



ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'HEBERGEMENT OU DE LOGEMENT ADAPTE ACCUEILLANT DES PERSONNES SANS DOMICILE, Y COMPRIS DEMANDEURS D'ASILE OU REFUGIES

ADAPTATION DES MESURES DE PROTECTION FACE A LA PROPAGATION DE NOUVELLES VARIANTES DU SARS-COV-2¹

Ce protocole actualise, consolide et remplace les deux fiches ci-après en date du 6 novembre 2020 :

- La fiche d'informations et recommandations à destination des personnels des établissements et services accueillant des personnes sans domicile y compris les personnes en parcours d'asile ;
- La fiche sur la mise en place dans un centre d'hébergement collectif d'un espace dédié à l'accueil de personnes COVID-19 sans signes de gravité, à destination des gestionnaires de structures d'hébergement ou de logement adapté (y compris demandes d'asile et réfugiés).

1. ETABLISSEMENTS CONCERNES ET DEMARCHE D'ENSEMBLE

Les recommandations suivantes s'appliquent aux **structures collectives** : centres d'hébergement généralistes (hébergement hors CHRS, CHRS) et centres d'hébergement pour demandeurs d'asile et bénéficiaires de la protection internationale (CAES, HUDA, AT-SA, PRADHA, CAO, CADA, CPH), pensions de famille, résidences sociales, résidences hôtelières à vocation sociale (RHVS) et Foyers de Travailleurs Migrants (FTM, transformés ou pas en résidences sociales).

Les structures en « diffus » où les personnes sont hébergées en appartements doivent appliquer les recommandations destinées à la population générale.

L'application des mesures doit tenir compte de la fragilité de la plupart des résidents des structures d'hébergement ou des logements adaptés en raison de leur parcours d'errance et des conditions de vie précaires rencontrées dans la rue.

De nouvelles variantes du SARS-Cov-2, en provenance de divers pays étrangers, ont été détectées et circulent désormais activement sur le territoire français. Certaines d'entre elles se caractérisent par une transmissibilité plus importante et sont susceptibles de contribuer à une intensification de la circulation du virus.

¹ Les mentions en bleu sont nouvelles.



Dans ce contexte et à la suite de l'avis des 18-20 janvier 2021 du Haut conseil de la santé publique (HCSP), les exigences ont été accrues en termes de mesures barrières afin de limiter la propagation de ces variantes : la règle de distanciation physique entre deux personnes est étendue de 1 mètre à 2 mètres ; le port du masque est recentré sur les masques grand public en tissu de catégorie 1 (à l'exclusion désormais de ceux de catégorie 2) et les masques médicaux. Le port du masque est systématique en milieu clos et en extérieur, a fortiori lorsque la distanciation physique de 2 mètres ne peut pas être respectée. Le HCSP recommande également une aération plus fréquente des locaux.

Pour permettre aux structures de continuer à assurer l'accueil de leurs publics, il est nécessaire :

- de renforcer les mesures de protection en cohérence avec les nouvelles mesures barrières ;
- de veiller à leur application rigoureuse par les résidents et les membres du personnel (en particulier lors des temps de pause et des repas) ;
- d'adapter, dans la mesure du possible, les modalités de fonctionnement et en répartissant au moins les résidents stables sur plusieurs jours au sein de « groupes sociaux » appelés à partager les mêmes lieux de vie au sein de l'établissement (dont la chambre collective et les modalités de restauration). La pratique régulière de tests antigéniques de dépistage peut éclairer la constitution de ces groupes.

Ces consignes évolueront en fonction de la situation épidémique, de la réglementation de l'état d'urgence sanitaire et de l'évolution de la campagne de vaccination contre la COVID-19.

2. CONFORTER L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE POUR PRENDRE PLEINEMENT EN COMPTE LE RISQUE INFECTIEUX

2.1. S'assurer de la capacité de pilotage, d'action et d'information

- **Désigner un référent Covid-19** - responsable en situation de crise. La fonction de référent Covid-19 peut être assurée par le directeur du centre d'hébergement
- **Identifier un médecin référent** qui pourra intervenir si un résident ou un membre du personnel déclare des symptômes évocateurs du covid-19. Définir le **processus d'appel au médecin référent** pour les malades covid-19 non graves et au Centre 15 pour les urgences. Se renseigner, en cas d'indisponibilité du médecin référent, sur l'existence d'une équipe sanitaire mobile auprès de l'agence régionale de santé
- Mettre à jour le **protocole de portage de repas ou de paniers repas et de nettoyage et désinfection** ; en cas de survenue d'une infection ou d'accueil d'un résident contaminé dans la structure, privilégier tout ce qui est jetable (draps jetables, serviettes, etc.)
- **Mettre à jour et activer si besoin le plan de continuité de l'activité** (PCA) de la structure, définissant les modalités de travail et les procédures à mettre en place pour continuer l'activité en mode dégradé en prenant en compte le volet organisationnel et le volet prévention (cf. fiche DGCS sur la grille de questionnement pour les responsables de structure pour organiser une continuité de l'activité en mode dégradé)



