

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

Version du 4 août 2022

Dans le contexte épidémique actuel, les recommandations pour la protection des patients et des personnels sont actualisées.

La mise à jour inclut :

- L'abrogation du passe sanitaire
- Le port du masque chirurgical à l'intérieur des bâtiments hospitaliers pour les personnels, les patients et les visiteurs
- L'indication du 2^{ème} rappel vaccinal, non obligatoire, pour les personnels hospitaliers et les patients à risque de forme grave

RESUME DES MESURES DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION

Protection patients	Masque chirurgical devant toute personne (personnels, patients ou visiteurs), à l'intérieur des bâtiments. Friction hydro-alcoolique régulière des mains	Page 3
Protection personnels	Que le personnel soit vacciné ou non, et devant tout patient, atteint ou non de COVID Distanciation physique d'au moins 2 mètres dès que le port du masque est impossible (repas, pauses) Désinfection des mains par FHA, avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement Limitation du port de gants (seulement en prévention des AES et si contact avec les liquides biologiques) Masque chirurgical porté en continu par les professionnels, bénévoles et autres intervenants, à l'intérieur des bâtiments. Masque FFP2 lors des manœuvres respiratoires à risque, <u>que le patient soit connu ou non COVID-19</u> et lors des soins à risque chez un <u>patient intubé</u> cas confirmé ou possible COVID-19 (toilette, mobilisation). Protection des yeux par lunettes ou visière dans les situations d'exposition aux liquides biologiques Tenue changée tous les jours Tablier ou surblouse si contact direct avec le patient.	Page 3
Mesures lors de la poursuite de l'activité d'un professionnel de santé avec Covid asymptomatique	Masque chirurgical pour le professionnel, et pour ses collègues Désinfection des mains par FHA, port de gants adapté (cf. ci-dessus) Rester seul pour tous les moments ne permettant pas le port du masque en continu : repas, pause café... Dans la mesure du possible, ces personnels devront être prioritairement affectés à des activités ne nécessitant pas le contact avec des patients à risque de forme grave de Covid-19 ou en situation d'échec vaccinal.	Page 3
Environnement	Bionettoyage des locaux et désinfection du matériel partagé Aération régulière des locaux (salles de réunion, salles de repos,...) Elimination des déchets selon la procédure habituelle de tri DMA/DASRI utilisée pour tout patient	Page 3
Visites	Interdites aux personnes atteintes de COVID, ayant été en contact avec un cas de COVID, en quarantaine au retour de pays classé rouge ou orange si non vacciné Encadrement des visites défini par les équipes soignantes en fonction des spécificités du service, des facteurs de risque des patients, et du contexte épidémique Masque chirurgical en continu à l'intérieur des bâtiments, et FHA à l'arrivée et au départ.	Page 2
Vaccination	Obligatoire pour les personnels de santé et recommandée pour tous les patients à partir de l'âge de 5 ans Premier rappel vaccinal obligatoire pour les personnels de santé, deuxième rappel recommandé. Maintien des gestes barrières et des dépistages si symptômes ou contact d'un cas chez les personnes vaccinées	Page 5
Dépistages patients	Indications systématiques d'un dépistage pour tout patient, vacciné ou non, sans COVID ≤ 8 semaines <ul style="list-style-type: none"> - ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs, dès leur apparition (PCR ou TAG), - contact d'un cas de COVID-19 chez un patient, un personnel ou un visiteur, entre J2 et J4 (PCR ou TAG), - dans les 72H avant une chirurgie, acte interventionnel ou hospitalisation conventionnelle (PCR ou TAG), - lors d'une admission en urgence (PCR ou TAG). Patients immunodéprimés: <ul style="list-style-type: none"> - En MCO, renouveler le dépistage à J4-J5 - En SSR et SLD, renouveler le dépistage, notamment au retour de permission. 	Page 6
Parcours patient	Regroupement des cas en secteurs COVID, à privilégier Limiter et encadrer l'utilisation des chambres doubles Durée des précautions complémentaires gouttelettes et contact : 14 jours pour patients non immunodéprimés, 24 jours si immunodépression ou formes graves (réanimation) Si décès : corps considéré comme non contagieux à partir de 10 jours après le début des signes cliniques. Avant ces 10 jours, transport vers la chambre mortuaire dans les conditions habituelles.	Page 6
Dépistages personnels	Indication d'un dépistage pour tout personnel, vacciné ou non, sans antécédent de COVID ≤ 8 semaines: <ul style="list-style-type: none"> - Dès l'apparition de symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs, (PCR ou TAG) - Contacts d'un cas de COVID-19, PCR ou TAG entre J2 et J4 Possible au retour de congé, d'un séjour hors métropole, ou après rassemblement d'un grand nombre de personnes (TAG, autotest ou PCR selon disponibilités).	Page 9
Eviction personnels	COVID symptomatiques : <ul style="list-style-type: none"> - Schéma vaccinal complet : éviction 7J, raccourcie à 5J si PCR ou TAG négatif à J5 (reprise si absence de fièvre et de dyspnée depuis >48h). - Schéma vaccinal incomplet : éviction 10J raccourcie à 7j si PCR ou TAG négatif à J7 (reprise si absence de fièvre et de dyspnée depuis >48h). 	Page 10

