

Organisation du parcours des patients, de la protection des patients et des personnels hospitaliers à l'heure du confinement et de la reprise de l'activité non COVID-19

Version 1 - 20 avril 2020

RESUME

1. Retour progressif à une activité normale en **regroupant les patients hospitalisés pour COVID-19**
2. **Bionettoyage** rigoureux des unités COVID-19 **avant** de reprendre une activité non COVID-19
3. **Protection des patients : distanciation physique** tout au long du parcours dans l'hôpital (**chambre individuelle** en hospitalisation, espacement des fauteuils en HDJ, aménagement des salles d'attente...), formation à la **friction hydro-alcoolique** et port de **masque** chirurgical.
4. **Protection des personnels** : application rigoureuse de la **distanciation physique et sociale, friction hydro-alcoolique** et port **d'équipements de protection individuelle** adaptés au risque d'exposition aux sécrétions respiratoires, quel que soit le statut COVID-19 du patient.
5. **Diagnostic par PCR** des patients et personnels ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même paucisymptomatiques.
6. **Diagnostic par PCR** des patients et personnels **asymptomatiques**, limité à certaines indications, dont l'enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou chez un personnel.
7. **Indications des sérologies** à préciser dans les jours à venir.

En cette période de confinement et dans les semaines à venir, l'organisation des soins et du parcours administratif doit permettre de limiter la diffusion du virus au sein de l'hôpital, pour les personnels hospitaliers et pour les patients. Une réflexion globale doit être engagée pour réduire les durées de séjour, favoriser la prise en charge en ambulatoire et la récupération rapide après chirurgie, préciser la place des hôtels hospitaliers.

SITUATION ACTUELLE

1. Patients et personnels ayant des signes évocateurs de COVID-19

Tout patient, ou personnel hospitalier, qui présente des symptômes évocateurs de COVID-19 est dépisté par PCR sur prélèvement naso-pharyngé et isolé.

- Les patients atteints d'infection respiratoire COVID-19 sont pris en charge en secteur et filière COVID-19.
- Les personnels atteints de COVID-19 sont en éviction professionnelle pour 7 jours, durée pouvant être prolongée selon l'évolution clinique et les éventuelles co morbidités associées (dans ce cas, durée minimale de 9 jours).

NB : Le COVID-19 peut se manifester par des symptômes atypiques chez les patients âgés (confusion, chutes inhabituelles, troubles digestifs...).

Le nombre de nouveaux patients hospitalisés pour COVID-19 diminue. Le nombre de patients guéris augmente, les secteurs COVID-19 vont se vider progressivement.

2. Patients et personnels n'ayant aucun signe évocateur de COVID-19

Certains patients, accompagnants et personnels peuvent être porteurs du virus sans être symptomatiques. Ils représentent un risque de contaminer personnels, patients et accompagnants.

Le diagnostic de COVID-19 par PCR est aujourd'hui proposé à l'APHP (note du 10/04/2020) chez des patients asymptomatiques s'ils sont admis à l'hôpital pour des gestes ou thérapies où un COVID-19 pourrait avoir des conséquences graves (chirurgie lourde, chimiothérapie neutropéniante...).

NB : la PCR a une sensibilité d'environ 70 à 80% chez un patient symptomatique. Il n'y a pas de justification, chez un patient asymptomatique, à coupler un TDM thoracique à la recherche par PCR naso-pharyngée d'une infection COVID-19.

INTERETS ET LIMITES DES DIFFERENTES MESURES POSSIBLES

Ces mesures viennent en complément de la désinfection des mains par friction hydro-alcoolique et du port du masque chirurgical en continu dans tous les secteurs de l'hôpital pour tous les personnels hospitaliers.

