

Réf :

*Le Président*

Paris, le 14 mars 2020

Monsieur le Directeur général,

Par mail daté du 6 mars 2020, vous avez saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) afin d'émettre des recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Vous avez également souhaité disposer de la liste des indications prioritaires du diagnostic par RT-PCR.

Le groupe de travail permanent du HCSP dédié à cette thématique (COVID-19) vous a transmis dans un premier temps, à la date du 11 Mars 2020, ses recommandations s'agissant de la priorisation des tests diagnostiques du COVID-19.

Vous trouverez ci-dessous l'avis relatif à la prise en charge des patients à risque de forme sévère de COVID-19.

Pour établir ces recommandations, le HCSP a auditionné des professionnels. Pour les mesures à appliquer aux patients porteurs de cancer, un groupe de travail de 10 oncologues a été créé. Ce groupe de travail a remis un document comportant des recommandations. Ce rapport en joint en annexe.

#### **Compte tenu des éléments suivants<sup>1</sup> :**

- La plus grande fréquence documentée des complications du COVID-19 chez les patients atteints de pathologies chroniques (affections cardiovasculaires, diabète, hypertension artérielle, pathologies respiratoires, insuffisance rénale...) ou de cancers, et chez les personnes âgées de plus de 70 ans.
- La nécessité de prendre en charge très rapidement les formes sévères du COVID-19.
- L'incertitude quant à la gravité du COVID-19 au cours de la grossesse et des déficits immunitaires, compte tenu des petits effectifs figurant dans les études publiées.
- La recommandation du GT SECPROCH du HCSP de tester les donneurs d'organes, tissus et cellules.
- Le risque de diffusion d'un cas de COVID-19 survenant chez un soignant au sein d'un établissement de santé.
- Les résultats des auditions des médecins en charge de personnes présentant des pathologies à risque de formes sévères de COVID-19.

Monsieur le Pr Jérôme Salomon  
Directeur général de la santé (DGS)  
Ministère des solidarités et de la santé  
14 avenue Duquesne  
75007 Paris

---

<sup>1</sup> Une partie de ces éléments figure dans l'avis du 5 mars 2020 relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV-2

Le HCSP considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont les suivantes :

- **Selon les données de la littérature :**
  - personnes âgées de 70 ans et plus (même si les patients entre 50 ans et 70 ans doivent être surveillés de façon plus rapprochée) ;
  - les patients aux antécédents (ATCD) cardiovasculaires: hypertension artérielle compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
  - les diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;
  - les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
  - patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
  - malades atteints de cancer sous traitement.
  
- **malgré l'absence de données dans la littérature en raison d'un risque présumé compte-tenu des données disponibles sur les autres infections respiratoires sont également considérés à risque :**
  - les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
    - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
    - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm<sup>3</sup>,
    - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,
    - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
  - les malades atteints de cirrhose au stade B de la classification de Child-Pugh au moins ;
  - les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m<sup>2</sup>) par analogie avec la grippe A(H1N1)09.

S'agissant des femmes enceintes, en l'absence de données disponibles, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous à partir du troisième trimestre de la grossesse.

En conséquence, le HCSP recommande les conduites à tenir suivantes pour ces patients dans le contexte de l'épidémie COVID-19 liée au virus SARS-CoV-2 au stade 2 comme au stade 3 de diffusion épidémique :

#### 1. « Mesures barrières » ou mesures de distanciation sociale spécifiques aux personnes fragiles :

Lors du stade 3 d'une épidémie les mesures prises doivent servir à en atténuer ses effets. Si les « mesures barrières » permettent de limiter la diffusion de l'infection dans la population, Il est impératif de rappeler que ces dispositions de base mais aussi des dispositions particulières **doivent être impérativement suivies en présence des personnes à risque de** développer une forme grave de la maladie pouvant entraîner le décès ou de lourdes séquelles. Des mesures spécifiques sont citées dans le « plan pandémie grippale-2011 ».

Le HCSP propose de :

- Restreindre drastiquement voire interdire les visites dans les établissements d'hébergements collectifs dans lesquels des personnes à risque sont hébergées et remplacer ces visites par des moyens de communication alternatifs évitant les conséquences psychologiques de ces mesures d'exclusion.
  
- Interdire toute sortie aux personnes à risque résidant en hébergement collectif à l'extérieur de ces établissements.

