

# PLAN LOCAL DE GESTION DES ÉPIDÉMIES EN EMS

Journée EHPAD – 20 novembre 2018  
Merci C Murlan et S Vandesteene

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



### Les points-clés

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL 2009 - 2013  
DE PREVENTION  
DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

Juillet 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 régionale<sup>20</sup> ;
- 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 précisées<sup>21</sup>.

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.



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](mailto:anne-marie.tahrat@social.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales et de la santé  
à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé  
(pour attribution et diffusion)

Copie pour information :  
Mesdames et Messieurs les préfets de région,  
Mesdames et Messieurs les préfets de  
département

INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du  
programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)  
dans le secteur médico-social 2016/2018

Date d'application : immédiate

NOR : AFSA1616507J

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP, le 10 juin 2016 - Visa CNP 2016 - 96.

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site [circulaires.gouv.fr](http://circulaires.gouv.fr) : oui

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application,  
sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux  
soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social vise à renforcer la prévention du risque  
infectieux dans le secteur médico-social par la mise en place d'une démarche d'analyse

# Contexte

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'aide 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.

# Contexte



## MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX : FAM et MAS

Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques	23
VI-1 : Gale	23
VI-2 : Tuberculose pulmonaire	23
VI-3 : Gastro-entérite	24
VI-4 : Infection respiratoire aigüe basse	24



**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

# Premier niveau

1

- Renforcement des mesures d'hygiène

2

- Déclenchement de l'alerte

3

- Evaluation de la situation : expertise interne/externe

4

- Mise en œuvre des mesures de 1<sup>ère</sup> intention

# Deuxième niveau

1

- Réunion de la cellule de crise

2

- Signalement à la CVAGS

3

- Mise en œuvre des mesures de 2<sup>e</sup> voire 3<sup>e</sup> intention, si nécessaire en lien avec les structures régionales

4

- Suivi des mesures et bilan

# Contacts à référencer

## Fiche réflexe : l'alerte

→ Signalement interne : qui dois-je contacter ?

Nom	Tél	Fax	Mail

→ Expertise extérieure

Nom	Tél	Fax	Mail
<b>CPIAS Occitanie</b> Toulouse Montpellier	05 61 77 20 20 04 67 33 74 69	05 61 77 20 46 04 67 33 75 81	<a href="mailto:cpias-occitanie@chu-toulouse.fr">cpias-occitanie@chu-toulouse.fr</a> <a href="mailto:cpias-occitanie@chu-montpellier.fr">cpias-occitanie@chu-montpellier.fr</a>
<b>CVAGS (Toulouse)</b>	0 800 301 301	05 34 30 25 86	<a href="mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr">ars31-alerte@ars.sante.fr</a>
<b>CIRE Occitanie</b> Toulouse Montpellier	05 34 30 25 24 04 67 07 22 86	05 34 30 25 32 04 67 07 22 88	<a href="mailto:ARS-LRMP-DSP-CIRE@ars.sante.fr">ARS-LRMP-DSP-CIRE@ars.sante.fr</a>

