

# COVID-19 Parcours des patients - Protection des patients et des personnels

Version 2 – 29 janvier 2021

L'évolution de l'épidémie et l'arrivée des nouveaux variants, réputés plus contagieux, imposent d'organiser les soins pour permettre de limiter la diffusion du virus au sein de l'hôpital, pour les personnels et pour les patients.

## Résumé

1. **Protection des patients** : friction hydro-alcoolique et port de **masque** chirurgical devant toute personne (personnels, patients ou visiteurs).
2. **Protection des personnels** : application rigoureuse de la **distanciation physique (2 m) dès que le masque ne peut être porté, friction hydro-alcoolique** et port **d'équipements de protection individuelle** adaptés au risque d'exposition aux sécrétions respiratoires, **quel que soit le statut COVID-19 du patient**.
3. **Regroupement** des cas en secteurs COVID, à privilégier
4. **Dépistage par PCR** dès signes cliniques évocateurs, si contact avec un cas, avant hospitalisation.
5. **Enquête autour des cas** : dépistage large de l'ensemble des contacts d'un cas (hospitaliers et communautaires).

## MESURES DE PROTECTION A APPLIQUER QUEL QUE SOIT LE SECTEUR

### Patients

1. Une formation à la **friction hydro-alcoolique (FHA)** est délivrée à chaque patient à son entrée. Le patient réalise une FHA à chaque fois qu'il entre et sort de sa chambre.
2. Tout patient (âge ≥ 6 ans) porte un **masque chirurgical** dès l'entrée dans l'établissement. Pendant son hospitalisation, il porte un masque chirurgical dès l'entrée d'une personne (personnel ou visiteur) dans sa chambre et dès qu'il sort de sa chambre.

### Personnels

1. La **distanciation physique** est à respecter scrupuleusement à l'hôpital et à l'extérieur : se placer et rester à au moins 2 mètres de distance les uns des autres dès que le port du masque n'est pas possible (repas, pauses...).
2. **Désinfection des mains par FHA, avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement**. Eviter de se toucher le visage (masque, lunettes), notamment pendant la prise en charge d'un patient. **Limiter le port de gants** qui contribuent à contaminer l'environnement du patient et freine le recours à la FHA, aux seules indications de prévention des AES et contact avec les liquides biologiques.
3. **Masque chirurgical** porté en continu par les professionnels, bénévoles et autres intervenants. Le masque est changé au minimum toutes les 4 heures et dès qu'il est souillé ou mouillé ou que le personnel ressent le besoin de le changer (ex après un soin prolongé).
4. **Masque FFP2** indiqué :
  - lors des **manœuvres respiratoires à risque, que le patient soit connu ou non atteint de COVID-19** : intubation endotrachéale, bronchoscopie, ventilation non invasive, Optiflow, ventilation au masque en anesthésie ambulatoire, aspiration trachéale, prélèvement naso-pharyngé, kinésithérapie respiratoire pour désencombrement et expectoration induite, épreuves fonctionnelles respiratoires, aérosolthérapie.
  - **cas confirmé ou possible COVID-19** : soins à risque chez un patient intubé (toilette, mobilisation, passage en décubitus ventral).
  - Le masque peut être conservé après la réalisation d'un geste à risque, il est changé dès qu'il est souillé ou mouillé ou que le personnel ressent le besoin de le changer.
5. **Protection des yeux par lunettes ou visière** pour les personnels en contact avec les patients, que le patient soit connu ou non atteint de COVID-19 :
  - Elles sont portées dans les **situations à risque d'exposition aux liquides biologiques** (sécrétions respiratoires (lors de la toux, crachats), selles, urines), soins chez un patient adulte ne pouvant pas porter un masque.
  - Elles sont désinfectées entre 2 utilisateurs. Elles peuvent être conservées par un même utilisateur pour une série de soins pour plusieurs patients sauf si elles sont souillées.
6. **Tenue changée tous les jours** (idéalement pyjama en tissu ou à UU, ou à défaut blouse à manches courtes)
7. **Surblouse ou tablier** si contact direct avec le patient, selon les soins à pratiquer (cf. précautions standard).
8. Protection des cheveux par le port d'une charlotte si risque d'exposition aux liquides biologiques.

