

Vous avez entendu parler
de l'épidémie infectieuse?



Plan local de prévention et de maîtrise des épidémies en secteur médico-social

Sophie Vandesteene


CPIas
Occitanie

Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins



1. Heure de pointe, vendredi midi, à la salle à manger de l'Ehpad Maurice-Peigné. 2. « Content d'avoir une chambre pour moi tout seul, je peux regarder ce que je veux à la télé ! », se réjouit Roger Lepère, résident de 92 ans. 3. « Les résidents sont apaisés », indiquent l'aide médico-psychologique Sabrina Mohaer et l'aide-soignante Christelle Cousin.



C'est avec six mois de retard que l'Ehpad Maurice-Peigné a ouvert ses portes, à Quévert. Depuis lundi, ses hôtes intègrent le nouvel établissement par petits groupes. Ce vendredi soir, la totalité des 120 résidents du centre de cure des Malorines était transférée. Les 27 résidents de l'Ehpad du Jardin anglais attendront encore, en raison d'une épidémie de gale qui sévit dans leur établissement.

« Rien à redire, je suis content d'avoir une chambre pour moi tout seul, je pourrai regarder ce que je veux à la télé ! », se réjouit un résident âgé de 92 ans originaire de Saint-Hélen, attablé à l'heure du déjeuner, ce vendredi midi, pour son premier jour au sein du nouvel Ehpad Maurice-Peigné, à Quévert. L'établissement flambant neuf était prêt à accueillir ses hôtes dès octobre, mais restait fermé pour une question d'équilibre budgétaire (Le Télégramme du 27 janvier). C'est donc avec six mois de retard que ce nouvel équipement public à 20 M€ a enfin pu ouvrir ses portes, derrière la zone des Landes-fleuries, à deux pas de l'ancien champ de tir.

Partager



Contexte

□ Réglementa



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports
Secrétariat d'Etat à la solidarité

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2009 - 2011
DE PREVENTION
DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Juillet 2009

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tel : 01 40 56 60 00

Version 07/08/2009

2.4 - Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès le déclenchement de l'alerte

Quatrième type d'instruments à développer, les plans de maîtrise des épidémies locorégionales apparaissent aujourd'hui indispensables, dans un contexte de répétition rapprochée de ce type d'épidémies.

En effet, l'expérience des régions touchées confirme que la maîtrise d'une épidémie est d'autant plus efficace, et la perturbation induite dans le fonctionnement de l'établissement, ainsi que son coût, d'autant plus limités, que les mesures de contrôle sont mises en œuvre rapidement. En outre, les recommandations définies par le CTINILS lors des épidémies à CD et ERG, appliquées avec rigueur et constance, ont montré leur efficacité.

Afin d'être en mesure de faire face à des épidémies d'ampleur variable, un dispositif à deux niveaux sera mis en place :

- un plan local de maîtrise d'une épidémie dans chaque établissement, de santé ou médicosocial, susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale²⁰ ;
- un plan régional, activable dès la confirmation d'une épidémie régionale, ou d'une épidémie locale susceptible de s'étendre aux établissements environnants.

Les modalités de prise en charge des surcoûts financiers liés à la mise en place d'un secteur de *cohorting* seront précisées²¹.

Dans chaque région, le plan régional de maîtrise d'une épidémie désigne un praticien responsable de la coordination scientifique sous la responsabilité opérationnelle de l'ARS et en liaison avec le réseau CCLIN-ARLIN. Ce praticien devrait être, de façon privilégiée, le praticien responsable de l'ARLIN.

En prévision d'une situation nécessitant la mise en place d'un secteur d'isolement régionalisé, un établissement de santé de la région est désigné comme responsable du *cohorting*. La mise en place d'un tel secteur centralisé doit pouvoir intervenir dans les 48h suivant la décision de l'organiser. Ceci implique que l'établissement responsable ait défini préalablement ses modalités d'organisation : emplacement, conditions de transfert des patients, configuration du personnel dédié, désignation d'un praticien, d'un cadre de santé et d'un membre de la direction responsables, matériels et produits nécessaires et disponibles.