## Les ressources départementales

	Délégation départementale de l'ARS (DD)	Services de maladies infectieuses ou disposant d'un infectiologue
<b>Ariège</b>	05 34 09 36 36	CHIVA : 05 61 03 31 60 / 05 61 03 30 30
<b>Aude</b>	Non existante	SMIT du CHU Toulouse Purpan : 05 61 77 59 77
<b>Aveyron</b>	05 65 73 69 00	SMIT du CH Jacques Puel, Rodez : 05 65 55 22 80
<b>Gard</b>	04 66 76 80 84	SMIT du CHU Nîmes : 04 66 68 41 49
<b>Haute-Garonne</b>	05 34 30 24 00	SMIT du CHU Toulouse Purpan : 05 61 77 59 77 Hôpital Joseph Ducuing : 05 61 77 34 44
<b>Hautes-Pyrénées</b>	05 62 51 79 79	CH de Bigorre, Tarbes : 05 62 51 51 51
<b>Hérault</b>	04 67 07 (21 46 / 22 38 / 21 15)	SMIT du CHU Montpellier : 04 67 33 72 19
<b>Gers</b>	05 62 61 55 55	CH Auch : 05.62.61.32.40 / 05.62.61.32.32
<b>Lot</b>	05 81 62 56 00	CH Jean Rougier, Cahors : 05.65.20.50.50 / SMIT : 05.65.20.52.40
<b>Lozère</b>	04 66 49 40 76 / 40 97	SMIT du CHU Montpellier : 04 67 33 72 19
<b>Pyrénées Orientales</b>	04 68 81 78 00	SMIT du CH de Perpignan : 04 68 61 76 46 (consult), / 65 34 (hospit)
<b>Tarn</b>	05 63 49 24 24	Hôpital du Pays d'Autan, Castres : 05.63.71.62.61 / 05 63 71 63 71
<b>Tarn-et-Garonne</b>	05 63 21 18 76	CH de Montauban : 05 63 92 82 82

## CLAT Occitanie

Les 18 CLAT sont portés par :  
-16 établissements de santé  
-2 Départements (Gers, Hautes-Pyrénées)

CLAT	Adresse	Responsable médical	Coordonnées CLAT	FAX	IDE
09 - CHIVA	UMA Santé Publique 10 rue St Vincent 09100 PAMIER	BIBOULET Marie <a href="mailto:marie.biboulet@chi-val-ariege.fr">marie.biboulet@chi-val-ariege.fr</a>	<a href="mailto:clat@chi-val-ariege.fr">clat@chi-val-ariege.fr</a> 06 45 89 31 58 07 86 12 25 27	05.61.60.90.41	Elodie PETITGUILLAUME 06 45 89 31 58 <a href="mailto:elodie.petitguillaume@chi-val-ariege.fr">elodie.petitguillaume@chi-val-ariege.fr</a>
11 - CH Carcassonne	1060 Chemin de la Madeleine 11 CARCASSONNE	DUFRANC Alain	<a href="mailto:clat@ch-carcassonne.fr">clat@ch-carcassonne.fr</a> 04 68 24 26 89		
11 - CH Narbonne	Boulevard Lacroix 11100 NARBONNE	BONDARYEV Andriy	<a href="mailto:clat@ch-narbonne.fr">clat@ch-narbonne.fr</a> 04 68 42 63 51		
12 - CH Rodez	1 avenue de l'Hôpital 12000 RODEZ (dans les locaux du SMIT)	LORIETTE Mickaël <a href="mailto:m.loriette@ch-rodez.fr">m.loriette@ch-rodez.fr</a>	<a href="mailto:clat12@ch-rodez.fr">clat12@ch-rodez.fr</a> 05 65 55 22 87/80	05 65 55 22 89	Marie Hélène LAFON 05 65 55 22 87 <a href="mailto:clat12@ch-rodez.fr">clat12@ch-rodez.fr</a>
30 - CH Bagnols/Cèze	Avenue Alphonse Daudet 30200 Bagnols sur Cèze	CROUZET Julien	<a href="mailto:clat@ch-bagnolssurceze.fr">clat@ch-bagnolssurceze.fr</a> 04 66 79 79 14		
30 - CH Alès-Cévennes	811 Avenue du Dr Jean Goubert 30103 ALES	PERGE GOZKA Christine	<a href="mailto:dr.perge@ch-ales.fr">dr.perge@ch-ales.fr</a> 04 66 78 31 74		
30 - CHU Nîmes	Place du Pr Robert Debré 30029 Nîmes Cedex 9	CROUZET Julien	<a href="mailto:patrice.ray@chu-nimes.fr">patrice.ray@chu-nimes.fr</a> 04 66 68 43 11/04 66 68 32 21		
31 - HJD Toulouse	15 rue de Varsovie 31027 TOULOUSE Cedex 3	Le GRUSSE Jean DOUSSAU-THURON Sandrine MORA Dominique, NAOUN Houria NEGREVERGNE Marie	<a href="mailto:clat31@hid.asso.fr">clat31@hid.asso.fr</a> 05 61 77 50 30 05 61 77 50 80 05 61 77 50 10	05 61 77 50 90	Mme DEUDON Marie Mme FAGHOL Laure Mme LEPETIT Dominique Mme DALLY Andrea, infirmière coordinatrice <a href="mailto:ddvlat@hid.asso.fr">ddvlat@hid.asso.fr</a> 05 61 77 50 49

