

Gestion et contrôle des épidémies COVID-19 dans les établissements de santé

(Version 2.0, 29 mars 2021 ; prochaine mise à jour prévue en mai 2021)

Introduction :

La transmission du SARS-CoV-2 dans les établissements de santé a des conséquences importantes pour les patients et les professionnels de la santé (PdS). Elle peut amplifier des épidémies locales et faire peser une charge supplémentaire sur des ressources déjà très sollicitées. Les failles dans l'application des mesures de lutte contre les infections, comme une observance insuffisante de l'hygiène des mains, les erreurs de manipulation ou l'absence d'équipement de protection individuel adéquat, ainsi que le non-respect de la distanciation sociale entre les PdS dans les bureaux et les espaces communs hospitaliers les plus fréquentés, ont été associés à un risque accru de transmission parmi les PdS. La transmission du SARS-CoV-2 aux patients peut résulter d'un contact direct avec d'autres patients, ou d'un contact avec des PdS et, dans une moindre mesure, des visiteurs infectés asymptomatiques ou pauci-symptomatiques. Compte tenu de la période d'incubation médiane de 5 jours et de la forte transmissibilité avant et au moment de l'apparition des symptômes, les stratégies visant à tester et à isoler uniquement les cas symptomatiques peuvent être insuffisantes pour prévenir la transmission nosocomiale, en particulier pendant les périodes de forte transmission communautaire. Ce document actualisé complète la série de recommandations déjà publiées par Swissnoso (www.swissnoso.ch). Il est principalement destiné aux établissements de soins aigus. Les mesures recommandées peuvent nécessiter une adaptation au contexte local (ressources, épidémiologie, etc.).

Conformément à notre recommandation précédente, nous tenons à réaffirmer qu'il n'est pas nécessaire d'ajuster les mesures de prévention et de contrôle de l'infection en cas d'épidémies dues à des nouveaux variants SARS-CoV-2.

Infection COVID-19 associée aux soins

Il n'existe pas de définition uniforme pour déterminer quand une infection COVID-19 est considérée comme acquise dans le cadre des soins. D'autres pays et des recommandations internationales appliquent même différentes définitions en fonction du moment de l'apparition de signes cliniques, de résultats de laboratoire ou radiologiques après l'admission, et en tenant compte de la probabilité de transmission nosocomiale. Pour des raisons pratiques et en accord avec la surveillance hospitalière COVID-19 initiée par l'OFSP, Swissnoso recommande une définition unifiée pour tous les établissements de soins aigus, en considérant une durée moyenne d'incubation de 5 jours.

Remarque : lors de l'identification d'un cas COVID-19 nosocomial possible avec toutefois une anamnèse, des résultats de laboratoire (PCR ou sérologie) ou une radiologie suggérant une infection COVID-19 antérieure à l'admission, une évaluation au cas par cas est nécessaire, en considérant la possibilité d'une réinfection versus la détection d'une charge virale résiduelle. Veuillez également consulter le document associé sur les méthodes diagnostiques de COVID-19.

COVID-19 nosocomial	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle apparition de symptômes ET/OU test positif ET/OU scanner évocateur de COVID-19 cinq jours ou plus après l'admission ET forte suspicion de transmission nosocomiale.
Epidémie de COVID-19 nosocomial	<ul style="list-style-type: none"> Détection de ≥ 3 cas de COVID-19 nosocomiaux (patients, PdS) avec un lien temporel (dans les 72 heures) ou géographique possible.

LA CLÉ POUR CONTRÔLER une épidémie COVID-19 nosocomiale débutante est la détection rapide, l'isolement, le dépistage et la recherche des contacts.

