

Paris, le  6 MAI 2020

Le ministre des solidarités et de la santé,
Le ministre de l'intérieur,

à

Mesdames et Messieurs les préfets de
région,
Mesdames et Messieurs les préfets de
département,
Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de
santé,

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE du avril 2020 relative à la stratégie de déploiement
des tests, traçabilité des contacts et mesures d'isolement et de mise en quatorzaine

Réf. :

- Télégramme mai 2020

Annexes : Fiches pratiques

*Les instructions et notes interministérielles ainsi que celles du ministère de l'Intérieur relatives au
Covid-19 sont disponibles sur OCMI (Préfecture et ARS) et sur le portail ORSEC / REPER ORSEC
(Préfectures)*

Le 11 mai débutera la levée progressive des mesures de confinement instaurées le 17 mars 2020 à 12h00. Le confinement a été, du point de vue épidémiologique, efficace. Il a permis une réduction très significative du nombre de reproduction (R_0), le faisant passer, selon les estimations de l'Institut Pasteur de 3,3 à 0,5 environ. Le déconfinement entraînera mécaniquement une hausse des contacts au sein de la société et donc une hausse du nombre de reproduction.

La stratégie sanitaire de déconfinement doit donc reposer sur des mesures visant à contenir le nombre de reproduction effectif (R_e) en dessous de 1 afin d'éviter une reprise épidémique et un phénomène de deuxième vague. Cette stratégie repose sur deux piliers : le **respect strict des recommandations de distanciation** physique dans le cadre d'une réouverture progressive et contrôlée des activités économiques et sociales d'une part et l'instauration d'une **stratégie offensive d'identification des cas, de dépistage des sujets contacts et d'isolement des cas et de leurs contacts à risque** sur l'ensemble du territoire d'autre part, pour lutter contre l'installation de chaînes de transmission.

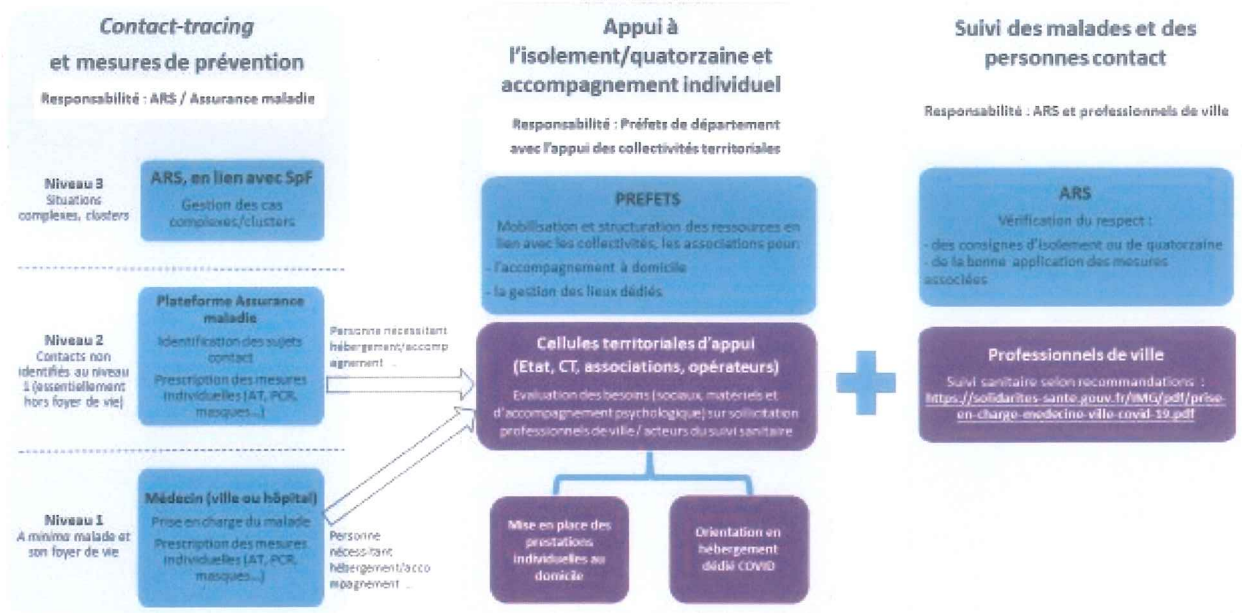
Ce **second pilier est l'objet de la présente instruction** qui a pour but de vous présenter le continuum opérationnel unissant la chaîne « dépistage-traçage-isolement » et **d'appeler à votre mobilisation pour en garantir les conditions de mise en œuvre dans les territoires** en lien avec les partenaires locaux, en particulier les collectivités territoriales.

Conformément aux recommandations épidémiologiques, pour rompre aussi rapidement que possible les chaînes de transmission, le parcours de prise en charge correspondant doit être optimisé afin de diminuer au maximum le délai entre début des signes et la mise en œuvre des conduites à tenir pertinentes. Cela conduit à :

- ⇒ organiser le dépistage de toute personne présentant des symptômes covid-19, et de toute personne identifiée comme ayant été en contact avec une personne contaminée (Axe 1)
- ⇒ mettre en œuvre d'un dispositif de recherche de cas contact robuste permettant d'identifier rapidement 75% des personnes infectées. (Axe 2)
- ⇒ engager le plus précocement les mesures de gestion des cas confirmés et des cas contacts identifiés à risque (Axe 3)

L'ensemble de cette démarche suppose qu'une démarche de communication structurée soit mise en place à l'échelle nationale et territoriale pour informer le grand public et l'ensemble des acteurs publics et privés de la conduite à tenir et du rôle qu'il est appelé à jouer. Le pilotage général de la chaîne de test/recherche de cas contact/isolement est assuré à l'échelon régional par chaque directeur général d'ARS. L'échelon régional garantit la cohérence de l'application de la doctrine et, le cas échéant, mutualise les actions et les capacités concourant à la mise en œuvre de cette stratégie. L'appui non-sanitaire à l'isolement est sous la responsabilité des préfets de départements, en étroite coopération avec l'ARS. Le schéma de gouvernance ci-après décrit cette organisation.