### Environnement

**Bionettoyage** supervisé par les cadres du service, selon le protocole habituel, rigoureux et régulier, notamment des points à risque de transmission manuportée : poignées de porte, rampe dans les couloirs, claviers, souris d'ordinateur, téléphone poste de soins, etc.

**Aération** régulière des locaux.

## Visiteurs

---

Les visites sont encadrées et limitées : 1 visite par patient et par jour en MCO et SSR, 2 en SLD, 1 seul accompagnant pour une consultation. En pédiatrie, les 2 parents/titulaires de l'autorité parentale sont autorisés à rendre visite concomitamment à l'enfant, sous réserve de l'organisation mise en place dans le service.

Les visites des patients atteints de COVID-19 ne sont pas autorisées sauf circonstances exceptionnelles, notamment en situation de fin de vie ou en cas de difficultés psychologiques majeures.

Les visites sont interdites aux proches présentant des symptômes de COVID-19 ou atteints de COVID-19 ou ayant été en contact avec une personne atteinte de COVID-19 dans les 14 jours précédents, ou ayant séjourné à l'étranger dans les 14 jours précédents.

Selon l'évolution de l'épidémie ou l'apparition de foyers épidémiques, les visites peuvent être interrompues dans certains secteurs.

Lorsque c'est possible, les visites sont organisées en dehors des chambres (SLD ou SSR).

Les visiteurs ou accompagnants sont informés des mesures barrières, portent un masque chirurgical en continu depuis leur entrée dans l'hôpital et réalisent une FHA à l'arrivée et au départ. Il pourra être mis fin immédiate à toute visite au cours de laquelle les visiteurs ne respectent pas les mesures barrières. Il sera précisé aux visiteurs concernés qu'en cas de récurrence, leur possibilité de visiter leur proche sera suspendue.

## Mise en œuvre des mesures

---

L'encadrement médical et paramédical du service assure la disponibilité des équipements de protection individuelle et l'application rigoureuse des mesures de protection par les personnels et les patients.

Un masque chirurgical est remis dès l'entrée dans l'hôpital à tout patient, professionnel, accompagnant, bénévole qui n'en porterait pas déjà un à son arrivée.

## Vaccination contre la COVID des personnels et des patients

---

La vaccination des personnels hospitaliers et des patients est un élément essentiel de leur protection et de la prévention de la transmission au sein de l'hôpital. Selon les disponibilités des doses vaccinales, elle sera proposée le plus largement possible dans le respect des indications nationales.

La vaccination ne dispense pas de l'application rigoureuse des gestes barrière.

## PARCOURS PATIENT

---

### Dépistage des patients :

---

- Patients ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même pauci-symptomatiques.
- Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient, un accompagnant ou chez un personnel.
- Patients dans les 72h avant hospitalisation programmée, ou le jour de l'admission si non fait.
- Patients hospitalisés en urgence.

**Rappel : Un dépistage négatif témoigne de la situation au moment du dépistage et ne permet pas d'identifier une infection en incubation. Les mesures universelles de protection doivent être appliquées rigoureusement tout au long de l'hospitalisation. Une évaluation biquotidienne de l'apparition de signes évocateurs de COVID-19 doit être réalisée, et le dépistage par PCR renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs.**

## Organisation des soins

---

**Les mesures sont à adapter selon les spécificités des services en concertation avec l'EOH et la cellule de crise du site.**

### Secteurs COVID

Les patients atteints de COVID-19 sont **préférentiellement regroupés dans des secteurs COVID**, si leur état clinique le permet. Les personnels affectés aux secteurs COVID ne sont pas partagés dans la même journée avec d'autres secteurs (jour, nuit, week-end). Les effectifs sont en nombre suffisant (selon charge en soins des patients, une IDE pour 6 patients, 1 AS pour 8 patients). Les personnels transversaux sont spécifiquement sensibilisés au respect des mesures d'hygiène.

Les patients hospitalisés pour une pathologie autre, initialement admis dans une unité COVID-19 négatif, et finalement atteints de COVID-19 peu ou non symptomatiques, ne peuvent rester en secteur COVID-19 négatif que si on est certain que les modalités organisationnelles locales permettent l'application rigoureuse des règles d'hygiène et n'exposent pas au risque de transmission nosocomiale. Le principe de la marche en avant est alors appliqué. Au moindre doute, ils devront être transférés dans une unité COVID-19 positif.