- Rassembler le présent protocole, le PCA de la structure et les fiches réflexes élaborées par la structure dans un **classeur de permanence** où les décisions et principales actions seront tracées
- **Sensibiliser régulièrement les personnels, professionnels et bénévoles, à la gestion de crise notamment à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas suspects, confirmés ou contacts.**
- **Prévoir l'affichage de messages clairs multilingues, avec infographies de préférence, dans les différents lieux de passage** (hall d'entrée, couloirs, espaces de restauration...) des mesures barrière à respecter (lavage des mains fréquent, hygiène de base des voies respiratoires, éviter les contacts physiques non indispensables, aération régulière des pièces)².
- **Une information en présentiel à destination des personnes accueillies** (explications sur l'application des mesures barrières, utilisation des masques...) peut également être organisée, par petits groupes et dans le respect des consignes sanitaires. Le conseil de la vie sociale (CVS), dans les établissements où il est mis en place, doit également être informé.

2.2. Identifier les possibilités d'aménagement des locaux

- En l'absence de chambres individuelles, **identifier une pièce**, bien aérée, dans laquelle une personne pourra être isolée en cas de survenue de symptômes. La personne doit pouvoir y être installée confortablement pendant plusieurs heures, le temps de l'intervention de l'équipe sanitaire ou du médecin référent
- **Pré-identifier un secteur** ou un ensemble de locaux à **dédier à la quarantaine des cas contacts**
- **Pré-identifier un secteur** ou un ensemble de locaux, distinct du précédent, qui pourrait être **dédié à l'accueil de plusieurs résidents cas confirmés Covid-19** dans le cas où l'épidémie s'intensifie ; en l'absence de possibilité, les résidents cas confirmés devront être orientés vers un CHS Covid-19 ou le Centre 15

3. RENFORCEMENT DES MESURES BARRIERES ET D'HYGIENE AU SEIN DE LA STRUCTURE

L'ensemble des gestes barrières et d'hygiène doivent être strictement appliqués. Une vigilance renforcée devra être portée par l'ensemble des professionnels à ces nouvelles recommandations, qui devront être strictement respectées à tout instant, y compris lors des transmissions, réunions, pauses, repas ou encore au sein des vestiaires.

² Outils de prévention destinés aux professionnels et au grand public (gestes barrières, utilisation des masques) régulièrement mis à jour sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-outils-de-prevention-destines-aux-professionnels-de-sante-et-au-grand-public>.



3.1. Règle de distanciation physique de 2 mètres entre deux personnes

La distanciation physique au sein de la structure doit dorénavant être de **2 mètres (au lieu de 1 mètre) entre deux personnes en milieu clos et en extérieur**, sauf organisations, caractéristiques ou contraintes particulières. Lorsque cette distanciation ne peut pas être respectée, la structure met en place des mesures de compensation adaptées. Cette compensation repose non seulement sur le port systématique du masque (cf. décret d'état d'urgence sanitaire du 29 octobre 2020 modifié³ et 3.2 infra) mais aussi, plus largement, sur le respect de l'ensemble des mesures prévues par le présent protocole.

Le port du masque ne dispense pas du respect de la distanciation physique. Lorsque celle-ci ne peut être garantie, le port du masque doit être systématique.

3.2. Masques : catégories autorisées, règles de port et approvisionnement

Le Haut conseil de la santé publique recommande fortement, dans son avis du 18-20 janvier 2021, à **toute personne en milieu clos ou confiné**, si possible dès l'âge de 6 ans de :

- porter un **masque grand public en tissu de catégorie 1** respectant les préconisations de l'AFNOR, dès l'âge de 6 ans si possible ;
- **substituer aux masques de catégorie 2 et aux masques de fabrication artisanale, des masques grand public de catégorie 1**, en raison de leur meilleur pouvoir filtrant ;
- **porter absolument le masque sur le visage couvrant le nez, la bouche et le menton** pour être efficace. Il n'est plus acceptable en cette période de porter un masque sous le menton.

