

Un modèle de prise en charge ambulatoire des patients atteints de COVID-19 à Genève

CoviCare

Dr méd. Mayssam Nehme^a; Dr méd. Sigiriya Aebischer Perone^{b,c}; Prof. Dr méd. Idris Guessous^{a,d}; Bruno Lab^b, MPH; Dr méd. Marwène Grira^a; Dr David Beran^d, MPH; Dr méd. Giovanni Innaurato^a; Dr méd. Luisa Carnino^b; Dr méd. José Luis Sandoval^e; Thomas Vogel^b; Dr méd. Jennifer Socquet^a; Prof. Dr méd. François Chappuis^{b,d}; Dr méd. Gabriel Alcoba^{b,f}; Dr méd. Olivia Brillard^a

^a Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^b Service de Médecine Tropicale et Humanitaire, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^c Comité International de la Croix-Rouge (CICR), Genève; ^d Université de Genève, Genève; ^e Département d'Oncologie, Hôpitaux Universitaires de Genève; ^f Médecins Sans Frontières (MSF), Centre Opérationnel, Genève

La pandémie de COVID-19 a nécessité une réorganisation urgente des soins. Les Services de Médecine de Premier Recours et Médecine Tropicale et Humanitaire des HUG ont mis en place le dispositif CoviCare afin de répondre aux besoins des patients.

Introduction

La pandémie de SARS-CoV-2 a créé une situation inédite dans notre système de soins, confronté à une maladie jusque-là inconnue. Des initiatives ainsi que des recommandations ont été mises en place par différents organismes afin de mieux répondre à la situation [1]. Le rôle du médecin de premier recours a été un des enjeux de la gestion de la crise sanitaire. En effet, un taux d'hospitalisation de 12,7% environ en Suisse [2], met en évidence que la prise en charge des patients atteints de la maladie COVID-19 se déroule principalement en ambulatoire. Les files d'attente exceptionnelles des patients à l'entrée des urgences, et les difficultés observées dans les pays voisins nous ont incité à une réorganisation en développant en sus du triage, une téléconsultation ambulatoire dédiée aux patients atteints de la maladie ainsi que des algorithmes de prise en charge (disponibles sur www.covicare24.com en français, en anglais, et en espagnol). Les Services de Médecine de Premier Recours (SMPR) et Médecine Tropicale et Humanitaire (SMTH) du Département de Médecine de Premier Recours (DMPR) ont mis en place le dispositif CoviCare afin de répondre aux besoins des patients atteints par le SARS-CoV-2 à Genève.



Mayssam Nehme

Le développement de CoviCare

CoviCare est né le jour où, par manque de réactifs, les tests par PCR du SARS-CoV-2 ont été limités, et où de nombreux patients suspects n'ont pas pu être confirmés. Leur devenir somatique fut la première inquiétude des équipes médicales, la maladie COVID-19 pouvant mener à une détérioration rapide de l'état clinique. Le DMPR a donc décidé de mettre en place un suivi télé-

phonique pro-actif des patients dits «suspects non testés». Les premiers appels ayant permis de mieux cerner les besoins des patients, la prise en charge somatique est complétée par un volet psycho-social, et les patients positifs au SARS-CoV-2 sont inclus dans le suivi. Avec les premières sorties de l'hôpital de patients admis pour la maladie COVID-19, une variante «post-hospitalisation» de CoviCare est mise en place. Celle-ci, fruit d'une étroite collaboration entre les services de maladies infectieuses, de pneumologie, de médecine interne générale et de médecine de premier recours, avait pour objectifs de suivre l'évolution clinique et psychique des patients et d'intervenir précocement en cas de critères de gravité. La coordination de différents acteurs publics dont la Direction Générale de la Santé (DGS), et privés ou associatifs déjà actifs à Genève a permis à CoviCare de proposer une prise en charge complète et cohérente basée sur 4 piliers (fig. 1): la santé physique, la santé psychique, le soutien social, et les besoins spécifiques des populations vulnérables sur le plan socio-économique.

La complexité de coordonner une diversité d'acteurs afin de couvrir les besoins importants des patients a aussi nécessité le développement d'outils dans plusieurs domaines (algorithmes de prise en charge, communication, réallocation des ressources, coordination interprofessionnelle).

Nous proposons de détailler les 4 piliers de la prise en charge des patients et leurs outils transversaux.