Contexte

□ Réglementaire



Ministère des affaires sociales et de la santé

Direction Générale de
la cohésion sociale
Service des politiques
d'appui
Personne chargée du dossier :
Dr. Anne-Marie Tahrat
Tel : 01 40 56 75 07
anne-marie.tahrat@social.gouv.fr

L:
à
M:
de
(p
C:
M:
M:
dé

INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 du
programme national d'actions de prévention
dans le secteur médico-social 2016/2018
Date d'application : immédiate
NOR : AFSA1616507J
Classement thématique : Etablissements sociaux

Validée par le CNP, le 10 juin 2016 - Visa C1

Catégorie : Directives adressées par la mi
sous réserve, le cas échéant, de l'examen par

Résumé : Le programme national d'actions
soins (PROPIAS) dans le secteur médico-
infectieux dans le secteur médico-social par

Dans le programme d'actions prioritaires qui sera défini par l'établissement, une attention toute particulière sera portée aux points suivants :

- ✓ La connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents/usagers des précautions standard base de la lutte contre la transmission croisée.
- ✓ L'information du personnel relative à l'antibiorésistance et aux bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes (Cf. annexe 3),
- ✓ la sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale,
- ✓ le signalement des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur (un décret d'application de l'art. L 1413-14 modifié est en cours de rédaction)
- ✓ L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (La Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aire à la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.

Guide d'élaboration du PLAN BLEU

Ce guide s'adresse aux établissements médico-sociaux(EMS) accueillant ou hébergeant des personnes âgées (PA) ou des personnes handicapées (PH).

B – Tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation

Nom de	Tableau d'aide à l'élaboration du plan d'action DARI	Chapitres	Points faibles de votre organisation.	Action à conduire	Responsable de l'action	Calendrier	Points de situation 1 (Date du comité de suivi)	
	1	Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement						
	2	I-1 : Moyens						
	3	I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs						
Enti	4	I-3 : Antibiotiques						
	5	I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement						
Group	6	Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits						
	7	II-1 : Entretien des locaux						
	8	II-2 : Hygiène en restauration						
	9	II-3 : Gestion du linge						
	10	II-4 : Gestion des déchets						
	11	II-5 : Gestion de la qualité de l'eau						
	12	Chapitre III : Gestion du matériel						
	13	Chapitre IV : Gestion des soins						
	14	IV-1 : Actes infirmiers et de nursing						
	15	IV-2 : Antiseptiques						
	16	IV-3 : Précautions « standard »						
	17	IV-4 : Précautions complémentaires						
	18	IV-5 : Hygiène des résidents						
	19	Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires						
	20	Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques						
	D:	21	VI-1 : Gale					
		22	VI-2 : Tuberculose pulmonaire					
23		VI-3 : Gastro-entérite						
24		VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse						
25		Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang						

Contexte

□ Régional

Analyse des DARI (195/842 EHPAD) :

Chapitre VI « Gestion des risques épidémiques » :

	% d'objectifs atteints
IRA	95 %
GEA	90 %
Gale	75 %
Tuberculose	86 %



Plan local de prévention
et de maîtrise des épidémies
des établissements médico-sociaux



Les points-clés

Mars 2018

- **Groupe de travail régional**
- **Objectifs :**
 - liste de points-clé à envisager lors de l'élaboration du PLE
 - conduite à tenir pour maîtriser un évènement épidémique ou à potentiel épidémique

- Check-list
 - Fiches techniques
 - Modèles d'outils : courbe épidémique, tableau de synthèse, synoptique
- } par pathologie

Plan local de prévention et de maîtrise des épidémies

□ **Positionnement documentaire :**

- formel : annexe plan bleu
- fonctionnel : immédiatement et simplement accessible

