

NOTE

**relative à la gestion de cas acquis ou de cluster d'infections
par le SARS-CoV-2 (COVID-19)
chez des patients ou des professionnels en établissements de santé
29 septembre 2021**

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, et selon le niveau actuel de circulation du SARS-CoV-2, les membres du Conseil scientifique de la SF2H ainsi que des experts sollicités proposent une conduite à tenir quant à la gestion d'un **cas nosocomial de COVID-19** voire d'un **cluster** en établissements de santé (ES), que l'épisode concerne des patients ou des professionnels.

Read *et al.* (Lancet, août 2021) estiment que 11,3 % des patients COVID-19 dans 314 hôpitaux du Royaume-Uni ont été infectés après leur admission. Une revue de la littérature de Abbas *et al.* (JHI sept. 2021) propose un comparatif des définitions des cas nosocomiaux de COVID-19 et recense des études d'incidence allant jusqu'à 15,2% de cas acquis parmi les patients hospitalisés. NGuyen *et al.* (Lancet, sept 2020) ont établi par ailleurs (USA/Chine) que le risque de contracter le COVID-19 est 3,4 fois plus élevé chez les professionnels de santé en 1^{ère} ligne que dans la population générale en prenant en compte les différences en termes de fréquence de test.

En France entre le 17 février 2020 et le 1^{er} août 2021, le dispositif national de signalement e-SIN (SpF-JNI 2021) a recensé 5 298 signalements de cas de COVID-19 nosocomiaux émis par 1 120 établissements de santé, soit 66 252 cas (Patients 62%, Professionnels 38%, Visiteurs < 1%). Trois quart des épisodes correspondaient à des cas groupés, avec un point de départ patient pour 58,5% des épisodes (*versus* professionnel : 32,9%). La contamination des patients en ES est une réalité même si la définition de nosocomialité demeure complexe (22,6% de cas possibles/ 77,3% certains/probables). Les transmissions patient-soignant et entre soignants ont probablement été plus importantes au début de la pandémie. Cette étude évoque une marge de progression sur l'identification des cas à l'admission et le respect des mesures barrières et précautions standard lors des soins mais également en dehors des soins.

Santé publique France, en lien avec le GERES et avec l'appui des CPIas, a par ailleurs mis en place une surveillance afin de recenser les professionnels exerçant en établissements de santé publics ou privés infectés par le SARS-CoV2 à compter du 1^{er} mars 2020 (dernières données en ligne : juillet 2021).

Ce document est complémentaire de la note SF2H du 29/09/2021 relative à la protection des patients et des professionnels en contexte d'épidémie de COVID-19.

**Ces mesures doivent être adaptées aux particularités des établissements
et prendre en compte la situation épidémique locale ou régionale.**

Groupe de travail :

Rédaction :

- Membres SF2H : Arnaud FLORENTIN, Sandra FOURNIER, Olivia KEITA-PERSE, Thierry LAVIGNE, Anne SAVEY (pilote), Corinne TAMAMES (copilote)
- Personnes qualifiées extérieures : Olivier BAUD (CHU Clermont-Ferrand/CPIas ARA), Claude BERNET (HCL/CPIas ARA), Caroline LANDELLE (CHU Grenoble), Franck-Olivier MALLAVAL (CH Chambéry), Anne-Laure LEMONNIER (Hôp. J. Jaurès, Paris).

Relecture/validation : Conseil scientifique de la SF2H.

AIDE AU DIAGNOSTIC DE LA SITUATION

- **Objectif**

Réaliser une investigation immédiate visant à identifier le cas index et à rechercher d'autres cas secondaires de contamination parmi les patients, le personnel soignant ou tout sujet contact.

- **Origines possibles de l'alerte**

- Le **service** signalant un ou plusieurs cas de Covid, patient ou professionnel
- Le **laboratoire** fournissant une information quotidienne (requête programmée) concernant les patients hospitalisés ayant une PCR datant de moins de 24 h → classer le ou les cas en communautaires *versus* nosocomiaux (probables ou certains) selon les définitions ci-dessous
- Le **service de santé au travail** (SST) signalant des cas groupés chez les soignants dans un service.

Une incitation au dépistage est fortement recommandée devant la survenue de symptômes même mineurs évocateurs de COVID-19 chez les patients et le personnel soignant pour identifier et tester rapidement les cas COVID-19 suspects selon les critères cliniques et épidémiologiques en vigueur (surveillance syndromique).