Itinéraire du patient dans CoviCare: 4 piliers pour 1 suivi

Tous les patients testés pour le SARS-CoV-2 aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), mais également

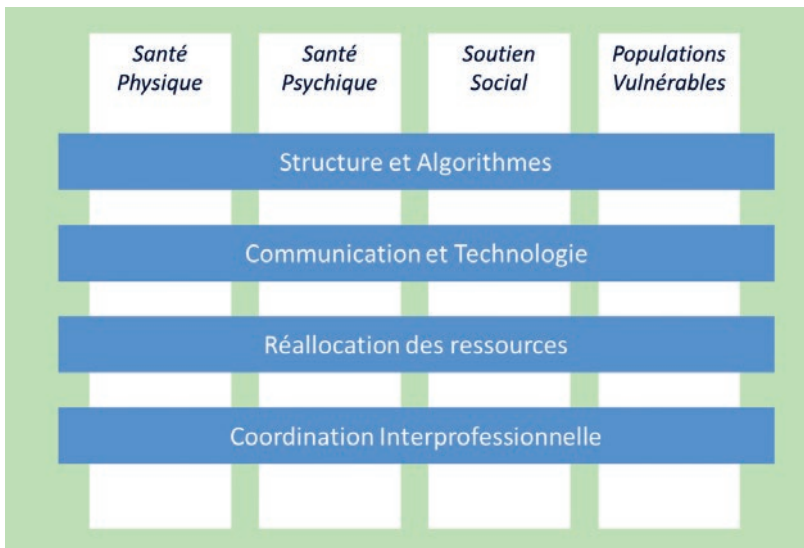


Figure 1: Les piliers et outils de la prise en charge CoviCare.

les patients suspects non testés, et ceux présentant une suspicion clinique de la maladie malgré un test négatif, sont rappelés dans les 24 heures et invités à être suivis par leur médecin traitant ou par CoviCare. Tous les patients sont éligibles au suivi CoviCare, quel que soit leur statut assécurologique, légal ou socio-économique. Afin que le plus grand nombre y fasse recours, et dans le cadre d'une crise sanitaire sans précédent, ce suivi n'est pas facturé aux patients. Le suivi consiste en une consultation téléphonique pro-active chaque 2 jours pendant au moins 10 jours, voire plus selon le tableau clinique. Au vu du risque de persistance ou récurrence de symptômes, un appel à un mois du diagnostic est aussi réalisé. Chaque consultation téléphonique est structurée par un guide d'entretien et des algorithmes de prise en charge (fig. 2).

Durant la consultation téléphonique, l'équipe évalue la compréhension des mesures d'isolement, ainsi que la capacité du patient à les mettre en place. L'évaluation est complétée par des questions sur les difficultés sociales et du quotidien, permettant de dépister la précarité sociale. Un soutien est proposé aux patients, basé sur la cartographie des acteurs existants pouvant répondre aux besoins les plus fondamentaux (accès à la nourriture et aux médicaments, élimination des déchets domestiques). Le réseau social inclut des acteurs publics, privés ou associatifs, notamment la Croix-Rouge Genevoise, Pro Senectute, Caritas ainsi que les services sociaux des communes locales. Ce soutien a pour vocation d'aider les patients et de leur permettre de respecter les mesures d'isolement sans que leur vie quotidienne n'en soit trop impactée.

Une collaboration étroite est aussi née entre Médecins Sans Frontières (MSF) [3] et CoviCare via la

Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) et le Programme Santé Migrants (PSM), ainsi que le Service de Médecine Tropicale et Humanitaire pour répondre à des besoins spécifiques identifiés. Des consultations urgentes à domicile ou dans des centres d'hébergement sont ainsi menées par l'équipe médico-infirmière de MSF lors d'un signe d'alerte CoviCare avec impossibilité de déplacement des médecins de ville (délégation 144, consultations avec frottis dépistage PCR dans les structures d'accueil pour les personnes sans-abris, les sans-papiers, les requérants d'asile, ou les travailleurs précaires). Le dispositif vient aussi en complément de l'activité des infirmières du PSM dans les centres d'hébergement collectifs pour les requérants d'asile, et l'activité de la CAMSCO, MSF, la Ville de Genève et la DGS dans les centres d'hébergement mis en place pour les sans-abris. Ces différents partenariats ont permis de renforcer la promotion de la santé ainsi que d'orienter des patients atteints de maladies chroniques, en rupture de soins ou des patients atteints de COVID-19 vers un suivi spécifique dans des structures adaptées.

