



# INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

## **Réponse mondiale du groupe de travail IFEM pour les systèmes et professionnels de médecine d'urgence relatif à la surpopulation et aux difficultés d'accès aux urgences causées par Covid-19:**

La maladie à coronavirus (COVID-19) a été déclarée pandémie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le 11 mars 2020.<sup>1</sup> Au 25 mars 2020, le virus a touché 169 pays avec plus de 450 000 cas confirmés et plus de 21 000 décès.<sup>1,2,3</sup>

Ce communiqué de presse vise à confirmer le soutien de l'IFEM aux méthodes qui doivent être adoptées immédiatement pour garantir la prestation de soins d'urgence rapides et efficaces, y compris l'admission rapide des patients, et protéger l'intégrité des soins de santé mondiaux tels que définis par l'OMS.<sup>4</sup>

### **1. Mesures immédiates et agressives pour limiter la transmission de COVID-19**

- Distance sociale (plus de 2 mètres),
- Des outils de dépistage<sup>5</sup> devraient être disponibles ainsi que des instructions claires pour :
  - Auto-isolement des individus symptomatiques
  - Auto-quarantaine des individus exposés
  - Quarantaine de travail pour les travailleurs de santé de première ligne
- L'annulation de tous les grands rassemblements (« grands » déterminés par les directives régionales et les gouvernements locaux)<sup>6</sup>, jusqu'à limiter plus de 2 personnes à la fois
- Fermeture de lieux non essentiels
- Annulation de services non essentiels, et
- Renforcement des laboratoires et des systèmes de santé publique afin que les tests soient disponibles et que la recherche et le suivi des contacts puissent être effectués. Dans les zones à faibles ressources où les tests sont insuffisamment disponibles, il faut souligner que les mesures sociales décrites ci-dessus sont particulièrement importantes.

### **2. Assurez-vous que les prestataires de première ligne disposent d'EPI ou d'alternatives d'EPI adéquats si les ressources s'épuisent**

Un équipement de protection individuelle adéquat, y compris des respirateurs N95, des masques chirurgicaux, une protection oculaire et faciale, des blouses, des gants et des installations d'hygiène des mains, devrait être disponible pour tous les travailleurs de la santé. Ceux-ci doivent être utilisés conformément aux directives de l'OMS et les cliniciens doivent garantir la pratique de techniques correctes d'enfilage et de retrait pour éviter les violations involontaires du protocole. Pour lutter contre l'épuisement des EPI, inévitable dans certaines régions, et étendre leur durée de vie, il est nécessaire d'adopter des mesures de conservation immédiate à l'échelle mondiale, comme :

- Utiliser un masque chirurgical ou un respirateur N95 aussi longtemps que possible pendant un temps de travail, ne le changer que s'il est mouillé, contaminé ou dégradé dans la protection



# INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

- Utiliser des blouses lavables
- Réutilisation de formes d'EPI pouvant être nettoyées en toute sécurité, par ex. lunettes, certains écrans faciaux, etc.
- Limiter le personnel qui voit les patients, et
- Mettre en place la télémédecine dans la mesure du possible.

De plus, il est essentiel d'engager des ingénieurs et des experts en conception de respirateurs / masques dans des approches collaboratives pour concevoir des systèmes de protection qui peuvent être fabriqués avec des ressources locales. L'utilisation actuelle d'un « bandana » ou d'un « foulard » lorsque les ressources sont épuisées n'est pas avérée. Les matériaux spécifiques qui peuvent filtrer le virus doivent être identifiés pour le remplacement du masque. Ceux-ci doivent être disponibles et présentés de manière à pouvoir être facilement utilisés pour protéger les travailleurs de la santé, en attendant leur réapprovisionnement. De plus, la stérilisation par rayonnement ultraviolet ou technologie micro-ondes pour réutiliser les EPI n'a pas encore été vérifiée.

### **3. Les cliniciens vulnérables doivent être protégés**

Les prestataires de soins de santé à risque de développer une maladie grave (par exemple, plus de 60 ans, comorbidités sous-jacentes, immunodéprimés) doivent avoir des affectations de travail qui limitent leur exposition, et pratiquer en télémédecine si possible.<sup>7</sup> Les services d'urgence doivent élaborer des stratégies propres à leurs établissements respectifs en fonction des données démographiques concernant les effectifs dans leur service.

