

Mesures provisoires de précautions dans les hôpitaux pour un patient hospitalisé avec suspicion d'infection COVID-19 ou présentant une infection COVID-19 confirmée

(voir les commentaires sur les différentes mesures au bas du tableau)

(Swissnoso V7.2, 05.05.2020 : toutes les mises à jour sont en rouge)

Question	Mesure
Annonce d'admission (Urgence, stations)	<ul style="list-style-type: none"> – Informer l'hygiène hospitalière – Masque chirurgical (type II ou type IIR) au patient jusqu'à son placement en isolement – Les employés se protègent conformément aux directives locales en matière d'hygiène – Déclaration au médecin cantonal selon les instructions de l'OFSP
Mesures d'isolement pour les cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> – Isolement contact et gouttelettes selon les directives d'hygiène locales – Isolement dans une chambre individuelle (la pression négative n'est pas nécessaire), <u>l'isolement « géographique » est autorisé pour les patients coopérants</u> (séparation spatiale, par exemple par marquage au sol ou au moyen de paravents dans une chambre à plusieurs lits)
Mesures d'isolement pour les cas confirmés	<ul style="list-style-type: none"> – Isolement de type contact + gouttelettes dans <u>une chambre individuelle</u> – Le cohortage des cas confirmés est possible
Mesures de protection du personnel	<ul style="list-style-type: none"> – Masque chirurgical, sur-blouse, gants – En plus, protection oculaire lors du frottis naso-pharyngé ou autre exposition possible avec sécrétions respiratoires (<2 mètres) – En cas de pénurie de masques : Les masques chirurgicaux (type II ou type IIR) peuvent être portés pendant 8 heures au maximum, même s'ils sont humides. En principe, 1 masque au maximum doit être porté pour une période de 8 heures et au maximum 2 masques pour une période de 12 heures. De plus, les masques chirurgicaux (de type II ou de type IIR) ne peuvent être changés que si le collaborateur va vers un patient COVID-19 négatif après avoir donné des soins à un patient COVID-19 positif. Pour limiter les changements fréquents, il convient donc de créer si possible des unités d'isolement (cohortes de patients positifs). – Désinfection des mains avant/après avoir mis/enlevé le masque – Pas de sur-chaussures (risque de contamination lors du déshabillage supérieur au bénéfice potentiel)
Obligation de porter un masque	Les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé et qui ne peuvent pas maintenir une distance d'au moins 2 mètres par rapport aux autres membres du personnel ou aux patients portent un masque chirurgical. Durée de portage et réutilisation : voir ci-dessus. En cas de pénurie de masques, la priorité doit être donnée aux personnes en contact avec les patients.
Réutilisation des masques personnels (chirurgicaux et FFP2 ¹)	En cas de pénurie de masques : Les masques peuvent être portés plusieurs fois par le même utilisateur. Suggestion d'utilisation, voir ci-dessous ²
Procédures génératrices d'aérosols . mesures ³	– FFP2 ¹ et protection oculaire

	<p><u>Recommandation</u> : porter le masque FFP2¹ jusqu'à 30 minutes après la procédure génératrice d'aérosol et aussi longtemps que le patient est présent dans la salle.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Une fois en place, les masques FFP2¹ peuvent être portés par un collaborateur pendant toute une rotation journalière (voir point ci-dessus). Ceci concerne des situations où les procédures de génératrices d'aérosols sont récurrentes, par exemple dans les unités de soins intensifs. – Désinfection des mains avant/après avoir mis/enlevé le masque – Bronchoscopie : Indication à discuter avec pneumologue, infectiologue, hygiène hospitalière (+intensiviste si patient en soins intensifs). Toux prolongée après bronchoscopie : protection oculaire lors de soins après bronchoscopie. – Gastroskopie : port d'un masque FFP2¹ uniquement pour les patients chez lesquels Covid-19 est suspecté ou confirmé. Le port d'un masque FFP2 n'est pas nécessaire chez les patients asymptomatiques, port d'un masque chirurgical. Une fois en place, les masques doivent être portés pendant toute la durée du service (voir ci-dessus)
Procédures génératrices d'aérosols : Liste finale	<ul style="list-style-type: none"> – Intubation* – Canule de trachéotomie * – Ventilation non invasive* – Bronchoscopie* – Réanimation cardiopulmonaire** – Aspiration avec système ouvert** – Ventilation invasive par trachéotomie avec système à tuyau unique (Stellar)** – Expectorations induites** – Ventilation à haute fréquence/haut débit (Optiflow) ** – Laryngoscopie** – Endoscopie du tractus gastro-intestinal supérieur** <p>*Recommandation fondée sur l'évidence ** Possibilité de formation d'aérosols, mais pas d'évidence claire</p>
Locaux pour les activités génératrices d'aérosols	<ul style="list-style-type: none"> – Celles-ci doivent avoir lieu dans les locaux les plus appropriés de l'hôpital (Critères possibles : pièce à pression négative, dispositif de filtrage HEPA dans la pièce, dispositifs de circulation d'air aux UV, renouvellements d'air fréquents, ouvertures régulières des fenêtres)
Désinfection de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> – Désinfection quotidienne des surfaces (high-touch surfaces) et des toilettes dans les secteurs où se trouvent les patients suspects ou confirmés Covid-19
Employés exposés au COVID-19 ayant des contacts avec des patients	<ul style="list-style-type: none"> – Point traité dans un document séparé
Visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> – En principe pas de visite, exceptions en accord avec le service – Si des visites sont nécessaires en urgence : mêmes protection que le personnel)
Sorties du patient	<ul style="list-style-type: none"> – Limitation aux examens nécessaires

