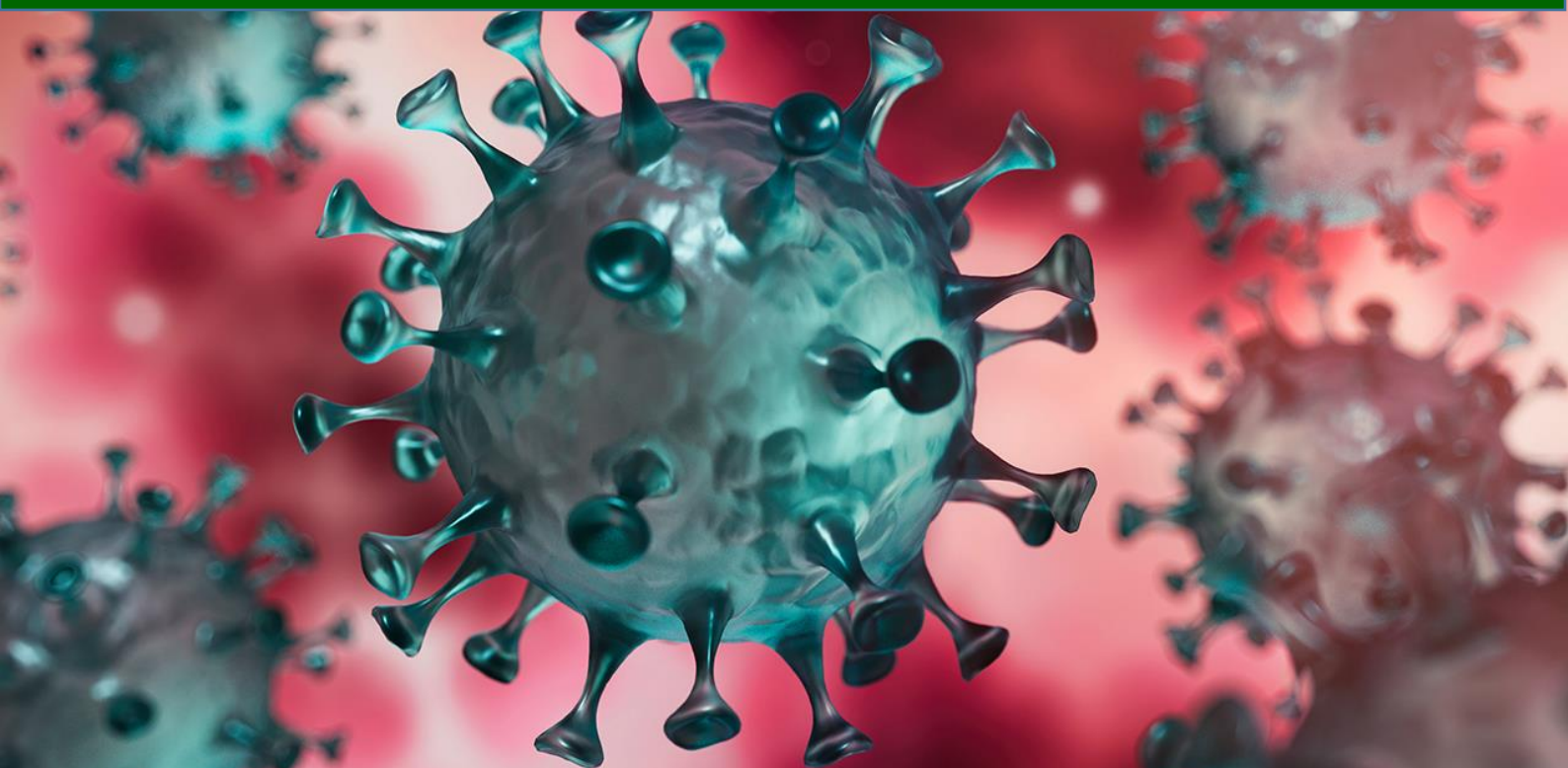




GESTION DES CAS GROUPES - CLUSTERS De Covid-19

Établissements de santé

Établissements médico-sociaux



GUIDE METHODOLOGIQUE

27 juin 2020

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS	2
1.1 Une mobilisation et une information partagée : ARS, SpF, Cpias, EMH et EOH	2
1.2 Une coordination des acteurs par l'ARS	2
1.3 La nécessité d'informer le niveau national sur les cas de clusters	2
II. LES MODALITES DE SIGNALEMENT D'UN CAS DE CONTAMINATION	3
2.1 Définition d'une situation de cas groupés	3
2.2 Le signalement via le portail e-sin pour les établissements de santé	3
2.3 Le signalement via le portail « Voozаноо » pour les établissements médico-sociaux	3
2.4 La nécessité de sensibiliser les professionnels de santé au processus de signalement	3
III. LA DETECTION DES SIGNAUX DE CAS GROUPES	4
3.1 Une évaluation régulière des résultats de test RT-PCR	4
3.2 La base de données « Contact Covid » de l'Assurance Maladie	4
3.3 La base de données « SI-DEP » de l'Assurance Maladie	4
3.4 Les données épidémiologiques de l'assurance maladie	4
3.5 Les données des réseaux de surveillance syndromique	5
IV. LA CONDUITE A TENIR : ETABLISSEMENT DE SANTE ET MEDICO SOCIAL.....	6
4.1 Le rôle de la cellule opérationnelle d'hygiène	6
4.2 Un signalement immédiat.....	6
4.3 Engager le processus « contact tracing » dès le premier cas.....	7
4.4 L'évaluation du niveau de risque de contamination.....	7
4.5 Un dépistage systématique par un test RT-PCR en cas de survenue de cas groupés.....	7
4.6 Les mesures de gestion en cas de survenue de cas groupés	8
4.7 Les mesures d'éviction des professionnels de santé	8
V. LA CONDUITE A TENIR PAR L'ARS	9
5.1 Analyse, validation et actions à mettre en œuvre	9
5.2 Mise en œuvre des investigations	9
5.3 Le processus de recherche des contacts ou « contact tracing ».....	9
5.4 Un suivi régulier de la situation par l'ARS.....	10
5.5 La synthèse et la clôture d'un épisode de Covid-19	10
VI. DES MESURES POUR LIMITER LA PROPAGATION DU VIRUS	11
6.1 La mise en place immédiate de mesures d'endiguement	11
6.2 L'importance d'un interrogatoire détaillé avant chaque admission.....	11
6.3 Un dépistage souhaitable pour les patients admis en établissement de santé.....	11
6.4 Un dépistage RT-PCR systématique recommandé dans certaines situations.....	12
6.5 Adapter l'offre de soins pour limiter l'extension de la contamination	12
6.6 Des mesures organisationnelles pour faire face à un absentéisme prévisible	13
6.7 Un stock de matériel de base pour faire face un évènement de cas groupés	13
6.8 Mettre en place des secteurs Covid et des circuits sécurisés	13
6.9 Rappel des gestes barrières et des règles d'hygiène et de bionettoyage.....	13
6.10 Rappel sur l'emploi des mesures de protection individuelles	14
6.11 Entretien des parties communes, désinfection des unités de soins et ventilation	14
6.12 Une information nécessaire des patients, accompagnants et visiteurs	14
RÉDACTION ET REMERCIEMENTS.....	15