Mesures possibles	Intérêts	Limites
Chambre individuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Evite la diffusion au voisin de chambre - Évite le risque de défiance entre patients en chambre double 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des chambres individuelles ou limitation des capacités d'hospitalisation
Séparation en unités COVID-19 positif et COVID-19 négatif	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution théorique de transmission nosocomiale entre patients - Mesures de protection adaptées à chaque secteur 	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des soins spécialisés à organiser - Difficultés organisationnelles - Sentiment de « fausse sécurité » pour le personnel avec relâchement possible dans le respect des règles d'hygiène dans les secteurs COVID-19 négatif - La PCR d'un patient admis en secteur COVID-19 négatif peut devenir positive en cours d'hospitalisation
Dépistage par PCR de tout entrant* (voir footnote)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifie un patient COVID-19 dès son entrée - Admission en secteur COVID-19 positif 	<ul style="list-style-type: none"> - Faux négatifs - Délais de résultat - Valeur à un instant t mais risque de se positiver les jours suivants, y compris dans un secteur COVID-19 négatif - Capacité de réalisation des PCR
Dépistage par PCR de tout personnel* (voir footnote)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifie un personnel COVID-19 asymptomatique et, par son éviction, limite la transmission du virus à ses collègues et patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Faux négatifs - Valeur à un instant t mais risque de se positiver les jours suivants : nécessiterait donc d'être réitéré à intervalles réguliers - Pénibilité pour le personnel - Lourdeur et difficulté organisationnelle - Capacité de réalisation des PCR
Masque chirurgical pour tout patient entrant et accompagnant (pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude universelle facile à appliquer - Limite la diffusion du virus dans l'hôpital - Rend le dépistage à l'entrée discutable 	<ul style="list-style-type: none"> - Inconfort pour le patient - Application par le patient - Impossibilité d'être porté convenablement dans certaines situations/secteurs : pédiatrie, psychiatrie, ... - Disponibilité des masques chirurgicaux

* L'intérêt potentiel de la sérologie devra être précisé lorsque les différents tests en cours d'évaluation auront été validés et seront disponibles. La sérologie ne peut pas à l'heure actuelle être utilisée comme élément décisionnel.

DEPISTAGE PAR PCR : INDICATIONS PRIORITAIRES

L'intérêt de la réalisation systématique d'une PCR pour le diagnostic de COVID-19 est discutable (voir tableau ci-dessus). La PCR n'est pas recommandée de principe, sauf dans les indications suivantes :

- Patients et personnels ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même pauci-symptomatiques.
- Enquête autour d'un cas de COVID-19 chez un patient ou chez un personnel.
- Patients asymptomatiques :
 - o admis pour des gestes où un COVID-19 pourrait avoir des conséquences graves.
 - o admis en chambre double, à leur entrée et dès l'apparition de symptômes le cas échéant.
 - o admis dans des unités dans lesquelles les mesures de prévention sont très difficiles à appliquer (exemple psychiatrie...)
- Patients à risque accru de dissémination du virus, exemple patients trachéotomisés avant sortie ou transfert.

NB : la mise à disposition de la sérologie pourra faire évoluer ces recommandations lorsque les tests en cours d'évaluation auront été validés et seront disponibles. Certains tests de diagnostic rapide semblent permettre d'améliorer la sensibilité du dépistage par PCR et pourraient être couplés pour ces indications

ORGANISATION DES SOINS POUR LES SEMAINES A VENIR

Les mesures sont à adapter selon les spécificités des services en concertation avec l'EOH et la cellule de crise du site. Elles doivent pouvoir être appliquées tout au long du retour progressif à une activité non COVID-19. Le principe de précautions « universelles » est donc privilégié, sur celui de mesures individuelles.

Secteurs COVID-19

Ils regroupent les patients qui **nécessitent une hospitalisation pour une infection COVID-19**.

Les patients hospitalisés pour une pathologie autre, initialement admis dans un secteur COVID-19 négatif, et finalement atteints de COVID-19 peu ou non symptomatiques, pourront rester en secteur COVID-19 négatif si on est certain que les modalités organisationnelles locales permettent l'application rigoureuse des règles d'hygiène et

n'exposent pas au risque de transmission nosocomiale. Au moindre doute, ils devront être transférés dans un secteur COVID-19 positif.