Contact-tracing et appui à l'isolement/quatorzaine : dispositif territorial



AXE 1 : ASSURER UN DEPISTAGE PRECOCE : CONSTITUER UNE REPONSE CAPACITAIRE ET UN MAILLAGE TERRITORIAL ADAPTES AU BESOIN ESTIME

La mise en œuvre d'un dispositif de dépistage offensif doit permettre de limiter la constitution de chaînes de transmission et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **Le dépistage de toute personne présentant des symptômes covid-19 ;**
- **Le dépistage de toute personne identifiée comme ayant été en contact à risque élevé de transmission (définition SPF infra) avec une personne testée positivement (« cas confirmé ») ;**
- **Des campagnes spécifiques de dépistage, pour des publics identifiés : personnes vulnérables, résidents des structures d'hébergement collectif et personnels exerçant dans ces structures en cas de premier cas confirmés au sein de la structure, compte tenu des risques de propagation du virus dans des environnements fermés.**

Le dépistage par RT-PCR consiste en deux principales phases :

- **Une phase de prélèvement** qui consiste en la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé des voies respiratoires hautes de la personne dépistée ;
- **Une phase d'analyse** du prélèvement qui consiste en la réalisation de l'examen de biologie médicale sur le prélèvement effectué.

Afin de garantir l'**accessibilité financière** au test, les dispositions utiles seront prises avant le 11 mai afin de permettre une prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

Garantir un **accès effectif** suppose, à l'échelle nationale, de porter les capacités de dépistage à 700 000 tests réalisés par semaine à horizon du 11 mai. Pour y parvenir, il convient d'élaborer, à l'échelle départementale, un **schéma territorial d'offre de dépistage** permettant de répondre au besoin estimé (cf. fiche).

L'élaboration de ce schéma suppose en premier lieu de disposer d'un **recensement des capacités de tests** sur la base d'une **plateforme de cartographie des capacités** mise en œuvre par la DREES et dont il vous revient d'**encourager l'alimentation régulière et exhaustive** (cf. fiche).

En parallèle, l'**extension des capacités** de diagnostic biologique, suppose **des actions immédiates des ARS** en complément des actions engagées au niveau central afin de :

- **Consolider l'offre en encourageant les laboratoires de biologie médicale à anticiper leurs approvisionnements** en réactifs et en kits de prélèvements et pour lesquels l'Etat a engagé des actions de sécurisation (cf. fiche) ; **à réaliser les investissements nécessaires** notamment en automates et à **optimiser leurs organisations du travail** afin de faire fonctionner les automates au maximum de leur capacité.
- **Mobiliser des ressources complémentaires de laboratoires pour la réalisation des analyses**, et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation ou de réquisition nécessaires (cf. fiche)
- **Mobiliser des renforts en ressources humaines**, sur la base des adaptations règlementaires réalisées ou en cours, **tant pour la phase de prélèvement que pour la phase analytique** et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation nécessaires (cf. fiche).

1. Faciliter l'accès à un avis médical conditionnant la prescription du dépistage

Compte tenu de la tension existante sur la capacité de tests, il est essentiel que celle-ci puisse être pleinement mobilisée au bénéfice des personnes précitées (cas symptomatiques et leurs contacts), ce qui suppose notamment de **conserver le principe d'une prescription médicale préalable**, afin de garantir que les tests RT-PCR, qui sont des examens de biologie médicale, seront réalisés conformément à la doctrine. Les seuls examens réalisés sans prescription médicale devront être les cas contacts repérés dans le cadre du recherche des contacts ou les groupes de personnes vivant en collectivité susceptibles de faire l'objet de tests massifs (cf. infra). Aucun contournement de cette règle ne devra être constaté, et un dispositif réglementaire le garantira le cas échéant. Les préfets devront signaler à l'ARS toute initiative non conforme, en particulier celles qui consisteraient à pratiquer des tests systématiques en entreprise, dont ils auraient connaissance.

En pratique, **l'objectif est que toute personne qui présente des symptômes évocateurs du Covid-19 s'adresse en première intention et sans délai à la médecine de ville, pour se faire prescrire un test.** Cette consultation s'effectue auprès du médecin traitant, en présentiel ou par le biais d'une téléconsultation, ou d'un médecin de l'un des centres ambulatoires covid-19.

Toute personne symptomatique qui ne peut accéder ni à un médecin de ville ni à un centre ambulatoire Covid-19 pourra s'adresser à une pharmacie ou à un laboratoire d'analyse médicale lesquels contacteront la plateforme de l'assurance maladie pour connaître la liste actualisée des médecins du territoire prêts à accueillir des patients Covid. Cette personne pourra donc être orientée vers un médecin via les pharmacies et laboratoires notamment. Au cas où un médecin de ville ne serait pas facilement joignable, elle pourra appeler le SAMU-centre 15, ou le 114 pour les personnes sourdes, qui pourra lui prescrire un test si nécessaire après évaluation de la situation. Le délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test doit être le plus court possible, idéalement moins de 24h. Il est donc essentiel de faciliter l'accès à un médecin, y compris en dehors des jours ouvrés, et éventuellement à distance. .

Les laboratoires auront aussi accès aux services de cette plateforme pour les cas d'une personne contact se présentant pour un test et n'ayant pas de médecin traitant, afin de s'assurer de la prise en charge ultérieure de cette personne en cas de test positif.

En zone médicale sous-dense, des centres de prélèvement ad hoc peuvent être créés et prévoir la possibilité d'accéder à une orientation médicale préalable sur site.

Par ailleurs, deux situations appellent des ajustements, en cours de formalisation :

- **Pour les personnes contacts**, le fait d'être identifié comme « personne contact » (par un médecin de ville ou la plate-forme de l'assurance maladie et ses éventuelles structures relais, cf. axe 2, en charge de la recherche de cas contact) entraîne une mesure faisant office de prescription pour un examen par RT-PCR via son inscription sur le SI Ameli pro.
- **Pour les groupes de personnes susceptibles de faire l'objet de tests massifs**, par exemple pour le médecin coordonnateur d'un EHPAD ou pour les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), les modalités de prescription de tests RT-PCR seront assouplies (EHPAD, établissements médico-sociaux, centres d'hébergements, établissements pénitentiaires, etc.)

2. Faciliter l'accès rapide au prélèvement :

La phase de prélèvement, ou phase pré-analytique, consiste en la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé des voies respiratoires hautes. Sa réalisation suppose la disponibilité de « kits de prélèvements », de personnels formés et d'une mise en œuvre sur des sites répondant aux conditions de sécurité sanitaire.

