

Soins à domicile pour les patients chez qui une COVID-19 est suspectée ou confirmée et prise en charge de leurs contacts

Orientations provisoires

12 août 2020



Généralités

Ce document actualise les orientations publiées le 17 mars 2020 sous le titre « Soins à domicile pour les patients COVID-19 qui présentent des symptômes bénins, et prise en charge de leurs contacts ». Ces orientations provisoires ont été mises à jour afin d'intégrer des conseils pour prodiguer des soins appropriés, de manière sûre, aux patients atteints de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), ainsi que des conseils relatifs aux mesures de santé publique à adopter pour la prise en charge de leurs contacts. Les principales différences avec la version précédente incluent :

- Aspects à prendre en compte par les cliniciens pour identifier et assister les patients susceptibles de recevoir des soins à domicile ;
- Exigences en matière de lutte anti-infectieuse à prendre en compte pour que le ménage se prête aux soins à domicile des patients COVID-19 ;
- Suivi clinique et traitement à domicile des patients COVID-19 ;
- Gestion des déchets occasionnés lors de la prise en charge à domicile de la COVID-19 et ;
- Annexe pour une mise en œuvre efficace des politiques et des lignes directrices relatives aux soins à domicile des patients atteints de la COVID-19.

Objet des orientations

Ces conseils succincts visent à orienter les professionnels de la santé publique et de la lutte anti-infectieuse, les directeurs d'établissements de santé, les agents de santé^a et d'autres prestataires extrahospitaliers qualifiés pendant la prise en charge à domicile des cas suspects ou confirmés de COVID-19. La totalité de ce document concerne donc les patients chez qui une COVID-19 est suspectée ou confirmée.

Les services de santé sont fréquemment délivrés hors institution et à domicile par des agents de santé communautaires, des tradipraticiens, des travailleurs sociaux ou divers prestataires informels à l'échelon local, dont les aidants. Aux fins du présent document, les « aidants » désignent les parents, les conjoints et les autres membres de

la famille ou les amis qui prodiguent des soins informels, par opposition aux soins administrés par le personnel soignant officiel (1).

Il est donc essentiel de s'assurer que les aidants bénéficient d'une formation et de conseils adéquats sur la manière de prendre soin des patients et de minimiser le risque d'infection. Ils doivent notamment être formés aux gestes importants en matière d'hygiène et à l'identification des signes d'aggravation justifiant l'admission d'un patient COVID-19 dans un établissement de santé.

De plus, les agents de santé et les aidants intervenant à domicile doivent recevoir un équipement de protection individuelle (EPI) adapté aux tâches qu'ils doivent réaliser et être formés à l'utilisation et au retrait de cet EPI.

Ces orientations reposent sur les dernières données disponibles concernant la prise en charge clinique de la COVID-19, la possibilité d'éviter une mise en danger lors de la délivrance des soins à domicile, ce qui inclut les mesures de lutte anti-infectieuse, les moyens de communication entre les aidants à domicile et les agents de santé communautaires, ainsi que l'accès aux établissements de santé des patients pris en charge à domicile. L'annexe propose des stratégies de mise en œuvre adaptées aux soins à domicile.

Décision de prendre en charge les patients COVID-19 à domicile

Des soins à domicile peuvent être envisagés pour un adulte ou un enfant chez qui une COVID-19 est confirmée ou suspectée lorsque sa prise en charge en milieu hospitalier est impossible ou présente des risques (par exemple, lorsque les moyens sont insuffisants pour satisfaire la demande en services de soins). Ces types de patients peuvent également être pris en charge à domicile après leur sortie de l'hôpital, si nécessaire.

^a L'OMS définit comme suit les agents de santé : « Ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé ». (2,3)

La prise en charge à domicile d'une personne infectée, plutôt que dans un établissement médical ou un autre établissement spécialisé, augmente le risque de transmission du virus aux autres membres du foyer. Toutefois, l'isolement des personnes infectées par le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19, peut contribuer grandement à rompre la chaîne de transmission du virus. La décision d'isoler et de prendre en charge une personne infectée à domicile est tributaire des trois facteurs suivants :

domicile pourraient donc leur convenir, à condition que les deux exigences suivantes soient satisfaites au sein du foyer :

1. les conditions nécessaires à la mise en œuvre de mesures appropriées de lutte anti-infectieuse, comme indiqué dans ce document, sont remplies ;
2. une surveillance étroite des signes et symptômes de détérioration de l'état de santé du patient par un agent de santé qualifié est réalisable (4).

Encadré 1 — Facteurs à prendre en compte pour l'évaluation d'un ménage

- La personne atteinte de la COVID-19 vit-elle seule ? Si tel est le cas, de quel réseau de soutien dispose-t-elle ? Si tel n'est pas le cas, quelles sont les autres personnes du ménage ?
- Quelles sont les conditions de vie de la personne atteinte de COVID-19 et de sa famille ? La mise en œuvre des recommandations serait-elle réalisable et pratique ? Quelles sont les autres solutions ?
- Quels sont les besoins en matière de handicap, de responsabilité des soins pour les adultes, les personnes âgées ou les enfants ? Quels sont les besoins des autres membres du ménage ?
- Est-il possible d'identifier un aidant qui prendra en charge la personne atteinte de COVID-19 à son domicile ?
- Quelles sont les connaissances des membres du ménage sur la COVID-19 et la prévention de la transmission au sein du domicile ? Quels sont leurs besoins en informations sur la COVID-19 et la prévention de la transmission ? Les membres du ménage savent-ils où trouver de l'aide supplémentaire ou des informations concernant les soins à la personne atteinte de COVID-19 si nécessaire ?
- Selon la personne atteinte de la COVID-19 et/ou les membres du ménage, quels sont les éléments nécessaires pour pouvoir faire face à la maladie au domicile ?
- La famille a-t-elle compris dans quelles conditions elle doit demander une aide médicale ? Dispose-t-elle des moyens de le faire ?
- Quels sont les besoins psychosociaux de la personne atteinte de COVID-19 et des membres du ménage ? De quel soutien disposent-ils pour faire face aux conséquences psychologiques ou à la peur de la stigmatisation ?
- Quel est l'impact économique sur le ménage ? Qui est le principal soutien financier ? Quelles sont les conséquences si cette personne doit être isolée et/ou doit assumer des responsabilités supplémentaires dans le ménage ou en matière de soins ?
- Quel établissement de santé et, si possible, quel professionnel désigné sont-ils responsables du suivi des soins de la personne atteinte de COVID-19 ? Comment le suivi de ces soins sera-t-il assuré ?