1. Mesures préventives générales

Port universel du masque en plus de l'application stricte des précautions standard	<ul style="list-style-type: none"> Le port universel du masque est fortement recommandé comme élément supplémentaire complétant les précautions standard, en particulier s'il n'est pas possible de maintenir une distance minimale de 1,5 m entre les patients, les visiteurs et le personnel.
Vaccination contre le COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la vaccination contre le COVID-19 auprès du personnel soignant et des patients à haut risque en fonction de l'approvisionnement en vaccins localement.
Prévenir les risques d'événements superpropagateurs	<ul style="list-style-type: none"> Optimiser le flux des patients dans les salles d'attente Améliorer les mesures techniques, par exemple en installant des cloisons pour se protéger des gouttelettes respiratoires ou en améliorant les systèmes de ventilation dans les salles réservées aux procédures génératrices d'aérosols. Les rassemblements sociaux entre PdS (en particulier dans les espaces fermés et mal ventilés) devraient être interdits. Les cas COVID-19 suspects ne doivent pas être placés dans des chambres à plusieurs lits (voir également la rubrique organisation des services).
Surveillance syndromique	<ul style="list-style-type: none"> Une surveillance basée sur les symptômes chez les patients et le personnel soignant est fortement recommandée pour identifier et tester rapidement les cas COVID-19 suspects selon les critères cliniques et épidémiologiques publiés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
Dépistage universel des patients à l'admission à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> Le dépistage universel à l'admission des patients à l'aide de la PCR ou de tests antigéniques rapides peut être envisagé pour prévenir l'importation de COVID-19 asymptomatiques dans un établissement. Comme pour les autres stratégies de dépistage (par exemple, la surveillance active de flambées nosocomiales), certains aspects importants doivent être pris en compte : <ul style="list-style-type: none"> La détection de "cas" positifs par test PCR inclura également des personnes ayant été infectées dans les semaines précédentes et certaines sans symptômes qui ne sont déjà plus contagieuses. Le risque de les placer inutilement en isolement doit donc être mis en balance avec les avantages potentiels. Lorsque la transmission communautaire est faible (taux de positivité < 5 % ou moins de 20 nouveaux cas COVID-19 pour 100 000 personnes au cours des 14 derniers jours), la probabilité de résultats faussement positifs augmente et doit être soigneusement prise en compte en présence de cas détectés soit avec une charge virale très faible, soit avec un test antigénique rapide positif. Le dépistage seul ne remplace pas une anamnèse minutieuse d'exposition ou d'une éventuelle infection antérieure.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Des tests répétés et/ou des tests complémentaires (par exemple, sérologie, détermination de la présence d'une mutation pour exclure une réinfection) peuvent être nécessaires en cas de résultat douteux. ● En ce qui concerne les algorithmes de test, veuillez également consulter le document associé "Aide décisionnelle de Swissnoso sur les méthodes diagnostiques de COVID-19 dans le cadre des soins aigus".
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ● Cohorter les cas COVID-positifs et, si possible, les regrouper dans un étage ou un bâtiment séparé avec du personnel dédié. ● Dans la mesure du possible, placer les cas COVID-19 suspects dans des chambres individuelles ou doubles avec un isolement strict géographique "autour du lit". ● Les cas COVID-19 suspects doivent être séparés des cas non-COVID-19 dans la mesure du possible ● En règle générale, éviter de placer les patients non vaccinés ou à haut risque dans des chambres à plusieurs lits (>2 lits). ● Veiller au respect strict des précautions standard, des mesures contact et gouttelettes, de l'hygiène respiratoire et de la distanciation sociale.