Définitions (rappel)

[30/08/2021]	Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 et de contact à risque	Santé publique France
[30/08/2021]	Conduite à tenir devant un cas d'infection par le SARS-CoV-2 (COVID-19)	Santé publique France
[16/03/2021]	Définition de cas de réinfection au SARS-CoV-2 (COVID-19)	Santé publique France
[26/05/2021]	Définition des échecs vaccinaux	Santé publique France
[23/07/2021]	Schéma vaccinal complet / Passe sanitaire	Gouvernement
[30/03/2021]	Définition des cas acquis ou clusters COVID-19 en ES	CPias ARA

Diagnostic de la situation

Thèmes	Recommandations
Information Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Informé le(s) service(s) concerné(s) de la survenue du (ou des cas) et les avertir de l'accompagnement réalisé par l'EOH et de l'éventualité d'une évaluation <i>in situ</i> des mesures de prévention de la transmission croisée (pratiques, organisations, équipements...) • Contribuer à l'organisation de la communication auprès des patients, des familles, visiteurs...
Description et recensement des cas	<p>Description précise des caractéristiques cliniques et épidémiologiques du ou des cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date de début des signes, date de réalisation du test positif, recherche du cas index potentiel dans les 14 jours précédant, situations à risque pouvant avoir généré des contacts en l'absence de mesures de protection efficaces : infection antérieure à l'admission, visite, patient voisin en chambre double ou en zone de soin partagé (salle de réveil, déchoquage...), patient déambulant, contact avec un patient ou du personnel atteint ou contact, recours à des procédures générant des aérosols de sécrétions respiratoires ou ORL à proximité, ... <p>Dénombrement et classement des cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cas possibles, probables ou confirmés d'infection COVID-19 • Caractère nosocomial <i>versus</i> communautaire des cas identifiés : période d'incertitude entre J3 et J14 nécessitant l'expertise de l'EOH au cas par cas (seuil d'acquisition certaine après 14^{ème} jour) • Discuter les cas particuliers avec les spécialistes (réinfection, échec vaccinal ...)
Contact-tracing	<p>Recensement des personnes exposées (contact-tracing), immunisées ou non et indépendamment du statut vaccinal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Période de <u>contagiosité du cas</u> : <ul style="list-style-type: none"> - 48h avant le début des signes cliniques - ou 7 jours avant la date de réalisation/positivité du test si le cas est asymptomatique • Liste des <u>contacts</u> à recenser en déterminant pour chacun le niveau de risque (élevé/modéré/négligeable) en fonction : <ul style="list-style-type: none"> - de la nature et durée du contact avec le cas (patient, visiteur ou personnel) - de l'absence de mesure de protection efficace - de la période à risque d'exposition (cf. contagiosité du cas) - du statut vaccinal et de l'état immunitaire du contact • <u>Organisation du contact-tracing immédiat</u> : <ul style="list-style-type: none"> - des patients hospitalisés → réalisé par l'EOH / services cliniques - des professionnels → réalisé par le service de santé au travail (SST) en lien avec l'EOH • <u>Organisation du contact-tracing "hors présents"</u> <ul style="list-style-type: none"> - Information des patients sortis le jour-même ou la veille (ou dans les 7 jours précédant si cas index asymptomatique), et en cas de transfert, de l'EOH et des services des structures d'aval - Information des visiteurs, intervenants extérieurs (EOH/service ou médecin traitant) - Information des familles et proches des professionnels (SST ou médecin traitant)
Suivi des cas et des contacts	<ul style="list-style-type: none"> • Listing de suivi des cas et des contacts Un fichier sécurisé (protection des données) est à mettre en œuvre afin de recueillir les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Nom, prénom, date de naissance, - Date de réalisation/positivité des tests, date 1ers symptômes, caractère nosocomial ou non, statut vaccinal
Hypothèse de transmission	<ul style="list-style-type: none"> • Formulation d'hypothèses suite à l'interrogatoire des cas patients / personnels (mise en évidence d'une chaîne de transmission) • Courbe épidémique le cas échéant
Signalement de l'épisode	<ul style="list-style-type: none"> • Signalement sans délai <ul style="list-style-type: none"> - du ou des cas nosocomiaux : dans e-SIN - du cluster si criticité élevée : idem plus alerte ARS - des échecs vaccinaux graves (pharmacovigilance) ou en cluster (ARS)
Evaluation des pratiques et des organisations	<ul style="list-style-type: none"> • La visite du ou des services concernés, afin d'évaluer les organisations et les pratiques, permet de : <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier le respect des mesures de prévention dans les services concernés incluant les prestataires extérieurs, rappeler les points critiques à maîtriser (cf. <u>annexe</u>) - Confirmer l'hypothèse de transmission et orienter les mesures correctives immédiates

AIDE AU TRAITEMENT DE LA SITUATION

• Objectif

Stopper la chaîne de transmission le plus précocement possible et mettre en place des mesures efficaces pour en éviter l'extension et la récurrence.

