARS (exemples : cluster non maitrisé en EHPAD ou établissement de santé, cluster au sein d'une collectivité sensible d'un point de vue médiatique, cluster en lien avec un rassemblement pour lesquels les mesures de distanciation physique et sociale n'ont manifestement pas été respectées, etc.).

Les ARS sont par ailleurs chargées d'informer sans délai le(s) Préfet(s) du(des) département(s) concerné(s) de toute situation de cluster afin d'assurer l'information de l'ensemble des services de l'État concernés et des collectivités territoriales et de définir et

DIFFUSION RESTREINTE

organiser les mesures de gestion et de contrôle requises. Pour assurer une réponse rapide, les ARS ont la charge de pré-identifier des équipes de réponse rapide multidisciplinaires, correspondant à des équipes de terrain en charge de la réalisation des investigations épidémiologiques et des campagnes ciblées de dépistage. Les Préfectures apportent un concours organisationnel et logistique au déploiement de ces équipes, et sollicitent le cas échéant l'appui des services partenaires.

Le dispositif de contact-tracing de niveaux 1 et 2 est centré sur le diagnostic et la prise en charge des personnes symptomatiques (symptômes évocateurs de COVID-19) et de leurs personnes contacts à risque (symptomatiques et asymptomatiques). Le dispositif de niveau 3 est quant à lui centré sur l'intervention rapide sur le territoire autour des chaines de transmission et des clusters détectés en grande partie sur la base des données du contact-tracing des niveaux inférieurs. Ce dispositif de niveau 3 doit encore se renforcer, notamment pour détecter les cas de COVID-19 que le dispositif actuel peut difficilement détecter : toutes les personnes dont les symptômes sont très légers, qui ne consultent pas leur médecin et n'entrent pas dans le dispositif de contact-tracing et qui ne sont pas donc pas prises en charge et isolées, et qui continuent à participer à la circulation du virus. La projection d'équipes mobiles sur l'ensemble du territoire pour aller à la rencontre de cette population spécifique, pour mettre en place un dépistage ciblé au-delà de l'emprise même des zones de clusters, est à développer.

■ SCÉNARIOS 3 ET 4 DE REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE : REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

➡ RENFORCEMENT DES MESURES DE DÉPISTAGE, POURSUITE DU CONTACT-TRACING ET DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE QUATORZAINE

En cas de rebond de l'épidémie les mesures devront essentiellement se renforcer autour de la mise en œuvre du dépistage massif dans les zones concernées par la reprise de l'épidémie. L'accroissement du dépistage doit se faire de manière progressive et graduelle, et en cercle concentrique, sur la base des données épidémiologiques, à savoir :

- Dépistage généralisé au niveau des communes et/ou département ;
- Dépistage au niveau des départements voisins ;
- Dépistage sur toute la région.

La montée en charge des opérations de contact-tracing puis d'isolement et de quatorzaine s'en suivront conformément à la procédure décrite dans le MINSANTE n°99.

S'agissant des capacités de dépistage, il peut être envisagé :

- Le renforcement des drives existants,
- La création de nouveau drives en lien avec la collectivité locale et/ou les services de la protection civile pour la logistique, l'armement en logistique, équipe administrative, paramédicale) ;
- La mobilisation des drives de régions avoisinantes ;
- La mise en place des bus mobiles pour du dépistage itinérant qui serait associé à la recherche de cas en porte à porte.

DIFFUSION RESTREINTE

Le dépistage massif sous-entend une activité qui doit être réalisé 7/7j et sans rendez-vous.

En dehors des opérations de dépistage collectif, l'accès au test doit être favorisé même sans consultation médicale préalable ou via des outils de prescription collective ou des bons CNAM.

Pour ce faire, des ressources humaines et logistiques supplémentaires devront être mobilisées, via la sollicitation d'équipes de réponse rapide multidisciplinaires, la réquisition de « drive » au niveau de la zone concernée et des zones avoisinantes. Au niveau des laboratoires, des ressources supplémentaires devront aussi être prévues afin de faire face à l'augmentation du nombre de tests à analyser.

Les activités de dépistage massif devront être accompagnées, pour une meilleure efficacité, d'opérations de sensibilisation et de recherche active des cas au sien des quartiers et lieux de rassemblements, menées par les équipes d'intervention rapides.

Prévoir une communication renforcée pour inviter les gens à aller se faire dépister et leur indiquer où sont situés les lieux de dépistages : affiches, actions d'information par voie de presse, radios locales, réseaux sociaux, et par les élus et sites institutionnels.

Mobiliser les services de santé au travail pour qu'ils relaient les messages des autorités sanitaires auprès des employeurs, des salariés et de leurs représentants.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE DE CONFINEMENT-PROTECTION RENFORCÉ DES PERSONNES À RISQUE DE FORMES GRAVES

Pour préparer la France à la poursuite de l'épidémie et en diminuer les conséquences, le Conseil scientifique a établi, dans son avis daté du 2 juin 2020, 4 scénarios probables prenant en compte la situation actuelle et les connaissances acquises depuis le début de l'épidémie [3]. Ces scénarios permettent d'établir et de proposer des mesures à prendre dans chacune de ces situations. Les mesures doivent être élaborées et mises en œuvre dès maintenant pour être opérationnelles lorsque cela sera nécessaire.

Quel que soit le niveau de risque et alors que l'épidémie n'est pas terminée, les personnes à risque de forme grave devront veiller à l'application rigoureuse des consignes élaborées pour limiter le risque de propagation du COVID-19, parmi lesquelles les principales sont l'application stricte des mesures barrières (lavage des mains, précautions gouttelettes dont port du masque chirurgical systématique, protocoles de désinfection) et des mesures de distanciation physique pour les contacts non indispensables.

Les personnes à risque de forme grave (enfants et adultes) ont été listées dans l'avis du HCSP du 20 avril 2020[4]. Les personnes vivant sous le même toit qu'une personne à risque de forme grave seront soumises aux mêmes recommandations que les personnes à risque. Les personnes en EHPAD et les personnes âgées à domicile font l'objet d'une fiche spécifique.

Une évaluation individuelle du risque devra être réalisée par le médecin traitant pour les personnes en ALD, recevant un traitement au long cours, âgée de plus de 65 ans ou estimées à risque.

L'ensemble des mesures de protection des personnes à risque ont déjà été testées lors de la première phase de confinement. Leur mise en œuvre devrait donc en être facilitée et accélérée. La population est déjà sensibilisée, ce qui rendra l'application des gestes barrière plus facilement compréhensible.

Ce protocole vise à protéger les personnes les plus à risque en fonction de la situation épidémique (hors EHPAD et personnes âgées à domicile), notamment en incitant un confinement volontaire lorsque nécessaire et des mesures d'aménagement de vie quotidienne l'accompagnant.

En cas de reprise localisée ou à bas bruit de l'épidémie l'objectif est de protéger les personnes les plus à risque de forme grave de COVID-19.

La stratégie en cas de rebond épidémique de niveau 1, 2 et 3 se base sur plusieurs mesures qui seront activés prioritairement d'abord au niveau infra départemental, départemental, régional puis en dernier recours national. Le niveau national, qui peut soumettre l'ensemble des personnes à des

[3] L'avis évoque 4 scenarii ; le scénario 2 consiste en la reprise localisée de l'épidémie, le scénario 3 en la reprise à bas bruit . Le cas d'une reprise généralisée et non maîtrisée de l'épidémie. Le conseil scientifique propose un protocole de protection des EHPAD basé sur le triptyque dépistage – Visite des familles – Prise en charge précoce et adaptée.

[4] HCSP. Avis du 20 avril 2020 « Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics »

DIFFUSION RESTREINTE

mesures drastiques au bénéfice d'un faible nombre, ne sera être activé qu'en dernier recours, par exemple en cas de reconfinement total du pays.

■ SCÉNARIO 1 SITUATION SOUS CONTRÔLE

Contexte : Ce scénario repose sur l'hypothèse que la stratégie de contrôle préconisée dans l'avis 6 du Conseil scientifique (mesures barrières, « testing » et « contact-tracing ») est appliquée et maintenue pendant un temps suffisamment long après le confinement. Dans cet avis le Conseil scientifique avait estimé ce temps à 2 mois minimum. L'enjeu de ce scénario est un contrôle de l'épidémie objectivé par la stabilisation des différents marqueurs du suivi épidémique :

- Existence d'un nombre limité de clusters à criticité faible car contrôlés ;
- Des indicateurs qui indiquent que le nombre de cas COVID19 est faible et stabilisé ou en train de diminuer.

Mesures à mettre en place :

- Une communication spécifique à destination des personnes à risque de forme grave doit être menée afin de les inciter à rester vigilantes à une application stricte des gestes barrière et de la distance physique dans leur vie privée et sur leur lieu de travail ;
- Si l'application des mesures barrières est impossible sur le lieu de travail du fait de l'activité, un aménagement du poste doit être proposé en lien avec le service de médecine du travail.

■ SCÉNARIO 2 : CLUSTERS À RISQUE

Contexte : Ce scénario indique une circulation active mais localisée du virus. Afin d'éviter une reprise de l'épidémie au niveau national ces clusters doivent être maitrisés par des **mesures importantes et précoces.** La stratégie à mettre en place a pour but d'éviter des restrictions supplémentaires pour les populations concernées.

A ce niveau, une attention spéciale doit être apportée aux personnes à risque de forme grave.

L'enjeu est de protéger les personnes à risque de forme grave sans les stigmatiser.

Mesures à mettre en place :

- Une communication pédagogique recommandant l'auto-confinement des personnes à risque élevé de forme grave de COVID-19 et les personnes partageant le domicile de personnes à risque de forme grave, conformément à l'avis du conseil scientifique du 2 juin. Cette communication portera à la fois sur les mesures barrière, de distanciation physique et de limitation des contacts ;
- Le port du masque en dehors du domicile est indispensable ;
- Le télétravail doit être favorisé lorsque cela est possible pour les travailleurs à risque de forme grave et les personnes partageant le domicile de personnes à risque de forme grave. Pour les personnes ne pouvant télétravailler, l'évaluation individuelle du risque permettra d'envisager soit un arrêt de travail soit un travail en présentiel avec aménagement du poste de travail, le médecin du travail devant alors s'assurer sur le port du masque chirurgical et les mesures barrières seront strictement respectées sur le lieu de travail. L'employeur devra alors

DIFFUSION RESTREINTE

s'assurer qu'un masque chirurgical est fourni pour chaque période de travail de 4 heures (durée de vie d'un masque) ;

- Les personnes à risque n'ayant pas d'activité professionnel doivent adopter un confinement volontaire ;
- L'éviction scolaire des enfants à risque de forme grave est fortement recommandée ;
- L'attention à porter par les médecins traitants à leurs patients à risque, pour éviter les pertes de chance pendant l'auto confinement, sur leur suivi médical notamment pour les maladies chroniques ; les médecins traitants restent également le 1er maillon du contact-tracing en cas de dépistage d'un COVID-19 chez une personne à risque ;
- Organisation de l'aide au confinement volontaire dans le respect strict des mesures barrières (double port du masque chirurgical) : portage de repas, aides ménagères au domicile, mesures de lutte contre l'isolement, etc. ;
- Un dépistage renforcé pour les aides à domicile : contact-tracing renforcé en cas de dépistage d'un cas même asymptomatique. Ce dépistage permettra de rassurer intervenants comme bénéficiaires pour éviter de trop déprioriser les interventions, comme cela a été le cas lors du confinement.

- **Les registres communaux des personnes fragiles doivent être activés en lien avec les services aux domiciles**, afin de permettre aux collectivités et CCAS de lutter contre l'isolement des personnes auto-confinées et de leur apporter soutien matériel et psychologique ; les collectivités disposent par ailleurs d'un vadémécum sur le site du MSS (https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/rompre-isolement-aines/elus-locaux) leur permettant de monter une cellule de coopération territoriale de lutte contre l'isolement et de réponse aux besoins fondamentaux des personnes âgées (mission Guedj) ;
- Le soutien aux réseaux d'entraide entre pairs doit être favorisé afin de rompre l'isolement social : s'appuyer sur les pratiques de l'accompagnement par les pairs en santé mentale pour organiser dans le secteur du handicap des réseaux de pairs accompagnant reconnus et mobilisables sur les territoires pouvant venir en appui des personnes, de leurs aidants mais également des professionnels ;
- Les plateformes 360 COVID, joignables au 0800 360 360, doivent être mobilisées pour venir en appui aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants, en proposant une réponse coordonnée à leurs besoins d'accompagnement.

■ SCÉNARIO 3 : REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE

Contexte : Le scénario 3 est celui d'une **reprise diffuse de l'épidémie** sur un territoire suffisamment important comme une région ou au niveau national et sans contrôle des chaînes de transmission. Cette reprise de l'épidémie traduit plutôt un relâchement des mesures de contrôle de la circulation du virus par la population permettant une reprise active de la transmission du virus et de façon diffuse. A cette situation de départ, vient s'ajouter la reprise progressive des déplacements inter-régionaux favorisant la dissémination du virus. Cette situation nécessite d'être identifiée suffisamment tôt pour arriver à enrayer la progression de l'épidémie.

Il convient dès lors de confiner localement et de réduire au strict minimum les déplacements de la population de la zone géographique.

A ce niveau, une attention spéciale doit être apportée aux personnes à risque de forme grave.

DIFFUSION RESTREINTE

Mesure à mettre en place :

- Mesures énoncées dans le scénario 2.

■ SCÉNARIO 4 : REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

Contexte : Dans ce scénario, les efforts pour stopper la reprise de l'épidémie (scénario 3) ont échoué. Le nombre de cas continue d'augmenter et on arrive au « moment critique » où, toutes les autres approches ayant échoué, les autorités doivent décider si elles souhaitent instaurer un confinement étendu ou un deuxième confinement national pour éviter le débordement des services de réanimation.

Ce scénario 4 doit absolument être évité mais il ne peut être éliminé d'où l'importance de l'anticiper.

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE DE PROTECTION DES PERSONNES ÂGÉES OU EN SITUATION DE HANDICAP À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

DIFFUSION RESTREINTE

Le présent protocole précise les mesures de protection à mettre en place au sein des ESMS en cas de reprise épidémique, sur la base de différents scénarios élaborés à l'appui de l'**avis n°7 du 2 juin 2020** du Conseil scientifique COVID-19 (CS)[5]. En cas de reprise localisée ou à bas bruit de l'épidémie l'objectif est de protéger les personnes les plus à risque de forme grave de COVID-19, en particulier les personnes âgées et les personnes en situation de handicap à risque de forme grave vivant en communauté. Toutefois, l'aggravation de la situation épidémique ne doit pas conduire à reconfiner totalement les établissements médico-sociaux (ESMS), en raison des risques visibles sur la santé des personnes vulnérables d'un trop grand isolement social pendant une longue durée. Le risque de « glissement » des personnes âgées a ainsi été largement documenté et médiatisé pendant le confinement, ce qui a conduit au fur et à mesure à assouplir les conditions de visite.

La stratégie en cas de rebond épidémique se base sur plusieurs mesures qui seront activées prioritairement d'abord au niveau infra départemental, départemental, régional puis en dernier recours national. Le niveau national, qui peut soumettre l'ensemble des personnes à des mesures drastiques au bénéfice d'un faible nombre, ne sera être activé qu'en dernier recours, par exemple en cas de reconfinement total du pays.

L'ensemble de ces mesures ont déjà été testées lors de la première phase de confinement. Les établissements et services, ainsi que les ARS, en ont donc déjà connaissance. Leur mise en œuvre devrait donc en être facilitée et accélérée. La population est également déjà sensibilisée, ce qui rendra l'application des gestes barrière plus facilement compréhensible, d'autant qu'on respecte, sur les recommandations du Conseil scientifique, la dignité des personnes les plus vulnérables.

L'activation de ces mesures doit faire l'objet d'une consultation préalable systématique du conseil de la vie sociale (CVS) des établissements concernés.

Quel que soit le niveau de risque des ESMS et alors que l'épidémie n'est pas terminée, les établissement devront veiller à l'application rigoureuse des consignes élaborées pour limiter le risque de propagation du COVID-19, parmi lesquelles les principales sont l'application stricte des mesures barrières pour le personnel et les intervenants extérieurs (lavage des mains, précautions gouttelettes dont port du masque chirurgical systématique, protocoles de désinfection) et des mesures de distanciation physique pour les contacts non indispensables.

Si l'ESMS fait appel à des personnels temporaires extérieurs à l'établissement ou à des bénévoles, une attention particulière devra être portée à leur formation aux gestes barrière (ex : formation à distance en ligne) ; des formations régulières du personnel permanent sont également recommandées, étant en tout état de cause utile pour les infections transmissibles de type grippe ou gastroentérite.

[5] L'avis évoque 4 scenarii ; le scénario 2 consiste en la reprise localisée de l'épidémie, le scénario 3 en la reprise à bas bruit . Le cas d'une reprise généralisée et non maîtrisée de l'épidémie. Le conseil scientifique propose un protocole de protection des EHPAD basé sur le triptyque dépistage – Visite des familles – Prise en charge précoce et adaptée.

La surveillance des signes évocateurs de COVID-19 chez les personnes âgées doit perdurer, notamment les signes respiratoires, la fièvre, mais également la perte du goût et de l'odorat, un syndrome confusionnel et les syndromes digestifs.

L'application stricte des mesures barrières par les SSIAD, SAAD et SPASAD (port du masque médical obligatoire pour tous les personnels, lavage des mains, précautions gouttelettes, protocoles de désinfection) et des mesures de distanciation physique pour les contacts non indispensables ; des formations régulières du personnel sont également recommandées, étant en tout état de cause utile pour les infections transmissibles de type infection respiratoire aigüe, grippe ou gastroentérite.

L'ESMS doit vérifier qu'il dispose d'un stock suffisant d'équipements individuels de protection, et notamment de masques. Dans l'attente de la doctrine d'approvisionnement en masques par l'État en crise épidémique, l'ESMS doit s'approvisionner auprès de ses fournisseurs habituels pour constituer un stock de sécurité. L'ESMS peut également s'approvisionner sur la plateforme contrôlée par l'État : https://stopcovid19.fr

■ SCÉNARIO 1 : SITUATION SOUS CONTRÔLE

Les établissements veillent à l'application rigoureuse des consignes élaborées pour limiter le risque de propagation du COVID-19, parmi lesquelles les principales sont l'application stricte des mesures barrières pour le personnel et les intervenants extérieurs (lavage des mains, précautions gouttelettes dont port du masque chirurgical systématique, protocoles de désinfection) et des mesures de distanciation physique pour les contacts non indispensables.

Si l'ESMS fait appel à des personnels temporaires extérieurs à l'établissement ou à des bénévoles, une attention particulière devra être portée à leur formation aux gestes barrière (ex : formation à distance en ligne) ; des formations régulières du personnel permanent sont également recommandées, étant en tout état de cause utile pour les infections transmissibles de type grippe ou gastroentérite.

Une surveillance étroite des signes évocateurs de COVID-19 chez les résidents et personnes accompagnées au sein des établissements doit être assurée, notamment les signes respiratoires, la fièvre, mais également la perte du goût et de l'odorat, un syndrome confusionnel et les syndromes digestifs.

L'ESMS doit vérifier qu'il dispose d'un stock suffisant d'équipements individuels de protection, et notamment de masques. Dans l'attente de la doctrine d'approvisionnement en masques par l'État en crise épidémique, l'ESMS doit s'approvisionner auprès de ses fournisseurs habituels pour constituer un stock de sécurité. L'ESMS peut également s'approvisionner sur la plateforme contrôlée par l'État : https://stopcovid19.fr

Il convient de maintenir une vigilance élevée, et d'intensifier l'investigation épidémiologique afin de lancer au plus vite le contact-tracing. La vigilance reste de rigueur avec l'application des mesures rappelées au début de cette fiche.

Une attention particulière sera portée au cours de la période estivale, sur des résidents en EHPAD qui peuvent être amenés à partir en vacances avec leur famille. **Il est important qu'ils soient testés à leur retour en EHPAD** afin d'éviter une circulation du virus au sein des EHPAD après ces périodes de vacances. Les mêmes modalités doivent être suivies au retour du personnel.

Les établissements et services médico-sociaux sont régulièrement informés par l'ARS de l'évolution de la situation épidémique sur leur territoire, en vue d'anticiper la mise en œuvre de mesures de protection renforcées.

DIFFUSION RESTREINTE

Des opérations de dépistage sont mises en œuvre à échéance régulière au sein des établissements, en lien avec l'ARS. A minima, des tests devront être proposés, dans les établissements pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées accueillant une majorité de personnes à risques de forme grave :

- Aux nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants en établissement, et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
- Aux professionnels de l'établissement au retour des congés ;
- Aux résidents ou salariés présentant le moindre symptôme évocateur ;
- Aux personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission (voir infra).

Les établissements sont invités à anticiper les mesures à mettre en place en cas de dégradation de la situation épidémique. Le Conseil de la vie sociale (CVS) est consulté sur cet exercice d'anticipation.

■ SCÉNARIO 2 : CLUSTERS À RISQUE

A ce niveau des mesures renforcées doivent être mises en place dans les établissements concernés par un ou plusieurs cas de COVID-19 ou situés dans une zone présentant une reprise épidémique :

- **La possible réactivation des mesures d'encadrement des visites et interventions extérieures, après consultation de l'astreinte de territoire** en lien avec les équipes mobiles d'hygiène ou le CPIAS, dans les conditions définies par le protocole du 20 avril 2020 actualisé au 12 août 2020 (« protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection dans ESMS »). Cette décision est prise de manière collégiale et pluridisciplinaire par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur de l'établissement après consultation de l'astreinte du territoire et information obligatoire de l'ARS. Le CVS est consulté. En revanche, l'établissement devra veiller à maintenir au maximum les interventions des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) afin d'éviter la perte d'autonomie pour les résidents. L'ARS peut à tout moment, en fonction de l'évolution épidémique locale, recommander la mise en place de mesures renforcées allant jusqu'au confinement ;
    - Un dépistage généralisé par RT-PCR de tous les professionnels des EHPAD et des établissements pour personnes handicapées accueillant une majorité de personnes à risques de forme grave chaque semaine, entraînant le dépistage de tous les résidents dès le 1er cas positif (symptomatique ou asymptomatique) détecté ;
        - → En fonction des résultats, l'établissement mettra en place les mesures d'éviction du personnel appropriées, le confinement en chambre du résident si le cas est isolé, voire l'identification d'un secteur dédié COVID-19 avec personnel dédié s'il y a plusieurs cas
        - → L'ARS, ainsi que l'astreinte gériatrique sont systématiquement prévenus en cas de résultat positif[6]
    - Le maintien du renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels ;
    - Le maintien de l'activation ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire (liste des coordonnées indispensables,

[6] Ce dispositif devra être adapté par l'ARS en cas d'extension large de la zone de circulation du virus. Si la zone reste infra régionale, les capacités de tests sont suffisantes.

DIFFUSION RESTREINTE

vérification des stocks, rappel des personnels, coordination avec l'établissement de santé référent dans le cadre des coopérations renforcées), accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité qui devra prévoir les méthodes que l'établissement utilisera pour disposer de renforts en personnel (intérim, stages, réserve civique).

Par ailleurs, les dispositifs d'appui du sanitaire au médico-social seront conservés, et réactivés pour ceux qui ont été arrêtés (intervention dérogatoire des infirmières libérales en sus des SSIAD ou de l'HAD sur prescription du médecin coordonnateur, avec prise en charge financière par l'Assurance Maladie, en sus du forfait soins). Ces dispositifs permettent de sécuriser la prise en charge médicale des résidents (notamment par la télémédecine) et d'apporter les conseils, en termes d'hygiène (CPIAS) ou de conseil gériatrique. L'ARS vérifiera la disponibilité de l'astreinte gériatrique ou handicap territoriale (ou les plateformes « personnes âgées ») et de l'astreinte soins palliatifs ainsi que des équipes mobiles de gériatrie.

■ SCÉNARIO 3 : REPRISE À BAS BRUIT DE L'ÉPIDÉMIE

A ce stade, des mesures renforcées doivent être mises en place à une échelle géographique plus large, couvrant a minima un territoire régional :

- **La possible réactivation des mesures d'encadrement des visites et interventions extérieures, après consultation de l'astreinte de territoire** en lien avec les équipes mobiles d'hygiène ou le CPIAS, dans les conditions définies par le protocole du 20 avril 2020 actualisé au 12 août (« Protocole relatif au renforcement des mesures de prévention et de protection dans les ESMS »). Cette décision est prise de manière collégiale et pluridisciplinaire par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur de l'établissement après consultation de l'astreinte du territoire et information obligatoire de l'ARS. Le CVS est consulté. En revanche, l'établissement devra veiller à maintenir au maximum les interventions des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) afin d'éviter la perte d'autonomie pour les résidents. L'ARS peut à tout moment, en fonction de l'évolution épidémique locale, recommander la mise en place de mesures renforcées allant jusqu'au confinement ;

    - Le maintien du renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels ;
    - Le maintien de l'activation ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire (liste des coordonnées indispensables, vérification des stocks, rappel des personnels, coordination avec l'établissement de santé référent dans le cadre des coopérations renforcées), accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité qui devra prévoir les méthodes que l'établissement utilisera pour disposer de renforts en personnel (intérim, stages, réserve civique).

Par ailleurs, les dispositifs d'appui du sanitaire au médico-social seront conservés, et réactivés pour ceux qui ont été arrêtés (intervention dérogatoire des infirmières libérales en sus des SSIAD ou de l'HAD sur prescription du médecin coordonnateur, avec prise en charge financière par l'Assurance Maladie, en sus du forfait soins). Ces dispositifs permettent de sécuriser la prise en charge médicale des résidents (notamment par la télémédecine) et d'apporter les conseils, en termes d'hygiène (CPIAS) ou de conseil gériatrique. L'ARS vérifiera la disponibilité de l'astreinte gériatrique ou handicap

DIFFUSION RESTREINTE

territoriale (ou les plateformes « personnes âgées »), de l'astreinte soins palliatifs, des équipes mobiles de gériatrie et autres dispositifs d'appui aux établissements.