	COVID asymptomatiques ou pauci-symptomatiques (sans signe respiratoire, notamment toux et éternuements) et schéma vaccinal complet : dérogation possible à l'éviction si tension hospitalière Pas d'éviction des contacts. Télétravail recommandé si compatible avec l'exercice professionnel.	
Enquête autour d'un cas	Dépistage des contacts d'un cas (hospitaliers et communautaires), vaccinés ou non. Mesures de contrôle dès les premiers cas .	Page 11
Check list	Evaluation des mesures de prévention de la transmission au sein des services	Page 13

Patients

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

Personnels

1. La **distanciation physique** est à respecter scrupuleusement : se placer et rester à au moins 2 mètres de distance les uns des autres dès que le port du masque n'est pas possible. **Une attention particulière doit être portée à l'organisation des repas: distanciation, aération, FHA, bionettoyage des surfaces.**
2. **Désinfection des mains par FHA, avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement.** Eviter de se toucher le visage (masque, lunettes), notamment pendant la prise en charge d'un patient. **Limiter le port de gants** qui contribuent à contaminer l'environnement du patient et freine le recours à la FHA, aux seules indications de prévention des AES et contact avec les liquides biologiques.
3. **Masque chirurgical** porté en continu par les professionnels, bénévoles et autres intervenants, à l'intérieur des bâtiments. Le masque est changé au minimum toutes les 4 heures et dès qu'il est souillé ou mouillé ou que le personnel en ressent le besoin (ex après un soin prolongé). Critères de port correct : élastiques non croisés, couverture du nez et de la bouche, ajustement de la barrette métallique sur le nez, modèle adapté à la morphologie du visage (ajustement global).
4. **Masque FFP2** indiqué :
 - lors des **manœuvres respiratoires à risque** (procédures générant des aérosols), que le patient soit connu ou non atteint de COVID-19 : intubation endotrachéale, bronchoscopie, ventilation non invasive, Optiflow®, ventilation au masque en anesthésie ambulatoire, aspiration trachéale, prélèvement naso-pharyngé, kinésithérapie respiratoire pour désencombrement et expectoration induite, épreuves fonctionnelles respiratoires, aérosolthérapie.
 - **cas confirmé ou possible COVID-19** : soins à risque chez un patient intubé (toilette, mobilisation, passage en décubitus ventral).
 - **Le masque FFP2 reste non recommandé en dehors de ces indications**
 - Le masque peut être conservé après la réalisation d'un geste à risque, il est changé au minimum toutes les 8 heures, ou dès qu'il est souillé ou mouillé ou que le personnel en ressent le besoin. Critères de port correct : élastiques au-dessus et en-dessous des oreilles, non croisés, couverture du nez et de la bouche, absence de barbe, ajustement de la barrette métallique au niveau du nez, fit check systématiquement réalisé lors de la mise en place.**Si toutefois un professionnel souhaite porter un masque FFP2 en dehors de ces indications, il doit être informé :**
 - Des modes de transmission du virus (la voie respiratoire n'est pas la seule voie de contamination). Il est donc possible d'être contaminé malgré le port correct d'un FFP2 si les autres voies de transmission ne sont pas sécurisées (faux sentiment de protection).
 - De l'importance de respecter les autres mesures de protection : protection oculaire, FHA, usage adapté des gants...
 - Des situations de contamination des professionnels de santé (la majorité des contaminations ont lieu en-dehors de tout soin : pause, repas, cercle familial, ...).
 - De l'absence de supériorité clinique prouvée du FFP2 par rapport au masque chirurgical en dehors des manœuvres respiratoires à risque ;
 - De la nécessité absolue de respecter les conditions de port des masques pour obtenir une protection optimale et de réaliser systématiquement un fit check.
 - De l'importance de ne pas porter les mains au masque si gêne, inconfort ou irritation cutanée
5. **Protection des yeux par lunettes ou visière** pour les personnels en contact avec les patients, que le patient soit connu ou non atteint de COVID-19 :
 - Elles sont portées dans les **situations à risque d'exposition aux liquides biologiques** (sécrétions respiratoires (lors de la toux, crachats), selles, urines), soins chez un patient adulte ne pouvant pas porter un masque.
 - Elles sont désinfectées entre 2 utilisateurs. Elles peuvent être conservées par un même utilisateur pour une série de soins pour plusieurs patients sauf si elles sont souillées.
6. **Tenue changée tous les jours** (idéalement tunique/pantalon en tissu ou à UU, ou à défaut blouse à manches courtes)
7. **Tablier ou surblouse** si contact direct avec le patient, selon les soins à pratiquer (cf. précautions standard).
8. **Les professionnels COVID + asymptomatiques ou pauci-symptomatiques** qui poursuivent leur activité professionnelle portent un **masque chirurgical** en permanence. Un masque chirurgical est conçu et normé pour retenir les gouttelettes émises lors de la toux, des éternuements et de la parole. Sa bonne tolérance limitera les occasions de manipulations. Ils appliquent rigoureusement les mesures ci-dessus : FHA, port de gants adapté... Ils restent seuls pour tous les moments ne permettant pas le port du masque en continu : repas, pause café... Dans la mesure du possible, ces personnels devront être prioritairement affectés à des activités ne nécessitant pas le contact avec des patients à risque de forme grave de Covid-19 ou en situation d'échec de la vaccination.

Environnement

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

Aération régulière des locaux insuffisamment ventilés, notamment des salles de réunion, et des salles de repos.