Au fur et à mesure de la guérison et de la sortie de l'hôpital des patients COVID-19, les secteurs COVID-19 se vident. Une fois tout le secteur libéré, il faut procéder à un bionettoyage complet du secteur (cf. recommandations du 09/04/2020). **Le bionettoyage doit être programmé** afin de coordonner l'intervention des agents, des prestataires et des services techniques. Un minimum de 24 heures doit être consacré à ce bionettoyage (et plus si des maintenances doivent être réalisées).

Ne pas admettre de patients non COVID-19 au sein d'un secteur COVID-19 qui n'aurait pas été bionettoyé.

Organisation des soins en hospitalisation dans les secteurs non COVID-19

- Tout patient entrant est placé en **chambre individuelle avec sanitaires individuels**, dans la mesure du possible. Cette solution doit être privilégiée.
- Si aucune chambre individuelle n'est disponible durant toute l'hospitalisation, le patient est dépisté par PCR à son entrée dans une chambre individuelle (chambre « sas ») pendant 24 à 48h, le temps de s'assurer que cette PCR est négative et que le patient ne développe pas des signes de COVID-19. 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.
- Les chambres doubles sont utilisées en priorité pour regrouper les patients atteints de COVID-19 et pour les patients guéris du COVID-19. La possibilité d'hospitaliser en chambre double les patients qui auront une sérologie positive, lorsque celle-ci sera disponible et aura été validée, sera discutée collégalement.
- Un patient atteint de COVID-19, ou présentant le moindre signe évocateur, n'est jamais placé dans la même chambre qu'un patient qui n'est pas atteint de COVID-19.
- Une chambre individuelle est **impérative** pour les patients ayant une **pathologie chronique à risque de forme grave du COVID-19** (cf. liste HCSP en annexe) et dans les secteurs où le patient ne peut porter de masque en continu (pédiatrie, psychiatrie, etc...).
- NB : ces recommandations sont à moduler pour certains secteurs spécifiques comme la néonatalogie, ou les secteurs de SSR ou SLD en gériatrie.
- Des propositions pour organiser la reprise progressive des activités communes chez les patients âgés en unités de SSR ou SLD sont regroupées dans un document du 17/04/2020.

Organisation des soins en hôpital de jour, en consultation ou dans les lieux de dispensation des médicaments (pharmacies hospitalières)

- Les mesures de **protection** ci-dessous sont appliquées par les patients et les personnels.
- Le respect de la **distanciation physique et spatiale** est impératif, que ce soit dans les salles d'attente ou les salles d'HDJ (éloignement des fauteuils). Des modifications organisationnelles devront être adoptées en ce sens. Un aménagement des plages de consultation pourra être nécessaire afin de limiter au maximum le temps d'attente des patients.
- L'intérêt d'un site de consultation dédié indépendant des secteurs d'hospitalisation pourra être envisagé en fonction des spécificités architecturales des sites.
- En HDJ, le dépistage par PCR (éventuellement couplé à la sérologie, cf. supra) réalisé en amont de l'admission est à discuter au cas par cas (voir intérêt et limite tableau page 1).
- La **téléconsultation** doit être encouragée et il faudra probablement limiter les consultations présentes dans les prochaines semaines voire les prochains mois tant que l'épidémie COVID-19 restera active.

Organisation des examens radiologiques et plateau médico-technique

Une réflexion doit être menée pour organiser au mieux la prise en charge de patients avec COVID-19 dans le flux des patients COVID-19 négatifs :

- Les mesures de **protection** ci-dessous sont appliquées par les patients et les personnels.
- Le respect de la **distanciation** physique est impératif.
- Un **bionettoyage** de l'environnement est réalisé entre chaque patient.

Organisation des interventions chirurgicales et actes interventionnels (endoscopie, radiologie interventionnelle...)