Ces prescriptions doivent être scrupuleusement respectées au sein de la structure, d'autant qu'elle constitue un établissement recevant du public (ERP) où le port du masque est obligatoire en vertu de la réglementation de l'état d'urgence sanitaire (décret du 29 octobre 2020 modifié).

Le port du masque, pour le personnel et les résidents, est :

- **obligatoire dans les parties communes ;**
- **obligatoire lors des entretiens sociaux** en complément des règles de distanciation physique et des gestes barrière ;
- **fortement conseillé dans les chambres partagées, dans les espaces clos et extérieurs, à l'exception des temps de repas, de repos et de toilette ;**
- **non obligatoire uniquement pour les personnes seules en chambres individuelles.**

Il convient de veiller à la distribution de masques grand public en nombre suffisant pour les personnels non soignants et les résidents. Il appartient aux gestionnaires de structures d'hébergement de disposer d'un stock de 10 semaines de masques, pour l'équipement de leurs salariés et résidents. Les résidents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME) reçoivent par la Poste des masques grand public en tissu fournis par l'assurance maladie.

³ « En l'absence de port du masque, et sans préjudice des règles qui le rendent obligatoire, la distanciation mentionnée au I [distanciation physique entre deux personnes] est portée à deux mètres » (article 1^{er}, III du décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire).



3.3. Adaptation du fonctionnement

Les structures (CHRS, hébergement d'urgence...) et les foyers et résidences sociales restant ouvertes parce qu'indispensables devront veiller à se réorganiser pour éviter la promiscuité entre un trop grand nombre de personnes et adapter leurs activités pour réduire les temps de contacts :

- **Réorganiser les pièces** (ex : retrait d'une chaise sur deux...) et afficher sur la porte la capacité maximale d'accueil, en prévoyant une distance de 2 mètres entre chaque personne.
- **Configurer les chambres collectives** pour permettre une distance de 1 m entre chaque lit, lits installés tête bêche de préférence. Si les locaux de la structure le permettent, en maintenant sa capacité d'accueil, cette distance sera portée à 2 mètres.
- **Réorganiser les activités** et les espaces afin de respecter la règle de distanciation physique.
- **Adapter autant que possible les circulations** au sein des différents espaces de la structure en évitant le croisement ou le regroupement des personnes (avec si possible l'organisation d'un sens de circulation), et de rendre obligatoire le port du masque lors de tout déplacement (professionnels et personnes hébergées).
- **Limiter les visites** à l'intérieur de l'établissement, en s'assurant le cas échéant qu'elles fassent l'objet de mesures de sécurité adaptées.
- **Réorganiser les activités de jour** pour limiter le nombre de personnes dans un même lieu afin de respecter la règle de distanciation physique.
- **Réduire les activités collectives** en privilégiant un nombre limité de 6 personnes maximum avec respect de 2 mètres de distanciation physique et port du masque, et privilégier les activités en extérieur en évitant tout échange de matériel/objet.
- **Prévenir la contamination entre professionnels**, notamment dans les vestiaires (casiers à usage individuel, à nettoyer/désinfecter régulièrement), lors des réunions, des pauses et des transmissions, ainsi que sur le parking et dans les véhicules de service ou privés en co-voiturage
- **Les postes d'accueil** seront réorganisés après échanges avec les équipes en place : plexiglas (ou mise à disposition des visières de protection), marquages au sol, dépôt des courriers/colis dans une corbeille spécifique...
- Lorsque la **réalisation d'entretiens** (par les travailleurs sociaux ou les professionnels de santé) en présentiel est nécessaire :
 - Prévoir une distance d'au moins 2 m avec la personne ; éviter la position face à face en l'absence d'équipements de protection (barrière plexiglas) et porter un masque ;
 - Dans la mesure du possible, éviter la présence d'un tiers (ex : interprétariat par téléphone plutôt que présentiel) et laisser une fenêtre ouverte.