INTRODUCTION

Depuis le 11 mai 2020, date du déconfinement, de nombreux cas groupés de contamination (cluster) au sein d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux sont signalés sur l'ensemble du territoire national. Les premiers retours d'expérience de la gestion de ces clusters font apparaître un retard d'information de certains acteurs alors que la gestion de cas groupés de contamination impose une grande réactivité de l'ensemble des acteurs.

Au sein des établissements de santé et notamment des établissements médico-sociaux, la survenue d'un épisode de cas groupés de contamination par le virus Sars-CoV-2 nécessite de mettre en place une action rapide et efficace compte tenu du cumul d'éléments défavorables : la fragilité des personnes-hébergées, les multiples facteurs de comorbidité associés aggravant le pronostic, l'organisation de la vie en collectivité pour le secteur médico-social.

Pour certains établissements, la mise en place de mesures efficaces de prévention est devenue complexe compte-tenu de la diversité des intervenants dans la chaîne des soins. Cette situation expose à un risque élevé de contamination. L'objectif prioritaire est de stopper la chaîne de transmission le plus précocement possible et de mettre en place des mesures efficaces pour en éviter la réapparition. La stratégie vise à limiter/stopper la transmission croisée par la mise en œuvre de mesures immédiates, ainsi qu'une investigation immédiate visant à rechercher d'autres cas de contamination parmi les patients, le personnel soignant ou tout sujet contact. Les professionnels de santé et les autres agents hospitaliers doivent faire l'objet d'un suivi rapproché afin de limiter l'impact sur l'organisation des soins.

Ce guide méthodologique à destination des agences régionales de santé, des professionnels de santé des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, a pour objectif d'accompagner les acteurs du système de santé dans leur démarche locale pour prévenir l'apparition de cluster et mettre en œuvre les actions nécessaires à leur gestion. Il est proposé aux acteurs, les principales lignes directrices pour élaborer la stratégie de gestion des chaînes de transmissions ou des situations de cas groupés (clusters) et pour prévenir les transmissions secondaires à partir des cas déjà identifiés de Covid-19.

Le présent document vise à rappeler les rôles, les responsabilités de chacun des acteurs et propose une démarche articulée sur un dispositif local et régional impliquant plusieurs acteurs. Ce guide rappelle aussi les modalités de signalement et les différents dispositifs de détection ainsi que les mesures pour limiter la propagation du virus. Il précise également les conduites à tenir et notamment les mesures de gestion à mettre en œuvre compte tenu des chaînes de transmission et des situations de cas groupés (cluster) d'infection à Covid-19 au sein des établissements de santé et médico-sociaux.

Ces lignes directrices proposées restent des orientations générales qui seront actualisées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances. Elles visent à être adaptées aux organisations régionales mises en place, et partagées avec les délégations départementales des ARS, les Cpias, SpF et les plateformes de l'assurance maladie. Ce guide n'impose aucune disposition réglementaire nouvelle.

Ce guide est mis en ligne sur le site du Ministère de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr>

I. LA MOBILISATION ET LA COORDINATION DES ACTEURS

1.1 Une mobilisation et une information partagée : ARS, SpF, Cpias, EMH et EOH

Les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France (SpF) sont mobilisées en appui des établissements de santé et médico-sociaux pour la gestion des chaînes de transmission et des situations de cas groupés (cluster) d'infection à Covid-19.

Dans le cadre de la gestion des clusters aux seins des établissements de santé, il est rappelé l'importance d'une information précoce des Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (Cpias) afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'accompagnement et d'expertise auprès des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et des services de santé au travail des établissements de santé. L'appui du Cpias et des équipes mobiles d'hygiène (EMH) dans les situations de cluster au sein des établissements médico-sociaux sont des ressources très utiles pour freiner la propagation du virus. Cet appui peut être sollicité également au sein des établissements médico-sociaux (EHPAD, établissements pour personnes handicapées, etc.).

1.2 Une coordination des acteurs par l'ARS

L'ARS est l'instance régionale de coordination et de pilotage de l'investigation/la gestion des épisodes de cluster au sein de sa région. Cette centralisation permet la coordination des structures opérationnelles participant aux enquêtes d'investigation, l'harmonisation des outils, la synthèse des résultats, et éventuellement la surveillance épidémiologique locale pour une meilleure réactivité opérationnelle. Le dispositif doit s'appuyer sur des modalités d'échange par des concertations régulières permettant par exemple la validation des signalements reçus, leurs évaluations et le partage des informations.

Les ARS en lien avec les cellules régionales de SpF doivent informer dès que possible, le Cpias de leur région de l'apparition d'une chaîne de transmission ou de cluster en établissement de santé ou médico-social, organiser les modalités d'échanges et de coopérations avec le Cpias afin d'améliorer continuellement la gestion de ces situations (réunions régulières, tableau de suivi partagé, indicateurs, etc.).

L'ARS bénéficie de l'appui de la cellule régionale de SpF qui apporte son expertise épidémiologique aux actions de formation/sensibilisation, à la surveillance, à l'identification des clusters et à leur investigation, et fait également le lien avec le niveau national de SpF. De la même façon, l'ARS s'appuie sur le Cpias régional afin de renforcer les mesures de prévention du risque de contamination.