- Contre-indiquer aux personnes à risque l'utilisation des moyens de transport collectifs pour privilégier les moyens de transports individuels.
- Demander à ces personnes de limiter les déplacements individuels aux seuls déplacements essentiels.
- Contre-indiquer pendant la période épidémique toute activité collective : spectacles, rencontres sportives, foires et salons, grands rassemblements.
- Limiter les contacts avec les enfants âgés de moins de 10 ans.
- Limiter les activités, professionnelles, sociales, culturelles éducatives et associatives non essentielles.
- Veiller à l'application de mesures barrières renforcées par l'entourage de ces personnes : lavage des mains toutes les heures, port d'un masque chirurgical dès le début de symptômes et éventuellement exclusion de personnes de l'entourage de personnes potentiellement malades.
- Mettre en œuvre systématiquement pour ces personnes des moyens de communication alternatifs dans le cadre de leurs activités d'apprentissage ou professionnelles : e-learning, travail à distance, téléconférences .....

**Ces mesures pourront être levées lorsque le pic épidémique sera passé et que l'entourage de ces personnes aura acquis une immunité permettant de faire une barrière autour d'eux. Ce point devra être réévalué en fonction de l'évolution des connaissances.**

## **2. Mesures de prévention de l'infection à SARSCov-2 liées à la prise en charge des personnes à risque**

### **2.1 Communication aux patients par les équipes soignantes (en établissement de santé ou en ambulatoire) :**

Il est essentiel de s'assurer que ces personnes reçoivent des informations sur la nécessité de se protéger contre l'infection par le SARSCoV-2. Cette information devra être adaptée à leur pathologie ainsi qu'au degré de compréhension du patient. Cette information devra être donnée individuellement par le médecin traitant d'une part et par les équipes soignantes d'autre part à l'aide d'outil de communication de type vidéo, documents, etc. Si possible, ces informations pourront être complétées par de courtes séances d'éducation à l'hygiène des mains, au port du masque chirurgical, etc.

#### **2.1-1 : Contenu :**

Ces document, support et/ou séances d'information doivent comprendre :

- La description des symptômes d'infection à COVID 19 ;
- Les consignes à respecter scrupuleusement dès l'apparition de symptômes avec les numéros de téléphone à appeler ;
- Les consignes insistant sur la nécessité de ne pas arrêter les traitements de fond de leur pathologie sous-jacente sans avis spécialisé ;
- La limitation des contacts, les mesures barrières, hygiène des mains par lavage à l'eau et au savon ou par friction hydro-alcoolique ;

- Le port du masque chirurgical systématique pour le patient et pour un interlocuteur présentant des symptômes respiratoires ;
- La vérification du statut vaccinal vis-à-vis du pneumocoque et l'administration immédiate d'une première dose de vaccin si nécessaire.

#### 2.1-2 : Moyens de communication

Tous les moyens possibles et adaptés doivent être envisagés : mail, réseaux sociaux, courrier postal ou à défaut téléphone, affiches dans le service de soins diffusés y compris par les associations de patients.

Des supports spécifiques (vidéos, spots télévisés et radio, ...) devront être utilisés dans la mesure du possible.

#### 2.2 Prise en charge des personnes à risque en médecine de premier recours

Des instructions spécifiques doivent être données aux médecins et équipes soignantes de premier recours prenant en charge des personnes à risque.

Ces mesures ont comme objet de diminuer au strict minimum le risque de contact de ces personnes fragiles avec le virus. Pour cela, il est conseillé de :

- Eviter les déplacements de ces personnes dans des environnements à risque comme les salles d'attente médicales et paramédicales. En cas de saturation des capacités de prescription médicales, les renouvellements d'ordonnance doivent pouvoir être réalisés au maximum par les pharmaciens en l'absence d'éléments nouveaux par procédure dérogatoire.
- Privilégier la télémedecine ou les consultations par téléphone.
- Réserver préférentiellement les consultations par télémedecine pour ces personnes. A défaut des outils de communication permettant un contact visuel avec les soignants doivent être utilisés.
- Privilégier les consultations sur rendez-vous.
- Mettre à disposition des solutions hydro-alcooliques (SHA) à l'entrée et à la sortie du cabinet en incitant fortement les patients à les utiliser.
- Vérifier lors de la prise de rendez-vous, l'absence de signes respiratoires évocateurs de COVID-19. En cas de symptômes respiratoires chez une personne à risque :
  - Privilégier une visite à domicile avec une protection respiratoire (masque chirurgical) ;
  - A défaut, une téléconsultation permet de juger de l'opportunité ou non d'un examen clinique au cabinet ;
  - Une visite au cabinet médical en prévoyant si possible un circuit et un horaire dédié : espace en dehors de la salle d'attente, port de masque chirurgical par le patient à risque de forme grave dès l'entrée dans le cabinet, port d'un masque chirurgical pour le professionnel de santé recevant ce patient (double barrière) ;

- Si possible, mettre en place une organisation entre professionnels pour les visites à domicile inévitables.