# Annexes : fiche réflexe et check list

- GEA – IRA : déjà diffusées depuis plusieurs années



- Gale : cas isolé et cas groupés
- Infection à Clostridium difficile
- Tuberculose

## Gestion du linge et des déchets

- Réaliser le traitement du linge dans les 12h après la prise médicamenteuse.
- **Port de surblouse à UU + gants obligatoires** pour les personnels assurant le traitement du linge.
- **Traitement de la literie (matelas, oreillers, traversins housés)** : Si housse en bon état, entretien au détergent désinfectant. Si housse dégradée : traiter la housse avec l'antiparasitaire, la plier côté contaminé vers l'intérieur et l'évacuer en ordures ménagères. Traiter ensuite la face exposée de la literie avec l'antiparasitaire et la retourner, mettre la nouvelle housse. Respecter un délai de 12h avant de la réutiliser.
- **Literie** : Pendant la durée du traitement, changer quotidiennement les draps, taies d'oreillers...
- Conditionner le **linge** en emballage étanche. **Ne pas le stocker dans la chambre.**
- **Linge lavable à une t° ≥ à 60 °C** : l'évacuer rapidement par le circuit habituel du linge selon le protocole de l'EMS.
- **Linge lavable à une t° ≤ à 60 °C** : mettre le linge dans un sac, le pulvériser avec un produit acaricide, fermer le sac, attendre le temps préconisé par le fabricant puis circuit habituel de traitement du linge. Port d'un masque pour les personnes chargées de cette tâche et ouverture des fenêtres.
- **Linge lavable à une t° ≤ à 60 °C et en l'absence de produit acaricide**, placer le linge dans un sac plastique fermé, pendant 3 jours pour une gale commune, pendant 8 jours pour une gale profuse.
- **Ne pas oublier de traiter les objets en tissus non lavables : coussins, peluches, pantoufles, assises de chaises,...**
- Si le linge personnel est confié à la famille, réaliser une mise en quarantaine d'au moins 72 heures dans un sac plastique fermé, identifié. Il est important de traiter en même temps vêtements et linge de lit utilisés depuis les dernières 72 heures (10 jours pour une gale profuse).
- **ATTENTION** : Certains acaricides vendus en supermarché peuvent avoir une composition comparable à ceux vendus en pharmacie. Cependant ils sont vendus pour traiter les acariens de la literie et des poussières de maison et aucun test spécifique n'a été effectué sur le cas particulier de la gale.

- Priv
- Pré
- paras

- Por
- mouil
- Lava
- sarc

- Dép
- Surf
- Net
- tissu
- mat
- préc

### Traitement

- Le traitement médicamenteux prescrit (Ivermectine) doit être pris à distance des repas (2h), généralement le soir. Une 2ème prise est à réaliser entre J8 et J14.
- L'efficacité du traitement est atteinte 8 à 12 h après la prise du médicament, un traitement de l'environnement le lendemain matin ne présente pas de risque de réinfestation, la personne étant protégée par son traitement.
- Si traitement local par badigeonnage : appliquer avec un pinceau individualisé et au nom du patient, sur peau propre et sèche (douche au savon doux avant), insister sur les lésions et les plis, renouveler l'application sur peau sèche 10 à 15 min après (durée de contact 12 à 24 h) ; mettre des vêtements propres et changer la literie. Pour la fréquence du badigeon, se référer aux modalités du produit utilisé (Vidal). Un badigeon peut être renouvelé une fois si nécessaire, 8 jours après le premier en fonction du médicament utilisé.
- Penser à couper les ongles.
- L'ensemble des traitements médicamenteux du cas et de son entourage, notamment pour la gale hyperkératosique, est synthétisé dans le document du HCSP de 2012 en page 48 au lien : <http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/gale.html>

### Informations au résident

- Suspendre sa participation aux activités collectives jusqu'à 48 h après la prise du traitement.
- Informer le résident de son maintien en chambre, repas compris.
- Réaliser un lavage simple des mains avant la sortie de la chambre.
- Limiter les déplacements au strict minimum. S'ils sont indispensables, la toilette devra être faite et le résident portera du linge propre.