1) l'évaluation clinique du patient COVID-19, 2) l'évaluation de l'environnement domestique et 3) la capacité de surveiller à domicile l'évolution clinique d'une personne atteinte de COVID-19.

1. Évaluation clinique d'un patient COVID-19

La décision d'isoler un patient COVID-19 et d'effectuer son suivi à domicile doit être prise au cas par cas. L'évaluation clinique du patient doit inclure :

- la présentation clinique ;
- les besoins éventuels en soins de soutien ;
- les facteurs de risque de maladie sévère (c'est-à-dire l'âge [> 60 ans], le tabagisme, l'obésité et les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires chroniques, la maladie rénale chronique, l'immunosuppression et le cancer) (4).

Les patients asymptomatiques et ceux atteints d'une maladie bénigne^b ou modérée^c sans facteurs de risque associés d'issue défavorable peuvent ne pas nécessiter d'interventions d'urgence ni d'hospitalisation. Un isolement et des soins à

Ces deux critères s'appliquent également aux femmes enceintes et en post-partum ainsi qu'aux enfants. Assurer un approvisionnement suffisant en EPI appropriés pour les patients comme pour les aidants (4,5).

2. Évaluation du foyer

Un agent de santé qualifié doit déterminer si le domicile concerné est adapté à l'isolement d'un patient COVID-19 et à l'administration de soins à ce patient, notamment si le patient, l'aidant et/ou d'autres membres du ménage disposent de tous les éléments nécessaires pour observer les recommandations en matière d'isolement et de soins à domicile. Ils doivent par exemple disposer des fournitures nécessaires pour l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire ainsi que de produits pour nettoyer l'environnement, et avoir les moyens d'imposer une restriction des déplacements des personnes, au sein du domicile et depuis le domicile, et de respecter ces restrictions. La capacité à réagir aux problèmes de sécurité, tels que l'ingestion accidentelle de solution hydroalcoolique et de produits de nettoyage et les risques d'incendie liés à ces solutions et produits, doit également être prise en compte dans l'évaluation (voir l'encadré 1 : Facteurs à prendre en compte pour l'évaluation d'un ménage).

^b Patients symptomatiques correspondant à la définition de cas de la COVID-19 exempts de signes de pneumonie virale ou d'hypoxie.

^c Une maladie modérée peut inclure (i) chez un adulte ou un adolescent : signes cliniques de pneumonie (fièvre, toux, dyspnée, respiration rapide), mais aucun signe de pneumonie sévère, notamment $SpO_2 \geq 90\%$ à l'air ambiant, (ii) chez un enfant : signes

cliniques de pneumonie non sévère (toux ou difficultés à respirer + respiration rapide et/ou tirage sous-costal) et aucun signe de pneumonie sévère.

^d L'annexe C du document « Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care » (13) contient un exemple de liste de contrôle pour l'évaluation des conditions au sein du foyer.

Un accès limité ou inexistant à l'eau et aux services d'assainissement, ainsi qu'au matériel nécessaire au nettoyage, à la désinfection et à l'hygiène, expose les aidants et les membres de la communauté à un risque de transmission de la COVID-19. Les ministères de la Santé et les partenaires intersectoriels aux niveaux national et infranational doivent aider les communautés et d'autres acteurs à identifier et fournir les ressources nécessaires, mettre en œuvre des stratégies de communication sur les risques qui contribueront à y faire face et s'inspirer d'autres situations afin de trouver des solutions pour garantir que les mesures de lutte anti-infectieuse, telles qu'elles sont décrites dans la section suivante de ce document, sont respectées et assurer ainsi la sécurité des soins à domicile, dans le respect des règles d'hygiène (6).

Dans la mesure du possible, les enfants doivent rester avec les personnes qui s'occupent d'eux. Cette décision doit être prise en concertation avec l'aidant et l'enfant. Pour préparer les familles avec enfant au risque de maladie au sein du foyer, les responsables chargés des activités de protection communautaire et les assistants sociaux doivent aider les familles à planifier les soins des enfants et à se mettre d'accord sur la manière de mener ces soins dans le cas où les aidants principaux seraient touchés par la maladie. Cette aide doit concerner en priorité les enfants dont les aidants principaux sont âgés, porteurs d'un handicap ou atteints d'une maladie sous-jacente (7-9).

Si de telles personnes ou d'autres personnes vulnérables sont présentes au sein du foyer et ne peuvent pas être tenues à distance du patient, l'agent de santé doit proposer de faire le nécessaire pour trouver un autre lieu où le patient sera placé en isolement, dans la mesure du possible (10).

Si les mesures adéquates d'isolement et de lutte anti-infectieuse ne peuvent pas être appliquées au domicile, l'isolement peut être organisé, avec le consentement du patient et l'accord de l'aidant et des membres du ménage, dans des équipements collectifs adaptés (par exemple, hôtels, stades ou gymnases réaménagés à cette fin) ou dans un établissement de santé (1,5,10-12).

3. Capacité à surveiller l'évolution clinique d'un patient atteint de COVID-19 au domicile

S'assurer que le patient peut faire l'objet d'un suivi adéquat à son domicile. Dans la mesure du possible, des agents de santé doivent se charger des soins à domicile. Des moyens de communication entre l'aidant et des agents de santé qualifiés ou avec le personnel de santé publique, ou les deux, doivent être mis en place pendant la durée des soins à domicile, c'est-à-dire jusqu'à ce que les symptômes du patient aient complètement disparu. Le suivi à domicile des patients et des aidants peut être assuré par des agents communautaires qualifiés ou des équipes de proximité, par téléphone ou par courriel (1,6).

