



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



#COVID19

## Covid-19 : Reprogrammation et reprise des activités dans les établissements sanitaires d'Occitanie

Date : 19 mai 2020

### Public cible :

Professionnels (direction)

Le contexte de la levée progressive du confinement de la population est une période « post crise aigüe » qui sera plus ou moins longue et évolutive avant un retour « à la normale ». Cette période doit être accompagnée de mesures générales de prévention se basant sur la possibilité pour un individu peu ou pas symptomatique d'être porteur du Sars CoV-2. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la reprise progressive des activités de soins dans les établissements de santé doit s'appuyer sur la capacité d'accueil de la structure en termes de personnels, produits de santé, et d'hébergement, confrontée aux indications médicales basées sur la notion de bénéfice-risque, tout en conservant les indications réglementaires de la période de confinement. L'ensemble des mesures prises doivent donner confiance aux usagers et aux professionnels.

Bien que la typologie des établissements soit hétérogène, les recommandations sont sensiblement les mêmes avec des adaptations spécifiques bien sûr.

La reprise d'activité en période de déconfinement doit être abordée sous l'angle de plusieurs grands chapitres:

- La capacité des acteurs à établir une programmation des activités raisonnée et constamment pilotée par différents indicateurs ;
- La capacité des acteurs à construire des parcours patients sécurisés de la préparation de l'entrée jusqu'à la sortie de l'établissement avec la prise en compte de l'aval ;
- La capacité des établissements à mettre en place les recommandations pour prévenir le risque de transmission du SARS-Cov2.

## 1. La capacité des acteurs à établir une programmation raisonnée des activités et constamment pilotée par des indicateurs issus des données scientifiques en permanence réévaluées

- a) Le bénéfice-risque pour chaque intervention avec notamment l'évaluation du risque de complications de nature à possiblement engendrer le recours à la réanimation ou aux soins intensifs, avec une augmentation de la consommation des produits de santé contingentés.
- b) Une programmation des actes pilotée par des indicateurs de capacité tant en matière de locaux, de ressources humaines, de produits de santé et DMI, avec un retro planning décisionnel précis, communiqué aux acteurs.
- c) Le maintien des unités COVID-19 dédiées pour le regroupement des patients hospitalisés pour COVID-19, en fonction de l'épidémiologie locale avec possibilité de restreindre les zones dédiées.
- d) La réaffectation ou réouverture des unités pour la prise en charge de patients relevant d'une pathologie autre dans le cadre d'un retour à une activité normale.
- e) L'adaptation des locaux à la typologie de l'établissement vis-à-vis du COVID-19, et l'appropriation des recommandations des sociétés savantes en matière de flux de patients, de respect des mesures de distanciation sociale et de mesures barrière, de protection des patients, visiteurs et professionnels.
- f) La possibilité d'organiser un secteur dédié aux consultations (y compris CATT, hôpitaux de jour), indépendant des unités d'hospitalisation et d'aménager les plages de consultation pour limiter les temps d'attente et les croisements des différents consultants.

## 2. La capacité des acteurs à construire des parcours patients sécurisés, de la préparation de l'entrée jusqu'à la sortie de l'établissement avec la prise en compte de l'aval

- a. Préparation avant admission
  - i. Recherche systématique de symptômes compatibles avec une infection par le COVID-19 chez le patient et ses contacts intrafamiliaux au minimum dans les 24/48h précédant une hospitalisation ou une consultation avec un questionnaire à la prise de rendez-vous (auto questionnaire SFAR) et rappel la veille
  - ii. Diagnostic par rRT-PCR des patients et personnels ayant des symptômes évocateurs de COVID-19, même pauci- symptomatiques si PCR négative, scanner et/ou sérologie (si plus de 7 jours après l'apparition des signes cliniques)
  - iii. Dépistage par rRT-PCR des patients asymptomatiques dans les 24/48h avant leur prise en charge ou à l'admission en ES, limité à certaines indications (ex. patients ayant été en contact avec un patient COVID-19 dans les 7 derniers jours, patients chirurgicaux avec chirurgie générant des aérosols ou chirurgies majeures à risque de forme grave en postopératoire ou patients présentant une co-morbidité à risque de forme grave de COVID-19.
  - iv. Si diagnostic de COVID-19, report de l'hospitalisation ou de la consultation sauf si urgence : filière COVID +
- b. Avec un recours privilégié à la télémedecine chaque fois que possible. Une adaptation des consentements éclairés et la traçabilité du bénéfice-risque.
- c. Avec des procédures pour l'accueil des patients, accompagnants et visiteurs en hospitalisation complète, hôpital de jour, examen radiologique ou consultation :
  - i. Organisation de l'accueil du patient (et d'un accompagnant éventuel) et de son admission dans un lieu dédié, lui demandant de
    - Porter un masque (soit chirurgical proposé par l'ES ou l'EMS soit grand public porté personnel si conforme et propre).
    - Respecter la distanciation physique d'au moins 1 mètre tout au long du parcours dans l'établissement.
    - Réaliser une friction hydro-alcoolique (FHA), pour tous les patients lors de leurs déplacements.
 L'admission du patient peut au mieux être réalisée directement dans la chambre du patient.