- Les mesures de **protection** ci-dessous sont appliquées par les patients et les personnels.

- Rappel : le **masque FFP2** est indiqué lors des **manceuvres respiratoires à risque**, que le patient soit connu atteint de COVID-19 ou non, notamment lors de l'intubation/extubation.
- Un dépistage par PCR est réalisé dans les indications listées ci-dessus (gestes où un COVID-19 pourrait avoir des conséquences graves). Le dépistage par PCR (intérêt de la sérologie en cours d'étude, cf. supra) réalisé en amont de l'admission est à discuter au cas par cas (voir intérêt et limite tableau page 1).

Organisation du parcours administratif

Le parcours administratif doit être organisé pour limiter au maximum l'interaction avec le personnel administratif :

- Favoriser la préinscription administrative, la distanciation physique (admissions, caisses), recommander le paiement en ligne, ou à défaut le paiement par carte bleue, inscription sur le portail patient pour récupérer les compte-rendu de consultation et d'hospitalisation et prendre les rendez-vous en ligne.
- Le personnel administratif en contact avec le patient respecte les recommandations générales.

MESURES DE PROTECTION A APPLIQUER QUEL QUE SOIT LE SECTEUR

Un stand est dressé à l'entrée de chaque hôpital pour informer les patients et les visiteurs, distribuer un masque chirurgical à ceux qui n'en disposeraient pas et les former à la friction hydro-alcoolique.

Patients

- Une formation à la **friction hydro-alcoolique** (FHA) est délivrée à chaque patient et accompagnant à son entrée. Le patient réalise une FHA à chaque fois qu'il entre et sort de sa chambre.
- Tout patient et accompagnant porte un **masque chirurgical** (ou de soins ou à défaut en tissu) dès l'entrée dans l'établissement (consultation, hôpital de jour, hospitalisation).
 - o Pendant son hospitalisation, il porte un masque chirurgical dès l'entrée d'un personnel dans sa chambre ou son box, ou dès qu'il sort de sa chambre, y compris sur le plateau technique de rééducation.
 - o En chambre double, bien que cette mesure paraisse difficile à appliquer, idéalement le patient porte un masque en continu (ou au moins lorsqu'il se déplace dans la chambre). Il lui est demandé de rester dans son lit. Un paravent est installé entre les deux lits.
 - o Deux masques sont délivrés à chaque patient hospitalisé pour une journée.
 - o Pour certaines activités nécessitant une visualisation du visage du patient et du personnel (ex : orthophonie), le port de masque pourra être remplacé par le port d'une visière pour le personnel et le patient ou la mise en place d'un écran type plexiglas.

Visiteurs

Les visites sont limitées. Celles des personnes ayant des symptômes évocateurs de COVID-19 ne sont pas autorisées. Les visiteurs ou accompagnants portent un masque chirurgical et réalisent une FHA à l'arrivée et au départ.

Personnels

Les mesures ci-dessous doivent être respectées rigoureusement **par tous les personnels intervenant dans l'hôpital**, y compris les personnels administratifs, les personnels des entreprises extérieures, les personnels en formation (étudiants hospitaliers, élèves paramédicaux...).

Des formations seront délivrées à tous les personnels et en particulier aux personnels ayant intégré récemment l'institution (personnels en formation).

- La **distanciation sociale et spatiale** est à respecter scrupuleusement à l'hôpital (staff, pauses, repas...) et à l'extérieur : se placer et rester à au moins 2 mètres de distance les uns des autres dans les moments où le port du masque n'est pas possible (pause-repas).
- **Désinfection des mains par FHA, avant et après chaque contact avec un patient ou son environnement.** Éviter de se toucher le visage (masque, lunettes), notamment pendant la prise en charge d'un patient.
- **Tenue à changer tous les jours** (idéalement pyjama en tissu ou à UU, ou à défaut blouse à manches courtes)
- Port systématique et continu d'un **masque chirurgical** par les professionnels, bénévoles et autres intervenants dès l'entrée dans le bâtiment, dans tous les lieux communs, dans les unités de soins, mais également lors des pauses en commun en dehors des bâtiments.
- **Masque FFP2** indiqué lors des **manceuvres respiratoires à risque**, que le patient soit connu ou non atteint de COVID-19, cf. recommandations du 24/03/2020.
- Protection des yeux par **lunettes** ou visière pour les personnels en contact avec les patients