3.4. Aménager les conditions de restauration

- **Appliquer les règles de distanciation physique et de limitation du nombre de convives à table** prévues par la réglementation de l'état d'urgence sanitaire pour la restauration collective⁴ :
 - « Une même table ne peut regrouper que des personnes venant ensemble ou ayant réservé ensemble, dans la limite de 4 personnes » ;
 - « Une distance minimale de 2 mètres est garantie entre les chaises occupées par chaque personne, sauf si une paroi fixe ou amovible assure une séparation physique. Cette règle de distance ne s'applique pas aux groupes, dans la limite de 4 personnes, venant ensemble ou ayant réservé ensemble ».
- **Moduler les horaires des repas dans les espaces de restauration collective** pour éviter les interactions, en respectant la règle de distanciation physique avec notamment une installation en quinconce aux tables et permettre de prendre les repas en chambre lorsque cela est possible (à l'aide de paniers repas). Pour les structures où les chambres sont équipées de cuisines (pensions de famille), les résidents seront vivement incités à éviter l'utilisation des cuisines partagées, qui pourront, à l'appréciation du gestionnaire, être temporairement fermées.

3.5. Renforcer l'application des règles d'hygiène et d'aération

- Prévenir la contamination manu-portée du SARS-CoV-2 : les résidents et les membres du personnel doivent veiller à une stricte observance des règles d'hygiène.
- **Mettre à disposition à l'entrée des parties communes du centre d'hébergement des distributeurs à poussoir de savon** (si présence d'un point d'eau) ou des solutions hydro alcooliques (SHA). Les résidents et les professionnels doivent se laver les mains à l'eau ou au savon ou se les désinfecter régulièrement par une SHA.
- Se moucher dans un mouchoir à usage unique à éliminer immédiatement dans une poubelle à ouverture non manuelle.
- Eviter de se toucher le visage, en particulier le nez, la bouche et les yeux ou de toucher son masque.
- **Nettoyer et désinfecter régulièrement les surfaces et les objets fréquemment touchés, avec un produit virucide⁵** (si possible deux fois par jour, au minimum une fois par jour), par exemple les poignées de porte, interrupteurs, robinets d'eau des toilettes, boutons d'ascenseur, accoudoirs de chaise, tables, rampes d'escalier, toilettes, claviers, téléphones, télécommandes, interrupteurs, tables, bureaux, barrières plexiglas etc. Une attention particulière devra être portée à l'entretien des sanitaires collectifs. L'appui d'un hygiéniste peut être utilement sollicité auprès de l'ARS.
- **Veiller à bien aérer les locaux** (par ouverture en grand de toutes les fenêtres, le plus souvent possible au minimum toutes les heures durant quelques minutes, voire en permanence si les conditions le permettent au moins 15 minutes trois fois par jour) notamment pendant et après les

⁴ Article 40, 2° et 3°, du décret état d'urgence sanitaire précité du 29 octobre 2020.

⁵ Norme NF EN 14476.



opérations de nettoyage-désinfection, et de vérifier le bon fonctionnement des systèmes d'aération et de ventilation (ex. entrées d'air non bouchées, etc).

4. CONSTITUTION DE GROUPES DE RESIDENTS ET DEPISTAGE REGULIER DANS LA STRUCTURE

4.1. Constitution de groupes de résidents

La recommandation de distanciation physique formulée par le HCSP dans son avis des 18-20 janvier 2021 sur laquelle s'appuie la réglementation de l'état d'urgence sanitaire porte sur une « *distanciation physique de 2 mètres en milieu clos et en extérieur (hors foyer ou groupe social)* ». Le HCSP avait précédemment défini la notion de groupe social comme désignant des « *personnes séjournant ensemble dans l'établissement* », dans son avis du 27 mai 2020 sur les lieux d'hébergement collectif.

Pour toutes les structures dont les modalités d'accueil le permettent (durées de séjour suffisamment longues), il est fortement recommandé de mettre en place un fonctionnement organisé avec **l'identification de groupes, en limitant les possibilités d'interactions entre les groupes constitués**. Ainsi, les résidents d'une même chambre formeront un - groupe identifié pour l'organisation des activités et pour la restauration (en évitant le brassage entre sous-groupes), de sorte à circonscrire le plus possible le risque de contamination.

Les autres résidents, admis à la nuit ou pour une courte durée, seront accueillis de sorte à interagir le moins possible avec ceux présents plus durablement.

Cette organisation interne ne doit en aucun cas freiner les parcours d'accès au logement et d'insertion sociale des résidents.

D'autres parties de la structure seront dédiées aux résidents cas suspects dans l'attente du diagnostic (cf. chapitre 5 infra) aux résidents contaminés et sans symptômes graves (cf. chapitre 6 infra).