• Conduite à tenir

Elle se décompose en 3 volets :

- **Mesures systématiques dès le 1^{er} cas**
- **Mesures initiales** complémentaires des mesures de "protection des patients et professionnels en contexte COVID-19" (cf. note SF2H du 29 septembre 2021)
- **Mesures additionnelles en cas de non maîtrise de la situation** à adapter par l'équipe opérationnelle d'hygiène selon le type de service et le contexte épidémiologique local.

Traitement de la situation

Dès le 1^{er} cas : mesures systématiques

Thème	Recommandations
Gestion immédiate des patients	<ul style="list-style-type: none">• Conduite à tenir pour les <u>contacts</u> à risque modéré ou élevé :<ul style="list-style-type: none">- Quarantaine de 7 jours- Privilégier la chambre seule (si impossibilité, solution dégradée à discuter avec l'EOH)- Information, contact-warning (mise en garde des contacts 2^e génération)- Test RT-PCR : immédiat et à J7 quel que soit le statut vaccinal (et dès l'apparition de symptômes évocateurs de COVID-19 même mineurs)- Surveillance (température et symptômes)- Maintien d'un strict respect des mesures barrières à la fin de la quarantaine• Conduite à tenir pour les patients <u>cas</u> COVID+<ul style="list-style-type: none">- Nécessité d'une chambre seule (ou 2 cas ensemble en chambre double)- Regroupement des cas de COVID en secteur dédié, à privilégier (analyse bénéfique/risque notamment en regard de la pathologie à l'origine de l'admission)- Isolement : mettre en œuvre les précautions complémentaires d'hygiène (PCH) de type Contact et Gouttelettes soit :<ul style="list-style-type: none">○ 14 jours à compter de la date de début des symptômes (ou date de réalisation du test si cas asymptomatique) et au moins 48h après la disparition de la fièvre en cas de persistance de celle-ci○ 24 jours si immunodéprimé• Décès : Corps considéré non contagieux à partir de 10j après le début des symptômes (ou date du test positif)
Gestion immédiate du personnel	<ul style="list-style-type: none">• Conduite à tenir pour les professionnels <u>contacts</u> à risque modéré ou élevé<ul style="list-style-type: none">- Test RT-PCR immédiat et à J7 (et dès l'apparition de symptômes même mineurs)- Pas d'éviction systématique si risque modéré/élevé sous réserve d'un respect strict des mesures barrières• Conduite à tenir pour les professionnels <u>cas</u> COVID-19 → Eviction systématique<ul style="list-style-type: none">- 10 jours (à compter de la date de début des symptômes ou date de réalisation du test si cas asymptomatique) et jusqu'à 48h après la disparition de la fièvre puis mesures particulières encore 7 jours (télétravail si possible, éviter le contact avec des personnes fragiles, les transports en commun, repas pris à l'écart...)- Si professionnel asymptomatique et schéma vaccinal complet ou antécédent de COVID-19 de plus de 15 jours et moins de 6 mois : dérogation possible si ressource nécessaire au service