- ii. Affichage des informations relatives aux mesures barrières (distanciation, gestes barrières, hygiène des mains et port de masque) à destination des patients, visiteurs, accompagnants dans les endroits comme l'accueil, les salles d'attente, etc.
  - iii. En hospitalisation, limitation des visites, interdites pour les personnes ayant des symptômes évocateurs de COVID-19 ; les visiteurs ou accompagnants portent un masque chirurgical et réalisent une FHA à l'arrivée et au départ.
- d. L'attribution privilégiée d'une chambre individuelle en hospitalisation, espacement des patients en HDJ et aménagement des salles d'attente.
  - e. Avec des procédures de transfert entre les unités d'hospitalisation et les unités techniques privilégiant la prise en charge « patient debout » tout en évitant les croisements de patients ou soignants et en respectant les règles d'hygiène et de désinfection.
  - f. Avec des procédures d'organisation de la sortie du patient qui reposent sur la recherche d'une hospitalisation la plus courte possible, l'anticipation du transfert vers des structures d'aval et l'utilisation systématique de la lettre de liaison. Si le patient a été hospitalisé en chambre double et que son voisin a été diagnostiqué COVID-19, une information de son statut de patient contact devra impérativement être mentionnée.

*Toutes ces procédures sont pilotées par les instances habituelles au sein des établissements de santé et arbitrées par la gouvernance en tenant compte de l'évolution épidémiologique sur le territoire, des coopérations territoriales et des décisions prises au fil de l'eau par l'ARS. La gouvernance doit se doter d'un système d'alerte bibliographique à propos des recommandations des sociétés savantes ou des tutelles.*

*Ces procédures doivent faire l'objet d'une évaluation régulière en privilégiant les déclarations d'EIAS soit par le SI de l'établissement soit par de simples « mains courantes » pour éviter une déclaration à posteriori propice à l'oubli, et favoriser un retour d'expérience efficace.*

*D'une façon générale, les séjours ambulatoires ou d'hospitalisation courte, doivent être préférés, avec une attention particulière sur l'organisation de l'aval. Les allées-venues doivent être organisées et limités le plus possible. Les règles d'hygiène et de désinfection scrupuleusement respectées.*

### 3. La capacité des établissements à mettre en place les recommandations d'hygiène pour sécuriser les prises en charge

- a) Pour les patients :
  - i) Information en amont de l'hospitalisation sur les mesures prise pour assurer leur sécurité et celles à respecter lors de sa venue (notamment port du masque chirurgical neuf ou masque tissu propre)
  - ii) A l'arrivée dans la structure : accueil et formation à l'application de mesures de distanciation, gestes barrières, réalisation de la FHA, bon port de masque, les circuits à respecter
- b) Pour les professionnels de santé
  - i) Respect de la distanciation physique pour les professionnels hospitaliers et les personnels soignants (y compris staff, pauses, repas...) et à l'extérieur,
  - ii) FHA à chaque opportunité
  - iii) 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.
  - iv) Éviter de se toucher le visage (masque, lunettes), notamment pendant la prise en charge d'un patient.
  - v) Tenue à changer tous les jours (idéalement pyjama en tissu ou à UU, ou à défaut blouse à manches courtes)
  - vi) Port du masque FFP2 et des lunettes de protection en cas d'exposition aux gestes invasifs sur le sphère pulmonaire à risque d'aérosolisation quel que soit le statut COVID-19 du patient.
  - vii) Port des EPI recommandés lors de la prise en charge d'un patient confirmé ou suspect Covid19
- c) Au niveau des locaux
  - i) Pour les locaux fermés pendant la phase de confinement :
    - (1) Opérations adaptées d'entretien et de purge du réseau d'eau froide**