### **3. Adaptation de l'organisation des soins pour ces personnes fragiles au sein des établissements de santé (ES) au stade 3 de l'épidémie :**

Les ES sont des lieux où les contacts humains sont nombreux avec un risque possible de transmission du SARS Cov2 malgré les mesures habituelles d'hygiène. Il importe de tout mettre en œuvre pour diminuer les risques de transmission pour ces personnes.

**Les mesures s'appliquant dans les établissements de premier recours s'appliquent également dans l'ensemble des ES.**

#### **3.1 Anticiper les venues des patients fragiles dans l'ES**

Il est essentiel que la venue dans les ES de patients fragiles soit anticipée par l'élaboration de mesures spécifiques.

##### **3.1.1. Adopter le port du masque chirurgical dès l'entrée dans l'ES**

Idéalement une double protection est souhaitable (port du masque pour ces patients et leurs soignants) lors de la prise en charge dans un établissement de santé de ces personnes fragiles.

A défaut il est nécessaire de privilégier le port du masque chirurgical par la personne à risque.

##### **3.1.2. Envisager un circuit dédié pour ces patients**

Ce circuit doit mettre en œuvre les principes suivants :

- Limiter les hospitalisations classiques ou partielles aux indications indispensables ;
- Port systématique du masque par le personnel soignant lors des soins ;
- Visites limitées.

##### **3.1.3 Restreindre les consultations présentiels en particulier si les mesures ci-dessus ne peuvent s'appliquer à l'ES :**

Il est nécessaire de reconsidérer la pertinence des consultations déjà prévues avec évaluation de la situation du patient par une consultation à distance.

En cas de consultation ou d'hospitalisation indispensable il est nécessaire d'organiser si possible un circuit dédié avec renforcement des mesures d'hygiène (cf. ci-dessus).

##### **3.1.4 Privilégier les alternatives à l'hospitalisation de jour ou conventionnelle :**

Une adaptation de la prise en charge thérapeutique de ces patients doit être envisagée. C'est particulièrement le cas de patients ayant des séjours récurrents dans un ES. Cette adaptation doit reposer sur le choix d'un traitement oral plutôt que parentéral, le recours à une prise en charge à domicile dans la mesure du possible.

Il est aussi nécessaire de reconsidérer le contenu et le calendrier du protocole de soins en fonction des capacités hospitalières (à titre d'exemple, le document établi par un groupe de cancérologues auditionnés par le HCSP est fourni en annexe).

#### **4 PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT A RISQUE DE FORME GRAVE INFECTE PAR LE SARS-CoV-2 :**

La prise en charge de ces patients fragiles dès lors qu'ils sont infectés par le SARS-CoV-2 doit prendre en compte autant que possible les principes suivants :

- Le diagnostic d'infection à SARS-Cov-2 chez les patients à risque doit être documenté par une RT-PCR réalisé dès la suspicion clinique ;
- En fonction de la situation locale, le service d'accueil de ces patients ne doit pas être le service prenant en charge le patient pour sa pathologie chronique afin d'éviter le risque de transmission aux autres patients fragiles ;
- En cas d'hospitalisation indispensable dans le service d'accueil, il est conseillé d'hospitaliser ces patients infectés par SARSCov2 dans un secteur dédié à COVID-19 ;
- Traitement : cf. avis du HCSP du 05/03/2020.

Il est recommandé de proposer aux patients de participer à des protocoles thérapeutiques académiques.

#### **5. CAS DES PERSONNES AGEES EN EHPAD**

La personne âgée en EHPAD (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes) est particulièrement à risque de forme grave de COVID-19 du fait de son âge, des comorbidités souvent multiples à l'origine de sa dépendance. Le risque d'acquisition de l'infection est majoré par la vie en collectivité.

Il convient donc de prendre des mesures spécifiques pour protéger ces personnes à risque.

##### **5.1. : Mesures de prévention**

Les mesures préconisées en début de ce document sont applicables à ces personnes. Cependant certaines d'entre elles doivent être renforcées du fait du risque de contagion à de nombreuses personnes elles aussi fragiles.