Ces mesures de gestion peuvent s'appuyer sur le guide élaboré par SpF pour l'identification et l'investigation des situations de cas groupés de Covid-19 (MINSANTE 2020-111).

Ce guide très détaillé décrit notamment les conduites à tenir.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

1.3 La nécessité d'informer le niveau national sur les cas de clusters

Il est rappelé à l'ARS, la nécessité des remontées d'informations quotidiennes au niveau national s'agissant des clusters identifiés comme critiques : (MINSANTE 2020-111 en décrit les modalités) ainsi que des nouveaux clusters identifiés. En effet, le niveau national doit pouvoir détenir une vision précise des situations locales et disposer de remontées quotidiennes synthétiques de la part des ARS de la situation sanitaire et d'éléments descriptifs des situations particulières des clusters et de leurs criticités.

II. LES MODALITES DE SIGNALEMENT D'UN CAS DE CONTAMINATION

2.1 Définition d'une situation de cas groupés

Une chaîne de transmission est définie par l'identification d'au moins 3 personnes (patients ; résidents ; et/ou professionnels) dont l'une au moins est un cas confirmé. La chronologie de leurs contacts doit être cohérente avec une transmission du virus entre elles dans un délai entre 2 cas de 4 à 7 jours.

Une situation de cas groupés ou cluster a été définie par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables sur une période de 7 jours.

2.2 Le signalement via le portail e-sin pour les établissements de santé

Tous les cas de contamination au virus Sars-CoV-2 au sein d'un établissement de santé doivent être systématiquement déclarés via le portail e-sin par le référent « signalement », en lien avec l'EOH (dès le premier cas détecté et pas uniquement lorsqu'un cluster est détecté). Le signalement doit être réalisé le plus tôt possible. Le signalement concerne les cas de contamination Sars-CoV-2 au sein d'un établissement de santé (patient, professionnel de santé, visiteur ...).

Ce signalement sur le portail e-sin doit être doublé d'un signalement téléphonique immédiat de l'établissement à la plateforme de gestion et de suivi des cas de l'ARS (numéro habituel d'alerte de l'ARS). Cette dernière accusera réception de l'information par messagerie électronique en mettant en copie les acteurs concernés : délégation territoriale s'il y a lieu, EOH, Cpias, cellule régionale de SPF. Cette déclaration permet d'informer immédiatement l'ARS, le Cpias et SpF. Il sera nécessaire de prendre en compte les éventuels transferts inter-établissements de certains patients avant la découverte du cluster.

Ce signalement doit être réalisé sans délai afin que cette situation fasse l'objet d'une investigation spécifique de l'ARS en lien avec le Cpias, et le cas échéant de la mobilisation d'une équipe de terrain dédiée pour assurer la prise en charge d'un grand nombre de personnes.

2.3 Le signalement via le portail « Voozoo » pour les établissements médico-sociaux

Les établissements médico-sociaux déclarent un épisode de contamination, dès le premier cas de Covid-19 possible ou confirmé sur une application « Voozoo » disponible via un lien internet figurant sur le portail des signalements. Cette application permet de signaler rapidement la survenue de cas présentant un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des établissements médico-sociaux. De la même façon, le signalement doit être réalisé le plus tôt possible, et même si le patient est décédé.

2.4 La nécessité de sensibiliser les professionnels de santé au processus de signalement

Il est indispensable de sensibiliser les professionnels de santé au signalement dans un objectif de santé publique, en leur rappelant le dispositif réglementaire de signalement des contaminations (articles L.1413-14 et R.6111-12 à 17 du code de santé publique.)

La veille et la culture du signalement associé à la réactivité de signalement constituent le principal levier d'une intervention rapide. Il est recommandé de rappeler aux professionnels les modalités d'identification et de signalement des suspicions de cas et de prévoir une actualisation régulière des connaissances et des définitions.

III. LA DETECTION DES SIGNAUX DE CAS GROUPES

Afin d'identifier rapidement la survenue d'une chaîne de transmission ou d'un cluster de contamination à Covid-19, il est nécessaire d'évaluer l'ensemble des signaux qui traduisent une augmentation soudaine de cas de contamination localisée au sein d'un établissement ou dans des établissements d'une même zone géographique.

3.1 Une évaluation régulière des résultats de test RT-PCR

Au sein des établissements de santé, des analyses régulières des résultats RT-PCR permettent de détecter d'éventuels signaux de cas groupés (cluster). Cette première évaluation locale permet de mettre en œuvre rapidement les mesures de gestion nécessaires.

3.2 La base de données « Contact Covid » de l'Assurance Maladie

L'assurance maladie doit signaler à l'ARS sans délais les suspicions de clusters. Ces signalements s'effectuent par la détection lors des enquêtes réalisées autour des cas confirmés ou de leurs contacts colligés dans la base de données « Contact COVID ». Cette base de données est l'outil support au processus d'identification et de recherches des personnes contacts d'un patient testé positif. Cet outil est accessible aux ARS, permet de réaliser des analyses complémentaires pour détecter des chaînes de transmission ou des clusters à partir des données d'investigation collectées lors des interrogatoires des cas et des personnes contacts à risque.

Lors de l'identification d'une chaîne de transmission ou d'une situation de cas groupés par l'assurance maladie, le référent médical territorial de la plateforme de l'Assurance Maladie contacte sans délais les référents désignés par l'ARS, afin que le signalement (appel doublé d'un mail) puisse être pris en charge par la plateforme de l'ARS.

3.3 La base de données « SI-DEP » de l'Assurance Maladie

L'actuelle centralisation dans la base « **SI-DEP : système d'information de dépistage** », de l'ensemble des tests résultats virologiques (RT-PCR) réalisés sur le territoire national permet de bénéficier d'un dispositif de surveillance continue. En effet, le dispositif vise à ce que les résultats virologiques de l'ensemble des structures¹ de diagnostic autorisées à réaliser le diagnostic biologique de Covid-19 soient colligés en temps réel au sein d'une base de données nationale SI-DEP.

Cette base de données centralise en temps réel les résultats d'analyses, et permet d'identifier l'âge, le sexe des personnes prélevées ainsi que le lieu du diagnostic et la commune de résidence. Cette remontée exhaustive permet de suivre finement la dynamique de l'épidémie et de détecter précocement toute reprise de la transmission du virus et l'apparition de cas groupés (clusters).