4.2. Recours à des tests de dépistage itératifs

La constitution de groupes évoluant dans des locaux qui leur sont plus particulièrement dédiés, dans la mesure du possible, s'appuiera sur des opérations régulières de dépistage par test antigénique, à un rythme hebdomadaire, sur les résidents et les personnels de la structure.

Afin de faciliter le dépistage, toute personne symptomatique peut sans prescription médicale faire l'objet d'un test de détection antigénique, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Les tests antigéniques peuvent être réalisés par les médecins, les pharmaciens d'officine, les infirmiers, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre d'un diagnostic individuel.

L'établissement mobilisera à cet effet des capacités de dépistage par test antigénique auprès de ses partenaires locaux (associations de protection civile, centre d'incendie et de secours, pharmacies d'officine, professionnels de santé libéraux...), avec l'appui si besoin de la DDCS, ou d'équipes sanitaires mobiles, avec l'appui de l'ARS.



En cas de résultat positif du test antigénique : les professionnels d'une part et les personnes en situation à risque d'autre part (retour de voyage, clusters et zones d'augmentation forte et inexpliquée de l'incidence - uniquement sur quelques cas pour échantillonnage dans ces deux dernières situations) doivent être invitées à réaliser un test RT-PCR de confirmation.

En cas de résultat négatif du test antigénique :

- Pour les personnes symptomatiques âgées de 65 ans ou plus et celles présentant au moins un facteur de risque tel que défini par le HCSP, il est fortement recommandé de consulter un médecin et de réaliser un test RT-PCR de confirmation ;
- Pour les autres, la confirmation par un test RT-PCR ou RT-LAMP est laissée à l'appréciation du médecin sur le fondement de son évaluation clinique.

5. CONDUITES A TENIR EN PRESENCE DE CAS CONFIRMES, SUSPECTS OU CONTACTS

5.1. Identification des cas suspects d'infection par le coronavirus

Le personnel du centre d'hébergement doit être attentif à l'apparition de symptômes chez l'une des personnes hébergées ou parmi les membres du personnel. Il est recommandé d'interroger régulièrement les personnes sur l'existence de symptômes évocateurs d'une infection par le coronavirus : sensation de fièvre, frissons, toux, syndrome grippal, rhume, mal de gorge, ou en cas d'apparition d'une fatigue intense, de douleurs musculaires inhabituelles, de maux de tête.

Signes évocateurs d'un COVID-19 : le HCSP et Santé publique France recommandent de considérer, qu'en dehors des signes infectieux (fièvre, frissons) et des signes classiques des infections respiratoires, les manifestations cliniques suivantes, de survenue brutale, constituent des éléments d'orientation diagnostique du COVID-19 dans le contexte épidémique actuel :

- En population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie (c'est-à-dire perte ou perception faussée du goût et de l'odorat) ;
- Chez les personnes de plus de 80 ans : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure ;
- Chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.

Les cas suspects doivent faire l'objet sans attendre **de mesures d'isolement et de protection, d'une évaluation médicale et d'un prélèvement RT-PCR pour confirmation biologique**. Ils doivent être munis d'un masque chirurgical et non un masque grand public de catégorie 1.



NB : si un personnel présente des signes évocateurs de COVID, il ne doit pas se présenter au travail (ou en partir si les symptômes apparaissent pendant la journée de travail, par ses propres moyens dans la mesure du possible, et en portant un masque chirurgical) et être testé le plus rapidement possible. Il doit alerter le référent COVID de sa structure. La recherche des personnes contacts à risque s'effectuera au sein de la structure, par le médecin référent. A l'extérieur, elle s'opère dans les conditions de droit commun, par le médecin traitant, l'assurance maladie ou l'ARS.

5.2. Actions à engager par le référent Covid devant un cas suspect

- Contacter le médecin traitant de la personne ou le médecin référent du centre s'il y en a un.
- A défaut, se renseigner auprès du Centre 15 sur la mise en place d'une équipe sanitaire mobile départementale pour les publics précaires ou la possibilité de recourir à l'équipe sanitaire d'un CHS à proximité.
- Contacter le Centre 15 si le résident présente des difficultés à respirer ou fait un malaise ou présente des signes graves.

5.3. Réalisation du test diagnostique sur les cas suspects

Les tests diagnostiques, à faire obligatoirement par RT-PCR, sont réalisés par des laboratoires de ville. Il est recommandé pour la structure d'identifier et de prendre contact avec un laboratoire de proximité qui pourra réaliser les tests sur les personnes cas suspects. La liste des laboratoires en mesure de réaliser le dépistage par RT-PCR est disponible sur le site du ministère de la santé et des solidarités : <https://sante.fr/recherche/trouver/DepistageCovid>).