Élimination des déchets selon la procédure habituelle de tri DMA/DASRI utilisée pour tout patient. DMA : déchets ménagers et assimilés, DASRI : déchets d'activité de soins à risque infectieux.

Moments de convivialité

Les pots en extérieur sont autorisés en respectant une distanciation physique de 2 mètres lorsque le masque est enlevé pour boire ou manger.

Au regard des sources d'infection identifiées chez les personnels dans les derniers mois et de la situation épidémique actuelle, les pots en intérieur ne sont pas autorisés.

Visiteurs

- Les équipes soignantes définissent les conditions de visite des patients en tenant compte des spécificités du service, des facteurs de risque des patients (immunodépression, statut vaccinal, risque de formes graves,...) et du contexte épidémique.
- Les visites ne sont pas autorisées aux patients et aux visiteurs qui sont **atteints de COVID-19** ou qui présentent des symptômes compatibles avec la COVID-19 (fièvre, toux, rhume, perte du goût ou de l'odorat), aux visiteurs qui ont été en contact avec une personne atteinte de COVID-19, ainsi qu'aux visiteurs de retour de pays classés « rouges » ou « rouge écarlate » et ceux non vaccinés de retour d'un pays classé « orange » pendant leur période de quarantaine (<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/informations-pratiques/article/coronavirus-covid-19>). Ces règles de visite aux patients atteints de COVID-19 sont adaptées en cas de **circonstances exceptionnelles** : notamment en situation de fin de vie, de difficultés psychologiques majeures ou en situation particulière d'un patient mineur. Dans ces cas, la visite est organisée dans un encadrement fixé par l'équipe soignante.
- Selon l'évolution de l'épidémie ou l'apparition de foyers épidémiques, les visites peuvent être momentanément interrompues dans certains secteurs.
- Les visiteurs ou accompagnants sont informés des mesures barrières, **portent un masque chirurgical en continu** à l'intérieur des bâtiments de l'hôpital et **réalisent une FHA** à l'arrivée et au départ. Il pourra être mis fin immédiate à toute visite au cours de laquelle les personnes ne respectent pas les mesures barrières. Il sera précisé aux visiteurs concernés qu'en cas de récurrence, leur possibilité de visiter leur proche sera suspendue.

Mise en œuvre des mesures

L'encadrement médical et paramédical du service assure la disponibilité des équipements de protection individuelle et l'application rigoureuse des mesures de protection par les personnels et les patients. Il s'appuie sur la check-list en annexe pour évaluer la mise en œuvre des mesures de prévention de la transmission.

Un masque chirurgical est mis à disposition de tout patient, professionnel, accompagnant, bénévole qui n'en porterait pas déjà un à son arrivée.

Dépistage des patients – indications :

Indications systématiques d'un dépistage pour tout patient, vacciné ou non, sans antécédent de COVID de moins de 8 semaines

- ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs, dès leur apparition, (PCR ou test antigénique (TAG))
- contact d'un cas de COVID-19 chez un patient, un personnel ou un visiteur, entre J2 et J4 (PCR ou TAG) après le contact.
- dans les 72h avant une chirurgie, acte interventionnel ou hospitalisation conventionnelle, (PCR ou TAG)
- lors d'une admission en urgence (PCR ou TAG).

Il n'est pas nécessaire de confirmer par PCR un TAG positif. Par contre, tout résultat d'autotest positif doit être confirmé par une PCR ou un TAG.

Pour les patients immunodéprimés :

- En MCO, renouveler le dépistage à J4.
- En SSR et SLD, renouveler le dépistage, notamment au retour de permission.

Selon les organisations locales, le contexte clinique et en lien avec les laboratoires de virologie, ces dépistages pourront être réalisés sur des prélèvements naso-pharyngés ou salivaires (notamment si tests itératifs). Les équipes de virologie de la plateforme Broussais peuvent participer à l'analyse des prélèvements salivaires.

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

Organisation des soins

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

Secteurs COVID

Les patients atteints de COVID-19 sont **préférentiellement regroupés dans des secteurs COVID**, si leur état clinique le permet. Les personnels affectés aux secteurs COVID ne sont pas partagés dans la même journée avec d'autres secteurs (jour, nuit, week-end). Les personnels transversaux sont spécifiquement sensibilisés au respect des mesures d'hygiène.

Les patients hospitalisés pour une pathologie autre, initialement admis dans une unité COVID-19 négatif, et finalement atteints de COVID-19 peu ou non symptomatiques, peuvent rester en secteur COVID-19 négatif sous réserve que l'organisation locale permette l'application rigoureuse des règles d'hygiène (cf page 2) afin de prévenir le risque de transmission virale nosocomiale. Le principe de la marche en avant est alors appliqué.

Secteurs non COVID - chambres doubles

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

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

- suspects de COVID-19 ;
- ayant un antécédent de contact avec un cas de COVID-19 probable/certain dans les 14 jours précédents (incluant les nouveaux-nés de mère présentant un COVID-19 lors de l'accouchement) ;
- sévèrement immunodéprimés et ceux à risque d'échec vaccinal (cf. avis du 06/04/21 du Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale).
- de retour de pays rouge ou orange si non vacciné pendant la période de quarantaine (dépistage à J7).