- (2) Surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire, si le secteur a fermé ses portes pendant plusieurs semaines.
- ii) Nettoyage/désinfection
    - (1) quotidien des sols
    - (2) pluriquotidien des surfaces les plus fréquemment touchées (ex. téléphone, ordinateur, surfaces de bureau ou accueil, poignet de portes, toilettes communs, etc.) avec des produits détergents/désinfectants virucide (norme EN 14476 virus enveloppés) ou toute autre stratégie efficace sur les virus enveloppés.
  - iii) Bionettoyage des unités COVID-19 avant de reprendre une activité non COVID-19 (selon les modalités décrites avis SF2H Soins et Déconfinement : détergence puis détergent désinfectant, ou Javel 4 temps)
  - iv) Protection du personnel en charge du ménage : protection de la tenue, gants de ménage et port du masque chirurgical)
  - v) Délai d'attente entre deux patients : temps nécessaire à la réalisation de l'entretien avec aération de la chambre, jusqu'au séchage des sols et des surfaces
- d) Concernant les traitements de l'air
- i) Ventilation en zone conventionnelle (chambre, consultation) en réalisant une aération des pièces pendant 10 à 15 minutes plusieurs fois par jours dans la mesure du possible, porte fermée et en dehors de présence humaine ;
  - ii) Les centrales de traitement d'air en zones en surpression (ex. bloc opératoire, secteurs de patients immunodéprimés) et les zones en dépression (ex. services de maladies infectieuses et tropicales) ne doivent pas être modifiées, sans maintenance systématique.
- e) Les restrictions d'utilisation des chambres doubles :
- i) Hospitalisation en chambre à privilégier chaque fois que possible,
  - ii) Si recours indispensable aux chambres doubles, respect des contre-indications formelles : si distanciation impossible (locaux ou patient non compliant), si patient COVID-19 ou suspect COVID-19, patient nécessitant aérosols, VNI et/ou Optiflow, oxygénothérapie à haut débit, kinésithérapie respiratoire en chambre, patient à très haut risque de forme grave de COVID-19, patient nécessitant des précautions complémentaires de type contact ATCD de contagion avec un cas de COVID-19 dans les 14 jours précédents,
- f) Les prises en charge au bloc opératoire et secteur interventionnel
- i) L'équipe médicale ou chirurgicale porte un masque chirurgical.
  - ii) Lors de la réalisation de gestes invasifs ou manœuvres au niveau de la sphère respiratoires générant des aérosols, quel que soit le statut infectieux du patient, l'équipe d'anesthésie (intubation/extubation) ou chirurgicale (chirurgie à risque, notamment ORL et bronchique) porte un masque de protection respiratoire de type FFP2 et protection oculaire (lunette de protection ou visière)
  - iii) Prise en charge des patients en salle d'intervention :
    - (1) Intubation/extubation en salle et non en SSPI,
    - (2) Usage de filtre sur les circuits des respirateurs,
    - (3) Intervention porte de la salle fermée,
    - (4) Limitation du nombre de personnes
  - iv) Gestion technique des salles d'intervention
  - v) Pas de modification des régimes de ventilation,
    - (a) Pas de requalification systématique d'une salle fermée et inutilisée pendant la période d'arrêt, sauf si modification
- g) L'organisation des activités en plateaux techniques ou ateliers
- i) Pour les activités à risque élevé de transmission respiratoire du virus (ventilation soutenue, pratiques rapprochées, émissions de gouttelette, équipement partagé), reprise uniquement en individuel, avec bionettoyage des équipements entre chaque patient, FHA, port du masque chirurgical (patient/professionnel)
  - ii) Activités sportives individuelles intérieures possibles si la capacité de ventilation de la pièce est suffisante, avec respect d'une distance physique d'un rayon de 4m<sup>2</sup> et hygiène des mains ;

- iii) Activités sportives individuelles extérieures possibles selon la capacité à respecter des distances de sécurité suffisantes et hygiène des mains
- iv) Ateliers thérapeutiques : reprise uniquement en nombre de participants restreints, locaux adaptés, port de masque, hygiène des mains dès l'accueil et à la sortie, pas de partage de matériel.
- h) La gestion des déchets d'activités de soins
  - i) Les déchets issus de patients infectés ou suspectés d'être infectés par le SARS-CoV-2 sont éliminés selon la filière classique des DASRI de l'établissement (ne pas les distinguer des autres DASRI)
  - ii) Éliminer les EPI non souillés dans la filière des ordures ménagères selon la procédure institutionnelle.

## Références utiles

[Avis SF2H Soins et déconfinement-6 mai 2020](#)

[Préconisations de la SFAR pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie COVID-19, 2020](#)

[Avis du HCSP du 01 mai 2020 relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du COVID-19](#)

[Avis du HCSP du 01 mai 2020 du relatif à la PEC linge, bionettoyage et protection du personnel](#)

[Avis du HCSP du 24 avril 2020 relatif aux mesures barrières et de distanciation physique en population générale](#)

[Avis de la SF2H du 04 mars 2020 relatif aux indications du port de masque pour les professionnels de santé](#)

[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 - APHP](#)

[Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins des établissements accueillant les patients atteints de cancer dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 – 23 avril 2020- INCA](#)

[Usage des différents types de masques COVID-19 – Version du 24 avril 2020 – Mission nationale MATIS](#)

[Conditions de reprise de l'activité chirurgicale dans les salles d'opération ayant accueilli des patients Covid-19 - 27 avril 2020 – Mission nationale SPICMI](#)

[Préconisations pour l'adaptation de l'offre de soins en anesthésie-réanimation dans le contexte de pandémie de COVID-19 / Version Mai 2020](#)

[Recommandations de l'Académie Nationale de Chirurgie - Le 4 mai 2020](#)