

Orientations pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins de longue durée dans le contexte de la COVID-19

Orientations provisoires

8 janvier 2021



Le présent document est une mise à jour des orientations publiées le 21 mars 2020 et intègre de nouvelles données factuelles et indications, dont :

- des résultats actualisés à partir d'études publiées sur :
 - l'épidémiologie et l'extension de l'infection à SARS-CoV-2 chez les résidents et les personnels des établissements de soins de longue durée (ESLD) ;
 - l'efficacité des précautions prises dans le cadre de la lutte anti-infectieuse pour éviter la transmission du SARS-CoV-2 dans ces établissements ;
 - l'impact des précautions de la lutte anti-infectieuse sur la santé physique et mentale, ainsi que sur le bien-être des personnes âgées, en particulier celles atteintes de démence ou d'autres troubles mentaux ou neurologiques ;
- des conseils actualisés sur les précautions à prendre pour la lutte anti-infectieuse afin d'éviter la propagation du SARS-CoV-2 et de protéger les agents de santé et les aidants des patients des ESLD ayant une COVID-19 présumée ou confirmée ;
- des conseils sur la détection précoce et le dépistage du SARS-CoV-2 chez les résidents et les personnels de ces établissements ;
- des conseils sur les mesures à prendre pour les visiteurs des ESLD et des considérations supplémentaires visant à réduire le plus possible les impacts des restrictions et précautions de la lutte anti-infectieuse sur la santé physique et mentale dans le contexte de la COVID-19.

Principaux points

- Les établissements de soins de longue durée (ESLD) représentent un cadre à haut risque pour la transmission de la COVID-19 aux résidents et aux personnels et entre eux. Les résidents de ces établissements sont confrontés à un risque plus élevé de développer des formes graves de la maladie et d'en mourir, car ils tendent à être plus âgés, à avoir des pathologies médicales préexistantes et/ou un déclin fonctionnel. La détection précoce de la COVID-19 ; une formation adéquate à la lutte anti-infectieuse et des instructions suffisantes pour tous les employés, résidents et visiteurs, ainsi que la mise en œuvre systématique des politiques et mesures de lutte anti-infectieuse peuvent faire baisser sensiblement le

risque de transmission du SARS-CoV-2 parmi les résidents, les personnels et les aidants dans les ESLD.

- Les mesures de lutte anti-infectieuse peuvent affecter la santé mentale et physique et, par conséquent, le bien-être des résidents et des personnels, en particulier l'utilisation des équipements de protection individuelle (EPI) et les restrictions des visites et des activités de groupe. Il faut donc dispenser systématiquement des soins bienveillants, respectueux et centrés sur la personne, tout en assurant une protection suffisante des résidents, des visiteurs et des personnels contre la COVID-19.
- Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les politiques et procédures cruciales de lutte anti-infectieuse qui suivent doivent être mises en place dans les ESLD, qu'il y ait eu ou non des cas d'infection à SARS-CoV-2 parmi les résidents et/ou les personnels. Les ESLD doivent :
 - veiller à ce qu'il y ait un programme et une équipe de lutte anti-infectieuse ou, au moins, un point focal formé à la lutte anti-infectieuse ;
 - mettre en œuvre les précautions standard de la lutte anti-infectieuse pour tous les résidents (en particulier une hygiène des mains suffisante selon les [cinq indications de l'OMS](#), ainsi qu'un nettoyage et une désinfection minutieuse et régulière dans tout l'établissement), de même que les précautions basées sur la transmission du SARS-CoV-2 lorsque celles-ci sont indiquées ;
 - dans les zones de transmission communautaire connue ou présumée ou de foyers épidémiques de la COVID-19, faire appliquer le port généralisé du masque par tous les agents de santé, les aidants, les autres professionnels, les visiteurs, les prestataires de service et les résidents ;
 - dans les zones de transmission sporadique connue ou présumée de la COVID-19, faire appliquer par tous les agents de santé le port ciblé continu du masque dans les lieux de soins ;
 - veiller à la distanciation physique ;
 - veiller à une bonne ventilation dans les ESLD ;
 - vacciner les résidents et le personnel contre la grippe et la COVID-19, et vacciner aussi les résidents contre *Streptococcus pneumoniae* ;
 - appliquer les politiques de lutte anti-infectieuse aux visiteurs des ESLD ;
 - veiller à avoir des effectifs suffisants pour le personnel et une bonne organisation, des heures de

travail adaptées et assurer la protection des agents de santé contre les risques professionnels.

- Les mesures qui suivent sont essentielles pour garantir la détection précoce de la COVID-19. Les ESLD doivent :
 - veiller à la détection précoce de l'infection à SARS-CoV-2 chez les agents de santé au moyen de la surveillance syndromique et/ou des tests de laboratoires pour le personnel et les résidents ;
 - veiller à une prise en charge adaptée de l'exposition au SARS-CoV-2 et de l'infection parmi les agents de santé ;
 - étendre le dépistage à tous les agents de santé et les résidents lorsqu'un cas positif au SARS-CoV-2 est identifié parmi les résidents ou les membres du personnel ;
 - tester les résidents pour le SARS-CoV-2 à leur admission ou à leur réadmission dans l'ESLD dans les zones de transmission communautaire ou de foyers épidémiques, si les ressources le permettent.
- Lorsqu'un résident est reconnu comme un cas suspect ou confirmé de COVID-19, les précautions qui suivent doivent être appliquées immédiatement pour la lutte anti-infectieuse. Les ESLD doivent :
 - appliquer les précautions contre la transmission par contact ou par gouttelettes et/ou la transmission par voie aérienne (si indiquées) lors des soins dispensés au(x) résident(s) affecté(s) ;
 - respecter les procédures spécifiques pour le nettoyage et la désinfection de l'environnement, ainsi que pour la gestion des déchets et du linge à laver ;
 - isoler les cas suspects ou confirmés de COVID-19 dans des chambres individuelles ou, si ce n'est pas possible, les regrouper avec d'autres cas, tout en gardant séparés les cas suspects et les cas confirmés ;
 - demander des évaluations cliniques minutieuses des patients par des professionnels de la médecine, notamment pour ceux qui présentent des facteurs de risque de dégradation rapide, comme le grand âge ou des pathologies préexistantes ; instaurer un traitement rapide si indiqué et évaluer la nécessité d'un transfert potentiel du résident vers une unité de soins d'urgence ;
 - mettre en quarantaine tous les contacts des cas confirmés de COVID-19 dans leurs chambres ou les séparer des autres résidents, et les suivre pendant 14 jours à partir de leur dernier contact.
- En cas de décès d'un patient dû à la COVID-19, il convient d'appliquer les procédures pour la prise en charge sécurisée du corps.

Méthodologie d'élaboration des présentes orientations

Les présentes orientations provisoires actualisées se basent sur celles publiées par l'OMS concernant la lutte anti-infectieuse dans le contexte de la COVID-19 (orientations de l'OMS sur la lutte anti-infectieuse dans le cadre des soins de santé ; sur le port du masque ; et sur la prévention, l'identification et la prise en charge des infections chez les agents de santé (1-3), les études en cours sur les données scientifiques disponibles concernant la COVID-19 dans les ESLD, ainsi que sur l'efficacité des précautions de la lutte anti-infectieuse dans ce cadre). Lors des situations d'urgence, l'OMS publie des orientations provisoires

dont l'élaboration suit un processus transparent et solide d'évaluation des données scientifiques disponibles, y compris celles sur les bénéfices et les inconvénients des interventions spécifiques. Le groupe spécial OMS d'élaboration des recommandations pour la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 (COVID-19 IPC GDG) (cf. la section des remerciements pour consulter la liste de ses membres) évalue les données scientifiques disponibles au moyen d'examen systématiques accélérés et discute des orientations en appliquant un processus, suivi d'enquêtes si nécessaire, visant le consensus lors de ses consultations hebdomadaires sous l'égide d'un méthodologiste. Au cours du processus sont envisagées dans toute la mesure du possible les implications potentielles au niveau des ressources, les valeurs et les préférences, la faisabilité, l'équité et l'éthique. Avant publication, les projets d'orientations sont examinés par un groupe d'experts internes et externes.

Finalité des orientations

Le présent document donne aux directeurs des ESLD et aux points focaux de la lutte anti-infectieuse des orientations actualisées pour éviter que le SARS-CoV-2 ne pénètre dans un établissement et ne se propage, tant à l'intérieur qu'au-delà, ainsi que pour instaurer les conditions de sécurité aux visites par l'application rigoureuse des procédures de lutte anti-infectieuse, le tout pour le bien-être des résidents.

L'OMS mettra à jour ces orientations à mesure que de nouvelles informations seront connues.

Considérations générales

Les types d'ESLD peuvent varier selon les pays, voire au niveau infranational. Les maisons de retraite, les centres de soins infirmiers, les centres de vie avec services de soutien, les établissements résidentiels et les établissements de soins en résidence, désignés sous le terme général d'ESLD, fournissent divers services, dont des soins de santé et d'assistance, à des personnes qui ne peuvent plus vivre de manière autonome dans les communautés. Le terme « établissements de soins de longue durée » ne recouvre pas les soins à domicile de longue durée, les centres communautaires, les établissements de soins de jour pour les adultes ou les soins palliatifs (de répit) (4, 5).

Les agents de santé sont toutes les personnes engagées dans des activités de travail ayant comme but premier d'améliorer la santé. Dans les ESLD, ces agents comprennent ceux qui assurent les soins personnels et les travailleurs sociaux employés par l'établissement (6, 7).

Les ESLD sont des lieux à haut risque pour la transmission de la COVID-19 aux résidents, au personnel et entre eux. Les agents de santé qui sont en contact avec des cas de COVID-19 ou les soignent sont exposés à un risque plus élevé d'infection que la population générale (3, 8). Une grande étude multicentrique récente menée aux États-Unis d'Amérique a indiqué qu'on identifiait 1,3 cas de COVID-19 chez les agents de santé pour 3 cas diagnostiqués chez les résidents des ESLD (9). Dans d'autres études mesurant la prévalence de la COVID-19 parmi les agents de santé des ESLD, les valeurs se sont établies entre 2,2 % et 62,6 % (10).

Les résidents de ces établissements sont exposés à un risque plus élevé de contracter des formes graves de la maladie et d'en mourir parce qu'ils tendent à être plus âgés et à souffrir de pathologies préexistantes et/ou d'un déclin fonctionnel (4, 11).

Les personnes atteintes de démence ont des risques directs et indirects plus élevés par rapport à la COVID-19 du fait de leur capacité réduite à respecter les recommandations de la santé publique et les mesures de lutte anti-infectieuse, dont l'isolement (11). Les résidents des ESLD atteints de démence sont également confrontés à un risque d'effets indésirables provenant de la perturbation des soins réguliers, y compris au niveau de l'aide sociale (11).

Selon un examen des études publiées sur la COVID-19 dans les ESLD, les taux de positivité au SARS-CoV-2 varient beaucoup (de 4 % à 77 %), avec une moyenne de 37 %, augmentant à 42,9 % au cours des flambées (10).