Des opérations de dépistage de l'ensemble des professionnels des établissements devront être mises en œuvre à échéance régulière, en lien avec l'ARS. De surcroît, des tests devront être systématiquement proposés, dans les établissements pour personnes âgées et dans les établissements pour personnes handicapées accueillant une majorité de personnes à risques de forme grave :

- Aux nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants en établissement, et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
- Aux professionnels de l'établissement au retour des congés ;
- Aux résidents ou salariés présentant le moindre symptôme évocateur ;
- Aux personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission.

■ SCÉNARIO 4 : REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

En plus des mesures de niveau 1 et 2, **il est important qu'à ce stade les établissements du territoire prennent l'attache sur une base bi hebdomadaire** de l'astreinte gériatrique du territoire et de la délégation départementale pour réévaluer la situation et permettre d'ajuster au mieux la réponse à la situation épidémique.

A ce niveau, il est nécessaire d'augmenter la protection des établissements pour personnes âgées et des établissements pour personnes handicapées accueillant une majorité de personnes à risques de forme grave.

Il est donc proposé, dans les situations où le protocole du 20 avril actualisé au 12 août ne serait pas de nature à permettre de protéger les résidents, d'encadrer plus strictement les visites dans ces établissements en mettant en œuvre, <u>sur autorisation de l'ARS et pour une durée limitée afin de ne pas dégrader le bénéfice / risque au détriment des résidents</u>, le protocole de confinement du 6 mars 2020 (interdiction de toutes visites et sorties, suppression des interventions paramédicales sauf urgence)**. Cette durée pourrait être limitée à 2 semaines**. D'autres mesures pourront être prises en cohérence avec l'intensité des mesures prises en population générale, afin de pas stigmatiser les personnes âgées et leur laisser une capacité à décider de leur risque.

Dans les autres établissements pour personnes en situation de handicap, la mise en œuvre de mesures de protection renforcées s'appréciera, en lien avec l'ARS, en fonction de l'intensité de la circulation du virus et du profil des personnes accueillies.

S'agissant des établissements d'externat pour personnes en situation de handicap, leur fermeture temporaire ne pourra être mise en œuvre que sur consigne des autorités sanitaires, et à condition :

- D'organiser en amont la continuité de l'accompagnement à domicile par la mise en place d'une réponse graduée selon les besoins : appels téléphoniques (niveau 1), interventions à domicile quand la personne /la famille le souhaitent (niveau 2), etc. ;
- De renforcer le pilotage territorial et de s'assurer par tout moyen de la mise en œuvre de cet accompagnement ;

DIFFUSION RESTREINTE

- De maintenir, par territoire, au moins une structure ouverte permettant la mise en place d'accompagnements personnalisés (en 1 pour 1)[7] sur site, permettant le recours à un plateau technique et un répit pour les aidants, dans le respect des consignes sanitaires.

DIFFUSION RESTREINTE

[7] Voir Consignes et recommandations relatives aux accompagnement personnalisés hors du domicile pour les enfants et adultes en situation de handicap du 29 avril 2020.

PROTOCOLE À DESTINATION DES POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Du fait de comorbidités importantes et d'un environnement de vie inadapté à un isolement de qualité et une prise en charge ambulatoire, les personnes sans domicile, à la rue ou en hébergement, nécessitent des actions spécifiques en réponse à l'épidémie de coronavirus.

La levée progressive des mesures de confinement s'est accompagnée d'une nouvelle stratégie de test, de suivi des contacts et d'isolement.

Des recommandations spécifiques ont été diffusées aux ARS, aux préfectures, aux structures de santé et aux responsables de structures de veille sociale, d'hébergement ou d'accueil de jour, d'aide alimentaire, tous mobilisés auprès des personnes en situation de précarité afin :

- D'organiser la reprise des activités en tenant compte des contraintes spécifiques au déconfinement ;
- De prévenir la contamination des personnels et personnes accueillies, et assurer l'accès aux soins aux personnes ayant le COVID-19.

Ainsi, des fiches spécifiques à destination des maraudes, des acteurs intervenant auprès des gens du voyage, des foyers de travailleurs migrants, des acteurs de l'hébergement et du logement, des acteurs de l'aide alimentaire, des structures médico-sociales et des structures de prévention et de prise en charge accueillant les publics en situation de précarité ont été diffusées.

■ SCÉNARIO 1 : SITUATION SOUS CONTRÔLE

➡ RENFORCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES BARRIÈRE À MAINTENIR

Information des personnes

Des outils et affiches multilingues et faciles à lire et à comprendre (FALC) concernant notamment les mesures barrières ont été mis à disposition des acteurs. Les messages de prévention développés par Santé publique France sont traduits en près de 25 langues (ou en cours de traduction). L'information est également délivrée aux personnes lors des passages des maraudes, ou par l'organisation de séances d'information en petit groupe dans les structures d'hébergement, dans le respect des consignes sanitaires. La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé a élaboré des ressources et modalités d'interventions collectives à destination des professionnels concernés par l'accompagnement du déconfinement et de ses suites auprès de publics spécifiques, dont les publics vulnérables, en particulier des fiches opérationnelles d'animation.

Organisations des acteurs permettant un respect par les personnes en situation de précarité des mesures barrières et distanciation physique.

Les acteurs se sont organisés pour faciliter la mise en œuvre des mesures barrières :

DIFFUSION RESTREINTE

- Affichage des mesures barrières ;
- Organisation pour mise en œuvre de la distanciation physique dont le cas échéant, marquage au sol ;
- Mise à disposition de solution hydro alcoolique ;
- Aération des locaux ;
- Nettoyage et désinfection des locaux.

Accès aux masques

L'État dispose de masques grand public à destination des personnes en situation de précarité. Leur distribution est organisée jusqu'au 31 août 2020 localement par les préfets, en lien avec les collectivités (CCAS, CIAS, CD) (*cf*. Circulaire interministérielle du 6 mai 2020 sur l'organisation de la distribution de masques). Les structures d'hébergement et de logement adapté ont été approvisionnées, soit par l'État selon différentes modalités, soit financées pour s'approvisionner sur le marché, en masques afin d'équiper leurs personnels.

À compter du 1er septembre, les associations de l'hébergement d'urgence, de la veille sociale et du logement adapté acquerront directement les masques pour leurs personnels et les usagers qu'ils accueillent.

Les établissements médico-sociaux accueillant les personnes précaires (LAM, LHASS, ACT, CSAPA et CAARUD) approvisionnés actuellement via les plateformes des GHT vont à compter de début septembre s'approvisionner en masques et seront financées pour cela.

➡ MISE À L'ABRI À POURSUIVRE

L'accompagnement adapté des personnes précaires, en particulier des personnes à la rue ou hébergées dans les dispositifs d'urgence généralistes ou de l'asile, a été une priorité tout au long du confinement et du déconfinement. Les mesures prises permettent donc d'envisager avec recul la préparation à une seconde vague. La fiche présente les dispositifs qu'il s'agit de préserver et les quelques modifications à y apporter en cas de rebond.

La mise à l'abri des personnes précaires s'est poursuivie (circulaire hébergement d'urgence et logement d'abord, circulaire du 3 juin 2020, courrier du ministre chargé de la ville et du logement du 2 juillet 2020) en phase de déconfinement. Les personnes hébergées sur ces places exceptionnelles doivent se voir proposer une solution de relogement ou d'hébergement, et à défaut restent dans la structure afin de ne pas risquer de les fragiliser si l'épidémie reprenait avant la fin de l'année.

En outre, l'amplification du Logement d'abord sera au cœur de la relance, avec des objectifs de relogement pour l'année 2020 précise dans la circulaire du 3 juin.

L'effort de mise à l'abri s'est accompagné d'une intensification de l' « aller vers » pour les personnes en campement, bidonvilles ou grands exclus.

Les maraudes ont été avisées, lors de leur passage auprès d'une personne sans domicile et en accord avec la personne, de transmettre au SIAO une demande d'hébergement pour permettre aux personnes à la rue d'être orientées vers un lieu d'hébergement (hôtels, centres VVF…) prévu pour les personnes à la rue non malades ou ne présentant pas de symptôme du virus COVID-19.

DIFFUSION RESTREINTE

■ SCÉNARIOS 2, 3 ET 4 DE : CLUSTERS À RISQUE : REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE, REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

➡ INTENSIFICATION LOCALE OU GÉNÉRALISÉE DU RENFORCEMENT DES GESTES BARRIÈRE

Information des personnes

Intensification des mesures prises dans le scénario 1.

Organisations des acteurs permettant un respect par les personnes en situation de précarité des mesures barrières et distanciation physique.

Une instruction a été diffusée le 27 mars 2020 sur la prise en charge et le soutien des populations précaires face à l'épidémie du COVID-19 à l'attention des Préfets comportant un volet relatif à l'accès à l'eau, aux sanitaires et aux produits d'hygiène. **En cas de rebond, cette circulaire sera réactivée, avec le soutien des collectivités territoriales.**

Accès aux masques

En cas de rebond, l'État garantira la continuité de l'approvisionnement.

➡ ACCÈS AUX DROITS À GARANTIR

Le confinement, rendant plus compliquées les démarches nécessaires au renouvellement d'un certain nombre de droits sociaux, l'ordonnance n°2020-312 du 25 mars 2020 a prévu la prolongation des droits à la protection complémentaire en matière de santé expirant entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020. Ainsi :

- Les contrats de complémentaire santé solidaire (C2S) arrivant à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet sont prolongé de 3 mois à compter de leur date d'échéance ;
- Les contrats d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) arrivant à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet sont prolongés jusqu'au 31 juillet 2020 ;
- Les droits à l'AME arrivant à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet sont prolongés de 3 mois à compter de leur date d'échéance et l'exigence de dépôt physique en caisse d'assurance maladie des primo-demandes d'AME est levée jusqu'au 31 juillet.

Cette ordonnance a également prévu des mesures assurant la prolongation des droits aux minima sociaux. Ainsi :

- Les bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH dont les droits à leur allocation n'ont pu être renouvelés avant le 12 mars ont vu leur droit prolongé pendant six mois à compter de cette date. Ceux dont les droits ont expiré entre le 12 mars et le 31 juillet ont également bénéficié d'une prolongation de leur droit pendant cette même durée.
- Les bénéficiaires du RSA et de l'AAH dans l'incapacité de renouveler auprès de leur CAF ou de leur caisse de MSA, leur déclaration trimestrielle de ressources, nécessaire au maintien de leur allocation, ont vu le versement de leur prestation automatiquement renouvelé. Ce mécanisme a été mis en place à compter du 12 mars pour une durée de six mois.

DIFFUSION RESTREINTE

Les personnes inscrites dans un parcours de sortie de la prostitution et les bénéficiaires de l'AFIS dont les parcours et les droits ont expirés entre le 12 mars et le 31 juillet ont bénéficié d'une prolongation de ces derniers également pour une durée de 6 mois.

En cas de reprise (scénarios 2, 3 et 4), des mesures de continuité d'accès aux droits devront être prises, notamment dans des zones qui feraient l'objet de mesures de limitation des déplacements.

➡ CONTINUITÉ D'ACTIVITÉ À GARANTIR

En cas de rebond, la continuité des activités d'assistance aux personnes les plus vulnérables est indispensable à la continuité du pays en particulier celles garantissant l'octroi de services de première nécessité aux plus démunis (nourriture, hygiène, soins), ainsi que les structures de soins et de prévention (qu'il s'agisse des PASS, des PMI, des LAM, LHSS et ACT, des CEGIDD, CSAPA, CAARUD, CLAT et des associations intervenant auprès des publics vulnérables, ainsi que des structures d'interprétariat en santé).

Afin de renforcer les équipes des structures, des missions de volontariat ont été déployées via des plateformes la plateforme de mobilisation citoyenne comme https://covid19.reserve-civique.gouv.fr/ ou jeveuxaider.gouv.fr. Ces appels à volontaires devront être ré-intensifiés en cas de rebond (scénarii 3 et 4 en particulier).

Les fiches sur la continuité d'activité et les missions essentielles pourront être rediffusées en cas de rebond.

➡ INTENSIFICATION LOCALE OU GÉNÉRALISÉE DE LA MISE À L'ABRI

En cas de rebond, il s'agira de réintensifier les maraudes et équipes mobiles pour poursuivre les mises à l'abri (cf. scénario 1).

➡ TESTER-TRACER-ISOLER POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Identification précoce des personnes présentant des symptômes évocateurs de COVID-19

Les personnes présentant des signes évocateurs de COVID-19, doivent faire l'objet sans attendre de mesures d'isolement et de protection, d'une évaluation médicale, et d'un prélèvement pour confirmation biologique. Santé publique France a diffusé une fiche adaptée sur la stratégie TESTER-TRACER-ISOLER.

- **Information sur la conduite à tenir en cas de survenue de signes évocateurs de COVID-19**

  Des outils et affiches multilingues et faciles à lire et à comprendre (FALC) sont tenus à disposition des acteurs, et concernent notamment les signes et la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes. Un affichage est préconisé dans les centres d'hébergement, les lieux de passage des populations concernées, ainsi qu'une distribution des outils par les acteurs intervenant auprès des personnes.

DIFFUSION RESTREINTE

L'information est également délivrée aux personnes lors des passages des maraudes, ou par l'organisation de séances d'information en petit groupe dans les structures d'hébergement, dans le respect des consignes sanitaires.

- **Repérage actif des personnes présentant des signes de COVID-19**

  En complément, un repérage actif des personnes présentant des symptômes est réalisé :

  → Par les équipes de maraudes, médiation sanitaire, etc. lors de leur passage auprès des personnes à la rue, en campement, en squat, en bidonville
  → Par les personnels des accueils de jour, des structures d'hébergement (y compris LAM/LHSS/ACT/CSAPA) et des logements adaptés, par une interrogation régulière des personnes accueillies.

Confirmation du ou des premiers cas

- *Quel médecin pour intervenir auprès des personnes en situation de précarité ?*

  Il est recommandé de contacter immédiatement le Centre 15 si lorsqu'une personne présente des difficultés à respirer ou fait un malaise.

  En l'absence de signes de gravité :

  → Pour les personnes accueillies par une structure d'hébergement disposant d'un médecin (ex LAM, LHSS, ACT), l'évaluation est conduite par le médecin de la structure.
  → Pour les autres, une évaluation par un médecin de premier recours, dans le cadre du droit commun est privilégiée. Ainsi, en l'absence de médecin traitant ou de médecin travaillant habituellement avec l'équipe de maraude ou la structure d'hébergement, il est recommandé d'identifier préalablement l'offre médicale locale : centres de santé, centres COVID (l'Assurance Maladie a également 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).
  → En complément, en fonction des territoires, des organisations spécifiques ont été mises en place pour intervenir auprès des personnes en situation de précarité présentant des signes de COVID-19 (équipe sanitaire mobile dédiée, identification de PASS référente, recours à l'équipe sanitaire d'un centre d'hébergement spécialisé pour malade du COVID-19). Si elles ont été désarmées, ces organisations devront être réactivées.

Les ARS appuient les structures d'hébergement et les équipes de maraudes et de médiation sanitaire du territoire pour l'identification d'un médecin de proximité, d'un centre ambulatoire COVID-19, d'une PASS, ou d'une équipe sanitaire mobile départementale pouvant intervenir à leur demande en cas de survenue d'un cas possible (ex diffusion d'un annuaire des PASS, diffusion des coordonnées et modalités de contact d'une équipe sanitaire mobile, etc.).

DIFFUSION RESTREINTE

- **Organisation pour la réalisation du test RT-PCR**

  Suite à l'évaluation médicale, les personnes doivent être testées dans les meilleurs délais. La liste des laboratoires en mesure de réaliser le dépistage par RT-PCR est disponible sur le site du ministère de la santé et des solidarités : https://sante.fr/recherche/trouver/DepistageCovid). La réalisation, l'acheminement et l'analyse du prélèvement sont sous la responsabilité du laboratoire.

  Ainsi, il est recommandé :

  → Pour les personnes accueillies par une structure d'hébergement : pour la structure, d'identifier et de prendre contact avec un laboratoire de proximité qui pourra organiser le prélèvement sur place, l'acheminement des échantillons, le retour des résultats. Le prélèvement doit être réalisé sur place dès que les conditions le permettent.
  → Pour les personnes à la rue ou dont l'environnement ne permettrait pas un prélèvement sur place, l'ARS pourra identifier des lieux où les personnes peuvent bénéficier d'un prélèvement rapide (ex : laboratoire volontaire, centre de prélèvement ad 'hoc, PASS, CHS), et en informer largement les professionnels de santé amenés à intervenir auprès de ces publics.
  → Les résultats des tests seront enregistrés par les laboratoires dans le système d'information pour le dépistage du COVID-19, SI-DEP.

- **Contact-tracing et dépistage suite à l'identification d'un cas de COVID-19**

  Lorsqu'un cas est confirmé, il convient de déclencher la procédure de contact-tracing (CT) le plus rapidement possible. Pour rappel, l'inscription dans la procédure de contact-tracing (identification des personnes contacts à risque) et la possibilité de révéler l'identité du cas lors de l'interrogatoire des personnes contacts se fait avec le consentement de la personne.

  Dans les structures collectives, comme ailleurs, la mise en œuvre du contact-tracing est une nécessité épidémiologique mais elle doit s'opérer dans des conditions spécifiques, tenant compte des besoins et volontés des personnes hébergées.

  Lorsque la personne confirmée a donné son accord, les contacts à risque sont identifiés et sous réserve de son accord à l'information du responsable de structure, les agents en charge du contact-tracing peuvent demander à la structure de de préparer une matrice de contacts, comportant les noms, prénoms, date de naissance et NIR (ou NIR fictif pour les personnes qui n'en ont pas) des personnes accueillies et des personnels intervenant dans la structure d'hébergement, en précisant le niveau de contact de chaque personne avec le cas (ex : même chambre, même secteur de vie, participation à des activités communes, etc.).

  S'il n'est pas donné, l'ARS propose un dépistage sur la base du volontariat des personnes de la structure collective (c'est-à-dire indépendamment de la définition des contacts à risque).

DIFFUSION RESTREINTE

- **Personne en charge du contact-tracing (CT)**

  Le CT est assuré :

  → Par le médecin ou l'équipe sanitaire qui a fait le diagnostic du/des premiers cas, pour les personnes contacts au sein du même « foyer » (niveau 1) ; la notion de « foyer » peut apparaître complexe ; en structure collective ou dans un campement, l'essentiel de la démarche repose donc sur la qualité de l'analyse in situ des contacts au sein de l'établissement ou sur le campement (lieux de vie partagés, chambre/dortoir/tente) ;
  → Par les plateformes territoriales de l'assurance maladie pour les personnes à l'extérieur du « foyer » (niveau 2) ;
  → Par les ARS en lien avec Santé publique France en région (éventuellement en lien avec d'autres acteurs en fonction des organisations locales) pour certains établissements et les situations complexes (niveau 3) qui pourront donner lieu à un dépistage élargi.
    - *Dès la survenue du premier cas* dans les structures suivantes : établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (centres d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, foyers de travailleurs migrants, centres d'accueil pour demandeurs d'asile) ; structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe (Lits halte soins santé et Lits d'accueil médicalisés).
    - À partir de 3 cas, ou lorsqu'un cas a eu plus de 10 contacts à risques dans des mêmes circonstances dans les autres structures ou communautés

- **Signalement à l'Assurance Maladie et à l'ARS**

  Le signalement déclenchant l'intervention de l'Assurance Maladie et de l'ARS ne repose pas sur les équipes sociales / médico-sociales. Les plateformes de l'Assurance Maladie sont informées automatiquement suite à l'enregistrement du cas dans le télé-service « Contact COVID » d'Amelipro par le médecin ayant pris en charge le cas ou les premiers cas, après accord de la personne. Le signalement de la situation à l'ARS est fait directement par les plateformes de l'Assurance Maladie, selon les critères définis supra.

- **Contacts concernés par un dépistage par RT-PCR**

  Pour les personnes qui ne sont pas accueillies dans une structure d'hébergement collectif, les contacts à risque (cf. définition encadrée ci-dessous) sont concernés par un dépistage par RT-PCR :

  → Pour les personnes partageant le même « foyer » : test dès que possible, et/ou dès l'apparition de symptômes ;
  → Pour les personnes en dehors du foyer : test à J7 du dernier contact avec le cas si toujours asymptomatiques et/ou dans une structure d'hébergement collectif.

  Un dépistage élargi peut être décidé par l'ARS au sein de la communauté concernée.

  Pour les situations survenant dans une structure d'hébergement collectif :

DIFFUSION RESTREINTE

- → Tous les personnels de la structure (travaillant au sein d'un même lieu) sont concernés par le dépistage par RT-PCR : test dès que possible, et/ou dès l'apparition de symptômes ;
- → Parmi les personnes accueillies dans la structure : les contacts à risque sont concernés par un dépistage par RT-PCR. Une décision de dépistage élargi pourra être prise par l'ARS en accord avec la direction de la structure.

Une prescription collective pourra être réalisée par un médecin désigné par l'ARS. Le rendu des résultats reste individuel. En structures collectives, la notion de « lieu de vie » (notion de « foyer » dans la doctrine de contact-tracing) est appréciée par l'équipe en charge du CT au regard de la configuration des locaux, des habitudes de vie de la personne ; le lieu de vie pourra s'entendre des chambres/dortoirs/espaces de vie partagé.

- **Levée de tout frein financier**

La prise en charge à 100% des tests quelle que soit la couverture maladie des personnes permet de lever les obstacles à la réalisation des tests dans un laboratoire de proximité. De même les consultations d'annonce post dépistage et de contact tracing sont intégralement prise en charge par l'assurance maladie afin de lever tout frein financier éventuel au respect des mesures visant à « casser » les chaines de contamination. Les personnes sans droits à la protection universelle maladie (PUMa) sont également intégrées à cette stratégie de dépistage et de suivi des chaînes de contamination. Lorsqu'elles sont prises en charge individuellement, un NIR fictif permet au laboratoire d'analyse médicale et au pharmacien de facturer le test de dépistage et les masques prescrits de manière à garantir leur prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque ces personnes sont prises en charge en structures collectives, la prise en charge à 100% des tests est également garantie.

- **Modalités d'isolement et de quatorzaine des cas et des personnes contacts à risque**

Isolement et suivi des personnes atteintes de COVID-19

- **Lieu de prise en charge**

En fonction de la situation clinique du patient et de ses comorbidités, le médecin propose :

- → De l'orienter vers un établissement de santé pour une prise en charge en hospitalisation ;
- → De maintenir le patient sans signes de gravité sur son lieu de vie, si les conditions le permettent (isolement possible en chambre individuelle, ou un secteur dédié, absence de personnes à risque de forme grave dans l'entourage, capacité à respecter et à comprendre les précautions recommandées dans le cadre de l'isolement : isolement, hygiène respiratoire (protection contre la toux), hygiène des mains) ;
- → De l'orienter avec son accord vers un centre d'hébergement spécialisé (CHS) ou pour les personnes en logement inadapté à la quatorzaine (suroccupation) vers des places d'hébergement en hôtel (ou équivalent)

DIFFUSION RESTREINTE

mobilisées par les cellules territoriales d'appui à l'isolement sous l'égide des préfets.

Afin d'atténuer les conséquences des isolements et des quatorzaines : les places en hébergement sont gelées pour les personnes orientées vers un CHS.

Lorsqu'une personne à la rue/campement/bidonville souhaite rester dans son milieu de vie, il convient :

- → De lui réexpliquer les avantages de la prise en charge proposée et les risques encourus afin de lever les résistances ;
- → De recueillir les numéros de téléphone des personnes qui en sont d'accord, pour effectuer une veille téléphonique ensuite (notamment pour surveiller l'évolution de l'état de santé);
- → De lui indiquer qu'un couchage seul, le port du masque et la limitation des contacts est recommandée pour éviter de transmettre la maladie ;
- → De lui indiquer les situations nécessitant l'appel du Centre 15 et d'organiser, lorsque cela est possible, le passage régulier d'un infirmier et un avis médical à J 6-8.

Lorsque l'isolement concerne une personne en famille, la séparation avec les autres membres de la famille ne doit pas être imposée. Les recommandations pour limiter le risque de transmission intrafamilial doivent être rappelées.

- **Suivi médical**

Pour les personnes qui ne sont pas hospitalisées, le suivi médical est organisé par le médecin qui a fait le diagnostic ou l'équipe sanitaire du CHS, conformément aux lignes directrices pour la prise en charge ambulatoire des malades COVID-19 (auto-surveillance avec programmation d'une consultation à J6-J8, télésurveillance, suivi par un infirmier).

Une hospitalisation à domicile (HAD) peut intervenir dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Dans ce cas, les conditions d'accès à l'HAD ont été assouplies : il n'est plus nécessaire de signer une convention entre le centre d'hébergement et la structure d'HAD pour que celle-ci intervienne (un simple protocole suffit).

- **Durée de l'isolement**

La personne devra rester en isolement jusqu'à sa guérison (à partir de 8 jours après la date de début des symptômes (ou à partir de 10 jours pour les personnes à risque élevé de faire une forme grave de la maladie) ET 48 heures d'apyrexie et sans dyspnée. L'isolement est de 10 jours après un test positif pour les cas asymptomatiques, avec respect des mesures barrières ensuite.

Quatorzaine des personnes contacts à risque

- **Lieu de quatorzaine**

Les contacts pourront :

- → Être isolés sur leur lieu de vie (chambre seule, ou secteur dédié à l'accueil des contacts dans une structure d'hébergement) ;

DIFFUSION RESTREINTE

→ Si la structure n'est pas en capacité d'assurer une quatorzaine des personnes contacts dans ses locaux (chambres ou secteurs d'isolement insuffisants), être orientés vers un CHS si celui-ci est organisé pour cela (cf. ci-après) ou un lieu d'accueil temporaire avec le concours de la CTAI.