5.4 Identification et dépistage des cas contacts

La survenue d'un premier cas en établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (centres d'hébergement d'urgence, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, foyers de travailleurs migrants, centres d'accueil pour demandeurs d'asile) implique **une intervention des ARS pour la recherche des contacts dans la structure et l'organisation des dépistages.** Dans les autres types de structures collectives pour personnes sans domicile, l'ARS intervient à partir de trois cas confirmés ou d'un cas confirmé ayant eu plus de 10 contacts à risque. Le signalement de la situation à l'ARS est fait directement par les plateformes de l'Assurance Maladie, suite à l'enregistrement dans le télé-service « Contact COVID » par le médecin ayant pris en charge le cas ou les premiers cas.

Le contact tracing reste une mesure majeure pour limiter la diffusion du SARS-CoV-2, quel que soit le variant. Il doit être mis en œuvre systématiquement en cas de contact à risque, même pour les sujets contacts vaccinés, dans l'attente de données sur l'efficacité des vaccins sur les nouvelles variantes et sur la prévention des formes asymptomatiques ou du portage du virus.



Définition des cas contacts à risque mise à jour par Santé publique France le 21 janvier 2021 :

La personne contact à risque est une personne qui, **en l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact** (hygiaphone ou autre séparation physique comme une vitre ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas OU la personne contact) :

- a partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- a eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (exemple conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes contacts à risque ;
- a prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- a partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas, ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

En structures collectives, la notion de « lieu de vie » (notation de « foyer » dans la doctrine de contact tracing) est appréciée par l'équipe en charge du contact tracing au regard de la configuration des locaux, des habitudes de vie de la personne ; le lieu de vie pourra s'entendre des chambres/dortoirs/espaces de vie partagée... La notion de « contact à risque » doit être interprétée de manière large : en cas de doute dans l'évaluation du niveau de risque d'un contact, celui-ci doit être considéré comme « à risque ».

Le dépistage est organisé pour l'ensemble des personnels, ainsi que les contacts à risque parmi les personnes accueillies. Il est réalisé par amplification moléculaire (RT-PCR, RT-LAMP) ou test antigénique. Une décision de dépistage élargi pourra être prise par l'ARS (en accord avec la direction de la structure). Une prescription collective pourra être réalisée par un médecin désigné par l'ARS. Le rendu des résultats reste individuel.

Si la mise en œuvre du contact tracing est une nécessité épidémiologique, elle doit s'opérer dans des conditions spécifiques, tenant compte des besoins et volontés des personnes hébergées. L'inscription dans la procédure de « contact tracing » et la possibilité de relever l'identité du cas lors de l'entretien avec les personnes contacts se fait avec le consentement de la personne :

- Lorsque la personne confirmée a donné son accord, les contacts à risque sont identifiés (sous réserve de son accord, le résultat du test est transmis au responsable de structure) ;
- Si l'accord n'est pas donné, l'ARS propose un dépistage sur la base du volontariat des personnes de la structure collective (c'est-à-dire indépendamment de la définition des contacts à risque).



5.5. Orientation des cas suspects, contacts ou confirmés

En fonction de la situation clinique du patient et de ses comorbidités, le médecin pourra proposer :