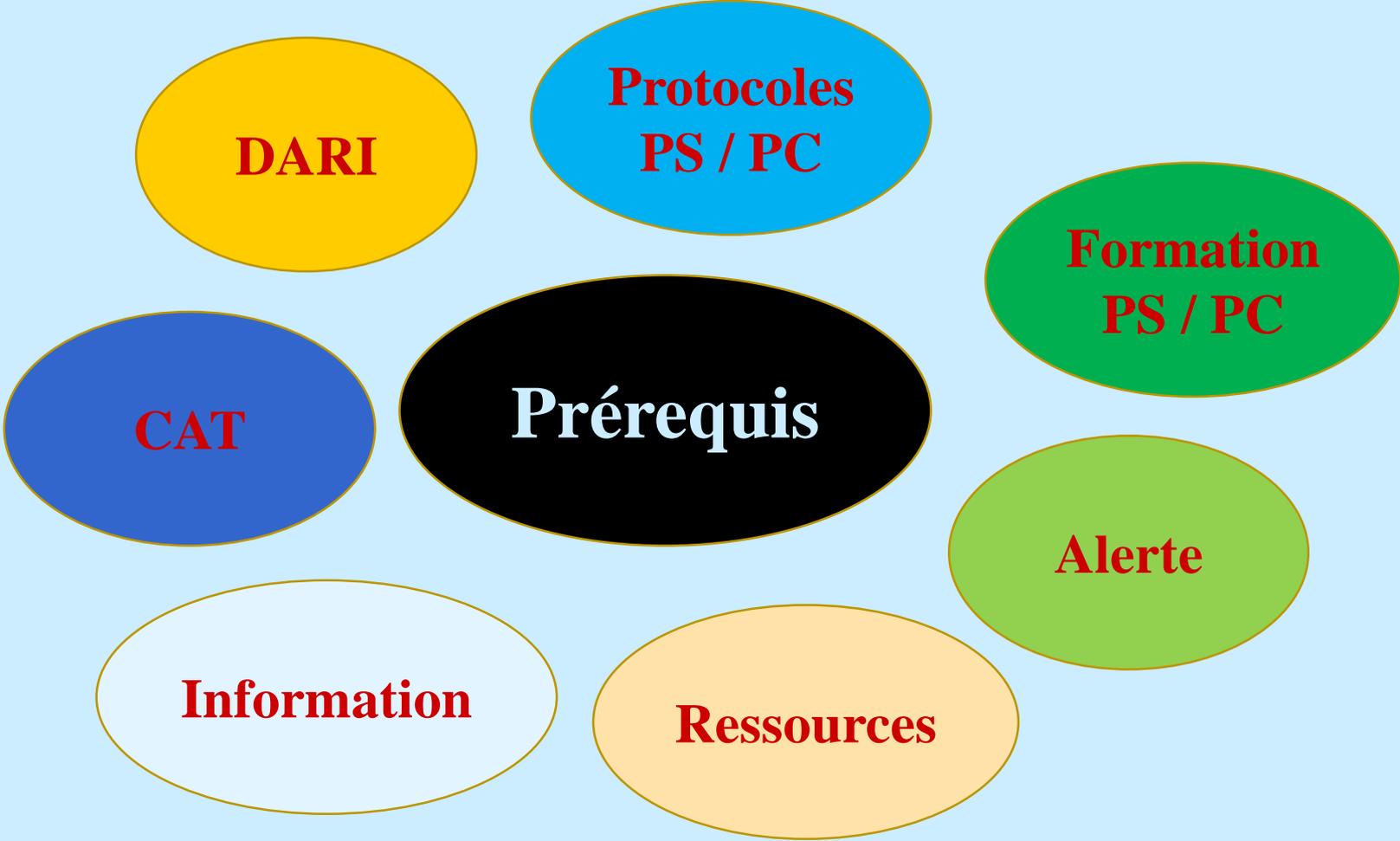


□ **Champ d'application :**

- tout micro-organisme à potentiel épidémique
- toute situation évocatrice d'un début d'épidémie

□ **Structure :**

- 2 niveaux d'intervention



Premier niveau



□ Rappel des fondamentaux de la prévention au quotidien :

- respect des précautions standard (PS)
- en début de période épidémique, anticipation du **renforcement des PS** = nécessité de prévoir des surcroûts de consommation : **PHA, tabliers, masques, gants + renfort en personnel**



Des SHA,
pour chaque soin
c'est évident !

Premier niveau

Déclencher l'alerte / signalement interne

■ Par qui ?

- le LBM, les généralistes, le personnel...
- chaque professionnel doit nécessairement être informé des enjeux du **signalement interne**

■ A qui ?

