

Fiche 6b – L'organisation de la sectorisation/cohorting en EHPAD/USLD dès l'apparition d'un cas Covid-19 positif

Dès le diagnostic d'un cas SARS-CoV-2 en EHPAD/USLD, il est recommandé d'organiser **sans délai** diverses mesures pour limiter le risque de diffusion épidémique à l'ensemble de l'établissement.

L'organisation du cohorting (prise en charge regroupée des résidents ayant un même profil de risque de transmission COVID), qui peut mener au regroupement (sectorisation) des résidents d'un même profil dès l'apparition d'un cas Covid-19 positif (résident ou professionnel), fait partie de ces mesures.

Cette stratégie de cohorting est basée sur le fait qu'un certain nombre de résidents et professionnels en contact d'un résident et/ou d'un professionnel COVID peuvent avoir un test virologique négatif mais être en phase d'incubation de COVID et ainsi participer à la transmission du virus avant que leur test ne se positive. Dès lors les résidents et professionnels « contacts » doivent être pris en charge avec les mêmes précautions que les résidents COVID jusqu'au moment où les tests PCR négatifs confirment qu'ils ne participent pas à la transmission de la COVID.

La réflexion de cette organisation doit être anticipée.

Cette fiche a pour objectif d'indiquer les principes de l'organisation du cohorting/sectorisation au sein d'un EHPAD ou d'une USLD dès que survient un cas positif à la Covid-19.

Il est recommandé dans la mesure du possible de les mettre en place. En cas de difficultés d'application, conseils et accompagnement seront sollicités auprès des interlocuteurs hygiénistes et/ou de la plateforme Covid-PA en lien avec la DDARS afin de mettre en place toute la stratégie possible contre le risque de diffusion de l'épidémie.

Cette fiche vient en complément des fiches 1a, 1c et de la fiche 6a du **kit stratégie PA** : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-strategie-de-prevention-des-personnes-agees>

Le CPIAS et les EMH d'Occitanie proposent un outil de gestion des risques pour les EHPAD confrontés à un cluster de COVID-19, consultable ici : <https://cpias-occitanie.fr/wp-content/uploads/2020/10/CPIas-Gestion-cluster-def.xlsx>

Freiner la diffusion du virus c'est :

Appliquer rigoureusement et en permanence l'ensemble des mesures de protection barrière

Mettre en place une stratégie de dépistage « proactive et massive »

Adopter une organisation de cohorting/sectorisation dès le 1^{er} cas covid-19 dans la structure

Mettre en œuvre la stratégie de vaccination

* *
*

SOMMAIRE

1. Principe de cohorting/sectorisation des organisations en fonction du profil de risque de transmission virale des résidents	2
2. Préparation de l'organisation à mettre en place avant le diagnostic d'un cas positif au sein de la structure	4
3. Mise en place du cohorting/sectorisation de la structure dès le premier cas diagnostiqué positif au Covid-19	5

* *
*

1. Principe de cohorting/sectorisation des organisations en fonction du profil de risque de transmission virale des résidents

L'objectif est d'identifier et d'isoler au plus vite les résidents testés positifs au SARS-CoV-2 ainsi que les contacts des résidents et des professionnels testés positifs [ces cas contacts étant testés négatifs peuvent pour autant être en phase d'incubation et transmettre le virus quelques jours après le test] pour casser la chaîne de transmission du virus dans la structure. Plus cet objectif sera réalisé rapidement et plus vite l'épidémie sera contrôlée.

Le principe de cohorting/sectorisation repose sur la détermination du profil de risque de transmission « COVID » (A, B, C) des résidents et l'adaptation de la prise en charge au profil de risque.

Ainsi, doivent être identifiés **3 profils** :

- **Les résidents testés négatifs hébergés dans une zone géographique où tous les résidents sont testés négatifs et pris en charge par une équipe de soins dont tous les membres sont testés négatifs : ils constituent la zone A négative**

L'objectif est de dédier une organisation « étanche » pour ces résidents, c'est-à-dire une organisation totalement indépendante de celle des soins apportés aux résidents des autres zones, ceci de manière à ce que ces résidents de zone A restent COVID-négatifs.

- **Les résidents testés positifs : ils constituent la zone B COVID-positive**

Les objectifs sont :

- D'isoler ces résidents COVID dans une seule zone si possible « autonomisée » ;
- D'optimiser les soins de ces résidents ;
- D'éviter qu'ils contaminent les résidents des autres zones et les professionnels qui les prennent en charge.

Chaque résident est maintenu dans cette zone jusqu'à la levée de leur isolement¹.

Des précautions complémentaires relatives aux mesures de protection COVID (mesures barrières renforcées) sont nécessaires dans cette zone B positive.