3.4 Les données épidémiologiques de l'assurance maladie

Le signalement par l'assurance maladie peut aussi être mis en œuvre à partir **des données de surveillance épidémiologique réalisées** (nombre de passages aux urgences, nombre de consultations SOS médecins...). Néanmoins, l'analyse des données, les délais de remontée et de consolidation des données peuvent nécessiter plusieurs jours, ce qui en fait un moyen d'identification des cas groupés moins réactif.

¹ Laboratoires hospitaliers, laboratoires de biologie médicale de ville, laboratoires vétérinaires agréés, sites dits « MGI » : automates permettant la réalisation d'un grand nombre d'analyses et autres structures autorisées.

3.5 Les données des réseaux de surveillance syndromique

La surveillance syndromique basée sur un ensemble de réseaux de surveillance déjà en place comme le réseau de médecins généralistes du réseau Sentinelles, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de Covid-19 dans les associations SOS médecins, ou encore le nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (réseau OSCOUR) contribue au dispositif épidémiologique de suivi des cas Covid-19 par SpF.

Dans une même zone géographique, une augmentation soudaine du recours à la médecine de ville ou aux urgences et dans un ou plusieurs établissements ou à plusieurs établissements peut constituer un signal de cas groupés et nécessite d'être investigué par l'ARS.

Santé publique France analyse quotidiennement les données épidémiologiques (indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19 par région, département, sexe et classe d'âge, données hospitalières, données des urgences, données SOS Médecins) et dresse un bilan mis à disposition, via son observatoire cartographique GEODES.

L'ensemble de ces données de signalement et de détection fait l'objet d'échanges réguliers au sein des ARS et lors du point hebdomadaire de l'analyse de risque territoriale organisé par la cellule de crise.

IV. LA CONDUITE A TENIR : ETABLISSEMENT DE SANTE ET MEDICO SOCIAL

4.1 Le rôle de la cellule opérationnelle d'hygiène

L'investigation sur la cohorte des patients ou professionnels de santé exposés peut être coordonnée par une cellule opérationnelle comportant l'équipe opérationnelle d'hygiène locale (EOH) dépendant d'un établissement de santé qui a établi une convention avec l'établissement médico-social (EMS) ou si elle existe une équipe mobile en hygiène (EMH), les services cliniques concernés, le service de santé au travail, la direction de l'établissement, le médecin coordonnateur de l'établissement ou en son absence un médecin salarié par l'établissement et à défaut l'infirmière coordinatrice (IDEC), le Cpias.

En situation de crise, le laboratoire réalisant les tests RT-PCR peut être associé aux échanges.

Cette cellule a pour mission de recenser les patients/professionnels de santé potentiellement exposés, de définir la cohorte des personnes exposées, d'effectuer une analyse du niveau de risque pour chaque patient/professionnel de santé (réalité, nature et durée du contact), d'organiser l'information, le suivi et la prise en charge des personnes exposées et de préparer et coordonner la communication en interne et à l'extérieur de l'établissement.

Si nécessaire, une cellule de crise sera mise en place au sein de l'établissement.

Après vérification du signal, des mesures de prévention génériques et immédiates seront mises en place sans attendre le résultat des investigations.

Afin de prévenir et de se préparer à un épisode de cas groupés de contamination, il est recommandé d'évaluer de façon hebdomadaire la cinétique de circulation du virus dans son département sur le site de Santé Publique France.

4.2 Un signalement immédiat

Dans les établissements de santé :

Tous les cas d'infection Covid-19 contractés au sein de l'établissement de santé doivent faire l'objet d'un signalement téléphonique immédiat de l'établissement (service hospitalier ou EOH) à la plateforme de gestion et de suivi des cas de l'ARS. Le signalement concerne les cas d'infection Covid-19 contractés au sein de l'établissement de santé (patients, professionnels de santé, visiteurs d'un établissement de santé...). En parallèle, une déclaration sera effectuée **sans délai via le portail e-sin par le responsable « signalement » en lien avec l'EOH**. Le signalement doit être réalisé le plus tôt possible. Cette déclaration permet d'informer immédiatement l'ARS, le Cpias, SpF et le cas échéant de permettre la mobilisation d'une équipe de terrain dédiée pour assurer la prise en charge d'un grand nombre de personnes.

Dans les établissements médico-sociaux:

Les établissements médico-sociaux déclarent un épisode de contamination, dès le premier cas de Covid-19 possible ou confirmé sur l'application « **Vozaano** » disponible via un lien internet figurant sur le portail des signalements. Cette application permet de signaler rapidement la survenue de cas présentant un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des établissements médico-sociaux. De la même façon, le signalement doit être réalisé le plus tôt possible, et même si le patient est décédé.

4.3 Engager le processus « contact tracing » dès le premier cas

L'investigation d'un cas hospitalier ou au sein d'un établissement médico-social nécessite d'être mise en œuvre dans un délai rapide. Des informations importantes sont à recueillir par les équipes d'investigations (ces informations sont décrites dans le guide élaboré par SpF pour l'identification et l'investigation des situations de cas groupés de Covid-19).

L'investigation au sein des établissements de santé autour d'un cas doit être menée avec méthode. Elle doit impliquer le personnel soignant, l'équipe EOH, le laboratoire de virologie mais aussi la médecine du travail pivot de cette stratégie. Pour les établissements de médico-sociaux, elle doit impliquer le médecin coordonnateur notamment. Une attention particulière sera notamment portée sur les professionnels de santé réalisant des manœuvres médicales et paramédicales considérées à risque : intubation, trachéotomie, endoscopie bronchique, expectoration induite, kinésithérapie respiratoire.

L'identification rapide des cas confirmés de Covid-19 et des cas contacts est essentielle afin d'identifier et d'interrompre précocement les chaînes de transmission du virus au sein des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Cette stratégie nécessite la mise en œuvre d'un dispositif de contact-tracing robuste permettant d'identifier rapidement le plus grand nombre possible de personnes nouvellement infectées et de mettre en œuvre des mesures de contrôle en lien avec les équipes opérationnelles d'hygiène et la médecine du travail.