Les sujets infectés par le SARS-CoV-2 peuvent le transmettre quand ils ont des symptômes ou quand ils n'en ont pas et certaines études indiquent que des patients peuvent présenter des « symptômes atypiques » dans les ESLD (4, 12, 13). Des études des flambées ont montré que 7 % à 75 % des résidents et 50 % à 100 % des personnels testés positifs étaient à un stade présymptomatique ou asymptomatique. Entre 57 % et 89 % des résidents positifs asymptomatiques ont développé des symptômes ultérieurement, ce qui souligne bien l'importance d'appliquer des précautions adéquates en matière de lutte anti-infectieuse (4).

Les adultes âgés sont le groupe de la population dans lequel on retrouve la grande majorité des cas graves de COVID-19, des hospitalisations et des décès (14). Les résidents des ESLD constituent en général une population vulnérable en raison de leur âge avancé et des maladies préexistantes fréquentes qu'ils présentent, comme le diabète, les affections cardiovasculaires, respiratoires chroniques, cérébrovasculaires, les maladies cancéreuses et la démence qui, de manière indépendante, augmentent le risque d'évolution de la COVID-19 vers des issues sévères et la mort (15).

Une évaluation récente du risque publiée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a récapitulé les facteurs contribuant directement à une probabilité accrue de propagation de la COVID-19 aux ESLD et à l'intérieur de ceux-ci : prévalence communautaire élevée de la COVID-19, vie en collectivité dans ces établissements, taille importante des établissements de soins (>20 lits), taux élevés d'occupation, occasions manquées de repérer les signes précoces d'alerte dans les données sur la sécurité (comme les absences du personnel, les cas positifs isolés), membres asymptomatiques du personnel qui travaillent en ignorant qu'ils ont l'infection, reconnaissance retardée de la COVID-19 chez les résidents à cause du faible indice de suspicion et retard dans l'identification des cas du fait d'une disponibilité limitée des tests et/ou des retards dans la transmission des résultats (11).

De nombreux résidents d'ESLD ont besoin d'être hospitalisés après le diagnostic de la COVID-19 en raison de la gravité de la maladie. Selon l'examen de Gmehlin & Munoz-Price, le taux moyen d'hospitalisation des résidents testés positifs dans toutes les études était de 44 %, et le taux moyen de mortalité de 21 %. On notera que le taux d'hospitalisation a été en partie augmenté du fait de la nécessité d'isoler les résidents positifs des autres (10).

Un examen des données disponibles sur la mortalité dans les ESLD a révélé qu'environ 46 % des décès dus à la COVID-19 se produisaient dans les maisons de soins (sur la base de 21 pays) (16). D'autres examens ont évalué les taux de mortalité de l'infection selon l'âge, tous signalant une

augmentation de ce taux avec l'âge (17-19). Une étude a observé que le taux de mortalité chez les personnes âgées de 80 ans et plus était de 8,29 % (10,83 % chez les hommes), contre 0,001 % chez les enfants de 5 à 9 ans et 0,79 % dans l'ensemble de la population (17) ; une autre a trouvé un taux de 13,4 % (18) et une troisième un taux de 15 % chez les résidents de plus de 85 ans (19). Les taux de mortalité chez les résidents des ESLD varient selon les pays, certains atteignant 22,2 % (17).

Compte tenu de l'ampleur de l'impact de la COVID-19 dans les ESLD, l'OMS a publié une note d'orientation sur la prévention et la gestion de cette maladie dans l'ensemble des services de soins de longue durée (4), où elle décrit les moyens de modifier les services de santé et de soins de longue durée, de façon à les intégrer facilement et à les dispenser pour qu'ils soient inclus dans le continuum des soins comportant la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs, afin de veiller à ce que les personnes ayant besoin de soins de longue durée puissent recevoir des soins de qualité, équitables et durables. La note (4) décrit un certain nombre d'actions pour répondre à ces préoccupations, parmi lesquelles :

- mettre en place des comités directeurs ainsi que des systèmes d'échange d'informations et de données conjoints entre les différents secteurs et les niveaux politiques infranationaux afin de garantir une bonne coordination de la riposte ;
- Assurer un suivi et une évaluation efficaces de l'impact de la COVID-19 sur les soins de longue durée, et une circulation efficace des informations entre les systèmes de santé et les systèmes de soins de longue durée afin d'optimiser les interventions ;
- Mettre en place un mécanisme de soutien aux prestataires qui travaillent en dehors d'un cadre réglementé, et axer ce mécanisme sur l'apport d'un soutien coopératif à ces prestataires plutôt que sur des mesures punitives ;
- Établir un mécanisme pour planifier, définir des priorités pour le soutien et faire un suivi de la mise en œuvre des mesures visant à protéger contre la COVID-19 le personnel qui fournit des soins de longue durée et les personnes qui reçoivent ces soins, et à empêcher qu'ils ne propagent cette infection ;
- Veiller à ce qu'il existe des parcours de soins intégrés axés sur la personne qui couvrent le continuum des soins de santé et des soins de longue durée afin de permettre aux personnes qui reçoivent des soins de longue durée de bénéficier de soins complets.

Principes généraux essentiels pour la prévention et la détection précoce du SARS-CoV-2

Les données probantes disponibles montrent que l'application systématique et rigoureuse des politiques et des mesures de lutte anti-infectieuse permet de réduire sensiblement le risque d'infection par le SARS-CoV-2 chez les résidents comme le personnel des ESLD (Encadré 1) (20).

Encadré 1. Bases factuelles sur la lutte anti-infectieuse dans les ESLD

En avril 2020, l'OMS a demandé un examen rapide de la prévention de la COVID-19 dans les ESLD (disponible en partie dans la publication scientifique avec comité de lecture de Rios et al. (20) et actualisée le 9 octobre 2020). L'examen actualisé a porté sur six études d'observations (21-26) et 10 orientations cliniques (20, 27), et a conclu que les mesures de lutte anti-infectieuse dans les ESLD devraient viser à prévenir l'introduction du SARS-CoV-2 dans ces établissements et que, en cas d'introduction du virus, il fallait prendre des mesures immédiates et complètes pour enrayer sa propagation.

Les données disponibles, bien que limitées, des **études d'observation** sur les interventions les plus efficaces pour prévenir et enrayer la propagation du SARS-CoV-2 dans les ESLD laissent penser que les stratégies efficaces comportent les points suivants :

- Dans les zones de transmission communautaire du SARS-CoV-2, les tests réguliers de tous les résidents et du personnel permettent la détection précoce et l'isolement des patients et des membres du personnel positifs (y compris les sujets infectés asymptomatiques ou présymptomatiques) et leur prise en charge adaptée, ainsi que la prévention d'une flambée dans l'établissement. Une autre étude a constaté que les tests faits à tous les résidents et tout le personnel après l'identification d'un cas dans l'établissement permettent de trouver 10 à 100 cas supplémentaires pour chaque cas initial diagnostiqué (28).
- La compartimentation du personnel (en organisant le travail de telle sorte que l'équipe travaille en petits groupes dans une zone de l'ESLD sans contacts physiques ou rapports avec d'autres membres de l'équipe) et le regroupement en cohortes (assignation du personnel à soigner séparément les résidents infectés et les autres) font baisser le risque d'avoir des cas de SARS-CoV-2 dans les ESLD.
- Le paiement des jours d'arrêt-maladie au personnel de l'ESLD augmente la proportion des membres se présentant aux tests et s'isolant en cas de symptômes de la COVID-19, ce qui réduit finalement le risque de transmission dans l'établissement.
- Le maintien d'une distanciation physique d'au moins 1 mètre, y compris pendant les repas, diminue le risque de transmission.
- Le maintien du taux maximal d'occupation des salles communes dans les établissements (avec une signalétique de rappel) s'associe à une plus faible prévalence de l'infection à COVID-19.
- L'usage approprié des EPI pendant les soins de tous les patients infectés, la signalétique pour rappeler aux agents de santé les précautions gouttelettes et contact, la formation et de fréquents audits pour garantir le port du masque par les agents de santé s'associent à une baisse statistique sensible de la prévalence de l'infection chez les résidents et le personnel.
- Un lien significatif a été établi entre le nettoyage des zones communes moins de deux fois par jour et une plus forte prévalence de l'infection à SARS-CoV-2 chez les résidents et le personnel.
- Les ESLD ayant des salles de bain et des éviers ou lavabos dans les chambres des résidents ont des taux d'infection sensiblement plus bas.

Les constatations supplémentaires ressortant des études d'observation incluses dans l'examen sont les suivantes :

- L'emploi de personnel temporaire augmente sensiblement le risque de transmission du SARS-CoV-2 dans l'ESLD et le personnel soignant (23). Par rapport aux établissements n'employant jamais de personnel temporaire, ceux qui le font la plupart des journées observent une prévalence presque doublée de la COVID-19 chez les résidents ; ont une probabilité presque deux fois plus forte de notifier un cas de COVID-19 ou une flambée étendue ; et ont une prévalence sensiblement plus élevée de la COVID-19 dans leur personnel.
- L'impossibilité d'isoler les résidents – par exemple à cause de la démence – a été associée à un risque accru d'infection au SARS-CoV-2 chez les résidents. L'examen de la base factuelle n'a pas été concluant pour ce qui est de l'efficacité du dépistage des résidents et du personnel (contrôle de la température et des symptômes) en tant que stratégie de réduction du risque infectieux.