	– Masque chirurgical au patient avec COVID-19 confirmé à l'extérieur de la chambre
Prise en charge des prélèvements (y.c. au laboratoire)	– Mesures standards P2 – Envoi externe selon standard B UN 3373
Linge, instruments, vaisselle, déchets	– Selon procédure locale pour les isolements de contact. La vaisselle et le linge ne sont pas des sources d'infection courantes.
Levée de l'isolement	– V. tableau 1
Patients immunodéprimés/patients à risque élevé	– Les directives locales pour l'hospitalisation en chambre individuelle ou partagée s'appliquent.
Procédure en cas de décès	– Les mesures standards d'hygiène et des pompes funèbres sont suffisantes – En cas d'autopsie : un masque FFP2 ¹ doit être porté en plus des mesures d'hygiène standard pour les procédures génératrices d'aérosols
Achat de matériel pour les équipements de protection individuelle	– L'achat d'équipements de protection est désormais centralisé au niveau fédéral. Les quotas sont répartis entre les cantons. Le matériel peut être obtenu auprès des pharmacies cantonales.

Tableau 1: Levée de l'isolement

Clinique	Fin de l'isolement	Tests par PCR
Maladie modérée, patient en service standard , retour à domicile possible	Au plus tôt 10 jours après l'apparition des symptômes et au moins 48 heures sans symptômes	Aucun
Maladie modérée, patient en service standard mais reste hospitalisé ou est transféré dans un établissement de soins de longue durée	Au plus tôt 14 jours après l'apparition des symptômes et au moins 48 heures sans symptômes	Aucun
Maladie grave (par ex. séjour en soins intensifs)	Au plus tôt 21 jours après l'apparition des symptômes et au moins 48 heures sans symptômes.	Pour réduire la durée d'isolement, deux PCR peuvent être effectuées à partir d'échantillons respiratoires adéquats (par ex. sécrétions trachéales). Si ces résultats sont négatifs ou si la charge virale a diminué d'au moins 3 log, l'isolement peut être levé.
Maladie grave (par ex. séjour en soins intensifs) et présence de facteurs de risque supplémentaires (par ex. immunosuppression grave, trachéostomie)	Au plus tôt 28 jours après l'apparition des symptômes et au moins 48 heures sans symptômes.	Pour réduire la durée d'isolement, deux PCR peuvent être effectuées à partir d'échantillons respiratoires adéquats (par ex.. sécrétions trachéales). Si ces résultats sont négatifs ou si la charge virale a diminué d'au moins 3 log, l'isolement peut être levé.

Commentaires :

1) Les masques respiratoires de type N95 ou KN95 (norme américaine ou chinoise) sont à considérer comme des FFP2

2) La réutilisation des masques. Proposition d'application :

- Se laver les mains avec un désinfectant à base d'alcool pour les mains avant et après avoir touché ou ajusté le masque.
- Suspendre les masques FFP2 ou FFP3 usagés dans une zone de stockage désignée ou stockez-les dans un récipient propre (par exemple, un sac en papier) entre deux utilisations.
- Pour minimiser la contamination croisée, entreposer les masques de manière à ce qu'ils ne se touchent pas et que la personne qui les utilise soit clairement identifiée.
- Les récipients doivent être éliminés ou nettoyés régulièrement. Pas de fermeture hermétique (par exemple pas de Tupperware)
- Les masques contaminés par le sang, les sécrétions respiratoires ou nasales ou d'autres liquides organiques des patients doivent être éliminés.

3) Procédures génératrices d'aérosols : Une publication récente (van Doremalen et al., NEJM, March 17 2020, DOI: 10.1056/NEJMc2004973) suggère que le SRAS-CoV-1 et le SRAS-CoV2 ont les mêmes propriétés en termes de survie dans l'environnement et dans les aérosols. Cependant, en dehors de situations spécifiques (voir tableau), il a été bien démontré que le SRAS-CoV-1 a été transmis dans la plupart des cas par des gouttelettes. Dans le cadre des travaux du NEJM, le virus était détectable sur des surfaces jusqu'à 5-7 jours dans les expériences in vitro, mais la densité de germes diminue considérablement après quelques heures. Il faut être très prudent au sujet des résultats de travaux expérimentaux : certaines études suggèrent, par exemple, que la grippe peut être transmise par aérosols. Or, nous savons par expérience clinique quotidienne que cela ne joue pas de rôle. Si la transmission par aérosols peut survenir lors de soins cliniques, cela ne concerne uniquement qu'une très petite minorité de situations.