Les principes généraux de la stratégie de contact-tracing sont précisés dans le MINSANTE 2020-99.

4.4 L'évaluation du niveau de risque de contamination

Dans le cadre de la survenue d'un cas au sein d'un établissement de santé, ou médico-social, il est nécessaire d'évaluer le risque de contamination pour les patients, résidents, personnels, visiteurs et intervenants extérieurs. Ce risque est apprécié à partir des facteurs liés au cas index et au type de contact.

L'appréciation de la durée d'exposition repose sur l'interrogatoire du personnel et de son encadrement qui détermine les activités précises de celui-ci durant son temps de travail. Cet interrogatoire a pour objectif de définir un temps de présence cumulé du personnel auprès des patients-contact, la présence de mesures barrières et/ou le port d'équipements de protection individuelle.

En termes de proximité, tout contact du personnel avec un patient/résident doit être considéré comme proche. Il faudra préciser le port ou non d'équipements de protection individuelle. En ce qui concerne les personnels non soignants pouvant intervenir en établissement de santé (personnel technique, de ménage...), la situation sera évaluée au cas par cas selon la durée et le type de contacts avec les patients.

4.5 Un dépistage systématique par un test RT-PCR en cas de survenue de cas groupés

Afin de limiter la constitution de chaînes de transmission ou de cluster, l'identification précoce des nouveaux cas et des contacts à risque s'appuie sur une stratégie robuste de test de dépistage auprès des professionnels de soins, des patients/résidents et des cas contacts.

L'objectif vise à dépister par un test RT-PCR **de façon systématique en priorité** :

- Les cas contact : ensemble des professionnels de santé, patients/résidents, intervenant extérieur sans port de protections individuelles ;
- Patients/résidents et personnels présentant des symptômes évocateurs Covid-19, même pauci-symptomatiques ;

- Campagne de dépistage, pour des publics identifiés :
 - Personnes à risques de formes graves, résidents des structures d'hébergement collectif et personnels exerçant dans ces structures ;
 - En cas de premier cas confirmé au sein d'une structure médico-sociale, la stratégie qui vise à tester tous les personnels et résidents pourra être proposée en fonction des organisations et capacités de test disponible au niveau local.

4.6 Les mesures de gestion en cas de survenue de cas groupés

Au terme de l'étape d'investigation et selon les résultats du dépistage, des hypothèses pourront être formulées sur les facteurs ayant contribué à la survenue des cas de contamination ; elles pourront guider l'adaptation des mesures de contrôle et de prévention.

Un premier principe vise à mettre en œuvre des mesures d'isolement. En effet, afin d'éviter la circulation des résidents atteints au sein de l'établissement, il est nécessaire d'isoler les patients contaminés et hébergés en chambre double avec un résident non atteint : si possible déplacement en chambre seule, en chambre double en réunissant deux résidents atteints (en s'assurant au préalable de l'absence de risque de transmission croisée d'un autre micro-organisme type BMR ou BHRé), ou, quand c'est possible, la mise en place d'une zone de confinement identifiée, à laquelle est affecté du personnel dédié.

Il peut parfois être difficile de confiner certains résidents des établissements médico-sociaux et de leur faire appliquer les mesures barrières surtout lorsqu'ils présentent des troubles cognitifs. Il est dans ce contexte essentiel de restreindre, voire de supprimer (dans certaines situations exceptionnelles) pendant la phase épidémique les activités collectives ainsi que les visites extérieures dans les conditions précisées dans le protocole du 20 avril actualisé au 5 juin 2020 : « Protocole relatif aux consignes applicables sur le confinement dans les ESMS et unités de soins de longue durée »

Lien : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_relatif_aux_consignes_applicables_sur_le_confinement_dans_les_essms_et_unites_de_soins_de_longue_duree.pdf

Une attention particulière sera portée sur la vérification des pratiques de soins et des règles d'hygiène. Ces dispositions seront mises en œuvre par l'EOH/EMH, avec l'appui du Cpias si nécessaire. L'objectif est avant tout de mettre en évidence des pratiques pouvant être à l'origine ou ayant facilité la transmission et vérifier notamment la mise en place des précautions gouttelettes et contacts, l'hygiène des mains et le bionettoyage des locaux. Un renforcement des mesures de protection individuelle pour les personnels et les patients/résidents pourra aussi être mis en œuvre.

4.7 Les mesures d'éviction des professionnels de santé

Tout professionnel de santé présentant des signes cliniques évocateurs de Covid-19 doit bénéficier sans délai d'un prélèvement nasopharyngé à la recherche de Sars-CoV-2 par RT-PCR. Dans l'attente du résultat, il doit être en éviction, sauf situation exceptionnelle.

En ce qui concerne l'éviction potentielle des professionnels de santé, l'avis du HCSP du 23 mai 2020 précise la conduite à tenir pour les professionnels intervenant en établissements de santé et en établissements médico-sociaux. Cet avis définit notamment la stratégie de dépistage, les mesures d'éviction des professionnels de santé si la RT-PCR est positive et précise sous quelles conditions sanitaires ces professionnels de santé sont autorisés à reprendre le travail. L'avis définit également les consignes que ces derniers doivent observer afin de contenir le risque de contamination lorsqu'ils sont maintenus en poste.

En lien avec l'ARS, un renfort de personnel peut s'avérer nécessaire en cas d'éviction de professionnels et un renfort logistique peut aussi être nécessaire en cas de tension d'approvisionnement sur les équipements de protection.

V. LA CONDUITE A TENIR PAR L'ARS

5.1 Analyse, validation et actions à mettre en œuvre

Il s'agira dans un premier temps d'analyser et valider le signalement reçu. Il est nécessaire d'associer de façon très précoce le Cpias concerné. Dans un deuxième temps, si la situation le nécessite, les ARS peuvent organiser des campagnes de dépistage ciblées sur le terrain ou proposer au Préfet de département des mesures de contrôle spécifiques.

Il est recommandé de mettre en œuvre les actions suivantes :

- Analyser et valider le signalement en concertation avec la délégation départementale ;
- Organiser une réunion ARS, SpF et Cpias si nécessaire : classement du cluster, équipe d'investigation et de suivi, coordination ;
- Informer la préfecture si nécessaire et proposer des mesures de contrôle spécifiques ;
- Mesures d'investigation pouvant rapidement être initiées par l'équipe mobile de l'ARS ;
- Une analyse épidémiologique est réalisée régulièrement par l'ARS ;
- Suivi et évaluation des mesures de gestion mises en œuvre par l'ARS ;
- Evaluer la nécessité de renfort des équipes locales ;
- La clôture d'un cluster Covid-19 ;

5.2 Mise en œuvre des investigations

Lorsqu'il s'agit d'un cluster hospitalier ou au sein d'un établissement médico-social, l'investigation implique le personnel soignant, les IDEC, les médecins coordonnateurs, l'EOH, ou EMH, les biologistes mais aussi la médecine du travail pivot de cette stratégie.

Des informations importantes sont à recueillir par les équipes d'investigations (ces informations sont décrites dans le guide élaboré par SpF pour l'identification et l'investigation des situations de cas groupés de Covid-19).

L'investigation autour d'un cas doit être menée avec méthode selon le processus d'investigation qui vise à :

- Décrire le contexte de survenue ;
- Caractériser le processus de transmission ;
- Recenser les personnes contact et la période d'exposition ;
- Interroger les cas confirmés et les cas contacts ;
- Enregistrer les contacts dans la base « Contact Covid » ;
- Définir le classement des cas en fonction du niveau de risque (proximité, durée de contact) ;
- Evaluer l'impact et éventuellement contrôler l'extension ;
- Estimer le nombre de cas ;
- Définir les mesures de gestion (quatorzaine, protection, organisation de l'offre de soins...).

5.3 Le processus de recherche des contacts ou « contact tracing »

Les définitions de cas confirmé, cas probable, cas possible, personne contact à risque, personne contact à risque négligeable sont détaillées dans le « Guide Santé Publique France pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de covid-19 - 30 mai 2020 ».

La recherche des contacts ou « contact tracing » est définie comme l'identification et le suivi des personnes qui ont pu entrer en contact avec une personne atteinte d'une infection confirmée pendant

une période au moins égale à la période d'incubation. Cette démarche d'identification des contacts participe à la maîtrise de chaîne de transmission.

Il existe autour d'un cas index un risque d'exposition à Sars-CoV-2 pour toute personne ayant partagé la même pièce ou ayant séjourné, à l'air libre, dans un même espace défini par la distance d'une conversation, et ceci quelle que soit la durée de ce contact avec la personne malade.

L'investigation repose sur une règle qui permet de sélectionner les cas contact en tenant compte de trois critères définissant le niveau de risque : contagiosité du cas index, caractéristiques de l'exposition, caractéristiques du sujet contact. Cette sélection permettra de graduer la démarche d'investigation face à un sujet contact donné autour d'un cas index défini et d'un contexte identifié.

Le retour d'expérience des premières investigations de cas groupés au sein des établissements indique que l'excrétion virale du Sars-CoV-2 a été montrée chez des cas contacts complètement asymptomatiques, ce qui conduit à l'hypothèse que l'état clinique n'est pas fiable pour la sélection des cas contacts. Le dépistage systématique des cas contact asymptomatiques est donc important et bénéfique pour identifier les individus potentiellement contaminés.

Référence : Avis HCSP du 7 mai 2020 relatif à la conduite à tenir en cas de contact d'une personne ayant des antécédents évocateurs de Covid-19 avec une personne malade du Covid-19.

5.4 Un suivi régulier de la situation par l'ARS

L'ARS doit assurer un suivi des mesures de gestion mises en œuvre. Ce suivi doit permettre de vérifier la diminution régulière des cas, de maîtriser les chaînes de transmission et d'évaluer l'efficacité des mesures permettant de contenir le cluster. Des indicateurs permettent d'assurer le suivi épidémiologique des cas groupés.

5.5 La synthèse et la clôture d'un épisode de Covid-19

Il est recommandé d'effectuer une analyse, d'évaluer l'impact des mesures de gestion et de produire une synthèse des informations recueillies via les différentes sources disponibles afin de permettre un partage d'information et d'expérience entre les équipes.

L'épisode est clôturé dès lors qu'aucun nouveau cas symptomatique n'est apparu pendant une période de 14 jours après la date de début des signes du dernier cas possible ou confirmé et que tous les tests RT-PCR réalisés pendant cette période se sont avérés négatifs. Le signal est clôturé si la quatorzaine de tous les cas contacts est terminée. La levée de l'ensemble des mesures de gestion peut alors être effectuée. Il est nécessaire de saisir des données régulièrement au sein du portail de signalement pendant cette période de 14 jours avant de procéder à la clôture.

La décision de clôture est de la responsabilité de l'ARS après proposition des équipes d'investigation.

VI. DES MESURES POUR LIMITER LA PROPAGATION DU VIRUS

6.1 La mise en place immédiate de mesures d'endiguement

Dans le cadre de la survenue de cas groupés de contamination covid-19 ou au sein d'un établissement de santé ou médico-social, la stratégie consiste à identifier rapidement la présence du virus SARS-Cov-2 au sein de l'établissement et à freiner sa diffusion par des mesures d'endiguement en mettant en œuvre le renforcement des mesures barrières et de protection afin de limiter la transmission interhumaine. Ce dispositif vise d'une part à mettre en œuvre une stratégie de dépistage adapté au niveau de risque des patients pris en charge et d'autre part à mettre les mesures organisationnelles nécessaires.

En effet, en l'absence de mesures pharmaceutiques (médicaments, vaccins, immunothérapie) pour lutter contre le virus Sars-CoV-2, les mesures reposent sur la mise en place des gestes barrières (distanciation physique, hygiène des mains, port de masque).

Ces mesures peuvent être prises immédiatement, avant même que le diagnostic virologique soit confirmé.

6.2 L'importance d'un interrogatoire détaillé avant chaque admission

L'avis de la Haute Autorité de santé recommande que toute personne admise en établissement de santé bénéficie d'un interrogatoire détaillé pour identifier son statut par rapport au Sars-CoV 2. Cet interrogatoire ciblé et systématique est important avant toute admission, passage aux urgences, séance ou consultation.

6.3 Un dépistage souhaitable pour les patients admis en établissement de santé

Conformément à l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) du 14 mai 2020 relatif aux modalités de dépistage du virus Sars-CoV-2, il est précisé que **pour les patients admis en établissement de santé, le développement du dépistage systématisé est souhaitable, autant que possible, de manière générale**, tant pour la protection individuelle des patients que pour éviter le risque de diffusion de l'épidémie. Pour les patients symptomatiques et les personnes « contact », il est déjà bien établi que lors de leur admission programmée ou en urgence dans un établissement de santé, **ils doivent tous bénéficier d'un dépistage par RT-PCR** - sans retarder leur prise en charge et d'un interrogatoire détaillé pour identifier leur statut par rapport au Sars-CoV 2.

L'avis de la Haute Autorité de santé précise que toute personne admise en établissement de santé doit être considérée comme un potentiel malade Covid+ et que le respect des mesures barrières est l'élément essentiel de la prévention de la transmission du virus.

Le succès des opérations de test reposera sur la capacité (i) à informer très rapidement chaque personne prélevée du résultat des analyses, particulièrement lorsqu'elles confirmeront une infection, (ii) d'isoler la personne prélevée dans l'attente de ses résultats (iii) à engager dans la foulée l'identification des personnes contact et (iv) à prescrire des mesures d'isolement ou de quatorzaine au domicile ou dans des lieux dédiés.

Dans tous les cas, le patient doit pouvoir choisir librement d'accepter ou non le test, son résultat doit demeurer protégé par le secret médical et ne doit pas porter préjudice à sa prise en charge. Les mesures barrière doivent être maintenues quel que soit le résultat d'un éventuel test qui ne peut en aucun cas constituer une assurance d'absence de risque de transmission de l'infection.

Nota : Les patients « cas probables » de Covid-19 présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomographie par ordinateur thoracique TDM+ évocateurs de Covid-19 malgré un test RT-PCR négatif, **doivent être considérés comme des « cas confirmés » de Covid-19.**

L'avis de la Haute Autorité de santé recommande, dans la mesure du possible, que l'ensemble des patients admis en établissement de santé pour une hospitalisation puisse se voir proposer un test diagnostique par RT-PCR dans les 24h à 48 heures avant l'hospitalisation et **a minima les patients listés ci-dessous** :

- Patients à risque de forme grave de Covid-19 ;
- Patients pour lesquels est programmée une chirurgie avec ouverture ou exposition des voies aériennes (chirurgie ORL, thoracique, de la base du crâne, bronchoscopie, ou toute autre situation à risque) ;
- Patients pour lesquels est programmée une chirurgie générant des aérosols ou une chirurgie majeure à risque opératoire ou postopératoire.

6.4 Un dépistage RT-PCR systématique recommandé dans certaines situations

La réalisation d'un dépistage RT-PCR systématique pour le diagnostic de Covid-19 est recommandée dans les indications suivantes :

- Patients et personnels ayant des symptômes évocateurs de Covid-19, même paucisymptomatiques ;
- Patients et personnels en contact dans les 14 jours précédents avec une personne « cas confirmé » Covid-19 ;
- Patients asymptomatiques admis pour des gestes ou un traitement où un Covid-19 pourrait avoir des conséquences graves ;
- Patients à risque accru de dissémination du virus : exemple patients trachéotomisés avant sortie ou transfert.

Au sein des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour les personnes en situation de handicap à risques de forme grave, des tests RT-PCR sont recommandés (i) aux nouveaux professionnels permanents et temporaires intervenants, et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement (ii) aux professionnels de l'établissement au retour des congés ; (iii) aux résidents ou salariés présentant des symptômes évocateurs de Covid-19 ; (iv) aux personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission.

Ces préconisations doivent être adaptées au regard des possibilités organisationnelles locales et de l'évolution de la pandémie. Elles ne doivent pas remettre en cause la priorité donnée au dépistage des patients symptomatiques et des personnes contacts en population générale et ne pas entraîner de perte de chance par retard de prise en charge.

6.5 Adapter l'offre de soins pour limiter l'extension de la contamination

En cas de survenue d'une situation de cas groupés confirmée, caractérisée par un nombre de cas important parmi les patients/résidents et le personnel de soins, les organisations doivent être adaptées et l'établissement doit assurer la continuité des soins pour permettre de préserver la qualité et la sécurité des soins. Pour ce faire, une réflexion doit avoir lieu permettant une organisation en mode dégradé et permettre un renforcement ponctuel des équipes.

Selon le nombre de cas groupés au sein d'un établissement de santé, il pourrait être nécessaire de déclencher le plan blanc pour permettre la mise en œuvre du plan de continuité des activités (PCA).

Aussi, dans le cadre d'une prise en charge de patient Covid-19 au sein d'un établissement, l'organisation en filières distinctes Covid+ et Covid- dans les structures de soins est recommandée en fonction de la stratégie territoriale, des capacités des établissements et de l'évolution de l'épidémie.

Cette organisation implique des aménagements qui permettent des accès et des circulations entre les 2 secteurs.

La prise en charge ambulatoire (HDJ et chirurgie ambulatoire) des patients peut être privilégiée car elle facilite la distanciation physique et limite le temps de présence à l'hôpital.

Dans les établissements médico-sociaux, les plans bleus nécessitent d'être également réactivés rapidement.

6.6 Des mesures organisationnelles pour faire face à un absentéisme prévisible

En cas de survenue d'une situation de cas groupés de contamination Covid-19 au sein d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social, le taux d'attaque chez les professionnels de santé peut parfois être important. Il est donc nécessaire de prendre les mesures nécessaires pour faire face à un absentéisme prévisible, ce d'autant qu'une situation de cas groupés entraîne un surcroît de travail pour les soignants.

6.7 Un stock de matériel de base pour faire face un évènement de cas groupés

Afin de mettre en œuvre les premières mesures de gestion sans retard, il est nécessaire de disposer d'un stock d'équipement de protection suffisant (masque FFP2, tablier plastique à usage unique, surblouse...). De la même façon, pour permettre un dépistage élargi dans une situation de cas groupés, il est nécessaire de disposer des consommables en quantités suffisantes pour la réalisation et le transport des tests virologiques et pour les réactifs.

Dans la mesure où les tests virologiques sont réalisés par un laboratoire externe, il est souhaitable de définir des modalités organisationnelles pour permettre de réaliser une séquence de tests virologique dans un délai rapide. Les équipements prévus feront l'objet d'une gestion de stock adaptée (date de péremption, remplacement en cas d'utilisation).

6.8 Mettre en place des secteurs Covid et des circuits sécurisés

Selon la disposition des services de soins, il est recommandé de rassembler les patients Covid-19 dans un même secteur géographique – secteur d'isolement - notamment en fonction des facilités d'organisation des équipes de soins que pourrait apporter ce regroupement par rapport à une dispersion des malades dans le service. Ce regroupement tiendra compte de la possibilité de maintenir une prise en charge adaptée à l'état clinique de chaque patient.

La mise en œuvre de circuits sécurisés permet de limiter les risques de contamination des patients et des soignants :

- Respect strict des mesures barrière (hygiène des mains, port du masque pour les patients et les professionnels de santé, distanciation physique, etc.) ;
- Etablir des règles d'utilisation des chambres doubles afin de limiter la transmission croisée.

6.9 Rappel des gestes barrières et des règles d'hygiène et de bionettoyage

Le respect des gestes barrières et le renforcement des règles d'hygiène restent les premières mesures pour limiter la propagation du virus au sein des établissements de santé. Ces mesures barrières doivent être respectées rigoureusement par tous les personnels intervenant dans l'établissement, y compris

les personnels administratifs, les personnels des entreprises extérieures, les personnels en formation (étudiants hospitaliers, élèves paramédicaux...). Des formations internes pourront être organisées pour l'ensemble du personnel et en particulier aux personnels ayant intégrés récemment l'institution - personnels en formation, en renfort, ; bénévoles, visiteurs, personnels extérieurs (kinésithérapeutes, podologues...).

Ces gestes barrières pourront être accompagnés d'une mesure qui vise à limiter les visites et interdire les transferts vers d'autres établissements en cas de cas groupés.

6.10 Rappel sur l'emploi des mesures de protection individuelles

Compte-tenu de la nature des activités de soins, et la difficulté à respecter des mesures de distanciation physique, l'application des gestes barrières doit être associée au port d'équipements de protection individuelle.

Le port du masque chirurgical associé au respect des gestes barrières et au lavage des mains ou de friction hydro alcoolique sur mains visiblement propres constitue un des principaux moyens de protection des professionnels de santé et des patients, et pour limiter de la propagation du virus.

Les personnes, patients/résidents et professionnels, présentant des symptômes ou diagnostiqués positifs devront être équipées immédiatement d'un masque chirurgical. De la même façon, le port du masque chirurgical est recommandé pour les personnes à très haut risque de développer des formes graves de covid-19.

Les professionnels de santé au contact des patients se voient dotés en priorité de masques chirurgicaux et de lunettes de protection. Pour ceux pratiquant des actes invasifs ou des manœuvres sur les voies respiratoires, le port du masque de type FFP2 associé au port recommandé de lunettes de protection et d'une protection de la tenue (tablier, surblouse). Les autres professionnels au contact du public pourront se voir attribuer des masques « grand public » de catégorie 1 : masque destiné prioritairement à l'usage des professionnels en contact avec le public.

6.11 Entretien des parties communes, désinfection des unités de soins et ventilation

L'entretien des surfaces hautes des parties communes se fera de façon régulière avec un produit détergent désinfectant virucide, en insistant particulièrement sur les poignées de portes, les rampes d'escalier, boutons d'ascenseur et toutes les surfaces de contact. L'entretien des sols sera fait selon les procédures habituelles.

Il est recommandé de bien aérer les locaux, dans la mesure du possible - par ouverture en grand de toutes les fenêtres en maintenant la porte du local fermé - notamment pendant et après les opérations de nettoyage, et de vérifier le bon fonctionnement des systèmes d'aération et de ventilation.

Les agents techniques qui réalisent ce bionettoyage, disposent d'un masque chirurgical, d'un tablier imperméable à usage unique et de gants adaptés.

6.12 Une information nécessaire des patients, accompagnants et visiteurs

Il est demandé aux établissements de communiquer auprès de leurs patients en amont de leur venue en établissement de santé (convocation, message d'attente, pré admissions) des dispositions prévues mises en œuvre, notamment sur le port nécessaire du masque grand public ou chirurgical dès l'entrée dans l'établissement (consultation, hôpital de jour, hospitalisation).

Les visites et accompagnements nécessitent d'être adaptés en fonction de la situation épidémique locale.

RÉDACTION ET REMERCIEMENTS

Coordination de la rédaction

Bast BIDAR, Chargé de mission pour la gestion risques techniques associés aux soins (DGOS)

Pierre CHARESTAN, Conseiller médical auprès de Directrice générale de l'offre de soins (DGOS)

Emmanuel COHN, Adjointe à la sous-directrice de la performance des acteurs de l'offre de soins (DGOS)

Marion DREYER, Chargée de mission, pôle contact-tracing (DGS)

Caroline LE BORGNE, Chargée de mission, Chef du pôle contact-tracing (DGS)

Jean-Marc PHILIPPE, Conseiller médical auprès du Directeur général de la santé (DGS)

Sylvie RENARD-DUBOIS, Conseillère médicale infections associées aux soins (DGOS)

Ont également apporté leur précieuse collaboration à l'élaboration de ce guide

Claude BERNET, Cpias Auvergne-Rhône-Alpes

Hélène BOULESTREAU, Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH), CHRU Bordeaux

Olivier BRAHIC, Sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire (DGS)

Arnaud CORVAISIER, ARS Ile de France

Stéphanie DECOOPMAN, Chef de service (DGOS)

Jean Christophe DELAROZIERE, Cpias Provence Alpes Côte d'Azur

Joseph HAJJAR, Coordonnateur scientifique, Praticien en hygiène

Clément LAZARUS, Adjoint au Sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire (DGS)

Walid MOKNI, Chef de projets prévention des risques épidémiologique et biologique (DGS)

Isabelle PETIT, Chargée de mission (DGOS)

Anatole PUISEUX, Sous-directeur autonomie des personnes âgées/personnes handicapées (DGCS)

Cécile TAGLIANA, Chef de service (DGCS)

Anne VITOUX, Adjointe chef de bureau (DGOS)



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