Conseils aux agents de santé prodiguant des soins dans un domicile privé

1. Mesures de lutte anti-infectieuses pour les agents de santé

Les agents de santé doivent prendre les mesures suivantes lorsqu'ils prodiguent des soins à domicile :

- Effectuer une estimation du risque pour déterminer l'EPI adapté aux soins du patient et respecter les recommandations en matière de protection contre les gouttelettes et le contact (5,14).
- Le patient doit être installé dans des pièces suffisamment ventilées, permettant un renouvellement fréquent par l'air extérieur, pour limiter les contaminants et les odeurs (15).
- Envisager d'utiliser la ventilation naturelle, si possible en ouvrant les fenêtres s'il n'y a pas de risques.
- Pour les systèmes mécaniques, augmenter le pourcentage d'air extérieur, en utilisant les systèmes de chauffage, ventilation et climatisation (CVC) en mode économie d'énergie, potentiellement jusqu'à 100 % (16).
- Si des systèmes de CVC sont utilisés, ils doivent faire l'objet d'une inspection, d'un entretien et d'un nettoyage réguliers. Des normes rigoureuses doivent être respectées lors de l'installation et de l'entretien des systèmes de ventilation pour garantir leur efficacité et contribuer à la sûreté de l'environnement (16).
- Dans la mesure du possible, la circulation de l'air ne doit pas être assurée au moyen de ventilateurs, sauf si le patient se trouve dans une chambre individuelle et qu'aucune autre personne n'est présente. Si l'utilisation de ventilateurs ne peut être évitée, augmenter les échanges d'air avec l'extérieur en ouvrant les fenêtres et réduire autant que possible les flux d'air directs entre deux personnes (15,16).
- Limiter le nombre de membres du ménage présents pendant les visites à domicile et leur demander de se tenir à au moins un mètre (1 m) de l'agent de santé.
- Lors des soins ou lorsque la distance de 1 m avec le patient ne peut être maintenue, lui demander de porter un masque médical.^e Les personnes qui ne supportent pas le port du masque médical doivent adopter des règles strictes en matière d'hygiène respiratoire, c'est-à-dire tousser ou éternuer dans le pli du coude ou dans un mouchoir à jeter immédiatement après, puis se laver les mains (5,17).
- Se laver les mains après tout contact avec le patient ou son environnement immédiat, conformément aux « 5 moments » préconisés par l'OMS (18). Les agents de santé doivent disposer de réserves suffisantes de solution hydroalcoolique.
- Lorsque le lavage des mains se fait à l'eau et au savon, utiliser des serviettes en papier jetables pour se sécher les mains. Faute de serviettes en papier, utiliser des serviettes de toilette propres et les remplacer fréquemment (18,19).

^e Les masques médicaux sont des masques plats ou plissés (certains ont la forme d'une coque) utilisés lors d'actes

chirurgicaux ou médicaux ; ils sont fixés à l'aide de lanières attachées à l'arrière de la tête.

- Expliquer aux aidants et aux membres du ménage comment nettoyer et désinfecter le domicile et leur donner des instructions sur l'utilisation et la conservation sûres et correctes des produits de nettoyage et des désinfectants (19).
- Nettoyer et désinfecter tout équipement réutilisable ayant servi aux soins avant de le réutiliser sur un autre patient, dans le respect des précautions standard et des protocoles établis (20).
- Retirer l'EPI et se laver les mains avant de quitter le domicile, et jeter l'EPI à usage unique. Nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable (c'est-à-dire la protection oculaire) ou le stocker en vue d'une décontamination ultérieure conformément aux protocoles établis (20).
- Ne pas réutiliser un EPI à usage unique (21).
- Considérer les déchets liés aux soins comme des déchets infectieux et les jeter dans des sacs solides ou des conteneurs de sécurité, selon le cas, qui doivent être hermétiquement fermés et sortis du domicile (14).
- Pour plus d'informations sur la gestion des déchets hors institution, se reporter au document [Eau, assainissement, hygiène et gestion des déchets en rapport avec le virus responsable de la COVID-19](#).

2. Considérations cliniques pour les soins à domicile des patients atteints d'une forme bénigne ou modérée de COVID-19

Traitement symptomatique

L'OMS recommande d'instaurer un traitement symptomatique chez les patients atteints de COVID-19, notamment des antipyrétiques pour la fièvre et les douleurs (conformément aux instructions des fabricants), ainsi qu'une alimentation adéquate et une réhydratation appropriée (4).

L'OMS déconseille l'administration d'antibiotiques à des fins prophylactiques ou thérapeutiques chez les patients atteints d'une forme bénigne de la COVID-19. Chez les patients atteints d'une forme modérée, les antibiotiques ne doivent être prescrits qu'en cas de suspicion clinique d'infection bactérienne (4).

Pour plus d'informations sur la prescription d'antimicrobiens, se reporter aux lignes directrices de l'OMS, [Prise en charge clinique de la COVID-19](#).

Dans les zones d'endémie d'autres infections entraînant de la fièvre (telles que la grippe, le paludisme, la dengue, etc.), les patients fébriles doivent demander un avis médical, être testés et traités pour ces infections endémiques conformément aux protocoles habituels, que des manifestations cliniques respiratoires soient présentes ou non.

Gestion des approvisionnements en médicaments pour les patients atteints de maladies chroniques

Les patients COVID-19 atteints de maladies non transmissibles ou d'autres affections chroniques qui reçoivent des soins à domicile doivent disposer de réserves suffisantes de médicaments (c'est-à-dire un approvisionnement suffisant pour 6 mois au lieu des réserves habituelles pour 60-90 jours). Les personnes âgées doivent disposer de réserves de médicaments essentiels et de fournitures suffisantes pour au moins 2 semaines. Ces patients doivent pouvoir renouveler

facilement leurs médicaments et se faire livrer les recharges nécessaires sur simple demande (6).