En tout état de cause, si un choix est à faire, il est recommandé de privilégier l'orientation des personnes COVID + vers le CHS et d'isoler sur place les personnes-contacts dans un secteur dédié

- **Suivi des contacts**

  Le suivi sanitaire des personnes contacts inclut une surveillance de la température et de la survenue de symptômes, et la réalisation de tests de dépistage comme décrit plus haut. L'acteur qui a réalisé le contact-tracing est chargé d'organiser un suivi actif et régulier des personnes contacts à risque en lien avec la structure.

- **Cas d'allégement possible de la quatorzaine**

  Les contacts sont isolés 14 jours à compter du dernier contact avec un cas confirmé pendant la période de contagiosité. Un allègement des mesures de quatorzaine (sorties limitées autorisées avec port du masque chirurgical obligatoire, pas d'utilisation des transports en commun, pas de contact avec des personnes à risque de forme grave de COVID-19, pas de travail en présentiel ou d'école) peut être envisagé en l'absence de symptômes et de nouveau test RT-PCR négatif réalisé à J7.

Une partie des places en centre d'hébergement spécialisé (CHS) mises en place pendant le confinement sont maintenues avec le déconfinement. L'admission dans ces centres initialement réservés aux personnes malades est désormais ouverte aux personnes contacts (lorsqu'une organisation de secteurs étanches est possible) (*Circulaire hébergement d'urgence et logement d'abord, circulaire du 3 juin 2020*). **Les places restant dans ces structures seront réarmées en cas de rebond (à un niveau local - scénario 2- ou plus largement - scenario 3), voire renforcées si l'épidémie prenait de l'ampleur (scénario 4), par les préfets en lien avec ARS en fonction de la situation locale.**

Les fiches spécifiques à destination des maraudes, des acteurs intervenant auprès des gens du voyage, des acteurs de l'hébergement ont été diffusées (information sur les stratégies, recommandations pour adapter l'accueil des cas et des contacts, protocoles à formaliser et conduites à tenir en cas de symptômes chez un résident, etc.). **Elles seront réutilisables en cas de rebond. Il faudra toutefois veiller à une fermeture plus raisonnée des accueils de jour, en fonction des décisions prises pour la population générale.**

Opérations de dépistage préventif

- **Contexte**

  La crise sanitaire impacte significativement les personnes vivant en situation de grande précarité. Ainsi, afin de casser les chaines de transmission parmi les plus

DIFFUSION RESTREINTE

précaires, des campagnes de dépistage peuvent être organisées pour détecter le plus précocement possible les personnes porteuses asymptomatiques et les personnes peu symptomatiques ne faisant pas appel à un médecin.

Ces campagnes reposent sur une approche de proximité et d'aller vers et l'appui des établissements hospitaliers et professionnels de santé de ville comme des laboratoires de biologie médicale est primordial.

- **Hors structures d'hébergement collectif : cibler le territoire ou la communauté de la campagne**

  Afin d'organiser une intervention efficace sur la circulation du virus, il est recommandé de cibler un territoire, un site, une communauté circonscrite et d'y inviter l'ensemble des personnes à être dépistées. L'enjeu est de cibler des groupes de populations vulnérables dans laquelle l'épidémie a été active et pourrait continuer à bas bruit sans recours aux soins.

  Certains critères peuvent être pris en compte pour définir les sites à cibler :

  → Zones de cluster ou avec indicateurs de circulation importante de l'épidémie ;
  → Territoires avec des indicateurs d'accès aux soins défavorables, quartiers prioritaires de la ville, zones fragiles repérées dans les programmes régionaux de santé ;
  → Communautés particulièrement à risques de forme grave (bidonville, squat, communauté de gens du voyage).

  Les retours d'expérience des ARS ayant mis en place de telles campagnes rapporte un besoin de bien communiquer sur le choix du site et du risque de stigmatisation des publics ciblés par la campagne. La précarité a été identifiée comme un facteur de risque de forme grave du COVID-19 : il s'agit de lutter contre les conséquences de l'épidémie pour des populations touchées.

  Chaque ARS, à l'échelle départementale, identifie les territoires en croisant la cinétique de l'épidémie sur les 15 derniers jours et la vulnérabilité de la population. Des signaux grand public éparses mais géographiquement regroupés doivent inciter à opérer un dépistage préventif.

- **Identifier et mobiliser les partenaires**

  La campagne doit être préparée au plus près de la cible de la campagne. L'ARS mobilise ainsi les partenaires locaux en amont :

  → Collectivités ;
  → Acteurs locaux de l'offre de soins (professionnels de santé de ville, centres de santé, CCAS, ou MSP) ;
  → Gestionnaires des structures, associations d'usagers ;
  → CPAM ;
  → Médiateurs en santé, médiateurs sociaux.

- **Constituer l'équipe de dépistage**

  La composition et la taille de l'équipe de dépistage est adaptée en fonction du site et de la population visée. De façon schématique, elle est constituée :

  → D'un coordonnateur pour la campagne de dépistage ;

DIFFUSION RESTREINTE

- → D'une équipe de professionnels de santé : médecin et infirmiers pour l'évaluation des personnes présentant des symptômes et la réalisation de prélèvements. Il peut s'agir notamment des équipes sanitaires mobiles mises en place par les ARS pour les personnes en situation de précarité, de professionnels d'un établissement de santé (ex : PASS), de professionnels de l'équipe d'intervention rapide de l'ARS. Elle peut être complétée par des professionnels de santé de ville, centres de santé ou MSP, installés à proximité du site d'intervention et qui pourront organiser le retour des résultats, le suivi des cas confirmés ;
- → D'un laboratoire d'analyse en mesure de réaliser des RT-PCR (identifier idéalement un laboratoire à proximité du site visé par la campagne) qui aura la responsabilité des tests, et pourra renforcer l'équipe par des préleveurs ;
- → De médiateurs de santé, médiateurs sociaux, représentants de la communauté, personnels de la structure d'hébergement, ou autre acteur implanté localement, qui seront en charge notamment d'informer la population cible en amont de l'intervention, et de sensibiliser les publics pendant la campagne aux gestes barrière et à la gestion du covid-19 en général ;
- → Si nécessaire, d'acteurs spécialisés dans l'accompagnement de certains publics (ex : pour les usagers de drogue, personnes présentant des problèmes de santé mentale).

Un accès à l'interprétariat doit également être prévu.

- **Identifier les lieux et les modalités pratique de l'intervention**

En fonction de la population visée, il s'agit d'identifier avec l'appui des acteurs locaux et des représentants de la communauté : le ou les sites, les modalités d'intervention (fixe, porte à porte, drive), les horaires, le temps qui peut être consacré par les personnes, etc. les plus adaptés et qui faciliteront la participation d'un maximum de personnes. Les sites et les modalités pratiques doivent s'assurer de la confidentialité des échanges entre les personnes dépistées et les professionnels.

- **Informer le public cible en amont de la campagne**

Une étape d'information en amont de la campagne est essentielle, idéalement la semaine précédant la campagne de dépistage. Les messages concernent :

- → Les objectifs de la campagne de dépistage et les bénéfices individuels et collectifs pour le public ;
- → Les modalités pratiques du dépistage (jour, horaire, lieux, modalités de retour des résultats, conséquences pour les personnes dépistées comme positives) ;
- → Des informations générales relatives au COVID-19 : transmission, signes, prise en charge, mesures barrières et moyens de prévention.

La construction et la délivrance de l'information s'appuie sur les acteurs locaux. Les messages peuvent être délivrés par tous les moyens appropriés (information lors d'évènements, séance d'information, porte à porte, affichage et distribution de flyers, information délivrée à l'occasion de la distribution de matériel de protection, etc.).

DIFFUSION RESTREINTE

- **Définir le circuit du participant pendant la campagne de dépistage**

  Le circuit du participant est à adapter aux populations cibles et aux modalités de l'intervention définies. Il inclut par exemple les étapes suivantes :

  → Information de la personne sur les objectifs du dépistage, les modalités pratiques, présentation des outils qui vont être utilisés Recueil du consentement au dépistage;
  → Évaluation de la présence de signes, d'expositions à la maladie dans les 14 derniers jours, de problèmes de santé à risque de forme grave (en cas de signe de gravité, appel du 15) ;
  → Réalisation du prélèvement ;
  → Information sur les modalités pratiques de retour des résultats et des suites en cas de résultat positif (suivi médical, contact-tracing sou réserve du consentement).

  La campagne de dépistage inclut une étape de sensibilisation générale sur le COVID-19 et d'accompagnement à la mise en œuvre mesures barrières (ex : quand et comment porter un masque, se laver les mains avec du SHA, etc.) et peut inclure la distribution de matériel de protection.

  Une attention particulière est portée aux personnes présentant des signes évocateurs de COVID-19. Pour les personnes qui ne disposent pas de possibilités d'isolement sur leur lieu de vie habituel, des solutions doivent avoir été identifiées avec les acteurs locaux afin d'isoler la personne à proximité du site de dépistage, le temps du retour de l'analyse de l'échantillon, qui doit être priorisée par le laboratoire.

- **Identifier un circuit simple pour le retour des résultats et la prise en charge des cas confirmés identifiés pendant la campagne**

  Une part importante du public concerné ne dispose pas de médecin traitant. Ainsi les modalités de remise de résultats sont identifiées avec le laboratoire partenaire et les acteurs de santé locaux qui assureront sa prise en charge ultérieure.

  Lorsqu'un cas confirmé est identifié, sa prise en charge ainsi que la recherche et le suivi des contacts suivent les principes généraux du contact-tracing.

  Les personnes peuvent n'avoir ni téléphone portable ni adresse mail. Le rendu des résultats doit être discuté avec eux : si ce résultat est rendu à une tierce personne de confiance, il faut que ce soit fait avec l'accord explicite de la personne et que cette dernière choisisse ce tiers.

- **Les indicateurs de suivi de la campagne**

  Les ARS définissent les indicateurs de suivi de leur campagne, dont :

  → Proportion de personnes ayant participé / personnes ciblées ;
  → Proportion des personnes positives ;
  → Satisfaction.

- **Renouvellement de la campagne**

  Les ARS peuvent décider de renouveler une campagne sur un même site au regard des caractéristiques de leur territoire et des résultats de la première campagne.

DIFFUSION RESTREINTE

- **En structures d'hébergement collectif**

  Les ARS organisent également des campagnes de dépistage préventives dans les lieux susceptibles de constituer des clusters en mobilisant les capacités de prélèvement et d'analyse disponible dans leur territoire.

  Ainsi, des campagnes préventives sont à menées au sein des :

  → Centres d'hébergement d'urgence, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des foyers des travailleurs migrants ou des résidences sociales ;
  → Structures sociales et médico-sociales, comme les Lits halte soins santé (LHSS) et les Lits d'accueil médicalisés (LAM) ou encore les CSAPA avec hébergement ou les ACT collectifs ;
  → Structures d'hébergement pour demandeurs d'asile ou réfugiés (HUDA, CADA et CPH).

  Les mêmes modalités de préparation et d'interventions pour la campagne de dépistage préventive s'appliquent. Le lien avec les gestionnaires, les instances de participation des personnes accueillies, les associations intervenant localement et les médiateurs sont primordiaux.

  En application de l'arrêté du 8 juin 2020, une prescription collective est établie par tout médecin de l'ARS ou désigné par elle qui vaut pour l'ensemble des personnes de la structure figurant sur le bordereau établi par la structure. Le rendu de résultat reste quant à lui individuel.

  Dans le cadre des campagnes préventives, en structures d'hébergement collectif ou hors structures, en cas de cas confirmé, un isolement est nécessaire et le contact-tracing est mis en œuvre avec le consentement de la personne.

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE GRANDES MÉTROPOLES

Les métropoles représentent un enjeu majeur. La densité de la population présente des risques particuliers, en raison de l'importance des flux et des contacts entre personnes, qui favorisent la dissémination du virus dans la population, ainsi que d'une métropole à l'autre.

Une attention particulière doit être portée à l'élaboration des plans de prévention et de protection renforcées par les responsables des collectivités locales et tout particulièrement des 20 premières villes de France en lien avec les préfectures et les ARS. Ces plans ont pour objectifs de prévenir la propagation en impliquant la population et d'agir en s'appuyant sur les ressources locales. Ils doivent mobiliser toutes les expertises utiles, y compris celles des concitoyens, afin de favoriser une bonne compréhension, une appropriation et une large adhésion.

Les plans de prévention et de protection renforcées sont applicables aux grandes villes et métropoles, notamment l'Île-de-France. Ils reposent sur les mesures suivantes :

- **Respect de la distanciation physiques et mesures barrière** : Les villes et métropoles doivent définir les conditions par lesquelles elles favorisent ce renforcement de la distanciation et des mesures barrières dont le respect est plus difficile. Il convient dans ce cadre, de **préparer une communication** pour délivrer une information claire et adaptée afin de pouvoir l'activer le moment venu. S'agissant de l'application « StopCovid », la communication locale sera déterminante pour que l'application soit installée et activée par un maximum de personnes à l'échelon métropolitain, favorisant ainsi l'efficacité de l'identification anonyme des chaînes de contamination.
- **Obligation du port du masque dans l'espace public** : L'obligation du port du masque dans des zones métropolitaines est de nature à diminuer la transmission du virus. Il incombe aux autorités territoriales d'en déterminer les conditions d'application pour favoriser une mise en œuvre effective et un haut degré d'adhésion. Il leur appartient aussi d'assurer la disponibilité de masques pour toutes les personnes concernées notamment pour les personnes en situation de précarité, qui devront y avoir accès gratuitement ;
- **Transports** : Dans les transports urbains, le port du masque est déjà obligatoire. Il convient de veiller au strict respect de cette obligation ;
- **Actions à mettre en œuvre dans les structures de soins locales** (maison de santé pluri professionnelles, centres de santé, ...) **ainsi que dans les écoles** ;
- **Identification et planification des actions à mettre en œuvre dans des lieux sensibles** à risque de propagation ;
- **Planification et organisation de structures locales de diagnostic et de dépistage** à actionner par zone en fonction de l'évolution de l'épidémie. Des points de diagnostic doivent être installés pour faciliter au maximum l'accès des populations aux tests ;
- **Soutien aux personnes vulnérables** dans l'aide à l'isolement et la garantie que les services proposés à cette fin répondent aux besoins de ces populations ;
- **Prise en compte des inégalités locales en matière de santé** et mise en œuvre de mesures ciblées pour en atténuer les conséquences.

DIFFUSION RESTREINTE

■ SCÉNARIO 1 : SITUATION SOUS CONTRÔLE,

➡ PRÉPARATION D'UN PLAN MÉTROPOLITAIN DE PRÉCAUTION ET DE PRÉVENTION RENFORCÉ

Il apparaît nécessaire de mettre à profit cette phase de contrôle épidémique pour préparer une éventuelle reprise sur le territoire de la métropole. Ce plan aura deux objectifs : prévenir la propagation du virus en y favorisant l'adhésion des populations par leur implication et agir en proximité pour la mise en œuvre des mesures de contrôle épidémique en s'appuyant sur des ressources locales. Sous l'impulsion des Présidents de métropoles et avec l'aide des élus locaux, les métropoles devront élaborer un plan métropole avec le concours de la préfecture de département et l'ARS. Ce plan devra prendre en compte les spécificités de chaque territoire afin de préparer au mieux la réponse locale à une reprise épidémique. Ce plan s'articulera comme suit :

- **Définition d'une gouvernance claire** : le plan grande métropole associera l'ensemble des services déconcentrés de l'État, l'ARS, et les collectivités territoriales concernées. Le caractère intersectoriel du plan nécessite une gouvernance placée sous l'égide du Préfet dans un objectif de cohérence des actions au sein du département.
- **Élaboration du plan** : les Directeurs des services de santé publique des métropoles seront en charge de l'élaboration du plan grande métropole qui mobiliseront les acteurs locaux et les services déconcentrés de l'État comme des responsables d'établissement d'enseignement, des entreprises ou des associations. Cette élaboration doit être réalisée en lien avec les services de la préfecture et de l'ARS pour s'inscrire en cohérence dans le territoire.
- **Sensibilisation de la population** : l'adhésion de la population dans la prévention de l'épidémie est indispensable. En ce sens, un renforcement de la communication sur les recommandations en vigueur devra être conduit par les métropoles et les médias locaux. Ce qui implique qu'un canal de communication soit établi entre les établissements de santé publique et les métropoles pour limiter la diffusion de fausses informations et diffuser des conseils et recommandations à la population.
- **Continuité de la vie économique locale** : la métropole mettra en place des dispositifs dédiés à la continuité de la vie économique locale notamment en favorisant le télétravail. L'information aux entreprises et les dispositifs mis en place seront déterminants. La sensibilisation et l'accompagnement des entreprises comme des commerçants devra être renforcée et portée à un niveau local (les CCI, réseaux entreprises, associations seront un vecteur de communication pertinent pour diffuser les recommandations et les dispositifs mis en place aux entreprises et commerces).
- **Enseignement et accueil des enfants** : les autorités locales en lien avec l'ARS apporteront leur soutien afin que les établissements puissent mettre en place les dispositifs sanitaires dans les meilleures conditions. En fonction de l'établissement, le Département ou la Région concerné se mobilisera selon sa compétence.
- **Gestion des stocks de masques et de solution hydroalcoolique** : une gestion des masques et de matériel de désinfection au sein de la métropole doit être entreprise. Le plan grandes métropoles devra permettre la mobilisation des services des métropoles en fonction des besoins pour la mise à disposition de masques notamment auprès des populations en situation de précarité.

DIFFUSION RESTREINTE

- **Dépistage de la population** : Les métropoles présentent un risque important de diffusion rapide du virus. La maitrise de cette diffusion nécessite l'identification rapide et la plus exhaustive possible des cas et de leurs contacts. Le dépistage de la population est un élément structurant de la lutte contre l'épidémie avec les gestes barrière. Un renforcement rapide de la capacité à réaliser des diagnostics virologiques est nécessaire, accompagné d'une forte mobilisation pour les investigations de type contact–tracing (numérique type stop-COVID et/ou humain via les équipes mobiles). Une attention particulière devra être portée à la sensibilisation de la population sur ce sujet et aux capacités de dépistage afin que chaque personne puisse se faire tester dans les meilleurs délais. En ce sens, la préfecture, l'ARS, les Directeurs des services de santé et les autorités locales travailleront ensemble pour renforcer les capacités existantes de dépistage et définir une stratégie de communication portée par la métropole.

■ SCÉNARIOS 2, 3 ET 4 : CLUSTERS À RISQUE, REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE, REBOND, DEUXIÈME VAGUE

➡ DÉCLENCHEMENT DU PLAN GRANDES MÉTROPOLES

Le plan sera déclenché dès le scénario 2 par les responsables des collectivités en lien avec le Préfet de département dans l'objectif de répondre à une reprise épidémique. Le travail réalisé durant la phase de contrôle épidémique permettra une gestion adaptée pour chaque métropole intégrant l'ensemble des acteurs et coordonnant leur action. Les principales mesures du plan qui devront être mises en place sont :

- **Renforcer la communication** auprès de la population sur les recommandations sanitaires et les obligations réglementaires qui sera essentielle à la réponse à une reprise épidémique ;
- Permettre à chaque entreprise, structure recevant du public, commerces, **d'être approvisionner en masque et matériel de désinfection** ;
- Permettre aux populations en **situation de précarité** d'être approvisionner en masque ;
- **Renforcer les capacités de « testing »** pour ralentir la reprise épidémique. Des points de diagnostic doivent être multipliés pour faciliter au maximum l'accès des populations aux tests.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

PROTOCOLE DE PRÉPARATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

■ SCÉNARIOS 1 ET 2 : SITUATION SOUS CONTRÔLE AVEC DES CLUSTERS PLUS OU MOINS CRITIQUES

➡ SUIVRE LA SITUATION ÉPIDÉMIQUE

■ DONNÉES DE PILOTAGE NATIONAL

En cas de résurgence de la pandémie COVID-19, il demeure essentiel de disposer d'outils de remontées rapides d'information sur l'état des patients en réanimation et une évaluation des capacités d'accueils disponibles avec un suivi épidémiologique (outil SI-VIC), une vigilance hebdomadaire sur le nombre de lits installés et de lits disponibles en réanimation au moyen d'une enquête auprès des ARS et le maintien du suivi régulier de la tension hospitalière, notamment en réanimation, via un tableau de bord alimenté par différentes données (ROR, données du SAMU, etc.).

■ TERRITORIALISATION DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

L'adaptation du plan ORSAN REB et en déclinaison des plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé (plan blanc) est adapté à l'évolution de la situation épidémique par l'ARS en lien avec les établissements.

Les établissements de santé doivent être en mesure d'assurer le pilotage permanent de leur organisation de réponse à la situation épidémique en lien avec l'ARS. À ce titre, chaque établissement de santé dispose d'une cellule de crise hospitalière qui constitue, sous l'égide du directeur, l'organe de gestion.

Le niveau des plans de gestion de crise des établissements de santé est adapté par les établissements en fonction de la situation épidémique du territoire (niveau 1 : plan de mobilisation interne ou niveau 2 : plan blanc).

Dans les départements classés « en alerte », le maintien du niveau 2 : plan blanc est indispensable en adaptant, le cas échéant, la cellule de crise à la situation et à son impact sur l'établissement. Un directeur médical de crise doit être clairement identifié si cela n'a pas été fait auparavant.

Dans les autres départements, en scénario 1 il est demandé aux établissements de se positionner a minima en plan de mobilisation interne (niveau 1) avec une cellule de crise dimensionnée en fonction là aussi de la situation et de son impact.

En tant que de besoin, l'établissement est susceptible de monter en puissance (passage en niveau 2 : plan blanc) pour adapter son offre de soins pour assurer la prise en charge des patients sur son territoire ou le cas échéant, accueillir des patients d'autres territoires saturés.

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS LES PATIENTS

■ RÉGULATION ET AIDE MÉDICALE URGENTE

En cas de reprise épidémique, les structures des urgences sont un maillon clé dans la limitation de l'épidémie et la bonne orientation des patients dans le circuit adéquat.

En premier lieu en cas de circulation accrue sur un territoire, la communication visant à inciter le public à appeler le SAMU-Centre 15 avant de se rendre dans une structure d'urgences pour toute situation d'urgence doit être renforcée de même que celle incitant à appeler son médecin traitant en priorité pour tout ce qui relève de la médecine générale. Pour ce faire, l'ensemble des dispositifs et organisations mis en œuvre en lien avec les professionnels de ville doivent rester mobilisés voir renforcés.

Le risque majeur en cas de reprise est l'engorgement des structures des urgences pouvant impacter les délais de prises en charge COVID-19 ou non et le risque de contamination croisée entre patients en attente dans la structure. Une organisation territoriale de la prise en charge des urgences doit être mise en œuvre pour fluidifier les parcours et identifier les ressources et capacités de chaque établissement de santé public ou privé du territoire. Chaque établissement en fonction de ses capacités notamment en soins critiques, doit avoir un rôle identifié dans la prise en charge des patients COVID et dans la gestion de l'aval non COVID des urgences. Cette organisation, doit être partagée entre tous les acteurs du territoire.

Afin de faire face à la hausse des appels au 15 (X4 dans certains territoires lors de la 1ère vague), il sera indispensable, dans cette 2ème phase de remettre en fonctionnement de façon très rapide tous les renforts des capacités techniques ainsi que les renforts des effectifs, des organisations basées sur un partenariat étroit entre les SAMU et la médecine de ville. Les établissements et les ARS maintiennent ainsi actives leurs listes de professionnels mobilisables. Par ailleurs, les territoires qui auront pu mettre en place des préfigurations du service d'accès aux soins (SAS) profiteront à plein de cette organisation.

Par ailleurs, les établissements doivent continuer à développer dans toute la mesure du possible les admissions des patients directement dans les services d'hospitalisation, sans passer par les structures des urgences lorsque cela est indiqué, prioritairement pour les patients âgés dépendants. De même, les patients qui ne nécessitent pas de soins de médecine d'urgence doivent quand cela est possible être pris en charge directement dans le service de destination. Cette admission directe s'organise avec le concours du Samu-Centre 15 ou en lien immédiat avec le service concerné.

DIFFUSION RESTREINTE

■ STRUCTURES DES URGENCES

Au sein des structures d'urgences, l'orientation au niveau de l'IOA des patients avec suspicion de covid-19, selon la présence de signes de gravité (respiratoires [8] notamment), ou d'un terrain à risque doit être mise en place ou réactivée. Pour les cas ne présentant pas de signes de gravité, une prise en charge en ambulatoire ou une réorientation vers la médecine de ville peut être envisagée en fonction de l'état du patient. Cette séparation et identification des flux dès l'arrivée dans la structure des urgences et selon les moyens d'organisation de l'établissement doit permettre de séparer le plus utilement possible, le flux de patient à risque de COVID-19 de ceux qui le sont moins.

La distanciation sociale dans les salles d'attente, avec espacement des sièges doit être maintenue;

Une limitation plus stricte des accompagnants : seuls les personnes vulnérables et patients mineurs sont autorisés à être accompagnés dans la structure des urgences, par un accompagnant unique ;

Le port du masque reste obligatoire pour les soignants comme les patients et leurs accompagnants.

En ce qui concerne les tests

Les structures d'urgences réalisent la PCR, conformément à l'avis du HCSP, des patients devant être hospitalisés dans l'établissement ou dans une autre structure. Le statut sérologique du patient, ne doit pas freiner son transfert vers l'unité d'hospitalisation ou vers une zone tampon de l'établissement.

Pour ce qui concerne l'aval des structures des urgences

Une organisation visant à fluidifier l'aval des structures des urgences doit être maintenue. Les patients en attente de résultats de test RT-PCR COVID-19 ne doivent pas rester en attente aux urgences. Ainsi, il doit être mis en place des zones dites « tampons » lorsque cela est possible, dans l'attente d'une caractérisation COVID-19 des patients, avant le transfert du patient dans l'unité d'hospitalisation.

Tous les établissements du territoire participent à la réorganisation de l'activité programmée quand celle-ci est compliquée par l'activité COVID-19. Les établissements qui ne sont pas en première ligne, du fait notamment de leur absence de lits de soins critiques, doivent participer activement à l'aval non programmé non COVID des établissements plus fortement mobilisés sur la prise en charge des patients COVID.