### Recommandations aux visiteurs

- Envisager le traitement du premier cercle et limiter les visites pendant les 48 h suivant le traitement.
- Port de sur blouse à manches longues et de gants dès l'entrée dans la chambre à éliminer avant la sortie. Réaliser un lavage simple des mains.
- Eviter les contacts avec le résident en dehors du visage durant les 48 h suivant le traitement.
- Ne pas s'asseoir sur le lit, ou y déposer des objets ou des effets personnels.
- Ne pas emporter de linge ou d'objets du résident sans les consignes de l'équipe soignante.

### Précautions à prendre

Signalisation sur la porte de la chambre, planning, dossier...  
Application des mesures jusqu'à 48 h après le traitement

Pour chaque cas de gale, appliquer les précautions complémentaires contact Gale  
(Cf. fiche « CAS ISOLE DE GALE »).

#### Organisation

##### En complément de ces mesures :

- 1. Signaler dès l'apparition du premier cas** : le signalement en interne doit être réalisé le plus précocement possible au médecin et à l'infirmier coordonnateur, à la direction. Informer l'ensemble des généralistes et des intervenants extérieurs, pour une recherche active d'autres cas et pour limiter le risque de transmission.
- 2. Constituer une cellule de crise** réunissant les instances de l'établissement (direction, med-co et IDEC) sans oublier le responsable de la lingerie, du service d'entretien, du service administratif.
- 3. Effectuer un bilan de l'épidémie**  
Comptabiliser et identifier les cas certains et probables de gale (résidents et professionnels) ainsi que leurs sujets contacts. Ce recensement inclut les professionnels occasionnels et les visiteurs des résidents. Identifier le cas échéant le secteur géographique atteint pour adapter la conduite à tenir afin de circonscrire l'épidémie.
- 4. Instaurer des mesures d'hygiène générales**  
Renforcer l'hygiène des mains : lavage obligatoire au savon doux, ongles coupés courts.  
Limiter les contacts à risques : arrêter les activités, limiter les visites et les déplacements des cas.  
Eviction des personnels touchés jusqu'à 48h après la prise du traitement.
- 5. Réaliser une information large** : personnels, médecins généralistes, visiteurs, familles. (Modèles information document INVS 2008 lien : <http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/gale.html>)
- 6. Mettre en œuvre la stratégie thérapeutique et environnementale : importance de traiter les personnes, le linge et l'environnement dans un même temps**
  - 1. Traitement médicamenteux** : toutes les personnes de la collectivité malade ou non malade mais potentiellement exposées :
    - **En cas de gale commune**, toutes les personnes atteintes et les personnes ayant eu un contact cutané prolongé avec un cas (soins de nursing) ;
    - **En cas de gale profuse hyperkératosique ou d'épidémie importante**, toutes les personnes atteintes et l'ensemble des résidents et des professionnels vivant ou travaillant dans la collectivité sans oublier les professionnels occasionnels.
  - Fixer la **date de traitement collectif** après s'être doté de moyens humains et matériels suffisants (linge, produit d'entretien et acaricide...) et du stock de médicament nécessaire pour traiter l'ensemble des personnes recensées. Informer l'ensemble des professionnels (présents et absents) et visiteurs.
  - Réaliser la prise du traitement médicamenteux pour tous le même jour
  - 2. Mettre en place des mesures environnementales**  
**Le traitement du linge est indispensable au succès thérapeutique et indissociable du traitement individuel.**  
Réaliser le traitement du linge **dans les 12h après la prise médicamenteuse** : en cas de gale commune, inclure tout le linge utilisé depuis 48 à 72h. En cas de gale profuse ou hyperkératosique, inclure tout le linge utilisé depuis 8 à 10jrs. Cf traitement du linge « cas isolé de gale ».  
Traitement de l'environnement : dépoussiérage minutieux élargi (intérieur et extérieur des meubles). Surfaces et sols : réaliser **1 fois par jour l'entretien avec un détergent-désinfectant.**