Suivi régulier de l'aggravation des symptômes

Informers les patients COVID-19 et leurs aidants des signes et symptômes de complications et de la manière d'identifier une dégradation de leur état de santé nécessitant un avis médical. Ces signes et symptômes doivent être surveillés régulièrement, de préférence une fois par jour. Par exemple, si les symptômes d'un patient s'aggravent nettement (sensations vertigineuses, difficultés à respirer, douleurs thoraciques, déshydratation, etc.) par rapport à l'évaluation clinique initiale, il doit consulter en urgence (4).

Les personnes qui s'occupent d'enfants atteints de la COVID-19 doivent également surveiller l'apparition de signes et symptômes d'une détérioration clinique imposant une réévaluation d'urgence. Ces manifestations incluent les difficultés respiratoires/une respiration rapide ou superficielle, une coloration bleue des lèvres ou du visage, des douleurs ou une oppression thoraciques, un état confusionnel d'apparition récente ainsi qu'une incapacité à se réveiller, à interagir, à boire ou à conserver les liquides ingérés.

Chez les nourrissons, ces manifestations incluent geignement et incapacité à téter (4).

La sphygmo-oxymétrie à domicile est une méthode sûre et non invasive pour évaluer la saturation en oxygène du sang. Elle peut faciliter la détection précoce d'une diminution du taux d'oxygène chez les patients initialement atteints d'une forme bénigne ou modérée de COVID-19, ou d'une hypoxie silencieuse (le patient ne semble pas essoufflé, mais présente des taux d'oxygène inférieurs à la normale). La sphygmo-oxymétrie à domicile permet d'identifier les personnes qui nécessitent une évaluation médicale, une oxygénothérapie ou une hospitalisation avant l'apparition de signes de danger clinique ou une aggravation des symptômes (22,23).

Soins palliatifs à domicile

Les soins palliatifs incluent, entre autres, l'accompagnement des mourants. Les soins palliatifs sont une approche intégrée, à multiples facettes, visant à améliorer la qualité de vie des patients adultes et pédiatriques et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Tous les agents de santé qui prennent en charge des patients COVID-19 doivent pouvoir proposer des soins palliatifs essentiels, notamment soulager l'essoufflement (dyspnée) ou les autres symptômes, et un soutien social, lorsque de tels soins sont nécessaires (4). Des efforts devraient être consentis pour garantir que les patients ont accès aux interventions palliatives à domicile, y compris aux médicaments, au matériel, aux ressources humaines et au soutien social. Les interventions de soins palliatifs sont détaillées dans les orientations de l'OMS intitulées [Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises](#).

3. Levée de l'isolement à domicile des patients COVID-19

La prise en charge des patients COVID-19 sortis de l'hôpital peut se poursuivre à domicile. Cela peut concerner des personnes rétablies après une maladie sévère ou critique et qui pourraient ne plus être contagieuses.

Les patients pris en charge à domicile doivent être isolés jusqu'à ce qu'ils ne soient plus contagieux (5,8) :

- Personnes asymptomatiques : 10 jours après un résultat positif au test.
- Les patients COVID-19 qui reçoivent des soins à domicile ou qui sont sortis de l'hôpital doivent rester isolés pendant au moins 10 jours après l'apparition des symptômes, plus au moins 3 jours supplémentaires sans symptômes (ce qui inclut la fièvre et les symptômes respiratoires) (4,24).
- Les agents de santé doivent échanger avec les aidants des personnes atteintes de COVID-19 pendant toute la durée de l'isolement.

4. Prise en charge des contacts

Un contact est une personne qui a connu l'une des expositions suivantes dans les deux jours précédant et les 14 jours suivant l'apparition des symptômes chez un cas probable ou confirmé : 1. a eu un contact direct, en face à face, avec ce cas probable ou confirmé, à moins de un mètre de lui et pendant au moins 15 minutes ; 2. a eu un contact physique direct avec ce cas probable ou confirmé ; 3. a directement prodigué des soins à un patient présentant une infection par le virus de la COVID-19, probable ou confirmée, sans porter d'équipements de protection individuelle recommandés ; 4. autres situations telles qu'indiquées par les estimations locales des risques.

Les contacts doivent rester en quarantaine à domicile et surveiller leur état de santé pendant 14 jours à partir du dernier jour de contact possible avec la personne infectée (12). Des orientations relatives au suivi et à la prise en charge des contacts sont disponibles dans le document [Public health surveillance for COVID-19](#).

Conseils en matière de lutte anti-infectieuse à destination des personnes chargées des soins à domicile

Les aidants, les membres du ménage et les cas probables ou confirmés de COVID-19 doivent bénéficier de l'assistance d'agents de santé qualifiés. Ceux-ci doivent conseiller les aidants et les membres du ménage sur la manière d'appliquer les recommandations en matière de lutte anti-infectieuse pour les agents de santé ainsi que les recommandations supplémentaires suivantes :

- Limiter les déplacements du patient dans le logement et réduire au minimum les espaces communs. Veiller à ce que les espaces communs (cuisine et salle de bains, par exemple) soient bien aérés (5,15).
- Les membres du ménage doivent éviter d'entrer dans la pièce où se trouve le patient ou, si cela n'est pas possible, maintenir une distance d'un mètre au

moins avec le patient (dormir dans un lit différent par exemple)^f (5).