## Secteurs non COVID - chambres doubles

Tout patient entrant est placé en **chambre individuelle avec sanitaires individuels**, dans la mesure du possible.

La chambre individuelle est **nécessaire** pour les patients :

- suspects de COVID-19 ;
- ayant un antécédent de contagion avec un cas de COVID-19 probable/certain dans les 14 jours précédents (incluant les nouveau-nés de mère présentant un COVID-19 lors de l'accouchement).

La chambre individuelle est **fortement recommandée** pour les patients :

- à risque de forme grave de COVID-19 ;
- ayant des troubles envahissant du comportement ;
- dont l'hospitalisation requiert la réalisation d'actes de soins à haut risque d'exposition pour le voisin de chambre (aérosols, oxygénothérapie à fort débit, kiné respiratoire, ...).

Une chambre double peut, par exemple, être utilisée dans les situations suivantes :

- deux patients atteints de COVID-19 documenté (quel que soit le variant),
- patient guéri du COVID-19 depuis moins de 2 mois,
- nourrisson né de mère non atteinte de COVID-19 lors de l'accouchement, et constamment hospitalisé depuis la naissance en MCO, patient sans signe clinique de COVID-19 après observation dans une chambre individuelle « sas » pendant 24 ou 48 heures avec RT-PCR négative, délai passé à 5 jours pour les voisins de patients à risque de forme grave, avec nouvelle RT-PCR négative à 5 j.
- en SSR-SLD, patients hospitalisés depuis plus de 14 jours sans signe clinique de COVID-19, avec RT-PCR négative à J14 et en l'absence de contexte épidémique dans le service.

**Une évaluation biquotidienne de l'apparition de signes évocateurs de COVID-19 est réalisée et tracée dans le dossier du patient.** Le dépistage par PCR est renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs et le malade et son contact alors immédiatement transférés en chambre individuelle.

### Mesures pour les patients accueillis en Chambre double

- séparation des lits, dans la mesure du possible, avec cloison ou paravent solide et d'entretien facile,
- respect par les patients d'une distance d'au moins 1 m avec leur voisin lors des déplacements dans la chambre, avec port du masque lors des déplacements,
- recommandation aux patients d'éviter de toucher les surfaces situées à proximité de leur voisin de chambre, éviter les échanges d'objets, revues, télécommande...,
- repas pris sur l'adaptable, à distance d'au moins 2 mètres,
- mise à disposition de produit hydro-alcoolique à proximité de chaque patient,
- formation du patient à la réalisation et aux indications de la désinfection des mains par friction hydro-alcoolique, à l'hygiène des mains systématique avant et après être allé à la salle de bain, aux toilettes.

### Levée des précautions complémentaires gouttelettes et contact et transfert

#### **1. Sortie d'hospitalisation en MCO d'un patient non immunodéprimé atteint de COVID-19**

Sortie du secteur MCO, possible vers :

- Le domicile : éviction professionnelle jusqu'au 8<sup>ème</sup> jour après le début des symptômes **ET** au moins 48 heures après amélioration des symptômes. Maintien des gestes barrières au-delà.
- Un SSR, un SLD ou une EHPAD:
  - à partir du 8<sup>ème</sup> jour après la date de début des symptômes ou, si inconnue, après la date de la 1<sup>ère</sup> PCR positive
  - **ET** au moins 48 heures après disparition de la fièvre vérifiée par une température inférieure à 37,8°C (en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ET nette amélioration de l'état respiratoire définie par un besoin en oxygène  $\leq 2$  L/mn pour maintenir une SaO<sub>2</sub> au repos  $\geq 95$  %
  - **AVEC**, lors de la sortie du secteur COVID, des précautions gouttelettes et contact pendant les 7 jours suivants, soit 14 jours au total.
  - Au-delà de ces 14 jours au total, les précautions complémentaires peuvent être levées.
  - Pas de PCR avant transfert, sauf si transfert nécessaire avant les délais recommandés : si charge virale élevée (Ct  $\leq 33$ , cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J8.