A. Disponibilité des « Kits de prélèvement » :

Le laboratoire de biologie médicale (LBM) responsable de l'examen est également responsable de son approvisionnement en kits de prélèvement et de leur fourniture aux personnes chargées du prélèvement, notamment dans les structures médicales de ville organisées pour prendre en charge les cas covid. En cas de transport du site de prélèvement vers un site d'analyse distinct, il conviendra de privilégier autant que possible les kits de prélèvement ayant une conservation longue durée à température ambiante.

A l'appui de la plateforme DREES, il revient aux ARS d'assurer un monitoring des stocks déclarés par les laboratoires afin de détecter précocement les risques de rupture d'approvisionnement (cf. fiche).

B. Ressources pour armer des équipes de prélèvement :

En application de l'article L. 6211-13 et de l'arrêté du 13 août 2014, le prélèvement naso-pharyngé ne peut être réalisé que par **des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des infirmiers.**

Pour renforcer les capacités de prélèvement, le réseau des infirmiers libéraux doit être mobilisé, tant pour réaliser des prélèvements à leur cabinet que pour être déployé sur des sites ad hoc ou à domicile. Il pourra également être fait appel aux personnels infirmiers des Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des centres de santé au travail. Des professionnels référents seront également prévus pour les personnes en situation de handicap, pour lesquelles la réalisation du prélèvement serait particulièrement difficile. A cette fin, des fiches réflexes seront mises à disposition de l'ensemble des équipes pour faciliter les prélèvements dans certaines situations.

Les ARS identifient et mobilisent les ressources humaines complémentaires susceptibles de réaliser les prélèvements et notamment de constituer des équipes-mobiles.

C. Maillage des sites de prélèvement :

En vertu des articles L. 6211-13 et -14 du code de la santé publique, le prélèvement peut être réalisé :

- Soit dans le laboratoire de biologie médicale (y compris « à l'extérieur » sur le domaine privé du laboratoire, comme l'ont organisé certains en format « drive » pour créer un circuit de prélèvement spécifique au covid). La densité de ce réseau est forte (3 800 LBM sites de prélèvement dans les laboratoires de biologie médicale privés, par exemple).
- Soit hors du domaine du laboratoire. Dans ce cas, le prélèvement peut être réalisé dans un établissement de santé, au domicile du patient ou dans la liste des lieux énumérés à l'article 2 de l'arrêté du 13 août 2014. Dans ce cas, une convention signée entre le représentant légal du laboratoire et le professionnel de santé ou sa structure fixe les procédures applicables.

Deux modifications réglementaires sont engagées pour étendre les lieux de prélèvement autorisés et le maillage des projections possibles des équipes des LBM :

- Modification de l'arrêté du 13 août 2014 pour permettre la réalisation du prélèvement par écouvillonnage dans davantage de lieux (sites de prélèvement ad hoc, drives, tentes...);
- Création d'une dérogation à l'article R. 6211-12 du CSP pour permettre des prélèvements à l'extérieur du territoire de santé d'implantation du LBM responsable de l'examen.

Des lieux de prélèvement peuvent également être définie après accord avec les médecins libéraux dans ou en relation avec des lieux de consultation médicale dédiés à la prise en charge des patients covid.

Enfin, pour assurer un maillage fin du territoire, les LBM pourront également s'appuyer sur des équipes mobiles allant réaliser le prélèvement directement au domicile des patients. Ce système est à privilégier notamment dans les établissements médico-sociaux (dont les EHPAD), les centres pénitentiaires, et chaque fois que le prélèvement extérieur permet de capter des publics sensibles, vulnérables et non ambulatoire.

Il est également pertinent de recourir à des équipes-mobiles pour la réalisation d'un prélèvement en grande série, par exemple en cas de clusters, car il permet l'optimisation des ressources humaines et matérielles. Dans ces cas de figure, un circuit de collecte des prélèvements, obéissant à des prérequis de sécurité sanitaire précis, devra être mis en place avec le laboratoire d'analyse apparié.

Les ARS identifient les structures et professionnels de santé qui pourront mettre en place une offre de prélèvement spécifique au COVID répondant aux conditions de sécurité sanitaire et configurée pour maximiser l'accès de la population aux tests : horaires dédiés, création de drive, équipes mobiles (cf. fiche). Elles assurent, avec l'Assurance Maladie, la diffusion de cette information auprès des médecins de ville et des pharmacies.

3. Assurer le maillage des capacités d'analyse pour un résultat rapide

A. Disponibilité des matériels nécessaires à l'analyse en masse :

Afin d'aider les laboratoires, l'Etat a demandé, après recensement de l'ensemble de leur parc, aux principaux fournisseurs de réserver des volumes importants de réactifs aux laboratoires français.

Au-delà, de l'approvisionnement en réactifs, afin d'étendre la capacité totale dans les semaines suivantes, il a été demandé aux laboratoires privés de mettre à profit leur maillage territoriale et d'anticiper l'acquisition de nouveaux automates.

Pour les laboratoires vétérinaires notamment, une dérogation a également été ouverte par arrêté du 14 avril, pour permettre aux laboratoires responsables de la phase analytique (LBM ou sous-traitants) d'utiliser des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro non marqués CE, à condition qu'ils soient validés par le Centre national de référence du virus des infections respiratoires (CNR) avant leur mise en service.

Il revient aux ARS de relayer ces messages auprès des acteurs de votre territoire.

B. Ressources pour armer les équipes des laboratoires d'analyse :

Certains laboratoires hospitaliers ont fait part de leurs difficultés à constituer des équipes de techniciens de laboratoire médical suffisantes pour accompagner le développement de l'offre de tests RT-PCR et, en particulier, pour faire fonctionner les automates. En principe, la phase analytique doit être réalisée par un biologiste médical ou, sous sa supervision, par d'autres catégories de professionnels de santé, y compris les techniciens de laboratoires qui participent à la réalisation des analyses. La profession de technicien de laboratoire médical est une profession réglementée, qui ne peut être exercée que sous certaines conditions de diplôme définies par un arrêté du 21 octobre 1992.

Afin d'ouvrir davantage de souplesse dans le recrutement des personnels participant à la phase analytique, un arrêté est en cours d'élaboration pour permettre au préfet d'autoriser, à titre dérogatoire, des personnes possédant un diplôme dans le domaine de la biologie moléculaire ou qui ont une expérience avérée en biologie moléculaire à réaliser les tests. Cette autorisation est délivrée par un arrêté préfectoral, si les laboratoires (publics ou privés) en expriment le besoin.

Identifier le besoin et veiller à ce que les ressources humaines puissent être effectivement mobilisées et proposer aux Préfets les arrêtés d'autorisation pour les personnels mobilisés à titre dérogatoire (Fiche).