Un autre pilier du modèle CoviCare est le soutien psychologique, permettant de répondre aux défis de santé mentale liés à la maladie COVID-19 et au confinement. Face aux nombreuses incertitudes liées à la pandémie, il est courant que les personnes présentent de l'anxiété ainsi qu'un sentiment de perte de contrôle et d'impuissance [4]. Lors de chaque consultation CoviCare, les collaborateurs apportent un soutien psychologique essentiel aux patients. Ils les écoutent activement et communiquent clairement en utilisant un vocabulaire adapté à la compréhension de la personne. Les collaborateurs proposent aux patients de limiter leur exposition aux médias, de choisir des sources d'information fiables, et les informent des effets psychologiques fréquemment observés. L'équipe explore également les ressources habituelles des patients, leur façon de gérer l'incertitude, et renforcent les routines saines ainsi que le lien social. Cette approche personnalisée vise à atténuer la détresse psychologique et à éviter des hospitalisations ou des consultations urgentes en présentiel. En cas d'identification de signes de stress avancé (ex: peur, insomnie, évitement), d'abus de substances ou de décompensation d'une maladie psychiatrique, les patients sont orientés vers la ligne cantonale du groupe d'écoute soutien d'urgence, ou des psychologues et psychiatres pré-identifiés.

L'entretien CoviCare comprend nécessairement l'évaluation somatique des patients, basée sur un questionnaire structuré passant en revue les symptômes présentés. Les critères de vigilance et de gravité nécessitent une téléconsultation de seconde ligne par un médecin

