

CONTACT TRACING EN EHPAD

AUTOUR DE CAS CONFIRME(S) OU PROBABLE(S) COVID-19

Au préalable, en cas d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne dans un EHPAD, il est préconisé de **réaliser un test à la recherche du virus SARS-CoV-2 chez les 3 premiers résidents présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de confirmer un Covid-19.

Dans ce contexte de pandémie, il vous est demandé de signaler à l'ARS tout épisode d'IRA dès l'apparition du premier cas probable/possible/confirmé de COVID-19 :

ars-hdf-signal@ars.sante.fr

1. Mettre en place une cellule de crise avec la direction, le cadre ou l'infirmier coordinateur, le médecin coordonnateur l'EOH, et le médecin du travail pour :

- a. Organiser le suivi des contacts : cf. ci-dessous
- b. Adapter le fonctionnement du service en prenant en compte le nombre de contacts à risque modéré/élevé (zone de cohorting, recours à l'intérim, ...)
- c. Évaluer les conséquences sur le fonctionnement de l'établissement médico-social
- d. Préparer l'information des personnels, du CHSCT, la communication interne et externe ...

2. Dresser la liste des personnes contact au sein du personnel, des résidents et des visiteurs exceptionnels (familles, amis, transporteurs, professionnels libéraux...) :

- a. Considérer comme début de la période à risque d'exposition, les 24h avant le début des signes cliniques chez le cas.
- b. Chez les résidents, sont considérés comme contact, tout patient ayant partagé la chambre du cas, ou assis à côté dans la salle de restauration ou le lieu de vie pendant la période à risque d'exposition.
- c. Chez les personnels, sont considérés comme contacts tout personnel s'étant occupé du cas ou de ses analyses biologiques pendant la période à risque d'exposition : personnels médicaux et paramédicaux, brancardiers, kiné, diététiciens, techniciens de laboratoires, prestataires extérieurs (ménage), personnel administratif...

3. Evaluer le risque pour chaque contact selon le type d'exposition

- a. **Pour le personnel interne ou externe (professionnels libéraux) à l'établissement et les résidents**

L'évaluation se fait au cas par cas, par l'établissement médico-social, collégialement avec le médecin du travail, à l'aide des questionnaires « sujet contact » des professionnels soignants (ou autres joints en annexe :

L'évaluation se fait en lien avec l'ARS, la cellule régionale de Santé publique France et si besoin le CPIAS, notamment pour les cas litigieux.

- Personne contact à risque modéré/élevé : personne (personnels de santé ou patients voisins de chambre ou de salle de restauration ou de lieu de vie...) ayant eu un contact rapproché (moins de 1 mètre) pendant au moins 15 mn avec un cas confirmé ou probable, sans équipements de protection ;
- Personne contact à risque faible : Personne ayant eu un contact < 15 mn avec un cas confirmé ou probable, sans équipements de protection ;
- Personne contact à risque négligeable : Personne ayant eu un contact avec un cas confirmé ou probable avec équipements de protection.

b. Pour les visiteurs exceptionnels (familles, amis, transporteurs, ...)

L'évaluation se fait par l'ARS et/ou la cellule régionale de Santé publique France à partir de la liste établie par l'établissement indiquant l'identité du cas confirmé ou probable et de chacun de ses contacts, ainsi que les coordonnées téléphoniques de ces derniers.

Cette liste est à transmettre à l'ARS via la boîte mail suivante : ars-hdf-signal@ars.sante.fr

4. Mettre en place les mesures adaptées au risque (cf. ci-dessus) et la surveillance des personnes contacts

a. Pour les résidents :

- Risque négligeable : Aucune mesure
- Risque faible :
 - Pendant 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas confirmé ou probable, surveiller :
 - Température deux fois par jour ;
 - Symptômes :
 - ⇒ Habituels : fièvre, toux, difficultés respiratoires, rhume, céphalées, douleurs musculaires, asthénie importante, conjonctivite, diarrhée, douleurs abdominales, éruption cutanée
 - ⇒ En particulier chez les résidents : changement brutal de comportement avec chutes à répétition et/ou signes de confusion, variation de température (oscillations entre hyper et hypothermie), instabilité hémodynamique, lymphopénie.
 - Dès l'apparition d'un de ces symptômes, porter un masque, s'isoler, contacter le médecin traitant (ou le médecin coordonnateur en l'absence du médecin traitant) ou le 15 en cas de signes de gravité.
- Risque modéré/élevé :
 - Isolement en chambre pendant 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas ;
 - Surveillance température et symptômes (cf. ci-dessus) 2 fois par jour ;

- Dès l'apparition d'un des symptômes évoqué(s) ci-dessus, porter un masque, contacter le médecin traitant (ou le médecin coordonnateur en l'absence du médecin traitant) ou le 15 en cas de signes de détresse respiratoire (cf. gestion cas probable)

Dans un contexte de cas groupés (au moins 2 cas chez les résidents) de COVID-19, tous les résidents de l'unité étant considérés à risque modéré/élevé, ils doivent être mis en isolement. La levée de ces mesures se fera 14 jours après le début des signes du dernier cas s'il est devenu asymptomatique sinon jusqu'à la disparition de ses signes cliniques.

Pour le personnel :

Remettre aux personnels les courriers d'information et les grilles de surveillance de la température (cf. annexe)

- Risque faible ou négligeable : porter un masque chirurgical pendant l'activité professionnelle pendant les 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas.
- Risque modéré/élevé :
 - En l'absence de symptômes, poursuite du travail avec renforcement des mesures barrières (dont port du masque pendant l'activité professionnelle);
 - Surveillance température et symptômes (cf. ci-dessus) 2 fois par jour ;
 - Dès l'apparition d'un des symptômes habituel(s) évoqué(s) ci-dessus, contacter le médecin traitant ou le 15 en cas de signes de gravité et faire le lien avec la médecine du travail.