C. Maillage des laboratoires d'analyse :

Le recours privilégié aux laboratoires de biologie médicale se justifie notamment par la prise en charge intégrée de l'étape du prélèvement et de l'étape de l'analyse.

La phase d'analyse peut éventuellement être sous-traitée, soit à un autre LBM, soit à un laboratoire exceptionnellement autorisé à cette fin. La sous-traitance de la phase analytique devra être encouragée, dans les territoires où les capacités de tests des LBM ne permettent pas de faire face aux objectifs de dépistage :

En effet, à titre dérogatoire, un arrêté du 5 avril permet au préfet de département d'autoriser, à titre dérogatoire, certains laboratoires à réaliser la phase analytique de l'examen du SARS-cov-2 par RT-PCR. Le périmètre des laboratoires autorisés à pratiquer la phase analytique des tests SARS-CoV2 a été élargi aux laboratoires départementaux d'analyse (laboratoires vétérinaires publics), aux laboratoires de recherche et autres laboratoires sous supervision des laboratoires de biologie médicale. Ces structures disposent de capacités significatives d'approvisionnement en réactifs et peuvent jouer un rôle clef dans la montée en charge capacitaire

L'examen doit prendre moins de 24 heures au total, conformément à l'arrêté du 7 mars 2020 l'inscrivant sur la nomenclature des actes de biologie médicale. En pratique, il est souhaitable que le résultat puisse être communiqué dans les 24 heures qui suivent la consultation médicale initiale (et un même délai s'applique entre recherche des cas contacts et résultat de test).

Le LBM communique le résultat du test au patient et au prescripteur. Le résultat est en principe transmis au patient sur la plateforme numérique du LBM et remonté dans le SI national de consolidation des résultats COVID (SIDEP).

Assurer un maillage suffisant des capacités d'analyse en proposant la mobilisation complémentaire de laboratoires, pour prise de mesure par le Préfet (Fiche) ;

4. Outil de suivi des tests et résultats orientant les conduites à tenir (SIDEP)

Le succès des opérations de test repose sur la capacité à informer très rapidement chaque personne prélevée du résultat des analyses, particulièrement lorsqu'elles confirment une infection, et à engager dans la foulée la détection des cas contacts.

Ainsi, au moment de la prise de rendez-vous et/ou du prélèvement, certaines informations d'identification seront recueillies. Dans le dispositif de recherche de cas contact, il est impératif que ces données soient recensées dès le prélèvement et qu'elles suivent le tube jusqu'au rendu de résultat.

La mise en place d'un système d'information dédié (projet SIDEP) constitue dans ces conditions une étape critique. Le SIDEP permet ensuite:

- La traçabilité du résultat, au-delà de sa transmission par le LBM au médecin prescripteur et au médecin traitant si ce dernier n'est pas celui qui a prescrit
- Le résultat est transmis à la plateforme Assurance Maladie en charge de la recherche des contacts niveau 2 et à l'ARS en charge de la recherche des contacts niveau 3
- Le résultat remonte à Santé publique France pour alimenter une base nationale dans le cadre de sa mission de veille sur les risques sanitaires (articles L. 1413-7 et 1413-8 du CSP).

AXE 2 : OPTIMISER LE TRAÇAGE DES CAS CONTACTS : ALLER CHERCHER LES NOUVEAUX CAS ET LES PERSONNES CONTACT

La mise en œuvre d'un dispositif de recherche de cas contact réactif et de très grande ampleur doit permettre de limiter la constitution de chaînes de transmission et la survenue de cas groupés de coronavirus Covid-19 dans les territoires et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **La recherche des personnes contacts de tout cas confirmé**, notamment hors de son foyer, c'est-à-dire des personnes ayant eu des contacts étroits avec le cas à partir de 48h précédant l'apparition de ses symptômes et jusqu'à son isolement, à initier sans délai, et en tout état de cause le jour-même de la consultation médicale initiale ;
- **La recherche des personnes contacts de toute personne contact qui devient cas confirmé ;**
- **L'engagement des mesures de gestion pour les personnes contact « à risque »** qui se matérialisent par un appel, une information sur la conduite à tenir et un suivi.
- **L'information immédiate des autorités sanitaires en cas d'identification d'une chaîne de transmission ou d'un cluster** sur la base de critères d'alerte prédéfinis par SPF.

Santé publique France a défini les expositions à risque devant orienter les actions de recherche de cas contact (*définition qui sera réévaluée en fonction des recommandations sur le port de masques dans l'espace public*) :

- **Personne contact à risque** : en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact (hygiaphone ou autre séparation physique type vitre ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas **ou** le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas **et** le contact), une personne contact à risque correspond aux situations suivantes : personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ; ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades) -*en revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque-* ; ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ; ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ; étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).
- **Personne contact à risque négligeable** : toutes les autres situations. NB : les définitions de personne contact ne s'appliquent pas à l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les Agences régionales de santé sont responsables de la coordination générale du dispositif de recherche de cas contact avec le plein concours des cellules régionales de Santé publique France.

Ce dispositif d'identification et la prise en charge des cas et des personnes contacts repose sur une organisation en 3 niveaux.

- **Les deux premiers niveaux visent à prendre en charge uniquement les personnes pour lesquelles les mesures de prévention ne posent pas de difficulté de mise en œuvre.** L'Assurance Maladie assure la responsabilité de la mise en place et du fonctionnement des niveaux 1 et 2 du dispositif.
- **Les situations relevant des chaînes de transmission ou de cluster ainsi que les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement relèvent du niveau 3.** Pour cette mission l'ARS dispose

de l'autorité fonctionnelle sur les équipes de Santé publique France mobilisées dans le dispositif de recherche des contacts. En cas de « clusters », l'ARS avise la ou les préfectures de département concernées.

1. Niveau 1 de la recherche de cas contact assuré par les acteurs de la prise en charge du premier recours (médecine de ville ou établissements de santé)

Le professionnel en charge du premier recours assure la prise en charge des cas suspects de Covid-19, notamment des actes nécessaires à cette prise en charge (prescription d'un test RT-PCR et de masques chirurgicaux, encadrement de la mesure d'isolement dont arrêt de travail le cas échéant), l'identification a minima des personnes contacts du foyer du cas et la délivrance des conduites à tenir.