- heures ouvrables : **référent hygiène**, à défaut toute personne directement impliquée dans la maîtrise du risque infectieux ; désigner nommément 2 personnes
- nuit ou WE : **personnel de garde**

■ Comment ?

- le plus simplement et efficacement possible !



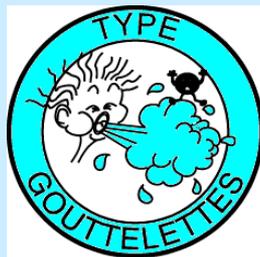
Premier niveau

Évaluer la situation et son potentiel épidémique

- **Expertise médicale (systématique) :**
 - recherche d'autres cas (résidents et personnels)
 - recherche éventuelle des personnes contacts
 - appel à la vigilance par le med co aux médecins traitants
- **Expertise en hygiène (systématique) :**
 - interne pour les EMS disposant d'une **EOH / EMH**
 - par **experts extérieurs** si nécessaire (CPias)
- **Expertise en infectiologie (si nécessaire) :**
 - identifier le service de maladies infectieuses de recours
- **Expertise microbiologique (si nécessaire) :**
 - connaître les capacités et les limites du **labo local** (en termes de compétences et de volume d'analyses)

Premier niveau

- **Mettre en œuvre les mesures de 1^{re} intention**
 - **Précautions complémentaires**
 - fiches réflexes adaptées à chaque situation
 - en annexe : GEA, IRA, gale (cas isolé / épidémie), infection à *C. difficile*, tuberculose
 - **Information** de tous les intervenants, résidents et visiteurs



Second niveau

Son déclenchement dépend des conclusions de l'expertise niveau 1

□ Réunir la cellule de crise

- Convoquée par le **responsable administratif**
- **Composée de :**
 - *A minima* : responsable administratif, médecin coordonnateur, IDEC, référent IAS +/- responsable logistique
 - **experts externes** si nécessaire...
- **Dispose d'une boîte à outils :**
 - **annuaire** des personnes et structures ressource
 - **fond documentaire** : courriers-types, modèles de notes d'information, affiches d'information, modèles de communiqué de presse...
- **Gère la communication**

Second niveau

□ **Signalement externe à la CVAGS**

- **conformément à la réglementation : cas groupés IRA et GEA, maladies à déclaration obligatoire**

(<http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declarationobligatoire/Liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>)

□ **Mesures de 2^e voire 3^e intention :**

- **Décidées par la cellule de crise**, envisagent par exemple, au cas par cas et de façon graduée :
 - **l'organisation** : personnel dédié, possibilités de renforts
 - **l'activité** : pertinence et possibilités d'arrêt des admissions ou des transferts
 - **la gestion des résidents** : dépistage et suivi des contacts

□ **Suivi des mesures**

- **Évaluation quotidienne** de la situation sur le terrain par l'équipe en lien avec le référent IAS
- **Information régulière** des professionnels
- **La levée des mesures** est décidée en fonction de l'expertise

□ **Bilan de l'épisode**

- **Compléter** la fiche de signalement
- **Retour d'expérience** interne / externe
- Estimation **bilan financier** de l'épisode



CAS GROUPES GASTRO-ENTÉRITES AIGÜES (GEA)

Précautions à prendre

Précautions complémentaires CONTACT dès l'apparition du premier cas

Signalisation sur la porte de la chambre, planning, dossier...
Application des mesures jusqu'à 48 heures après la fin des signes du dernier cas

Organisation

- S'assurer que le PHA répond à la norme virucide **EN 14 476 A1+**
- Prévoir du matériel dédié aux patients atteints. A défaut, **nettoyer et désinfecter le matériel quotidiennement et dès souillures.**
- Prévoir des dotations complémentaires en matériel à usage unique (surblouses, gants...) et en (PHA, détergent-désinfectant...). **Limiter le stock de matériel à usage unique dans la chambreournée.**

Recommandations aux soignants et aux intervenants externes

- **Se désinfecter les mains par PHA systématiquement à l'entrée** de la chambre, au **retrait** des gants la **sortie** de la chambre.
- **Porter un tablier à usage unique ou une surblouse (à manches longues si besoin) et des gants cas de contact direct avec les patients ou avec des objets potentiellement contaminés par les sel percées, draps...**
- **Gestion des excréta : Utiliser des sachets protecteurs de bassins et/ou de chaises percées à dé d'un lave-bassins et appliquer un nettoyage-désinfection de bas niveau par essuyage. (Ne douchettes).**
- **Porter un masque chirurgical** à usage unique et protection oculaire si le résident présente des risque de projection.
- Éviter les déplacements du personnel du secteur touché. Mettre à l'écart des soins tout person 48 heures après le dernier épisode de diarrhée ou de vomissements.