- **Les résidents testés négatifs mais hébergés dans une zone géographique où un ou plusieurs résidents ont été testés positifs et/ou ont été pris en charge par une équipe de soins dont un ou plusieurs membres ont été testés positifs : ils constituent la zone C intermédiaire**

Ces résidents, certes testés négatifs, doivent être considérés comme potentiellement « COVID » puisqu'ayant été en contact d'un cas covid et donc possiblement en phase d'incubation.

¹ Cf. la fiche 1c du kit PA : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-strategie-de-prevention-des-personnes-agees>

Des précautions relatives aux mesures de protection COVID (mesures barrières renforcées) sont nécessaires dans cette zone C intermédiaire, au même titre que dans la zone B.

L'objectif dans cette zone C est que le plus de résidents restent COVID négatifs. Pour cela chaque résident doit être « considéré » comme COVID même si son test est négatif de manière à ce que le virus ne se transmette pas entre les résidents en phase d'incubation et les autres. A chaque nouvelle coupe de dépistage massif dans cette zone intermédiaire (qui peut être réalisée de manière rapprochée, par exemple tous les 3 jours pour diagnostiquer le plus tôt possible les nouveaux résidents COVID), les nouveaux résidents testés positifs doivent être adressés si possible dans la zone B de l'établissement.

Suite à l'identification de ces profils, 3 règles principales sont recommandées :

- **Règle n°1 :** Ne jamais transférer un résident de la zone B positive ou C intermédiaire dans la zone A négative tant que la date de levée d'isolement ou la fin des tests-retests n'est pas atteinte.
- **Règle n°2 :** Eviter des échanges de personnels entre la zone A négative et les zones B-C et si possible entre les zones B et C.
Si ceci n'est pas possible, en particulier la nuit, les professionnels doivent respecter **très rigoureusement** les mesures barrières du fait du risque élevé de contamination possible en particulier par voie manu portée de la zone B vers les autres zones et de la zone C intermédiaire vers la zone A. **Le principe de « marche en avant » pour les soins doit être la règle** (commencer par les résidents A puis C puis B).
- **Règle n°3 :** Créer une unité COVID rassemblant en une seule zone autonome les résidents infectés (zone B positive). Si cela n'est pas possible, les résidents de la zone C intermédiaire peuvent être gérés par une équipe commune avec les résidents de la zone B positive, mais des soins de « marche en avant » sont nécessaires (commencer par les résidents négatifs puis positifs, en veillant à prendre des mesures COVID entre deux résidents négatifs de la zone intermédiaire de manière à ne pas transporter le virus d'un résident à l'autre s'ils sont en phase d'incubation).

Quatre règles supplémentaires s'ajoutent aux trois règles de base :

- **Règle n°4 :** Eviter de changer de chambre les résidents des zones A et C, sauf s'ils se positivent lors des phases de dépistage. Ils gagnent dans ce cas la zone B positive.
- **Règle n°5 :** Le renouvellement des tests conformément à la stratégie de dépistage fait qu'une zone accueillant des résidents zone A négative peut, si un résident se positive, devenir une zone C intermédiaire.
- **Règle n°6 :** La sectorisation des résidents est revue et adaptée selon les résultats des tests enclenchés par la stratégie de dépistage.
- **Règle n°7 :** A la date de levée d'isolement², les résidents de zone B positive deviennent des résidents de zone A négative. Une réorganisation de l'équipe soignante est alors possible avec levée des précautions complémentaires.

Ainsi, plusieurs zones géographiques correspondant aux zones A, B et C peuvent coexister selon l'architecture de la structure et les résultats des tests réalisés.

La sectorisation mise en place permet d'éviter le confinement en chambre dans la zone B à condition que les résidents ne sortent pas de cette zone et dans la zone A si tous les tests restent bien négatifs et que l'organisation de la zone A est étanche. Par contre, le statut des résidents de la zone C étant indéterminé (certains sont possiblement en phase d'incubation), des mesures doivent être mises en place pour éviter les contacts entre les résidents de cette zone pour limiter la transmission du virus jusqu'à la fin de l'épidémie dans

² Cf. kit PA : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-strategie-de-prevention-des-personnes-agees>

l'établissement. Ainsi, le confinement en chambre est limité au maximum (décision collégiale de l'équipe soignante, consultation de la plateforme Covid PA du territoire, recherche du consentement de la personne, information de la famille, durée limitée et révision régulière des mesures).