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

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

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

- deux patients atteints de COVID-19 documenté (quel que soit le variant),
- patients avec antécédent de COVID de moins de 4 mois ou schéma vaccinal complet
- nourrisson né de mère non atteinte de COVID-19 lors de l'accouchement, et constamment hospitalisé depuis la naissance

- en MCO, patient non immunisé sans signe clinique de COVID-19 après observation dans une chambre individuelle « sas » pendant 24 ou 48 heures avec RT-PCR négative, délai passé à 4 jours pour les voisins de patients à risque de forme grave, avec nouvelle RT-PCR négative à 4 j.
- en SSR-SLD, patient non immunisé hospitalisé depuis plus de 14 jours sans signe clinique de COVID-19, avec RT-PCR négative à J14 et en l'absence de contexte épidémique dans le service.

Une évaluation biquotidienne de l'apparition de signes évocateurs de COVID-19 est réalisée et tracée dans le dossier du patient.

Le dépistage par PCR est renouvelé dès l'apparition de signes évocateurs et le malade et son contact alors immédiatement transférés en chambre individuelle.

Un dépistage (PCR ou TAG) est réalisé chez le parent, qu'il soit vacciné ou non, qui accompagne un enfant admis en chambre double.

Mesures pour les patients accueillis en Chambre double

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

Levée des précautions complémentaires gouttelettes et contact et transfert

Résumé des délais avant transfert et durée des précautions contact et gouttelettes (PCG)

Tableau clinique	Délai avant transfert	Durée PCG
COVID asymptomatique	aucun	10 jours
COVID chez non immunodéprimé (ID)	7 jours	14 jours
COVID chez patients âgés (≥ 75 ans)	7 à 9 jours	14 à 24 jours
COVID après réanimation ou chez ID	9 jours	24 jours

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

Sortie du secteur MCO, possible vers :

- Le domicile : éviction professionnelle pendant 7 ou 10 jours (selon schéma vaccinal) 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^{ème} jour** après la date de début des symptômes ou, si inconnue, après la date de la 1^{ère} 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 ≤ 2 L/mn pour maintenir une SaO2 au repos ≥ 95 %
 - **AVEC**, lors de la sortie, 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 ≤ 33, cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J8.

2. Patient sortant de réanimation, ou ayant eu une forme grave, ou immunodéprimé

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

- à partir du **10^{ème} jour** après la date de début des symptômes ou, si inconnue, après la date de la 1^{ère} 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 ≤ 2 L/mn pour maintenir une SaO2 au repos ≥ 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 ≤ 33, cf. algorithme SFM), transfert non autorisé avant J10.

3. Patients âgés

La situation des patients âgés (≥ 75 ans) doit être évaluée au cas par cas. En effet certains patients âgés sont plus fragiles que d'autres avec un risque accru de forme grave et de décompensation entre le 8^{ème} et le 10^{ème} 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.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte :

- Le terrain clinique : les patients atteints de forme grave ont des prélèvements dont la culture reste positive plus longtemps, délai encore prolongé chez les patients immunodéprimés.
- Le type de variant : La charge virale est plus élevée et pendant plus longtemps avec le variant delta par rapport aux variants précédents. Aucune donnée n'est encore disponible pour le variant Omicron.
- La vaccination : une personne infectée a un niveau initial de charge virale identique à celui d'une personne non vaccinée mais qui décroît plus rapidement.

Ainsi, l'évaluation par le clinicien prenant en charge le patient doit permettre d'adapter les délais au patient en tenant compte du schéma vaccinal complet ou non (intégrant le rappel) et d'une éventuelle immunodépression.

Un transfert depuis un court séjour vers un SSR, SLD ou EHPAD est possible :

- entre le 8^{ème} et le 10^{ème} jour après la date de début des symptômes ou, si inconnue, après la date de la 1^{ère} PCR positive
- **ET** au moins 48 heures après disparition de la fièvre vérifiée par une température $< 37,8^{\circ}\text{C}$ (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 $\text{O}_2 \leq 2 \text{ L/mn}$ pour maintenir une SaO_2 au repos $\geq 95 \%$.

La durée totale des précautions gouttelettes et contact (chambre individuelle ou cas de Covid regroupés en chambres doubles, repas en chambre) depuis le **début des symptômes**, ou, si inconnue, après la date de la 1^{ère} PCR positive, varie selon l'évaluation réalisée au cas par cas, **entre 14 et 24 jours au total**. Tout en maintenant les PCG et repas en chambre, une sortie de la chambre est possible après 7 jours à condition que le patient soit asymptomatique et puisse porter un masque, par exemple pour accéder au plateau technique.

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

- Mettre en place les précautions gouttelettes et contact pendant 10 jours après la date de la première PCR positive, que le patient soit ou non immunodéprimé.
- Transfert possible sans délai. Pas de PCR avant transfert.

5. Retour direct à domicile sans hospitalisation : Selon le schéma vaccinal, éviction professionnelle pendant 7 à 10 jours après le début des symptômes **ET** au moins 48 heures après amélioration des symptômes. Maintien des gestes barrières au-delà.

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

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

7. Prise en charge du corps d'un patient décédé

Si le décès survient dans les 10 jours qui suivent la date des premiers signes cliniques, ou la date de la 1^{ère} PCR positive en l'absence de symptômes, le transport du corps vers la chambre mortuaire peut être réalisé dans les conditions habituelles (avec ou sans housse selon les pratiques habituelles de la chambre mortuaire) ; les soins de conservation et les toilettes rituelles ne sont pas autorisés. Après ces 10 jours, les soins de conservation et les toilettes rituelles sont autorisés.