### **4. Les populations vulnérables de la communauté doivent être protégées**

Les personnes âgées, celles atteintes de comorbidités, celles souffrant de troubles mentaux importants, les groupes autochtones ou d'autres personnes qui comptent sur d'autres pour leur soutien sont particulièrement à risque. Cela comprend ceux qui vivent dans des maisons de soins infirmiers, logements à haute densité et les personnes en situation d'itinérance. Avec l'identification précoce de ces individus ou institutions, les bénévoles et les familles de la communauté locale peuvent mettre en place une surveillance téléphonique, et les cliniciens peuvent apporter leur soutien en télémédecine. Des visites mobiles peuvent être effectuées pour s'assurer que ces groupes ont les éléments basiques : nourriture, médicaments, etc. et les diriger vers une évaluation médicale si besoin.

### **5. Créer et préserver la capacité hospitalière**

Dans de nombreux pays, même avec des mesures de confinement, d'atténuation et de suppression appropriées, il est prévu que la vague de patients nécessitant une hospitalisation et des soins intensifs dépassera les capacités actuelles. Les pays qui attendent cette poussée doivent se préparer adéquatement. Cela peut impliquer :

- Annulation des chirurgies électives
- Transfert des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation vers des soins ambulatoires, et



# INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

- Augmentation de la capacité en lits d'hôpitaux et de soins intensifs.

Les cliniciens doivent continuer à être autonomes dans leur prise de décision concernant l'admission des patients, en s'appuyant sur leur discernement, leurs directives et leur expertise.

## **6. Reconception fonctionnelle immédiate du service des urgences**

La Fédération internationale de médecine d'urgence reconnaît que les systèmes de soins d'urgence dans le monde varieront dans leur capacité à répondre à une vague de patients.<sup>9</sup> Les préparatifs devraient inclure :

- Séparer les zones et le personnel de soins aux patients COVID-19 à haut risque et COVID-19 à faible risque,<sup>8</sup>
- Mise en place et bonne prise en charge de lignes directes de télésanté pour détourner les patients à faible risque des services d'urgence,
- Tests COVID-19 hors des hôpitaux pour les patients inquiets légèrement malades,
- Evaluation COVID-19 dans une zone désignée à proximité ou à l'hôpital avec la capacité d'effectuer des tests additionnels limités tels que des radiographies pulmonaires et des laboratoires minimaux afin de déterminer si une admission est nécessaire,
- Préserver une zone d'urgence uniquement réservée aux patients avérés atteints ou gravement malades nécessitant une réanimation,
- Mettre en place des unités d'hospitalisation et des unités de soins intensifs désignées COVID-19,

Le déploiement de ressources (préhospitalières) telles que des équipes mobiles COVID-19 qui peuvent mettre en place des cliniques ou fournir des soins dans des maisons de soins infirmiers, des refuges, etc. et des ambulances pour la prise en charge des cas COVID-19 est recommandée si possible. Les équipes hospitalières peuvent être impliquées dans la réduction des volumes de SU à travers ces évaluations à domicile. Une communication transparente et continue entre les professionnels de la santé et les organisations (par exemple, entre hôpital et services de médecine d'urgence) est essentielle.

*Il est essentiel que les soins aux patients non COVID-19 ne soient pas oubliés dans cette vague car ils peuvent devenir des victimes non enregistrées dans cette pandémie.*

## **7. Le déploiement de TOUS les prestataires de soins de santé, y compris le personnel de médecine en formation, doit être envisagé**

Pour ce faire, les organisations doivent examiner les compétences du personnel en formation et des autres prestataires de soins de santé et les adapter aux tâches de manière appropriée. Par exemple,

- Les cliniciens à la retraite ou à risque peuvent faire de la télémédecine.



# INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

- Les étudiants en médecine, en soins infirmiers, en para médecine, etc. peuvent soutenir les cliniques à faible gravité, telles que les sites de test ou les centres de vaccination lorsqu'un vaccin est disponible
- Déploiement de volontaires non médicaux pour fournir un soutien aux personnes vulnérables dans la communauté, aider les hôpitaux dans les capacités appropriées, ou même travailler sur des problèmes techniques de plus haut niveau tels que les défis liés aux pénuries d'EPI, etc.