Les recommandations les plus courantes identifiées dans les **orientations cliniques pratiques** publiées dans l'examen rapide des données factuelles (20) sont par ordre de fréquence :

- l'instauration de la surveillance, du suivi et de l'évaluation des symptômes pour le personnel, les aidants et les résidents ;
- l'utilisation de l'EPI adapté par le personnel, les résidents et les visiteurs ;
- les mesures de distanciation physique et d'isolement ;
- l'isolement en chambre individuelle (ou le regroupement en cohortes) des patients ayant une COVID-19 présumée ou confirmée ;
- l'application de la désinfection systématique ou accrue des surfaces dans l'établissement ;
- la promotion et le contrôle du respect des mesures d'hygiène des mains par le personnel, les résidents et les visiteurs ;
- la promotion et le contrôle du respect des mesures d'hygiène respiratoire par le personnel, les résidents et les visiteurs ;
- la mise en œuvre d'une politique du personnel favorisant et faisant respecter les arrêts maladie obligatoires pour les employés présentant des symptômes ou une COVID-19 présumée ; l'assurance d'une compensation suffisante pour le personnel en arrêt maladie, ainsi que des mesures pour restreindre les mouvements du personnel au sein de l'établissement ou d'un établissement à l'autre ;
- la mise en place d'une communication suffisante entre les ESLD et les autorités sanitaires locales/régionales ;
- des actions éducatives à l'intention du personnel, des aidants et des résidents sur la lutte anti-infectieuse, l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire ;
- l'approvisionnement suffisant en EPI, médicaments et autres équipements médicaux (ex. : matériel pour l'oxygénothérapie) pour prendre en charge les cas de COVID-19 ;
- la consultation des professionnels de santé concernés, la transmission des informations à ces professionnels en ce qui concerne les cas positifs de COVID-19 ;
- la mise en place de politiques de limitation des heures de visites, ou la limitation aux seuls visiteurs « essentiels » ;
- l'obligation d'instaurer les précautions de la transmission par les gouttelettes (y compris avec un EPI adapté), pour traiter tout patient ayant une COVID-19 présumée ou confirmée ;
- le regroupement de l'équipement spécifique pour ne l'utiliser qu'avec les patients COVID-19, et les tests de la COVID-19 pour tous les membres du personnel, les aidants et les résidents symptomatiques

Programme et activités de lutte anti-infectieuse

Le programme national de lutte anti-infectieuse et de riposte à la COVID-19 doit considérer comme une grande priorité l'aide à la lutte dans les ESLD et son renforcement. Les établissements doivent avoir à leur niveau un programme de lutte anti-infectieuse, doté d'une équipe dédiée et formée, avec au moins un point focal formé à qui des responsabilités ont été déléguées et qui est soutenu par la direction de l'établissement et les juridictions sanitaires locales. Dans l'idéal, l'équipe ou le point focal doit être conseillé par un comité pluridisciplinaire sur l'approche stratégique et le plan d'action pour garantir une mise en œuvre correcte de la lutte anti-infectieuse. Les recommandations de l'OMS sur l'efficacité des programmes de lutte anti-infectieuse peuvent être consultées ici (29). Le fait d'avoir un point focal pour la lutte anti-infectieuse est le minimum recommandé par l'OMS pour les établissements de soins, dont les ESLD (30). La garantie de l'accès aux informations et aux ressources sous forme de lignes directrices, d'orientations et de procédures de lutte et de prévention pour la COVID-19, ainsi que l'accès à des équipements adaptés, aideront le personnel et permettront à tous les établissements de mettre en place des routines de sécurité pour les soins (11).

Une formation suffisante pour un certain nombre de publics essentiels ciblés doit être assurée, avec des remises à niveau régulières ;

- La formation à la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 (31) doit être fournie à tous ceux qui travaillent dans l'ESLD, employés, aidants et autres professionnels en visite dispensant des services aux résidents. Elle doit comprendre au minimum :
 - les informations générales sur la COVID-19 ;
 - les précautions standard, en mettant plus particulièrement l'accent sur l'hygiène des mains, l'hygiène respiratoire, le nettoyage et la désinfection de l'environnement ;
 - l'utilisation correcte des masques ;
 - les précautions contre la transmission, entre autres par les contacts, de même que les procédures de gestion d'une flambée de COVID-19, y compris la manière de mettre et d'enlever correctement l'EPI ;
 - les principes essentiels de la santé et de la sécurité au travail.
- Des séances répétées d'information sur la COVID-19 doivent être organisées à l'intention des résidents et de leurs visiteurs pour les renseigner sur le virus, la maladie qu'il provoque et la manière de se protéger de l'infection. Il est nécessaire de renforcer et de simplifier les informations, compte tenu en particulier de la forte proportion de résidents atteints de troubles cognitifs/de démence. L'accent sera mis sur une communication inclusive (par exemple une communication adaptée aux résidents ayant des déficiences sensorielles).

Grâce au travail du point focal ou de l'équipe de lutte anti-infectieuse, les ESLD doivent veiller au minimum à l'application des normes suivantes.

- Le triage, la reconnaissance précoce et la lutte à la source (isolement des cas suspects et confirmés de COVID-19 parmi les résidents et les employés) doivent être assurés.

- Des zones adaptées et bien équipées pour mettre et enlever les EPI doivent être disponibles.
- Les pratiques de lutte anti-infectieuse (comme le respect de l'hygiène des mains, les pratiques de pose et de retrait des équipements) doivent être contrôlées régulièrement, des commentaires donnés aux employés (le personnel de l'établissement comme les professionnels en visite) et les stratégies d'amélioration doivent être appliquées autant que de besoin.
- L'accent sera mis en particulier sur l'hygiène des mains et les règles à appliquer en cas de toux ou d'éternuement :
 - en garantissant un approvisionnement suffisant en solution ou gel hydroalcoolique pour les mains (avec au moins 70 % d'alcool) et la disponibilité de savon et d'eau, des postes d'hygiène pour les mains étant placés à toutes les entrées, les sorties et les lieux où s'effectuent les soins ;
 - en encourageant le lavage des mains à l'eau et au savon pendant 40 secondes au minimum, ou avec une solution ou un gel hydroalcoolique pendant 20 secondes au minimum (32) ;
 - en demandant aux agents de santé d'appliquer régulièrement les règles d'hygiène des mains, en particulier selon les [cinq indications de l'OMS](#), (33, 34), ainsi qu'au début de la journée de travail, avant d'aller aux toilettes et après, avant de préparer la nourriture et après, ainsi qu'avant de manger (32, 35) ;
 - en encourageant et aidant les résidents et les visiteurs à appliquer fréquemment les règles d'hygiène des mains, notamment si elles sont sales, avant de toucher d'autres personnes et après (bien que cela soit à éviter autant que possible), après avoir été aux toilettes, avant de manger ou après avoir toussé ou éternué ;
 - en veillant à un approvisionnement suffisant en mouchoirs jetables et à l'évacuation correcte des déchets (dans une poubelle avec couvercle) ;
 - en mettant des rappels, des affiches et des tracts dans l'établissement, à l'intention des employés, des résidents et des visiteurs, pour les informer de se laver régulièrement les mains, de garder leurs distances, de porter le masque, d'éternuer et de tousser dans le coude ou dans un mouchoir jetable en le mettant immédiatement après dans une poubelle avec un couvercle, et leur expliquer comment mettre et enlever correctement les EPI.
- Des stocks suffisants d'EPI et de produits pour le nettoyage de l'environnement doivent être fournis.
- Des normes élevées de nettoyage et de désinfection de l'environnement et des équipements, de gestion des déchets et d'assainissement doivent être maintenues dans l'ESLD. Des orientations sur l'eau, l'assainissement, le lavage du linge et la gestion des déchets dans le contexte de la COVID-19 (36) ont été publiées.
- Les résidents et le personnel doivent être vaccinés contre la grippe (37-39) et la COVID-19 et, pour les résidents, contre *Streptococcus pneumoniae*, conformément aux politiques locales.

Les ESLD peuvent procéder à une auto-évaluation pour aider à identifier, prioriser et pallier toute lacune dans la capacité de la lutte anti-infectieuse au moment de préparer et de gérer leur riposte à la COVID-19 (40, 41).

Le point focal de la lutte anti-infectieuse et ceux qui sont responsables de la prévention et de la gestion de la COVID-19 dans l'ESLD doivent également veiller à la coordination avec les systèmes et services existants dispensant des soins de longue durée, en particulier pour assurer :

- la coordination avec les autorités compétentes (par ex. le Ministère de la Santé, le Ministère des Affaires sociales, le Ministère de la Justice sociale) chargées des soins de longue durée ;
- l'activation des réseaux sanitaires et sociaux locaux pour faciliter la continuité des soins en soutien aux ESLD (soins cliniques, services hospitaliers d'urgence, centre de soins de jour, groupes de volontaires, etc.) ;
- l'aide supplémentaire (ressources, prestataires de soins) si une personne âgée dans les ESLD a une COVID-19 confirmée.

Vaccination anti-COVID-19 dans les ESLD

L'OMS recommande de donner une grande priorité au déploiement du vaccin contre la COVID-19 dans les ESLD, et des plans clairs doivent être préparés à l'avance (42). L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance ont publié des informations pour orienter les gouvernements nationaux dans l'élaboration et l'actualisation de leurs plans nationaux de déploiement des vaccins anti-COVID-19 et de vaccination. Le conseil est de vacciner en priorité au début les agents de santé (y compris ceux travaillant dans les ESLD et le secteur privé), les personnes âgées et les sujets ayant des pathologies préexistantes (42). Donc la communication rapide entre les ESLD et les autorités sanitaires locales et les plans pour définir la logistique et les modalités de déploiement de ces vaccins dans leurs juridictions sont de la plus grande importance. Les éléments à prendre en considération comprennent les communications avec les résidents et leurs proches, la nécessité du consentement, la conservation, l'administration, les fournitures jetables, la gestion des déchets, la prise en charge des effets secondaires, le maintien des données et la mise à disposition des secondes doses en temps utile.

Il est important que toute personne éligible pour la vaccination contre la COVID-19 reçoive les doses recommandées à l'intervalle préconisé. Il est également crucial que les personnels, les aidants et les résidents continuent de respecter les précautions pour réduire le plus possible la propagation de l'infection jusqu'à ce qu'on ait plus de données sur l'efficacité des vaccins. Les personnels et les résidents doivent donc continuer à porter les masques médicaux, maintenir la distanciation physique, se laver fréquemment les mains et respecter les autres précautions essentielles de la lutte anti-infectieuse déjà mentionnées. Lorsque les vaccins contre la COVID-19 sont administrés dans les ESLD, il est recommandé d'utiliser une solution ou un gel hydroalcoolique

pour l'hygiène des mains entre chaque injection (35). Le port des gants n'est pas nécessaire.

Port généralisé ou ciblé systématique du masque

L'OMS a publié des orientations sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 (2), qui présentent les preuves scientifiques à l'appui des conseils donnés. Dans les zones de transmission communautaire ou de foyers épidémiques de la COVID-19, le port généralisé du masque¹ est conseillé comme suit.

- Les agents de santé et les aidants doivent porter un masque médical pour toute activité dans les lieux de soins (résident ayant la COVID-19 ou non), ou dans toutes les zones communes (cafétérias, salles du personnel par exemple).
- Les autres professionnels, les visiteurs ou les prestataires de service doivent porter un masque médical ou non médical pour toutes leurs activités ou dans toutes les zones communes.
- Les résidents doivent porter un masque médical quand la distance physique de 1 mètre ne peut être maintenue ou quand ils se trouvent hors de leurs chambres ou des lieux de soins dans l'établissement.

En cas de transmission sporadique connue ou présumée de la COVID-19, les agents de santé et les aidants doivent porter un masque dans tous les lieux de soins (port ciblé systématique du masque)² (2).

Les orientations de l'OMS sur le port du masque (2) exposent également les inconvénients et les risques inhérents au port généralisé du masque et reconnaissent qu'il peut entraîner des problèmes de communication, notamment pour les sourds, les malentendants et ceux qui lisent sur les lèvres. De plus, on y note que le port du masque peut avoir des inconvénients pour ceux qui ont des troubles du développement, des maladies mentales, une baisse des facultés cognitives ou de l'asthme ou d'autres maladies respiratoires chroniques, cas dans lesquels les masques ont provoqué de graves problèmes respiratoires. Compte tenu cependant de l'importance du port du masque par les personnes âgées pour leur protection, une évaluation au cas par cas sera faite pour ces catégories en comparant les risques d'événement indésirables par rapport à l'effet protecteur de la mesure. En cas de difficultés avec le port du masque, on pourra envisager l'écran facial comme alternative, bien qu'il faille noter qu'ils sont inférieurs aux masques pour ce qui est de la prévention de la transmission des gouttelettes (pour la protection ou la lutte à la source). Si on doit utiliser des écrans faciaux, ils doivent être conçus pour couvrir les côtés du visage et s'étendre en dessous du menton.