DEPISTAGES DES PERSONNELS

Indications

Indications systématiques d'un dépistage pour tout personnel, vacciné ou non, sans antécédent de COVID ≤ 8 semaines :

- ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs : PCR ou TAG
- contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19 (cas source) : PCR ou TAG entre J2 et J4

Dépistage possible au retour de congé, au retour d'un séjour hors métropole ou après rassemblement d'un grand nombre de personnes : TAG, autotest ou PCR selon disponibilités.

Quand se faire dépister ?

Quel que soit le statut vaccinal :

1. **Symptômes évocateurs de COVID-19, même mineurs** : dépistage par PCR à réaliser sans délai dès l'apparition des signes. Si le dépistage est négatif, évaluer l'évolution et la nature des symptômes et renouveler éventuellement la PCR.
2. **Contact sans protection avec une personne atteinte de COVID-19 (cas source)** :
 - période de contagiosité du cas : débute 48h avant le début des signes cliniques (ou 7 jours avant la date du diagnostic si le cas est asymptomatique) et se termine 10 jours après la date de début des signes.
 - si contact au domicile : dépistage à réaliser dès la découverte du cas et entre 2 et 4 jours après la fin de la période d'exposition au cas source, c'est-à-dire:
 - si le cas source a pu être isolé : dépistage du contact entre 2 et 4 jours après la date d'isolement du cas source
 - si le cas source n'a pas pu être isolé : dépistage du contact à J+12 du début des symptômes du cas source ou, si asymptomatique, de la première PCR positive du cas source.
 - si contact ponctuel (professionnel ou en dehors du foyer) avec un cas source pendant sa période de contagiosité : dépistage entre 2 et 4 jours après le contact.
 - si contacts ponctuels répétés avec un cas source pendant sa période de contagiosité, réaliser un dépistage entre 2 et 4 jours après le dernier contact.
3. **Au retour de congé, au retour d'un séjour hors métropole ou après un rassemblement d'un grand nombre de personnes** : dépistage possible par TAG, autotest ou PCR à réaliser entre 2 et 4 jours après le retour de congé, d'un séjour hors métropole ou le rassemblement.

Où et comment se faire dépister ?

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

Selon les organisations locales, les dépistages pourront être réalisés sur des prélèvements naso-pharyngés (PCR ou TAG) ou salivaires (PCR). Les équipes de virologie de la plateforme Broussais peuvent participer à l'analyse des prélèvements salivaires. Un autotest positif doit être confirmé par un TAG ou une PCR dans les 24h.

Aide à l'interprétation d'une PCR SARS-CoV-2 positive

- **Prendre en compte l'existence d'un antécédent de COVID de plus ou moins 8 semaines, de symptômes et du niveau de charge virale (CT).**
NB : Ne pas faire de PCR si COVID ≤ 8 semaines. Si persistance de symptômes après la période d'éviction de 10 jours, le renouvellement de celle-ci dépend de la nature et de l'intensité des symptômes, et non du résultat de la PCR.
- A titre indicatif, selon l'avis de la SFM du 14/01/21, 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 les cas particuliers (doute sur une réinfection), la décision de l'éviction professionnelle et du contact tracing (cf. ci-dessous) peut être prise après avis concertés du médecin de santé au travail, d'un virologue et de l'équipe d'hygiène.

Devant une PCR positive chez un personnel avec antécédent de COVID > 8 semaines ou date du premier épisode inconnue (uniquement sérologie positive) ou sans antécédent connu de COVID :

- si symptômes, même modérés : infection récente → éviction
- si aucun symptôme :
 - . Ct ≤ 33 : infection récente → éviction, cf. ci-dessous
 - . Ct > 33 : contrôle PCR dans les 48 heures
 - Ct ≤ 33 : infection récente → éviction, cf. ci-dessous
 - Ct > 33 : infection probablement ancienne → pas d'éviction

EVICION PROFESSIONNELLE, QUEL QUE SOIT LE VARIANT

Personnels hospitaliers atteints de COVID symptomatiques

- Schéma vaccinal complet :
 - Eviction de 7 j pleins dont 2 j sans fièvre ni dyspnée, à partir de la date de début des symptômes, y compris pour les personnels à risque de forme grave, raccourcie à 5 jours avec un résultat de PCR ou TAG négatif à J5.
 - Levée d'éviction au 8^{ème} j (ou au 6^{ème} j si test négatif à J+5) **si** absence de fièvre ni dyspnée depuis au moins 48h.
 - Si TAG ou PCR toujours positive à J5, aucun test virologique n'est nécessaire avant la reprise de l'activité professionnelle à J8
- Schéma vaccinal incomplet :
 - Eviction de 10 j pleins dont 2 j sans fièvre ni dyspnée, à partir de la date de début des symptômes, raccourcie à 7 j si PCR ou TAG négatif
 - Levée d'éviction au 11^{ème} j (ou au 8^{ème} j si test négatif à J+7) **si** absence de fièvre ni dyspnée depuis au moins 48h.
 - Si TAG ou PCR toujours positive à J7, aucun test virologique n'est nécessaire avant la reprise de l'activité professionnelle.