## Investigation et signalement

**Objectif** : Contrôler une épidémie en collectivité de personnes âgées ou handicapées.

La gale est une infection cutanée très contagieuse.

Le parasite responsable *Sarcoptes scabiei hominis*, creuse des sillons dans la couche cornée de l'épiderme. La durée d'incubation est de 3 à 6 semaines, et réduite à moins de 3 jours lors d'une ré-infestation.

La contamination est inter humaine = contact cutané direct d'un sujet parasité à un autre sujet (soins de nursing), elle se fait aussi par l'intermédiaire de linge, literie ou vêtements contaminés, **surtout en cas de gale hyperkératosique.**

La vie en collectivité favorise la dissémination. Il est important de faire le diagnostic très tôt.

Les facteurs de risque de transmission sont les contacts rapprochés et la cohabitation d'un grand nombre de personnes dans un espace restreint. Pour les soignants ce sont surtout les soins de nursing qui favorisent la transmission.

#### Détection des cas

Toute personne suspectant un ou plusieurs cas de gale en informe l'infirmière ou le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement pour mise en œuvre des premières mesures de contrôle.  
Recensement actif des cas avérés et des nouveaux cas.

#### Recherche étiologique

**Dès le premier cas pour adapter les mesures et limiter l'étendue d'une épidémie.**

⇒ Evoquer le diagnostic de gale devant l'**association d'un prurit (à recrudescence nocturne) et présence de lésions cutanées** (eczématiformes et de grattage).

Gale commune : touche les doigts, poignets, aisselles, organes génitaux, pas d'atteinte du visage et du dos  
Gale profuse ou norvégienne : forme rare très contagieuse, atteinte généralisée avec lésions croûteuses.

⇒ Faire confirmer le plus rapidement possible le diagnostic par un dermatologue. Le résultat négatif d'un prélèvement cutané ne permet pas d'éliminer le diagnostic de la gale.

#### Signalement (cf. fiche de signalement)

**Au moins 2 cas diagnostiqués en moins de 6 semaines d'intervalle** → **Signaler sans délai à l'ARS**  
**Chez les résidents et/ou les personnels**

**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](mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr)

Fax : 05 34 30 25 86

tel : 0800 301 301 (gratuit)

#### Investigation externe si besoin selon critères de gravité

En cas de situation non maîtrisée ou de cas groupés, faire appel au CPIAS Occitanie

CHECK LIST GALE		
A remplir dès la confirmation du premier cas et en cas d'épidémie		
EMS :		
Check-list remplie le :		
LES MESURES	FAIT	COMMENTAIRES
<b>Pour les personnes symptomatiques (dès l'apparition du cas)</b>		
Mise en place des précautions complémentaires Contact Gale (blouses manches longues, gants, savon doux)		
Eviction des activités collectives jusqu'à 48 h après la prise du traitement		
Maintien en chambre y compris pour les repas et réduction des déplacements au strict minimum jusqu'à 48 h après la prise du traitement		
Renforcement de l'hygiène des mains (résidents, personnel, intervenants, visiteurs...) avec <b>lavage au savon doux</b>		
Traitement du linge personnel et du linge de lit selon protocole		
Traitement de l'environnement (mobilier en tissu, matelas, oreillers...) selon protocole		
Maîtrise des visites et information des proches		
<b>Recherche étiologique</b>		
Diagnostic par médecin traitant ou dermatologue		
Recherche du sarcopte par prélèvement cutané		
<b>Stratégie thérapeutique : traitement, gestion du linge et de l'environnement à faire en même temps</b>		
Disponibilité des consommables barrières (blouse à manches longues, gants)		
Disponibilité du traitement curatif oral et/ou local selon la prescription du médecin traitant		
Disponibilité des produits acaricides et du linge		
Date du traitement curatif selon prescription médecin traitant : 1 <sup>ère</sup> prise et 2 <sup>ème</sup> prise (entre J8 à J14) - oral et/ou local		
Organisation du traitement de l'environnement maxi 12h après le traitement curatif		
Information des mesures de protection à prendre par le personnel de la blanchisserie interne ou externe		
<b>Pour le personnel symptomatique</b>		
Traitement et éviction de 48 à 72 h après la prise du traitement		
Traitement environnemental et des tenues du vestiaire		
<b>Informations</b>		
Information direction, cadre de santé, IDEC		
Information médecin coordonnateur et traitants		
Information de tout le personnel interne et des intervenants externes de la structure		
<b>Surveillance</b>		
Surveillance active et recensement de l'apparition de nouveaux cas chez les résidents et le personnel		