#### **2. Patient sortant de réanimation, ou ayant eu une forme grave, ou immunodéprimé, ou patient âgé fragile**

NB : La situation des personnes âgées ( $\geq 75$  ans) doit être évaluée au cas par cas. En effet certaines personnes âgées sont plus fragiles que d'autres avec un risque accru de forme grave et de décompensation entre le 8<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour. Par ailleurs, les délais de contagiosité restent mal connus et lever trop tôt les précautions complémentaires d'hygiène exposerait les voisins

de chambre, qui sont eux-mêmes à risque élevé de forme grave, à un risque d'acquisition nosocomiale. Pour ces raisons, les personnes âgées fragiles sont considérées dans la même catégorie de précautions que les patients ayant fait une forme grave ou immunodéprimés. Néanmoins, l'évaluation par le clinicien prenant en charge le patient doit permettre d'adapter les délais à la situation clinique du patient.

Sortie possible vers MCO, un SSR, un SLD, une EHPAD ou vers le domicile :

- à partir du 10<sup>ème</sup> jour après la date de début des symptômes ou, si inconnue, après la date de la 1<sup>ère</sup> PCR positive ou si inconnue après la date d'entrée en réa.
- **ET** au moins 48 heures après disparition de la fièvre vérifiée par une température inférieure à 37,8°C (en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ET nette amélioration de l'état respiratoire définie par un besoin en oxygène  $\leq 2$  L/mn pour maintenir une SaO<sub>2</sub> au repos  $\geq 95$  %
- **AVEC**, des précautions complémentaires gouttelettes et contact pendant les 14 jours suivant le transfert, soit un total de 24 jours après le début des symptômes.
- Au-delà, les précautions complémentaires peuvent être levées.
- Pas de PCR avant transfert, sauf si transfert nécessaire avant les délais recommandés : si charge virale élevée (Ct  $\leq 33$ , cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J10.

### 3. Découverte fortuite d'une PCR positive chez un patient asymptomatique sans antécédent connu de COVID

- Mettre en place les précautions gouttelettes et contact jusqu'au 8<sup>ème</sup> jour (10<sup>ème</sup> jour si immunodéprimé) après la date de la première PCR positive.
- Pas de PCR avant transfert, sauf si transfert nécessaire avant les délais requis : si charge virale élevée (Ct  $\leq 33$ , cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J8 (J10 si immunodéprimé).

### 4. Retour direct à domicile sans hospitalisation

- Eviction professionnelle jusqu'au 8<sup>ème</sup> jour (10<sup>ème</sup> jour si immunodéprimé) après le début des symptômes **ET** au moins 48 heures après amélioration des symptômes. Maintien des gestes barrières au-delà.

### 5. Ré-hospitalisation d'un patient avec antécédents de COVID-19

- **Pas d'indication à réaliser systématiquement une PCR.**
- Si délai inférieur à 14 jours (24 jours si immunodéprimé) depuis les premiers symptômes, prise en charge en précautions gouttelettes et contact.
- Si délai supérieur à 14 jours (24 jours si immunodéprimé) :
  - patient asymptomatique : pas de PCR, précautions standard, pas de précautions complémentaires.
  - patient avec symptômes évocateurs de COVID : refaire PCR et tenir compte à la fois du tableau clinique, du contexte de l'hospitalisation (terrain, service accueillant des patients à haut risque de COVID-19 sévère...) et de la quantité de virus excrété pour déclencher ou non des précautions complémentaires d'hygiène et un contact tracing.

## DEPISTAGES DES PERSONNELS

### Indications

- symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs
- contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19 (cas source)
- au retour de congé, d'un séjour hors métropole ou après rassemblement d'un grand nombre de personnes.

Au-delà de ces indications, le principe doit être de pouvoir satisfaire toute demande de dépistage exprimée par un membre du personnel, qui peut avoir un doute et s'être trouvé dans une situation qui peut lui faire craindre d'être positif sans que cela soit l'une de celle énoncée dans cette liste. **Pour rappel, un résultat négatif ne dispense pas de poursuivre rigoureusement les gestes barrière.**

### Quand se faire dépister

1. **Symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs** : dépistage à réaliser sans délai dès l'apparition des signes. Si le dépistage est négatif, évaluer l'évolution et la nature des symptômes et renouveler éventuellement la PCR.
2. **Contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19 (cas source)** :
  - rappel, période de contagiosité du cas : 48h avant le début des signes cliniques ou 7 jours avant la date du diagnostic si le cas est asymptomatique
  - si contact au domicile : dépistage à réaliser dès la découverte du cas et à renouveler 7 jours après la fin de la période d'exposition au cas source, c'est-à-dire:
    - si le cas source a pu être isolé : dépistage du contact à J+7 de la date d'isolement du cas source
    - si le cas source n'a pas pu être isolé : dépistage du contact à J+14 du début des symptômes du cas source ou, si asymptomatique, J+14 de la première PCR positive du cas source.