Appréciation du risque	<ul style="list-style-type: none"> • Apprécier le risque en fonction de l'avis de l'EOH et selon : <ul style="list-style-type: none"> - la situation épidémiologique locale et/ou la circulation virale dans l'établissement, - le type de service (patients fragiles ou avec difficultés de porter le masque, patients déambulants, actes à risque, chambres doubles, activités transversales ...) - et en cas de SUSPICION DE TRANSMISSION CROISEE ou ABSENCE D'EXPLICATION D'UN CAS FORTUIT concernant l'épisode en cours (absence de notion de nombre seuil)
Dépistage hors contacts à risque	<p>Dépistage hors contacts à risque à décider en fonction des CRITERES CI-DESSUS et à réaliser indépendamment du statut vaccinal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients → Dépister tous les patients de l'unité par RT-PCR immédiatement et à J7 au minimum sauf les anciens cas de COVID de moins de 2 mois du fait de problème d'interprétation (restent inclus si variants d'intérêt) ; pour les patients restant moins de 7 jours, prévoir une prescription de PCR à J7 et retour d'information au service <ul style="list-style-type: none"> - Si tous les dépistages (J0 et J7) sont négatifs, arrêt des dépistages - Si cluster d'emblée ou identification de nouveaux cas positifs ou situation à risque : renouveler à J14 puis tous les 7 jours tant que la série identifie au moins un nouveau cas positif - Arrêt des dépistages après 2 séries successives négatives • Personnel (jour/nuit) → Dépister tous les personnels par RT-PCR à J0 + J7 minimum sauf les anciens cas de COVID de moins de 2 mois du fait de problème d'interprétation (restent inclus si variants d'intérêt) <ul style="list-style-type: none"> - principe identique de renouvellement tous les 7 jours selon la situation et l'avis du SST
Vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Envisager la vaccination réactive pour les patients et proches le cas échéant • Vaccination obligatoire pour les professionnels, incluant les prestataires, bénévoles, intérimaires, stagiaires... : vérifier en lien avec le SST, les statuts vaccinaux et/ou l'opportunité de rappels le cas échéant

Mesures initiales complémentaires

Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la création de secteurs COVID : <ul style="list-style-type: none"> - Transfert du (ou des) patient(s) en secteur COVID si possible du fait de l'état clinique (ou étudier la possibilité de regroupement si plusieurs cas) - Personnel dédié jour, nuit, week-end • Limiter les intervenants/prestataires transversaux ou extérieurs • Limiter l'utilisation des chambres doubles • Encadrer/limiter les visites le cas échéant
----------------------------------	---

Renforcer les mesures suivantes :

Mesures pour le personnel	<ul style="list-style-type: none"> • La vigilance des professionnels face à la situation en s'assurant de : <ul style="list-style-type: none"> - la bonne compréhension et de l'application : <ul style="list-style-type: none"> ○ des précautions standard et/ou complémentaires Gouttelettes et Contact selon la situation ○ des mesures barrières : port du masque, friction hydro-alcoolique des mains (FHA), distanciation physique, hygiène respiratoire, port de gants limité aux indications des précautions standard ○ de l'encadrement adapté des procédures générant des aérosols de sécrétions respiratoires ou ORL - l'entretien de l'environnement en particulier la désinfection des locaux et du mobilier au départ des cas et contacts - l'approvisionnement/disponibilité de moyens adaptés (EPI, SHA...), - l'aération/ventilation systématique des locaux, (se faire préciser les conditions de ventilation/renouvellement d'air des locaux par les services techniques au préalable), capacité limitée (jauge le cas échéant) - la surveillance syndromique (identification des symptômes évocateurs à l'admission et durant les 7 premiers jours d'hospitalisation) • Les ratios personnels/patients pour qu'ils soient adaptés à l'activité et à la charge en soins. • Les formations/sensibilisations dispensées par l'EOH : inclure les équipes de nuit et les personnels transversaux : kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, diététicienne, brancardier, étudiants, etc.
----------------------------------	---

Mesures pour les patients	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse minutieuse d'exposition ou d'éventuelle infection antérieure à l'admission de chaque patient • S'il n'est pas déjà mis en place en routine du fait de la situation épidémique locale, dépistage systématique à l'admission à l'aide de la PCR (indépendamment du statut vaccinal)
----------------------------------	---

Mesures en cas de non maîtrise de la situation

Cellule de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Activer la cellule de crise impliquant les différentes instances et expertises : Direction, DSSI, chef(s) de service, cadre(s), infectiologue, EOH, SST, laboratoire, pharmacie... <ul style="list-style-type: none"> - priorisation et mise en œuvre des actions/organisations complémentaires pour la gestion de la crise - organiser la communication interne (patients, familles, professionnels...) - anticiper la communication externe (communiqué de presse le cas échéant) - demande d'appui éventuelle (GHT, établissement support, CPias, ARS ...) - encourager la réalisation d'un RETEX en fin de crise
-------------------------	---

Visites et activités	<ul style="list-style-type: none"> • Suspension temporaire des visites sauf exceptions (ex : fin de vie) • Suspension des activités transversales et des interventions extérieures non essentielles (analyse bénéfique/risque)
-----------------------------	--