# Check list Gale

Mesures complémentaires en cas d'épidémie		
<input type="checkbox"/> si au moins 2 cas de gale en moins de 6 semaines d'intervalle (résident et ou personnel), signaler à l'ARS <input type="checkbox"/> gale commune <input type="checkbox"/> gale profuse/hyperkératosique		
Mesures générales		
Mise en place de la cellule de crise		
Recherche active des cas (résidents, personnels et visiteurs)		
Stratégie thérapeutique : traitement, gestion du linge et de l'environnement à faire en même temps		
Suspension des activités collectives		
Disponibilité de la totalité du traitement topique ou général pour l'ensemble des résidents et personnels		
Renforcement des équipes et dotation suffisante de linge, de produits d'entretien et acaricide pour procéder à la désinfection des locaux		
Traitement simultanée de tous les résidents de la structure, des professionnels internes ou externes à la structure et les contacts des cas atteints		
Traitement environnemental des surfaces non lavables par des produits acaricides des lieux communs		
Informations		
Information par le med-co de l'ensemble des médecins généralistes		
Information des professionnels de la CAT		
Informations des résidents et des familles		
Affichage des mesures à suivre à l'entrée de l'établissement		
Information EMH et/ou CPIAS si besoin		

# CAS D'INFECTION AIGUË A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ICD)

## Précautions à prendre

Précautions complémentaires CONTACT dès la suspicion du premier cas

Signalisation sur la porte de la chambre, planning, dossier...

Application des mesures jusqu'à 48 à 72 heures après la disparition de la diarrhée

### Organisation

- Ne pas transférer le résident symptomatique et limiter les visites
- Privilégier le matériel à usage unique et individualiser le matériel réutilisable. A défaut, **nettoyer et désinfecter ce matériel réutilisable en sortant de la chambre.**
- Prévoir des dotations complémentaires en matériel à usage unique (surblouses, gants...). **limiter le stock de matériel à usage unique dans la chambre aux besoins d'une journée.**

### Recommandations aux soignants et aux intervenants externes

- **Lavage des mains obligatoire pour éliminer les spores (SHA inactive).**
- Surblouse à manches longues dès l'entrée de la chambre + tablier plastique à UU si soins mouillants ou souillants.
- Port des gants dès l'entrée dans la chambre, à renouveler entre deux soins, à retirer avant la sortie de la chambre, suivi d'un lavage des mains
- **Gestion des excréta** : Évacuer rapidement les selles. Éliminer les protections en DASRI ou acheminer le bassin avec couvercle au lave-bassin (LB). A défaut de LB **utiliser des sachets protecteurs de bassin et/ou de chaise percée et désinfecter le bassin entre 2 usages. A défaut de LB ou sac protecteur, vider les selles au vidoir et réaliser un entretien avec un détergent-désinfectant sporicide ou un nettoyage suivi d'une désinfection à l'eau de Javel. Ne jamais utiliser de douche.**