###### **5.1.1 Mesures de distanciation sociale :**

Les mesures suivantes doivent être appliquées de façon rigoureuse durant la période épidémique :

- Restriction ou arrêt des visites extérieures ;
- Arrêt des activités collectives ;
- Renforcement des mesures d'hygiène : lavage des mains à l'eau et au savon ou par friction avec SHA (fiche 4 de l'avis du HCSP 2012).

###### **5.1.2 Anticiper et préparer la procédure de réalisation des prélèvements diagnostiques dans l'établissement et organiser leur acheminement.**

###### **5.1.3 Inciter au port du masque chirurgical par le personnel soignant au stade 3 de l'épidémie**

###### **5.1.4 Limiter les déplacements en consultations non urgentes : suivi de pathologie chronique**

**5.1.5 Préparation d'une fiche LATA (limitation et arrêt de thérapeutiques actives) pour chaque résident afin d'établir le niveau de soins en fonction de la gravité. Cette fiche doit être créée avec l'aide des médecins traitants et des médecins coordinateurs de l'EHPAD.**

**5.1.6 Appliquer les algorithmes décisionnels nationaux ou locaux pour aide à la décision d'hospitalisation.**

## **5.2 : CAT devant le premier cas d'infection COVID-19 : (ref. fiche 5 de l'avis HCSP 2012).**

Il est recommandé d'hospitaliser le premier cas de la collectivité dans le but d'éviter la survenue d'une épidémie.

## **5.3 : CAT devant plusieurs cas d'infection à COVID 19. (ref. Fiche 6 de l'avis du HCSP 2012).**

Si les patients doivent être hospitalisés, il est préférable de les adresser si possible dans une unité de soins gériatrique aigus COVID-19.

Pour les EHPAD ayant un médecin coordonnateur, il paraît important qu'ils puissent prendre en charge les patients en collaboration avec le médecin référent quand le médecin généraliste ne pourra se déplacer.

Pour les EHPAD sans médecin coordonnateur, les patients non hospitalisés devront être pris en charge par les médecins référents.

## **6. Cas particulier des soignants à risque de COVID-19 graves**

Certains soignants peuvent être à risque de formes graves de COVID-19. Il est donc nécessaire d'appliquer des mesures particulières permettant la continuité du service tout en les protégeant. Il s'agit de soignants immuno-déprimés, sous immuno-suppresseurs, ayant eu une splénectomie ou ayant une pathologie listée en début de document. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité.

Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes en l'absence de données probantes à ce jour.

### **Le HCSP propose la conduite à tenir suivante pour ces soignants.**

- Les retirer dans la mesure du possible des services à risque : service d'urgence, service de réanimation, service d'accueil
- Dans le cas contraire il convient d'éviter le contact avec des patients dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point sera particulièrement important en phase épidémique. Pour cela, des mesures de prévention renforcées doivent être adoptées pour ces personnes :
  - Renforcer les consignes (cf. recommandation d'hygiène des mains).
  - Donner la consigne du port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance et de changement/manipulation.
  - Considérer que le masque de protection respiratoire filtrant FFP2 est difficile à porter toute la journée et qu'un masque chirurgical bien porté est plus adapté qu'un masque FFP2 incorrectement porté.



- Inciter à mettre en place une double barrière (port d'un masque par le patient présentant des signes d'infections respiratoire et ORL et le soignant.
- Réserver les masques FFP2 aux situations d'exposition particulière à risque (intubation, ventilation, prélèvement respiratoires, endoscopies, kinésithérapie...) ou exclure ces personnels de ces taches particulières.

#### **Si des soignant à risque de forme grave de COVID-19 présente de symptômes**

- Appel du 15,
- Ou gestion par l'infectiologue REB ET le référent en santé au travail ;
- Nécessité de de prélèvements, même en phase 3, sauf si techniquement impossible (virologie débordée, non livraison de réactifs ....) ;

#### **Suivi de ces personnels soignants contacts exposés : auto surveillance**

- Le masque chirurgical doit être porté pendant 14 jours avec prise biquotidienne de la température. Ces personnels soignants à risque doivent avoir à leur disposition un contact téléphonique et doivent appeler dès l'apparition de symptômes.
- Il est proposé que les médecins de la médecine du travail de l'établissement de santé de ces personnels soignants ou de l'établissement de référence du secteur dans lequel exercent ces personnels (établissement pilote du GHT, CHU, CHG .....)

Le document final qui vous sera adressé sous forme d'avis, intégrera et actualisera ces préconisations, si nécessaire, en fonction de l'évolution de l'état des connaissances et de la situation.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, à l'expression de mes salutations distinguées.

Pr. Franck Chauvin  
Président du HCSP