Il est crucial de veiller à la formation du personnel et à l'éducation des résidents et des visiteurs concernant le port correct du masque, notamment le lavage des mains avant de le mettre et de l'enlever, l'ajustement correct et les instructions nécessaires pour éviter d'échanger les masques et s'en débarrasser.

¹ Le port généralisé du masque dans un établissement s'entend de l'obligation pour toute personne (personnel, patients visiteurs, prestataires de services et autres) de porter un masque en permanence, sauf lors de la consommation d'aliments ou de boissons.

² Le port ciblé systématique d'un masque médical s'entend du port d'un masque médical par l'ensemble des agents de santé et des aidants travaillant dans les lieux de soins pour les activités courantes pendant toute la journée de travail.

Les orientations de l'OMS sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 (2) donnent davantage de détails sur l'utilisation des masques et l'on peut voir des vidéos [ici](#).

Distanciation physique dans l'établissement

Il convient d'instaurer une distanciation physique d'au moins 1 mètre entre les personnes pour réduire le risque de transmission du SARS-CoV-2. Dans le cadre des ESLD, l'OMS préconise les mesures suivantes.

- Il faut veiller à la distanciation physique lors des activités de groupes, en proposant comme alternative des activités virtuelles ou en vidéo (43). Si c'est faisable, les mêmes personnes en nombre réduit peuvent se retrouver ensemble pour toutes les activités de groupe qui seront pratiquées en extérieur dans toute la mesure du possible.
- Les repas seront décalés pour maintenir la distanciation physique entre les résidents. Si ce n'est pas faisable, les salles à manger doivent être fermées et les repas individuels servis aux résidents dans leurs chambres.
- Il faut imposer une distance minimale d'au moins 1 mètre entre les résidents.
- Dans l'ESLD, tout le monde doit éviter les contacts physiques (poignées de mains, embrassades ou bises), sauf si le contact fait partie des soins. Le toucher peut être très important pour certains résidents aux fins de la communication non verbale, en particulier pour ceux atteints de démence ou d'autres pathologies complexes, de dépression ou de déficience sensorielle. Si ces contacts sont nécessaires, ils doivent être faits en prenant des précautions suffisantes (c'est-à-dire l'hygiène des mains avant et après le contact et l'utilisation de gants si nécessaire pour les précautions standard ou gouttelettes) (44).

Inversement, on n'a pas rapporté de lien significatif entre l'arrêt des activités de groupe et une baisse du risque de COVID-19 dans les ESLD (22).

NB : ces mesures ont des répercussions sérieuses sur la santé mentale et le bien-être des résidents et elles doivent donc être appliquées avec prudence (cf. ci-après).

On notera que, bien qu'on ne dispose pas de données factuelles spécifiques, le Réseau mondial de l'OMS sur les soins de longue durée a souligné l'importance de favoriser la résilience et de concilier les préférences personnelles des résidents avec la gestion du risque. Si les résidents sont contraints à un confinement physique et si leurs mouvements sont limités sur une longue période, des mesures doivent être prises pour gérer ces risques et soutenir des formes sûres d'interactions sociales et des événements qu'ils peuvent attendre avec joie. Par exemple, les résidents qui se font de petits cadeaux et créent des occasions spéciales peuvent contribuer à améliorer le moral et à renforcer la résilience. De plus, les occasions d'interactions plus sûres entre les résidents en extérieur et dans les jardins doivent être proposées autant que possible, tant que la distanciation physique et les autres mesures de la lutte anti-infectieuse sont respectées.

Ventilation suffisante

Une ventilation suffisante est importante pour réduire la transmission du SARS-CoV-2. L'OMS donne des orientations sur les normes de ventilation dans les établissements de soins dans le contexte de la COVID-19 dans le document intitulé :

« Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des cas suspects ou confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19) » (1).

Un système opérationnel bien conçu et entretenu peut réduire le risque de propagation de la COVID-19 à l'intérieur des établissements en diluant la concentration des aérosols potentiellement infectieux grâce à la ventilation avec l'air extérieur, ainsi que la filtration et la désinfection de l'air recirculant. Le recours correct à la ventilation naturelle peut avoir les mêmes avantages.

Les chambres des résidents et les salles communes doivent être bien ventilées, avec de grandes quantités d'air extérieur frais et pur pour lutter contre les agents contaminants et les odeurs. On peut y parvenir au moyen de la ventilation naturelle, en ouvrant les fenêtres et les portes pour créer des flux et des échanges d'air, si cela est possible et sûr (45).

Pour les systèmes mécaniques, le pourcentage d'air extérieur doit être accru en mettant le système de chauffage, climatisation et ventilation en mode économie et peut potentiellement atteindre 100 %.

Si des systèmes de ce type sont utilisés, ils doivent être inspectés, entretenus et nettoyés régulièrement. Des normes rigoureuses pour l'installation et l'entretien des systèmes de ventilation sont essentielles pour garantir qu'ils soient efficaces et contribuent à la sécurité de l'environnement (46).

Toute décision sur l'utilisation de la ventilation naturelle, hybride (mixte) ou mécanique doit tenir compte du climat, dont la direction des vents dominants, les plans des étages, la disponibilité des ressources et le coût du système de ventilation.

En particulier dans les lieux de l'établissement où des cas de COVID-19 sont soignés, des normes spécifiques doivent être appliquées pour la ventilation. Lorsque des actes médicaux générant des aérosols ne sont pas pratiqués, on considère qu'une ventilation suffisante est de 60 litres/seconde par patient (L/s/patient) pour les zones naturellement ventilées, ou 6 renouvellements d'air par heure (RAH) (équivalent à 40 L/s/patient pour une pièce de 4x2x3 m³) dans les espaces à ventilation mécanique.

Dans les salles où des actes médicaux générant des aérosols sont pratiqués, les normes spécifiques doivent être respectées. Les établissements de soins utilisant des systèmes de ventilation naturelle doivent veiller à ce que l'air contaminé produit soit canalisé directement vers l'extérieur, séparément des ouvertures d'arrivée d'air, des lieux de soins et des personnes. Le taux de ventilation naturelle moyenne recommandé est de 160 L/s/patient. Dans les établissements de soins disposant d'un système de ventilation mécanique, une pression négative doit être créée pour contrôler la direction du flux d'air. Le taux de ventilation doit être de 6–12 RAH (ex. : équivalent à 40–80 L/s/patient pour une pièce de 4x2x3 m³), dans l'idéal 12 RAH pour les nouvelles constructions, avec un gradient de pression négatif recommandé $\geq 2,5$ Pa (0,01 pouce de colonne d'eau) pour garantir la circulation de l'air depuis le couloir jusqu'à la chambre du patient.

Les orientations provisoires de l'OMS sur la lutte anti-infectieuse dans le cadre des soins donnent davantage de détails (1).

Considérations spécifiques pour les résidents atteints de démence et/ou de déclin cognitif

Les activités de lutte anti-infectieuse peuvent affecter la santé mentale, physique et le bien-être des résidents et du personnel, en particulier l'utilisation des EPI et les restrictions aux visites et aux activités de groupe (47). La distanciation physique et les mesures de quarantaine peuvent diminuer l'activité physique et favoriser potentiellement des modes de vie nocifs pour la santé (48).

Les changements des habitudes des résidents peuvent accroître leur anxiété.

L'isolement social peut contribuer à l'aggravation des symptômes neuropsychiatriques ou induire des changements de comportement, avec de l'apathie, de l'anxiété et de l'agitation parmi les symptômes les plus courants (49).

Les sujets atteints de démence en particulier peuvent ne pas pleinement saisir la signification ni le besoin de l'isolement ou de la distanciation physique. Ils peuvent ressentir de la colère ou devenir plus anxieux, stressés, agités et repliés sur eux-mêmes pendant la flambée ou l'isolement.

Des interventions non pharmacologiques/psychosociales sont recommandées en première intention pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (50), mais elles peuvent être plus difficiles à mettre en œuvre dans le contexte de l'application des mesures de lutte anti-infectieuse contre la COVID-19. Point important, le recours à certains médicaments psychotropes, comme l'halopéridol et le diazépam, s'associe à un risque accru d'accident vasculaire cérébral et de décès chez les personnes atteintes de démence : ces médicaments sont donc à éviter, de même que l'utilisation de contraintes physiques pour les résidents agités (51).

Une attention spéciale devra être accordée à l'évolution des pathologies mentales des résidents lors de l'application des mesures d'endiguement ou d'atténuation de la COVID-19 ; une orientation vers des spécialistes de la santé mentale et des consultations seront organisées autant que de besoin quand cette possibilité existe. La santé mentale des résidents doit être surveillée, dans l'idéal à l'aide d'outils simples de dépistage pour identifier ceux qui sont exposés à un risque de graves problèmes de santé mentale ou de suicide. Le personnel doit être conscient que les sujets atteints de démence ou d'autres formes de déclin cognitif peuvent avoir une capacité réduite de signaler leurs symptômes à cause de leurs difficultés à communiquer ; il doit donc surveiller avec vigilance l'apparition éventuelle de signes et symptômes de la COVID-19, comme des épisodes de délire que les personnes atteintes de démence sont plus sujettes à présenter en cas de développement d'une infection.

Visiteurs

Dans le présent document, le terme de visiteur d'un ESLD s'entend de toute personne qui n'est ni un employé ni un résident de l'établissement ; il comprend :

- les membres de la famille, les proches ou les personnes désignées par le résident ;
- les personnes dispensant des services cliniques non fournis par l'ESLD (par exemple la physiothérapie) ;
- les personnes dispensant des soins informels (éventuellement à titre gracieux) ;

- les personnes fournissant des services pour le bien-être des résidents (par exemple de l'art-thérapie, des musiciens, des coiffeurs, des services religieux).

Dans les phases initiales de la pandémie de COVID-19, les politiques et orientations nationales, dont la précédente version du présent document, recommandaient pour la plupart aux ESLD d'éviter ou de limiter autant que possible les visites. C'était pour tenir compte du risque accru d'infection par le SARS-CoV-2, de la fréquence élevée des tableaux cliniques sévères, des complications graves et de la plus forte mortalité chez les personnes âgées.

Toutefois, on reconnaît en général que les visites des membres de la famille ou des proches sont essentielles pour le bien-être des résidents et qu'elles contribuent sensiblement aux soins en permettant des interactions sociales, un engagement et des activités. De plus, les enseignements tirés de l'application des orientations et les données qui voient le jour ont montré que la cessation des visites a eu un impact négatif significatif sur le bien-être des résidents des ESLD comme de leurs familles, ainsi que des conséquences sur la santé mentale. En cas de démence en particulier, l'incompréhension du motif de l'arrêt des visites peut générer une souffrance supplémentaire. Il est également reconnu que la compassion dans le domaine de la santé et du bien-être est cruciale pour la prestation de soins de qualité, dont le maintien des services essentiels dans le contexte de la COVID-19. Enfin, les restrictions de l'accès des visiteurs aux ESLD ont aussi entraîné l'arrêt de certaines activités médicales et sociales importantes de soins.