- si contact ponctuel (professionnel ou en dehors du foyer) avec un cas source pendant sa période de contagiosité: dépistage à réaliser 5 à 7 jours après le contact.
  - si contacts ponctuels répétés avec un cas source pendant sa période de contagiosité, réaliser un premier dépistage 5 à 7 jours après le premier contact, et à nouveau 7 jours après le dernier contact.
3. **Au retour de congé, d'un séjour hors métropole ou après rassemblement d'un grand nombre de personnes** : dépistage à réaliser au retour d'un séjour hors métropole et 7 jours après le retour de congé, d'un séjour hors métropole ou le rassemblement.

### Situation d'un personnel avec antécédents de COVID-19 (avec PCR ou sérologie positive)

1. Dépistage à considérer si symptômes évocateurs de COVID-19 ou contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19. Pas d'indication au dépistage au retour de congé dans cette situation.
2. Tenir compte du délai de l'infection :
  - si moins de 8 semaines après un premier épisode certain (signes cliniques et PCR positive), pas de dépistage
  - si plus de 8 semaines après le premier épisode ou date du premier épisode inconnue (uniquement sérologie positive): réaliser un dépistage par PCR. Si celle-ci est positive, tenir compte de l'existence de signes cliniques évocateurs de COVID-19 et de la quantité de virus excrété pour déclencher ou non une éviction professionnelle et un contact tracing.

A titre indicatif, selon l'avis de la SFM du 07/10, les valeurs du Ct peuvent être interprétées selon les critères suivants (les valeurs indiquées font référence à la technique CNR IP4, pour les autres techniques se reporter à l'abaque de concordance des techniques dans l'avis SFM) : Ct ≤ 33 : excrétion virale significative, Ct > 33 : excrétion virale modérée voire très faible. Eventuellement, renouveler la PCR pour évaluer l'évolution du Ct.

Dans ces cas particuliers (doute sur une réinfection), la décision de l'éviction professionnelle peut être prise après avis concertés du médecin de santé au travail, d'un virologue et de l'équipe d'hygiène.

### Où se faire dépister

- Service de santé au travail de l'hôpital
- Centre de dépistage le cas échéant
- Services cliniques, en assurant la confidentialité et la transmission sans délai des résultats au SST et à l'EOH.
- Hôtel Dieu, sur rendez-vous en appelant le 01 42 34 88 81 ou le 01 42 34 87 75.

### Eviction professionnelle

#### Personnels hospitaliers atteints de COVID symptomatiques

- Eviction au moins 7 jours dont 2 jours sans fièvre ni dyspnée à partir de la date de début des symptômes, (9 jours pour les personnels à risque de forme grave).
- Levée d'éviction au 8<sup>ème</sup> jour (10<sup>ème</sup> jour pour les personnels à risque de forme grave) **SI** disparition des symptômes cliniques depuis 48h : apyrexie et absence de dyspnée.
- Contrôle de la PCR avant reprise de l'activité professionnelle **non requis**

#### Personnels hospitaliers atteints de COVID asymptomatiques

- Eviction de 7 jours après la date de la PCR (reprise du travail au 8<sup>ème</sup> jour), durée portée à 9 jours (reprise du travail au 10<sup>ème</sup> jour) pour les personnels à risque de forme grave.
- Contrôle de la PCR avant reprise de l'activité professionnelle **non requis**
- NB1 : **Le HCSP a annulé la possibilité de maintenir en poste un personnel asymptomatique avec PCR positive**, non remplaçable (cf. avis HCSP 18 et 20 janvier 2021).
- NB2 : Dans le cas d'un personnel asymptomatique avec PCR positive mais antécédent de COVID documenté il y a plus de 8 semaines, discuter la pertinence de l'éviction en concertation avec le médecin de santé au travail, un virologue et l'équipe d'hygiène (cf plus haut).