Personnels hospitaliers atteints de COVID asymptomatiques et pauci-symptomatiques (sans signe respiratoire d'excrétion virale comme la toux ou les éternuements)

- **Dérogation possible à l'éviction si schéma vaccinal complet et si tension hospitalière**

NB : Les professionnels pour lesquels une dérogation est accordée devront scrupuleusement respecter les mesures barrières. Tous les moments collectifs (repas, pause, etc.) ne permettant pas le port du masque en continu par le professionnel ne sont pas autorisés. La dérogation accordée ne vaut que pour le temps de travail : l'isolement doit donc être respecté en dehors du lieu d'exercice.

Personnels hospitaliers contacts d'un cas

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

Retour des personnels d'un voyage hors métropole

- Respect rigoureux des précautions d'hygiène de la distanciation physique et sociale (pause repas, pause-café)
- Réalisation de test antigénique, autotest ou RT PCR selon disponibilités, entre J2 et J4.
- **Pas de quarantaine obligatoire au retour d'une zone rouge dite écarlate.**

Si le dépistage est positif

Les professionnels dépistés positifs :

- contactent leur médecin traitant pour le suivi médical et un arrêt de travail
- informent le service de santé au travail et l'EOH qui déclenchent une enquête (cf. ci-dessous)

Si le dépistage est négatif

Un dépistage négatif témoigne de la situation au moment du dépistage et ne permet pas d'identifier une infection en incubation. **Les mesures barrières doivent continuer à être appliquées rigoureusement, à l'hôpital et dans la communauté.**

Selon l'évolution épidémique, une priorisation des enquêtes peut être nécessaire : les enquêtes sont réalisées prioritairement en présence de cas groupés selon l'expertise de l'EOH.

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

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

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

Sont considérées comme contacts d'un cas les personnes, vaccinées ou non :

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

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

3. **Réaliser un dépistage par prélèvement naso-pharyngé (RT-PCR ou TAG) ou salivaire pour (RT-PCR uniquement) de chaque personne contact, y compris asymptomatique.**

Les dépistages sont réalisés entre 2 et 4 jours après le dernier contact avec le cas et dès qu'apparaissent des symptômes.

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

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

Le dépistage des contacts non hospitaliers du cas, ainsi que des patients contacts déjà sortis à domicile, se fait par la CPAM à partir de la remontée des tests positifs.

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

- **Patients contact hospitalisés** : chambre individuelle, maintenir les précautions gouttelettes et contact jusqu'à J7 après le dernier contact, renouveler le dépistage si des symptômes apparaissent.
- **Lors du retour à domicile** : selon le statut vaccinal et les recommandations en vigueur, le cas échéant remettre au patient un arrêt de travail de 7 jours à compter du dernier contact avec le cas (uniquement si son schéma vaccinal est incomplet – dans le cas contraire, aucun arrêt de travail n'est nécessaire), les conseils de protection de l'entourage, de dépistage entre 2 et 4 jours après le dernier contact avec le cas et de surveillance des symptômes. Informer le médecin traitant.

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

- Dépistage des patients contacts de l'unité à J0, si non déjà fait.
 - o Si tous négatifs, renouveler les dépistages entre J2 et J4. Si négatifs, arrêt des dépistages.
 - o Si d'autres cas sont identifiés, renouveler le dépistage, à J7 et à J14.
- Dépistage des personnels, de jour et de nuit, à J0, à renouveler à J7 si plusieurs cas
- Evaluation de la couverture vaccinale des patients et mise à jour si nécessaire (deuxième dose, rappel)
- Admissions :
 - o En MCO : suspendre toute admission en chambre double pendant 7 jours le temps de l'évaluation de la situation épidémique. Pour les chambres individuelles, discuter la pertinence de poursuivre les admissions en fonction de l'évaluation des risques, du nombre de cas identifiés et du contexte local de tension hospitalière.
 - o En SSR et SLD suspendre les admissions pendant 7 jours, en tenant compte de l'évaluation des risques, du nombre de cas identifiés et du contexte local de tension hospitalière, jusqu'à évaluation et contrôle de la situation épidémique.

- Arrêt des transferts jusqu'à J7 du dernier cas ou jusqu'à ce que l'épidémie soit considérée comme contrôlée par l'EOH.
- Arrêt des activités communes et des visites (sauf circonstances particulières) jusqu'à ce que l'épidémie soit considérée comme contrôlée par l'EOH
- Regroupement des cas dans un secteur, dans la mesure du possible en tenant compte du contexte local de tension hospitalière :
 - o Dans les secteurs de gériatrie accueillant des patients déambulant, les cas sont regroupés dans une unité distincte avec personnel distinct.
 - o Si un même secteur est divisé en deux, une cloison polyane peut permettre de matérialiser la séparation.
- Renforcer :
 - o L'application des précautions complémentaires gouttelettes et contact, le port du masque, la FHA, la distanciation physique, le bionettoyage de l'environnement
 - o L'encadrement des visites le cas échéant
 - o Les ratios personnels/patients pour qu'ils soient adaptés à l'activité et à la charge en soins.
 - o Les formations dispensées par l'EOH. Inclure les équipes de nuit et les personnels transversaux : kiné, ergothérapeute, assistante sociale, diététicienne, etc.
- Epidémie considérée comme contrôlée : absence de nouveau cas chez des patients ou personnels depuis 14 jours.

V15 du 04/08/2022: abrogation du passe sanitaire, 2^{ème} rappel de vaccination pour les personnels hospitaliers, masque à l'intérieur des bâtiments.