DIFFUSION RESTREINTE

[8] Les signes de gravité suivant sont des indications d'hospitalisation, cf LIGNES DIRECTRICES POUR LA PRISE EN CHARGE EN VILLE DES PATIENTS SYMPTOMATIQUES EN PHASE ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_doctrine_ville_v16032020finalise.pdf : •

- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxymétrie de pouls (Sp02) < 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.

■ MÉDECINE DE VILLE ET SOINS AMBULATOIRES

Anticiper l'organisation et les besoins

- **Constituer et gérer des stocks d'équipements de protection individuelle**

  Une gestion de première ligne par unité de soins : recommander à chaque cabinet et structure de soins de constituer de façon prévisionnelle un stock d'EPI dimensionné pour une durée d'un mois et adapté à la protection des soignants qui y exercent : masques, sur blouses, lunettes, SHA. Des oxymètres de pouls doivent également être disponibles.

  Au niveau territorial et en subsidiarité, une gestion par les collectifs de professionnel, en particulier les CPTS, en interaction avec les pharmaciens et les communes : constituer un stock centralisé pouvant être utilisé auprès des professionnels de santé démunis (en cas de rupture) et des professionnels non soignants de l'aide à domicile. Cette gestion territoriale des stocks nécessite

  - D'identifier un endroit de stockage en s'appuyant sur les municipalités ;
  - De disposer d'un outil de suivi des stocks ;
  - D'organiser un circuit prévisionnel de distribution avec les pharmaciens d'officine ;
  - De collaborer avec les ordres et les URPS pour identifier les besoins.

- **Planifier une adaptation des circuits de soins pour assurer la prise en charge des patients infectés et non infectés**

  L'objectif est double : permettre aux patients de consulter en toute sécurité, protéger les soignants du risque de contamination. Cette planification doit s'exercer à 2 niveaux : en premier lieu, l'adaptation des lieux de soins habituels et en second lieu, la mise en place de centres dédiés à la prise en charge des patients suspects ou atteints de COVID-19.

  Quel que soit le niveau, il est recommandé de prévoir :

  - en amont une régulation pour orienter les patient vers des rendez-vous de consultation adaptés à leur demande, et éviter un accès direct source possible de contamination. Ceci peut être réalisé par la mutualisation et la formation des secrétariats du territoire pour répondre aux demandes de soins et/ou par la mise en place d'un numéro territorial de réponse aux appels et d'un lien avec le 15 pour la ré orientation des patients ;
  - en aval un lien direct avec les établissements de santé pour échanger les informations et faciliter les hospitalisations.

  A un premier niveau : sécuriser les prises en charges sur les lieux de soins et au domicile des patients

  - Préparer les structures de soins de ville (cabinets, MSP…) à établir des circuits distincts (temporels et/ou physiques) pour les patients COVID et non COVID, à une utilisation accrue de la téléconsultation, à activer des procédures d'hygiène et de nettoyage adaptées à l'épidémie, à permettre l'accès des patients à une procédure rapide de dépistage et de diagnostic en relation avec les infirmiers et les laboratoires

DIFFUSION RESTREINTE

d'analyse médicale. Cette préparation inclut la formation des personnels soignants et non soignants de ces structures

- Préparer la prise en charge en équipe des patients à domicile en organisant la collaboration entre médecins, infirmiers et autres intervenants du domicile (tournées infirmières, outils numériques de communication, téléconsultations, …).

A un deuxième niveau : préparer des centres dédiés à la prise en charge des patients COVID.

- Chaque fois que possible il est conseillé d'appuyer ces centres sur des structures de soins existantes (MSP, Maison Médicale de Garde, centre hospitalier de proximité…) afin de réduire les besoins en logistique. Outre la prise en charge des patients, ces centres doivent permettre l'accès aux prélèvements pour le dépistage populationnel avec, par exemple, des solutions de type « drive ».

Check-list

- Disposition d'un local adapté ;
- Logistique pour l'accueil et le fonctionnement ;
- Matériels médicaux indispensables : saturomètre, ECG… ;
- Disposition d'une solution de téléconsultation ;
- Couplage avec des solutions de dépistage facilement accessibles ;
- Modalités d'information de la population ;
- Liens opérationnels avec les établissements de santé partenaires ;
- Recrutement anticipé de professionnels volontaires ;
- Budget prévisionnel pour l'équipement et le fonctionnement y compris la rémunération des soignants (à communiquer à l'ARS).

Ce deuxième niveau de prise en charge ne devrait être déclenché que lorsque l'afflux de patients le rend nécessaire, en tenant compte de la demande des soignants du territoire et de façon coordonné avec les acteurs hospitaliers, l'ARS et les URPS pour éviter les initiatives concurrentes.

- **Identifier les secteurs critiques, sanitaires et médico-sociaux, pouvant nécessiter un renforcement**

Ces secteurs dépendent des territoires. On peut citer les patients âgés ou handicapés accompagnés à leur domicile par les SSIAD et les associations d'aide à la personne, les EHPAD, les personnes à risque élevé en cas de rupture de la continuité des soins (chimiothérapies à domicile, suivi psychiatrique…), mais aussi les services d'accueil des urgences des établissements de santé (y compris pour l'accueil des patients non COVID) et les centres 15.

DIFFUSION INTERNE

Il est conseillé de prévoir les services supplémentaires et renforts à déployer auprès de ces secteurs et, si possible, de recruter des volontaires par anticipation.

- **Prévoir les protocoles indispensables à la coordination entre les acteurs du territoire**

  Deux protocoles sont considérés comme incontournables :

  - Un protocole ville-établissements de santé sur la manière de fonctionner ensemble en cas de crise : modalités d'entrée en hospitalisation, l'organisation d'un parcours de sortie d'hospitalisation, les modalités d'information réciproque, …
  - Un protocole sur l'hygiène des cabinets et lieux de soins.

  D'autres protocoles peuvent être élaborés en fonction des besoins sur :

  - Le suivi au long cours des patients suspects ou atteints de COVID ;
  - L'organisation du dépistage de masse et de l'isolement des patents…

Préfigurer la cellule de crise à mettre en place au niveau du territoire

Cette cellule doit permettre une gestion unifiée et centralisée de l'épidémie au niveau des territoires afin d'éviter à la fois l'isolement des professionnels et la multiplication d'initiatives non coordonnées. Elle doit être l'interlocuteur prioritaire de l'ARS, de l'Assurance Maladie, des municipalités et des URPS.

Sa composition doit au minimum comprendre des représentants des professions de santé, des établissements de santé, des EHPAD, des associations de service à la personne, du DAC, du ou des CCAS, des municipalités et du SAMU.

Son animation doit être assurée par la CPTS si elle existe sur le territoire, ou en son absence par un collectif de professionnels de santé.

Il est recommandé d'anticiper les éléments nécessaires au bon fonctionnement de la cellule de crise.

Les rôles prioritaires de chaque acteur pendant la crise peuvent être déterminés au regard de leur domaine d'expertise :

- Organisation par le DAC du retour à domicile des patients COVID après hospitalisation ;
- Nomination d'une infirmière ASALEE ou d'une IPA comme référente infirmière ;
- Distribution d'EPI par les pharmaciens d'officine ;
- Généralisation par la CPTS des outils de communication mis en place pour le rappel et le suivi des patients ;
- Diffusion de l'information par les municipalités.

DIFFUSION RESTREINTE

Check-list

- Consulter les professionnels de santé du territoire pour déterminer les filières à organiser en priorité en cas de rebond (à titre s'exemple, pendant la crise COVID, une CPTS a identifié 4 filières à organiser: la distribution des EPI, l'adaptation et l'hygiène des lieux de soins, la prise en charge des patients fragiles, la sortie d'hospitalisation) ;
- Collecter à cette occasion les adresses mail et les numéros de téléphone mobile des professionnels de santé du territoire ;
- Collecter les numéros des astreintes personnes âgées gériatriques et soins palliatifs ;
- Prévoir un n° de téléphone ou une adresse mail à communiquer aux professionnels de santé pour contacter la cellule de crise ;
- Définir un canal de communication, audio ou visio, avec la DT de l'ARS et la CPAM avec des responsables bien identifiés ;
- Attribuer, en accord avec lui, une mission prioritaire à chaque acteur intervenant sur le territoire ;
- Prévoir la nomination d'un référent infirmier pour le suivi à domicile ;
- Prévoir les outils de communication à activer de façon spécifique (ex. : application pour téléphone mobile multifonction avec groupes de communication par profession) ;
- Prévoir les modalités de communication avec la population pour lui

Inscrire la CPTS dans l'animation de la cellule territoriale de crise

Il est conseillé aux CPTS d'adresser aux DT des ARS et aux CPAM une synthèse des différentes actions à envisager sur leur territoire en cas de rebond épidémique, accompagnée du budget prévisionnel nécessaire à leur mise en œuvre.

En cas de rebond, la CPTS

- Doit être reconnue par l'ARS comme l'animateur de la cellule de crise du territoire et, à ce titre, destinataire de la communication institutionnelle ;
- Doit organiser au minimum une réunion hebdomadaire de tous les acteurs dans le cadre de la cellule de crise ;
- Doit être invitée à participer aux différentes réunions de crise au niveau départemental.

DIFFUSION

■ ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Règles générales d'utilisation des chambres doubles en établissements de santé[9]

Dans le cadre de la prise en charge des patients COVID-19, les règles d'utilisation des chambres simples et doubles nécessitaient de mettre en œuvre des précautions particulières.

Deux patients guéris ou contaminés peuvent être hébergés en chambre double **sous réserve de s'assurer au préalable de l'absence de tout risque de transmission croisée d'un autre micro-organisme**.

Conformément à l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) du 14 mai 2020 relatif aux modalités de dépistage du virus Sars-CoV-2, il est précisé que pour les patients admis en établissement de santé, le **dépistage systématisé** est souhaitable.
Les patients admis pour une hospitalisation programmée doivent bénéficier d'un interrogatoire détaillé pour identifier leur statut par rapport au SARS-CoV 2 :

- Au minimum, que les patients à risque de forme grave de COVID-19, les patients pour lesquels est programmée une chirurgie avec ouverture ou exposition des voies aériennes (chirurgie ORL, thoracique, de la base du crâne, bronchoscopie, ou tout autre situation à risque), une chirurgie générant des aérosols ou une chirurgie majeure à risque opératoire ou postopératoire, puissent se voir proposer un test diagnostique par RT-PCR dans les 24h à 48h avant l'hospitalisation.
- Au mieux, que les patients puissent se voir proposer un dépistage par RT-PCR avant toute hospitalisation programmée

■ **Conditions d'utilisation d'une chambre double**

- **Chambre double COVID+ :** deux patients COVID-19 confirmés peuvent partager une chambre double ;

- **Chambre double COVID- :**
  - → Patients guéris du COVID-19 et n'ayant pas d'autres contre-indications à la chambre double ;
  - → Patients hospitalisés depuis plus de 14 jours sans signe clinique de COVID-19 ;
  - → Patients avec RT-PCR négative +/- TDM thoracique non évocateur de COVID-19 dans les 24 heures ; précédant la mise en chambre double (réalisation à discuter au cas par cas) avec renouvellement des RT-PCR 48 heures après, notamment en cas de signes évocateurs;
  - → Patients avec sérologies SARS-CoV-2 positives.

Les chambres seules, en dehors de leurs utilisations habituelles (Bactéries Multi Résistantes, tuberculose respiratoire, soins palliatifs, …) doivent être réservées comme zones tampons pour les cas suspects en attente de confirmation de RT PCR.

[9] Recommandations du CPIAS d'ARA – 5 mai 2020

DIFFUSION RESTREINTE

- **Contre-indications formelles à la chambre double COVID-**
  - Patients présentant des symptômes évoquant COVID-19 le rendant éligible à la RT-PCR ;
  - Patient ayant un antécédent de contact avec un cas de COVID-19 confirmé ou probable dans les 14 jours précédents.

- **Configuration technique des chambres doubles COVID- et entretien**
  - Un produit hydro-alcoolique est mis à disposition à proximité de chaque patient ;
  - La salle de bain est équipée de savon liquide et d'essuie-mains à usage unique ;
  - Il est recommandé de séparer les lits d'au moins 1 m ou de séparer les lits avec une cloison ou un paravent accessible à une désinfection.
  - L'entretien de la chambre doit être effectué quotidiennement y compris le week-end et après chaque départ ;
  - L'entretien de tous les points de contacts (poignée de porte, fenêtre, chaise, fauteuils, sonnette, téléphone, prises…) et les zones communes (douche et WC) de la chambre doit être réalisé au moins 2 fois/jour (séparateur compris) ;
  - L'entretien du matériel partagé doit être réalisé après chaque utilisation avec un détergent désinfectant virucide respectant la norme EN 14476.

Le renforcement des gestes barrière et des règles d'hygiène et de nettoyage

- **Pour les patients en hospitalisation complète, il est recommandé :**
  - Le port du masque chirurgical est recommandé pour toute sortie de la chambre et les sorties doivent être limitées au strict nécessaire ;
  - Une hygiène des mains systématique doit être pratiquée avant et après l'utilisation de la salle de bain et des toilettes ;
  - Les patients doivent respecter d'une distance d'au moins 1 m avec leur voisin lors des déplacements dans la chambre ;
  - Les repas doivent être pris dos à dos ou à une distance de 1 m ;
  - Il est recommandé aux patients d'éviter de toucher les surfaces situées à proximité de leur voisin de chambre ;
  - L'échange d'objets : revues, télécommande entre les patients doit être évité….

- **Pour les patients en hôpital de jour, il est recommandé en sus des consignes ci-dessus :**
  - Le port du masque chirurgical recommandé (impératif si déplacement avec distance < 1 m) ;
  - Une hygiène des mains doit être réalisée avant l'entrée dans la chambre ;

- **Soignants :**
  - Le respect des précautions standard (hygiène des mains avec un produit hydro-alcoolique) doit être assuré ;
  - Le port du masque chirurgical est systématique et changé toutes les 4 heures (ou avant si mouillé ou souillé) ;

DIFFUSION RESTREINTE

- L'éducation des patients à l'hygiène des mains, au respect des mesures barrières, à l'hôpital (cf. ci-dessus) et en extra hospitalier doit être réalisée ;
- En cas de risque de projection de produits biologiques, la tenue des soignants doit être adaptée en conséquence : protection de la tenue (tablier à usage unique) à changer entre les 2 patients et lunettes de protection ou visière (désinfectées entre deux patients), port de gants à usage unique (en cas de risque d'exposition au sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine, de contact avec une muqueuse ou la peau lésée, lors des soins si les mains du soignant comportent des lésions cutanées).

- **Visiteurs :**
  - Il est aussi recommandé d'encadrer les visites, et le cas échéant d'appliquer les mêmes mesures de protection à un visiteur qu'à un soignant. Une organisation sera notamment définie pour permettre un protocole de visite adaptée lié à la prise en charge des patients COVID+ (cf. Guide Préparation au risque épidémique COVID-19 du 20 février 2020[10]).

Sortie d'hôpital et liens avec la ville.

Afin de fluidifier l'organisation hospitalière, il est recommandé d'anticiper le plus tôt possible la prise en charge des patients à leur sortie de l'hôpital, à domicile, en HAD, en SSR ou toute autre structure de continuité des soins. La télésurveillance pourra utilement soutenir ces sorties anticipées.

Mobilisation des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité, lorsqu'ils sont présents sur le territoire peuvent venir en appui de la médecine de ville, des soins ambulatoires et des EHPAD. Ils peuvent effectivement contribuer à organiser l'accès à des consultations et au dépistage avec des circuits dédiés en lien avec les professionnels de ville (mise à disposition de locaux, de personnels, de matériel).

Lors du premier pic épidémique, certains établissements se sont ainsi organisés avec les professionnels du territoire sous forme de cellule de crise locale, permettant notamment de faire le lien avec les structures hospitalières de soins aigus. Le renfort aux structures du territoire a pu se décliner de différentes façons : diffusion de messages de prévention, constitution d'équipe mobiles d'hygiène, mise en place d'astreinte gériatrique, organisation avec les acteurs du domicile pour favoriser l'accès aux soins des personnes les plus fragiles. Les hôpitaux de proximité disposent également des capacités hospitalières en médecine permettant de prendre en charge des patients ne nécessitant pas de soins de réanimation, notamment sur adressage direct du médecin traitant. De même, ils sont pour la grande majorité d'entre eux dotés de soins de suite et de réadaptation, permettant la récupération des patients, au plus proche de leur domicile.

[10] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodologique_covid-19-2.pdf

DIFFUSION RESTREINTE

Mobilisation des structures d'hospitalisation à domicile (HAD)

Les structures d'HAD sont mobilisées dans diverses situations :

- Pour libérer de la capacité hospitalière et désaturer les services hospitaliers. Dans cadre, elles assurent la prise en charge des patients, à domicile ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux (EPHAD, CHRS, MAS par exemple), en substitution de l'hospitalisation conventionnelle et réalisent notamment les prises en charge suivantes : pansements complexes (escarre, cicatrice, ulcère…), nutritions entérale et parentérale, traitements intraveineux (antibiothérapie, antiviraux, médicaments hospitaliers), chimiothérapie et l'administration d'anticancéreux, transfusion sanguine, assistance respiratoire, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, nursing lourd (supérieur à 2 heures par jour), surveillance de chimiothérapie, de radiothérapie, d'aplasie, prise en charge du post-partum pathologie, rééducation neurologique et orthopédique…).
- Pour assurer la prise en charge des patients COVID-19, à domicile ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux (EPHAD, CHRS, MAS par exemple), ne requérant pas de soins en réanimation ou en surveillance continue 24H/24 mais présentant l'une des caractéristiques suivantes :
  - → Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
  - → Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;
  - → Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).

Dans ce cadre, les structures d'HAD peuvent notamment assurer la surveillance des patients, la mise en place d'une oxygénothérapie, l'administration des médicaments de la réserve hospitalière, la réalisation de soins palliatifs, la surveillance médicale incluant une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire.

- Pour assurer un appui sanitaire aux établissements sociaux et médico-sociaux (notamment en EHPAD). Dans ce cadre,
  - → Elles peuvent apporter des conseils et une expertise hospitalière à ces établissements concernant la prise en charge, le suivi et l'organisation des soins des personnes accueillies ainsi que pour la mise en œuvre des procédures covid-19.
  - → Afin de limiter les risques de contamination des résidents et d'éviter leur hospitalisation à chaque fois que leur état de santé le permet, leur intervention est particulièrement recommandée dans les EHPAD. Ainsi sa mobilisation doit être systématiquement envisagée lorsque l'hospitalisation d'un résident est envisagée.
- Pour assurer la prise en charge des patients COVID-19 en aval de réanimation pour faciliter le retour des patients à domicile ou dans les établissements médico-sociaux. Dans ce cadre, les HAD prennent en charge des patients stables, autonomes ou non autonomes pour les actes de la vie quotidienne, ne requérant plus une surveillance continue 24/24 mais nécessitant une surveillance médicale pouvant inclure une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire visant à réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité liées au séjour prolongé en réanimation.

DIFFUSION RESTREINTE

Enfin, en cas de reprise de l'épidémie, l'intervention de l'HAD est facilitée par la mise en place de mesures actuellement encore dérogatoires :

- L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'admission en HAD peut être réalisée sans qu'une prescription médicale n'ait été formalisée ;
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant. Dans ce cas, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge ;
- La convention entre les structures ou établissements sociaux et médico-sociaux et l'HAD n'est plus obligatoire ;

L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée.

ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES/MÉDICO-SOCIAL

Les stratégies d'appui sanitaire aux personnes âgées en EHPAD ou à domicile ainsi qu'aux personnes en situation de handicap, mises en place pendant la première vague de la crise COVID-19, doivent être maintenues quel que soit le scénario.

Afin d'assurer la meilleure prise en charge en fonction de la situation de la personne âgée, les ARS ont mis en place une cellule dédiée au niveau régional et déclinée en tant que de besoin dans chaque département. Les coordonnées de cette cellule dédiée ont été diffusées à l'ensemble des établissements et services médico-sociaux prenant en charge des personnes âgées sur le territoire. Cette régulation vise à appuyer les établissements (EHPAD, USLD, résidences autonomie, résidences services) et les intervenants à domicile (professionnels de santé libéraux, SSIAD, SAAD) pour :

- Diffuser les consignes d'organisation et de prévention des risques dans les établissements et services accueillant et accompagnant des personnes âgées ;
- S'assurer de la mise en place de coopérations et de filières de soins entre les EHPAD, les médecins et professionnels de santé de ville, les services à domicile, les établissements de santé et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes ;
- Organiser les renforts en professionnels des établissements en demande ;
- Veiller à l'accompagnement des professionnels : effectivité des modes de garde, des transports ou de l'accompagnement psychologique ;
- Soutenir et faciliter les dispositifs d'accompagnement psychologique des personnes et de leur famille ;
- Prévenir et surveiller les ruptures d'approvisionnement ;
- Mettre en place une veille et une surveillance des territoires et établissements en difficulté, et organiser les remontées d'informations au national.

DIFFUSION RESTREINTE

Chaque territoire poursuit la mise en place d'une astreinte « personnes âgées », joignable par téléphone et par mail de 8 heures à 19 heures, week-end compris, ainsi qu'un référent gériatrique de territoire chargé de sa coordination.

En complément, chaque territoire organise une filière d'hospitalisation, sans passage aux urgences, en lien avec les hôpitaux de proximité, les établissements de santé publics et privés, les services de gériatrie, les services de médecine interne et les structures de SSR.

Ce circuit-court doit s'articuler autour de l'astreinte « personnes âgées » et des protocoles du SAMU. Les hôpitaux de proximité sont les établissements de référence pour les médecins généralistes du territoire afin d'éviter d'exposer les personnes âgées au virus présent dans les établissements de santé de première ligne.

Les établissements et structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont mobilisés en soutien de la prise en charge en établissement ou à domicile avec les services médico-sociaux. L'HAD peut assurer la prise en charge des résidents COVID-19 ne nécessitant pas de surveillance continue 24h/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation et présentant l'une des caractéristiques suivantes :

- Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;
- Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires)

Les structures d'HAD sont aussi mobilisées en soutien de la prise en charge en ESMS :

- Elle assure la prise en charge des personnes Covid-19 ne nécessitant pas de surveillance continue 24h/24 en soins intensifs mais présentant l'une des caractéristiques suivantes :
  - → Manifestations respiratoires nécessitant une surveillance rapprochée ;
  - → Existence de comorbidités nécessitant une surveillance renforcée ;
  - → Situation de complexité psychosociale (patients isolés, vulnérables, précaires, etc.).
  - → Elle assure également la prise charge les personnes non Covid-19 dans le cadre des critères d'admission de l'HAD
  - → Elle peut apporter des conseils et une expertise hospitalière aux ESMS concernant la prise en charge, le suivi et l'organisation des soins des personnes accueillies ainsi que pour la mise en œuvre des procédures covid-19.

Afin de limiter les risques de contamination des personnes accueillies dans les ESMS et d'éviter leur hospitalisation à chaque fois que leur état de santé le permet, l'intervention de l'HAD dans ces structures est encouragée et facilitée :

- Les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis
- Il n'est plus nécessaire que l'ESMS et l'HAD aient signé une convention
- En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'accord du médecin traitant à la prise en charge de son patient en HAD n'est pas nécessaire ;
- La prescription de la prise en charge en HAD peut être faite par n'importe quel médecin, y compris le médecin coordonnateur d'EHPAD.

DIFFUS

Lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans prescription médicale préalable

Il convient de mobiliser toutes les alternatives à l'hospitalisation avec hébergement pour éviter les risques de contamination des personnes âgées non COVID-19, et faciliter leur prise en charge à domicile ou en EHPAD à chaque fois que leur état de santé le permet.

Enfin, dans les régions en tension, des renforts de personnels sont mobilisés via la Réserve sanitaire ou par des arrivées d'équipes médicales des régions dans lesquelles les établissements sont moins sollicités.

S'agissant de l'hospitalisation de la personne âgée, la décision médicale d'hospitalisation d'une personne âgée atteinte du COVID-19 doit s'appuyer sur les recommandations du CNP de gériatrie et prend en compte la situation du patient ainsi que les conditions de sa prise en charge dans l'établissement et en hospitalisation. Elle vise à identifier les personnes âgées suspectes d'infection COVID-19 mettant en jeu leur pronostic vital mais pour lesquelles l'hospitalisation représente un bénéfice réel.

Pour ces personnes, il est clairement indiqué que le choix entre une hospitalisation en soins critiques, en court séjour, en HAD, en hôpital de proximité, en USLD ou en SSR doit être discuté collégialement par le médecin en EHPAD et le médecin traitant, à travers le système de l'astreinte sanitaire « personnes âgées ».

Cette préconisation s'appuie sur l'avis du conseil scientifique du 27 mars 2020 sur la prise en charge des résidents des EHPAD qui préconise que « quel que soit le modèle d'organisation retenu, une filière claire permettant la prise en charge la plus appropriée des patients les plus graves est indispensable. Dans un contexte général de saturation des services de réanimation, tous les patients, y compris âgés, doivent quoi qu'il en soit bénéficier de soins adaptés à leur situation dans un environnement médicalisé et de qualité ».

Il appartient à l'ARS d'anticiper les besoins d'hospitalisation des personnes âgées atteintes du COVID-19 qu'elles résident en EHPAD et à domicile avec les établissements de santé publics et privés du territoire ainsi que l'HAD.

Hors cas COVID-19 suspects ou confirmés, chaque territoire organise une filière d'hospitalisation pour les personnes âgées en EHPAD ou à domicile, sans passage aux urgences, en lien direct avec les établissements de santé du territoire de référence et au premier chef les hôpitaux de proximité et pour la prise en charge motivant l'hospitalisation. Ce circuit-court doit s'articuler autour de l'astreinte « personnes âgées » et des protocoles du SAMU. Les hôpitaux de proximité sont les établissements de référence pour les médecins généralistes du territoire.