Le Groupe d'élaboration des recommandations pour la lutte anti-infectieuse a donc reconnu à l'unanimité qu'il fallait déterminer et fournir des critères et des considérations pour une politique sûre concernant les visites aux résidents des ESLD pour des raisons personnelles, sociales ou médicales. Il a aussi décidé à l'unanimité que, si l'on démontrait l'application efficace d'une telle politique, les visiteurs pouvaient être autorisés dans les ESLD. Condition nécessaire, toute politique ou tout mode opératoire normalisé permettant les visites aux résidents des ESLD doit s'appuyer sur l'existence et l'application permanente d'un programme énergique de lutte anti-infectieuse dans l'établissement, ainsi que sa mise en œuvre efficace dans tous les locaux, en particulier dans les lieux de soins, avec la démonstration de l'efficacité par le suivi d'indicateurs clés de la lutte anti-infectieuse (comme le respect de l'hygiène des mains, la disponibilité et l'usage correct des EPI par les agents de santé, comme par les visiteurs).

Le Groupe a estimé en particulier que la mise en place des mesures qui suivent est essentielle pour la prévention du risque que les visiteurs contribuent à la transmission du SARS-CoV-2 dans les ESLD :

- mesures actives de dépistage et de tests pour les résidents, le personnel et les visiteurs ;
- démonstration que des pratiques adaptées de la lutte anti-infectieuse sont en place dans l'établissement, conformément aux orientations de l'OMS et aux politiques locales ;
- existence d'un plan de gestion des flambées de COVID-19 ;
- point focal pour la lutte anti-infectieuse engagé dans l'ESLD ;
- accès permanent à des EPI suffisants ;

- personnel suffisant disponible pour aider aux interactions entre les résidents et les visiteurs ;
- personne désignée pour instruire les visiteurs et les aider à prendre les précautions de la lutte anti-infectieuse de manière continue ;
- système de surveillance en place pour vérifier le respect des précautions par les visiteurs concernant la lutte anti-infectieuse ;
- accès à la vaccination contre la COVID-19 si elle est disponible.

Pour ce qui est de la surveillance, tous les visiteurs doivent être soumis à une recherche des signes et symptômes d'infection respiratoire aiguë ou d'un risque significatif de COVID-19 (voir ci-dessous), et aucune personne positive à ce dépistage ne doit être autorisée à pénétrer dans les locaux. Un registre de tous les visiteurs autorisés dans l'établissement doit être tenu.

En plus des mesures décrites ci-dessus, il est important de prendre les précautions supplémentaires suivantes.

- L'ESLD doit s'organiser pour permettre aux visiteurs de faire des réservations ou prendre des rendez-vous : il faut éviter les visites à l'improviste.
- Autant que possible, chaque résident doit avoir un seul visiteur régulier.
- Le masque doit être porté tout au long de la visite, y compris autour de l'ESLD et sur le terrain de celui-ci. C'est particulièrement important pour les visiteurs qui sont aussi des aidants. Un EPI supplémentaire sera utilisé si nécessaire en fonction de l'évaluation du risque.
- La distanciation physique d'au moins 1 mètre (entre les visiteurs et les résidents, le personnel et les visiteurs d'autres familles) doit être maintenue en permanence, sauf si le résident reçoit des soins ou qu'un contact physique ou rapproché est nécessaire.
- L'espace dédié aux visites ne doit être utilisé que par un seul résident accompagné de son visiteur à la fois et doit faire l'objet d'un nettoyage et d'une désinfection renforcés entre chaque visite.
- L'espace réservé aux visites doit être bien ventilé.
- Lorsqu'il n'y a qu'un seul accès à cet espace, le résident et le visiteur doivent y entrer séparément pour s'assurer du maintien efficace de la distanciation et de la disposition des sièges.
- On peut utiliser un écran ou un feuillet en plastique transparent entre le résident et le visiteur.
- Autant que faire se peut, les visites se feront à l'extérieur (tout en reconnaissant que pour de nombreux résidents et visiteurs, ce ne sera pas possible en hiver).

Il faut expliquer les risques potentiels des visites autorisées aux résidents qui ont la capacité de les comprendre, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches.

Il est également important de tenir compte de l'épidémiologie locale de la COVID-19. Des restrictions temporaires pourront s'avérer nécessaires dans les zones de transmission communautaire.

Des alternatives aux visites en présentiel pourront être envisagées si nécessaire, comme l'utilisation des téléphones ou de la vidéo. Selon des rapports antérieurs à la pandémie de COVID-19, il y a peu de preuves démontrant que les appels vidéo puissent réduire le sentiment d'isolement et de solitude

chez l'adulte âgé (52). Le personnel, les familles et les résidents peuvent avoir besoin d'une formation sur l'utilisation et la mise en place des conversations à l'aide de la technologie numérique.

Lorsqu'il a été décidé localement de suspendre les visites, on envisagera d'autoriser à titre compassionnel un nombre limité de visiteurs contrôlés, en particulier si le résident est gravement malade et si le visiteur est un proche ou une autre personne requise pour une prise en charge affective. Une décision sera prise au niveau local pour autoriser un visiteur ayant une COVID-19 présumée ou confirmée à voir un membre de sa famille gravement malade, avec des contrôles adaptés.

La décision de suspendre les visites des familles et des proches doit être revue régulièrement, en reconnaissant leur importance pour le bien-être des résidents.

NB : dans certains endroits, la fermeture totale des visites est du ressort des autorités locales.

Personnel

Des effectifs en nombre suffisant et l'organisation du personnel sont des éléments cruciaux pour garantir une lutte anti-infectieuse appropriée et la qualité des soins (29, 30, 53). De plus, les agents de santé devraient être protégés des risques professionnels amplifiés par la pandémie de COVID-19 et une politique du personnel doit être en place, comme le paiement des jours d'arrêt maladie (3, 53). Le recours à du personnel temporaire s'associe à une augmentation du risque d'infection (22, 23). Le regroupement du personnel en cohortes (c'est-à-dire l'organisation du travail de sorte que l'équipe travaille en petits groupes dans une zone de l'ESLD sans contact physique avec les autres membres) peut s'avérer une stratégie efficace pour réduire le plus possible le risque de transmission du SARS-CoV-2 (22).

On réduira le plus possible les mouvements de personnel entre différents ESLD et un système devrait être en place pour enregistrer ces déplacements. Lorsque le personnel doit se déplacer entre plusieurs établissements, il est impératif qu'il soit conscient des risques de propagation de l'infection entre ces établissements et qu'il comprenne les précautions requises pour la lutte anti-infectieuse, y compris au moyen d'une formation adéquate (24). Ce point est très important en rapport avec les agents de santé en visite (y compris ceux qui dispensent des soins qui ne sont pas fournis par l'ESLD, comme la physiothérapie, ou ceux qui assurent d'autres services).

Le recours au personnel temporaire sera limité autant que faire se peut. Si des temporaires sont employés, une formation adéquate à la lutte anti-infectieuse doit être prévue, ce type de personnel ayant été associé selon les rapports à un risque accru d'infection à SARS-CoV-2 dans les ESLD (22, 23).

Identification et prise en charge des infections des agents de santé

La détection précoce et la prise en charge adaptée de l'infection à SARS-CoV-2 chez ceux qui travaillent dans les ESLD, y compris les aidants, sont cruciales pour éviter le risque de transmission aux résidents qui constituent une population à haut risque. L'OMS donne des orientations spécifiques sur la détection précoce par la surveillance syndromique et/ou les tests de laboratoire dans ses orientations provisoires à ce sujet : *Prévention, détection et prise en charge*

des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19 (3). Une stratégie nationale et/ou locale de surveillance et de tests, y compris pour les ESLD, doit être élaborée et mise en œuvre. En résumé, l'OMS conseille de faire une surveillance syndromique des symptômes de la COVID-19 chez les agents de santé avant qu'ils n'entrent sur leur lieu de travail, par le biais de la surveillance passive ou active selon les ressources disponibles, la préférence allant fortement à la surveillance active dans les zones de transmission communautaire ou de foyers épidémiques du SARS-CoV-2. Il faut mettre en place une politique du personnel, avec par exemple le paiement des jours d'arrêt maladie et la possibilité de rester chez soi si l'on ne se sent pas bien, qui garantisse la confidentialité et ne soit pas punitive pour les agents de santé qui deviennent des cas contacts ou sont infectés par le SARS-CoV-2 (53).

Des tests de dépistage des infections à SARS-CoV-2 en laboratoire sont un autre élément nécessaire pour détecter plus précisément la transmission chez les agents de santé (3). Quel que soit le scénario de transmission du SARS-CoV-2, il faut envisager le dépistage systématique pour les agents de santé travaillant dans les ESLD et, au minimum, ils doivent être testés dès l'identification d'un cas positif que ce soit parmi les résidents ou le personnel.

En bref, la stratégie de dépistage doit prévoir :

- de tester les agents de santé symptomatiques ;
- de tester les agents de santé identifiés comme contacts d'un cas de SARS-CoV-2 dans l'ESLD ou la communauté ;
- de tester tous les agents de santé lors de l'identification d'un cas positif de SARS-CoV-2 parmi les résidents comme parmi les membres du personnel ;
- le dépistage systématique des agents de santé, en particulier ceux qui travaillent dans plusieurs établissements, si c'est faisable.

La fréquence des tests dépendra du niveau de transmission dans l'établissement ou la zone environnante, des objectifs de la stratégie de dépistage (surveillance ou lutte contre une flambée), des capacités de l'établissement, de la disponibilité de laboratoires pour faire les tests et des directives nationales et locales. Lors d'une flambée épidémique d'infection à SARS-CoV-2, les tests doivent être faits régulièrement (de tous les 2 à 3 jours à toutes les semaines, selon les ressources et les capacités disponibles) jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun cas de COVID-19 parmi les agents de santé et les résidents dans l'établissement.

On encouragera les agents de santé à signaler, dans un milieu exempt de reproches, les expositions professionnelles comme non professionnelles au SARS-CoV-2. De plus, des politiques et des procédures claires doivent être en place et décrire les étapes à suivre si les agents de santé sont retenus par le dépistage syndromique à l'arrivée ou si des symptômes apparaissent au cours de leur journée de travail. Dans les deux cas, des professionnels de la médecine du travail et/ou de la lutte anti-infectieuse évalueront le risque d'exposition, le classeront en fonction d'un outil standardisé (comme l'outil d'évaluation du risque de l'OMS) (54) et détermineront la gestion adaptée du cas, y compris l'aptitude de l'agent de santé à reprendre le travail.