#### Personnels hospitaliers contacts d'un cas

- Asymptomatiques : pas d'éviction, respect rigoureux des précautions d'hygiène de la distanciation physique et sociale (pause repas, pause cigarette, pause-café), surveillance de l'apparition de symptômes et, le cas échéant, renouvellement du dépistage. Télétravail recommandé s'il est compatible avec l'exercice des fonctions du professionnel.
- Symptomatiques : éviction (autorisation spéciale d'absence) en attendant le résultat de la PCR. Télétravail possible.

#### Retour des personnels d'un voyage hors métropole

- Pas d'éviction systématique

- Respect rigoureux des précautions d'hygiène de la distanciation physique et sociale (pause repas, pause cigarette, pause-café)
- PCR au retour et à J7

### Si le dépistage est positif

Les professionnels dépistés positifs :

- contactent leur médecin traitant pour le suivi médical et un arrêt de travail
- informent le service de santé au travail et l'EOH qui déclenche une enquête (cf. ci-dessous)
- bénéficient s'ils le souhaitent :
  - du suivi médical à domicile par inscription à COVIDOM
  - du programme d'accompagnement COVISAN PRO, 01 86 69 22 15 joignable du lundi au vendredi de 9h à 17h, ou [covisan.pro@aphp.fr](mailto:covisan.pro@aphp.fr), 7jours sur 7.

### Si le dépistage est négatif

Un dépistage négatif témoigne de la situation au moment du dépistage et ne permet pas d'identifier une infection en incubation.

Les mesures barrière doivent continuer à être appliquées rigoureusement, à l'hôpital et dans la communauté.

## ENQUETE AUTOUR D'UN CAS CHEZ UN PERSONNEL OU CHEZ UN PATIENT - GESTION D'UNE EPIDEMIE

L'enquête est coordonnée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

**1. Recueillir la description précise des caractéristiques cliniques et épidémiologiques chez le cas :** date de début des signes cliniques, recherche d'un cas source potentiel dans les 14 jours précédant le début des signes cliniques : infection antérieure à l'admission, voisin en chambre double, contact avec un patient, un visiteur ou un personnel atteint de COVID ou « contact » d'un cas de COVID dans son entourage, etc.

**2. Dresser la liste des personnes (personnels et patients) contacts :**

Sont considérées comme contacts d'un cas les personnes :

- ayant côtoyé un cas (patient, visiteur ou personnel) à moins de 2 mètres ou dans un espace confiné
- sans protection adaptée :
  - sans masque chirurgical (situation où ni le patient, ni le personnel ne porte un masque),
  - doute sur l'application rigoureuse des mesures de protection (mésusage du masque, hygiène des mains insuffisante, mésusage des gants ...) selon l'appréciation de l'EOH,
  - personnel ayant réalisé une manœuvre respiratoire à risque à un patient COVID-19 sans appareil de protection respiratoire FFP2
  - voisins en chambre double
  - patients déambulant ou à activité sociale intense
- pendant la période à risque d'exposition (48h avant le début des signes cliniques ou 7 jours avant la date du diagnostic si le cas est asymptomatique),

**L'EOH définit le périmètre des contacts** en tenant compte du contexte, de la spécificité du service et en évaluant les contacts éventuels au-delà de l'équipe du service : respect de la distance physique sans masque en dehors des périodes de soins, rencontre des PS hors activité professionnelle, contacts lors des déjeuners, réunions...

**3. Réaliser un dépistage par prélèvement naso-pharyngé pour RT-PCR de chaque personne contact, y compris asymptomatique.**

Les dépistages sont renouvelés en cas d'apparition des symptômes. Les dépistages sont renouvelés 7 jours après le dernier contact avec le cas.

Les patients contact déjà transférés sont placés en précautions complémentaires gouttelettes et contact et dépistés dans le service d'accueil.

**Si le cas est nosocomial et qu'aucune origine probable n'est identifiée, élargir les dépistages à tous les patients et personnels soignants de l'unité.**

Par ailleurs, en cas de nombre important de dépistages à réaliser ou d'insuffisance de moyens sur site, les équipes COVISAN peuvent organiser des dépistages transversaux larges, un jour donné, des personnels de l'hôpital, par exemple en cas de foyer épidémique non contrôlé. Dans ce cas, la demande doit être faite à l'adresse suivante : [tayeb.tounsi@aphp.fr](mailto:tayeb.tounsi@aphp.fr) ou [redwan.rezzakmulero@aphp.fr](mailto:redwan.rezzakmulero@aphp.fr).