## **8. Soins palliatifs**

Les cliniciens d'urgence seront appelés à fournir des soins palliatifs par opposition aux interventions pour les patients qui ont peu d'espoir de survie. Cela devrait être fait dans un cadre éthique, avec compassion envers l'individu et sa famille, tout en protégeant les membres de sa famille contre l'inoculation.

*Enfin, TOUTES les institutions doivent prioriser les besoins physiques et psychologiques du personnel.*<sup>11</sup>

L'IFEM reconnaît que COVID-19 affectera certains pays plus que d'autres, et la réponse doit être adaptée en conséquence. Dans l'évaluation des mesures proposées ici, les répercussions sur la santé psychologique de la population, ainsi que la stabilité économique et politique, ne devraient pas être négligées.<sup>12-14</sup> Néanmoins, dans les pays où il existe un risque de propagation importante, les mesures immédiates décrites ici doivent être prises pour minimiser l'impact de ce virus. L'IFEM peut jouer un rôle dans le partage d'informations et le soutien entre cliniciens internationaux en médecine d'urgence.

Pour toute question relative à ce communiqué ou à ce sujet, veuillez contacter Eddy Lang ([eddy.lang@albertahealthservices.ca](mailto:eddy.lang@albertahealthservices.ca)), Kim Hansen ([hansenke@gmail.com](mailto:hansenke@gmail.com)), Arshia Javidan ([arshia.javidan@mail.utoronto.ca](mailto:arshia.javidan@mail.utoronto.ca)) ou Laurie Mazurik ([lmazurik@gmail.com](mailto:lmazurik@gmail.com)).



# INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

## Les références

1. Maladie à coronavirus (COVID-19) - événements tels qu'ils se produisent [Internet]. [cité le 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
2. Centre de ressources sur le coronavirus Johns Hopkins [Internet]. Centre de ressources sur le coronavirus Johns Hopkins. [cité le 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://coronavirus.jhu.edu/>
3. Épidémiologie COVID-19. Centre de recherche et de politique en matière de maladies infectieuses. [cité le 23 mars 2020]. Disponible sur <http://www.cidrap.umn.edu/covid-19/epidemiology>
4. Soins d'urgence [Internet]. [cité le 21 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/emergency-care>
5. Auto-évaluation COVID-19 pour les Ontariens [Internet]. [cité le 22 mars 2020]. Disponible à: <https://covid-19.ontario.ca/self-assessment>
6. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - Resources for K-12 Schools and Childcare Programs [Internet]. Centres pour le Contrôle et la Prévention des catastrophes. 2020 [cité le 22 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/large-events/index.html>
7. Association canadienne des médecins d'urgence. Les hôpitaux doivent toujours fournir un environnement de travail sûr - en particulier dans un contexte de pandémie de COVID-19. 2020 11 mars. Disponible sur: <https://caep.ca/wp-content/uploads/2020/03/COVID-HHR-Final.pdf>
8. NHS England. Guide clinique pour la prise en charge des patients des services d'urgence pendant la pandémie de coronavirus. 17 mars 2020 version 1. Disponible sur [https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Specialty-guide\\_ED-and-coronavirus\\_V1\\_17-March.pdf](https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/Specialty-guide_ED-and-coronavirus_V1_17-March.pdf)
9. Kandel N, Chungong S, Omaar A, Xing J. Capacités de sécurité sanitaire dans le contexte de l'épidémie de COVID-19: une analyse des données du rapport annuel du Règlement sanitaire international de 182 pays. The Lancet [Internet]. 2020 18 mars [cité le 21 mars 2020]. Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30553-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30553-5/abstract)
10. L'Organisation mondiale de la santé. Plan de préparation stratégique et d'intervention de COVID-19. 12 février 2020 Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf>
11. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale et considérations psychosociales pendant l'écllosion de COVID-19. 12 mars 2020 [cité le 22 mars 2020]. Disponible sur : <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>



## INTERNATIONAL FEDERATION FOR EMERGENCY MEDICINE

12. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolement, mise en quarantaine, éloignement social et confinement communautaire: rôle central des mesures de santé publique dans la nouvelle éclosion de coronavirus (2019-nCoV). *J Travel Med* [Internet]. 2020 13 mars [cité le 20 mars 2020]; 27 (2). Disponible sur : <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>
13. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SRAS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis*. 2004 juil; 10 (7): 1206-12.
14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. L'impact psychologique de la quarantaine et comment la réduire: examen rapide des preuves. *Le Lancet*. 2020 14 mars; 395 (10227): 912-20.