Gestion des admissions	<ul style="list-style-type: none"> • Suspendre toute admission en chambre double le temps de la maîtrise de la situation épidémique (absence de nouveau cas chez des patients et/ou personnels depuis 14 jours) • Pour les chambres individuelles, discuter la pertinence de poursuivre les admissions en fonction de l'évaluation des risques, du nombre de cas identifiés et du contexte. Si l'épidémie n'est pas contrôlée, suspendre toutes les admissions (décider de critères de reprise des admissions le cas échéant)
-------------------------------	---

Gestion des transferts	<ul style="list-style-type: none"> • Décision de maintien/suspension des transferts selon décision médicale, activité du service et avis EOH • Information du service d'accueil du patient ainsi que de l'équipe d'hygiène de la structure d'aval (EOH/EMH)
-------------------------------	---

Gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller aux ratios personnels/patients pour qu'ils soient adaptés à l'activité et à la charge en soins, anticiper les tensions en personnel et/ou en capacité d'accueil • Envisager des renforts dans les secteurs COVID et autres services critiques (en fonction du nombre de cas (charge en soins, fréquence des procédures à risque, bionettoyage, ...) ou du fait d'un recrutement de patients à risque)
--	--

Suivi de l'épisode	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement quotidien des services concernés par l'EOH <ul style="list-style-type: none"> - pour s'assurer du respect des mesures préconisées ainsi que des mesures correctives (suite à un dysfonctionnement observé) - pour identifier les difficultés de mise en œuvre des mesures, identifier une éventuelle surcharge inadaptée dans les mesures - pour veiller à la « bonne santé des équipes » en évaluant le stress, les craintes, les doutes, et répondre aux questions - pour veiller au partage de l'information (cadre, personnel jour/nuit...), informer les équipes de l'évolution de la situation
---------------------------	---

Epidémie contrôlée	La situation est considérée comme contrôlée en l'absence de nouveau cas chez des patients et/ou professionnels depuis au moins 14 jours .
---------------------------	--

AIDE-MEMOIRE

Points critiques à maîtriser/vérifier concernant les organisations et les pratiques (facteurs facilitant la survenue de cas de COVID-19 dans une unité)

Organisation / Institution

- Architecture des locaux/circuits complexes
- Sanitaires collectifs
- Activités collectives ou transversales
- Entretien de l'environnement
- Conditions d'aération/ventilation des locaux
- Leadership encadrement, professionnel encadrant qualifié
- Capacité de donner l'alerte, de gestion de la crise, culture de sécurité
- Coopération EOH/SST
- Personnel en ratio insuffisant ou moins formé/expérimenté (intérimaires, stagiaires, remplaçantes...)
- Disponibilité des équipements (produits, SHA, EPI, tailles adaptées...)
- Gestion des visiteurs, des autorisations de sortie
- Information des patients
- Mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les professionnels, du passe sanitaire pour les visiteurs, accompagnants, intervenants ponctuels ...

Pratiques

- Pendant la période à risque d'exposition (48h avant le début des signes cliniques ou 7 jours avant la date du diagnostic si le cas est asymptomatique) :
 - Professionnel ayant côtoyé un cas (patient, visiteur ou personnel) à moins de 2 mètres ou dans un espace confiné sans protection adaptée :
 - sans masque chirurgical (situation où ni le patient, ni le personnel ne porte un masque)
 - ou doute sur l'application rigoureuse des mesures de protection (mésusage du masque, oubli de la protection oculaire, hygiène des mains insuffisante, mésusage des gants ...) selon l'appréciation de l'EOH
 - Professionnel sans port d'appareil de protection respiratoire FFP2 ayant réalisé un acte à risque de générer une aérosolisation pour un patient COVID-19
- Périodes de baisse de vigilance lors des soins la nuit, le week-end
- Charge en soins (durées des soins, patients critiques ou à risque de forme graves...)
- Urgence des soins
- Matériel partagé
- Formation incluant internes, bénévoles, intérimaires, stagiaires, prestataires/intervenants extérieurs

Conduites à risque patients

- Contamination par des visiteurs contacts COVID ou COVID+ notamment en cas de non respect des mesures barrières, ou lors d'autorisations de sortie (non respect des mesures barrières, lieux exposés...)
- Patients déambulant ou à activité sociale intense
- Patients avec troubles du comportement rendant difficile/impossible le port de masque
- Patient non observant (absence de masque ou manipulation du masque sans hygiène des mains associée)