- De **maintenir le patient sans signe de gravité dans le centre d'hébergement** dans lequel il est hébergé, soit en chambre individuelle, soit dans un secteur dédié (cf. chapitre 6 infra). La personne doit porter un masque chirurgical et non un masque grand public de catégorie 1.
Il sera nécessaire d'évaluer la capacité du patient à respecter et à comprendre les précautions et les consignes recommandées dans le cadre de l'isolement : isolement, hygiène respiratoire (protection contre la toux), hygiène des mains.
Une attention particulière sera nécessaire pour les patients souffrant de maladies chroniques. Dans ce cas, un suivi sanitaire des personnes est organisé (avec les professionnels de santé de proximité travaillant habituellement avec la structure, éventuellement avec l'équipe sanitaire mobile désignée par l'ARS). Il comprend un passage infirmier quotidien et une évaluation médicale au 7ème jour depuis la survenue des symptômes. En dehors des passages de l'équipe sanitaire, le Centre 15 est prévenu en cas d'aggravation des symptômes.
L'affectation de personnels dédiés aux cas suspects, contacts ou confirmés de COVID-19 est conseillée quand cela est possible afin d'éviter la diffusion du SARS-CoV-2.
- De l'orienter vers **un des centres d'hébergement spécialisé (CHS Covid) dédié à la prise en charge des malades non graves** dans le département ou au niveau régional en fonction des places disponibles.
Ces centres sont réservés à des personnes pour qui une **présomption ou une confirmation d'infection par le coronavirus** a été posée par le médecin (traitant ou référent du centre ou de l'équipe sanitaire mobile) et pour lesquelles il n'est pas possible d'organiser sur place le confinement dans les conditions requises. Les modalités d'orientation de ces personnes seront organisées au niveau local ainsi que leur acheminement vers le centre spécialisé.
L'accès à ces centres et l'hébergement n'est pas soumis à des conditions administratives relatives au droit au séjour des étrangers ou relatives à l'ouverture de droits à l'Assurance-Maladie. La place en hébergement reste gelée pendant la période en CHS. Le retour de la personne ne pourra donc pas être refusé. Pour les personnes à la rue orientées dans les CHS, il est demandé à ce qu'une solution d'hébergement soit impérativement identifiée en lien avec le SIAO avant la sortie du CHS.
- De l'orienter vers l'établissement de santé de référence pour une prise en charge en hospitalisation si la personne a des symptômes aigus ou est atteinte de comorbidité à risque de forme grave.

5.6. Combien de temps doit-on s'isoler ?

- **Si le test à la Covid-19 est positif, alors l'isolement doit durer 10 jours à compter des premiers symptômes.**
En cas de température au 10ème jour, il convient d'attendre 48 h supplémentaires après la disparition de la fièvre pour terminer son isolement.
À la fin de la période d'isolement, la personne doit à nouveau respecter les gestes barrières, comme le port du masque et la distanciation physique. Il faut éviter tout rassemblement et tout contact avec des personnes vulnérables.



- **Pour la personne testée positive et sans symptôme**, l'isolement de 10 jours pleins débute à partir du jour du test positif :
 - si aucun symptôme n'apparaît, l'isolement prend fin à l'issue des 10 jours d'isolement ;
 - si des symptômes apparaissent, la personne contacte son médecin traitant. Elle doit s'isoler 10 jours supplémentaires à partir de la date d'apparition des symptômes. En cas de température (fièvre) au 10ème jour, la personne s'isole 48h supplémentaires après la disparition de la fièvre.À la fin de la période d'isolement, la personne doit à nouveau respecter les gestes barrières, comme le port du masque et la distanciation physique. Il convient d'éviter tout rassemblement et tout contact avec des personnes vulnérables.
- **Si une personne est cas contact**, elle doit respecter un isolement de 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ou probable et réaliser un test de dépistage RT-PCR immédiatement. Après ces 7 jours et si elle ne présente aucun symptôme, elle réalise un nouveau test RT-PCR : si ce test est négatif, l'isolement peut prendre fin.

6. ORGANISATION DU « SECTEUR COVID » AU SEIN DE LA STRUCTURE

Sauf impossibilité matérielle à en constituer un, la structure organise ainsi **l'espace dédié à l'accueil de résidents Covid sans signes de gravité et sans comorbidités à risque de forme grave** :

6.1. Organisation de l'espace dédié

Une pièce spacieuse est identifiée pour l'hébergement avec un renouvellement régulier d'air naturel (ouverture régulière de la fenêtre). Un arrêt des systèmes de ventilation/climatisation est effectué de façon obligatoire si l'air est recyclé. Il sera néanmoins nécessaire de vérifier l'absence de surpression ou de recyclage de l'air ailleurs dans le bâtiment.

L'installation des personnes accueillies dans la pièce se fait de la façon suivante :

- Au moins un mètre entre chaque lit ;
- Alternance tête/pieds ;
- Disposition de barrières temporaires type rideaux ou paravents.

Des sanitaires dédiés se trouvent à proximité et ne sont pas partagés avec les autres résidents.

Un espace de vie collectif pour la prise de repas se trouve à proximité de la pièce et n'est pas partagé avec les autres résidents. Si l'espace de restauration est partagé avec les autres résidents, alors les repas sont pris dans une zone et à des tables réservées, à des horaires décalés.

Le portage et le débarrassage des repas se fait lorsque la pièce désignée à cet effet est vide.