V14 du 04/03/2022 : Mise à jour encadrement des visites, dépistage des contacts

V13 du 17/02/2022 : Mise à jour schéma vaccinal complet, simplification de la gestion des déchets et du transport du corps d'un patient décédé

V12 du 04/01/2022 : mise à jour des règles d'éviction, des modalités de dépistage, des mesures de protection et des délais avant transfert des patients âgés

V11 du 29/12/2021 : mise à jour des indications des dépistages, des conditions d'éviction des personnels asymptomatiques et de l'encadrement des visites

V10 du 14/12/2021 : mise en œuvre du rappel vaccinal, précision sur le passe sanitaire et sur les dépistages COVID

V9 du 12/08/2021 : mise en œuvre du passe sanitaire

V8 du 10/06/2021 : actualisation des recommandations pour l'utilisation des chambres doubles, les visites, l'organisation de moments de convivialité, définition schéma vaccinal complet.

V7 du 08/04/2021 : adaptation des règles d'éviction des professionnels de santé selon les consignes nationales

V6 du 01/04/2021 : adaptation des indications des dépistages chez personnels et patients, et des consignes visites

V5 du 24/03/2021 : précisions sur les gestes barrière et les dépistages des personnes vaccinées.

V4 du 20/02/2021 : mise à jour de la durée d'éviction des personnes infectées portée à 10 jours.

V2 du 29/01/2021 et V3 du 08/02/2021: Adaptation des mesures à l'évolution de l'épidémie et l'apparition de nouveaux variant

V1 : 20/04/2020

Rédaction : Sandra Fournier, Valérie Souyri

Relecture : équipes opérationnelles d'hygiène de l'AP-HP, Marc Dupont

Validation : Christine Guéri

Références

Avis du 25 septembre 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 4 _ 14/01/2021 Mise à jour

Décret n°2021-51 du 21 janvier 2021 modifiant les décrets n°2020-1262 du 16 octobre 2020 et n°2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

LOI no 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire

Décret no 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret no 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

MARS N°2021-40 : Consignes relatives à la mise en œuvre de l'obligation vaccinale et du passe sanitaire dans les services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. MARS N°2021-53 : éviction des professionnels de santé positifs à sars-cov-2 travaillant en établissements de santé et établissements et services médico-sociaux.

DGS-Urgent n°2021-135 : Raccourcissement à 4 mois du délai de rappel de vaccination contre la COVID-19

DGS-Urgent n°2021-136 : Raccourcissement à 3 mois du délai entre la primo-vaccination et le rappel et rappel des adolescents à risque de formes graves

Avis SF2H relatif à la protection respiratoire contre le variant Omicron du SARS-CoV-2, 31 décembre 2021

MARS n°2022-01 Actualisation des conduites à tenir en matière d'éviction pour les professionnels du système de santé et du champ médico-social

DGS-URGENT n 2022_01 Nouvelles doctrines pour l'isolement des cas de covid-19 et la quarantaine

DGS-URGENT N°2022-28 : Vaccination contre le covid-19 - échéance du 15 février 2022 : équivalence infection-injection, vaccination des cas contacts et obligation vaccinale

Note SF2H du 02/06/22 relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19.

MARS n°2022_10 : Evolution de la stratégie de dépistage et d'isolement des cas de covid-19 et des personnes contacts dans le contexte de la décroissance de la diffusion du variant omicron.

DGS-Urgent n°2022_67 : Deuxième rappel vaccinal contre le COVID-19 : élargissement de l'éligibilité et maintien de la mobilisation durant la période estivale

MARS N°2022-26 : Evolutions pour les établissements et services de santé et médico-sociaux liées à la fin des régimes d'urgence sanitaire au 31 juillet 2022

Annexe : Prévention de la transmission de la Covid-19 : check-list

Version 9 décembre 2021

Service :

Evaluateur :

Date :