2. Mesures recommandées en cas de suspicion de transmission COVID-19

Mesures initiales lors de la détection d'un cas de COVID-19 nosocomial	<ul style="list-style-type: none"> ● Éliminer les cas faussement positifs et les fausses alertes (voir ci-dessus) : dans certains cas, envisager de répéter le test PCR et la sérologie avant de prendre des mesures excessives (par exemple, le transfert du patient vers l'unité de cohorte COVID-19). ● Discuter des cas particuliers avec les spécialistes (par exemple, réinfection possible ou résultats faussement positifs chez des patients vaccinés ou des patients dont une infection COVID-19 a été documentée dans le passé). <p>Par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informer le(s) service(s) concerné(s) et auditer les mesures de prévention des infections ● Identifier les personnes (patients et professionnels de la santé) ayant eu un contact non protégé avec un cas COVID-19 au cours des 2 derniers jours à l'aide d'un formulaire standardisé (si possible, remonter à 1 ou 2 jours avant l'apparition des symptômes chez le cas index). ● Signaler tout contact COVID-19 non protégé au service de médecine du travail. ● Mettre en place des mesures de quarantaine pour les contacts étroits (non protégés) selon les recommandations locales.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une surveillance active des contacts proches (non protégés) (dépistage au jour 0 et 5) afin d'identifier et d'isoler rapidement les cas positifs. ¹ • Si une infection associée aux soins est probable mais qu'aucun lien épidémiologique ne peut être identifié, envisager un dépistage à l'échelle du service pour le personnel et les patients afin d'identifier et d'isoler rapidement les cas infectieux asymptomatiques. <p>Si les ressources sont limitées, envisager une telle approche dans les services accueillant des patients présentant un risque élevé d'infection sévère (par exemple, services de gériatrie, oncologie, etc.).</p>
Renforcer le respect strict des précautions standard	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les obstacles potentiels à une adhésion optimale, par exemple par des visites sur place, l'observation, le feedback et l'éducation. • Assurer des stocks adéquats et la disponibilité des équipements de protection individuelle (des mises à jour écrites régulières sur les stocks sont requises). • Proposer des formations et l'entraînement du personnel soignant à la bonne application des précautions standard, à l'utilisation correcte des EPI et à la décontamination de l'environnement.
Rappeler les mesures de distanciation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Rappeler régulièrement au personnel soignant et aux patients, par différents moyens (affiches, écrans publics, etc.), de garder une distance $\geq 1,5$ m chaque fois que possible (en mettant l'accent sur les chambres à plusieurs lits, les zones partagées comme les bureaux des infirmiers et des médecins ou les salles de loisirs) et de porter un masque facial si la distance sociale n'est pas possible.

3. Epidémie COVID-19 difficile à contenir - mesures de contrôle supplémentaires possibles

Renforcer la recherche systématique de cas	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la recherche systématique de cas parmi les patients hospitalisés et les PdS. • Si le nombre de contacts devient élevé, la recherche et le suivi des contacts peuvent être axés en priorité sur les contacts exposés au risque le plus élevé (par exemple, les patients exposés depuis longtemps) ou sur ceux qui ont un impact plus important en cas de transmission (par exemple, les PdS impliqués dans les soins directs aux patients ou travaillant avec les patients les plus vulnérables). • En outre : <ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager l'introduction de tests périodiques chez les patients hospitalisés (y compris les patients asymptomatiques ou pré-symptomatiques), par exemple des dépistages hebdomadaires dans les services concernés.
---	---

¹ Lorsque le nombre de contacts est élevé et/ou que les ressources sont limitées, le cohortage et la surveillance passive peuvent être envisagés.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Envisager l'introduction de tests périodiques pour les PdS, par exemple un dépistage hebdomadaire des PdS travaillant dans des zones à haut risque (unités de soins intensifs). ○ En cas de transmission active avérée, envisager un dépistage (prévalence ponctuelle) dans d'autres services non affectés.
Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> ● En cas de transmission active avérée, déplacer tous les contacts COVID-19 vers une zone de quarantaine dédiée. ● Envisager la fermeture du service pour les nouvelles admissions si plus de 5 cas nosocomiaux ou si la transmission se poursuit malgré la mise en place de mesures adéquates.
Considérations générales en cas de transmission communautaire élevée	<ul style="list-style-type: none"> ● Interdire les visiteurs (si une interdiction de visite n'est pas déjà en place) avec des exceptions limitées aux circonstances particulières (par exemple, patient en fin de vie, accouchement, enfants) et demander un test négatif dans les dernières 48 heures. ● suspendre les consultations ambulatoires ● Limiter les admissions à l'hôpital pour les interventions non urgentes ● Déclarer l'épidémie aux autorités locales de santé publique.