6.2. Mesures barrières et limitation des contacts entre le personnel et les personnes malades

Les résidents sont sensibilisés par le personnel du centre d'hébergement aux mesures barrières. L'espace dédié dispose d'un point d'eau, de savon et d'essuie-mains à usage unique ou de solution hydro alcoolique. Des mouchoirs jetables sont également mis à disposition. Une fois utilisés, les mouchoirs sont jetés dans un sac en plastique mis dans une poubelle à couvercle refermable, si possible disposant d'une pédale.

Un affichage est mis en place pour rappeler ces mesures barrières aux résidents.

Il est préconisé que les contacts entre les résidents et le personnel non soignant ou des personnes extérieures au secteur ainsi que les déplacements des résidents soient limités au strict minimum.

Le port du masque chirurgical est obligatoire pour le personnel soignant, et le personnel non soignant se tenant à moins d'un mètre des résidents. Le port du masque FFP2 est réservé au personnel soignant réalisant des gestes médicaux au niveau de la sphère respiratoire.

6.3. Suivi sanitaire des personnes résidant en « secteur Covid »

Un suivi sanitaire des personnes est organisé avec les professionnels de santé de proximité travaillant habituellement avec la structure, éventuellement avec l'équipe sanitaire mobile désignée par l'ARS. Il comprend une surveillance médicale en tant que de besoin (passage ou contact téléphonique avec un professionnel de santé) et une évaluation médicale au 7^{ème} jour depuis la survenue des symptômes. En dehors des passages de l'équipe sanitaire, le Centre 15 est prévenu en cas d'aggravation des symptômes.

6.4. Elimination des déchets susceptibles d'être contaminés par le SARS-CoV-2

Les déchets susceptibles d'être contaminés par le SARS-CoV-2 (notamment les masques, mouchoirs, bandeaux de nettoyage des surfaces) sont mis dans un sac plastique pour ordures ménagères, séparément des ordures ménagères produites dans le centre d'hébergement. Une fois que le sac plastique est plein, ce dernier est fermé et placé dans un deuxième sac plastique pour ordures ménagères, éliminés périodiquement via la filière des ordures ménagères.

6.5. Nettoyage et désinfection des locaux occupés par des personnes COVID-19 et du linge utilisé

La fréquence de nettoyage de l'espace dédié à l'accueil de personnes COVID-19 est limitée, afin d'éviter les contacts entre le personnel de la structure et les personnes malades. Le nettoyage de l'espace collectif et des sanitaires s'effectue à des moments prédéfinis, en l'absence des résidents.

Des protocoles de nettoyage et de blanchisserie sont formalisés selon les principes suivants :

- Sols et surfaces :
 - ne pas utiliser un aspirateur pour le nettoyage des sols (risque d'aérosolisation) ;



- stratégie de lavage désinfection comprenant un nettoyage des sols et surfaces avec un bandeau de lavage à UU imprégné d'un produit détergent, un rinçage à l'eau du réseau avec un autre bandeau de lavage à UU, un séchage, puis une désinfection des sols et surfaces à l'aide d'eau de javel diluée à 0,5% de chlore actif (1 litre de Javel à 2,6% + 4 litres d'eau froide) avec un bandeau de lavage à UU différent des deux précédents ;
- Linge : le linge (draps, serviettes de toilette) est manipulé le moins possible, il est roulé délicatement et porté directement dans la machine à laver, en prenant soin de ne pas le serrer contre soi. Si la machine à laver n'est pas située à proximité, le linge est mis dans un sac hydrosoluble. Le linge est lavé à une température égale à au moins 60°C pendant au moins 30 minutes.

Le personnel chargé de l'entretien des locaux et du lavage du linge porte une tenue comprenant blouse, gants résistants, lunettes de protection (en cas de risques d'éclaboussures de matières organiques ou chimiques), bottes ou chaussures de travail fermées.

7. RESSOURCES CONNEXES

Pour aller plus loin, voir les guidances suivantes :

- Protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de COVID-19, ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, actualisé le 29 janvier 2021
<https://travail-emploi.gouv.fr/le-ministere-en-action/coronavirus-covid-19/protection-des-travailleurs/protocole-national-sante-securite-salaries>
- Fiche de recommandations en matière d'aération, de ventilation, de climatisation et de chauffage en période d'épidémie (28 octobre 2020)
- cahier des charges des centres spécialisés
- fiche DGCS sur la grille de questionnement pour les responsables de structure pour organiser une continuité de l'activité en mode dégradé
- fiche dédiée aux LAM et LHSS
- prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19
- entretien, gestion du linge, élimination des déchets en structure non hospitalière