- Une paire de lunettes ou une visière est attribuée à chaque personnel, il assure sa désinfection.
- Elles sont portées dans les **situations à risque d'exposition aux liquides biologiques** (sécrétions respiratoires (lors de la toux, crachats), selles, urines)
- **Surblouse ou tablier** si contact direct avec le patient, selon les soins à pratiquer (cf. précautions standard).
- Protection des cheveux par le port d'une **charlotte** (1 est délivrée chaque jour au personnel et peut être gardée toute la journée), portée si **risque d'exposition aux liquides biologiques**.

Environnement

Bionettoyage rigoureux et régulier, notamment des points de transmission manuportée (poignées de porte, rampe dans les couloirs) et des chambres accueillant ou ayant accueilli un patient atteint de COVID-19.

COVISAN

Les personnels atteints de COVID-19 se verront proposer les mêmes mesures que celles du programme COVISAN permettant de protéger et de dépister leur entourage, y compris familial.

Les mesures présentées ici seront réévaluées et adaptées régulièrement pour tenir compte de l'évolution de l'épidémie et de la disponibilité des sérologies

Rédaction : Sandra Fournier, Jean-Christophe Lucet, Bertrand Godeau

Relecture : Anani Akpabie, Rishma Amarsy, Patricia Baune, Diane Bouvry, Jean-Claude Carel, Anne Casetta, François Crémieux, Pierre Deblois, Jean-Winoc Decousser, Michel Denis, Véronique Derouin, Florence Espinasse, Nicolas Fortineau, Pierre Frange, Etienne Gayat, Valérie Goldstein, Julia Guilbert, Pierre Hausfater, Vincent Jarlier, Nicolas Javaud, Christophe Kassel, Najiby Kassis-Chikhani, Christine Lawrence, Thibault Lecarpentier, Margaux Lepainteur, Sophie Matheron, Giovanna Melica, Véronique Moulin, Simone Nerome, Catherine Paugam Burtz, Eric Pautas, Juliette Pavie, Antoine Pelissolo, Jean-Damien Ricard, Bruno Riou, Jérôme Robert, Nadine Sabourin, Béatrice Salauze, Isabelle Simon, Valérie Souyri, Laurent Treluyer, Antoine Vieillard-Baron, Jean-Ralph Zahar

Annexe : Personnes à risque de formes graves de COVID-19 selon avis du Haut Conseil de la santé publique du 31 mars 2020

- les personnes âgées de 70 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 70 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée)
- les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires: hypertension artérielle compliquée², ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques* non équilibrés ou présentant des complications;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée;
- les patients atteints de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie).

Malgré l'absence de données dans la littérature, en raison d'un risque présumé de COVID-19 grave compte-tenu des données connues pour les autres infections respiratoires³, sont également considérées à risque de COVID-19 grave:

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive;
 - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm³;
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques;-liée à une hémopathie maligne en cours de traitement;
- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle(IMC)> 40 kg/m²), par analogie avec la grippe A(H1N1), mais aussi une obésité avec IMC > 30 kg/m² ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne ou de syndrome thoracique aigu⁴ ou ayant un antécédent de splénectomie;
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

*compte tenu de l'expérience de terrain des réanimateurs auditionnés (données non publiées)

²Complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales

³ Broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment

⁴ Le syndrome thoracique aigu est une pathologie pulmonaire spécifique de la drépanocytose. Il est défini par l'association de fièvre ou de symptômes respiratoires avec un infiltrat pulmonaire constaté sur une radiographie