- Limiter le nombre d'aidants ; de préférence, confier ce rôle à une personne en bonne santé qui ne souffre pas d'une affection chronique (4,5).
- Aucun visiteur ne doit être autorisé dans le logement avant que la personne soit entièrement rétablie, ne présente plus aucun signe ou symptôme de COVID-19 et que son isolement ait été levé.
- Se laver les mains conformément aux « 5 moments » de l'OMS (18). Les règles d'hygiène des mains doivent aussi être suivies avant et après la préparation de la nourriture, avant de manger, après être allé aux toilettes, et chaque fois que les mains semblent sales. Si les mains ne sont visiblement pas souillées, une solution hydroalcoolique peut être utilisée. Si elles sont visiblement souillées, les laver obligatoirement à l'eau et au savon.
- Un masque médical⁴ doit être remis au patient, qui devra le porter le plus souvent possible et le changer quotidiennement, ou plus souvent s'il est humide ou souillé par des sécrétions. Les personnes doivent adopter des règles strictes en matière d'hygiène respiratoire, c'est-à-dire tousser ou éternuer dans le pli du coude ou dans un mouchoir à jeter immédiatement après, puis se laver les mains (5,17).
- Les matériels utilisés pour se couvrir la bouche ou le nez doivent être jetés ou lavés de manière appropriée après usage (laver par exemple les mouchoirs en tissu en utilisant du savon ou de la lessive ordinaire et de l'eau).
- Les aidants doivent porter un masque médical couvrant la bouche et le nez lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce que le patient. Les masques ne doivent être ni touchés ni manipulés une fois en place. Si le masque est mouillé ou sali par des sécrétions, il doit être remplacé immédiatement par un nouveau masque propre et sec. Retirer le masque en utilisant la technique appropriée, à savoir le retirer en saisissant les élastiques ou les liens et ne pas toucher l'avant du masque, le jeter immédiatement après utilisation, puis se laver les mains (17,21).
- Éviter tout contact direct avec des liquides corporels du patient, en particulier les sécrétions orales ou respiratoires et les selles. Utiliser des gants jetables et un masque pour les soins oraux ou respiratoires, ainsi que lors de la manipulation des selles, de l'urine et d'autres déchets. Appliquez les règles d'hygiène des mains avant de mettre les gants et le masque et après avoir retiré les gants et le masque (5).
- Ne pas réutiliser les masques médicaux ou les gants (sauf si ces derniers sont réutilisables, par exemple des gants de travail) (19,21).
- Utiliser des gants et des vêtements de protection (des tabliers en plastique par exemple) lors du nettoyage des surfaces et de la manipulation des vêtements ou du linge souillés par des liquides corporels. Selon la

^f Une exception peut être envisagée pour une mère allaitante. Compte tenu des avantages du lait maternel et de son rôle insignifiant dans la transmission d'autres virus respiratoires, la mère peut continuer à allaiter. La mère doit porter un masque médical lorsqu'elle est à proximité de son nourrisson et respecter les gestes d'hygiène des mains avant et après tout contact étroit avec celui-ci.

Elle doit aussi appliquer les autres mesures d'hygiène indiquées dans le présent document.

situation, porter soit des gants de travail, soit des gants à usage unique (19).

- Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées dans la chambre où est soigné le patient, telles que les tables de chevet, les cadres de lit et les autres meubles de la chambre au moins une fois par jour. Nettoyer et désinfecter les surfaces des salles de bains et des toilettes au moins une fois par jour. Nettoyer dans un premier temps avec du savon ou un détergent ordinaire, puis, après rinçage, essuyer les surfaces avec un désinfectant ménager ordinaire contenant de l'hypochlorite de sodium à 0,1 % (soit l'équivalent de 1000 ppm) (19).
- Utiliser du linge et des ustensiles de cuisine spécifiquement réservés au patient ; ces articles doivent être lavés au savon et à l'eau après usage, et peuvent être réutilisés au lieu d'être jetés (8).
- Placer le linge contaminé dans un sac à linge sale. Ne pas secouer le linge sale et éviter tout contact direct de la peau et des vêtements avec les articles contaminés (19).
- Laver les vêtements, les draps et les serviettes de toilette du patient à la main en utilisant de la lessive ordinaire et de l'eau, ou à la machine à 60–90 °C (140–194 °F) avec de la lessive ordinaire, et les sécher soigneusement (19).
- Après usage, les gants de travail doivent être lavés au savon et à l'eau, puis décontaminés à l'aide d'une solution d'hypochlorite de sodium à 0,1 %. Les gants à usage unique (en nitrile ou latex, par exemple) doivent être jetés après chaque emploi. Appliquer les règles d'hygiène des mains avant de mettre les gants et après les avoir retirés (19).
- Les déchets produits à la maison lors des soins à un patient COVID-19 pendant la période de rétablissement doivent être emballés dans des sacs solides et fermés hermétiquement avant d'être collectés et éliminés ultérieurement par les services municipaux de gestion des déchets. Si ce type de service n'existe pas, les déchets peuvent être enfouis. L'incinération des déchets ne doit être envisagée qu'en dernier recours en raison de sa nocivité pour la santé humaine et pour l'environnement (5,19).
- Éviter les autres types d'exposition aux objets contaminés de l'environnement immédiat du patient (ne pas partager les brosses à dents, les cigarettes, les couverts, la vaisselle, les serviettes, le linge de toilette ou de lit, par exemple) (5).

Remerciements

Ce document a été élaboré en concertation avec le Réseau mondial OMS de lutte contre les infections et d'autres experts internationaux.