Références :

- Klompas M. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) : Protéger les hôpitaux de l'invisible. Ann Intern Med. 2020 Mar 11. doi : 10.7326/M20-0751. [Epub ahead of print]
- Frieden TR, Lee CT. Identifying and interrupting superspreading events-implications for control of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. Emerg Infect Dis. 2020 Jun [date de citation : 24 avril 2020]. <https://doi.org/10.3201/eid2606.200495>
- Black James R M, Bailey Chris, Przewrocka Joanna, Dijkstra Krijn K, Swanton Charles. COVID-19 : les arguments en faveur du dépistage chez les travailleurs de la santé pour prévenir la transmission dans les hôpitaux. The Lancet. Publié en ligne le 15 avril 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30917-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30917-X) (consulté le 24 avril 2020).
- Wee LE, Conceicao ; EP, Sim XYJ, et al. Minimising intra-hospital transmission of COVID-19 : the role of social distancing, Journal of Hospital Infection, <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.016>.
- Gopalakrishna G, Choo P, Leo Yee S, et al. SARS Transmission and Hospital Containment. Maladies infectieuses émergentes. Vol 10, n° 3, mars 2004
- Kabesch M, Roth S, Brandstetter S, Häusler S, et al. Successful containment of COVID-19 outbreak in a large maternity and perinatal center while continuing clinical service. Pediatr Allergy Immunol. 2020 Apr 22. doi : 10.1111/pai.13265. [Epub avant impression]
- Sutton D, Fuchs K, D'Alton M, et al. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. New Engl J Med. 13 avril 2020, doi : 10.1056/NEJMc2009316
- Bi Q, Wu Y, Mei* S, et al. Épidémiologie et transmission du COVID-19 chez 391 cas et 1286 de leurs contacts proches à Shenzhen, en Chine : une étude de cohorte rétrospective. Lancet Inf Dis, 27 avril 2020. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Estimation des ressources pour les activités de recherche des contacts, de quarantaine et de surveillance des cas de COVID-19 dans l'UE/EEE. ECDC : Stockholm ; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-resources-for-contact-tracing-2-March-2020.pdf> (dernier accès le 1er mai 2020)
- Abbas M, Nunes TR, Martischan R et al. Transmission nosocomiale et épidémies de coronavirus 2019. <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00875-7>
- Taylor J, Rangaiah J, Narasimhan S et al. Nosocomial COVID-19 : experience from a large acute NHS Trust in South-West London. Journal of Hospital Infection 106 (2020) 621-25. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.08.018>
- Rickman HM, Rampling T, Shaw K et al. Transmission nosocomiale de la maladie à coronavirus 2019 : une étude rétrospective de 66 cas acquis à l'hôpital dans un hôpital universitaire de Londres. Maladies infectieuses cliniques 2021;72(4):690-3
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-healthcare-personnel.html>
- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TestingStrategy_Objective-Sept-2020.pdf
- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_6th_update_9_Feb_2021.pdf
- Buitrago et al. PLoS Med. 2020 Sep ; 17(9) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003346>

- Burrer SL et al. MMWR 69:477-81, 2020 <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>
- Nguyen LH, Lancet Public Health 2020;5(9):e475-e83 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Chou R et al. Epidemiology of and Risk factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. Ann Int Med 2020. 173 :120-36. <https://doi.org/10.7326/M20-1632>
- Hunter E et al. First experience of COVID-19 screening of health-care workers. The Lancet 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30970-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30970-3)
- Frieden TR et al. Identifying and Interrupting Superspreading Events- Implications for Control of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. Emerging Infectious Diseases, juin 2020. <https://doi.org/eid2606.200495>