Les sorties d'hospitalisation des personnes âgées résidents à domicile ou en EHPAD sont également protocolisées avec la médecine de ville, l'HAD et les services sociaux et médico-sociaux.

■ APPLICATION DE RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES SOINS HORS COVID (PATIENTS COVID-)

Quel que soit le scénario épidémique, il doit être tenu compte des prises en charge indispensables, hors COVID-19, dont ont besoin les patients. Il est nécessaire de

DIFFUSION RESTREINTE

rester vigilants à ne pas créer de rupture dans l'accès à la santé[11] d'autant plus dans un contexte où les structures de soins sont en train de procéder à un rattrapage des activités qui ont dû être différées en première vague. Ainsi, depuis le mois de mai un suivi de la reprise d'activité est mis en place au niveau national mais également plus particulier sur l'activité de cancérologie avec l'INCa et sur l'activité de greffes avec l'ABM.

En cas de 2ème vague, le principe d'une déprogrammation non systématiquement généralisée, mais proportionnée et territorialisée en lien avec les paliers de montée en charge des besoins en lits et équipes de soins critiques, devra ainsi présider à l''organisation des soins « hors COVID » afin de pouvoir préserver les filières de prise en charge « hors COVID » a minima à l'échelle d'un territoire pour des activités (telles que la prise en charge des cancers ou la chirurgie) qui ont été fortement impactées par la déprogrammation en vague 1.

En cas de difficulté pour assurer la continuité des prises en charges dans un ou plusieurs établissements en fonction des scénarios d'atteinte épidémique, une organisation territoriale visant à suivre et accompagner les patients vers d'autres services de prise en charge devra être mise en place. Elle pourra s'appuyer sur des autorisations d'activités exceptionnelles, des équipes de territoires ou des coopérations inter-établissements.

Dans tous les cas, un suivi des patients déprogrammés devra être assuré, au besoin via une cellule de déprogrammation[12].

Pour les personnes atteintes de maladies chroniques, leur suivi proactif est indispensable notamment pour détecter un risque de décompensation de la pathologie. Le recours à la téléconsultation est facilité de façon pérenne.
Et lorsqu'on parle maladies chroniques, il faut aussi prendre en compte également des spécificités comme l'accompagnement pour les usagers de drogues dont la distribution de matériels de réduction des risques et des dommages.

En matière d'infections transmissibles, l'enjeu est tout aussi important ; une continuité d'activité est impérative : prise en charge de la tuberculose mais aussi prévention du VIH et des accidents post exposition ou dépistage et traitement des IST par exemple.

Certains soins et examens urgents hors COVID ne peuvent être réalisés qu'en présentiel, en cabinet de ville ou en établissement de santé ; il convient donc aussi de pouvoir maintenir un accès sécurisé à ces soins qui permettent d'éviter les risques de contamination avec notamment la mise en œuvre de circuits séparés COVID - et COVID+ (voir supra).

DIFFUSION RESTREINTE

[11] Plusieurs fiches ont été diffusées. Deux fiches sur la continuité des structures de prévention et prise en charge les 18 et 25 mars 2020, une fiche sur la continuité des soins HORS COVID le 8 avril 2020 sur la base de réponse rapides produites par la HAS et mises en ligne sur son site et les fiches IVG le 15 avril 2020.
[12] Des fiches spécifiques figurent en annexe pour la chirurgie, la greffe, l'IRC

S'agissant des actes préventifs, certains sont indispensables comme le suivi des nourrissons dont la vaccination mais également le suivi des femmes enceintes qu'il s'agisse des consultations ou des échographies. Il doit être maintenu une prise en charge adaptée pour prévenir tout risque de troubles du développement de l'enfant et protéger les nourrissons des maladies infectieuses plus graves pour eux que le COVID-19.

Le sujet de l'IVG est évidement tout aussi important et peut être affecté par la limitation des déplacements.

Santé mentale

Certaines personnes ayant des troubles mentaux ont pu, du fait de l'épidémie et du confinement et de leur impact sur eux-mêmes ou leurs proches, ressentir une détresse émotionnelle accrue et présenter une récidive ou une aggravation du trouble de santé mentale préexistant. Il convient de noter également un risque de consommation accrue (engendrant stress, anxiété, transfert d'addiction) avec un accès facilité à certaines substances psycho actives (alcool et tabac). A l'inverse, un accès diminué à certaines substances psychoactives peut entraîner des phénomènes de sevrage.

Il est préconisé que les dispositifs de prise en charge ambulatoire s'adaptent et se renforcent afin d'éviter les ruptures de prise en charge et les hospitalisations en urgence et de prévenir notamment les rechutes de pathologies chroniques. Cette première ligne doit privilégier une réponse téléphonique, la téléconsultation (ou autre solution de visio-conférence) et un ensemble de modalités qui permettent de maintenir le lien, en allant au-devant des patients, et de s'adapter au cas par cas aux capacités et aux besoins des patients.

En scénario 3 et 4, seules des prises en charge individuelles sont organisées au regard du rapport bénéfice – risque de chaque situation clinique. Les prises en charge de groupe en présentiel et les activités sont suspendues pour limiter le risque de propagation virale (fermeture des ateliers thérapeutiques en psychiatrie adulte, psychiatrie de la personne âgée et psychiatrie de l'enfant et adolescent, possibilités de prises en charge de groupe de façon dématérialisée). Les HDJ peuvent être maintenues uniquement pour des consultations ambulatoires et des prises en charge individuelles. L'accueil téléphonique doit être renforcé et organisé dans les CMP pour que les personnes en situation de détresse psychique puissent obtenir une réponse de façon à prévenir les décompensations et les prises en charge en urgence en situation de crise.

DIFFUSION RESTREINTE

■ SCÉNARIOS 3 ET 4 : REPRISE DE L'ÉPIDÉMIE : REBONDS, DEUXIÈME VAGUE

➡ PRÉPARER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID+ LES PLUS GRAVES

En mars 2020, une réorganisation générale des services de réanimation a permis une augmentation du capacitaire passant de 5 000 lits à 10 000 lits et 12 000 lits en cible haute

fixée par les ARS. Entre janvier et juin 2020, 17 153 patients ont été hospitalisés en réanimation avec un nombre maximal sur une journée de 7 027 patients (8 avril 2020).

Compte-tenu des différentes projections de deuxième vague, il est proposé de partir de trois hypothèses de travail :

- **Hypothèse basse** : besoin de 5 000 lits de réanimation installés au niveau national (très faible activité COVID, pas de capacitaire supplémentaire) soit un équivalent de 12 000 admissions.
- **Hypothèse moyenne** : besoin de 8 500 lits de réanimation installés au niveau national (activité pandémique moyenne, déploiement de réanimations éphémères ponctuellement, déprogrammation partielle de l'activité hors COVID- interventions chirurgicales non urgentes nécessitant un recours à la réanimation post-opératoire ou à la surveillance continue, en ayant une attention particulière aux patients suivis en cancérologie) ; soit 21 000 admissions.
- **Hypothèse haute** : besoin de 12 000 lits de réanimation installés au niveau national (scénario d'avril 2020 avec déprogrammation quasi-totale sauf interventions urgentes mettant en jeu le pronostic vital et fonctionnel des patients); soit un équivalent de 29 000 admissions.

■ ORGANISATION DU CAPACITAIRE EN RÉANIMATION (DÉPROGRAMMATION ET REPROGRAMMATION) ET LA CONSTITUTION DE FILIÈRE D'AVAL

Chaque région dispose **d'une stratégie[13], qu'elle met à jour dès que nécessaire,** visant à mettre en place un plan d'augmentation du capacitaire en fonction des besoins, de la disponibilité et de la capacité de réanimation et de soins critiques[14] dans la région, y compris en déprogrammant des soins/interventions chirurgicales non urgents avec des lits de « réserve » ou réversibles en 24h/48h/72h en cas d'afflux importants de nouveaux patients et une organisation territoriale impliquant des sites exceptionnellement autorisés à la réanimation en cas d'afflux majeur de patients.

En outre, tout site disposant d'une réanimation COVID+ doit s'inscrire, dès l'origine, dans **une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge des patients COVID+ à la suite de leur passage en réanimation.** La constitution de filières de prise en charge doit permettre d'accélérer le transfert des patients depuis les lits de soins critiques des établissements de santé de court séjour, lorsqu'ils ne peuvent pas rentrer directement à domicile, en proposant la prise en charge la plus adaptée à leur situation, notamment via une réadaptation précoce pratiquée au lit du malade par des équipes mobiles, le cas échéant.

L'enjeu également, en cas de deuxième vague pandémique, sera de conserver une gestion dynamique du parc de lits installés afin de garantir un accès aux besoins de patients COVID-. Pour cela, les établissements devront recourir à des services modulaires pouvant se « transformer » rapidement en unités de réanimation.

DIFFUSION RESTREINTE

[13] MINSANTE n°135 « Recommandations d'organisation des réanimations en prévision d'une nouvelle vague de COVID-19 » du 17 juillet 2020

[14] Par soins critiques il est entendu la réanimation, la surveillance continue et les soins intensifs

■ ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES

La préparation à la deuxième vague, encourage l'instauration de formations préalables même courte, le regroupement des patients COVID+ dans des lieux adaptés et regroupés, la mixité d'équipe, etc.

En complément, chaque établissement de santé doit organiser la formation des professionnels de santé mobilisés en renfort (modèle des « réanimations éphémères ».

Au 11 mai 2020, la mobilisation de renforts RH a représenté *a minima* **2154 professionnels de santé dans le secteur sanitaire** et 2231 professionnels dans le secteur médico-social. Ces renforts, issus soit de la réserve sanitaire soit d'appels aux volontaires via des applications telles que « MedGo », doivent être **fiabilisés (fichiers de recensement des volontaires)**. L**a réserve sanitaire pourrait comporter un volet spécifique aux « soins critiques »**.

Ainsi, les ARS ont pour beaucoup déjà identifié des professionnels volontaires pour venir en appui à la gestion de crise au niveau de leur région. Elles s'assurent que les établissements de santé gardent à disposition et mettent à jour des listings opérationnels des personnels paramédicaux et médicaux compétents pour pouvoir renforcer rapidement les services de réanimation du territoire :

- Professionnels des agences d'intérim intervenant habituellement en réanimation ;
- Autres internes, médecins et soignants disponibles du site en fonction des activités déprogrammées ou diminuées : AR, médecins et chirurgiens, IADE, IBODE, IDE, AS, Kinés, psychologues, étudiants en médecine (externes), élèves infirmiers ;
- Médecins et soignants (IDE, AS) ayant quitté un service de réanimation (6 mois) ;
- Étudiants IADE de 1ère et 2ème année, quasi exclusivement issus des services de réanimation, les étudiants d'IFSI de 2ème et de 3ème année qui ont réalisé des stages en service de réanimation ou en SSPI, les internes des DES d'anesthésie réanimation et médecine intensive-réanimation ;
- Retraités rappelés par les services RH et volontaires ;
- Professionnels qui se sont portés spontanément disponibles auprès des établissements ;
- Mise à disposition de professionnels de santé d'autres établissements de santé de la région ;
- Mise à disposition de professionnels de santé voire d'autres régions.

Dans le cadre de la préparation à une deuxième vague pandémique, il importe de pouvoir fiabiliser ces listes de volontaires au moyen de fichiers de recensement des volontaires, comme c'est déjà le cas dans plusieurs établissements et ARS.

DIFFUSION RESTREINTE

■ ANTICIPER LA PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE RÉANIMATION

Suite aux retours d'expériences des professionnels mobilisés au cours de la crise sanitaire COVID-19, la fiche initiale de recommandations d'organisation pour le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) a été actualisée. Cette nouvelle fiche présente la conduite à tenir dans les établissements et services de SSR en cas de nouvelle phase épidémique, en l'état de nos connaissances actuelles.

Les établissements SSR doivent adapter leurs organisations à la fragilité des patients accueillis et mettre en œuvre un dispositif de mesures barrières robuste. Pour les structures se situant dans des zones de circulation active du virus, les mesures barrières peuvent être renforcées en lien avec les autorités locales.

Par ailleurs, les établissements de SSR constituent une étape essentielle de l'offre de soins dans ce contexte épidémique et les recommandations proposées doivent leur permettre de maintenir et d'adapter leur capacité de réponse aux demandes des établissements de court séjour, tout en évitant la propagation de l'épidémie au sein de leurs structures.

Enfin, il est essentiel que les établissements SSR maintiennent une capacité de prise en charge des patients non COVID, sur site, en coopération avec les autres structures du territoire ou sur le lieu de vie du patient.

Les établissements SSR sont ainsi invités à mettre en place des procédures d'admission accélérées avec les établissements demandeurs de prise en charge en SSR et adapter les conditions d'accueil dans un contexte de crise. Les admissions de tous les patients nécessitant une prise en charge en SSR en aval d'un séjour MCO doivent être maintenues, pour toutes les filières, et les demandes concernant des patients adressés en SSR dans un objectif de libération des lits de court séjour traitées en priorité.

Par ailleurs, il est recommandé de déprogrammer les activités non urgentes, a fortiori pour les patients à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 en cas de contamination, principalement les activités d'hospitalisation de jour pour tous les patients pour qui cela ne génère pas une perte de chance.

En parallèle, les établissements doivent s'inscrire dans le dispositif de coordination régional, en communiquant sur les lits disponibles et sur le besoin anticipé pour chaque filière, afin de faciliter l'orientation des patients au niveau régional. La cellule de crise ARS veillera à la bonne remontée des informations en temps réel du suivi par les établissements, à la diffusion hebdomadaire des données sur la disponibilité des capacités ainsi que sur les points de difficultés rencontrées afin que les établissements puissent anticiper les éventuelles adaptations de leur organisation. Plus précisément, les établissements assureront le suivi hebdomadaire de la disponibilité des lits de SRPR, qui sera diffusé aux établissements SSR avec autres mentions afin d'anticiper le besoin d'augmentation des capacités pour répondre aux besoins. Les prises en charge alternatives pour le retour à domicile seront développées sous forme de télé-réadaptation, possiblement associée à une prise en charge ambulatoire. En cas de besoin, le retour des patients à domicile peut inclure la poursuite du projet de réadaptation en autonomie à domicile.

L'ensemble de ces éléments sont détaillés dans la fiche « recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19 ».

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ORGANISATION LOGISTIQUE (RESPIRATEURS, MÉDICAMENTS ET CONSOMMABLES RÉANIMATION)

■ CONSTITUTION DE STOCKS NATIONAUX

La stratégie d'approvisionnement en masques, en équipements de protection individuels, en dispositifs médicaux de réanimation, en matériel de tests et en médicaments a été construite dans le but de sécuriser la prise en charge des patients COVID, dans le contexte d'une tension critique sur ces produits et d'un marché mondial saturé.

Les produits et matériels ainsi acquis ont été mis à disposition de l'ensemble des acteurs du système de santé dans le cadre d'une organisation centralisée d'achat et de distribution de ces matériels et produits de santé.

Dans le cadre de la préparation à une deuxième vague, des stocks de sécurité de ces matériels et produits de santé ont été constitués soulevant la question de la gestion de ces stocks dans ce contexte à court, moyen ou long terme.

La constitution et la composition des stocks de sécurité

Après enquête auprès des ARS lors de la première vague COVID-19 et compte-tenu des différentes projections de deuxième vague, il ressort que 12 000 lits de réanimation correspondent au maximum possible armables. Aussi le besoin de 12 000 lits de réanimation installés au niveau national soit un équivalent de 29 000 admissions en réanimation est le chiffre référentiel à partir duquel sont calculés les besoins en médicaments, dispositifs médicaux, matériels et consommables équipements et matériels pour la réanimation.

La gestion des médicaments

Pour faire face aux tensions très importantes rencontrées, l'État a mis en place une régulation pour 5 médicaments prioritaires (deux hypnotiques (propofol et midazolam) et trois curares (atracurium, cisatracurium et rocuronium)). Suite à la CIC du 16 juin 2020, le stock de secours de ces 5 molécules critiques est construit pour permettre de prendre en charge 29 000 patients COVID en réanimation. Ce stock sera atteignable d'ici fin juillet (S31) début août.

La gestion des dispositifs médicaux (DM) de réanimation

Compte tenu des tensions d'approvisionnement sur certains dispositifs médicaux, un stock État de respirateurs de réanimation, de filtres patient, de filtres machine, de circuits de ventilation, de systèmes d'aspiration, de pousse- seringue et de pompes à nutrition a également été constitué et pour partie distribué vers les établissements de santé en forte tension. Enfin, les matériels biomédicaux du stock national feront à terme l'objet d'un don de l'État aux établissements de santé. Les établissements en auront la pleine propriété et ils assureront la traçabilité interne, la gestion et la maintenance de ces appareils.

DIFFUSION RESTREINTE

La gestion des masques et EPI :

Le stock stratégique de masques chirurgicaux et FFP2 a été défini dans son périmètre et dans son ampleur par l'État en fonction des niveaux de consommation constatés au pic de l'épidémie de COVID-19 et ce dernier doit permettre le fonctionnement du système de santé pendant 10 semaines. Un stock d'EPI de blouses, gants, tabliers, charlottes, lunettes est également en cours de constitution pour couvrir la prise en charge des professionnels de santé des services de réanimation, hospitalisation post réanimation, laboratoires biologiques ville et hôpital, services d'urgence, des structures ESMS et ville durant un mois.

La gestion des matériels de tests :

Le stock de sécurité a été dimensionné afin d'effectuer 2 millions de tests RT PCR. Il est constitué d'écouvillons nasopharyngés flockés + milieu de transport (kits) et de réactifs d'extraction et amplification. De même, le stock comprend 2 millions de tests sérologiques.

➡ ORGANISATION DES TRANSFERTS DES PATIENTS ET DES DÉCISIONS D'ADMISSION

■ ANTICIPER LES TRANSFERTS INTRARÉGIONAUX ET INTERRÉGIONAUX

La question des transferts est pilotée par les ARS en lien avec les établissements de santé dans le cadre du dispositif ORSAN et selon les modalités définies par instruction[15]. En cas d'insuffisance des capacités régionales, les transferts entre régions sont validés ou coordonnés par le CCS.

■ ANTICIPER LA PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE RÉANIMATION

En cas de résurgence d'une pandémie COVID-19, tout site disposant d'une réanimation COVID+ doit s'inscrire, dès l'origine, dans **une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge des patients COVID+ à la suite de leur passage en réanimation.** La constitution de filières de prise en charge doit permettre d'accélérer le transfert des patients depuis les lits de soins critiques des établissements de santé de court séjour, lorsqu'ils ne peuvent pas rentrer directement à domicile, en proposant la prise en charge d'aval la plus adaptée à leur situation, notamment via une réadaptation précoce pratiquée au lit du malade par des équipes mobiles, le cas échéant. Les structures de SSR sont mobilisées de façon anticipée pour les patients COVID+.

La sortie d'hospitalisation avec hébergement doit être organisée avec l'HAD et la médecine de ville.

[15] Instruction DGS/CCS/DGOS/2020/71 du 18 mai 2020 relative à l'organisation des transferts infrarégionaux, interrégionaux et internationaux de professionnels de santé et de patients atteints du Covid-19

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

FICHES OPÉRATIONNELLES

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

PRÉVENTION DU REBOND ÉPIDÉMIQUE DE COVID-19 ET PRÉPARATION RISQUE DE DEUXIÈME VAGUE

FICHES ACTION

CONTEXTE ET INDICATEURS

CONTEXTE

Les scénarios proposés le 2 juin 2020 par le Conseil scientifique ont été construits avec l'objectif d'éviter le développement d'une nouvelle vague épidémique et d'un retour au confinement généralisé qui seraient nécessaires pour éviter une saturation des services de réanimation si toutes les autres options devaient échouer. Le choix du scénario dépend d'indicateurs et est associé à un territoire. En outre, plusieurs territoires peuvent se trouver à un stade différent de l'épidémie.

4 scénarios sont proposés :

- **Scénario 1** : une épidémie sous contrôle ;
- **Scénario 2 :** un ou des clusters à risque signes d'une reprise locale de l'épidémie ;
- **Scénario 3 :** une reprise diffuse et a bas bruit de l'épidémie ;
- **Scénario 4 :** l'épidémie atteint un stade critique.

En complément de ces 4 scénarios, le Conseil scientifique a identifié 7 protocoles détaillés dans le Plan de prévention et de protection renforcé (P2R) afin de renforcer la lutte contre le COVID-19 (scénario 1 et 2) et préparer un éventuel rebond de l'épidémie voire une seconde vague. Ces protocoles seront déployés en fonction de la situation épidémique :

- **Protocole 1** – Renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale ;
- **Protocole 2** – Renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER ;
- **Protocole 3** – Confinement protection renforcé pour les personnes à risque de formes graves ;
- **Protocole 4** – Protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux ;
- **Protocole 5** – Protection des populations en situation de grande précarité ;
- **Protocole 6** – Grandes métropoles ;
- **Protocole 7** – Préparation du système de santé

LECTURE DES FICHES ACTION

Afin de permettre une déclinaison opérationnelle, des fiches actions détaillent les mesures de gestion à mettre en place pour chaque protocole. Il existe une fiche action par scénario ainsi qu'une fiche « flux » qui présentera les mesures liées aux déplacements entre des territoires dont la situation épidémique est différente.

À noter qu'un territoire (département, région) peut être confronté à plusieurs scénarios. Par exemple, un département peut avoir une zone en scénario 1 et une autre en scénario 2. Aussi, les fiches actions s'inscrivent dans **une logique de définition d'un territoire impacté et** non nécessairement à l'échelle d'un départemental.

DIFFUSION RESTREINTE

En outre, si les scénarios sont numérotés de 1 à 4, il est possible de passer d'une situation « scénario 1 » à une situation « scénario 3 ». C'est par exemple le cas que pourrait rencontrer un territoire à forte densité de population comme une grande métropole. La diffusion du virus pourrait être à bas bruit et être identifiée tardivement.

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIO 1 : ÉPIDÉMIE SOUS CONTRÔLE

CONTEXTE ET INDICATEURS

Le scénario 1 est une situation sous contrôle avec quelques clusters localisés mais maîtrisés, le virus est présent et nécessite un maintien des mesures de lutte contre l'épidémie. En outre, il paraît nécessaire de préparer le passage à des scénarios supérieurs dès le scénario 1.

Les indicateurs sont les suivants :

- Taux d'incidence et taux de positivité des tests inférieurs aux seuils d'attention,
- **OU** taux d'incidence et/ou taux de positivité des tests proches supérieurs aux seuils d'attention, mais expliqués par des actions de dépistage large ou par des clusters déjà identifiés par exemple.

	Seuil d'attention	**Seuil d'alerte**
Taux d'incidence (sur 7 jours glissants)	10 / 100 000 habitants	50 / 100 000 habitants
Taux de positivité des tests (sur 7 jours glissants)	5%	10%

GOUVERNANCE DE LA CONDUITE DE CRISE

Au niveau national : la gouvernance repose sur un pilotage interministériel assurée par le centre interministériel de crise (CIC) qui coordonne l'action des ministères concernés. Sur le plan sanitaire, le Directeur général de la santé assure, sous l'autorité du Ministre des Solidarités et de la santé, la Direction de crise. Le Centre de crise sanitaire (CCS) assure la coordination opérationnelle de la réponse.

Au niveau territorial : les préfets assurent la coordination des services de l'État notamment pour la mise en œuvre des mesures d'ordre public. Les ARS assurent quant à elles, en lien avec les préfets, la mise en œuvre opérationnelle des instructions transmises par la CIC et le CCS et notamment la coordination entre les différents acteurs et institutions impliquées dans la gestion des clusters. La collaboration avec les collectivités locales est essentielle notamment avec les élus des grandes métropoles pour l'élaboration des plans spécifiques à ces collectivités.