L'OMS remercie les personnes suivantes d'avoir revu les orientations : Abdullah M. Assiri, Directeur général, Lutte anti-infectieuse, ministère de la Santé (Arabie saoudite) ; Michael Bell, Deputy Director of the Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (États-Unis d'Amérique) ; Gail Carson, ISARIC Global Support Centre, Director of Network Development, Consultant in Infectious Diseases, and Honorary Consultant with Public Health England (Royaume-Uni) ; John M. Conly, Department of Medicine, Microbiology, Immunology and Infectious Diseases, Calvin, Phoebe and Joan Snyder Institute for Chronic Diseases, Faculty

of Medicine, University of Calgary, Calgary (Canada) ; Barry Cookson, Division of Infection and Immunity, University College London (Royaume-Uni) ; Babacar NDoye, membre du conseil d'administration, Réseau de lutte anti-infectieuse, Dakar (Sénégal) ; Kathleen Dunn, Manager, Healthcare-Associated Infections and Infection Prevention and Control Section, Centre for Communicable Disease Prevention and Control, Agence de santé publique du Canada ; Dale Fisher, Comité d'orientation du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ; Fernanda Lessa, Epidemiologist, Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (États-Unis d'Amérique) ; Moi Lin Ling, Directeur, Département de lutte anti-infectieuse, Hôpital général de Singapour (Singapour), et Président de l'Asia Pacific Society of Infection Control ; Didier Pittet, Directeur, Programme de lutte anti-infectieuse et Centre collaborateur de l'OMS pour la sécurité des patients, Hôpitaux universitaires et Faculté de médecine de Genève (Suisse) ; Fernando Otaiza O'Ryan, Chef, Programme national de lutte anti-infectieuse, ministère de la Santé, Santiago (Chili) ; Diamantis Plachouras, Unit of Surveillance and Response Support, European Centre for Disease Prevention and Control, Solna (Suède) ; Wing Hong Seto, Département de santé communautaire, École de santé publique, Université de Hong Kong (Chine), région administrative spéciale de Chine ; Nandini Shetty, Consultant Microbiologist, Reference Microbiology Services, Health Protection Agency, Colindale (Royaume-Uni) ; Rachel M. Smith, Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (États-Unis d'Amérique).

L'OMS remercie les personnes suivantes pour leur contribution à la révision :

Pr Emily Y.Y. Chan, Professor and Assistant Dean (Global Engagement), Faculty of Medicine, Chinese University of Hong Kong ; Nina Gobat, Sr. Researcher, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford ; Dr Hayley MacGregor, Co-Lead health and Nutrition research Cluster, Institute of Development Studies, University of Sussex.

Pour le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), nous remercions : Maya Aarii, Phenide Beaussejour, Gregory Built, Raoul Kamadjeu et Brigid Kennedy Pfister.

Pour l'OMS, nous adressons également nos remerciements à : Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Yolanda Bayugo, Sylvie Bertagnolio, Ana Paula Coutinho, Nino Dal Dayanghirang, Sophie Dennis, Janet Diaz, Christine Francis, Bruce Gordon, Katherine Kane, Pierre Clave Kariyo, Pauline Kleinitz, Manjula Narasihman, Alana Officer, Mariam Otmani del Barrio, Maria Clara Padoveze, Ute Pieper, Pryanka Relan, Nahoko Shindo, Valeska Stempliuik Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Vicky Willet.

L'OMS remercie les personnes suivantes d'avoir autorisé la publication d'exemples de méthodes concernant les soins à domicile :

D^r Martial Benech, Directeur, Direction générale de la santé/MSPP, département de l'Ouest, Haïti ; Prof. Renaud Piarroux, Assistance Publique et Hôpitaux de Paris.

Références bibliographiques

1. Macgregor H., Hrynick T. COVID-19: Strategies to support home and community-based care. Social Science in Humanitarian Action Platform: 2020 (www.socialscienceinaction.org/resources/covid-19-

[strategies-to-support-home-and-community-based-care/](#) consulté le 20 juillet 2020).

2. World Health Organization. Health employment and economic growth: an evidence base. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326411> consulté le 25 juin 2020)

3. Vita-Finzi L., Campanini B., éditeurs. Rapport sur la situation dans le monde : 2006 : travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43433> consulté le 25 juin 2020)

4. Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge clinique de la COVID-19 : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332437> consulté le 8 juin 2020)

5. World Health Organization. Home care for patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts: interim guidance. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272948> consulté le 26 janvier 2020)

6. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF) (2020). Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331975> consulté le 26 juin 2020)

7. Better Care Network, The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, United Nations Children's Fund (UNICEF). Protection of children during the COVID-19 Pandemic 2020 (www.unicef.org/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Alternative-Care-Technical-Note.pdf consulté le 21 juillet 2020)

8. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Technical Note: Protection of children during the coronavirus pandemic v.2 2020 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/the_alliance_covid_19_tn_version_2_05.27.20_final.pdf consulté le 21 juillet 2020)

9. Fischer H.T., Elliott L., Bertrand S.L. Guidance Note: Protection of children during infectious disease outbreaks. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action 2019 (https://alliancecpa.org/en/system/tdf/library/attachments/cp_during_ido_guide_0.pdf?file=1&type=node&id=30184 consulté le 21 juillet 2020)

10. Chan E.Y.Y., Gobat N., Hung H. *et al.* A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19. Collaborating Centre for Oxford University and CUHK for Disaster and Medical Humanitarian Response CCOCU 2020 (Health-Emergency and Disaster Risk Management Technical Brief Series #202001 www.ccouc.ox.ac.uk/_asset/file/a-review-on-implications-of-home-care-in-a-biological-hazard.pdf consulté le 21 juillet 2020)

11. Organisation mondiale de la Santé. Centre de traitement des infections respiratoires aiguës sévères : manuel pratique pour la mise en place et la gestion d'un centre de traitement des IRAS et d'une unité de dépistage des IRAS dans les établissements de soins. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331756> consulté le 21 juillet 2020)

12. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497> consulté le 26 juin 2020)

13. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656> consulté le 26 janvier 2020)

14. Organisation mondiale de la Santé. Prévention et lutte contre les infections lors de la prise en charge de cas probables ou confirmés d'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) : lignes directrices provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186677> consulté le 26 janvier 2020)

15. Organisation mondiale de la Santé. Utilisation de la ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44434> consulté le 26 janvier 2020)

16. American Society of Heating, Refrigeration and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE) [Internet]. Reopening of schools and universities. 2020 (www.ashrae.org/technical-resources/reopening-of-schools-and-universities consulté le 10 août 2020)

17. Organisation mondiale de la Santé. Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331831> consulté le 26 juin 2020)

18. Organisation mondiale de la Santé et Programme de l'OMS pour la sécurité des patients. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102> consulté le 20 janvier 2020).

19. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). Water, sanitation, hygiene and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19: interim guidance. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333560> consulté le 17 juillet 2020).

20. World Health Organization. Aide-memoire for infection prevention and control in a health care facility. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2004

(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/130165> consulté le 17 juillet 2020)

21. Organisation mondiale de la Santé (2020). Utilisation rationnelle des équipements de protection individuelle (EPI) contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et éléments à considérer en cas de grave pénurie : orientations provisoires. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331765> consulté le 18 juin 2020)

22. Jouffroy R., Jost D., Prunet B. Prehospital pulse oximetry: A red flag for early detection of silent hypoxemia in COVID-19 patients. *Critical Care*. 2020; 24:313 (<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03036-9> consulté le 26 juillet 2020)

23. Shah S., Majmudar K., Stein A., Gupta N., Suppes S., Karamanis M., Capannar J., Sethi S., Patte C. Novel Use of Home Pulse Oximetry Monitoring in COVID-19 Patients Discharged From the Emergency Department Identifies Need for Hospitalization. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 17 June 2020 (<https://doi.org/10.1111/acem.14053> consulté le 26 juillet 2020)

24. Organisation mondiale de la Santé. Critères pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19 : document d'information scientifique. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332931> consulté le 26 juin 2020)

25. Van Bavel J.J., Baicker K., Boggio P.S., Capraro V., Cichocka A., Cikara M., *et al.* Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*. 2020 4:460-471 (<https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z> consulté le 21 juillet 2020)

26. Chan E.Y.Y., Gobat N., Kim J.H., Newnham E.A., Huang Z., Hung H., *et al.* Informal home care providers: the forgotten health-care workers during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2020 395(10242):1957-1959 (DOI: 10.1016/s0140-6736(20)31254-x consulté le 21 juillet 2020)

27. CORE Group. Home-based care: Reference guide for COVID-19. 2020 (<https://coregroup.org/home-based-care-reference-guide-for-covid-19/> consulté le 21 juillet 2020)

Références complémentaires

Tips for engaging people in low-resource settings remotely and in-person. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. 2020

COVID-19: Strategies to Support Home and Community-Based Care. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP), 2020.

Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565> consulté le 11 août 2020).

Operational considerations for case management for COVID-19 in health facility and community. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492> consulté le 11 août 2020).

Guidance on COVID-19 for the care of older people and people living in long-term care facilities, other non-acute care facilities and home care. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331913> consulté le 11 août 2020).

Chan J.F., Yuan S., Kok K.H., To K.K., Chu H., Yang J., *et al.* A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020. doi: 10.1016/S0140 6736(20)30154-9.

Drosten C., Meyer B., Müller M.A., Corman V.M., Al-Masri M., Hossain R., *et al.* Transmission of MERS-coronavirus in household contacts. *N. Engl J. Med*. 2014;371:828-35. doi:10.1056/NEJMoa1405858.

Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation Team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. *Euro Surveill*. 2013; 18(11):20427. doi:10.2807/ese.18.11.20427-en.

Hung C., Wang Y., Li X., Ren L., Yhao J., Hu Y., *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Li Q., Guan X., Wu P., Zhou L., Tong Y., Ren R., *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N. Engl J. Med*. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2001316.

Omrani A.S., Matin M.A., Haddad Q., Al-Nakhli D., Memish Z.A., Albarrak A.M. A family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case. *Int J. Infect Dis*. 2013;17(9):e668-72. doi:10.1016/j.ijid.2013.07.001.

Ren L.L., Wang Y.M., Wu Y.Q., Xiang Y.C., Guo L., Xu T., *et al.* Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020. doi:10.1097/CM9.0000000000000722.

Annexe : Mise en œuvre des politiques et lignes directrices relatives aux soins à domicile

Les politiques et les lignes directrices relatives aux soins à domicile des cas confirmés ou suspects de COVID-19 doivent être interprétées et mises en œuvre aux niveaux national et local dans les différents pays. La situation et les besoins varient d'un ménage à un autre. Il est donc recommandé de personnaliser les dispositifs d'information et les mesures de soutien concernant les soins à domicile.

Services de santé et services sociaux

La mise en œuvre des lignes directrices et des politiques concernant les soins à domicile des personnes atteintes de COVID-19 doit, dans la mesure du possible, s'appuyer sur les services de santé de ville et hospitaliers et sur d'autres secteurs de la société, notamment le secteur social et le secteur privé. La mise en œuvre des politiques pourra ainsi exploiter les moyens d'action existants. La communication à grande échelle d'exemples innovants d'adaptation des services mis en œuvre dans d'autres régions du monde est encouragée et recommandée (voir l'encadré 2).

Information et communication

La diffusion d'informations claires et cohérentes sur la COVID-19, y compris sur son mode de propagation et sur les manières d'éviter la transmission au sein du foyer, est un élément essentiel à la mise en œuvre de ces orientations. Ces informations doivent être adaptées aux différents groupes, disponibles dans la langue locale, exprimées en un langage simple et clair et utiliser des images attrayantes qui feront sens pour les populations locales. Ces images doivent inclure des personnes âgées et plus jeunes, des personnes issues de différents groupes ethniques et des personnes porteuses de handicaps. Des images représentatives de la vie réelle sont recommandées. Ces informations doivent en outre préciser où trouver des informations complémentaires fiables sur la COVID-19 et les soins à domicile et où les aidants et les membres du ménage peuvent bénéficier d'un soutien personnel. Ces informations publiques doivent inclure des conseils sur la manière d'appliquer les recommandations de l'OMS. Pour cela, des interactions bidirectionnelles devraient être privilégiées.