A ce titre, il assure également l'évaluation de la situation du foyer du cas, dans un objectif de limitation des transmissions du virus au sein du foyer et d'identification de personnes vulnérables vis-à-vis du Covid-19 à protéger au sein du foyer (personnes âgées, malades chroniques...).

Sur la base du volontariat et dans le cadre d'une valorisation par l'Assurance maladie, il peut décider d'assurer l'identification des personnes contacts à risque élevé de contamination hors du foyer.

Concernant les établissements de santé, ils assurent le niveau 1 ainsi défini pour le patient qui rentre dans le dispositif par le circuit hospitalier (urgences, consultations, hospitalisation...). L'accès à Ameli pro, le téléservice utilisé pour gérer la recherche des contacts (cf. 5), sera en conséquence favorisé dans les établissements de santé. Dans le cas où cet accès n'est pas organisé, des modalités adaptées de transmission des informations ainsi recueillies seront organisées avec les plateformes mises en place par l'Assurance maladie pour assurer la prise en charge du niveau 2 (cf. infra).

2. Niveau 2 de la recherche des contacts assuré par les plateformes de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie met en place des plateformes qui sont chargées d'effectuer les actions de recherche de cas contact non assurées au niveau 1. Ces plateformes de l'Assurance Maladie pourront s'appuyer dans les départements sur des structures relais de professionnels de santé (type MSP, CPTS, centres de santé, centres dédiés Covid-19, équipes mobiles de prélèvement...) qui auront conventionné avec elle. Ces plateformes fonctionnent 7 jours/7.

Les agents des plateformes de niveau 2 auront accès aux données nécessaires à la réalisation de la recherche des contacts (dont des données nominatives de santé) dans les mêmes conditions légales (en cours d'élaboration) que les agents des agences régionales de santé. Ils seront tenus au respect du secret professionnel.

Il s'agira de :

- Contacter le cas confirmé de Covid-19 et répertorier avec lui les personnes « contact », sur la base d'un questionnaire structuré et en sollicitant l'expertise de l'ARS et de la Cellule régionale de SPF en tant que de besoin,
- D'obtenir, pour ce patient, les noms, prénoms, numéros de téléphone portable de ces personnes contacts,
- D'appeler les personnes « contact » identifiées afin de leur signifier les consignes de quatorzaine, de leur demander d'aller faire un test, idéalement à J+7 après le dernier contact avec le cas confirmé, ainsi que de leur indiquer les différentes conduites à tenir.

En cas de difficulté à joindre les intéressés, la plateforme de l'assurance maladie sollicite la cellule territoriale d'appui à l'isolement mise en œuvre par le Préfet (cf. infra, partie isolement/quatorzaine) pour identifier leurs coordonnées, notamment en recourant aux services de leur commune de résidence. Des accompagnements spécifiques, pour les personnes sourdes ou malentendantes par exemple, ou celles ayant des difficultés de communication, pourront être mobilisés grâce à l'identification de personnes ressources.

Tous les cas confirmés ayant un grand nombre de contacts à risque modéré ou élevé ou travaillant dans des collectivités à caractère sensible sont signalés sans délai à l'Agence régionale de santé qui assure le niveau 3.

Dès lors qu'un contact relève du niveau 3, la plate-forme informe sans délai l'ARS pour que les mesures d'évaluation et de gestion du risque adaptées soient mises en œuvre en lien avec les services de l'Etat si nécessaire.

3. Niveau 3 de la recherche des contacts assuré par l'ARS, en lien avec Santé publique France en région

Les situations relevant des chaînes de transmission ou de cluster ainsi que les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement relèvent du niveau 3.

Par ailleurs, les cas en collectivité doivent faire l'objet d'une attention particulière et d'une prise en charge par l'ARS dans une logique de prévention des « clusters ». En cas de repérage d'un cas index en milieu collectif, l'assurance maladie transfère immédiatement le dossier à l'ars si elle identifie un risque de transmission dans une collectivité et en tout état de cause si des mesures de prévention s'avèrent nécessaires, mesures qui relèvent de l'ARS en lien avec le Préfet

Sur la base des résultats SIDEP et des données de la recherche des contacts réalisés par les niveaux 1 et 2, l'ARS identifie les chaînes de transmission sur son territoire et détecte les clusters. Ce niveau peut aussi être déclenché par le niveau 2.

Elle anticipe la gestion des situations complexes (clusters dans des établissements de santé ou médico-sociaux, dans des écoles, etc.) et peut proposer la mise en œuvre de mesures de contrôle spécifiques (fermeture de structures par exemple).

Si la situation le nécessite, elle déploie des moyens d'investigation sur le terrain et peut organiser des campagnes de test ciblées. L'appui des Préfectures et des collectivités locales pour l'organisation de ces investigations de terrain peut être sollicité.

Pour l'exercice de cette mission l'ARS dispose de l'autorité fonctionnelle sur les équipes en charge de l'expertise scientifique et de la capacité d'alerte épidémiologique de la cellule régionale de Santé publique France.

Pour les clusters en établissements de santé ou médico-sociaux, elle dispose aussi de tout le concours des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) des établissements de santé et du Centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIas).

4. Organisation face à des cas groupés de coronavirus Covid-19

Il est indispensable qu'une organisation soit mise en œuvre pour anticiper et gérer d'éventuels « clusters ». Ces « clusters » se définissent comme un regroupement de cas dans un même lieu et dans une même unité de temps resserré faisant suspecter un lien épidémiologique.

La présence de « clusters » sur le territoire est détectée par le niveau 3 du dispositif ; c'est-à-dire par l'agence régionale de santé et la cellule régionale de Santé publique France, intégrée à l'organisation pilotée par l'ARS.

Cette détection peut se faire aussi à partir d'un signalement des niveaux précédents, 1 et 2, de recherche des contacts.

La confirmation de cas groupés d'infections à coronavirus Covid-19 nécessite, en urgence, la mise en œuvre d'actions coordonnées pour limiter la propagation de cas. A ce titre, l'ARS informe sans délai le ou les préfets de département concernés de toute constitution de « cluster » sur leur territoire, afin d'assurer une large diffusion des informations notamment au sein des services de l'État et des collectivités territoriales. L'objectif est de décider et organiser la mise en œuvre des mesures de gestion et de contrôle qui pourraient être nécessaires.

Les actions à mener doivent ainsi être planifiées pour être mises en œuvre sans retard dès la confirmation d'une situation de cas groupé. A ce titre, les cas en collectivité doivent faire l'objet d'une attention particulière.