### Entretien des surfaces et des locaux

- **Nettoyer et désinfecter la housse de matelas lors de la réfection du lit** au détergent désinfectant sporicide (ex Oxyfloor\*) ou eau de javel
- Surfaces et sols : réaliser au minimum **1 fois par jour l'entretien avec un détergent-désinfectant sporicide ou un nettoyage complet (déterSION, rinçage) suivi d'une désinfection à l'eau de Javel à 0,5 % de chlore actif.** (1l d'eau de javel à 2.6% ou 1 berlingot à 9.6% de chlore actif pour un seau de 5l)
- Insister sur tous les objets relais : barrières, interrupteurs...

### Gestion du linge et des déchets

- **Conditionner le linge en emballage étanche.** Ne pas le stocker dans la chambre. Pour le linge repris par la famille, le mettre immédiatement dans un sac en plastique fermé pour éviter toute manipulation et à laver à part rapidement
- Éliminer tous les déchets en DASRI y compris les produits d'incontinence.

# FT Clostridium difficile

## Investigation et signalement

**Objectif :** Contrôler un cas et éviter une épidémie en collectivité de personnes âgées ou handicapées.

### Informations aux résidents

- Limiter les déplacements. Déplacement possible si toilette réalisée, port de linge propre
- Arrêter les activités du résident malade pendant la phase diarrhéique.
- Réaliser un lavage simple des mains avant la sortie de la chambre.

### Recommandations aux visiteurs

- Limiter les visites.
- Ne pas s'asseoir sur le lit, ne pas utiliser les toilettes du patient.
- Lavage simple des mains obligatoire à la sortie de la chambre.

**Clostridium difficile (CD)** est une bactérie responsable d'infection digestive, à contamination par voie **oro-fécale**. La **transmission** de personne à personne se fait par contact **direct** (manuportage) avec un patient infecté ou par contact **indirect** avec l'environnement contaminé. Seules les souches toxigènes de *C. difficile* sont pathogènes. L'isolement de la souche par culture est une étape indispensable pour pouvoir caractériser un clone épidémique (par exemple souche O27).

### Détection des cas

Toute personne suspectant une ICD en informe l'infirmière ou le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement pour mise en œuvre des premières mesures de contrôle. Une recherche active d'autres cas doit être faite

### Recherche étiologique

- Dès le premier cas pour adapter les mesures et limiter la survenue d'une épidémie.
- ⇒ Evoquer le diagnostic d'ICD devant toute diarrhée post-antibiotique (diarrhée simple) et en cas d'iléus avec fièvre, douleurs abdominales et hyperleucocytose.
  - ⇒ Réaliser un prélèvement de selles avec demande spécifique de recherche de toxines de *Clostridium difficile* par le laboratoire habituel (recherche non comprise dans une coproculture classique). Devant des cas groupés ou sévères, demander une culture pour typage de la souche

### Signalement

#### Signaler sans délai à l'ARS

- Tous les cas d'ICD sévères
- Ou les cas groupés d'ICD, c'est à dire la survenue d'au moins 2 cas d'ICD dans le même secteur en 4 semaines

#### 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](mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr) Fax : 05 34 30 25 86 tel : 0800 301 301 (gratuit)

### Investigation externe si besoin selon critères de gravité

En cas de situation non maîtrisée ou de cas groupés, faire appel au CPIAS Occitanie