Entretien des surfaces et des locaux

- **Nettoyer et désinfecter la housse de matelas lors de la réfection du lit.**
- Réaliser le **bionettoyage** (en insistant sur les poignées de porte, barrières de lit, sonnettes d'app moins 1 fois par jour avec un détergent-désinfectant virucide ou l'eau de Javel, solution à 2,6 % c
- Nettoyer immédiatement les salissures dues aux vomissements et aux diarrhées.

Gestion du linge et des déchets

- Conditionner le **linge** en emballage étanche. **Ne pas le stocker dans la chambre.** Mettre immédiat sac en plastique le linge repris par la famille, pour éviter toute manipulation avant le traitement er
- Éliminer les protections des résidents par le circuit DASRI.

Informations aux résidents

- Maintenir le résident dans la chambre et arrêt temporaire des activités.
- Utiliser exclusivement les sanitaires de leur chambre.
- Réaliser une hygiène des mains après chaque passage aux toilettes.

Recommandations aux visiteurs

- Limiter les visites, en particulier des enfants, pendant la durée de l'épidémie.
- Éviter l'utilisation des sanitaires du patient.
- Réaliser une désinfection des mains à la sortie de la chambre.

CAS GROUPES GASTRO-ENTÉRITES AIGÜES (GEA)

Investigation et signalement

Objectif : Éviter ou contrôler une épidémie en collectivité de personnes âgées ou handicapées.

Les **gastro-entérites aiguës (GEA)** sont des infections digestives à prévalence hivernale et à transmission **oro-fécale** par contact **direct** avec un patient infecté ou par contact **indirect** avec l'environnement contaminé : aliments souillés ou gouttelettes projetées par les vomissements. Une GEA est définie par au **moins 2 selles molles ou liquides de plus / j que la normale pour le résident considéré, ou 2 accès de vomissements**

Les germes les plus fréquemment rencontrés sont :

- **pour les virus** : Norovirus +++, Rotavirus, Adenovirus entérique...
- **pour les bactéries** : Salmonella, Clostridium perfringens, Bacillus cereus, Staphylococcus aureus...

Détection des premiers cas (cf. fiche de surveillance)

Toute personne suspectant une GEA en informe l'infirmière ou le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement pour mise en œuvre des premières mesures de contrôle.

Recherche étiologique

Dès les premiers cas pour adapter les mesures et limiter l'ampleur de l'épidémie.

- ⇒ Prélèvements de selles de 5 patients différents, rapidement acheminés au laboratoire habituel, pour recherche virale simple orientée selon la clinique, la durée d'incubation et le contexte épidémiologique (diagnostic rapide de rotavirus, d'adenovirus).
- ⇒ En cas de négativité de ces premiers examens, après avis de l'ARS, envoi d'échantillon de selles au CNR des virus entériques (Dijon) pour recherche plus spécifique, réalisée gratuitement (prélever 5 selles diarrhéiques de 5 patients).

Penser à :

TIAC	NOROVIRUS	CLOSTRIDIUM DIFFICILE Toxinogène
<ul style="list-style-type: none"> - Survenue d'au moins 2 cas - Symptomatologie similaire - Source alimentaire commune 	<ul style="list-style-type: none"> - Incubation de 24 à 48 h, - Vomissements incontrôlables - Diarrhée non sanglante brutale - Evolution courte 2 à 3 jours - Nombreux résidents et personnels atteints - Contexte épidémique 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrhée post-antibiotique - Diarrhée simple ou parfois iléus avec fièvre, douleurs et hyperleucocytose - Spécifier sur le bon de coproculture la recherche CD et des toxines
<p>Déclaration Obligatoire ARS</p>	<p>Mesures Spécifiques : PHA norme virucide (norme EN 14 476 A1+)</p>	<p>Mesures Spécifiques : traitement environnement Javel et HDM par lavage simple + PHA</p>