L'apparition d'un « cluster » sur le territoire nécessite la mise en œuvre d'investigations sanitaires dans des délais très contraints. Cet objectif ne peut être atteint que par la mise en place d'équipes de réponse rapide projetables sur le terrain.

Etant donné le risque important de survenue de multiples foyers concomitants sur le territoire, il est indispensable que chaque ARS organise les renforts nécessaires auprès des équipes en charge de la veille et de la sécurité sanitaire. Elle s'adjoit notamment le concours de personnels extérieurs, sur une base volontaire ou par vacation. L'équipe doit être en capacité d'intervenir sur l'ensemble du territoire de la région.

Chaque agence régionale de santé doit identifier des équipes de réponse rapide multidisciplinaire en mesure de réaliser les investigations.

La préfecture de département apporte un appui opérationnel et logistique à ces équipes et, en fonction des capacités locales et du nombre de sujets contacts, sollicite, le concours de services partenaires. (Fiche). Le préfet de département conduit un travail d'identification des populations à mode de vie de type communautaire (campements, foyers et résidences, communautés, gens du voyage....) afin de déterminer les leviers de prévention et de surveillance nécessaire à la prévention d'un cluster, en lien avec les associations et les collectivités territoriales.

5. Les systèmes d'information concourant au dispositif de recherche de cas contact

La maîtrise de l'épidémie de Covid-19 à l'issue du confinement repose sur un **dispositif de diagnostic et de signalement précoce des cas confirmés de Covid-19 aux autorités en charge de la recherche des contacts.**

A cet effet, le téléservice Contact Covid développé dans l'environnement Amelipro servira de système d'information d'échanges entre les professionnels de santé et les plateformes de l'Assurance Maladie. Une disposition est prévue pour que les ARS aient accès en lecture et en écriture aux données de Contact Covid, et puissent faire des extraits des données de la recherche des contacts.

Le système d'information pour le test du Covid-19 « SIDEP » qui sera déployé dans l'ensemble des laboratoires et structures autorisés à réaliser le diagnostic de Covid-19, permettra quant à lui de colliger au sein d'une seule et même base de données l'ensemble des résultats d'analyses Covid-19, accessible en temps réel aux professionnels de santé et autorités chargées de la recherche des contacts.
de la recherche des contacts

AXE 3 : ASSURER L'EFFECTIVITE DE L'ISOLEMENT DES CAS POSITIFS ET DE LA QUATORZAINE DE LEURS CONTACTS

La réussite de la stratégie de mise à l'écart des cas positifs (en isolement) et de leurs contacts (en quatorzaine préventive) est essentielle pour casser les chaînes de contamination du COVID-19 et repose sur les principes opérationnels suivants :

- **Un isolement consenti : l'efficacité de la démarche reposant sur l'observance** des mesures d'isolement et de quatorzaine, l'importance de cette observance doit être comprise et régulièrement rappelée aux personnes concernées, qui doivent adhérer à ces mesures pour les suivre jusqu'au bout – la coercition portant le risque d'un effet contre-productif de détourner la population des tests et des mesures associées ;
- **Un isolement expliqué : des conduites à tenir** précisent le cadre de gestion, dans la durée, des personnes contaminées (isolement) et de leurs contacts à risque (quatorzaine) ;
- **Un isolement accompagné : les cas et les personnes contacts font l'objet d'un suivi régulier**, pour s'assurer du respect de la mesure d'isolement ou de quatorzaine (avec suivi sanitaire associé pour les cas COVID-19), ainsi que de leurs besoins éventuels d'accompagnement.

Les Préfets sont chargés, en associant étroitement les collectivités territoriales et en articulation avec les ARS et les acteurs de la prise en charge des cas et de la recherche des contacts, de :

- Mettre en place une cellule locale d'appui à l'isolement (bassin territorial à adapter en fonction des dynamiques locales) qui recueillera les besoins des personnes isolées, sur un plan social, matériel et de soutien psychologique. Cette cellule pourra être confiée à la collectivité territoriale ou par délégation à un opérateur (type Croix Rouge, association de protection civile) ou autres opérateurs spécialisés dans les activités dites de conciergerie ;
- Identifier, par le biais de cette cellule, les opérateurs mobilisables pour l'accompagnement social, logistique, psychologique des isolés (collectivités territoriales et leurs opérateurs, CCAS/CIAS, entreprises et associations d'aide à domicile, opérateurs de l'économie sociale et solidaire, la Poste, grandes surfaces pour les courses...) en dissociant :
 - Les services prioritaires à mobiliser pour les personnes en situation spécifique ;
 - Les services additionnels en soutien à la vie quotidienne durant l'isolement hors situation spécifique.

Les besoins à couvrir dans le cadre de ce dispositif d'appui à l'isolement feront l'objet de précisions prochaines. Les ARS appuient les préfets pour le bon dimensionnement de celui-ci.

Les conduites à tenir s'appliquent aux personnes se trouvant dans les situations suivantes :

- **pour les cas de Covid-19 confirmé biologiquement, isolement jusqu'à la guérison, c'est-à-dire 2 jours après la fin des symptômes**
- **pour les personnes contacts à risque, quatorzaine jusqu'à 14 jours après la dernière exposition avec le cas confirmé avec un allègement à 7 jours en cas d'absence de symptômes et de test négatif mais sans levée complète, car elles peuvent être en phase d'incubation au moment du test.**

Cet isolement/quatorzaine doit être réalisé au domicile, qui constitue le lieu privilégié de prise en charge.

- **Les professionnels prenant en charge les patients font une première évaluation** pour vérifier si le patient et les contacts du foyer sont en capacité de réaliser leur isolement à domicile afin d'organiser leur prise en charge tout en limitant les risques de contamination intra domiciliaire, en fonction des facteurs de risque de forme grave de Covid-19 de ces personnes, de leur autonomie, de leur activité professionnelle (notamment s'il s'agit d'une activité essentielle, comme les professionnels de santé), d'un contexte social particulier, de la taille du logement, du nombre de personnes, etc.
- **S'ils repèrent une difficulté, ils signalent cette situation à la cellule territoriale d'appui** à l'isolement qu'il revient aux préfets de département de mettre en place pour évaluation complète et décision éventuelle de mise en œuvre :
 - soit d'une mesure d'accompagnement permettant le maintien à domicile ;
 - soit, en accord avec les personnes, d'un isolement ou quatorzaine dans un lieu dédié.