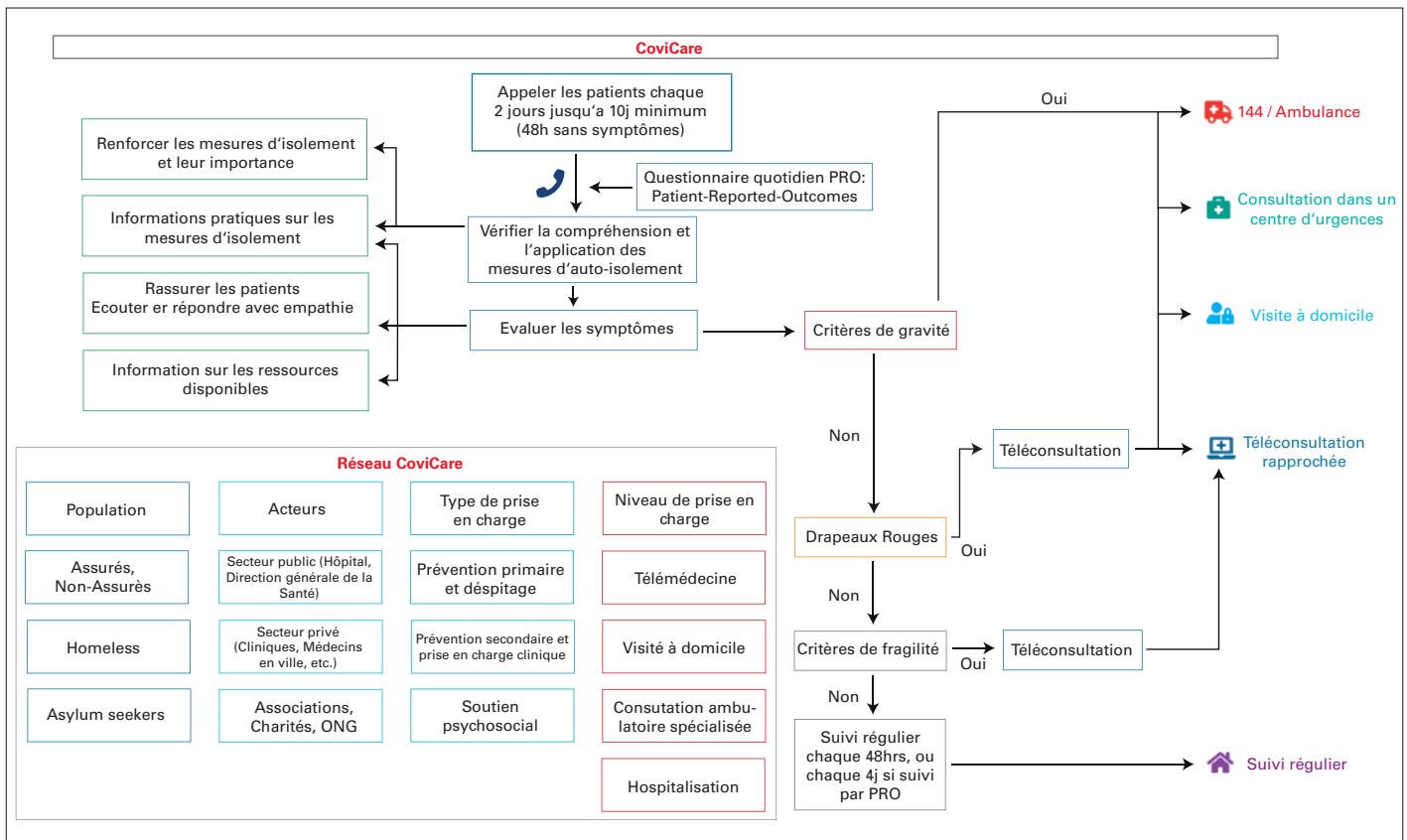


Figure 2: Réseau CoviCare et cartographie des ressources pour une coordination des soins et un suivi ambulatoire structuré.

cadre. Celui-ci décide alors de la prise en charge: intensification du suivi téléphonique, consultation ambulatoire des pneumonies COVID-19, consultation urgente (à domicile, en cabinet ou à l'hôpital), ou prise en charge par une équipe mobile de soins palliatifs pour les patients gravement atteints de la maladie COVID-19 et préférant rester à la maison [5].

Des outils transversaux pour concrétiser CoviCare

Le suivi CoviCare s'appuie sur des guides d'entretien, des algorithmes de prise en charge et un mapping des ressources disponibles. L'ensemble de la documentation développée est disponible sur le site www.covicare24.com en français, en anglais et en espagnol. Dans une philosophie de partage, ce site est consultable par tous. CoviCare est ainsi un élément important d'un réseau qui a travaillé en coordination durant toute cette période d'épidémie.

Des technologies de communication ont permis une prise en charge individualisée de chaque patient. Alors que les appels de première ligne se font par téléphone, les évaluations de 2^{ème} ligne réalisées par un médecin cadre se font par vidéoconsultation, via HUG@home,

l'application de téléconsultation sécurisée des HUG. L'apport de la vidéo dans l'évaluation somatique (de la dyspnée, par exemple) et de la santé mentale (pour un meilleur lien thérapeutique) permet des évaluations plus poussées et une orientation médicale plus pertinente. Afin de pallier à l'augmentation des appels téléphoniques et à la diminution des ressources humaines disponibles, des «patient-reported outcomes» (PRO) spécifiques à la maladie COVID-19 ont été développés grâce au soutien de la Fondation Privée des HUG. Déjà utilisés dans le suivi des pathologies chroniques ou en post-opératoire [6], les PRO permettent aux patients de renseigner leurs symptômes de manière systématique et autonome en utilisant un questionnaire auto-administré livré digitalement. Si un critère de gravité est renseigné, une alerte est générée et le médecin cadre rappelle le patient pour une évaluation clinique dans les 24 heures. Ce système est proposé en alternative au suivi «standard» de CoviCare. Afin d'assurer le suivi des 4 piliers selon le modèle de base, un contact téléphonique est maintenu tous les 4 jours, afin d'investiguer la situation socio-économique et le bien-être global du patient.

Outre ses outils structurels et technologiques, l'atout principal de CoviCare a été son équipe de collabora-

teurs, qui ont réalisé plus de 200 consultations téléphoniques par jour au pic de la pandémie, et plus de 5700 appels à 1200 patients. L'équipe a rassemblé des médecins et infirmières du SMPR et SMTH ayant mis à disposition leur temps et leurs compétences pour encadrer des étudiants en médecine bénévoles dont les cours et stages ont été suspendus. Grâce à la structure de CoviCare, un médecin cadre est capable de superviser un groupe de 10 à 12 étudiants et de 3 à 5 infirmières. Afin de permettre une mise à jour des pratiques, de partager la charge mentale des situations sociales et psychologiques et de favoriser l'apprentissage de nouvelles compétences, un «huddle» matinal et de fin de journée sont réalisés quotidiennement. Ces «huddles» ont permis le développement d'un esprit d'équipe enthousiasmant, si bien que plusieurs étudiants ont continué leur bénévolat après la reprise de leurs cours et que les professionnels de santé ont exprimé leur bien-être au travail malgré le stress que la pandémie a pu engendrer.