Cerner les besoins d'assistance des ménages

Les informations ne suffisent à garantir ni l'adoption de pratiques de lutte anti-infectieuse satisfaisantes ni l'adhésion aux mesures et aux comportements recommandés au domicile pour éviter la transmission. Plusieurs facteurs influent sur l'aptitude à respecter les recommandations, notamment la perception du risque personnel d'infection, les croyances relatives à la COVID-19 et aux soins de cette maladie, les attitudes et croyances quant à l'efficacité des recommandations, et enfin les possibilités et contraintes liées à la mise en œuvre de ces recommandations dans le milieu de vie (25). Ces facteurs peuvent également évoluer. Par ailleurs, contracter la maladie ou vivre avec un membre du ménage malade peut déclencher une forte réponse émotionnelle. Les membres du ménage déclarent avoir ressenti de la colère, de la peur et du ressentiment, ce qui influe sur leurs relations interpersonnelles et sur leur santé mentale. Les ménages peuvent avoir besoin d'une assistance pratique, par exemple pour s'approvisionner en nourriture, en eau et en

médicaments. En comprenant ces facteurs, les autorités pourront mettre au point des mesures de soutien adaptées aux ménages touchés. Les autorités peuvent par exemple envisager la livraison à domicile de matériel médical, de nourriture, etc., afin de limiter les déplacements des membres du ménage.

Besoins des prestataires de soins de santé

L'aidant principal d'un patient COVID-19 peut avoir des besoins particuliers auxquels il faudra répondre. Ces personnes peuvent en outre être chargées des soins d'autres membres du ménage, tels que des personnes âgées, des adultes ou des enfants porteurs de handicaps ou encore des enfants en bas âge (26). Par ailleurs, elles peuvent avoir des obligations, notamment professionnelles ou scolaires, ou présenter des vulnérabilités, par exemple des affections chroniques (10). Les femmes assument bien plus fréquemment les activités de soins non rémunérées, notamment les soins aux personnes malades à domicile et aux membres de la famille élargie. Ceci concerne également les femmes âgées prenant soin de très jeunes enfants ou d'autres personnes âgées. Une attention particulière est nécessaire lorsque les responsabilités du ménage sont assumées par une femme seule qui a dû renoncer à un travail rémunéré pour prendre soin de ses proches malades. La mise en œuvre des politiques et conseils relatifs aux soins à domicile doit tenir compte des besoins de ces aidants. Par exemple, l'évaluation initiale du ménage doit identifier les besoins de soutien de l'aidant principal (1,2,6).

Besoins des agents de santé

Les agents de santé communautaires seront les principaux points de contact entre les ménages et les établissements de santé (6). Pour apporter une aide efficace aux ménages, ces agents de santé doivent être formés et disposer d'outils pratiques (1). Ces outils pourraient par exemple inclure des dossiers d'information conviviaux, des outils d'évaluation, des listes de contrôle et des kits d'hygiène adaptés au contexte. Les agents de santé communautaire peuvent également apporter leur soutien aux ménages en s'assurant qu'ils continuent à percevoir les aides sociales au moment prévu. Par ailleurs, former les agents de santé communautaires à des méthodes simples de soutien psychosocial les aidera à répondre aux besoins des patients. En parallèle, les agents de santé communautaires doivent recevoir un soutien psychologique, en particulier lorsqu'ils sont confrontés à la stigmatisation, à l'épuisement professionnel et à la détresse.

Contraintes et facteurs environnementaux

Lors de l'élaboration des orientations nationales et locales dans les différents pays, s'assurer que les recommandations en matière de lutte anti-infectieuse et de prévention de la transmission à domicile sont réalisables. Par exemple, dans de nombreuses parties du monde où l'accès à l'eau courante n'est pas assuré, des méthodes d'hygiène des mains de substitution sont nécessaires, comme la réalisation d'un dispositif « Tippy Tap maison » (27).

L'isolement de la personne atteinte de COVID-19 peut s'avérer impossible lorsque les logements sont surpeuplés. De surcroît, dans les ménages intergénérationnels, les personnes vulnérables devront être protégées, ou d'autres dispositions devront être prises pour la personne malade ou ces membres vulnérables.

Encadré 2 — Exemples de méthodes de soins à domicile dans différents pays

France	<p>Un groupe hospitalo-universitaire de Paris a mis en place des équipes constituées d'un professionnel de santé et d'un travailleur social pour rendre visite aux patients COVID-19 et à leurs aidants, avec l'objectif suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépister et tester la famille et les contacts sociaux proches, • fournir des conseils sur l'isolement à domicile, • fournir un kit de protection, contenant par exemple des masques et une solution hydroalcoolique, • assurer un suivi continu.
Haïti	<p>Des équipes composées d'agents de santé clinique et de spécialistes de santé publique en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH), sont envoyées au domicile par les services de santé, avec l'accord du ménage. Elles ont pour objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de mener une première évaluation clinique du patient COVID-19, d'évaluer les conditions d'habitat et WASH afin de déterminer si l'isolement à domicile est réalisable, • d'informer la famille ou les membres du ménage sur la COVID-19, d'expliquer comment appliquer les procédures d'isolement et de fournir une formation sur les mesures d'hygiène, • de remettre à la famille un nécessaire de nettoyage et un kit d'hygiène, ainsi que des produits de nettoyage et de désinfection du foyer.
Mauritanie	<p>Les patients COVID-19 confirmés reçoivent une visite à domicile qui a pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'éduquer les patients sur les mesures de lutte contre les infections à domicile, notamment l'utilisation des masques et le nettoyage et la désinfection du logement, • de remettre des kits d'hygiène (aux ménages qui n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour les acheter) incluant un système local pour le lavage des mains, du désinfectant et des masques réutilisables, • d'assurer des soins de contrôle, prodigués par les équipes de surveillance communautaires.

L'OMS continue de surveiller de près la situation pour relever tout changement susceptible d'affecter ces orientations provisoires. En cas de changements, l'OMS publiera une nouvelle mise à jour. Sinon, ce document expirera deux ans après sa date de publication.