Pour les personnes handicapées ou leurs aidants qui seraient en difficulté d'accompagnement dans ces circonstances, la cellule territoriale d'appui doit être en capacité de solliciter une équipe médico-sociale de recours dans le département.

1. Le principe : l'isolement à domicile des cas confirmés et quatorzaine à domicile des personnes contact

A. Evaluation des besoins de prise en charge et d'accompagnement à domicile :

Les modalités de prise en charge d'un cas confirmé de Covid sont décidées par le médecin qui décide des conditions du suivi sanitaire (cf. B) et évalue en première intention si l'état clinique du patient est compatible avec une prise en charge à domicile.

Si l'état clinique le permet, le médecin s'assure que la configuration du domicile et la présence des autres personnes dans le foyer permet d'organiser cette prise en charge. Il est, en effet, important que l'état du patient soit compatible avec une prise en charge en médecine de ville tant sur le plan somatique que psychique¹.

Outre les critères cliniques, des critères socio-environnementaux doivent être évalués pour articuler au mieux la prise en charge à domicile en médecine de ville.

Cette évaluation sanitaire peut être complétée par une évaluation des besoins d'accompagnement social, sur signalement des professionnels prenant en charge les patients et leurs personnes contact, sous la responsabilité de la cellule territoriale d'appui précédemment évoquée.

Les Préfets de département sont chargés de mettre en œuvre une cellule territoriale d'appui à l'isolement (niveau départemental voir infra-départementale) dont ils assurent les moyens de fonctionnement pour recueillir les besoins des personnes isolées, sur un plan social, médico-social, matériel et de soutien psychologique et organiser la mise en œuvre des accompagnements requis. Le portage contractuel et financier de cet accompagnement sera précisé ultérieurement.

B. Mise en œuvre de l'isolement à domicile des patients Covid+ et de la quatorzaine à domicile des personnes contacts à risque

Pour les patients Covid+ à domicile, un suivi sanitaire doit être organisé.

Il est réalisé par les professionnels de ville dans les conditions définies dans la fiche relative aux lignes directrices « Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19² ».

Comme lors de la phase de confinement, quatre modalités de surveillance à domicile des patients atteints de covid-19 sont ainsi possibles :

- Auto-surveillance, aidée ou non d'un outil d'autosurveillance (patient ou entourage) ;
- Suivi médical, aidé ou non d'un outil d'autosurveillance ou de télésurveillance;
- Suivi renforcé à domicile par des infirmiers, en complément du suivi médical ;
- Hospitalisation à domicile (HAD).

¹ Cf. fiche "Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19" : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf>

² Cf. fiche "Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19" : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/prise-en-charge-medecine-ville-covid-19.pdf>

La décision de prise en charge est laissée à l'appréciation du médecin qui détermine le suivi le plus adapté en fonction des signes présentés par le patient (prise en compte des facteurs physiques, psychologiques, socio-professionnels, etc.).

Ce suivi doit permettre également d'assurer la continuité de la prise en charge sanitaire habituelle pour les personnes présentant des comorbidités.

Au sein du logement, il est conseillé que le patient Covid+ reste dans une pièce spécifique, en évitant les contacts avec les autres occupants du domicile, d'aérer régulièrement. Si possible, une salle de bain et des toilettes spécifiques sont à privilégier. Dans le cas contraire il est recommandé de se laver les mains fréquemment, de ne pas toucher d'objets communs et de désinfecter quotidiennement les surfaces fréquemment touchées (poignées, téléphones mobiles, etc.). Il porte systématiquement un masque chirurgical en présence d'un tiers, y compris les personnes de son foyer familial.

Il est déconseillé de recevoir des visites, sauf les visites indispensables comme les aidants à domicile. Enfin, les livraisons à domicile sont possibles, en laissant le colis sur le palier.

Les contacts à risque au sein du foyer familial font l'objet d'une mesure de quatorzaine stricte, avec application au domicile des mesures barrière, réduction au minimum des contacts avec la personne malade et port du masque chirurgical systématiquement en sa présence. Des solutions facilitant la mise en œuvre de cette quatorzaine stricte doivent être identifiées avec la personne concernée : appui de la collectivité, livraison à domicile, aide familiale ou du voisinage, voire hébergement dédié.

Il appartiendra à la cellule territoriale d'appui à l'isolement de mettre tout en œuvre pour identifier une solution. Cependant, dans le cas où aucune de ces solutions ne serait trouvée, et à titre dérogatoire, la sortie du domicile de l'un des membres du foyer (asymptomatique et ayant pris sa température au préalable) pourra être autorisée sous réserve d'une fréquence limitée (deux fois par semaine au plus) afin de subvenir aux besoins essentiels du foyer (ravitaillement), sous condition d'un strict respect des mesures barrière et de distanciation physique, ainsi que du port d'un masque chirurgical.

Quand les conditions générales ne permettent pas de faire cesser l'exposition, le décompte des 14 jours de confinement des contacts intra-foyer ne commence qu'après la guérison clinique du cas, soit au moins 8 jours après la date de début des symptômes (ou 10 jours pour les personnes à risque élevé de faire une forme grave de la maladie) et 48 heures d'apyrexie et sans dyspnée, conformément à l'avis du HCSP du 16/03/2020. Un allègement des mesures de quatorzaine peut toutefois être envisagé en cas d'absence de symptômes et de test négatif à j+7 **après la guérison clinique** du cas, dans les mêmes conditions que pour une personne contact hors foyer (cf. infra).

C. Mise en œuvre de la quatorzaine à domicile des personnes contact à risque d'un patient Covid+ (hors foyer familial)

Les personnes contacts à risque d'un cas confirmé de Covid-19 (hors celles de la cellule familiale sauf si elles ont été séparées du foyer) doivent bénéficier d'une quatorzaine stricte après le dernier contact à risque avec le cas.

Durant sa quatorzaine à domicile, la personne contact doit :

- Rester à domicile ;
- Éviter les contacts avec l'entourage intrafamilial (à défaut port d'un masque chirurgical, comme pour tout contact avec un tiers) ;
- Réaliser la surveillance active de sa température et de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...).

A 7 jours du dernier contact avec la personne malade, la personne contact effectue un test virologique. Si le test est négatif et en cas d'absence de symptômes, les conditions de la quatorzaine pourront être allégées pour permettre les sorties du domicile, avec le port de masque systématique à l'extérieur, une application stricte des mesures de distanciation sociale et l'absence de contact avec des personnes à risque (personnes âgées, etc.). La reprise du travail hors télétravail ainsi que la prise des transports en commun restent non autorisées.

