

. 5. CAS DES PERSONNES AGEES EN EHPAD La personne âgée en EHPAD (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes) est particulièrement à risque de forme grave de COVID-19 du fait de son âge, des comorbidités souvent multiples à l'origine de sa dépendance. Le risque d'acquisition de l'infection est majoré par la vie en collectivité. Il convient donc de prendre des mesures spécifiques pour protéger ces personnes à risque.

. 5.1. : Mesures de prévention Les mesures préconisées en début de ce document sont applicables à ces personnes. Cependant certaines d'entre elles doivent être renforcées du fait du risque de contagion à de nombreuses personnes elles aussi fragiles.

. 5.1.1 Mesures de distanciation sociale : Les mesures suivantes doivent être appliquées de façon rigoureuse durant la période épidémique :

- Restriction ou arrêt des visites extérieures ;
- Arrêt des activités collectives ;
- Renforcement des mesures d'hygiène : lavage des mains à l'eau et au savon ou par friction avec SHA (fiche 4 de l'avis du HCSP 2012).

5.1.2 Anticiper et préparer la procédure de réalisation des prélèvements diagnostiques dans l'établissement et organiser leur acheminement. 5.1.3 Inciter au port du masque chirurgical par le personnel soignant au stade 3 de l'épidémie 5.1.4 Limiter les déplacements en consultations non urgentes : suivi de pathologie chronique

. 5.1.5 Préparation d'une fiche LATA (limitation et arrêt de thérapeutiques actives) pour chaque résident afin d'établir le niveau de soins en fonction de la gravité. Cette fiche doit être créée avec l'aide des médecins traitants et des médecins coordinateurs de l'EHPAD.

5.1.6 Appliquer les algorithmes décisionnels nationaux ou locaux pour aide à la décision d'hospitalisation.

5.2 : CAT devant le premier cas d'infection COVID-19 : (ref. fiche 5 de l'avis HCSP 2012).

Il est recommandé d'hospitaliser le premier cas de la collectivité dans le but d'éviter la survenue d'une épidémie.

5.3 : CAT devant plusieurs cas d'infection à COVID 19. (ref. Fiche 6 de l'avis du HCSP 2012).

Si les patients doivent être hospitalisés, il est préférable de les adresser si possible dans une unité de soins gériatrique aigus COVID-19.

Pour les EHPAD ayant un médecin coordonnateur, il paraît important qu'ils puissent prendre en charge les patients en collaboration avec le médecin référent quand le médecin généraliste ne pourra se déplacer.

Pour les EHPAD sans médecin coordonnateur, les patients non hospitalisés devront être pris en charge par les médecins référents.

6. Cas particulier des soignants à risque de COVID-19 graves

Certains soignants peuvent être à risque de formes graves de COVID-19. Il est donc nécessaire d'appliquer des mesures particulières permettant la continuité du service tout en les protégeant. Il s'agit de soignants immuno-déprimés, sous immuno-suppresseurs, ayant eu une splénectomie ou ayant une pathologie listée en début de document. La pertinence de ces mesures devra être évaluée au cas par cas en lien avec la médecine du travail de l'établissement en fonction de la gravité de la pathologie et de son évolutivité.

Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes en l'absence de données probantes à ce jour.

Le HCSP propose la conduite à tenir suivante pour ces soignants.

- Les retirer dans la mesure du possible des services à risque : service d'urgence, service de réanimation, service d'accueil
- Dans le cas contraire il convient d'éviter le contact avec des patients

dont le diagnostic biologique n'aurait pas été fait. Ce point sera particulièrement important en phase épidémique. Pour cela, des mesures de prévention renforcées doivent être adoptées pour ces personnes :

- Renforcer les consignes (cf. recommandation d'hygiène des mains).
- Donner la consigne du port d'un masque chirurgical toute la journée dans le respect des conditions d'utilisation, de tolérance et de changement/manipulation.
- Considérer que le masque de protection respiratoire filtrant FFP2 est difficile à porter toute la journée et qu'un masque chirurgical bien porté est plus adapté qu'un masque FFP2 incorrectement porté.

- Inciter à mettre en place une double barrière (port d'un masque par le patient présentant des signes d'infections respiratoire et ORL et le soignant.

- Réserver les masques FFP2 aux situations d'exposition particulière à risque (intubation, ventilation, prélèvement respiratoires, endoscopies, kinésithérapie...) ou exclure ces personnels de ces tâches particulières.

Si des soignant à risque de forme grave de COVID-19 présente de symptômes

- Appel du 15,
 - Ou gestion par l'infectiologue REB ET le référent en santé au travail ;
 - Nécessité de de prélèvements, même en phase 3, sauf si techniquement impossible (virologie débordée, non livraison de réactifs ...) ; Suivi de ces personnels soignants contacts exposés : auto surveillance
- Le masque chirurgical doit être porté pendant 14 jours avec prise biquotidienne de la température. Ces personnels soignants à risque doivent avoir à leur disposition un contact téléphonique et doivent appeler dès l'apparition de symptômes.

- Il est proposé que les médecins de la médecine du travail de l'établissement de santé de ces personnels soignants ou de l'établissement de référence du secteur dans lequel exercent ces personnels (établissement pilote du GHT, CHU, CHG)