Forces et obstacles de CoviCare

CoviCare a pu voir le jour grâce à la volonté du DMPR et à la collaboration entre les structures publiques, privées ou associatives existantes. La cartographie de ces ressources et la coordination de leurs actions a bénéficié de la structuration de la prise en charge et d'une communication continue au sein du réseau. Au final, CoviCare aura contribué à répondre aux besoins individuels de chaque patient. La pro-activité des appels et l'écoute active des soignants ont montré une efficacité à répondre aux conséquences psychologiques de la pandémie ainsi qu'un renforcement des mesures d'isolement. Cependant, plusieurs obstacles sont à noter. Par exemple, la reprise des activités habituelles a réduit les ressources humaines disponibles, nécessitant de la créativité pour tenter de pérenniser le dispositif. CoviCare a été une prestation gratuite pour les patients, justifiée par des impératifs de santé publique permettant de renforcer les messages d'isolement et le besoin d'un accès universel aux soins en période de pandémie, mais fragilisant sa pérennisation, n'étant pas un dispositif autoporteur. Le modèle CoviCare, avec son intervention en prévention primaire et secondaire, est en cours d'évaluation sur son impact clinique (morbidité, mortalité, coûts de la santé).

Conclusion

La pandémie de SARS-CoV-2 a nécessité une réorganisation urgente des soins. Grâce à des concepts simples mais structurés et à la disponibilité de collaborateurs motivés, une nouvelle approche des soins de premier recours a rapidement vu le jour. À travers une «triade» de travail en réseau interprofessionnel médico-infirmier-psycho-social, standardisation, et usage massif de la téléconsultation, CoviCare a permis de répondre aux besoins spécifiques des patients suspects et positifs au SARS-CoV-2 tant en termes somatiques que psychiques ou sociaux. Les bénéfices au niveau individuel et institutionnel restent à prouver, mais les premiers résultats montrent un nombre élevé de consultations par jour avec une satisfaction élevée des bénéficiaires et des utilisateurs.

Cet exemple met en évidence le rôle important de la médecine de premier recours dans la prise en charge des patients atteints par la maladie COVID-19. CoviCare est aussi une piste pour un système d'«emergency preparedness» plus facile et pérenne, qui pourra être rapidement déployé en cas de nouvelle flambée épidémique ou de catastrophe naturelle sur le modèle d'organisations médicales d'urgence, européennes [7] ou humanitaires internationales [8].

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

- 1 Gabutti L, Gaspoz JM. Smarter medicine et COVID-19. *Forum Med Suisse*. 2020;20(1718):277.
- 2 Office Fédéral de la Santé Publique. Nouveau coronavirus: situation en Suisse. [En ligne]. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>. [Accès le 16 Mai 2020].
- 3 Médecins Sans Frontières. COVID-19: MSF débute ses activités à Genève, 27 mars 2020. [En ligne]. <https://www.msf.ch/nos-actualites/communiqués-presse/covid-19-suisse-msf-debute-ses-activites-geneve>. [Accès le 23 mai 2020].
- 4 Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912–20.
- 5 Weber A, Dessauer B, Lurati, F. Soins palliatifs en cas de COVID-19 à domicile et en EMS. *Forum Med Suisse*. 2020;20(1718):284–5.
- 6 Øvretveit J, Zubkoff L, Nelson EC, et al. Using patient-reported outcome measurement to improve patient care. *Int J Qual Health Care*. 2017;29(16):874–9.
- 7 Belfroid E, Timen A, van Steenberghe JE, et al. Which recommendations are considered essential for outbreak preparedness by first responders? *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):195.
- 8 Emergency Preparedness Pocket Guide «The spirit and the toolkit». Médecins sans Frontières, January 2016. https://bibop.ocg.msf.org/docs/20/L020EMEMO2E-P_EmergencyPrepa_OCB_2016.pdf

Correspondance:
Dr méd. Mayssam Nehme
Service de médecine de
premier recours
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1211 Genève
mayssam.nehme[at]
hcuge.ch