PRINCIPALES MESURES DE GESTION

MESURES CLEFS

- **Prévention de la reprise épidémique**
- **Identification des ressources en vue d'un passage en scénario 2 ou 3**
- **Préparation d'un plan de précaution et de prévention renforcé dans les grandes villes de France et leur métropole**
- **Préparation du système de santé à une éventuelle reprise épidémique**

DIFFUSION RESTREINTE

MESURES À PRENDRE	DÉCISIONNAIRE	BASE JURIDIQUE
■ **Compréhension fine de la situation et définition d'une stratégie :** • Partager l'ensemble des informations avec les services de l'État dans le département et définir une stratégie commune ; • Réaliser une cartographie des lieux à hauts risques de propagation (abattoir, usine, accueil collectif de mineurs, communauté des gens du voyage, forains, regroupement de travailleurs saisonniers) ; • Réaliser un état des lieux des ressources mobilisables afin de mettre en place la logistique de dépistage dans chaque département ; • Maintenir voire renforcer la stratégie de détection des cas, d'identification des contacts, d'isolement des cas et de quatorzaine des contacts à risque.	Préfet-ARS	
■ **Renforcement du « TESTER-TRACER-ISOLER » et des réseaux de contact-tracing :** • Diagnostic précoce des cas avec des signes cliniques compatibles avec une infection COVID (en lien avec la médecine générale notamment) • Surveillance ciblée pour les populations à risque pouvant échapper à la stratégie de diagnostic des cas suspects (abattoirs, prison, migrants…) • Dépistage populationnel centré sur des zones à concentration élevée de clusters (notamment familiaux) sans lien épidémiologique • Dépistage aléatoire permettant d'entretenir et/ou de faire évoluer l'outil de surveillance et de participer au dépistage de cas pauci- ou asymptomatiques • Développement des synergies entre professionnels de santé de médecine de ville en particulier les médecins traitants/généralistes qui ont un rôle clef dans le dispositif de prise en charge des patients et de leurs contacts notamment pour l'adhésion aux mesures d'isolement et barrières ; • Point de vigilance : une attention particulière devra être portée à la mobilisation des ressources humaines nécessaire à ce renforcement.	ARS	
■ **Actions à mener :** • **Capacitaire :** → S'assurer de la disponibilité et de stocks suffisants avec définition d'une autonomie (EPI, produits de santé, dispositifs médicaux, etc.) ; → Évaluer la pression pesant sur les structures de médecine d'urgence ; → Faire le point des capacités de prise en charge de patients dans les établissements de santé publics et privés ; → Faire le point sur les capacités d'accueil dans les centres d'hébergement spécialisés et sur les capacités identifiées par les CTAI.	Préfet-ARS	

DIFFUSION RESTREINTE

• **Gestion des clusters à risque :** → Être en capacité de déployer des barnums (300 prélèvements par jour) ou 1 « drive » ou 1 centre d'accueil permanent pour 100 000 habitants (ou 1 barnum pour les communes de plus de 100 000 habitants). La mise en place de ces barnums doit s'effectuer avec l'appui des collectivités territoriales. Leur positionnement doit faire l'objet d'un arbitrage densité de population / localisation des clusters ; → Publier la liste des lieux où il est possible de se faire tester ; → Distribuer des bons de dépistage gratuits. • **Élaboration d'un plan dans chaque grande métropole :** → Chacune de plus grandes villes de France et leurs métropoles élaborent un plan spécifique métropolitain qui associe l'ensemble des services déconcentrés de l'État, l'ARS et les collectivités territoriales concernées et prend en compte les spécificités locales (cf. volet sanitaire de la stratégie de réponse ciblée graduée à une reprise épidémique de la COVID-19) → Gouvernance sous l'égide du Préfet dans un objectif de cohérence des actions au sein du département en lien avec les présidents des collectivités concernées.	Responsable de la métropole en lien avec le Préfet et l'ARS	
■ **Informations à prévoir :** • Informer l'ensemble des élus du département ; • Informer les médias locaux (presse locale, radio, etc.). Production d'un communiqué de presse (voir document type dans le « plan été ») sensibilisant à nouveau la population sur l'importance des gestes barrière ; • Informer les opérateurs de transports, les chefs d'entreprises et établissements recevant du public, notamment ceux de types cafés/restaurants/hôtels ; • Informer la population (renforcement des messages sur les gestes barrière et l'éducation en santé) ; • Sensibiliser les ESMS, les structures d'accueil de personnes vulnérables et les centres d'accueil pour mineurs pour qu'ils renforcent leur vigilance sur la mise en œuvre des mesures barrières. • En particulier, rappeler aux EHPAD les consignes en vigueur (notamment : port du masque pour les visiteurs ; doctrine de dépistage actuelle, y compris pour les professionnels de l'établissement au retour des congés) ; • Informer les partenaires transfrontaliers dans le cadre notamment des instances et temps d'échanges mis en place depuis le début de la crise.	Préfet-ARS	

DIFFUSION RESTREINTE

DÉCLINAISON PAR PROTOCOLE

Protocole 1 : Renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

➡ ***Recommandations générales***

- Le respect strict des mesures d'hygiène dites « barrière » est clé dans la lutte contre l'épidémie de COVID-19. En toute circonstance et en tout lieu, il convient d'appliquer les mesures suivantes :
- Se laver régulièrement les mains à l'eau et au savon (dont l'accès doit être facilité avec mise à disposition de serviettes à usage unique) ou par une friction hydro-alcoolique ;
- Se couvrir systématiquement le nez et la bouche en toussant ou éternuant dans son coude ;
- Se moucher dans un mouchoir usage unique à éliminer immédiatement dans une poubelle ;
- Éviter de se toucher le visage et en particulier le nez, la bouche et les yeux ;
- Maintenir une distance physique d'au moins 1 mètre entre deux personnes ;
- Si la distance physique d'au moins 1 mètre ne peut être garantie, un masque doit être systématiquement porté par les plus de 11 ans.

➡ ***Au Travail***

- Le protocole national de déconfinement pour les entreprises du ministère du travail, qui est régulièrement mis à jour et rassemble les règles à appliquer et les préconisations pour le monde du travail ;
- Il est important de sensibiliser les salariés à s'isoler et se signaler dès l'apparition de symptômes évocateurs de la COVID-19, même légers ;
- 2 situations d'hyperpropagation (Super Spreader Events) sont identifiées : les travailleurs saisonniers et les abattoirs doivent faire l'objet d'une vigilance particulière (dans ces deux cas, se reporter aux fiches pratiques de la DGT et de la MSA concernant ces deux secteurs d'activité). Pour cela, il est indispensable que chaque département identifie ces lieux et lieux de rassemblement afin de préparer des mettre en place des mesures renforcées de prévention et d'action.
  - → Pour les abattoirs : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier et le port du masque. Établir un roulement des équipes en particulier dans les vestiaires. Les inspecteurs du travail pourront apporter leur concours dans la prévention et la communication pour respecter ces gestes barrière et sensibiliser les entreprises et le personnel. Une attention particulière devra être portée aux conditions d'hébergement des salariés intérimaires des abattoirs.
  - → L'ensemble des préconisations relatives aux abattoirs sont rassemblées dans un document du ministère du travail intitulé " points de vigilance sur les précautions à prendre dans les abattoirs face à la COVID-19 ;
  - → Pour les travailleurs saisonniers : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier en fournissant du SHA à ces travailleurs. Les lieux d'hébergement devront également faire l'objet d'aménagement afin de respecter la distanciation physique. Le respect de ces règles est important pour éviter une propagation rapide du virus ;
  - → Pour les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion : : renforcer les gestes barrière et notamment le lavage des mains régulier en fournissant du SHA aux personnes hébergées et au personnel de ces établissements. Ces lieux devront également faire l'objet d'aménagement afin de respecter la distanciation physique. Le respect de ces règles est important pour éviter une propagation rapide du virus.
- Les entreprises peuvent s'appuyer, pour la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention, sur les services de santé au travail, au titre de leur rôle de conseil et d'accompagnement des employeurs et des salariés ainsi que de leurs représentants. Un référent COVID assurant la mise en œuvre des mesures décidées et l'information des salariés est désigné dans toutes les entreprises.

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements :** Les grands rassemblements de plus de 5000 personnes sont interdits jusqu'au 31 août 2020 ;

DIFFUSION RESTREINTE

- **Colonies de vacances, camps, etc. :** autorisées dans des conditions permettant le respect des mesures barrières et de distanciation physique. Pour les gens du voyage, communiquer afin de les sensibiliser aux gestes barrière et au dépistage ;
- **Établissements clos recevant du public :** au sein des établissements recevant du public assis, il convient de laisser une place libre entre deux personnes ou groupes de personnes venant ensemble. Dans tous les établissements clos recevant du public le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans sauf pour la pratique artistique. Dans le cas spécifique de la pratique des instruments à vent et du chant, il convient de doubler la distance physique à respecter entre deux personnes, et d'être attentif à l'orientation du musicien ou du chanteur, afin de préserver les autres personnes d'émission directe de potentielles gouttelettes ;
- **Célébrations mariage ou funérailles :** autorisées dans des conditions permettant le respect des mesures barrières et de distanciation physique ;
- **Discothèques :** fermées.

➡ ***Déplacements et transports***

- Toutes distances et tous motifs confondus sont autorisés sur le territoire métropolitain. **Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant un contrôle aux frontières extérieures et intérieurs pourront être mises en place autant que de besoin.**
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les aéronefs ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur**.**
- **Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.) ;
- **Co-voiturage :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- **Taxi :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.

➡ ***Commerces***

- **Au sein de tous les commerces clos :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans ;
- **Marchés en plein air :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans lors des déplacements au sein de l'établissement. Les personnes accueillies ont une place assise. Les tablées, ne pouvant accueillir des groupes de plus de 10 personnes, sont séparées d'au moins 1 mètre. Si la distance physique d'1 mètre entre les tables ne peut être garantie des parois transparentes doivent être installées ;
- **Hôtels et autres hébergements touristiques :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Établissements de thermalismes :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Cet accueil est organisé pour tous les enfants. Le port du masque par les personnels de la crèche est obligatoire seulement lors des contacts entre adultes (réunion, contacts avec les parents, …) ;

DIFFUSION RESTREINTE

- **Écoles et établissements scolaire :** Dans les espaces clos, la distanciation physique n'est pas obligatoire lorsqu'elle n'est pas matériellement possible ou qu'elle ne permet pas d'accueillir la totalité des élèves. Néanmoins, les espaces sont organisés de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves. Dans les espaces extérieurs, la distanciation physique ne s'applique pas.
  Les collégiens et les lycéens doivent porter un masque lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs, ainsi qu'en classe lorsque la distanciation d'un mètre ne peut être garantie et qu'ils sont placés face à face ou côte à côte.
  Le port du masque est également obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie. Le port du masque n'est pas obligatoire pour les personnels :
  - → Pendant les cours à l'école maternelle ;
  - → Lorsqu'ils sont à une distance d'au moins un mètre des élèves en école élémentaire, en collège et en lycée.

  La limitation du brassage entre classes et groupes d'élèves n'est pas obligatoire. Toutefois, les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter, dans la mesure du possible, les regroupements et les croisements importants ;

- **Enseignement supérieur :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dès lors que la distance physique d'au moins 1 mètre ou un siège vacant avec une autre personne ne peut être garantie, et est très fortement recommandé dans tous les espaces clos même lorsque cette distanciation peut être garantie. La distance physique d'1 mètre ou d'un siège vacant doit être respecté entre les élèves et les enseignants dans les espaces clos, ainsi qu'entre les élèves lorsqu'ils sont côtes à côtes ou face à face dans la mesure du possible.

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Gymnases :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissé entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Piscines :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Salles de sport :** Ouverts dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports de combat :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports de contact :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Autres sports collectifs :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas ;
- **Sports collectifs professionnels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité physique ne le permet pas.

Protocole 2 : Renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

- Le dispositif de contact-tracing de niveaux 1 et 2 est centré sur le diagnostic et la prise en charge des personnes symptomatiques (symptômes évocateurs de COVID-19) et de leurs personnes contacts à risque (symptomatiques et asymptomatiques) ;
- Le dispositif de niveau 3 est quant à lui centré sur l'intervention rapide sur le territoire autour des chaines de transmission et des clusters détectés en grande partie sur la base des données du contact-tracing des niveaux inférieurs ;

DIFFUSION RESTREINTE

- La projection d'équipes mobiles sur l'ensemble du territoire pour aller à la rencontre de cette population spécifique, pour mettre en place un dépistage ciblé au-delà de l'emprise même des zones de clusters, est préconisée.

Protocole 3 : Confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

- Une communication spécifique à destination des personnes à risque de forme grave doit être menée afin de les inciter à rester vigilantes à une application stricte des gestes barrière et de la distance physique dans leur vie privée et sur leur lieu de travail ;
- Si l'application des mesures barrières est impossible sur le lieu de travail du fait de l'activité, un aménagement du poste doit être proposé en lien avec le service de médecine du travail.

Protocole 4 : Protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

- Maintien de l'activation ou la réactivation du plan bleu, prévoyant les mesures à prendre en cas de crise sanitaire (liste des coordonnées indispensables, vérification des stocks, rappel des personnels, coordination avec l'établissement de santé référent dans le cadre des coopérations renforcées), accompagné si nécessaire d'un plan de continuité d'activité qui devra prévoir les méthodes que l'EHPAD utilisera pour disposer de renforts en personnel (intérim, stages, réserve civique) ;
- La possible réactivation, en zone de cluster, du protocole du 20 avril actualisé au 12 août après consultation l'astreinte gériatrique du territoire ;
- Dépistage généralisé par RT-PCR de tous les professionnels des EHPAD chaque semaine, entraînant le dépistage de tous les résidents dès le 1er cas positif (symptomatique ou asymptomatique) détecté ;
- Maintien du renseignement systématique du portail des signalements de Santé publique France des cas et décès chez les résidents et personnels.
- Disposer d'un stock suffisant d'EPI et de masques.

Protocole 5 : Protection des populations en situation de précarité

- Poursuivre la mise à l'abri en tant que de besoin ;
- Renforcer l'information sur les gestes barrière et l'éducation en santé ;
- Garantir l'accès au matériel de protection et aux capacités de l'offre du secteur de la veille sociale ;
- Adapter les pratiques de dépistage et lever les réticences à un isolement.

Protocole 6 : Disposition pour les grandes métropoles

- Anticiper la réponse : chaque grande métropole doit disposer d'un plan spécifique établi par le maire en lien avec l'ARS et la préfecture concernée ;
- Assurer le respect de la distanciation physique et les mesures barrières : favoriser ce respect de la distanciation et des mesures barrières dont le respect est plus difficile par une communication claire et adaptée aux différentes populations ;
- Favoriser l'obligation du port du masque dans l'espace public en assurant notamment la disponibilité de masques pour toutes les personnes concernées notamment pour les personnes en situation de précarité, qui devront y avoir accès gratuitement.

Protocole 7 : Préparation des établissements de santé

- Maintien du dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au niveau : plan de mobilisation interne (niveau 1) avec cellule de crise hospitalière pour conduire la reprise de l'activité hors COVID-19 et préparation d'une reprise de l'activité épidémique sur la base du retour d'expérience ;
- Identifier les filières de prise en charge des patients COVID+ et COVID- ;
- Assurer les opérations de maintenance des dispositifs médicaux et locaux susceptibles d'être mobilisés en cas de reprise épidémique ;
- Préparer la montée en puissance des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ;
- Constituer les stocks en équipements de protection individuelle et en produit de santé.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIO 2 : CLUSTERS À RISQUE

CONTEXTE ET INDICATEURS

Ce scénario indique une circulation active mais localisée du virus. Afin d'éviter une reprise de l'épidémie au niveau national ces clusters doivent être maitrisés par des mesures importantes et précoces. La stratégie à mettre en place a pour but d'éviter des restrictions supplémentaires pour les populations concernées. Un **cluster à risque** est un cluster dont la diffusion est communautaire.

Ce scénario est un scénario probable dans les semaines qui viennent compte tenu de ce qui a été constaté en France. Ces exemples illustrent la nécessité de maintenir une vigilance accrue et de concevoir rapidement un plan de mise en œuvre de mesures de contrôles au niveau du territoire concerné.

Les indicateurs du scénario 2 sont les suivants :

- Taux d'incidence et éventuellement taux de positivité des tests supérieurs aux seuils d'attention, voire **localement supérieurs aux seuils d'alerte**.
- Nouveaux cas principalement reliés à des clusters identifiés. Les indicateurs en faveur d'une diffusion communautaire doivent, s'ils se confirment, orienter le passage au scénario 3.

GOUVERNANCE DE LA CONDUITE DE CRISE

Au niveau national :

- Renforcement du CIC et du CCS ;
- Mobilisation du Conseil scientifique et mise en place association d'une de l'instance de démocratie sanitaire (du Comité de contrôle et de liaison COVID-19) ;

Au niveau territorial :

- Conduite de crise resserrée autour des Préfets des départements impactés qui assure la direction des opérations avec l'appui de l'ARS ;
- Mise en place par le Préfet d'une gouvernance territoriale associant l'ARS, le Préfet de département et les collectivités territoriales.

PRINCIPALES MESURES DE GESTION

MESURES CLEFS

- Confinement strict dans la zone définie du ou des clusters
- Rassemblement limité à 10 personnes dans la zone du ou des clusters
- Renforcement des mesures barrières
- Intensification du dépistage des cas
- Mobilisation des établissements de santé et montée en puissance des capacités de prise en charge
- Protection des établissements et services médico-sociaux
- Déclenchement du plan grandes métropoles si l'une des grandes villes de France et sa métropole sont concernées

Définition du périmètre : la zone se trouvant dans la situation du scénario 2 est déterminée en fonction des données épidémiques par le (ou les) préfets sur avis du directeur général de l'ARS et de la cellule régionale de Santé publique France. Le CIC est immédiatement informé.

DIFFUSION RESTREINTE

PREMIÈRES MESURES À PRENDRE	DÉCISIONNAIRE	BASE JURIDIQUE
■ **Définir la zone de sur-incidence (infra départemental, infra régional, etc.) :** • **Identifier la base juridique à mobiliser :** → Décret simple pour inscrire le territoire sur la liste des départements à forte circulation du virus → Décret en conseil des ministres pour déclarer le territoire en état d'urgence sanitaire. (Rappel : les pouvoirs de préfets diffèrent selon la base juridique mobilisée)	Préfet (coordination CIC si plusieurs départements)	Article 50 du décret
■ **Information** • Informer l'ensemble des élus du département, sur la situation et les mesures prises ; • Informer et mettre en alerte l'ensemble des professionnels de santé et gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.	Préfet-ARS	
■ **Déclenchement du plan grandes métropoles si l'une des grandes villes de France et sa métropole sont concernées**	Responsable de la métropole en lien avec le Préfet	
■ **Mobilisation de l'offre de soins** • Mobiliser tous les établissements de santé (niveau 1 : plan de mobilisation interne). Pour tous les établissements de santé e desservant directement la zone de sur-incidence passage en niveau 2 (plan blanc) pour anticiper l'augmentation des capacités de prise en charge des patients notamment nécessitant des soins critiques, de renfort RH, de réponse téléphonique des SAMU-Centre 15 • Suivi hebdomadaire des consommations des stocks d'équipements de protection individuelle et de produits de santé ; • Mettre en alerte la médecine de ville (médecins traitants) et laboratoires ;	ARS	
■ **Déployer une stratégie de dépistage renforcée :** • Mise en place et armement de barnums de dépistage ; • Envoi de bons CNAM afin d'inciter les personnes à se faire dépister ; et/ou communication adaptée en lien avec les collectivités locales ; • Augmentation des capacités de traitement des prélèvements (mobilisation des laboratoires avec, le cas échéant, possibilité de réquisition) ; • Déploiement d'équipes mobiles pour tester les personnes symptomatiques et asymptomatiques en vue de leur proposer un test ; • Point de vigilance : une attention particulière devra être portée à la mobilisation des ressources humaines nécessaire à ce renforcement.	Préfet-ARS	Article 48-6 du décret
■ **Inciter les personnes à risque au sein de la zone à se confiner**	Préfet-ARS	

DIFFUSION RESTREINTE

■ **Activation, en lien avec les services à domicile, des registres communaux des personnes fragiles permettant aux collectivités et CCAS de lutter contre l'isolement des personnes auto-confinées et de leur apporter soutien matériel et psychologique.**	Préfet	
■ **Limiter la diffusion du virus en restreignant les rassemblements de personnes :** • Sensibiliser les organisateurs de rassemblements au risque de propagation épidémique afin de les conduire à prendre des mesures spécifiques ou à décider de l'annulation de leur activité ; • Si nécessaire, interdire une manifestation qui présenterait un risque particulier.	Préfet	Article 3 du décret
■ **Favoriser le télétravail et/ou aménager les postes de travail.**		
■ **Renforcer les mesures de prévention sanitaires générales :** • Recommander fortement voire imposer le port du masque dans certains endroits caractérisés par une densité de population importante ne permettant pas le respect de la distance physique, et le faire contrôler. Cette mesure devra être proportionnée et justifiée par des considérations locales, partagées entre les autorités préfectorales et sanitaires et les élus ; • Mettre en place une campagne de sensibilisation spécifique et territorialisée en y intégrant, le cas échéant, les partenaires transfrontaliers concernés.	Préfet-ARS en lien avec les élus locaux	
■ **Réglementer certaines activités ou certains ERP : le préfet peut interdire, restreindre ou réglementer, par des mesures réglementaires ou individuelles les activités qui ne sont pas interdites par le décret (article 29).** • Après mise en demeure, il peut fermer un ERP ou un lieu de culte qui ne mettrait pas en œuvre les mesures de prévention requises.	Préfet	Les pouvoirs du préfet varient en fonction de la base juridique mobilisée : droit commun, zone de circulation active du virus ou nouvelle déclaration d'EUS.
■ **ESMS :** dans les établissements concernés par un ou plusieurs cas de COVID-19 ou situés dans une zone présentant une reprise épidémique : mesures barrière renforcées et limitation encadrement (et non suspension) des visites par réactivation du protocole du 20 avril actualisé au 12 août, renforcement du dépistage des personnels. Vérifier la mobilisation des dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD (astreintes gériatriques, équipes mobiles, équipes d'hygiène, HAD, etc.)..	ARS	

MESURES À PRENDRE EN FONCTION DU CONTEXTE	DÉCISIONNAIRE	BASE JURIDIQUE
■ **Limiter le risque de propagation épidémique liée à la circulation des personnes :** • Réglementer les transports collectifs : limiter l'accès aux aérogares, réserver à certaines heures l'accès aux transports publics (pour limiter les pics de fréquentation aux heures de forte affluence) ; • Imposer des conditions de déplacement plus restrictives à l'intérieur du département (article 50-B du décret).	Préfet (coordination CIC si plusieurs départements)	Les interdictions de déplacements ne sont possibles hors EUS que dans les zones de circulation active du virus (1° du I de l'art. 1er de la loi du 9 juillet et ne peuvent revenir à confiner les
■ **Réglementer les activités ou les ERP, en fonction de la base juridique existante :**	Préfet (coordination	

DIFFUSION RESTREINTE

• Dans le droit commun, le préfet peut procéder à des interdictions ponctuelles ; • En cas de circulation active du virus, le préfet peut : → Interdire toute une catégorie d'ERP (cinémas, restaurants, marchés) ou d'activités (baignades, nautisme). (article 50 du décret) → Suspendre l'accueil des élèves dans le scolaire et l'universitaire, après avis des autorités académiques.	CIC si plusieurs départements)	personnes chez elles i.e <1km).
■ **Réquisition pour augmenter les moyens dans le département.** • L'article 48 du décret fixe les personnes, services ou biens qui peuvent être réquisitionnés. En particulier (article 48 – VI) le préfet peu réquisitionner les laboratoires pour réaliser des tests COVID par RT-PCR.	Préfet	
■ **Adapter les pratiques de dépistage et lever les réticences à un isolement pour les personnes en situation de précarité**	Préfet-ARS	
■ **Capacité de réarmement des moyens d'appui à l'isolement**	Préfet	
■ **Dans le cadre des grandes métropoles :** • Renforcer de façon drastique les mesures de distanciation physique et les mesures barrières : le renforcement de ces mesures déjà largement adoptées par la population nécessite une bonne compréhension des enjeux par la population des villes et métropoles ; • Communication renforcée : messages répétés		

■ **POINTS D'ATTENTION :**

- Le reconfinement de la population sur tout ou partie du département n'est plus possible, sauf en cas de déclaration de l'urgence sanitaire (décret en conseil des ministres)
- L'interdiction générale des rassemblements de plus de dix personnes sur la voie publique n'est plus possible, même en cas d'état d'urgence sanitaire.

DÉCLINAISON PAR PROTOCOLE

Protocole 1 : Renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

➡ ***Recommandations générales***

- Application des dispositions prévues pour le scénario 1 avec un renforcement de la communisation pour sensibiliser les personnes aux gestes barrière.

➡ ***Au Travail***

- En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, il convient de favoriser le télétravail et/ou d'aménager les postes de travail. Pour les salariés au contact du public, le port du masque chirurgical est obligatoire.

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements :** Des mesures plus restrictives visant notamment à interdire les rassemblements pourront être prise en fonction du contexte épidémique. La restriction des rassemblements peut être effectuée à l'aide d'une jauge fixée entre 10 et 100 participants ;
- **Salles des fêtes et polyvalentes :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Colonies de vacances, camps :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Établissements clos recevant du public :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1, cependant la dispense du port du masque n'est plus valable pour toutes les pratiques artistiques mais uniquement pour la pratique des instruments à vents et du chant ;
- **Célébrations mariage ou funérailles :** Autorisés dans le respect des mesures barrières et de la distanciation physique (jauge à fixer à 10) ;
- **Convivialités mariages ou funérailles :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1 (jauge à fixer à 10) ;
- **Discothèques :** Fermeture.

➡ ***Déplacements et Transport***

- Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin
- **Les déplacements sont restreints dans la zone du ou des clusters** sauf motifs impérieux. Une attestation de déplacement pour motifs impérieux, listés dans l'article 50 n°2020-860 du décret, est à présenter.
- **Confinement strict :** entrée et sortie interdit dans les territoires impactés par le ou les clusters ;
- **Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- **Transport public aérien :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les aéronefs ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). **Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenance des voyageurs sont définies par le décret en vigueur.**
- **Co-voiturage :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- **Taxi :** Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.

➡ ***Commerces***

- **Au sein de tous les commerces clos : En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, un contingentement dans les commerces devra être instauré. Le port du masque est obligatoire**.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, une jauge maximale de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique local;
- **Hôtels et autres hébergements touristiques :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, un nombre maximum de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique ;
- **Établissements de thermalismes :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, un nombre maximal présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée en fonction du contexte épidémique local.

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Accueil en groupes d'enfants qui ne peuvent se mélanger et port du masque obligatoire entre adultes ;
- **Écoles maternelles :** Le port du masque est obligatoire pour le personnel dès lors que la distance physique ne peut être garantie avec les jeunes enfants. L'accueil est assuré par groupes qui ne peuvent se mélanger ;
- **Écoles et établissements scolaires :** A l'école maternelle, entre les élèves d'une même classe ou d'un même groupe, aucune règle de distanciation ne s'impose, que ce soit dans les espaces clos ou dans les espaces extérieurs. En revanche, la distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.

  Dans les écoles élémentaires, les collèges et les lycées, le principe est la distanciation physique d'au moins un mètre lorsqu'elle est matériellement possible, dans les espaces clos, entre l'enseignant et les élèves ainsi qu'entre les élèves quand ils sont côte à côte ou face à face. Elle ne s'applique pas dans les espaces extérieurs entre élèves d'une même classe ou d'un même groupe. Si la configuration des salles de classe ne permet absolument pas de respecter cette distanciation physique, alors l'espace est organisé de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves et les élèves de plus de 11 ans doivent porter un masque dans la classe. La distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.

  Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.

  Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs.

  Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents ;

- **Enseignement supérieur :** Enseignement supérieur : L'accès des usagers aux établissements d'enseignement supérieur est interdit pour les activités de formation initiale. Une continuité pédagogique numérique est assurée et mise en place par les établissements eux-mêmes. Peut notamment être maintenu l'accès des usagers aux formations continues ou dispensées en alternance, aux laboratoires et unités de recherche, aux bibliothèques et centres de documentation, aux services administratifs, notamment ceux chargés des inscriptions, uniquement sur rendez-vous ou sur convocation de l'établissement, aux services de médecine préventive et de promotion de la santé, aux locaux donnant accès à des équipements informatiques, uniquement sur rendez-vous ou sur convocation de l'établissement

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Gymnases :** Le port du masque est obligatoire pour les personnes de plus de 11 ans (sauf pour la pratique sportive). Les personnes accueillies ont toutes une place assise. Une distance minimale d'1 mètre ou d'un siège libre est laissée entre chaque personne ou chaque groupe de moins de 10 personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble ;
- **Piscines :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Salles de sport :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1 ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement ;
- **Sports de combat :** Interdits ;
- **Sports de contact :** Interdits ;
- **Autres sports collectifs :** La pratique uniquement en plein air dans le respect de la distanciation physique des deux mètres sauf lorsque la nature de l'activité sportive ne le permet pas ;
- **Sports collectifs professionnels :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1.

Protocole 2 : Renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

DIFFUSION RESTREINTE

Les mesures mises en place pour le scénario 1 sont toujours en place et renforcées :

- La stratégie de détection des cas, d'identification des contacts et d'isolement des cas et de quatorzaine des contacts à risque repose sur une organisation à 3 niveaux, à savoir :
  - → Les professionnels de santé et de médecine de ville et des établissements de santé, pour la prise en charge des cas possibles, et l'identification des contacts à risque, a minima du foyer ;
  - → L'Assurance maladie pour l'identification et la prise en charge de l'ensemble des contacts à risque des cas confirmés de COVID-19 ;
  - → Les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France, pour l'identification et l'investigation des chaines de transmission et des clusters, et la gestion des situations complexes, dans certaines collectivités notamment.

À cela s'ajoute les mesures spécifiques au scénario 2 :

- Déploiement de barnum dépistage : au moins un barnum ou un « drive » ou un centre d'accueil permanent pour les départements de moins de 200 000 habitants, pour les départements de plus de 200 000 habitants ils déploieront au moins un barnum ou un « drive » ou un centre d'accueil permanent pour chaque tranche de 200 000 habitants. Par exemple, pour un département de 400 000 habitants, il mettra en place au moins deux barnums ou « drive » ou centre d'accueil permanent. Les ressources sanitaires sont identifiées dans plan de mobilisation des ressources sanitaires de la région et mobilisables en tant que de besoin ;
- Le protocole TESTER-TRACER-ISOLER devra être renforcé avec une attention particulière portée au ciblage et au dépistage. Des bons CNAM seront utilisés afin d'inciter les personnes à se faire dépister ;
- Identifier des équipes mobiles pour aller vers les populations et rechercher de nouveaux cas dans le territoire de transmission identifié ;
- Augmentation des capacités de traitement des prélèvements : mobilisation de toutes les ressources des laboratoires du territoire concerné mais aussi des régions voisines et des plateformes nationales des grands laboratoires privés (ex. CERBA, BIOMNIS) ;
- A ce stade, seuls les lieux dans lequel le cluster à risque a été identifié seront fermés. Une diminution des flux de personnes dans les lieux à risque se trouvant dans la zone cluster peut être envisagée (restaurants, commerces, cinémas, entreprises, marché).

Protocole 3 : Confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

- Priorité de dépistage aux personnes à risque de formes graves ;
- Confinement mis en place pour ces personnes à risque au sein de la zone.

Protocole 4 : Protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

- Priorité au dépistages pour les ESMS ;
- Mesures barrière renforcées et limitation des visites ;
- Réactivation d'une communication pédagogique recommandant l'auto-confinement des personnes à risque élevé de forme grave de COVID-19, conformément à l'avis du conseil scientifique du 2 juin. Cette communication portera à la fois sur les mesures barrière, de distanciation physique et de limitation des contacts ;
- Activation, en lien avec les services à domicile, des registres communaux des personnes fragiles permettant aux collectivités et CCAS de lutter contre l'isolement des personnes auto-confinées et de leur apporter soutien matériel et psychologique ; les collectivités disposent par ailleurs d'un vadémécum sur le site du MSS (https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/rompre-isolement-aines/elus-locaux) leur permettant de monter une cellule de coopération territoriale de lutte contre l'isolement et de réponse aux besoins fondamentaux des personnes âgées (mission Guedj) ;
- Attention à porter par les médecins traitants à leurs patients âgés, pour éviter les pertes de chance pendant l'auto confinement, sur leur suivi médical notamment pour les maladies chroniques ; les médecins traitants restent également le 1er maillon du contact-tracing en cas de dépistage d'un COVID-19 chez une personne âgée à domicile ;
- Dépistage renforcé pour les aides à domicile (sur le modèle des EHPAD) : tests hebdomadaires de tous les salariés et contact-tracing renforcé en cas de dépistage d'un cas même asymptomatique. Ce dépistage permettra de rassurer intervenants comme bénéficiaires pour éviter de trop déprioriser les interventions, comme cela a été le cas lors du confinement. ;
- Appui du sanitaire au médico-social : converser ou réactiver les dispositifs.

DIFFUSION RESTREINTE

Protocole 5 protection des populations en situation précarité

- Poursuivre la mise à l'abri
- Garantir une continuité d'activité de l'assistance aux personnes les plus vulnérables (services de première nécessité aux plus démunis -nourriture, hygiène, ainsi que de l'activité des structures de soins et de prévention dans les zones de cluster.
- Renforcer l'information sur les gestes barrière et l'éducation en santé
- Renforcer l'accès au matériel de protection
- Adapter les pratiques de dépistage et lever les réticences à un isolement
- Tenir compte des possibles confinements localisés en matière d'accès aux structures et en matière de continuité des droits acquis
- Renforcer les maraudes
- Repérage actif des personnes présentant des symptômes COVID-19 ;
- Lever les freins financiers pour le dépistage de ces populations.

Protocole 6 : Dispositions pour les grandes métropoles

- Renforcer drastique les mesures de distanciation physique et les mesures barrières : le renforcement de ces mesures déjà largement adoptées par la population nécessite une bonne compréhension des enjeux par la population des villes et métropoles. Il convient dans ce cadre de mettre en œuvre une communication adaptée aux enjeux sanitaires et à la population en prenant en compte la diversité des populations concernées.
- S'assurer de l'obligation du port du masque dans l'espace public : l'obligation du port du masque dans des zones métropolitaines déjà mise en œuvre dans le scénario 1 doit faire l'objet d'un suivi rigoureux de son application.
- Les plans de poursuite de l'activité des entreprises et administrations devront être mis en œuvre pour favoriser le recours au télétravail à chaque fois que possible, et pour permettre l'étalement des horaires de travail afin de limiter l'afflux des passagers aux heures de pointe. Afin d'éviter la circulation du virus d'un territoire à l'autre, les déplacements interurbains devront de nouveau être réduits aux seuls déplacements indispensables.
- Limitation des rassemblements à un maximum de 10 personnes ;
- Fermeture des établissements scolaires, les universités et les centres de loisirs
- Renforcement des capacités de « testing » et d'investigation :
- Mise en place d'une offre proactive de tests diagnostiques RT-PCR SARS-CoV-2
- Mobilisation des établissements de santé (niveau 2 : plan blanc) pour l'augmentation des capacités de prise en charge des patients notamment nécessitant des soins critiques.

Protocole 7 : Préparation de la réponse des établissements de santé

Les mesures mises en place pour le scénario 1 sont toujours en place et renforcées :

- Renforcement de la cellule de crise hospitalière et niveau de mobilisation de l'établissement de santé : plan de mobilisation interne (niveau 1) ou plan blanc si besoin (niveau 2) ;
- Renforcement des capacités des SAMU-Centre 15 ;
- Mise en place des filière COVID+ ;
- Montée en puissance des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ;
- Communication renforcée incitant le public à appeler le SAMU-Centre 15 avant de se rendre dans une structure d'urgence.

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIO 3 : REPRISE DIFFUSE DE L'ÉPIDÉMIE

CONTEXTE ET INDICATEURS

Ce scénario est celui d'une **reprise diffuse de l'épidémie** sur un territoire suffisamment important comme une région ou au niveau national et sans contrôle des chaînes de transmission. Cette reprise de l'épidémie traduit plutôt un relâchement des mesures de contrôle de la circulation du virus par la population permettant une reprise active de la transmission du virus et de façon diffuse. A cette situation de départ, vient s'ajouter la reprise progressive des déplacements inter-régionaux favorisant la dissémination du virus

Les indicateurs sont les suivants :

- Augmentation du nombre de tests positifs ne s'expliquant pas par les clusters déjà identifiés et le dépistage autour des clusters
- **Augmentation significative et persistante du taux de positivité des tests**, pour un nombre de tests RT-PCR réalisés constants ou en augmentation.

	Seuil d'attention	Seuil d'alerte
Taux d'incidence (sur 7 jours glissants)	10 / 100 000 habitants	50 / 100 000 habitants
Taux de positivité des tests (sur 7 jours glissants)	5%	10%

GOUVERNANCE DE LA CONDUITE DE CRISE

Niveau national

- Renforcement de du CIC et du CCS ;
- Mobilisation du Conseil scientifique et mise en place association d'une de l'instance de démocratie sanitaire (du Comité de contrôle et de liaison COVID-19) ;

Niveau territorial

- Conduite de crise resserrée autour des Préfets des départements impactés qui assure la direction des opérations avec l'appui de l'ARS ;
- Mise en place par le Préfet d'une gouvernance territoriale associant l'ARS, le Préfet de département et les collectivités territoriales.

PRINCIPALES MESURES DE GESTION

MESURES CLEFS

- Confinement strict dans la zone de reprise active de l'épidémie
- Rassemblement limité à 10 personnes dans la zone concernée
- Renforcement des mesures barrière
- Intensification du dépistage des cas
- Mobilisation des établissements de santé et montée en puissance des capacités de prise en charge
- Déclenchement du plan grandes métropoles si l'une des grandes villes de France et sa métropole sont concernées

DIFFUSION RESTREINTE

Définition du périmètre : la zone se trouvant dans la situation du scénario 3 est déterminée en fonction des données épidémiques par le (ou les) préfets sur avis du directeur général de l'ARS et de la cellule régionale de Santé publique France. Le CIC est immédiatement informé.

Le niveau 3 ne concerne que deux situations sanitaires :

- Forte circulation du virus : les mesures sont de même nature que celles décrites en niveau 2 mais pourront être intensifiées, en fonction du contexte local, dans leur périmètre et leur degré ;
- Si l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le reconfinement de tout ou partie de la population redevient possible.

MESURES	DÉCISIONNAIRE	BASE JURIDIQUE
■ **Déclenchement du plan grandes métropoles si l'une des grandes villes de France et sa métropole sont concernées**	Responsable de la métropole en lien avec le Préfet	
■ **Établissements et services médico-sociaux** • Activation des plans bleus ; • EHPAD : mesures barrière renforcées, anticipation de la réactivation des secteurs COVID et encadrement des visites par réactivation du protocole du 20 avril actualisé au 12 août, dépistage des personnels à échéance régulière ; • Vérifier la mobilisation des dispositifs d'appui sanitaire aux établissements (astreintes gériatriques, équipes mobiles, équipes d'hygiène, HAD, etc.). • Adaptation de l'organisation des accompagnements en secteur médico-social PH ; • Audit des organisations à activer (secteur COVID le cas échéant) en cas de résurgence de cas COVID dans les EMS et mise en alerte du soutien sanitaire (par les établissements de santé ou la ville).	ARS	
■ **Établissements de santé** • Renforcement de la cellule de crise hospitalière et niveau maximal de mobilisation des établissements de santé de la zone : activation des plans blancs (niveau 2) et du plan de continuité d'activité (ressources RH) ; mobilisation de la médecine de ville et des laboratoires ; • Mobilisation des SAMU-Centre 15 avec augmentation des capacités de réponse téléphonique (organisation de type service d'accès aux soins, plateforme de délestage, etc.) ; • Arrêt des activités non essentielles dans l'établissement et renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ; • Accélération des sorties des patients à domicile et libérer de la capacité d'hospitalisation : les sites SSR, l'HAD doivent être pleinement mobilisés ; • Anticipation de la montée en puissance mobilisation des unités de réanimation, de surveillance continue (USC) et des unités de soins intensifs (USI) ; • Recensement par les établissements de leur personnel compétent en réanimation et soins critiques (médecins, infirmiers) ; • Suivi quotidien des consommations des stocks d'équipements de protection individuelle et de produits de santé et s'assurer de la	ARS	

DIFFUSION RESTREINTE

disponibilité et de stocks suffisants des produits de santé critiques et d'EPI.		
■ **Tout secteur** • Identification du vivier, si besoin de renforts RH, via la plateforme nationale « RenfortRH-crise »	ARS	

DÉCLINAISON PAR PROTOCOLE

Protocole 1 : Renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

➡ ***Recommandations générales***

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 1.

➡ ***Au Travail***

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2.

➡ ***Activités sociales et culturelles***

- **Rassemblements de plus de 10 personnes :** Interdits ;
- **Salles des fêtes et polyvalentes :** Fermées ;
- **Colonies de vacances, camps, etc.:** Interdits ;
- **Établissements clos recevant du public :** Fermés ;
- **Célébrations mariage ou funérailles :** Interdits à l'exception des cérémonies funéraires en vertu de l'article 50 du décret n°2020-680 du 10 juillet et des mariages pour motifs impérieux (jauge fixée à 10) ;
- **Convivialités mariages ou funérailles :** Interdits ;
- -**Discothèques :** Fermées.

➡ ***Déplacements et transports***

- Confinement strict : entrée et sortie interdites dans la zone d'exclusion. Les déplacements sont restreints à l'intérieur d'une zone géographique circonscrite (la taille de celle-ci dépendra de la finesse territoriale des indicateurs retenus) autour du domicile. Une attestation de déplacement pour motifs impérieux, listés dans l'article 50 n°2020-860 du décret, est à présenter ;
- Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin ;
- Transports en commun urbains, inter-urbains ou inter-régionaux : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (quais, gare, arrêt de bus, etc.) ;
- Transport public aérien : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur ;
- Co-voiturage : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Deux personnes sont admises sur chaque rangée de sièges, cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer ;
- Taxi : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans. Aucun passager n'est autorisé à s'asseoir à côté du conducteur. Lorsque le véhicule comporte trois places à l'avant, un passager peut s'asseoir à côté de la fenêtre. Le conducteur peut également être dispensé du port du masque s'il est séparé par une paroi transparente, des passagers situés à l'arrière (dans ce cas-là aucun passager à l'avant n'est admis). Deux personnes sont admises sur chaque rangée de siège (hormis la **rangée du conducteur ne comportant que deux sièges), cependant cette limitation ne s'applique pas pour l'accompagnant d'une personne handicapée ou lorsque les passagers appartiennent au même foyer.**

DIFFUSION RESTREINTE

➡ ***Commerces***

- **Commerces (hors marchés en plein air, bars, restaurants, etc.) :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée.
- **Centres commerciaux <70 000m² :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée.
- **Centres commerciaux >70 000m² :** Fermés
- **Marchés en plein air :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, et en vertu de l'article 38/50 du décret n°2020-860 du 10 juillet, le préfet de département peut interdire ou réglementer l'ouverture des marchés en plein air, si la situation épidémique locale l'exige et que les conditions ne permettent pas le respect des mesures barrière et de la distanciation physique.

➡ ***Tourisme***

- **Au sein des bars, cafés et restaurants** : En vertu du décret n°2020-680 du 10 juillet, l'accueil du public est limité aux terrasses extérieurs et aux espaces de plein air en places assises, aux activités de livraison et de vente à emporter dans les zonez oranges.
- **Hôtels et autres hébergements touristiques** : En complément des dispositions prévues pour le scénario 1 et en vertu du décret n°2020-860 du 10 juillet une jauge maximale de clients présents simultanément dans l'établissement, peut-être instaurée. En vertu du décret n°2020-680 du 10 juillet, l'activité des restaurants d'hôtels devra être restreinte au room-service.
- **Établissements de thermalismes :** Fermé.

➡ ***Enseignement et accueil des jeunes enfants***

- **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Cet accueil est organisé pour les enfants des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire et à la continuité de la vie de la Nation dans des conditions permettant le respect des dispositions prévues pour le scénario 1.
- **Écoles et établissement scolaires :** A l'école maternelle, entre les élèves d'une même classe ou d'un même groupe, aucune règle de distanciation ne s'impose, que ce soit dans les espaces clos ou dans les espaces extérieurs. En revanche, la distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.
  Dans les écoles élémentaires, les collèges et les lycées, le principe est la distanciation physique d'au moins un mètre lorsqu'elle est matériellement possible, dans les espaces clos, entre l'enseignant et les élèves ainsi qu'entre les élèves quand ils sont côte à côte ou face à face. Elle ne s'applique pas dans les espaces extérieurs entre élèves d'une même classe ou d'un même groupe. Si la configuration des salles de classe ne permet absolument pas de respecter cette distanciation physique, alors l'espace est organisé de manière à maintenir la plus grande distance possible entre les élèves et les élèves de plus de 11 ans doivent porter un masque dans la classe. La distanciation physique doit être maintenue entre les élèves de groupes différents.
  Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.
  Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lors de leurs déplacements, dans les espaces clos et extérieurs.
  Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents
- **Enseignement supérieur :** Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2.

➡ ***Sports***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Fermés.
- **Gymnases :** Fermés.
- **Salles de sport :** Fermées.
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement.
- **Sports de combat :** Interdits.
- **Sports de contact :** Interdits.
- **Autres sports collectifs :** Interdits.
- **Sports collectifs professionnels :** Interdits.

DIFFUSION RESTREINTE

Protocole 2 : Renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

- Enclencher des campagnes intensives et localisées de « testing » accompagnées d'opérations de sensibilisation et de recherche active.
  - → Déploiement d'équipes de réponse rapide multidisciplinaire avec renforcement en ressources le cas échéant (infirmiers de ville, techniciens de laboratoire, étudiants, médecins du travail et infirmiers de santé du travail) ;
  - → Déploiement de barnum afin de renforcer le dépistage voire de bus mobile pour du dépistage itinérant.
- Renforcer la pratique généralisée du « testing »
  - → Campagne de communication pour rappeler la procédure en cas de symptômes, même légers.
  - → Identification des contacts et prise en charge aussi rapidement que possible
  - → Prescription collective par l'ARS voire arrêt de la prescription mais accompagné d'une communication spécifique auprès de la population ;
  - → Utilisation du bon CNAM pour inciter la population au dépistage mais délai de 3 à 4 jours pour réception du bon via courrier postal ;
  - → Renforcement des ressources humaines et des capacités d'analyse et mise à disposition des EPI.
- Rendre plus accessible les possibilités d'isolement des cas et de mise en quatorzaine.
  - → Renforcement de l'isolement des cas et de la mise en quatorzaine des contacts en proposant des lieux d'hébergement dédiés.

Protocole 3 : Confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

- Il convient dès lors de confiner localement et de réduire au strict minimum les déplacements de la population de la zone géographique ;
- À ce niveau, une attention spéciale doit être apportée aux personnes à risque de forme grave.

Protocole 4 : Protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

- Les établissements du territoire prennent l'attache sur une base bi hebdomadaire de l'astreinte gériatrique du territoire et de la délégation départementale pour réévaluer la situation et permettre d'ajuster au mieux la réponse à la situation épidémique ;
- Augmentation de la protection des EHPAD. Il est donc proposé de revenir au protocole de confinement des EHPAD du 6 mars 2020. Cette durée pourrait être limitée à 2 semaines.

Protocole 5 : Protection des populations en situation de précarité

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2.

Protocole 6 : Dispositions pour les grandes métropoles

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2
- Limitation des rassemblements à un maximum de 10 personnes ;

Protocole 7 : Préparation de la réponse des établissements de santé

Les mesures mises en place pour le scénario 2 sont toujours en place et renforcées par les mesures suivantes :

- Renforcement de la cellule de crise hospitalière et niveau maximal de mobilisation de l'établissement de santé : activation des plans blancs (niveau 2) et du plan de continuité d'activité (ressources RH) ;
- Mobilisation des SAMU-Centre 15 avec augmentation des capacités de réponse téléphonique (organisation de type service d'accès aux soins ;
- Renforcement des filières COVID+ dans les établissements de santé : circuit dédié patients COVID+ ;
- Arrêt des activités non essentielles dans l'établissement et renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ;
- Suivi quotidien des consommations des stocks d'équipements de protection individuelle et de produits de santé et s'assurer de la disponibilité et de stocks suffisants des produits de santé critiques et d'EPI.
- Renfoncement du dépistage systématique et du diagnostic précoce ;
- Maintien des visites des familles ;
- Maintien ou réactivation du plan bleu.

DIFFUSION RESTREINTE

- Anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI) ;
- Recensement par les établissements de leur personnel compétent en réanimation (médecins, infirmiers) et soins critiques.

DIFFUSION RESTREINTE

SCÉNARIO 4 : PERTE DE CONTRÔLE DE L'ÉPIDÉMIE

CONTEXTE ET INDICATEURS

Dans ce scénario, les **efforts pour stopper la reprise généralisée de l'épidémie (scénario 3) ont échoué**. Le nombre de cas continue d'augmenter et on arrive au « moment critique » où, toutes les autres approches ayant échoué, les autorités doivent décider si elles souhaitent instaurer un deuxième confinement pour éviter le débordement des services de réanimation.

Les indicateurs sont les suivants :

- Dégradation critique des indicateurs : augmentation du taux d'incidence, augmentation des hospitalisations, augmentation des entrées en réanimation, augmentation des décès dues au COVID-19.
- Un reconfinement généralisé est envisagé.

	Seuil d'attention	**Seuil d'alerte**
Taux d'incidence (sur 7 jours glissants)	10 / 100 000 habitants	50 / 100 000 habitants
Taux de positivité des tests (sur 7 jours glissants)	5%	10%

GOUVERNANCE DE LA CONDUITE DE CRISE

Niveau national

- Renforcement du CIC et du CCS ;
- Mobilisation du Conseil scientifique et mise en place association d'une de l'instance de démocratie sanitaire (du Comité de contrôle et de liaison COVID-19) ;

Niveau territorial

- Conduite de crise resserrée autour des Préfets des départements impactés qui assure la direction des opérations avec l'appui de l'ARS ;
- Mise en place par le Préfet d'une gouvernance territoriale associant l'ARS, le Préfet de département et les collectivités territoriales.

PRINCIPALES MESURES DE GESTION

MESURES CLEFS

- Confinement strict sur tout ou partie du territoire
- Déclenchement du plan grandes métropoles si l'une des grandes villes de France et sa métropole sont concernées
- Mobilisation générale des établissements de santé et montée en puissance des capacités de prise en charge
- Mobilisation des établissements et services médico-sociaux
- Mobilisation des professionnels de santé de ville

DIFFUSION RESTREINTE

Définition du périmètre : la zone se trouvant dans la situation du scénario 4 est déterminée en fonction des données épidémiques par le (ou les) préfets sur avis du directeur général de l'ARS et de la cellule régionale de Santé publique France. Le CIC est immédiatement informé.