Tout agent de santé reconnu symptomatique ou donnant un test positif au SARS-CoV-2 doit :

- être isolé immédiatement et arrêter toutes les activités de soins des patients jusqu'à évaluation complète ;
- informer le superviseur qui avertit les services de lutte anti-infectieuse et la médecine du travail ;
- se faire soigner s'il ne se sent pas bien ou si les symptômes s'aggravent en suivant le système de recours approprié.

Les orientations provisoires de l'OMS *Prévention, détection et prise en charge des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19* (3) donnent plus de détails sur la prise en charge des agents de santé exposés ou positifs (avec ou sans symptômes).

Si l'agent de santé doit être isolé, les principes de l'OMS pour mettre fin à l'isolement des patients atteints de COVID-19 (55) doivent être adoptés pour prendre les décisions sur le retour au travail des agents de santé touchés par cette infection. Des considérations supplémentaires pour des sous-groupes spécifiques d'agents de santé et les politiques locales doivent également être prises en compte (3).

Soutien aux agents de santé

Il est essentiel de protéger le personnel du stress. Il convient d'adopter des stratégies pour venir en aide aux membres du personnel signalant des symptômes liés à des problèmes de santé mentale face à la pandémie de COVID-19 ou à un épuisement physique. L'OMS recommande les mesures suivantes.

- Il faut combattre, atténuer ou éliminer les risques liés au stress, y compris en veillant à ce que des mesures de sécurité professionnelle dans le domaine de la lutte anti-infectieuse soient en place pour éviter l'exacerbation du stress.
- Il faut surveiller régulièrement et dans un esprit de soutien le bien-être du personnel et favoriser la création d'un milieu propice à la communication immédiate et aux soins, avec des informations précises.
- Il faut éviter les journées de travail exagérément longues et on veillera au repos et à la récupération, en prenant d'autres dispositions autant que de besoin.
- L'ensemble du personnel doit être formé aux compétences psychosociales de base (56) pour apporter aux résidents et aux collègues des ESLD l'aide nécessaire dans ce domaine.
- On doit mettre à disposition des services confidentiels de santé mentale et d'aide psychosociale, à distance ou sur site, et l'accès à ces services doit être facilité (57).
- D'autres mesures globales pour protéger la santé mentale du personnel participant à la riposte à la flambée épidémique doivent être disponibles (53).
- Certaines précautions de la lutte anti-infectieuse et la distanciation sociale doivent être appliquées par les agents de santé pendant leurs pauses. Elles sont importantes pour éviter la transmission entre eux. Cela vaut également pour les transports pour venir à l'établissement ou en repartir, par exemple en cas de covoiturage.

Reconnaissance précoce, lutte à la source, isolement et soins de la COVID-19 chez les résidents des ESLD

Reconnaissance précoce

Il est essentiel d'identifier rapidement, d'isoler et de soigner les cas de COVID-19 parmi les résidents pour limiter la propagation de la maladie dans les ESLD. La formation du personnel à la reconnaissance des signes et symptômes de la COVID-19, aux définitions de cas les plus récentes et la demande de vigilance face aux infections potentielles à SARS-CoV-2 chez tous les résidents sont des mesures importantes pour l'identification des cas suspects dans les établissements.

Pendant la pandémie, il convient de mettre en place dans tous les ESLD une surveillance prospective de la COVID-19 parmi les résidents, quelle que soit la situation épidémiologique dans la région.

- L'état de santé de tout nouveau résident sera évalué à l'admission, afin de déterminer s'il présente des signes d'affection respiratoire, notamment s'il a de la fièvre (≥ 38 °C), s'il tousse, s'il est essoufflé ou s'il présente d'autres symptômes évocateurs (58).
- Chaque résident sera examiné deux fois par jour pour vérifier l'apparition éventuelle d'une fièvre, d'une toux, d'un essoufflement ou d'autres symptômes évocateurs.
- Les résidents présentant de la fièvre ou des symptômes respiratoires seront signalés immédiatement au point focal pour la lutte anti-infectieuse et au personnel clinique.

Les personnes âgées et celles qui sont immunodéprimées peuvent présenter des symptômes atypiques, tels qu'un état de délire, de la fatigue, une diminution de la vigilance ou de la mobilité, des diarrhées, une perte d'appétit, des chutes et une absence de fièvre (58). Il faudra donc peut-être ajuster les questions de contrôle dans certaines situations en prenant en compte des considérations épidémiologiques.

Bien qu'on ne dispose pas de données spécifiques, le Groupe d'élaboration des recommandations pour la lutte anti-infectieuse a préconisé, dans les zones de transmission communautaire ou de foyers épidémiques, de tester les résidents à leur admission dans l'ESLD, ou à leur réadmission lorsqu'ils viennent d'un autre établissement, lorsque les capacités pour faire ces tests sont disponibles. Ils doivent aussi être mis en quarantaine dans leurs chambres ou séparés des autres résidents, jusqu'à ce qu'on ait le résultat du test. Autrement, s'il n'est pas possible de faire le test, dans les zones de transmission communautaire ou de foyers épidémiques, les résidents peuvent être isolés après leur admission pendant 14 jours dans leur chambre, afin de réduire le plus possible le risque pour les autres pensionnaires de l'établissement. Cette mesure peut ne pas s'appliquer s'ils ont déjà été placés en isolement pendant une période de 14 jours dans un autre milieu mais, même dans ce cas, l'ESLD pourra souhaiter isoler les nouveaux résidents pendant 14 jours supplémentaires. Si de nouveaux résidents sont admis pendant une période d'isolement, ils doivent au minimum compléter celle-ci dans leur chambre.

Lutte à la source, isolement et soins des résidents ayant une COVID-19 présumée ou confirmée

Pour s'assurer de la lutte à la source (prévention de la transmission à partir d'une personne infectée), les mesures qui suivent doivent être prises en cas de présomption ou de diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2 chez un résident.

- Notifier tout cas suspect aux autorités locales et isoler les résidents présentant des symptômes respiratoires.
- Veiller à ce que le résident et toutes les personnes séjournant dans la même chambre portent un masque médical jusqu'à ce que le cas suspect/confirmé soit isolé.
- Dans toute la mesure du possible, isoler rapidement le cas suspect/confirmé de COVID-19 dans une chambre individuelle.
- Si aucune chambre individuelle n'est disponible, envisager de regrouper les cas suspects/confirmés d'infection à SARS-CoV-2 :
 - Les résidents chez lesquels une infection à SARS-CoV-2 est présumée ne doivent être regroupés qu'avec d'autres cas suspects et pas avec des cas confirmés de COVID-19.
 - Les cas suspects ou confirmés de COVID-19 ne doivent pas être regroupés à proximité de résidents immunodéprimés.
- Marquer clairement les chambres concernées à l'entrée par la signalisation des mesures de lutte anti-infectieuse indiquant les précautions contre la transmission par gouttelettes et par contact.
- Les personnes partageant la chambre des cas confirmés de COVID-19 ou les contacts de ces cas doivent être mis en quarantaine dans leurs chambres ou séparés des autres résidents et être surveillés jusqu'à 14 jours après le dernier contact.
- Lorsque c'est possible, désigner le personnel chargé de soigner les cas suspects ou confirmés de COVID-19 parmi les résidents.
- Tenir un registre des membres du personnel entrant dans les chambres de ces résidents.
- Assigner du matériel médical spécifique (par ex. thermomètres, brassards de tensiomètre, oxymètres de pouls) aux résidents présentant une COVID-19 présumée ou confirmée.
- Nettoyer et désinfecter le matériel avant de le réutiliser chez un nouveau patient.
- Restreindre tout échange d'appareils ou objets personnels (appareils mobiles, livres, gadgets électroniques) entre résidents.
- Faire tester les résidents pour l'infection à SARS-CoV-2 conformément aux politiques locales de surveillance si l'établissement est en mesure de prélever sans risque les échantillons biologiques pour les analyses.
- Si un résident est négatif au SARS-CoV-2 mais continue de présenter des symptômes respiratoires, rechercher d'autres infections respiratoires et l'isoler si possible. S'il n'est pas possible d'isoler le résident et s'il partage une chambre avec d'autres personnes, tous doivent porter un masque médical et garder la distanciation physique avec les autres résidents ; on veillera aussi à la ventilation suffisante de la pièce.

- Si un résident est positif au SARS-CoV-2, tous les autres résidents et l'ensemble du personnel de l'ESLD doivent être testés et les personnes identifiées comme contacts doivent être placées en quarantaine (3).
- Notifier rapidement le résident, sa famille ou ses proches et les autorités locales compétentes de la santé publique en cas de test positif au SARS-CoV-2.
- Un professionnel médical procèdera à une évaluation clinique pour établir la gravité de la maladie et envisager le transfert potentiel du résident vers une unité de soins d'urgence (58). La décision de faire le suivi dans l'ESLD ou de transférer le patient dans un autre établissement de santé sera prise au cas par cas.
- Suivre de près les personnes présentant des facteurs de risque de dégradation rapide, comme le grand âge ou des pathologies préexistantes.
- Les employés doivent instaurer les précautions contre la transmission par les contacts et les gouttelettes quand ils dispensent des soins et se tiennent à moins d'un mètre du résident.

Les ESLD doivent se préparer à accepter de nouveaux résidents ou des personnes ayant été hospitalisées pour une infection à SARS-CoV-2 qui sont dans un état stable du point de vue médical et peuvent être transférés. Pour ces transferts, les établissements doivent avoir des protocoles spécifiques acceptés par les autorités sanitaires locales et prendre les mêmes précautions de lutte anti-infectieuse et instaurer les mêmes restrictions que pour les résidents dont l'infection à SARS-CoV-2 a été diagnostiquée dans l'ESLD.

Précautions de lutte anti-infectieuse pour les soins dispensés aux résidents ayant une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée

L'OMS donne des orientations spécifiques pour la lutte anti-infectieuse dans les établissements de soins lors de la prise en charge des cas suspects ou confirmés de COVID-19 (1). Un résumé des principales mesures est présenté ici.

EPI

L'utilisation rationnelle et correcte des EPI est une mesure cruciale pour éviter l'exposition au SARS-CoV-2 et à d'autres agents pathogènes (59). Leur efficacité dépend beaucoup :

- de la formation du personnel sur la manière de mettre et d'enlever les EPI ;
- d'un accès rapide à des réserves suffisantes ;
- du respect des règles d'hygiène des mains ;
- de l'observance des principes de l'utilisation appropriée par les agents de santé ;
- de la surveillance par le point focal chargé de la lutte anti-infectieuse et du retour d'expérience régulier par les utilisateurs.

Les précautions contre la transmission par les contacts et les gouttelettes doivent être mises en œuvre pour dispenser les soins ordinaires aux résidents ayant une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée. Elles comportent l'utilisation des EPI suivants : masque médical, gants, blouses et protection oculaire (lunettes de protection ou écran facial).

Pour les soins à un résident ayant une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée et subissant toute intervention produisant des aérosols, les précautions contre la transmission par les contacts et la transmission aérienne doivent être prises : le masque médical doit être remplacé par un masque de

protection respiratoire de type N95, FFP2 ou FFP3 ou équivalent. NB : l'usage correct des masques de protection respiratoire N95 impose de pratiquer des essais réguliers d'ajustement par les employés. (1).