La vigilance doit être portée particulièrement sur le fait que les résidents « restent dans leur zone » et n'accèdent pas aux salles dédiées aux professionnels. Une fois encore, il s'agit d'observer **une vive attention sur les interactions entre les résidents de la zone C intermédiaire** qui du fait de leur possible phase d'incubation peuvent être contagieux. Aussi, les décisions de confinement en chambre pourront être prises et organisées selon la configuration géographique des différentes zones (zones non distinctes entre B et C par exemple) et les résultats des tests-retests de dépistage dans les zones A et C (des résultats à J7 négatifs des résidents d'une zone A ou C sont en faveur d'une levée du confinement en chambre s'il avait été mis en place dans la zone).

L'identification des profils des résidents définit les différentes zones géographiques qui elles-mêmes déterminent l'organisation des soins. Il s'agit ainsi d'une « sectorisation » des organisations (cohorting), elle n'implique pas le « déménagement » de chambres des résidents et elle doit instituer tout particulièrement une grande vigilance vis-à-vis de tous les résidents négatifs de la zone C intermédiaire (car potentiellement en phase d'incubation de la Covid-19).

2. Préparation de l'organisation à mettre en place avant le diagnostic d'un cas positif au sein de la structure

Cette préparation de l'organisation complète les mesures recommandées dans la fiche 6a².

Il s'agit tout particulièrement de :

- **Constituer un stock des EPI** : calculer les besoins, partant de l'hypothèse que l'établissement doit être capable de prendre en charge pendant 3 semaines un tiers de résidents testés positif (sur-blouses, tabliers, charlottes, masques chirurgicaux et FFP2, SHA). Pour les visières ou lunettes, compter 2 fois le nombre de personnels intervenant sur une journée dans une unité.
- **Préparer le matériel pour organiser les voies de circulation spécifiques à chaque zone** avec signalisation dès l'entrée des zones mises en place (matériel pour le marquage au sol, panneaux indicateurs, ...).
- **Préparer les éléments d'organisation de la zone B positive (avec laquelle la zone C intermédiaire peut être assemblée s'il n'y a pas d'autre solution) :**
 - **Un accès dédié (passage, couloir, escalier, ascenseur)**. Si possible avec un accès unique de l'extérieur. Cet accès dédié, dans la mesure du possible ne doit pas être utilisé par les professionnels de la zone A négative.
 - **Les salles de soins, de pause et de repas sont dédiées et distinctes de celles de la zone A négative** : utilisées seulement par les professionnels de la zone B positive, qu'ils peuvent éventuellement partager avec la zone C intermédiaire s'il n'y a pas d'autre solution, en tout cas n'étant pas utilisées par les professionnels des zones A négatives.
 - **Les vestiaires** : Le lieu d'habillage et de déshabillage des professionnels des zones B positive et C intermédiaire doit être distinct du lieu d'habillage et déshabillage des professionnels des zones A négatives. Idéalement, il faudrait sectoriser les vestiaires habituels. Si ce n'est pas possible, les professionnels de la zone B positive doivent disposer d'un lieu à l'entrée de la zone pour se changer avec respect des mesures d'hygiène.
 - **Une zone extérieure dédiée** : dans la mesure du possible, une zone isolée dans le jardin peut être aménagée pour permettre aux résidents positifs à la Covid-19 de moins souffrir du confinement.

- **Conserver si possible 1 chambre individuelle vide** de manière à accueillir le 1er résident Covid positif dès son diagnostic, en particulier pour le séparer d'un autre résident testé négatif dans le cas d'une chambre double.
- **Identifier les professionnels qui sont volontaires** pour s'occuper des résidents dans les zones B positive et C intermédiaire. Cette identification est faite en lien avec le service de santé au travail.
- **Vérifier que le protocole** de prise en charge des résidents positifs à la Covid-19 est connu par le personnel (utilisation des EPI, ...).
- **Préparer la communication auprès des résidents/familles/professionnels extérieurs** lors du diagnostic du ou des premiers cas.
- **Travailler sur les directives anticipées** et la personne de confiance vis-à-vis de l'hospitalisation des résidents.
- **Donner lieu à une consultation et/ou une information du conseil de la vie sociale de l'établissement** ou de toute autre forme d'instance de participation, qui associe les représentants des personnes, de leurs familles, et des professionnels qui les accompagnent.