Conduites à risque personnel

- Non respect des mesures barrières dans l'établissement (agents opposants, réticents, mal formés/informés ?)
- Contamination en dehors des soins, dans les lieux clos, sans port de masque et sans distanciation physique ou respect des jauges : en particulier lors de transmissions, pauses, repas, vestiaires, réunions, moments conviviaux
- Baisse de vigilance et non port de masque hors établissement de santé (en soirée, le week-end, en vacances, foyers familiaux avec enfants scolarisés/étudiants, réunions familiales...) ou dans les transports (covoiturage, transports en commun)

Références

- Read JM, Green CA, Harrison EM, et al. ISARIC4C investigators. Hospital-acquired SARS-CoV-2 infection in the UK's first COVID-19 pandemic wave. Lancet. 2021 Aug 12;S0140-6736(21)01786-4. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01786-4. Epub ahead of print. PMID: 34391505; PMCID: PMC8360701 [\[Lien\]](#)
- Abbas M, Zhu NJ, Mookerjee S, et al. Hospital-onset COVID-19 infection surveillance systems: a systematic review. J Hosp Infect 2021;115:44-50 disponible à l'URL : <https://doi.org/10.1016/j.hin.2021.05.016> [\[Lien\]](#)
- Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, et al.; Coronavirus Pandemic Epidemiology Consortium. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Lancet Public Health. 2020 Sep;5(9):e475-e483. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30164-X. Epub 2020 Jul 31. PMID: 32745512; PMCID: PMC7491202 [\[Lien\]](#)
- Berger-Carbonne A. Bilan des signalements de COVID-19 nosocomiaux via e sin (17/02/2020 - 01/08/2021). Communication orale. Santé publique France / Département des Maladies infectieuses. Congrès JNI 2021.
- Santé publique France. Recensement national des cas de COVID-19 chez les professionnels en établissements de santé. Mise à jour 21 juillet 2021 [\[Lien\]](#)
- Santé publique France. Outils pour la surveillance épidémiologique : définitions, conduites à tenir, aides à l'investigation. Mise à jour 31 août 2021 [\[Lien\]](#)
- Santé publique France. Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. SpF Mai 2020 [\[Lien\]](#)
- European center for disease prevention and control. Surveillance definitions for Covid-19. ECDC, last update 15/03/2021 [\[Lien\]](#)
- Avis du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) [\[Lien\]](#)
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif au contact tracing et à l'application des mesures barrières chez les personnes totalement vaccinées contre le Covid-19. HCSP 18/06/2021 [\[Lien\]](#)
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'éviction des professionnels positifs au SARS-CoV-2 travaillant en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux. HCSP 02/04/2021 [\[Lien\]](#)
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à l'aération, ventilation et mesure du CO2 dans les établissements recevant du public. HCSP 28/04/2021 [\[Lien\]](#)
- Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux délais de transfert en service de soins de suite et de réadaptation ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et aux durées de maintien des précautions complémentaires d'hygiène chez un patient atteint ou ayant développé une infection à SARS-CoV-2. HCSP 17/12/2020 [\[Lien\]](#)
- MARS N°2021_27 du 03/04/2021 relatif à l'adaptation des recommandations d'éviction des professionnels de santé positifs au sars-cov2 travaillant en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux [\[Lien\]](#)
- Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique / Gestion des cas groupés – clusters de Covid-19 en Établissements de santé & Établissements médico-sociaux. MSS 27 juin 2020 [\[Lien\]](#)
- Ministère des solidarités et de la santé. Schéma vaccinal complet / Passe sanitaire. Mise à jour 13 septembre 2021 [\[Lien\]](#)
- CPias Auvergne-Rhône-Alpes. Aide au signalement / Situation de cas acquis ou cluster COVID-19 en ES. Fiche pratique du 30/03/2021 [\[Lien\]](#)
- Société française d'hygiène hospitalière. Guide d'évaluation des précautions "Covid". SF2H mars 2021 [\[Lien\]](#)
- Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 17/01/2021 relatif aux mesures d'hygiène pour la prise en charge d'un patient ou résident considéré comme cas possible, probable ou confirmé d'infection à SARS-CoV-2 [\[Lien\]](#)
- Société française d'hygiène hospitalière. Avis du 30/11/2020 relatif aux mesures de prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la pandémie COVID-19 dans tous les secteurs de soins [\[Lien\]](#)
- European center for disease prevention and control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. ECDC, 6th update, 9 February 2021 [\[Lien\]](#)
- World Health Organisation. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Interim guidance. WHO, 12 July 2021 [\[Lien\]](#)
- World Health Organisation. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance. WHO, 30 October 2020 [\[Lien\]](#)