Les points qui suivent requièrent une attention toute particulière :

- Les EPI doivent être mis et enlevés prudemment en respectant les procédures recommandées pour éviter l'auto-contamination.
- Les règles de l'hygiène des mains doivent toujours être appliquées avant de mettre et après avoir enlevé l'EPI, conformément aux [cinq indications de l'OMS pour l'hygiène des mains](#) (33, 34).
- Les agents de santé doivent mettre l'EPI juste avant d'entrer dans la chambre d'un cas de COVID-19, l'enlever juste après avoir quitté la pièce et en disposer comme il convient.

Les agents de nettoyage et ceux qui manipulent le linge de lit, les vêtements et les tissus souillés doivent porter un EPI adapté : masques, gants, blouse à manche longue, lunettes de protection ou écran facial, ainsi que des bottes ou des chaussures fermées. Ils doivent respecter les règles de l'hygiène des mains avant de mettre et après avoir enlevé l'EPI, conformément aux [cinq indications de l'OMS pour l'hygiène des mains](#) (33, 34).

Nettoyage et désinfection de l'environnement

L'OMS donne des orientations spécifiques sur le nettoyage et la désinfection dans le cadre de la COVID-19 (60). Le nettoyage aide à éliminer les agents pathogènes ou à en réduire sensiblement la charge sur les surfaces contaminées et constitue l'une des premières mesures essentielles de tout processus de désinfection. On procède au nettoyage avec un détergent (préparé dans le commerce) ou au savon et à l'eau en allant des zones les moins souillées (les plus propres) à celles qui sont les plus souillées (les plus sales) et en descendant à partir des niveaux les plus élevés. Il sera suivi par l'application d'un désinfectant chloré dont l'efficacité contre le SARS-CoV-2 a été évaluée (61).

Pour le SARS-CoV-2, l'OMS préconise d'utiliser soit l'hypochlorite de sodium à 0,1 % (1000 ppm), soit l'éthanol à 70–90 %, soit le peroxyde d'hydrogène $\geq 0,5$ % en laissant en contact au moins une minute. Pour les déversements importants (plus de 10 mL environ) de sang ou d'autres liquides corporels, l'hypochlorite de sodium à une concentration de 0,5 % (5000 ppm) est recommandé. Une fois le temps de contact suffisant écoulé, les restes de désinfectant peuvent être rincés à l'eau si nécessaire. D'autres produits désinfectants peuvent être disponibles et avoir été évalués localement, mais il faut respecter le temps de contact conseillé par le fabricant si l'on retient ces produits. Il ne faut pas mélanger des types différents de désinfectants, car cela peut entraîner la production de gaz toxiques (62). Les orientations de l'OMS sur le nettoyage et la désinfection des surfaces environnementales dans le cadre de la COVID-19 (60) donnent les instructions pour obtenir les dilutions correctes des désinfectants et des informations sur les effets indésirables de leur utilisation, notamment pour l'hypochlorite de sodium.

Toutes les surfaces horizontales et celles fréquemment touchées (comme les interrupteurs, les poignées de porte, les barrières de lit, les tables de chevet et les téléphones), de même que les salles de bain, devraient être nettoyées au moins deux fois par jour et à chaque fois qu'elles sont souillées.

Des chiffons propres doivent être utilisés au début de chaque séance de nettoyage. Dans les zones considérées comme à haut risque de contamination par le SARS-CoV-2, un nouveau chiffon sera utilisé pour nettoyer chaque chambre de résident. Les chiffons sales doivent être retraités après chaque utilisation.

Le matériel de nettoyage (comme les seaux) doit être bien entretenu. Le matériel utilisé pour les zones d'isolement des résidents ayant une infection à SARS-CoV-2 doit être codé par couleur et séparé des autres articles de nettoyage.

Il est important que le personnel de nettoyage soit formé à tous les aspects de cette activité, notamment la préparation sans risque des désinfectants et l'utilisation correcte des EPI pour se protéger des éventuelles expositions au SARS-CoV-2 et aux produits chimiques.

Gestion des déchets

Les déchets produits lors des soins dispensés aux résidents ayant une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée sont considérés comme infectieux et doivent être collectés en toute sécurité dans des conteneurs doublés et des boîtes à objets perforants clairement identifiés (36).

Pour gérer les déchets médicaux en toute sécurité, les établissements doivent :

- attribuer les responsabilités et disposer des ressources humaines et matérielles suffisantes pour trier et éliminer les déchets ;
- traiter les déchets, de préférence sur site si un espace dédié est disponible, puis les éliminer en toute sécurité (si les déchets sont emmenés hors du site, il est essentiel de savoir où et comment ils seront traités et éliminés) ;
- veiller à ce que le personnel utilise des EPI adaptés (bottes, blouses à manches longues, gants résistants, masques, lunettes de protection ou écran facial) pendant qu'ils s'occupent des déchets infectieux et appliquent les règles d'hygiène des mains après avoir enlevé l'EPI ;
- se préparer à une augmentation du volume des déchets infectieux s'il y a une flambée épidémique de SARS-CoV-2 dans l'ESLD, en particulier du fait de l'utilisation des EPI.

Blanchisserie

Le linge souillé des résidents ayant une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée doit être placé dans des sacs ou des conteneurs étanches clairement étiquetés après en avoir soigneusement retiré les excréta solides, qui seront mis dans un seau couvert, puis jetés dans les toilettes ou les latrines (36).

Il est recommandé de laver le linge en machine à l'eau chaude, entre 60 et 90°C, et à la lessive. Le linge peut ensuite être séché selon les procédures habituelles.

Si le lavage en machine n'est pas possible, le linge peut être mis à tremper dans l'eau chaude et du savon dans une grande cuve, en le remuant avec un bâton tout en faisant attention de ne pas faire d'éclaboussures. La cuve est ensuite vidée et le linge trempé dans une solution chlorée à 0,05 % (500 ppm) pendant 30 minutes environ. Enfin, le linge est rincé à l'eau propre et étendu au soleil jusqu'à ce qu'il soit complètement sec (60).

Restrictions des mouvements/ transports

Si un résident a une infection à SARS-CoV-2 présumée ou confirmée, l'ESLD doit veiller à la mise en place et au respect des mesures suivantes.

- Les cas confirmés ne doivent pas quitter leur chambre pendant la période d'isolement, sauf si c'est nécessaire pour des raisons médicales.
- Les mouvements ou le transport des résidents sont limités aux tests essentiels pour le diagnostic et le traitement.
- Il faut éviter les transferts vers d'autres établissements (sauf indication médicale).
- Si un transport est nécessaire, le service de transport et le personnel de la zone ou de l'établissement de réception doivent être avisés des précautions requises pour le résident transporté. On veillera à ce que les résidents qui quittent leur chambre pour des raisons strictement nécessaires portent un masque et respectent les règles d'hygiène respiratoire. Le personnel chargé du transport doit porter un masque médical, avoir une solution ou un gel hydroalcoolique et utiliser un EPI en fonction des activités réalisées (59).

Levée des précautions d'isolement

Les précautions pour éviter la transmission par les contacts et les gouttelettes ne seront levées qu'après la disparition des signes cliniques et des symptômes, ou après que le nombre suffisant de jours se soit écoulé depuis un test positif (essai moléculaire) pratiqué sur un échantillon des voies respiratoires supérieures. Pour les résidents ayant des symptômes, ces précautions supplémentaires peuvent être levées 10 jours après l'apparition des symptômes et trois jours consécutifs supplémentaires sans fièvre ni symptômes respiratoires. Pour les résidents asymptomatiques, l'isolement peut être levé 10 jours après la date du test positif initial (55).

Les précautions standard continuent de s'appliquer en permanence pour les soins de tous les résidents.

Soins à apporter aux défunts

La dignité des défunts, leurs traditions culturelles et religieuses, ainsi que leur famille doivent être respectées et protégées tout au long de la prise en charge après le décès (63).

La sécurité et le bien-être de ceux qui s'occupent des dépouilles sont essentiels ; les agents de santé doivent procéder à une évaluation préliminaire et étudier les risques avant d'entreprendre toute activité liée à la prise en charge du corps d'un cas suspect ou confirmé de COVID-19 et suivre les orientations de l'OMS sur la conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la COVID-19 (63).

Lors des procédures de prise en charge des corps, les agents de santé doivent :

- appliquer les règles d'hygiène des mains avant de manipuler la dépouille et après s'en être occupé ;
- utiliser un EPI adapté sur la base du niveau des interactions avec la dépouille et de l'évaluation du risque (par exemple, l'utilisation d'une protection oculaire et de masques médicaux en plus des gants et de blouses ou tabliers étanches, s'il y a un risque de fuites de liquides biologiques pendant la manipulation du corps) ;

- s'assurer que tout liquide biologique s'échappant des orifices soit contenu ;
- couvrir le corps d'un tissu avant de le transférer vers la chambre mortuaire ;
- ne pas entreprendre d'autres activités pendant la manipulation ou la préparation du corps ;
- désinfecter tout le matériel réutilisable utilisé pour la manipulation du corps conformément aux orientations de l'OMS sur le nettoyage et la désinfection dans le contexte de la COVID-19.

Les housses mortuaires ne sont pas nécessaires pour les défunts de la COVID-19, mais elles peuvent être utilisées pour d'autres raisons comme l'écoulement excessif de liquides biologiques ou l'absence de morgue réfrigérée, en particulier dans les pays au climat chaud. Si plus de 24 heures se sont écoulées depuis le décès de la personne, ou si l'inhumation/la crémation n'est pas prévue dans les 24 à 48 heures suivantes, on peut utiliser une seconde housse mortuaire.