MESURES À PRENDRE EN COMPLÉMENT DU SCÉNARIO 3	DÉCISIONNAIRE	BASE JURIDIQUE
■ **Un reconfinement généralisé peut être envisagé.** ■ **Une attention particulière sera portée à la mise en œuvre des mesures dans les grandes métropoles (plan grandes métropoles) notamment :** • Le respect strict du renforcement des mesures barrières, de distanciation physique et de confinement si cette mesure est décidée ; • Le renforcement des actions de communication auprès des populations concernées ; • La prise en charge renforcée des personnes en situation de précarité.	Préfet (coordination CIC si plusieurs départements) en lien avec les responsables des collectivités locales notamment des grandes métropoles	
■ **Alerte maximale des personnes à risque : âgées et fragiles, protection renforcée, maintien à domicile** • Mobilisation des médecins traitants pour le relais auprès de leur patients à risque. • EHPAD : sur autorisation de l'ARS et pour une durée limitée afin de ne pas dégrader le bénéfice / risque au détriment des résidents, possible réactivation du protocole de confinement du 6 mars 2020 (interdiction de toutes visites et sorties, suppression des interventions paramédicales sauf urgence)	Préfet-ARS	
■ **Mobilisation maximale de l'offre de soins et de l'ensemble des professionnels de santé** • Mobilisation maximale de l'ensemble des établissements de santé publics/privés et des acteurs de santé de ville ; • Mobilisation maximale des dispositifs d'appui sanitaire aux EHPAD (astreintes gériatriques, équipes mobiles, HAD, etc.) ; • Mobilisation de tous les moyens nécessaires notamment en augmentant les capacités hospitalières ; • Déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients ; • Mobilisation et montée en puissance des unités de réanimation, des unités de surveillance continue (USC) et des unités de soins intensifs (USI) ; • Mobilisation des personnels compétents en réanimation et soins critiques préalablement identifiés (médecins, infirmiers) ; • S'assurer de la disponibilité et de stocks suffisants des produits de santé critiques et d'EPI ; • Suivi en continu des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue ; • Accélération des sorties des patients à domicile et libérer de la capacité d'hospitalisation : les sites SSR, l'HAD doivent être pleinement mobilisés ; • Appel à l'appui d'autres régions, y compris frontalières lorsque la région n'est plus en capacité de faire face.	ARS	

DIFFUSION RESTREINTE

DÉCLINAISON PAR PROTOCOLE

Protocole 1 : Renforcement des mesures barrière et des mesures de distanciation physique dans la population générale

Recommandations générales :

- **Respect strict des mesures d'hygiène (cf. scénario 1) et confinement strict sur tout ou partie du territoire.**
  - ***Au travail :*** Privilégier le télétravail autant que possible, pour les salariés au contact du public le port du masque chirurgical est obligatoire.
  - ***Activités sociales et culturelles :*** Rassemblement interdits dans les territoires concernés ; fermeture des salles des fêtes et polyvalentes ; interdiction des colonies de vacances, camps et activités affiliées; fermeture des établissements clos recevant du public ; interdiction des célébrations mariage ou funérailles à l'exception des cérémonies funéraires ; fermetures des discothèques et des bars.
  - ***Déplacements et transports :***
    - Dans le cadre d'une coordination européenne, des mesures visant au contrôle aux frontières extérieures et intérieures pourraient être mises en place autant que de besoin ;
    - Confinement strict : déplacement interdit sauf motifs impérieux ;
    - Transport public aérien : Le port du masque est obligatoire pour les plus de 11 ans dans les véhicules ainsi que dans les espaces accessibles au public (aérogare, etc.). Les conditions d'entrée sur le territoire et les obligations sanitaires selon les pays de provenances des voyageurs sont définies par le décret en vigueur.
  - ***Commerces :*** Entrée et sortie interdits sauf motifs impérieux.
    - **Commerces (hors marchés en plein air, bars, restaurants, etc.) :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée ;
    - **Centres commerciaux <70 000m² :** Seuls les établissements recevant du public, listés dans l'annexe 5 du décret n°2020-680, et considérés comme de « première nécessité » sont autorisés à ouvrir dans les conditions permettant le respect des mesures barrières et de la distanciation physique. Une jauge maximale peut-être instaurée ;
    - **Centres commerciaux >70 000m² :** Fermés ;
    - **Marchés en plein air :** En complément des dispositions prévues pour le scénario 1, l'ouverture des marchés en plein air peut être réglementée ou interdite, si la situation épidémique locale l'exige et que les conditions ne permettent pas le respect des mesures barrière et de la distanciation physique.
  - ***Tourisme :*** Accueil limité dans les bars, cafés et restaurants (cf. scénario 3) ; autres hébergements touristiques fermés ; fermeture des établissements thermalismes.
  - ***Enseignement et accueil des jeunes enfants :***
    - **Modes d'accueils du jeune enfant (0-3 ans) :** Un accueil est organisé pour les enfants des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire et à la continuité de la vie de la Nation et en groupes qui ne peuvent se mélanger de maximum 20 enfants. Cet accueil est organisé dans des conditions permettant le respect des dispositions prévues pour le scénario 1 ;
    - **Écoles et établissements scolaires :** L'organisation mise en place dans les écoles, les collèges et les lycées doit avoir pour objectif de respecter une distanciation physique d'au moins un mètre entre les personnes (élèves et personnels) dans les espaces clos et extérieurs.
      Le port du masque est obligatoire pour les personnels dans les situations où la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie.
      Le port du masque est obligatoire pour les collégiens et les lycéens lorsque la distanciation d'au moins un mètre ne peut être garantie (par exemple lors des déplacements dans les espaces clos et extérieurs).
      Les écoles et établissements scolaires organisent le déroulement de la journée et des activités scolaires pour limiter les croisements entre élèves de classes différentes ou de niveaux différents.
      Lorsque ces règles impliquent de réduire le nombre d'élèves pouvant être accueillis, une priorité est donnée à l'accueil des catégories d'élèves les plus fragiles, les élèves en situation de handicap et les élèves de l'éducation prioritaire relevant de classes qui ont d'ores et déjà été dédoublées ainsi qu'aux enfants (écoliers et collégiens) des personnels indispensables à la gestion de la crise sanitaire.

DIFFUSION RESTREINTE

Une continuité pédagogique est assurée pour l'ensemble des élèves par le ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports ;

- **Enseignement supérieur :** Les établissements d'enseignement supérieur sont fermés. Une continuité pédagogique numérique est assurée et mise en place par les établissements eux-mêmes.

➡ ***Sports :***

- **Au sein des stades, arènes et hippodromes :** Fermés ;
- **Gymnases :** Fermés ;
- **Salles de sport :** Fermées ;
- **Sports individuels :** La pratique est autorisée dans le respect de la distanciation physique de deux mètres et avec présentation d'une attestation de déplacement ;
- **Sports de combat :** Interdits ;
- **Sports de contact :** Interdits ;
- **Autres sports collectifs :** Interdits ;
- **Sports collectifs professionnels :** Interdits.

Protocole 2 : Renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 3

Protocole 3 : Confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 3

Protocole 4 : Protection des personnes âgées ou en situation de handicap à domicile ou en établissements et services médico-sociaux

- Arrêt des activités non essentielles dans l'établissement et renforcement des capacités de prise en charge des patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle et en soins critiques ;
- Suivi quotidien des consommations des stocks d'équipements de protection individuelle et de produits de santé.
- Renfoncement du dépistage systématique et du diagnostic précoce ;
- Maintien des visites des familles ;
- Maintien ou réactivation du plan bleu ;

Protocole 5 : Protection des populations en situation de précarité

- Application des dispositions prévues pour le scénario 3

Protocole 6 : Dispositions pour les grandes métropoles

- Application des mêmes dispositions prévues pour le scénario 2 ;
- Interdiction des rassemblements.

Protocole 7 : Préparation de la réponse hospitalière

Les mesures mises en place pour le scénario 3 sont toujours en place et renforcées par les mesures suivantes :

- **La mise à jour fiable des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue**, de renseigner celle-ci dans le ROR et de se mettre en situation de monitorer au niveau régional son activité. Un « reporting » national sera effectué chaque jour sur ces capacités des soins critiques par extraction du ROR ou après des ARS non connectées. Une vision nationale consolidée sera transmise aux ARS ;
- **Une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI)** en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) **et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les « upgrader », soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;**
- **La constitution d'un état des lieux régional des équipements biomédicaux** (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale, …) ;
- **La vérification des stocks d'oxygène médical** (niveau évaporateur et bouteilles) et de la **disponibilité des autres fluides médicaux** pour faire face à une suractivité ;
- **Une sensibilisation des établissements au recensement de leur personnel compétent en réanimation** (médecins, infirmiers) **et soins critiques** en prévision du redéploiement des moyens humains selon les

DIFFUSION RESTREINTE

besoins et les normes légales, ainsi des matériels et consommables nécessaires à une potentielle augmentation d'activité des unités de soins critiques. De plus, il est impératif que chaque établissement s'assure de la mise en œuvre des recommandations d'hygiène pour éviter les contaminations croisées (soignant – patient) ;

- **La déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients. Cette déprogrammation a pour objectif d'augmenter très significativement la capacité de soins critiques, prioriser l'accueil de malades de patients COVID-19, prioriser l'affectation des personnels et la mise à disposition des matériels nécessaires à leur fonctionnement, contribuer à la fluidité de l'aval des soins critiques au sein de leur établissement ou en appui des établissements mobilisés par le COVID-19 de leur GHT ou de leur territoire.** Il s'agit également de ne pas exposer les malades concernés à un risque d'exposition infectieuse.
- **Accélérer les sorties des patients à domicile et libérer de la capacité d'hospitalisation** : les sites SSR, l'HAD et les EHPAD doivent être pleinement mobilisés ;
- Demander aux établissements **une stricte actualisation du ROR et un suivi en temps réel de leur capacité d'hospitalisation en réanimation et plus généralement en soins critiques**.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE INDICATEURS

OBJECTIF DE LA FICHE INDICATEURS DU PLAN DE RECONFINEMENT

Cette fiche définit le mécanisme de décision de reconfinement localisé, les différents scénarios de circulation virale et leurs indicateurs associés.

MÉCANISME DE DÉCISION DU PASSAGE D'UN NIVEAU ÉPIDÉMIQUE À UN AUTRE

1. **Dans une situation de circulation limitée du virus, l'analyse en première intention se fera sur la base des indicateurs suivants ainsi que de leur trajectoire, à une fréquence quotidienne :**
   - Taux d'incidence : nombre de nouveaux cas pour 100 000 habitants, sur une période de 7 jours glissants – à mettre au regard du nombre de tests réalisés;
   - Taux de positivité des tests RT-PCR : ratio entre nombre de tests positifs et nombre de tests réalisés sur une période de 7 jours glissants – à mettre au regard du nombre de tests réalisés;
   - Nombre de reproduction effectif : donne une indication sur la dynamique de l'épidémie.

2. **En cas de dépassement des seuils d'attention ou d'alerte, une évaluation complémentaire sera conduite, en concertation avec les différentes DAC et agence d'expertise : ARS et cellules régionales, DGS, DGOS, DGCS, Santé Publique France et CNAM.**

   La convergence d'un faisceau d'éléments quantitatifs et qualitatifs suggérant la dégradation localisée d'une situation épidémique pourra conduire au déclenchement gradué de mesures de gestion additionnelles. Les indicateurs complémentaires qui pourront être analysés à cette occasion sont notamment :

   - Indicateurs de suivi épidémiologique et sanitaire :
     - → Le taux de passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 ;
     - → La part d'actes SOS médecins pour suspicion de COVID-19 ;
     - → Le nombre, la taille, et la dynamique des clusters sur le territoire ;
     - → Le nombre moyen de personnes contacts par cas confirmé de COVID-19 ;
     - → Rattachement possible des cas confirmés à un cluster déjà identifié ou non ;
     - → Les nouvelles hospitalisations, entrées en réanimation et décès à l'hôpital pour COVID-19;
     - → Le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 ;
     - → Le taux d'occupation des lits de réanimation.

   - Indicateurs relatifs aux moyens de réponse :
     - → Nombre de tests RT-PCR réalisés, pour mettre en perspective les valeurs de taux d'incidence et de taux de positivité des tests ;

   L'évaluation de la situation sanitaire sera portée à la connaissance du Préfet de département ou de région pour la mise en place de mesures de gestion complémentaire par rapport au niveau national. Un suivi renforcé de la situation sanitaire se mettra alors en place.

DIFFUSION RESTREINTE

3. **Une période de 7 jours pourra être observée entre 2 séries de mesures de gestion additionnelles, permettant de couvrir une génération de malades (5 à 6 jours en moyenne entre l'exposition au virus et l'apparition des symptômes) et d'évaluer l'efficacité de la série de mesure de gestion mise en place.**

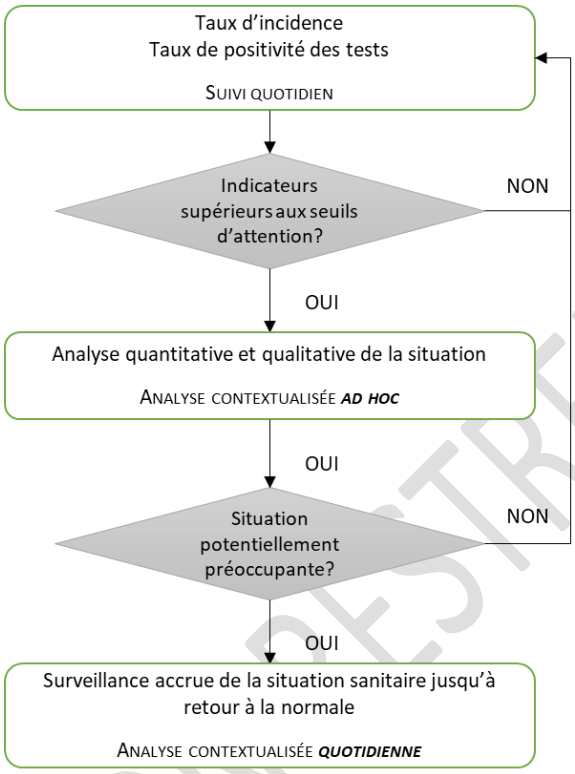


FIGURE 1: ÉTAPES DE LA SURVEILLANCE SANITAIRE

DIFFUSION RESTREINTE

DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS SCENARIOS DE CIRCULATION VIRALE, ISSUS DE L'AVIS N°7 DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU 2 JUIN 2020

Scenario 1
Epidémie sous contrôle

- **DESCRIPTION**: Nombre limité de clusters (à criticité faible car contrôlés) et indication d'un faible nombre de cas. Tendance stable ou décroissante.
- Taux d'incidence et taux de positivité des tests inférieurs aux seuils d'attention;
- **OU** taux d'incidence et/ou taux de positivité des tests proches supérieurs aux seuils d'attention, mais expliqués par des actions de dépistage large ou par des clusters déjà identifiés par exemple.

Scenario 2
Reprise locale de l'épidémie

- **DESCRIPTION**: Circulation active mais localisée du virus. Existence de clusters à risque avec un risque de diffusion communautaire.
- Taux d'incidence et éventuellement taux de positivité des tests supérieurs aux seuils d'attention, voire **localement supérieurs aux seuils d'alerte**.
- Nouveaux cas principalement reliés à des clusters identifiés. Indication en faveur d'une diffusion communautaire dans le cas contraire (cf scenario 3).

Scenario 3
Reprise diffuse et à bas bruit de l'épidémie

- **DESCRIPTION**: Circulation diffuse du virus sur un territoire de taille suffisamment importante (**échelle départementale voire régionale**), signifiant un échappement des cas en dehors des clusters déjà identifiés (défaut dans l'identification et le suivi des chaînes de transmission).
- Augmentation du nombre de tests positifs ne s'expliquant pas par les clusters déjà identifiés et le dépistage autour des clusters;
- **Augmentation significative et persistente du taux de positivité des tests**, pour un nombre de tests RT-PCR réalisés constants ou en augmentation.

Scenario 4
L'épidémie atteint un stade critique

- **DESCRIPTION**: Perte de contrôle de l'épidémie, avec un nombre de cas qui continue à augmenter et une épidémie qui se diffuse sur **tout le territoire**, malgré la mise en place successive de mesures de distanciation physique et sociale.
- Dégradation critique des indicateurs: augmentation du taux d'incidence, augmentation des hospitalisations, augmentation des entrées en réanimation, augmentation des décès dues au COVID-19.
- Un reconfinement généralisé est envisagé.

	Seuil d'attention	Seuil d'alerte
Taux d'incidence (sur 7 jours glissants)	10 / 100 000 habitants	50 / 100 000 habitants
Taux de positivité des tests (sur 7 jours glissants)	5%	10%

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

FICHE BARNUM

IMPLANTATION D'UN POINT PRELEVEMENT TEMPORAIRE : TRAVAIL PREPARATOIRE

❖ IDENTIFICATION ET PRÉPARATION DES LIEUX DE DÉPISTAGE

Acteurs :

- L'ARS ;
- Les services de l'État, en particulier la préfecture ;
- Les collectivités locales ;
- Le SIS.

Objectifs des sites de dépistage :

- Permettre une **démultiplication des prélèvements** par les équipes médicales et une **montée en puissance** avec la mise en place de nouvelles lignes si nécessaire.

Critères pour le choix des sites de dépistage qui doivent être :

- **Vastes ;**
- **Faciles d'accès**, via les transports publics ou voie pédestre ;
- Exemples : gymnases, écoles, salles communales avec un grand parking etc.

Mise en œuvre fonctionnelle des sites de dépistage :

- **Mise à disposition de ces lieux** par la municipalité et/ou montage des barnums ;
- **Fléchage et sécurisation de l'accès aux sites** par la préfecture et la collectivité ;
- Assurer le respect de la **distanciation** par les personnes venant se faire tester ;
- Permettre d'organiser des files d'attente en toute sécurité. ;
- Définir des **jours et plages horaires** d'ouverture de ces sites ;
- Organiser, avec l'appui du SDIS, de **la logistique** de ces sites (tables, chaises, branchements…) et de **l'approvisionnement** des différentes équipes (repas des équipes d'accueil, sécurité, logistique, médicales) ;
- Vérification de la présence de **points d'eau** sur les sites (avec savon) et de stocks suffisants de SHA ;
- Organisation d'un **circuit de prise en charge dédié et rapide pour les personnes symptomatiques** qui se présenteraient.
- Organisation d'un **poste de secours** pour chaque site.

❖ ASPECTS JURIDIQUES

Les prélèvements réalisés sur ces sites temporaires sont effectués dans les conditions citées à l'article 10-2 de l'arrêté du 23 mars 20201. Ils doivent donc faire l'objet d'un **arrêté préfectoral d'autorisation**, dont l'instruction est allégée.

DIFFUSION RESTREINTE

Les prélèvements sont réalisés dans le respect des recommandations de qualité et sécurité référencées dans les recommandations régionales existantes de l'ARS.

❖ MOBILISATION DES MOYENS HUMAINS

Personnels administratifs :

- En charge de garantir la sécurité du site, d'assurer l'accueil des personnes venant se faire tester et d'enregistrer les données ;
- Les collectivités locales, en lien avec le préfet, sont en charge de mettre à disposition ces personnels.

Acteurs de l'offre de soins locale :

- Notamment : les URPS, les structures regroupées, et les CPTS ;
- Ces structures d'exercice coordonné du territoire sont identifiées et associées à l'opération, dans la mesure du possible, notamment dans le cadre du suivi des personnes testées n'ayant pas identifié de médecin traitant.

Équipes médicales :

- Identification des **établissements de santé et des laboratoires partenaires de l'opération de dépistage** ;
- Identification des **équipes** (préleveurs et médecins) et **définition des plannings** ;

Renforts pour assurer le déploiement de plusieurs équipes :

- Équipes médicales des établissements de santé et laboratoires de la région voire des régions limitrophes ;
- Équipes médicales du SDIS ;
- Renforts nationaux, réserve sanitaire ;
- Étudiants en médecine et étudiants infirmiers ;
- Agence d'intérim
- Sécurité civile (ADPC) pour des renforts administratifs, paramédicaux et logistiques, sur financement ARS;
- Réserve régionale pour les renforts administratifs.

❖ MOBILISATION DES MOYENS MATÉRIELS

Équipements de protection individuelle (EPI) fournis par l'ARS :

- Pour les équipes d'accueil, logistique et de sécurité : masques chirurgicaux ;
- Pour les équipes médicales : tenues complètes (masques FFP2, surblouses, lunettes et gants nitriles) ;
- Un protocole sur l'élimination des déchets est également à prévoir.

Matériel pour les prélèvements et pour la sérologie :

- L'équipe de préleveurs prévoit l'ensemble du matériel de prélèvement (écouvillons, tubes, douchettes etc.) ;
- Le **circuit de transport des échantillons vers les laboratoires** en charge des tests doit être défini (transporteurs et fréquence de collecte) ;

DIFFUSION RESTREINTE

Équipements nécessaires pour l'enregistrement des données des personnes venant se faire tester :

- Ordinateurs, fiches, imprimantes, clé 4G etc.
- Plateformes téléphoniques pour les prises de rendez-vous et les rappels.

Équipements pour les personnes venant se faire tester :

- En cas de besoin, l'ARS fournit les masques chirurgicaux pour les patients et des flacons de solution hydro-alcoolique ;
- L'ARS, en lien avec l'équipe de préleveurs, prévoit également un dispositif d'information minimal (gestes barrière, identification des ressources locales de soin et de suivi).

❖ **COMMUNICATION**

Acteurs :

- Élus et acteurs institutionnels ;
- Coordinateurs CLS et associations de proximité, médiateurs, adultes relais, bailleurs sociaux ;
- Associations atteignant des groupes sociaux plus éloignés ou des personnes en situation de contrainte sociale forte ou de pauvreté.

Objectifs :

- Réaliser des actions de sensibilisation territoriale et d'appropriation de la démarche par les habitants, s'inscrivant dans un cadre co-construit, localement, incluant des mesures autres et une stratégie de santé communautaire effective.

Messages clés à délivrer :

- Encourager au dépistage et sensibiliser aux mesures barrières ;
- Communiquer les informations pratiques (lieux, horaires etc.) ;
- Insister sur la gratuité du test, y compris pour les non-assurés sociaux.

Personnes ciblées :

- Ce service de dépistage est ouvert à tous les adultes, et aux enfants à partir de 10 ans. L'âge de prise en charge des enfants pourra être abaissé en fonction des capacités du laboratoire de biologie médicale à effectuer des prélèvements pour les enfants de moins de 10 ans.

Moyens utilisés :

- Affiches dans tous les lieux de passage (marchés, commerces, mairie…) ;
- Flyers de communication ;
- Actions d'information par les médias (presse écrite, radios locales, conférences de presse…) ;
- Équipes mobiles dans des structures associatives ;
- Intervention sur les réseaux sociaux et sites internet.

DIFFUSION RESTREINTE

IMPLANTATION D'UN POINT PRELEVEMENT TEMPORAIRE : REALISATION DES TESTS

Selon le dimensionnement de l'équipe, trois à quatre barnums sont installés sur la voie publique ou dans une salle :

- Un barnum « médico-administratif », placé sous la supervision d'un médecin : recueil de données administratives, consultation, prescription (accueillant également, le cas échéant, un personnel de l'Assurance maladie) ;
- Un ou deux barnums pour le prélèvement ;
- Un barnum dédié à la formation aux gestes barrière et mesures de prévention.

❖ ORGANISATION ET RÉALISATION DES TESTS

Le dispositif déployé par l'ARS peut intégrer deux prestations :

- Une consultation rapide donnant lieu à une prescription pour toute personne présentant des symptômes d'infection par le virus SARS-CoV-2 ;
- Un prélèvement naso-pharyngé pour test RT-PCR.

Point d'attention :

- Une arrivée sur place de l'équipe de prélèvement avec une avance suffisante (1h de préférence) est à prévoir ainsi que la présence d'un encadrement suffisant pour organiser le démarrage de l'opération ;
- Dès la file d'attente, un **repérage des personnes symptomatiques** et des personnes présentant des facteurs de risques est effectué. Un traitement prioritaire est organisé en conséquence pour ces publics, ainsi que pour les personnes âgées, personnes en situation de handicap et femmes enceintes.

À titre indicatif ;

- Pour une cible d'environ 200 à 250 prélèvements pour une journée (10h-19h), l'équipe de prélèvement présente sur place regroupe :
  - → Pour la prescription : 2 médecins ;
  - → Pour le prélèvement : 4 IDE ;
  - → Pour l'enregistrement des données administratives, dès la file d'attente : 5 personnels administratifs.
- La capacité de test pour 3 lignes de prélèvements sur un site est de 810 prélèvements / jour.

❖ RECUEIL DES DONNÉES ADMINISTRATIVES

Les personnels administratifs recueillent les données personnelles des patients en particulier :

- En particulier : le lieu de résidence, les coordonnées téléphoniques, l'adresse mail, le nom du médecin traitant ;
- Une attention particulière est portée à l'exactitude des données renseignées, qui conditionne l'accès des patients à leurs résultats d'analyse ainsi que l'efficacité de la recherche des personnes contacts en cas de résultat positif ;
- **La CPAM est présente sur place afin de procéder à l'ouverture de droits des personnes ne disposant pas de NIR.**

Toute personne présentant des symptômes d'infection au virus SARS-CoV-2 se voit proposer, sur le

DIFFUSION RESTREINTE

site de prélèvement, un suivi par une cellule territoriale d'appui ou l'opérateur choisi localement pour le suivi sanitaire. Pour ce faire, **le consentement de la personne est recueilli de manière** explicite, de façon distincte du consentement au test RT-PCR. Le recueil du consentement explicite clairement les modalités de ce suivi (périodicité des relances, etc.). En cas de présence de traducteurs sur le site du prélèvement, le document est traduit.

IMPLANTATION D'UN POINT PRELEVEMENT TEMPORAIRE : RESTITUTION DES RESULTATS

- Les résultats sont **systématiquement transmis à la personne testée** et, lorsqu'elle en dispose, à son médecin traitant.
- Quelles que soient les modalités de restitution des résultats, au moment de la restitution, la personne est **systématiquement réorientée vers son médecin traitant** ou, en l'absence de médecin traitant, vers la **structure d'exercice coordonné identifiée** comme structure-relais de l'opération.
- L'ARS **transmet systématiquement par messagerie sécurisée, sans délai, les résultats PCR positifs à la CPAM,** afin d'enclencher le suivi des cas confirmés et la recherche des sujets contacts à risque.

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

REMERCIEMENTS

La Direction générale de la santé, la Direction générale de l'offre de soins et la Direction générale de la cohésion sociale remercient toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce plan.

Coordination de la rédaction

- Jérémy DESPORTES (DGS)
- Philippe GUILBERT (DGS)
- Jean-Marc PHILIPPE (DGS)

Ont également apporté leur précieuse collaboration à l'élaboration de ce plan :

- Pierick BERGERAN (DGS)
- Bast BIDAR (DGOS)
- Elisa BOYER (DGS)
- Olivier BRAHIC, (DGS)
- Patrick BRASSEUR (DGS)
- Michelle BRONNER (DGOS)
- Philippe CANO (DGS)
- Céline CASTELAIN-JEDOR (DGOS)
- Bruno CHAMPION (DGS)
- Emmanuelle COHN (DGOS)
- Thomas COONE (DGOS)
- Ysaline CUZIN (DGS)
- Stéphanie DECOOPMAN (DGOS)
- Sylvie ESCALON (DGOS)
- Marie FRANCOLIN (DGS)
- Charlotte GEAY (DREES)
- Coralie GIESE (DGS)
- Magali GUEGAN (DGS)
- Anne HEGOBURU (DGOS)
- Katia JULIENNE (DGOS)
- Thierry KURTH (DGOS)
- Clément LAZARUS, (DGS)
- Caroline LE BORGNE (DGS)

DIFFUSION RESTREINTE

- Esther LEPAICHEUX (DGOS)
- Candice LEPORTIER (DGOS)
- Jessica MICHEL (DGOS)
- Pauline MATHIEU (DGS)
- Stephanie SAHUC-DEPEIGNE (DGS)
- Antoine MEFFRE (DGCS)
- Carole MERLE (DGOS)
- Vincent MICHALOUX (DGOS)
- Maurice-Pierre PLANEL (DGS)
- Stéphanie PIERRET (DGOS)
- Christopher POISSON-CALAIS (DGOS)
- Anatole PUISEUX (DGCS)
- Edith RIOU (DGOS)
- Camille RUIZ (DGOS)
- Jérôme SALOMON (DGS)
- Olivier SCEMAMA (DGOS)
- Cécile TAGLIANA (DGCS)
- Sophie TERQUEM (DGOS)
- Marie-Odile THEVENON (DGOS)
- Elsa VERGIER (DGOS)
- Bernadette WORMS (DGS)
- Ami YAMADA (DGS)

DIFFUSION RESTREINTE

DIFFUSION RESTREINTE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité