

# Organisation des prises en charge dans les services de Gériatrie dans le contexte d'épidémie de SARS COV 2

Version 2 – 05/11/2020

Ce document vise à synthétiser les recommandations liées à la prise en charge gériatrique dans le contexte épidémique, à favoriser les bonnes pratiques et les harmoniser sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP.

## 1. RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION EN GERIATRIE POUR LA SECONDE VAGUE EPIDEMIQUE

Les unités de gériatrie adaptent leurs organisations en fonction du nombre de patients COVID+ à prendre en charge, en privilégiant une organisation sectorisée, et le cas échéant en identifiant des unités dédiées COVID en court séjour, SSR et si besoin en soins de longue durée.

Une coordination au niveau de chaque GHU visant à identifier une ou des unités gériatriques COVID+ pour l'ensemble des sites du GHU est à favoriser afin d'optimiser les ressources en lits disponibles.

## 2. LES MESURES DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE RECOMMANDEES PAR LES EQUIPES OPERATIONNELLES D'HYGIENE HOSPITALIERE (EOH)

### • Dépistage

Afin de prévenir la diffusion du virus, une stratégie de dépistage de la COVID-19 en gériatrie est définie (cf. Annexe 1). Elle prévoit les indications de tests PCR pour les patients, les professionnels et la prise en compte du cas particulier des patients et professionnels ayant un antécédent de COVID-19 confirmé par PCR et/ou sérologie positive, ainsi que les indications des sérologies.

Référence :

- *Recommandation – Dépistage de la COVID-19 en gériatrie – version 1 12 octobre 2020*

### • Organisation des chambres simples et doubles

#### RAPPELS

Le **port du masque** est systématique pour :

- tous les professionnels en toutes circonstances,
- tous les patients qui peuvent le supporter (lorsqu'un personnel entre dans la chambre, pendant les soins, en sortant de leur chambre, en chambre double, en hôpital de jour et consultation,,),
- tous les visiteurs et accompagnants en toutes circonstances.

La **friction hydro-alcoolique** des mains est réalisée par les personnels avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement et régulièrement par les patients.

La **distanciation physique** est appliquée dans tous les lieux de l'hôpital par les personnels et les patients dans toutes les situations où le masque ne peut pas être porté.

A son entrée en service de court séjour gériatrique, de SSR ou de SLD, le patient est mis en isolement en chambre seule pendant une période d'observation de l'éventuelle apparition de signes évocateurs de la COVID-19 :

- Pour les patients de MCO, la période d'observation est de 24 ou 48h
- Pour les patients de SSR-SLD, la période d'observation est de 14j

Il est souligné que la symptomatologie de la COVID chez la personne âgée est atypique (signes digestifs – diarrhée, état confusionnel ou chutes, fébricule ou variation de température entre hyper et hypothermie).

**Passée cette phase d'observation, le maintien en chambre simple des patients âgés est à privilégier.**

En cas d'impossibilité d'organiser l'ensemble des prises en charge en chambre simple, une chambre double peut être utilisée dans les situations suivantes :

- Deux patients atteints de COVID-19 documentés ;
- Deux patients guéris du COVID -19 (antécédent de COVID-19 confirmé par PCR et/ou sérologie positive) ;
- En MCO, patient sans signe clinique de COVID-19 à l'issue de la phase d'observation de 24 ou 48h, voire 5 jours si possible pour les voisins de patients à risque de forme grave, et avec RT-PCR négative ;
- En SSR et SLD, patient sans signe clinique de COVID-19 à l'issue de la phase d'observation de 14j, avec RT-PCR négative et en l'absence de contexte épidémique dans le service.

Une évaluation biquotidienne de l'apparition de signes évocateurs de COVID-19 est réalisée. Le dépistage par PCR est renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs et le malade alors immédiatement transféré en chambre individuelle.

Références :

- *Recommandation - Critères d'admission en chambre double – 23 juin 2020 (Annexe 2)*
- *Recommandation – Critères d'admission en SLD – 23 juin 2020 (Annexe 3)*

Ces recommandations seront révisées régulièrement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémie.

- **Levée des précautions gouttelettes et contact pour les patients âgés atteints de la COVID-19 et sortie du secteur MCO**

Pour les patients sortant de réanimation, ou ayant eu une forme grave, ou immunodéprimés ou les patients âgés fragiles, atteints de la COVID-19, la sortie du secteur MCO est possible vers un SSR, un SLD, un EHPAD ou vers le domicile :

- A partir du 10<sup>e</sup> jour après le 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 rectale 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 la sortie du secteur MCO, 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 requis : si charge virale élevée (Ct  $\leq 33$ , cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J10.

Hors ces situations, c'est-à-dire pour des patients âgés non fragiles, non polyopathologiques, la sortie du secteur MCO des patients atteints de la COVID-19 est possible vers un SSR, un SLD ou un EHPAD :

- à partir du 8<sup>ème</sup> jour après la date de début des symptômes ou, si inconnue après la date de de la 1<sup>ère</sup> PCR positive

- **ET** au moins 48 heures après disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale 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 suivant, 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 requis : si charge virale élevée (Ct  $\leq 33$ , cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J8.

Références :

- *Recommandation – Levée des précautions gouttelettes et contact des patients atteints de COVID-19 version 3 – 04 novembre 2020 (Annexe 4)*
- **Mesures concernant les admissions en SSR et SLD en cas de découverte de plusieurs cas avérés de COVID-19 dans une unité**

A partir de 2 cas avérés de COVID nosocomiaux dans une unité SSR ou SLD, les admissions dans cette unité sont suspendues jusqu'à ce que la situation épidémique soit considérée comme contrôlée par l'EOH.

Le dépistage des patients et professionnels contacts des cas avérés est organisé, et, si négatif, renouvelé 7 jours après le dernier contact avec le cas. Les visites des familles sont momentanément suspendues (cf. Recommandations de dépistage de la COVID-19 en gériatrie, en Annexe 1).

Le traitement de la limitation des visites est particulièrement délicat et se décide localement. Elle doit donner lieu à un accompagnement des patients et de leurs familles, avec lesquelles il importe de communiquer largement sur les mesures de protection mises en place et leur respect. La possibilité de télévisites et la mise à disposition de tablettes numériques pour les patients seront amplifiées.

### 3. RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA VACCINATION DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS DES SERVICES DE GERIATRIE

L'importance de la vaccination contre le pneumocoque des patients à risque d'infections invasives, ainsi que contre la grippe à la fois pour les patients et pour les professionnels, est rappelée et prend d'autant plus d'importance dans le contexte de vague épidémique de la Covid-19.

Dans les SLD, dans la mesure où la majorité des patients présente un facteur de risque d'infections invasives à pneumocoque, le CLIN central :

- recommande de vacciner contre le pneumocoque tous les patients hospitalisés en SLD. Il est proposé de vacciner, à leur entrée en SLD, les patients non antérieurement vaccinés et les patients dont le statut vaccinal antérieur vis à vis du pneumocoque est inconnu.
- rappelle que ces patients doivent être vaccinés tous les ans contre la grippe.

Les vaccins contre la grippe et contre le pneumocoque peuvent être administrés en même temps dans deux sites distincts.

Par ailleurs, les équipes des hôpitaux sont encouragées à mettre en place les actions suivantes en faveur de la vaccination contre la grippe :

- montrer l'exemple par la vaccination de l'encadrement médical et paramédical du service
- identifier des relais vaccineurs médicaux et paramédicaux dans chaque service de manière à faciliter l'accès à la vaccination
- organiser des équipes mobiles grâce à la coopération entre équipes de santé au travail, référents Antibiotiques et équipes opérationnelles d'hygiène

- offrir des plages horaires larges pour la vaccination dans les services de santé au travail
- organiser des séances ponctuelles de vaccination par exemple à l'arrivée des nouveaux internes
- assurer la traçabilité des vaccinations réalisées dans les services par l'intermédiaire de la fiche institutionnelle à transmettre quotidiennement aux services de santé au travail
- valoriser les services dans lesquels les taux de vaccination des personnels dépasseront les 75%.

Références :

- *Recommandation CLIN Central – Vaccination contre le pneumocoque des patients hospitalisés en soins de longue durée (SLD) – 2017 (Annexe 5)*

#### 4. TRAITEMENT PARTICULIER DES PATIENTS AGES DEMENTS DEAMBULANT

L'expérience acquise dans la gestion de l'épidémie conduit aux constats suivants pour ce qui concerne la prise en charge des patients déments déambulant :

- La COVID se transmet par contact et gouttelettes.
- Les personnes démentes ne respectent pas forcément les mesures barrières (trouble de la compréhension, oubli à mesure, désinhibition...) et en conséquence, les personnes démentes déambulant sont un facteur de risque de diffusion de la maladie au sein des unités de soins et des EHPAD
- Les conséquences du confinement en chambre sont fréquentes et graves notamment pour les personnes démentes (démotivation, dépression, délire, désapprentissage, régression psychomotrice)
- La prise en soins des patients déments déambulant dans des structures inadaptées s'accompagne de prescription inadaptée notamment de psychotropes à fort potentiel iatrogénique.
- Aucun traitement médicamenteux n'a prouvé son efficacité sur la déambulation des personnes avec des troubles neurocognitifs
- Les approches éco-psycho-sociales sont à privilégier pour les personnes démentes.
- La séparation géographique d'une population COVID + et COVID - dans une même unité de soins est difficile à organiser.
- La protection des professionnels est d'autant mieux organisée que la population de malades est homogène et identifiée pour des risques spécifiques.
- La prise en soins des personnes démentes nécessite une population homogène, une équipe formée, une architecture adaptée et des techniques de soins spécifiques.

La prise en charge de patients âgés présentant des troubles envahissants du comportement dans le contexte épidémique nécessite donc la mise en place d'organisations spécifiques visant à concilier deux impératifs : ne pas augmenter le risque de contamination pour les patients et les soignants vis-à-vis de ce virus d'une part, et garder les objectifs de soins de ces unités tout en respectant la dignité des patients sans aggraver leur état de santé d'autre part.

A cette fin, des recommandations relatives aux spécificités des soins au sein des Unités Alzheimer (court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP) dans le contexte Covid19 ont été élaborées (cf. Annexe 6).

En outre, une unité cognitivo-comportementale (UCC) de l'AP-HP à Corentin Celton de 6 à 10 lits est dédiée à la prise en charge de patients déments déambulant COVID positifs de plus de 75 ans résidant en EHPAD en Ile-de-France et pour lesquelles un confinement en chambre est impossible sauf à employer des doses de sédatifs menaçantes pour le pronostic vital et/ou fonctionnel à terme.

Dans le contexte de seconde vague, pour répondre aux besoins internes à l'AP-HP, une deuxième UCC (Bretonneau) pourra également être dédiée à ces prises en charge.

Par ailleurs, pour les patients déments déambulant atteints de la COVID-19 mais ne présentant pas de troubles envahissant du comportement, une unité SLD dédiée pourra également être identifiée.

Les conditions d'organisation recommandées pour les unités dédiées sont les suivantes :

- Une structure géographique parfaitement identifiable et sécurisée : un lieu spécifique, des chambres individuelles, un contrôle strict des entrées et sorties de l'unité et/ ou des chambres,
- Patients COVID + confirmés par PCR et pour une durée prévisionnelle de 24 jours à partir du début des symptômes
- Une UCC dédiée si le patient présente un trouble envahissant du comportement notamment l'agitation, l'agressivité et la déambulation
- Une unité de SLD pour les résidents déments ne respectant pas les mesures barrières mais sans trouble envahissant du comportement
- La capacité d'accueil et le nombre de structures sont adaptés aux besoins de la région Ile de France
- L'institution soutient les structures dédiées (plan de montée en charge et décroissance, soutien institutionnel des structures à capacité constante, budget COVID spécifique)
- Une structure sous la responsabilité d'un médecin senior
- Un personnel formé aux approches non médicamenteuses
- Une coopération étroite avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène du site hospitalier
- Des mesures de protection renforcée (visière de soins, changement de masque après une série de soins) pour des situations à haut risque de projection (patient refusant véhément les soins)
- Un renfort des équipes d'hygiène de proximité.
- Des outils d'information des familles (livret d'accueil, fiche spécifique...)
- Des moyens de communication pour ne pas rompre le lien avec les proches malgré l'interdiction des visites (smartphone, tablette, PC avec Vidéo...)
- Une éthique clinique développée par l'ensemble des professionnels de l'unité.
- Une obligation pour la structure qui adresse de reprendre le patient au décours des soins COVID.

## 5. RENFORCEMENT DES PERSONNELS

Les activités de la cellule Renfort RH mise en place en avril ont été prolongées. En cas de besoin, les sites gériatriques formulent leurs besoins en personnels et la cellule qui gère le vivier des candidats propose au plus vite des profils adaptés, essentiellement des infirmiers et des aides-soignants.

Le plan Emploi jeunes présenté en juillet dernier a mis l'accent sur le service civique, avec l'annonce de 100 000 nouveaux contrats. La santé fait partie des 9 thématiques prioritaires de l'Agence du service civique et l'AP-HP a été un des premiers employeurs à avoir proposé ces missions à des jeunes de 16 à 25 ans. Des financements nous offrent l'opportunité de développer de nouveaux contrats de service civique.

En septembre 2020, 23 jeunes du service civique exerçaient dans les services de Gériatrie. Dans le contexte épidémique, de l'encadrement des visites et des difficultés de l'application des gestes barrières par les visiteurs dans les services de Gériatrie, de la poursuite des télévisites et du maintien du lien social au travers des activités d'animation, de nouvelles missions de service civique pourraient être utilement développées.

Une « task-force » dédiée au recrutement de services civiques afin de répondre aux besoins de volontaire en service civique est mise en place et peut-être contactée par mail ([mission.servicecivique@aphp.fr](mailto:mission.servicecivique@aphp.fr)) ou par téléphone (01 40 27 30 44).

## 6. ORGANISATION DE L'APPUI SANITAIRE AUX RESIDENTS D'EHPAD

Une organisation spécifique a été activée dès avril à partir des filières gériatriques pour organiser l'appui sanitaire aux résidents d'EHPAD : admissions dans les services hospitaliers, hotline gériatrique, télé-médecine ou interventions des équipes mobiles gériatriques dans les EHPAD.

L'appui des filières gériatriques a également été complétée d'une mobilisation de l'HAD pour permettre une intervention 24h/24 au plus fort de la première vague.

En fonction de l'avancée de l'épidémie sur le territoire, cette organisation sera remise en place, notamment avec l'intervention de l'HAD 24h/24, le contact régulier des filières gériatriques et EMGE avec les EHPAD de leurs secteurs et la réactivation des astreintes téléphoniques.

Référence :

- *Charte d'intervention des EMGE et de l'HAD dans les EHPAD (Annexe 7)*

## 7. INDICATEURS DE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE

Le tableau de bord quotidien de suivi de l'épidémie intègre des indicateurs concernant les personnes âgées de plus de 75 ans.

Par ailleurs, l'ARS transmet régulièrement aux filières gériatriques et EMGE des indicateurs de suivi de la situation épidémique des personnes âgées, et notamment des indicateurs de suivi des EHPAD de leur territoire (nombre de cas chez les résidents et les professionnels).

## 8. PROTECTION DES PERSONNELS

Les hôpitaux veillent à la disponibilité des produits hydro-alcooliques et des équipements de protection individuelle des personnels en tenant compte des particularités des expositions en Gériatrie : disponibilité de visières, de surblouses, de gants et de masques (dont FFP2 en cas de besoin) en nombre suffisant.

Des formations sont délivrées, et renouvelées à intervalle régulier, pour les personnels médicaux, paramédicaux, les personnels de nuit, les équipes de bio nettoyage, les volontaires en service civique et les bénévoles de façon à ce que les mesures de protection soient connues et appliquées rigoureusement par tous. Des évaluations des pratiques permettront de s'assurer que les mesures de protection sont bien comprises et appliquées.

---

### **Annexes :**

- Annexe 1 : Dépistage de la COVID-19 en gériatrie – version 2 22 octobre 2020
- Annexe 2 : Critères d'admission en chambre double – 23 juin 2020
- Annexe 3 : Critères d'admission en SLD – 23 juin 2020
- Annexe 4 : Levée des précautions gouttelettes et contact des patients atteints de COVID-19 version 3 – 04 novembre 2020
- Annexe 5 : Recommandation CLIN – Vaccination contre le pneumocoque des patients hospitalisés en soins de longue durée (SLD) - 2017
- Annexe 6 : Spécificité des soins au sein des Unités Alzheimer (court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP) dans le contexte Covid19
- Annexe 7 : Charte d'intervention des EMGE et de l'HAD dans les EHPAD

Rédaction : Cécile Balandier, Sophie Brun

Relecture : Olivier Drunat, Eric Pautas, Sandra Fournier, Albane Trihan, Christine Mangin, Marc Verny, Patricia Baune, Caroline Grudzien, Valérie Goldstein, Véronique Faraut-Derouin, Véronique Moulin

Validation : Catherine Paugam

# Dépistage de la COVID-19 en gériatrie

Version 2 – 22 octobre 2020

La PCR permet de détecter la présence d'ARN de SARS-CoV-2 dans un prélèvement naso-pharyngé. Certaines personnes ayant été infectées par le SARS-CoV-2 gardent une PCR positive pendant plusieurs semaines (Li). La détection virale est parfois intermittente, avec des valeurs de «cycle threshold» (Ct) très élevées, suggérant une faible quantité d'ARN (Young). Ces personnes avec une PCR positive prolongée dans les suites d'une infection, ne sont pas considérées comme contagieuses et les critères en vigueur pour décider de la levée des précautions complémentaires et de la reprise de l'activité professionnelle sont basés sur la clinique et le délai par rapport au début des symptômes (HCSP 08/07 et 23/07). Il n'est pas recommandé de contrôler la PCR avant la levée des précautions complémentaires d'hygiène.

Les études de suivi des taux d'anticorps chez les personnes ayant une sérologie positive montrent que les anticorps neutralisants peuvent disparaître après quelques mois (Seow).

De rares cas de réinfection sont rapportés (Kay-Wang To K, Van Elslande J, Tillet R, Prado-Vivar, Gupta V).

## INDICATIONS DU DEPISTAGE PAR PCR

### Patients

Tout patient ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, en tenant compte des spécificités des symptômes de COVID-19 chez la personne âgée.

1. Tout patient contact d'un cas de COVID-19 : le périmètre des patients à dépister est défini en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène en tenant compte des activités communes et de la présence de patients déambulants, potentiels vecteurs de transmission.
2. Avant hospitalisation en chambre double, cf. recommandation du 23/06/2020
3. Dans les 48h avant admission en SLD, en l'absence d'antécédent connu de COVID, cf. recommandation du 23/06/2020.

### Personnels

1. Symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs : dépistage à réaliser sans délai dès l'apparition des signes ;
2. Contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19 : dépistage à réaliser immédiatement et, si négatif, à renouveler 7 jours après le dernier contact avec le cas ;
3. Retour de l'étranger, de congés : dépistage à réaliser dès que possible lors de la reprise de l'activité ;
4. Participation à un rassemblement d'un grand nombre de personnes : dépistage à réaliser dans la semaine qui suit.

Au-delà de ces indications, considérées comme prioritaires, 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.

### Dépistages transversaux larges systématiques de personnels et patients :

Des dépistages larges des personnels et des patients pourront être envisagés selon l'évolution de l'épidémie en tenant compte des intérêts et limites rappelés dans l'avis du HCSP du 10 octobre 2020 :

- intérêts : Identifier un patient ou un personnel avec COVID-19 asymptomatique : la mise en œuvre de précautions d'hygiène ou l'éviction professionnelle permettra de limiter la transmission du virus aux patients et personnels.
- limites :
  - o Faux négatifs (la PCR a une sensibilité d'environ 70 à 80% chez un patient symptomatique)
  - o Valeur à un instant t mais risque de se positiver les jours suivants
  - o Nécessiterait d'être réitéré à intervalles réguliers, à définir
  - o Inconfort et acceptabilité
  - o Difficulté organisationnelle
  - o Capacité de réalisation des PCR dans les laboratoires de virologie.

### Cas particulier des patients et personnels ayant un antécédent de COVID-19 confirmé par PCR et/ou sérologie positive :

Le dépistage par PCR n'est pas systématiquement réalisé dans les indications ci-dessus, mais uniquement en cas de symptômes évocateurs de COVID : dans ce cas, réaliser une PCR et tenir compte à la fois du tableau clinique et de la quantité de virus excrété pour déclencher ou non des précautions complémentaires d'hygiène et un contact tracing.

A titre indicatif, selon l'avis de la SFM du 25/09, 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):

- ≤ 33 Ct : excrétion virale significative
- Ct > 33 : excrétion virale modérée voire très faible

Dans ces cas particuliers, la décision de mettre en place des précautions d'hygiène peut être prise après avis concertés d'un infectiologue, d'un virologue et de l'équipe d'hygiène.

## INDICATIONS DES SEROLOGIES

---

Les indications sont à poser au cas par cas, selon que le résultat modifiera ou non les conditions de prise en charge, par exemple avant admission en chambre double de deux personnes séropositives pour le SARS-CoV-2.

## INDICATIONS DES TROD ANTIGENIQUES

---

La place et les indications des tests antigéniques restent à préciser en gériatrie (avis de la HAS du 08/10/20, avis HCSP du 10/10/20).

## REFERENCES

---

- Avis HCSP relatif aux stratégies de dépistage du Covid-19 dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. 10 octobre 2020
- Avis HAS n° 2020.0059/AC/SEAP du 8 octobre 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'utilisation de la détection antigénique du virus SARS-CoV2 sur prélèvement nasopharyngé en contexte ambulatoire
- Levée des précautions gouttelettes et contact des patients atteints de COVID-19 AP-HP Version 2 – 30 septembre 2020
- Organisation du dépistage de la COVID-19 par RT-PCR chez les personnels, AP-HP 2 septembre 2020
- Critères d'admission en SLD, AP-HP 23 juin 2020
- Critères d'admission en chambre double, AP-HP 28 mai 2020.
- Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou un personnel, AP-HP 11 mai 2020.
- Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise d'activité non COVID-19, AP-HP 20 avril 2020
- Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins, avis du 12 mai 2020.
- Avis HCSP du 8 juillet 2020 relatif à la conduite à tenir en fonction du statut virologique SARS-CoV-2 chez une personne testée dans le cadre du dépistage ou du contact-tracing.
- Rapport HCSP du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19.
- Young BE et al. Singapore 2019 Novel Coronavirus Outbreak Research Team. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. JAMA. 2020
- Kay-Wang To K et al COVID-19 re-infection by a phylogenetically distinct SARS-coronavirus-2 strain confirmed by whole genome sequencing. CID 2020
- Seow et al. Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection. MedRxiv 2020
- Grzelak et al. A comparison of four serological assays for detecting antiSARS-CoV-2 antibodies in human serum samples from different populations. Science Translational Medicine 2020
- Le Bert et al. SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls. Nature 2020.
- Li N, Wang X, Lv T. Prolonged SARS-CoV-2 RNA shedding: Not a rare phenomenon. J Med Virol. 2020

Rédaction : Sandra Fournier

Relecture : Sophie Brun, Olivier Drunat, Magali Guichardon Christine Mangin, Galdric Orvoen, Pauline Rabier Lebrun, équipes opérationnelles d'hygiène

V2 : dépistage dans les 48h avant admission en SLD, cf. recommandation du 23/06/2020

# Epidémie de Covid-19

## Critères d'admission en chambre double

Version 2 – 23 juin 2020

### RAPPELS

Le **port du masque** est systématique pour :

- tous les professionnels en toutes circonstances,
- tous les patients qui peuvent le supporter (en sortant de leur chambre, en chambre double, en hôpital de jour, et consultation),
- tous les visiteurs et accompagnants.

La **friction hydro-alcoolique** des mains est réalisée par les personnels avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement et régulièrement par les patients.

La **distanciation physique** est appliquée dans tous les lieux de l'hôpital par les personnels et les patients.

### PREAMBULE

Afin de définir les critères d'admission en chambre double, les points suivants doivent être pris en compte :

- être hospitalisé en chambre double à côté d'un patient atteint de COVID-19 expose au risque d'acquisition du SARS-CoV-2
- certains patients, dont la liste a été définie par le HCSP (avis 20/04/20), sont à risque de développer des formes graves de COVID-19
- la prévalence actuelle du COVID-19 dans la population n'est pas connue, est probablement faible, mais susceptible d'augmenter en cas de reprise de l'épidémie
- le nombre de chambre individuelle dans les hôpitaux est limité et non extensible à court terme
- la prise en charge des patients pour les pathologies autres que COVID-19 ne devrait pas être limitée en raison d'une absence de chambre individuelle.

### ACCUEIL EN CHAMBRES INDIVIDUELLES ET CHAMBRES DOUBLES

**Pour faire face à la limitation du nombre de chambre individuelle, le choix d'une alternative doit reposer sur les échanges entre l'équipe opérationnelle d'hygiène, la direction et les équipes du service concerné, en tenant compte de la spécialité du service (réanimation, médecine, SSR...), des patients, des contraintes architecturales et des alternatives disponibles.**

**La chambre individuelle avec sanitaires individuels est privilégiée autant que possible pour tout patient.**

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

- suspects de COVID-19 ;
- ayant un antécédent de contage 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 (cf. liste HCSP ci-dessous) ;
- 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, ...).

**Rappel : Indépendamment du risque COVID, la chambre individuelle est indiquée pour les patients nécessitant des précautions complémentaires d'hygiène (BMR, BHR, tuberculose...) ou un isolement protecteur.**

**Une chambre double peut être utilisée** dans les situations suivantes :

- deux patients atteints de COVID-19 documenté,
- patient guéri du COVID-19,
- 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, voire 5 jours si possible pour les voisins de patients à risque de forme grave, et avec RT-PCR négative.
- 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. Le dépistage par PCR est renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs et le malade alors immédiatement transféré en chambre individuelle.

**Ces recommandations seront révisées régulièrement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémie.**

## 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,
- 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,
- port du masque chirurgical systématique pour sortir de la chambre, limiter les sorties au strict nécessaire,
- 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,
- salle de bain avec lavabo équipé de savon liquide et d'essuie-mains à usage unique.

## RAPPEL : PERSONNES A RISQUE DE FORME GRAVE DE COVID-19 (HCSP 20/04/2020)

- Etre âgé de 65 ans et plus ;
- Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications ;
- Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale : broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment ;
- Présenter une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- Etre atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm<sup>2</sup>) ;
- Etre atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise :
  - o médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
  - o infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm<sup>3</sup> ;
  - o consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
  - o liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- Etre atteint de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- Etre au troisième trimestre de la grossesse.

## Références

- . Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise d'activité non COVID-19, AP-HP 20 avril 2020
- . Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou un personnel. AP-HP 11 mai 2020
- . Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins, avis du 12 mai 2020
- . Proposition de démarche en établissement de sante pour l'accueil des patients en situation post confinement : CPIAS ARA 5 mai 2020
- . Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics HCSP 20 avril 2020

Rédaction : Sandra Fournier le 27/05/2020

Relecture : Réseau des équipes opérationnelles d'hygiène de l'AP-HP

Modifications V2 du 23/06/2020 : assouplissement des critères d'hospitalisation en chambre double et suppression de la recommandation de porter un masque en chambre double.

# Epidémie de Covid-19

## Critères d'admission en SLD

Version 1 – 23 juin 2020

### PREAMBULE

Afin de définir les critères d'admission en SLD, les points suivants doivent être pris en compte :

- la prévalence actuelle de la COVID-19 dans la population n'est pas connue, est probablement faible, mais susceptible d'augmenter en cas de reprise de l'épidémie dans les suites de la levée du confinement ;
- certains patients, dont la liste a été définie par le HCSP (avis 20/04/20), sont à risque de développer des formes graves de COVID-19 ;
- être hospitalisé en chambre double à côté d'un patient atteint de COVID-19 expose au risque d'acquisition du SARS-CoV-2 ;
- le nombre de chambres individuelles dans les hôpitaux est limité et non extensible à court terme.

### ACCUEIL EN SLD

#### Préalables avant admission :

4. Secteur de SLD sans cas de COVID évolutif

5. Patient :

- sans signes de COVID évolutive ;
- sans contact avec un patient atteint de COVID dans les 14 jours précédents ;
- avec PCR SARS-CoV-2 négative depuis moins de 48h, en l'absence d'antécédent connu de COVID ;
- NB : les patients guéris de la COVID peuvent être admis en SLD, même si la PCR reste positive.

#### Conditions d'admission :

- Chambre individuelle pendant 14 jours au moins ;
- Après J14, réalisation d'une PCR (sauf pour les patients guéris de la COVID) et, si négative, possibilité de transfert en chambre double.

#### **La chambre individuelle avec sanitaires individuels est privilégiée autant que possible pour tout patient.**

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.

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

- à risque de forme grave de COVID-19, ex : asthme ou BPCO sévères, IMC > 30kg/m<sup>2</sup>, cancer hématologique, traitement anticancéreux (chimiothérapie, immunothérapie, radiothérapie,...) ou induisant une immunosuppression pouvant augmenter le risque infectieux (corticoïdes à haute dose) ;
- 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, ...).

**Rappel : Indépendamment du risque COVID, la chambre individuelle est indiquée pour les patients nécessitant des précautions complémentaires d'hygiène (BMR, BHRe, tuberculose...) ou un isolement protecteur.**

**En dehors de ces critères, une chambre double, ou une chambre individuelle avec sanitaires partagés, peut être utilisée dans les situations suivantes :**

- patient guéri de la COVID -19,
- 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 quotidienne de l'apparition de signes évocateurs de COVID-19 est réalisée. Le dépistage par PCR est renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs et le patient est alors immédiatement transféré en chambre individuelle.

**Ces recommandations seront révisées régulièrement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémie.**

## MESURES POUR LES PATIENTS ACCUEILLIS EN CHAMBRE DOUBLE

Les mesures ci-dessous peuvent être impossibles à appliquer pour les patients ayant des troubles cognitifs ou comportementaux. **La décision d'hospitalisation en chambre double revient à l'équipe soignante après évaluation de la balance bénéfices-risques pour les patients.**

Mesures préconisées :

- séparation des lits, dans la mesure du possible, avec cloison ou paravent solide et d'entretien facile,
- idéalement quand l'état cognitif ou comportemental du patient le permet, respect par les patients d'une distance d'au moins 1 m avec leur voisin lors des déplacements dans la chambre,
- 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,
- port du masque chirurgical systématique pour sortir de la chambre, quand le patient l'accepte et le supporte, et limite des sorties au strict nécessaire,
- quand l'état cognitif ou comportemental du patient le permet, 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,
- cabinet de toilettes avec lavabo équipé de savon liquide et d'essuie-mains à usage unique.

## RAPPELS

Le **port du masque** est systématique pour :

- tous les professionnels en toutes circonstances,
- tous les patients qui peuvent le supporter (en sortant de leur chambre, en chambre double, en hôpital de jour, et consultation),
- tous les visiteurs et accompagnants.

Une **visière ou des lunettes** de protection protègent les soignants du risque de projection si un patient crache lors des soins de bouche, des repas ou d'un soin rapproché.

La **friction hydro-alcoolique** des mains est réalisée par les personnels avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement et régulièrement par les patients.

La **distanciation physique** est appliquée dans tous les lieux de l'hôpital par les personnels et les patients.

## Références

. Critères de levée du confinement pour les patients âgés atteints de Covid-19. Conséquences pour entrées – sorties en court séjour, SSR, SLD dédiés, AP-HP 27 mars 2020.

Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise d'activité non COVID-19, AP-HP 20 avril 2020.

. Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou un personnel, AP-HP 11 mai 2020.

. Critères d'admission en chambre double, AP-HP 28 mai 2020.

. Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins, avis du 12 mai 2020.

. Proposition de démarche en établissement de sante pour l'accueil des patients en situation post confinement : CPIAS ARA 5 mai 2020.

. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics HCSP 20 avril 2020.

Rédaction : Sandra Fournier le 15/06/2020

Relecture : Cécile Balandier, Eric Pautas, Magali Guichardon, Olivier Drunat

# Délais avant transfert et levée des précautions gouttelettes et contact des patients atteints de COVID-19

Version 3 – 4 novembre 2020

Les délais avant transfert et levée des précautions complémentaires d'hygiène exposés ci-dessous tiennent compte de l'actualisation des recommandations du HCSP du 23/10/2020.

La situation des personnes âgées ( $\geq 75$  ans) doit, en particulier, 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 dans le texte ci-dessous, 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.

NB : les délais de levée des précautions complémentaires d'hygiène décrits ci-dessous s'appliquent aux patients atteints de COVID-19 qu'ils soient ou non pris en charge dans un secteur dédié COVID.

## SORTIE D'HOSPITALISATION EN MCO D'UN PATIENT NON IMMUNODEPRIME 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.

## PATIENT SORTANT DE REANIMATION, OU AYANT EU UNE FORME GRAVE, OU IMMUNODEPRIME, OU PATIENT AGE FRAGILE

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.

## DECOUVERTE FORTUITE D'UNE PCR POSITIVE CHEZ UN PATIENT ASYMPTOMATIQUE SANS ANTECEDENT 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).

## RETOUR DIRECT A 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.

## RE-HOSPITALISATION D'UN PATIENT AVEC ANTECEDENTS 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.

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

Dans ces cas particuliers, la décision de mettre en place des précautions d'hygiène peut être prise après avis concertés d'un infectiologue, d'un virologue et de l'équipe d'hygiène.

## REFERENCES

- Avis du HCSP du 23 octobre 2020 relatif au délai de transfert en SSR ou en Ehpad des patients ayant présenté un Covid-19.
- Avis du 7 octobre 2020 de la Société Française de Microbiologie (SFM) relatif à l'interprétation de la valeur de Ct (estimation de la charge virale) obtenue en cas de RT-PCR SARS-CoV-2 positive sur les prélèvements cliniques réalisés à des fins diagnostiques ou de dépistage Version 3 \_ 07/10/2020
- Rapport HCSP du 23 juillet 2020 relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19.
- Avis HCSP du 8 juillet 2020 relatif à la conduite à tenir en fonction du statut virologique SARS-CoV-2 chez une personne testée dans le cadre du dépistage ou du contact-tracing.

Rédaction : Sandra Fournier, Olivier Drunat, Pierre Frange, Jean-Michel Molina, Eric Pautas

Relecture : Equipes opérationnelles d'hygiène

Validation : Christine Guéri

Mise à jour V2 : proposition d'interprétation pour les cas de PCR positive chez un patient avec antécédent de COVID.

Mise à jour V3 : modification selon avis du HCSP relatif au délai de transfert en SSR ou en Ehpad des patients ayant présenté un Covid-19 du 23 octobre 2020 (PCR si transfert nécessaire avant les délais recommandés).

# EVOLUTION DES PRECAUTIONS GOUTTELETES ET CONTACT CHEZ UN PATIENT ATTEINT DE COVID-19

**Important : le passage à la phase suivante nécessite 48h sans fièvre ni dyspnée  
(température ≤ 37.8 °C et amélioration nette de l'état respiratoire : besoin en O2 ≤ 2L/mn pour maintenir une SaO2 au repos ≥ 95%)**

Forme grave de Covid-19, sortie de réanimation, patient immunodéprimé, patient âgé fragile	J0* ----->	J+10 ----->	J+24 -----> Sortie
	Précautions complémentaires GOUTTELETES et CONTACT	Maintien des Précautions Gouttelettes et Contact	Précautions standard Maintien des gestes barrière
		↑ Transfert possible vers SSR, ou SLD ou EHPAD si absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48H. Pas de PCR avant transfert**.	
Patient hospitalisé en MCO	J0* ----->	J+8 ----->	J+14 -----> Sortie
	Précautions complémentaires GOUTTELETES et CONTACT	Maintien des Précautions Gouttelettes et Contact	Précautions standard Maintien des gestes barrière
		↑ Transfert vers SSR possible si absence de fièvre et de dyspnée depuis au moins 48H. Pas de PCR avant transfert**.	
	Si sortie domicile avant J+8 : Eviction professionnelle jusqu'à J+8 et au moins 48h après amélioration des symptômes. Maintien des gestes barrière.		
Découverte fortuite chez un patient non-immunodéprimé, non symptomatique	J0* ----->	J+8 -----> Sortie	
	Précautions complémentaires GOUTTELETES et CONTACT	Précautions standard Maintien des gestes barrière	
Découverte fortuite chez un patient immunodéprimé, non symptomatique	J0* ----->	J+14 -----> Sortie	
	Précautions complémentaires GOUTTELETES et CONTACT	Précautions standard Maintien des gestes barrière	

**Ré hospitalisation d'un patient avec antécédent de COVID-19** : pas d'indication à une PCR systématique

o Si ré hospitalisation < 14 jours après début des symptômes, (24 jours si immunodéprimé) : mettre en précautions gouttelettes et contact

o Si ré hospitalisation > 14 jours après début des symptômes (24 jours si immunodéprimé) :

- Si asymptomatique : précautions standard et mesures barrière COVID-19

- Si symptômes évocateurs de COVID-19 : refaire PCR (Cf. algorithme SFM) + Précautions complémentaires gouttelettes et contact + avis EOH + avis infectieux

\* J0 = date de début des symptômes ou, si inconnue, date de la 1<sup>ère</sup> PCR positive ou, si inconnue, date d'entrée en réa

\*\* Sauf si transfert nécessaire avant les délais requis : si charge virale élevée (≤ 33, cf. algorithme SFM), transfert non autorisé

## Spécificités des soins au sein des Unités Alzheimer (court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP) dans le contexte Covid19

Version 14 mai 2020

L'évolution de la pandémie par SARS-COV-2 questionne l'organisation et les soins des unités dédiées aux personnes âgées présentant des troubles envahissants du comportement. Après une montée en charge liée aux soins des personnes infectées, une nouvelle étape s'ouvre suite à l'allègement du confinement.

Deux impératifs restent à concilier : ne pas augmenter le risque de contamination pour les patients et les soignants vis-à-vis de ce virus d'une part, et garder les objectifs de soins de ces unités tout en respectant la dignité des patients sans aggraver leur état de santé d'autre part.

### ETAPES ORGANISATIONNELLES

Le principe général de gestion de l'unité de soins lors de l'allègement du déconfinement reste d'éviter de contaminer des patients Covid- et de rationaliser autant que possible la charge de travail du personnel soignant.

Dans les unités ayant accueilli des patients Covid+ la mise en place de mesure de désinfection de l'ensemble des locaux est à prévoir selon les protocoles en vigueur, par chambre et par service.

Il est conseillé par territoire de santé de réfléchir à l'organisation d'une filière de soins avec l'individualisation d'unités type Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), Unité d'Hospitalisation Renforcée (UHR) voire unité de Vie Protégée (UVP) pouvant accueillir des patients Covid+ stables cliniquement en dehors du court séjour.

#### • Etape 0 : pas de cas Covid présent ou repéré au sein de l'unité de soins

- Le statut Covid des patients asymptomatiques entrants doit être systématiquement recherché et connu avant l'entrée dans l'unité : RT-PCR datant de moins de 48h et idéalement aussi scanner thoracique et statut sérologique
- Surveillance clinique et des paramètres vitaux (Check-list infra) des entrants, une fois par poste, pour repérer un patient à risque de développer l'infection, car persiste un risque de faux négatifs en RT-PCR

#### Check-list à faire, avant l'admission et dans la semaine qui suit l'entrée en Unité Alzheimer

##### Symptômes cliniques évocateurs récents (<14j) ou actuels à rechercher :

- |   |   |
|---|---|
| - Dyspnée/Toux  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Anosmie /Agueusie   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Symptomatologie ORL   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome confusionnel sans facteur déclenchant évident                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Altération de l'état général/Asthénie   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Baisse d'appétit/Anorexie   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Chutes inhabituelles ou augmentation de fréquence                               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Apparition brutale de troubles du comportement sans facteur déclenchant évident | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Diarrhées/Nausées   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Syndrome grippal  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

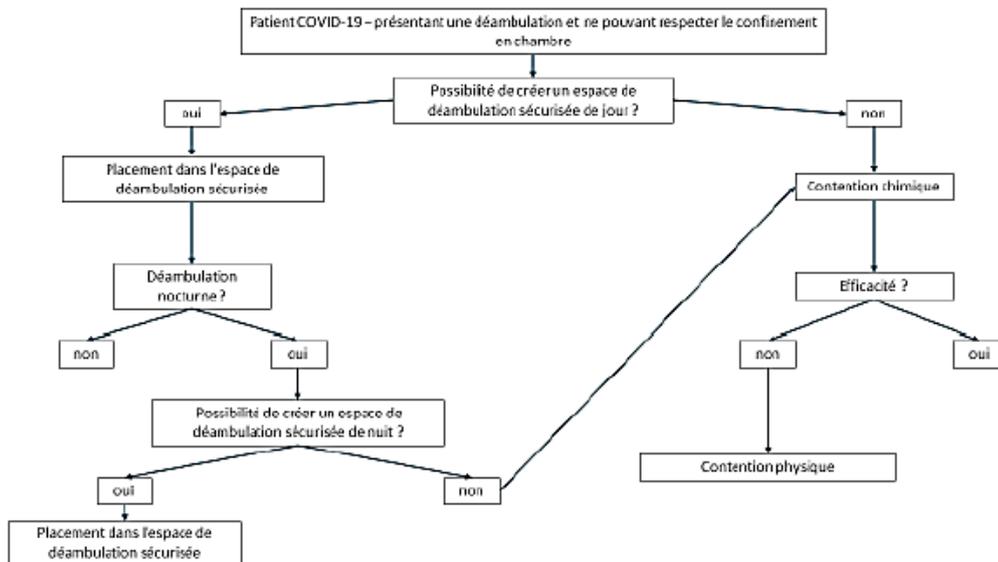
##### Sur le plan des paramètres vitaux :

- |  |   |
|--|---|
| - Saturation O2 < 92%                    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Température > 37,8°C                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| - Fréquence Respiratoire > 22 par minute | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

- Ne pas accepter d'entrée de patient Covid+ dans l'unité de soins tant qu'il existe un risque de contamination : le patient doit être asymptomatique et avoir une RT-PCR négative dans les 48 heures précédentes, ou patient post-Covid asymptomatique et minimum 24 jours entre le début de ses symptômes et son entrée dans l'unité (avis HCSP du 16 mars 2020), car le port du masque pour ces patients est le plus souvent impossible
- Eviter l'utilisation de chambres doubles
- Garder la mise en œuvre des gestes barrières
- Pas de reprise des activités de groupe s'il est impossible de respecter les gestes barrières, le port du masque et une distanciation suffisante entre les malades. Privilégier la prise en charge individuelle avec un soignant. Désinfecter ou laver selon les protocoles en vigueur les objets utilisés lors de ces activités dès la fin de leur utilisation. Eviter l'emploi d'objets difficilement désinfectables ou lavables.
- Eviter les ateliers cuisine même individuels
- Port du masque chirurgical par tous les soignants en contact avec les patients

- Port de masque chirurgical pour le patient présentant un symptôme respiratoire ou digestif, en plus des gestes barrières, en attendant les résultats du bilan étiologique demandé
  - L'isolement/confinement de patient en chambre est à analyser au cas par cas
  - La contention de patient déambulant n'est pas conseillée en systématique à ce niveau de risque
  - Dépistage RT-PCR à prévoir juste avant la sortie d'un patient vers une structure médico-sociale. Indication à discuter dans le cas d'un retour au domicile
- **Etape 1 : découverte ou suspicion d'un cas Covid+ dans une unité non-Covid**
    - Transférer les cas émergents Covid+ autant que faire se peut en fonction de leur état clinique vers des unités Covid+ court séjour (de préférence localement) ou une unité type court séjour Alzheimer, UCC, UHR ou UVP organisée pour accueillir des patients Covid+
    - Faire un dépistage PCR des autres patients de l'unité et des soignants ayant été en contact avec ce patient, avec prise de décision ensuite en fonction des résultats obtenus. Isolement au maximum des patients en chambre conseillé en attendant les résultats de ces prélèvements
    - Vigilance étroite des autres patients asymptomatiques présents dans l'unité dans l'attente des résultats (surveillance des constantes, de la clinique et si nécessaire d'autres bilans)
  - **Etape 2 : le transfert des patients Covid+ vers une unité spécifique devient impossible**
    - A partir de deux cas avérés dans l'unité, cette entité devient alors une unité Covid
    - Tester les autres patients et faire sortir les patients testés Covid négatif dans une autre unité non-Covid du territoire
    - Regrouper les patients Covid+ dans des chambres contiguës
    - Isoler au maximum les patients en chambre
    - Si possible isoler les patients déambulant Covid+ dans une sous unité fermée
    - Renforcer les équipes médicales et paramédicales avec sectorisation des professionnels PM/PNM suivant le statut Covid+ / Covid- en essayant d'obtenir le ratio de personnel des unités Covid court séjour défini sur votre territoire
    - A partir du moment où l'unité est considérée comme Covid+, les nouveaux entrants sont Covid+ ou très probablement Covid et les sortants devront être en isolement gouttelette
    - **Les patients déambulant Covid+ ou suspects seront accueillis préférentiellement dans ce type d'unité où un contrôle de l'espace de déambulation et des sorties est possible**
      - **il est impératif d'argumenter et de tracer dans le dossier médical toutes les décisions relatives à la limitation d'aller et venir, avec la nécessité de réévaluer régulièrement cette décision.**
      - préconiser le port du masque pour le patient si possible
      - si confinement/isolement du patient mal toléré par le patient et génère de l'anxiété, accentue les comportements moteurs aberrants ou d'autres symptômes psycho-comportementaux, mise en place d'une contention chimique (Cf schéma infra)
      - si confinement/isolement impossible, exceptionnellement prescrire une contention physique type sangle abdomino-pelvienne au fauteuil (prescription médicale à renouveler de façon optimale toutes les heures selon les possibilités de l'équipe soignante, sinon écrire une procédure dégradée en fonctions des ressources humaines)
      - la tolérance de la contention est réévaluée de façon pluriquotidienne
      - une fois la contention chimique efficace, alléger le mode de contention physique
      - si présence de patients déambulant dans l'unité ne pas mettre les poubelles DASRI à l'extérieur des chambres

**Schéma : patient déambulant ne pouvant pas respecter le confinement ou l'isolement**



- **Etape 3 : Sortie progressive de la période de confinement. Cas particuliers des unités qui sont actuellement des unités Covid+ suite à la première vague épidémique**

**Cas des UCC et court séjour Alzheimer Covid+**

- Une décroissance d'activité est observée dans ces unités du fait d'une baisse du nombre de nouveaux malades
- Lors du déconfinement, il convient de réfléchir à une organisation de territoire de ces filières de soins. Dans l'idéal il serait intéressant qu'au moins une unité soit fléchée Covid+ pour parer à une éventuelle ré-augmentation des cas. Si cela s'avère impossible, il faut définir un lieu d'accueil des patients Covid+ nécessitant une prise en charge comportementale
- Ces unités Covid+ auront vocation à regrouper les cas Covid+ d'un même territoire. Il y aura un double flux Covid+ à côté d'une filière Covid-
- Les critères d'entrée dans ces unités comportementales Covid+ sont ceux habituellement retenus : patients stables sur le plan somatique et répondant aux critères d'entrée habituels (troubles du comportement majeurs)

**Pour les UHR ou UVP**

- Pour celles qui avaient pu transférer ou faire sortir tous leurs cas positifs vers des unités Covid+, possibilité de reprendre ces patients lorsqu'ils sont Covid- sur la RT-PCR (selon protocole en vigueur sur la levée d'isolement)
- Pour celles qui ont gardé des patients Covid+ (unités Post-Covid), possibilité de récupérer des patients Covid+ stables sur le plan somatique à J14, avec levée de l'isolement dans un second temps selon les protocoles en vigueur (HCSP)

**Organisation des visites de famille** dans les unités Alzheimer, lorsque celles-ci seront à nouveau autorisées :

- Il est conseillé de se baser sur le protocole actuel proposé aux EHPAD :
  - organisation d'un lieu de visite en dehors de l'unité, où les patients et leurs familles peuvent se voir en respectant les mesures de distanciation
  - disponibilité d'un soignant pendant la durée de la visite familiale
  - organisation d'un planning de visite sur rendez vous
  - création d'un registre des visites
  - s'assurer que le visiteur n'a pas de température ou de symptômes compatibles avec une infection Covid
  - prévoir désinfection de ce lieu entre chaque visite
- Maintenir en parallèle les contacts téléphoniques et les visio
- Sur avis médical, en cas de grandes souffrances morales et/ou de situation de fin de vie, possibilité d'organiser des visites de proches

**Activités non-médicamenteuses collectives**

- En l'état actuel des connaissances sur ce virus et de sa diffusion sur le territoire, elles ne pourront être reprises que lorsque la situation sanitaire le permettra (vaccins, traitements médicamenteux, protection de groupe...)
- S'il est impossible de respecter les gestes barrières, le port du masque par les patients et les soignants et une distanciation suffisante.
- Eviter les ateliers cuisine même individuels

## UTILISATION DES PSYCHOTROPES POUR DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLES NEUROCOGNITIFS

---

Dans le cadre de la pandémie, la prise en soins de certains patients âgés atteints de troubles neurocognitifs agités, Covid+ ou Covid-, est problématique. Il n'existe pas encore de consensus thérapeutique sur l'utilisation des psychotropes dans ce contexte. Toutefois, pour les patients Covid +, il apparaît nécessaire de :

- Maintenir la priorité sur les approches non médicamenteuses
- Privilégier une approche médicamenteuse selon l'aspect clinique de la situation (confusion, anxiété, dépression, délire...)
- Diminuer les posologies des psychotropes (moins bonne tolérance, iatrogénie du fait des coprescriptions, du caractère thrombogène et pro-arythmogène de l'infection par SARS-COV-2)
- Réviser quotidiennement le bénéfice risque de tous les psychotropes
- Alimentation hypercalorique et hyperprotidique +/- compléments nutritionnels oraux
- Stimulation activité physique dont la marche dès que possible
- Adapter l'hydratation aux pertes notamment par perspiration

Si des psychotropes doivent être utilisés :

- Pour les patients Covid +, il paraît nécessaire d'alléger les psychotropes notamment ceux à effet sédatif. En effet, la fièvre majore les effets indésirables des psychotropes, notamment le risque de chutes, mais surtout de troubles de déglutition.
- Pour l'agitation aiguë : privilégier en première ligne les benzodiazépines per os à résorption rapide et demi-vie courte (oxazépam, lorazépam voire alprazolam).
- Sur les agitations/anxiétés chroniques : utilisation possible d'IRS en tenant compte des effets secondaires, notamment pour l'escitalopram et le citalopram sur le QTc. Une alternative dans cette indication peut également être la prégabaline.
- Si délire/hallucinations : privilégier les pratiques thérapeutiques habituelles

Cas particulier de la non disponibilité de certaines molécules mises en tension du fait de l'épisode COVID :

Certaines équipes utilisaient hors AMM le midazolam per os ou SC pour la gestion de certains épisodes comportementaux aigus ou avant certains soins. Si la voie injectable est nécessaire, il conviendra alors de privilégier l'utilisation de molécules type benzodiazépine à posologie adaptée, mais en ayant conscience de leur demi-vie très longue avec un risque d'accumulation si ces traitements venaient à être utilisés quotidiennement. Sont disponibles sous forme injectable notamment le diazépam (Valium\*), le clorazépate (Tranxène\*), le clonazépam (Rivotril\*).

Pour info chez un sujet jeune les équivalences posologiques per os sont les suivantes : 1 mg de lorazépam (Témesta<sup>®</sup>) = 20 mg d'oxazépam (Séresta<sup>®</sup>) = 10 mg de diazépam (Valium<sup>®</sup>) = 15 mg de clorazépate (Tranxène<sup>®</sup>) = 0,5 mg de clonazépam (Rivotril<sup>®</sup>)

## AUTRES ACTIONS

---

### • Limiter les effets de l'isolement

- programmer des levées d'isolement dans la journée (visite de soignant en chambre, marche dans l'unité et/ou jardin, activité physique, programme musical en chambre, ...)
- prendre du temps pour l'aide au repas (participation des rééducateurs, psychologues et médecins)
- disposer de moyens de communication téléphonique et/ou visio pour maintenir un lien avec l'entourage
- diversifier les matériaux pour un usage personnel (exemple : peluche)
- organiser la gestion du linge si possible avec les familles pour garder les effets personnels

### • Soutenir les équipes soignantes

- implication active des responsables d'unité
- mobiliser les psychologues et mettre en place des groupes de parole
- informer sur les hotlines de soutien psychologique

## REFERENCES

---

- HAS : Prise en charge des troubles du comportement perturbateurs - 2009 - Recommandations de bonnes pratiques
- HAS : Guide Parcours de soins de la maladie d'Alzheimer – Mai 2018
- Avis du Haut Conseil de Santé Publique du 16 mars 2020 relatif aux critères de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2

---

**Coordonnateurs et rédaction :** Olivier Drunat, Jean Roche

**Contributeurs :** Eric Dumas, Florence Lebert, Vania Leclercq, Hermine Lenoir, Alexis Lepetit, Jean-Marc Michel, Pascal Saidlitz, Maria Soto-Martin, Julien Vernaudo, Thierry Voisin, Lisette Volpe-Gillot

---

# Charte d'intervention des EMGE de l'AP-HP au sein des EHPAD de la Filière de Soins Gériatrique de l'infra-territoire MAIA et le recours à l'HAD de l'AP-HP pendant l'épidémie COVID 19

## Objectif général de l'EMGE vis-à-vis de l'EHPAD

L'EMGE a pour objectif de développer, sur le territoire de santé de la filière gériatrique, des liens forts entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire afin de :

- Faciliter l'échange des connaissances,
- Favoriser la pertinence des hospitalisations et des passages par les urgences pour les personnes âgées hébergées dans l'EHPAD
- Favoriser les admissions directes non programmées en médecine gériatrique sans passage aux urgences grâce aux liens EMGE/hôpital quand cela se révèle nécessaire

## Missions de l'EMGE auprès de l'EHPAD

### **Mission d'expertise / intervention sur site :**

- Contribuer à l'évaluation gériatrique conjointe à la demande du médecin coordonnateur et du médecin traitant et rendre un avis spécialisé,
- Aider l'EHPAD à la mise en place des soins optimaux pour la personne âgée en fonction des besoins,
- Proposer des formations-flash aux équipes après avoir partagé des besoins dans certains domaines

### **Mission de régulation :**

- Mettre en relation les acteurs du sanitaire et du médico-social, et notamment faciliter l'accès aux services hospitaliers pour un recours adapté au plateau technique hospitalier et aux hospitalisations,
- Accompagner les sorties d'hospitalisation vers l'EHPAD.

### **Mission de veille sanitaire :**

- Aider à la prévention et au traitement des infections nosocomiales,
- Mobiliser les équipes mobiles d'hygiène (EMH) et des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIas) en appui aux EHPAD pour la prévention et la gestion du risque infectieux,

### **Mission d'animation sur le territoire :**

- Développer une culture gériatrique commune,
- Aider à l'organisation d'échanges de pratiques,

## Modalités d'organisation

La régularité et la forme des interventions de l'EMGE dans les EHPAD sont déterminées conjointement. Elles peuvent être régulières, ponctuelles, autour d'une thématique ou d'une situation complexe.

Dans tous les cas :

### *Responsabilités de l'EMGE :*

- L'EMGE intervient uniquement à la demande du médecin coordonnateur de l'EHPAD et du médecin traitant si l'intervention concerne un résident. Ces derniers seront présents lors de l'intervention de l'équipe et auront préparé cette venue (information du résident et de sa famille, préparation du dossier de soin du résident et du matériel mis à la disposition de l'EMGE, formulation de la demande). En cas d'absence du (des) médecin(s), la demande médicale à l'origine de l'intervention est transmise en amont par écrit,
- Après chaque rencontre, l'EMGE transmet une synthèse écrite de sa visite au médecin traitant et au médecin coordonnateur, soit sur un support dédié pour cela dans l'EHPAD, soit dans un compte rendu de visite. Ces indications peuvent porter sur des points d'ordre médical, paramédical ou logistique,
- Les EMGE ne doivent en aucun cas pallier aux défaillances organisationnelles de l'EHPAD ou de l'hôpital,
- L'urgence vitale ne fait pas partie des missions des EMGE,
- Le médecin de l'EMGE ne prescrit pas

### *Responsabilités de l'EHPAD*

- L'EHPAD garde l'entière responsabilité de la prise de décisions et de la prise en charge de ses patients, les EMGE étant seulement force de propositions et d'avis,
- L'EHPAD décide ou non de mettre en œuvre les propositions de l'EMGE et s'engage à informer et à apporter des réponses aux indications ou propositions de l'EMGE,
- Un suivi régulier des recommandations sera réalisé entre l'EMGE et l'EHPAD,
- Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veillera à rencontrer, à sa prise de fonction, le médecin chef des urgentistes de l'hôpital de référence de l'EHPAD afin de faciliter la prise en charge d'un résident le moment venu. Il sera aidé en cela par le médecin de l'EMGE.

### Modalités pratiques d'intervention de l'EMGE

- Les EMGE n'interviennent que dans des EHPAD s'engageant à mettre en œuvre une organisation optimisant leurs interventions,
- Lors des visites, les intervenants de l'EMGE seront identifiés par un badge et présenteront systématiquement leur rôle et missions au résident.
- L'EHPAD s'engage à réserver les places de parking nécessaires, quand ce type d'installation existe en son sein, lors des interventions de l'EMGE afin de faciliter leur mission.
- L'EHPAD s'engage à informer ses résidents, de la collecte par l'EMGE de données à caractère personnel, en incluant sur le support de communication de son choix la mention suivante :

« Lors de l'intervention des professionnels de santé des Equipes Mobiles de Gériatrie Externes (EMGE) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), des données à caractère personnel vous concernant sont collectées aux fins d'évaluation et de suivi de la prise en charge. Elles sont destinées à l'AP-HP, responsable de leur traitement, et pourront être transmises à la structure vous accueillant. Elles seront conservées aussi longtemps que votre dossier médical, conformément à l'article R.1112-7 du Code de la Santé Publique. Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Vous pouvez également demander qu'elles soient rectifiées ou effacées ou vous opposer à leur utilisation en vous adressant à tout moment par écrit au Correspondant Informatique et Libertés de l'AP-HP, Direction du Système d'Information, 3 avenue Victoria, 75184 PARIS CEDEX 04. Enfin, vous bénéficiez du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après votre décès. »

- Pour les autres missions, en vue de développer des actions de coopération et d'échanges, l'organisation s'établit d'un commun accord entre l'EMGE et le médecin coordonnateur de l'EHPAD, ce dernier étant chargé d'informer régulièrement son directeur.

### Résolution des conflits

En cas de conflits ou de difficultés nécessitant de suspendre l'activité des EMGE, les EMGE ou les EHPAD peuvent demander l'intervention d'une cellule de médiation, composée d'un représentant de la Délégation Départementale 75 de l'ARS, de la DASES et du siège de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Cette cellule aura pour mission

d'accompagner les parties tant dans leurs débats que dans la recherche de solutions adaptées. Cet accompagnement pourra entraîner des visites sur site ou la suspension de l'activité de l'EMGE dans l'EHPAD.

#### Recours à l'HAD

Les EHPAD et ou les EMGE de l'AP-HP faciliteront la mobilisation de l'HAD grâce à **la prorogation (jusqu'au 30 octobre 2020 à ce stade / MARS\_2020\_74) de certaines dérogations réglementaires :**

- il n'est pas nécessaire que l'EHPAD et l'HAD aient une convention pour l'intervention de l'HAD,
- en cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'accord du médecin traitant à la prise en charge de son patient en HAD n'est pas nécessaire,
- la prescription de la prise en charge en HAD peut être faite par tout médecin, y compris le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans prescription médicale préalable.

Mobiliser l'HAD pour :

- assurer la prise en charge des résidents Covid-19 ne requérant pas de surveillance continue 24h/24 en soins intensifs mais relevant d'une hospitalisation,
- être sollicitée pour la prise en charge des résidents non Covid-19 et réaliser notamment des pansements complexes, des nutritons entérales, des soins de nursing lourds, la prise en charge de la douleur.