Références

1. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des cas suspects ou confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19) : Orientations provisoires, 29 juin 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333153/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4-fre.pdf>, consulté le 3 décembre 2020).
2. Port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires, 1^{er} décembre 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337984/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.5-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).
3. Prévention, identification et prise en charge des infections chez les agents de santé dans le contexte de la COVID-19 : Orientations provisoires, 31 octobre 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336563/WHO-2019-nCoV-HW_infection-2020.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 3 décembre 2020).
4. Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : Note d'orientation, 24 juillet 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333843/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).
5. Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée : Annexe pour le Web. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334183/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-Web_Annex-2020.1-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).
6. Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2006 (<https://www.who.int/whr/2006/fr/>, consulté le 4 janvier 2021).
7. Classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique (CITI), révision 4, section Q : santé et action sociale. New York : Nations Unies ; 2008 (https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Download/In%20Text/ISIC_Rev_4_publication_French.pdf consulté le 4 janvier 2021).
8. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Newport: Office for National Statistics; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandinclusing20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20\(86%20death\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandinclusing20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20females%20(86%20death)), consulté le 21 juin 2020).
9. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T et al. Facility-wide testing for SARS-CoV-2 in nursing homes – seven U.S. jurisdictions, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1095–9.
10. Gmehlin CG, Munoz-Price LS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities: a review of epidemiology, clinical presentations, and containment interventions. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 2020:1–6.
11. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. Stockholm : European Centre for Disease Prevention and Control ; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>, consulté le 3 décembre 2020).
12. Gallichotte EN, Quicke KM, Sexton NR, Fitzmeyer E, Young MC, Janich AJ et al. Longitudinal surveillance for SARS-CoV-2 among staff in six Colorado long-term care facilities: epidemiologic, virologic and sequence analysis. *medRxiv.* 2020:2020.06.08.20125989.
13. Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Investigation of SARS-CoV-2 outbreaks in six care homes in London, April 2020. *EClinicalMedicine.* 2020;26:100533.
14. Mas Romero M, Avendano Cespedes A, Tabernero Sahuquillo MT, Cortes Zamora EB, Gomez Ballesteros C, Sanchez-Flor Alfaro V et al. COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain: many lessons to learn. *PLoS One.* 2020;15(10):e0241030.
15. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteau M et al. The impact of COVID-19 pandemic on long-term care facilities worldwide: an overview on international issues. *Biomed Res Int.* 2020;2020:8870249.
16. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. In: LTC Covid [website]. London: International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, consulté le 4 janvier 2021).
17. O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature.* 2020 (<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>, consulté le 4 janvier 2021).
18. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(6):669–77.

19. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(12):1123–38.
20. Rios P, Radhakrishnan A, Williams C, Ramkissoon N, Pham B, Cormack GV et al. Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review. *Syst Rev.* 2020;9(1):218.
21. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005–11.
22. Rolland Y, Lacoste MH, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H et al. Guidance for the prevention of the COVID-19 epidemic in long-term care facilities: a short-term prospective study. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(8):812–6.
23. Shallcross L, Burke D, Stat OAC, Donaldson A, Hallatt G, Hayward A et al. Risk factors associated with SARS-CoV-2 infection and outbreaks in long term care facilities in England: a national survey. *medRxiv.* 2020:2020.10.02.20205591.
24. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Wiggins-Benn S, McCloud M, Holland DP et al. Assessment of infection prevention and control protocols, procedures, and implementation in response to the COVID-19 pandemic in twenty-three long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.08.13.20174466.
25. Telford CT, Onwubiko U, Holland D, Turner K, Prieto J, Smith S et al. Mass screening for sars-cov-2 infection among residents and staff in twenty-eight long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.07.01.20144162.
26. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B et al. Coronavirus disease 2019 outcomes in French nursing homes that implemented staff confinement with residents. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2017533.
27. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the right balance: an evidence-informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(10):1365–70.e7.
28. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science.* 2020;368(6490):489–93.
29. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
30. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
31. Prévention et contrôle des infections (PCI) pour le virus de la COVID-19 [cours en ligne]. Dans : Organisation mondiale de la Santé [site web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://openwho.org/courses/COVID-19-IPC-FR>, consulté le 22 décembre 2020).
32. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/hand-hygiene-2009/en/>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
33. Les cinq indications à l'hygiène des mains. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (https://www.who.int/docs/default-source/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf?sfvrsn=83e2fb0e_2, consulté le 3 janvier 2021).
34. Your 5 moments for hand hygiene: health care in a residential home. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://www.who.int/gpsc/5may/residential-care.pdf?ua=1>, en anglais, consulté le 3 janvier 2021).
35. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “my five moments for hand hygiene” approach. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78060>, en anglais, consulté le 15 Décembre 2020).
36. OMS et UNICEF. Eau, assainissement, hygiène et gestion des déchets en rapport avec le SARS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19 : Orientations provisoires, 29 juillet 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334037/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.4-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).
37. How to implement seasonal influenza vaccination of health workers. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/immunization/research/development/health_worker_influenza_immunization/en/, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
38. Note de synthèse de l'OMS concernant les vaccins antigrippaux – novembre 2012. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2012;87(47):461–76.
39. Recommandations du SAGE de l'OMS pour la vaccination contre la grippe saisonnière pendant la pandémie de COVID-19. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 95(45):539–43 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336260>, consulté le 4 janvier 2021).
40. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-IPC-2020.1, en anglais, consulté le 4 décembre 2020).
41. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic : interim guidance, 20 octobre 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336255>, en anglais, consulté le 3 janvier 2021).
42. WHO & UNICEF. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance, 16 novembre 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).

43. Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H et al. Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *J Infect Dev Ctries.* 2020;14(4):328–31.
44. Gillis K, Lahaye H, Dom S, Lips D, Arnouts H, Van Bogaert P. A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *Int J Older People Nurs.* 2019;14(4):e12269.
45. 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 22 décembre 2020).
46. Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update
10 November 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>, consulté le 4 janvier 2021).
47. Considérations liées à la santé mentale et au soutien psychosocial pendant la pandémie de COVID-19. 18 mars 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>, consulté le 3 décembre 2020).
48. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(7):1189–94.
49. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: definition, treatment, and future directions. *Front Psychiatry.* 2020;11:579842.
50. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970>, en anglais, consulté le 4 décembre 2020).
51. Risk reduction of cognitive decline and dementia : WHO guidelines. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>, en anglais, consulté le 4 décembre 2020).
52. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5:CD013632.
53. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response : interim guidance, 3 décembre 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
54. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 mars 2020. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, en anglais, consulté le 3 décembre 2020).
55. Critères pour lever l'isolement des patients atteints de COVID-19 : Document d'information scientifique, 17 juin 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332931/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Discharge_From_Isolation-2020.1-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).
56. Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Genève: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-basic-psychosocial-skills-a-guide-for-covid-19-responders>, en anglais, consulté le 4 décembre 2020).
57. IASC guidance on operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19 pandemic. Genève: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, en anglais, consulté le 22 décembre 2020).
58. Prise en charge clinique de la COVID-19 : Orientations provisoires, 27 mai 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332437/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-fre.pdf>, consulté le 4 décembre 2020).
59. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 23 décembre 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages), en anglais, consulté le 3 janvier 2020).
60. Nettoyage et désinfection des surfaces environnementales dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires, 15 mai 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332167/WHO-2019-nCoV-Disinfection-2020.1-fre.pdf>, consulté le 22 décembre 2020).
61. List N: disinfectants for Coronavirus (COVID-19). In: EPA [website]. Washington DC: United States Environmental Protection Agency; 2020 (<https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-coronavirus-covid-19>, consulté le 22 décembre 2020).
62. Recommendations on Chemical Safety for Cleaning and Disinfection Supplies, 11 mai 2020. Washington DC: Organisation panaméricaine de la Santé ; 2020 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52190/PAHOCDECECOVID-19200027_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, en anglais consulté le 22 décembre 2020).
63. Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la COVID-19 : Orientations provisoires, 4 septembre 2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334320/WHO-2019-nCoV-IPC_DBMgmt-2020.2-fre.pdf, consulté le 3 décembre 2020).

Remerciements

Le présent document a été élaboré en concertation avec les membres suivants :

- 1) Du Groupe spécial d'élaboration des recommandations pour la lutte anti-infectieuse contre la COVID-19 du Programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS (par ordre alphabétique) :

Jameela Alsalman, Ministère de la Santé (Bahreïn) ; Anucha Apisarnthanarak, Thammasat University Hospital (Thaïlande) ; Baba Aye, Public Services International (France) ; Gregory Built, UNICEF (États-Unis d'Amérique) ; Roger Chou, Oregon Health Science University (États-Unis d'Amérique) ; May Chu, Colorado School of Public Health, (États-Unis d'Amérique) ; John Conly, Alberta Health Services (Canada) ; Barry Cookson, University College London (Royaume-Uni) ; Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust (Royaume-Uni) ; Dale Fisher, National University of Singapore & GOARN ; Tiouiri Hanene, CHU La Rabta Tunis (Tunisie) ; Joost Hopman, Radboud University Medical Center (Pays-Bas) ; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research (Bangladesh) ; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital (Sri Lanka) ; Seto Wing Hong, School of Public Health, RAS de Hong Kong (République populaire de Chine) ; Souha Kanj, American University of Beirut Medical Center (Liban) ; Daniele Lantagne, Tufts University (États-Unis d'Amérique) ; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique) ; Anna Levin, University of São Paulo (Brésil) ; Yuguo, Li, School of Public Health, RAS de Hong Kong (République populaire de Chine) ; Ling Moi Lin, Sing Health (Singapour) ; Caline Mattar, World Health Professions Alliance (États-Unis d'Amérique) ; Mary-Louise McLaws, University of New South Wales (Australie) ; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control (Inde) ; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, (Afrique du Sud) ; Ziad Memish, Ministère de la Santé (Arabie saoudite) ; Babacar Ndoeye, Infection Control Africa Network (Sénégal) ; Fernando Otaiza, Ministère de la Santé (Chili) ; Diamantis Plachouras, Centre européen de prévention et de

contrôle des maladies (Suède) ; Maria Clara Padoveze, School of Nursing, University of São Paulo, (Brésil) ; Mathias Pletz, Jena University (Allemagne) ; Marina Salvadori, Agence de la santé publique du Canada, (Canada) ; Ingrid Schoeman, TB Proof ; Mitchell Schwaber, Ministère de la Santé (Israël) ; Nandini Shetty, Public Health England (Royaume-Uni) ; Mark Sobsey, University of North Carolina (États-Unis d'Amérique) ; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital (Singapour) ; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis (Pays-Bas) ; Walter Zingg, Université de Zurich (Suisse) ;

- 2) Du groupe collégial externe d'examen : Liat Ayalon, Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Bar Ilan University (Israël) ; Leon Geffen, Samson Institute for Ageing Research (Afrique du Sud) ; Peter Lloyd-Sherlock, School of International Development, University of East Anglia (Royaume-Uni) ; Terry Lum, University of Hong Kong (République populaire de Chine) ; Reshma A Merchant, Fédération internationale du vieillissement ; Colin Milner, International Council on Active Aging ; Saniya Sabzwari, Aga Khan University (Pakistan) ;

- 3) les observateurs de l'UNICEF : Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu.

OMS :

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Catherine Bertrand-Ferrandis, Sylvie Briand, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Shalini Desai, Sergey Eremin, Luca Fontana, Dennis Falzon, Nathan Ford, Carole Fry, Nina Gobat, Rebecca Grant, Tom Grein, Zee A Han, Fahmy Hanna, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Catherine Kane, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Aiysha Malik, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Katrin Seehr, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Howard Sobel, Valeska Stempliuk, Yuka Sumi, Maha Talaat Ismail, Jotheeswaran Thiagarajan, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Adriana Velazquez, Susan Annemarie Wang, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed.

L'OMS continue de suivre attentivement la situation au cas où des changements affecteraient les présentes orientations provisoires. Si certains facteurs devaient évoluer, elle publierait une nouvelle mise à jour. Dans le cas contraire, ces orientations provisoires expireront 12 mois après la date de leur publication.

© Organisation mondiale de la Santé 2021. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2021.1](https://www.who.int/publications/m/item/WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2021.1)