Signalement (cf. fiche de signalement)

Au moins 5 cas en 4 jours chez les résidents → **SIGNELEMENT par fax ou mail à la CVAGS**
Coordonnées CVAGS (Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS Occitanie)
Mail : ars31-alerte@ars.sante.fr Fax : 05 34 30 25 86 tel : 0800 301 301

Investigation externe si besoin selon critères de gravité

- suspicions de TIAC
- ou présence de critères de gravité : hospitalisations et/ou décès attribuables à la GEA ;
- ou absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle.

L'ensemble des documents utiles est accessible au lien suivant : ARS <https://www.occitanie.ars.sante.fr/infections-respiratoires-et-gastro-enterites-aigues-en-ehpad>

Fiche de surveillance des IRA ou des GEA

1- Mode d'emploi



Pourquoi ?

Repérer des cas groupés nécessitant des mesures collectives (d'IRA ou de GEA)

Qui tient à jour ?



RECENSEMENT DES CAS DE GASTRO-ENTERITE AIGUËS (GEA)

En collectivité de personnes âgées- résidents /personnels



Nom de l'établissement

Nom de l'établissement: _____

Surveillance

Nombre de nouveaux cas

- 11
- 10
- 9
- 8
- 7
- 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

No	Nom et prénom	No chambre / Unité de soins	Age (ans)	Sexe	Symptômes et signes (cocher si présence)							Date du début de la maladie (jj-mm-aa)	Hospitalisation / décès	Lieu hospitalisation	Date de fin	Prélèvements (plvt) de selles			
					D	DA	N	V	F	C	A					Bactéries/parasites		Virus	
																Date plvt (jj-mm)	Résultats	Date plvt (jj-mm)	Résultats
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			

Traitement
Eviction

Abréviations : D=Diarrhée, DA=douleurs abdominales, N=Nausées, V= vomissements F=fièvre, C=céphalées, A=autres.

Conclusion

Anticipation et réactivité...



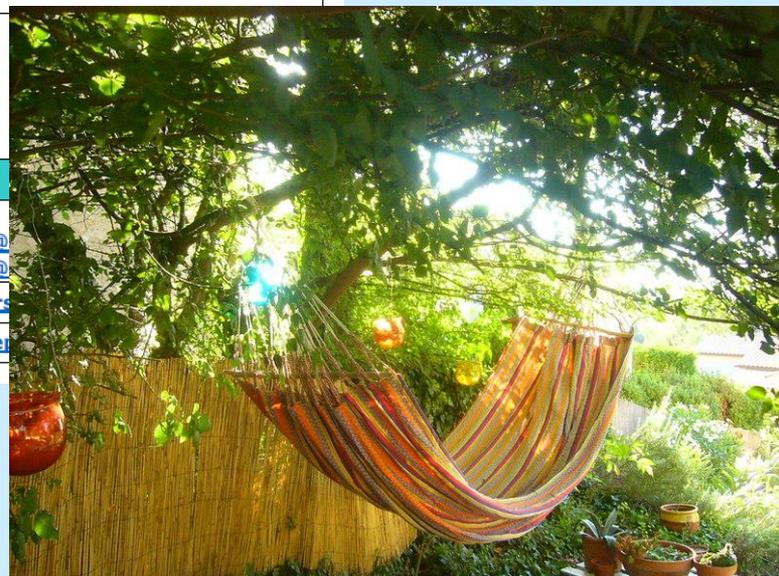
Fiche réflexe : l'alerte

→ Signalement interne : qui dois-je contacter ?

Nom	Tél	Fax	Mail

→ Expertise extérieure

Nom	Tél	Fax	
CPIAS Occitanie Toulouse	05 61 77 20 20	05 61 77 20 46	cpias-occitanie@...
Montpellier	04 67 33 74 69	04 67 33 75 81	cpias-occitanie@...
CVAGS (Toulouse)	0 800 301 301	05 34 30 25 86	ars31-alerte@ars...
CIRE Occitanie	05 34 30 25 25	05 34 30 25 32	occitanie@sante...



Pour rester zen...