Le dépistage des contacts non hospitaliers du cas, ainsi que des patients contacts déjà sortis à domicile, se fait par la CPAM à partir de la remontée des tests positifs. Pour autant, en cas d'urgence ou de besoins particuliers (cluster avec suspicion de variant, etc.), il est possible de contacter la **hotline COVISAN (01.79.35.63.42 ou contact.covisan@aphp.fr)**.

#### 4. Si le dépistage des contacts est négatif :

- **Patients contact hospitalisés** : chambre individuelle, maintenir les précautions gouttelettes et contact jusqu'à J14 après le dernier contact, renouveler le dépistage 7 jours après le dernier contact avec le cas
- **Lors du retour à domicile** : remettre au patient un arrêt de travail de 7 jours à compter du dernier contact avec le cas, les conseils de protection de l'entourage, de dépistage 7 jours après le dernier contact avec le cas et de surveillance des symptômes. Informer le médecin traitant.

#### 5. Si 2 cas sont identifiés, avec un possible lien épidémiologique entre eux, chez 2 patients ou chez 1 patient et 1 personnel

- Dépistage de tous les patients de l'unité à J0, si non déjà fait.
  - o Si tous négatifs, renouveler les dépistages entre J3 et J7. Si négatifs, arrêt des dépistages.
  - o Si d'autres cas sont identifiés, renouveler le dépistage, éventuellement à J3 (par exemple si présence de patients déambulant dans le service), à J7 et à J14.
- Dépistage des personnels, de jour et de nuit, à J0, à renouveler à J7 si plusieurs cas
- Admissions :
  - o En MCO : suspendre toute admission en chambre double pendant 7 jours le temps de l'évaluation de la situation épidémique. Pour les chambres individuelles, discuter la pertinence de poursuivre les admissions en fonction de l'évaluation des risques, du nombre de cas identifiés et du contexte. Si l'épidémie n'est pas contrôlée, suspendre les admissions.
  - o En SSR et SLD suspendre les admissions pendant 7 jours, jusqu'à évaluation et contrôle de la situation épidémique.
- Arrêt des transferts jusqu'à J7 du dernier cas ou jusqu'à ce que l'épidémie soit considérée comme contrôlée par l'EOH.
- Arrêt des activités communes et des visites (sauf circonstances particulières) jusqu'à ce que l'épidémie soit considérée comme contrôlée par l'EOH
- Regroupement des cas dans un secteur.
  - o Dans les secteurs de gériatrie accueillant des patients déambulant, les cas sont regroupés dans une unité distincte avec personnel distinct.
  - o Si un même secteur est divisé en deux, une cloison polyane peut permettre de matérialiser la séparation.
- Renforcer :
  - o L'application des précautions complémentaires gouttelettes et contact, le port du masque, la FHA, la distanciation physique, le bionettoyage de l'environnement
  - o L'encadrement des visites le cas échéant
  - o Les ratios personnels/patients pour qu'ils soient adaptés à l'activité et à la charge en soins.
  - o Les formations dispensées par l'EOH. Inclure les équipes de nuit et les personnels transversaux : kiné, ergothérapeute, assistante sociale, diététicienne, etc.
- Epidémie considérée comme contrôlée : absence de nouveau cas chez des patients ou personnels depuis 14 jours.

V2 du 29/01/2021 : Adaptation des mesures à l'évolution de l'épidémie et l'apparition de nouveaux variants

Rédaction : Sandra Fournier, Valérie Souyri, Rishma Amarsy, Patricia Baune, Frédéric Barbut, Jean-Winoc Decousser, Florence Espinasse, Nicolas Fortineau, Pierre Frange, Valérie Goldstein, Najiby Kassis-Chikhani, Jean-Christophe Lucet, Véronique Moulin, Jérôme Robert, Béatrice Salauze, Jean-Ralph Zahar et les équipes opérationnelles d'hygiène de l'AP-HP

Relecture : Marie-Pierre Dilly, Florent Bousquie

Validation : Catherine Paugam, Bruno Riou

#### Références

Avis complémentaire à l'avis du 14 janvier relatif aux mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2 - 18 et 20 janvier 2021

Avis SF2H relatif aux mesures d'hygiène pour la prise en charge d'un patient ou résident considéré comme cas possible, probable ou confirmé d'infection à SARS-CoV-2 - 17 janvier 2021