HYGIENE DES MAINS		
Absence de bijoux (bagues, bracelets, montre), absence de vernis à ongles, manches courtes : pour tout le personnel	Oui	Non
PHA disponible :		
- à l'entrée du service,	Oui	Non
- dans chaque chambre,	Oui	Non
- dans le poste de soins,	Oui	Non
- dans le bureau des internes,	Oui	Non
- dans l'office alimentaire	Oui	Non
- sur les chariots de soins ou de nursing	Oui	Non
Une armoire sécurisée est disponible dans le service et approvisionnée en PHA	Oui	Non
Le port des gants est conforme aux recommandations (pas de mésusage) : pas de gants portés dans le couloir ni pour distribuer les repas. Ils sont réservés aux soins avec risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, ou des produits de nettoyage, enfilés juste avant le soin et retirés juste après.	Oui	Non
PORT DU MASQUE – LUNETTES DE PROTECTION/VISIERES – TENUES - EPI		
Masques :		
- Tout personnel porte un masque chirurgical	Oui	Non
- Le masque est porté de façon conforme (nez, bouche et menton couverts)	Oui	Non
- Les masques mis à disposition sont adaptés aux visages	Oui	Non
- Les masques sont mis à disposition pour être changés toutes les 4 heures ou plus souvent si besoin	Oui	Non
- Les personnels connaissent les règles de distanciation physique dès lors que le masque ne peut être porté	Oui	Non
- Des masques FFP2 sont disponibles	Oui	Non
- Le personnel soignant connaît les indications de port du masque FFP2	Oui	Non
- Lorsqu'il est porté, le masque FFP2 est porté de façon conforme	Oui	Non
- Le contrôle d'étanchéité (fit-check) est réalisé	Oui	Non
Protection oculaire :		
- Chaque soignant a accès à des lunettes de protection ou visière : utilisées pour tout soin à risque de projection de liquides biologiques (en particulier pour les patients qui toussent, crachent et/ou ne peuvent porter un masque au cours du soin)	Oui	Non
- Le matériel nécessaire pour leur nettoyage-désinfection est disponible	Oui	Non
- Les lunettes de protection sont désinfectées par le personnel en sortant de la chambre	Oui	Non
- Le produit utilisé est : le spray Surfa'Safe Premium® ou Surfanios Premium® (1sachet de 20 ml dans 8 L d'eau ou 10 ml dans 4 L d'eau) ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant.	Oui	Non
Tenue et protection de la tenue :		
- Les personnels changent de tenue tous les jours	Oui	Non
- Les sur-blouses ou tabliers sont disponibles	Oui	Non
- Tout tablier, ou sur-blouse, utilisé est éliminé avant la sortie de la chambre	Oui	Non
PATIENTS		
Les patients portent un masque (si possible) lors des soins et dès la présence des soignants	Oui	Non
Tout patient qui sort de sa chambre porte un masque (si possible)	Oui	Non
Le masque est changé tous les jours	Oui	Non
Tout patient qui sort de sa chambre réalise une FHA (à la sortie et au retour)	Oui	Non
La surveillance des signes cliniques évocateurs de Covid pour tous les patients contacts est tracée dans le dossier	Oui	Non
BIONETTOYAGE DU MATERIEL ET DE L'ENVIRONNEMENT		
Tout le matériel à usage partagé est nettoyé-désinfecté après chaque utilisation (échographe, chariot, saturomètre, ...).	Oui	Non
Vigilance sur : chariot de soins, chariot de nursing ...		
L'environnement proche du patient est nettoyé-désinfecté quotidiennement. La traçabilité est assurée.	Oui	Non
La désinfection des points de contact partagés (claviers, souris, téléphone, poignées de porte) est organisée.	Oui	Non
Le produit utilisé est : le spray Surfa'Safe Premium® ou Surfanios Premium® (1sachet de 20 ml dans 8 L d'eau ou 10 ml dans 4 L d'eau) ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant.	Oui	Non

Le lave-bassins, la machine à laver la vaisselle sont en état de marche.	Oui	Non
PRECAUTIONS CONTACT ET GOUTTELETTES		
Tous les patients connus Covid sont en « Précautions contact-gouttelettes » (PCC-G).	Oui	Non
Une affiche est apposée à l'entrée de la chambre pour indiquer les PCC-G	Oui	Non
Le matériel nécessaire est disponible à l'entrée de la chambre pour les PCC-G	Oui	Non
Les patients connus Covid, les patients contact, et les patients indemnes sont dans la mesure du possible séparés géographiquement.	Oui	Non
Les personnels affectés aux secteurs Covid ne sont pas partagés dans la même journée avec d'autres secteurs (jour, nuit, week-end).	Oui	Non
GESTION DES VISITEURS		
Les visites sont limitées : 1 visite par patient à la fois (ou 2 parents de patient mineur) en MCO et SSR, 2 en SLD	Oui	Non
Les visites sont encadrées (selon procédure en vigueur)	Oui	Non
Tous les visiteurs portent un masque chirurgical (masque porté de façon conforme et continue)	Oui	Non
Tous les visiteurs ont accès au PHA pour réaliser une FHA à l'arrivée et au départ.	Oui	Non
MESURES EN PRESENCE D'UN CLUSTER (A évaluer seulement en présence d'un cluster)		
Arrêt des visites	Oui	Non
Arrêt des activités communes (repas, animations, ...)	Oui	Non
Pas d'accès pour les patients aux lieux communs : salon, ...	Oui	Non
Arrêt des transferts et des admissions selon l'évaluation de la situation par l'EOH.	Oui	Non
GESTION DES LOCAUX COMMUNS		
Poste de soins / organisation des transmissions : port du masque, PHA, présence du matériel pour le bionettoyage régulier du clavier, de la souris, du bureau, aération régulière (si possible), ...	Oui	Non
Bureau des internes : port du masque, présence de PHA, présence du matériel pour le bionettoyage régulier du clavier, de la souris, du bureau	Oui	Non
Salles de staff /réunions : présence du matériel pour le bionettoyage après utilisation (tables, clavier, ...), aération avant et après chaque utilisation, ...	Oui	Non
Salle de détente : affiche en place (avec jauge), aération régulière, présence du matériel pour le bionettoyage après utilisation (tables), respect de la distanciation physique	Oui	Non
EQUIPE SOIGNANTE		
Effectifs adaptés à la charge en soins	Oui	Non
Pas de mutualisation des équipes sur plusieurs unités en période de cluster	Oui	Non
L'équipe est informée de la situation épidémique du service et connaît les consignes.	Oui	Non
L'équipe de nuit est régulièrement formée et informée	Oui	Non
Il y a au moins un correspondant en hygiène ; formé ; il est connu par les membres de l'équipe.	Oui	Non

Points non conformes :

Commentaires :