3. Mise en place du cohorting/sectorisation de la structure dès le premier cas diagnostiqué positif au Covid-19

Cette mise en place nécessite de :

- **Prévenir la plateforme COVID-PA** afin de discuter du profil en 3 groupes des résidents (A, B, C) et en fonction de la répartition géographique de ces résidents, des caractéristiques architecturales de l'établissement et des ressources humaines à disposition, de la stratégie à mettre en place pour protéger les zones A négatives et les résidents non infectés de la zone C intermédiaire.
- **Prévenir l'équipe mobile d'hygiène ou le Cpias Occitanie** afin d'être accompagné dans cette organisation adaptée au profil de risque de résidents.
- **Mettre en place le calendrier et l'organisation des tests/retests de la stratégie de dépistage.**
- **Définir l'équipe dédiée de jour et de nuit pour les zones A, B et C.** Si ce n'est pas possible (en particulier la nuit), une stratégie de marche en avant doit être privilégiée : commencer par les résidents A, puis C (en faisant bien attention entre chaque résident de cette zone C car certains résidents sont potentiellement infectés bien qu'ayant été testés négatifs car en phase d'incubation), puis B. Si un professionnel est contraint de ne pas respecter cet ordre, il doit respecter rigoureusement les mesures de protection du fait du risque élevé de contamination possible en particulier par voie manu portée de la zone B vers les autres zones.
- **Mettre en place la sectorisation** en visant l'organisation optimale ci-dessous (Cf. §2) :
 - **Identifier les accès et les voies de circulation spécifiques à chaque zone** avec à l'entrée de chaque zone de la SHA
 - **Organisation des salles de soins, de pause et de repas dédiées pour le personnel soignant**
 - **Organisation des zones B positives et des zones C intermédiaires**
 - Pour la circulation des personnes (marquage au sol, panneaux...). La circulation doit être organisée pour que les personnels dédiés des zones A ne croisent pas ceux des zones B et C (voire une circulation différenciée entre zone B et C si possible).
 - Pour le linge, la vaisselle et les déchets : circulation spécifique « traitement Covid » à ces zones B positive et C intermédiaire
 - **Utilisation d'un matériel dédié pour les soins** (tensiomètre, saturomètre, ...). Pas d'échange d'une zone à l'autre du matériel (aucun échange entre zones A et les autres zones et, si possible, aucun entre zone B et C). Si cela n'est pas possible, il est nécessaire de désinfecter

le matériel avec un produit virucide contre le SARS-CoV-2 et dans tous les cas de désinfecter le matériel entre chaque résident de la zone C intermédiaire et de la zone A négative. Equipements dédiés (chariots...) ou décontaminés en entrée et sortie de zone

- **Appliquer correctement et rigoureusement l'utilisation des EPI nécessaires selon les mesures en vigueur** en adoptant les mêmes mesures renforcées aux résidents de la zone C intermédiaire qu'à ceux de la zone B positive.
- **Respecter les règles d'hygiène** relatives à l'utilisation des objets relais comme le téléphone, les claviers d'ordinateur, mais aussi les stylos à ne pas partager, car la diffusion du virus est aussi manu portée. Il convient de désinfecter régulièrement les locaux en zones C intermédiaire et B positive (poignées de porte, rampe, téléphones, digicode...), mais aussi en zone A négative, par des personnels distincts entre zone A et B-C voire idéalement distincts entre A, B et C. Là encore, si ce n'est pas possible, il est recommandé une stratégie de marche en avant pour les zones (A puis C puis B), avec mesures d'hygiène strictement appliquées.
- **Communiquer auprès des résidents/familles/professionnels extérieurs** l'évolution de l'organisation interne ; tout transfert de résident doit faire l'objet d'une recherche du consentement du résident ou de son représentant légal, avec information sans délai de la famille.

Cas particulier des résidents déambulants :

Les objectifs sont :

- qu'un résident déambulant de la zone A négative ne pénètre pas dans la zone B positive ou C intermédiaire,
- qu'un résident de la zone B positive puisse déambuler seulement dans la zone B positive,
- qu'un résident de la zone C intermédiaire ne puisse pas déambuler vers une autre zone ni auprès des autres résidents de la zone C intermédiaire.

Dès lors, l'organisation doit viser :

- à accompagner, dans la mesure du possible, les sujets déambulants pour éviter les contacts avec d'autres résidents,
- ou à regrouper les déambulants positifs dans une zone B positive dédiée, afin de limiter autant que possible leur contention.

Le risque majeur de transmission manu portée justifie des mesures d'hygiène renforcées (application de SHA très fréquente sur les mains des résidents et professionnels, nettoyage de toutes les zones qui peuvent servir de relais telles que les rampes, poignées de portes, digicodes, etc...) .

Cas particulier des résidents ayant eu des antécédents de Covid-19

Selon les connaissances actuelles, une protection certaine à moyen terme, durable ou définitive, n'est pas garantie suite à la Covid-19. Dans ces conditions, à ce jour, il est proposé de ne pas les considérer différemment de tout autre résident n'ayant pas eu un antécédent de Covid-19.

Ces recommandations, élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de rédaction de cette fiche, peuvent évoluer en fonction de l'actualisation des connaissances.