- D. Un suivi régulier des malades et des personnes contact en isolement à domicile à mettre en place

Au-delà du suivi sanitaire précédemment évoqué, les ARS sont chargées d'organiser un suivi téléphonique actif et régulier des malades et des personnes contacts isolés à domicile, recensés à domicile, pour s'assurer pour les malades et les personnes contacts du respect des consignes d'isolement ou de quatorzaine et de la bonne application des mesures associées et identifier le cas échéant s'il y a besoin de faire évoluer les services d'accompagnement de la mesure d'isolement (appui logistique pour le maintien à domicile par exemple ou hébergement dédié).

Ce suivi pourra mobiliser les acteurs de l'accompagnement à domicile, du secteur médico-social, y compris les professionnels assurant le suivi sanitaire, ainsi que des outils numériques.

En tant que de besoin, l'ARS orientera la personne vers une prise en charge médicale ou médico-psychologique ou, s'il s'agit d'un besoin d'appui, vers les cellules territoriales d'appui relevant des Préfectures.

Ce n'est qu'à titre subsidiaire, si, aux termes des évaluations médicales et socio-environnementales et des actions d'accompagnement mobilisables, les conditions d'un isolement à domicile ne peuvent être réunies que l'orientation dans un lieu dédié peut être proposée.

Les ARS sont chargées d'organiser un suivi téléphonique actif et régulier des malades et des personnes contacts isolés à domicile, en complément du suivi sanitaire.

2. Le recours à des lieux dédiés pour les cas où l'isolement à domicile n'est pas possible

- A. Critères de recours à des lieux dédiés

Exceptionnellement, pourront se voir proposé d'effectuer cet isolement hors du domicile, dans des lieux dédiés des malades du covid confirmés par test RT-PCT ou des cas contacts de malades du covid, testés négativement dont la composition du foyer n'est pas compatible avec l'isolement à domicile ou la quatorzaine à domicile du fait notamment de :

- **Présence au sein du foyer de personnes Covid- à protéger, et en particulier les :**
 - Personnes vulnérables au Covid-19 (âge, obésité, diabète, BPCO, etc.) ;
 - Travailleur essentiel (professionnel de santé, etc.).
- **Fort risque de contamination des autres membres du foyer par la personne Covid+ :** promiscuité, contexte social rendant difficile l'isolement à domicile ou bien la présence de nombreuses personnes dans le même foyer.

Les publics qui pourront avoir accès à ces lieux sont ceux dont l'isolement à domicile ferait courir un risque important de transmission à leurs proches ou les mettrait elles-mêmes en risque du fait de leur défaut d'autonomie si elles vivent seules. Comme pour l'isolement à domicile, il doit s'agir de personnes ne nécessitant pas une hospitalisation. Les critères et modes d'orientation sont décrits infra.

Les 2 populations (cas confirmé et cas contacts testés négativement) ne pouvant être mélangées afin de ne pas contaminer des personnes contacts qui n'auraient pas contracté le virus. Il est recommandé d'utiliser 2 bâtiments distincts d'un même lieu, ou a minima deux espaces de circulation étanches permettant d'éviter les croisements de flux.

B. Identification et mise en place des lieux d'isolement temporaires

La mise en place des lieux d'isolement relève du préfet de département et repose sur la coopération entre celui-ci et le directeur général de l'ARS.

Evaluation du besoin

Afin de déterminer le nombre de places nécessaires dans le département ainsi que leur localisation, l'ARS et la préfecture mettront en commun leurs données :

- Principalement épidémiologiques sur la propagation du virus dans le département, et en infra départemental si connu ;
- Epidémiologiques sur la prévalence des personnes à risque élevé de développer une forme grave de covid ;
- Sociales pour évaluer le nombre de ménages potentiellement en sur-occupation de logements ou en conditions difficiles d'habitat, ou avec mobilité réduite.

Création des lieux dédiés

Il pourra s'agir, notamment, d'hôtels, de centres de vacances, de lieux d'hébergement collectif appartenant à des collectivités, du moment qu'ils répondent au cahier des charges en annexe permettant l'isolement dans de bonnes conditions, la prise en charge sanitaire adaptée et l'accueil de personnes à mobilité réduite. La localisation tiendra compte des besoins et la configuration (urbaine, rurale, mixte) du département.

Il appartient au préfet d'organiser la logistique autour de ces lieux :

- Transports des malades ou personne contact (en accord avec l'ARS s'il s'agit de transports sanitaires) ;
- Approvisionnement pour les repas ;
- Sécurisation si nécessaire.
- Accompagnement social si besoin par les services sociaux du département ou le CCAS/CIAS.

A cette fin, il est recommandé de conventionner avec un opérateur qui se chargera de l'organisation et de la gestion du lieu dédié à l'isolement.

Le préfet assure le lien avec les collectivités territoriales – conseil départemental ou commune – qui est primordial pour garantir l'acceptabilité de l'installation de ces lieux de mise à l'abri, la non-stigmatisation des personnes y étant installées, mais également pour soutenir la logistique.

La collectivité territoriale pourra être invitée à contribuer à l'organisation de la fourniture de repas, notamment, par un portage de repas, et à l'entretien des locaux et la blanchisserie (en fonction des règles d'hygiène décrites dans le cahier des charges).

La collectivité pourra également apporter un soutien par des travailleurs sociaux pour les personnes le nécessitant (soutien social, psychologique). De plus, il appartiendra au conseil départemental (équipes médico-sociales) de prévoir les aides à domicile pour les patients devant y avoir recours.

Le préfet est chargé de trouver les lieux d'hébergement et de conventionner avec les bailleurs ou propriétaires ou, à défaut, de réquisitionner les lieux identifiés.
Dans le cadre de la cellule territoriale d'appui à l'isolement, le préfet mettra en place un dispositif de gestion des places disponibles et la réponse aux demandes d'orientations des médecins.
L'ARS est en charge d'organiser tout l'accompagnement et le suivi sanitaire, ce qui inclut la fourniture des équipements de protection aux personnels intervenant dans le lieu.

Le Ministre des Solidarités et de la Santé

A stylized, handwritten signature consisting of a long horizontal line with a vertical stroke crossing it near the right end.

Olivier VERAN

Le Ministre de l'Intérieur

A complex, cursive handwritten signature with multiple loops and a long horizontal base.

Christophe CASTANER