**CHECK LIST ICD**

**A remplir dès la confirmation de l'épidémie**

EMS :		
Check-list remplie le :		
<input type="checkbox"/> si cas sévère ou 2 cas d'ICD dans le même secteur en 4 semaines, signalement à l'ARS réalisé le		
LES MESURES	FAIT	COMMENTAIRES
<b>Pour les résidents symptomatiques (dès la suspicion du premier cas)</b>		
Mise en place des précautions complémentaires Contact		
Maintien en chambre avec prise des repas en chambre		
Arrêt temporaire des activités collectives jusqu'à disparition des diarrhées		
Entretien renforcé de la chambre avec détergent-désinfectant sporicide ou nettoyage complet (déterSION, rinçage) suivi d'une désinfection à l'eau de javel		
Nettoyage et désinfection de la housse de matelas lors de la réfection de lit		
Renforcement de l'hygiène des mains (résidents, personnel, intervenants, visiteurs...) avec lavage au savon doux obligatoire + FHA si soins à risque en suivant		
Utilisation de sacs protecteurs de bassins ou de chaises pots...		
Désinfection des bassins ou chaises pots entre 2 usages		
Conditionnement du linge en emballage étanche (sac à lien de fermeture hydrosoluble)		
Renforcement de l'entretien des communs (mains courantes, poignées de porte...)		
Limite des visites et information des proches		
<b>Recherche étiologique</b>		
Coproculture avec demande spécifique de recherche de toxines de <i>Clostridium difficile</i>		
<b>Stratégie thérapeutique</b>		
Alimentation adaptée (menus adaptés en cuisine)		
Réhydratation et surveillance hydrique		
Traitement curatif selon avis médecin traitant		
<b>Pour le personnel</b>		
Port de blouses à manches longues et de gants dès l'entrée de la chambre + tablier plastique à UU en cas de soins mouillants souillants A retirer avant la sortie de la chambre		

# Check list ICD

Informations		
Information direction et cadres de santé		
Information médecin coordonnateur et médecins traitants		
Information des mesures de protection à prendre par le personnel de la blanchisserie interne ou externe		
Information de tout le personnel interne et des intervenants externes		
Information EMH et/ou CPIAS si besoin		
Surveillance		
Surveillance active de l'apparition de nouveaux cas chez les résidents		

### Précautions à prendre

#### Précautions complémentaires AIR dès la suspicion du cas

Signalisation sur la porte de la chambre, planning, dossier...  
Application des mesures jusqu'au transfert du résident en structure sanitaire

#### Organisation

- Dès suspicion, envisager le transfert en établissement sanitaire. Dans l'attente, le résident doit être en chambre individuelle porte fermée.
- Prévoir des dotations complémentaires en matériel à usage unique (masque FFP2...). **limiter le stock de matériel à usage unique dans la chambre aux besoins d'une journée.**

#### Recommandations aux soignants et aux intervenants externes

- **Masque de protection FFP2 avant d'entrer dans la chambre pour toute personne (soins, bio nettoyage et vie quotidienne). À éliminer après la sortie de la chambre. Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains après retrait du masque.**
- **Maintenir fermée la porte de la chambre même lors de l'entretien.**

#### Entretien des surfaces et des locaux

- **Aérer la chambre plusieurs fois par jour fenêtre ouverte et porte fermée (attention pas de courant d'air).**
- Réaliser l'entretien quotidien au détergent-désinfectant. Au départ du résident, bionettoyage normal après au moins deux heures d'aération.

#### Gestion du linge et des déchets

- Elimination habituelle du linge sale et des déchets (DAOM)

#### Informations aux résidents

- **Ne pas sortir de la chambre sans masque chirurgical** et limiter les déplacements.
- Arrêter les activités du résident malade jusqu'à l'admission dans une structure sanitaire.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains à la sortie de la chambre.

#### Recommandations aux visiteurs

- Limiter les visites au strict minimum et les interdire aux enfants.
- Maintenir la porte de la chambre fermée.
- Mettre un appareil de protection respiratoire (FFP2) avant d'entrer dans la chambre y compris en l'absence du résident et l'ôter après la sortie de la chambre une fois la porte refermée.
- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains après retrait du masque.

# FT Tuberculose

## Investigation et signalement

**Objectif :** Contrôler un cas et éviter tout risque de transmission en collectivité de personnes âgées.

La tuberculose est une **maladie infectieuse** touchant principalement le poumon. L'agent pathogène est *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacille de Koch. **La transmission se fait par voie aérienne** à partir de microparticules de toux et d'expectorations en suspension dans l'air.

#### Détection des cas

Toute personne suspectant une tuberculose en informe l'infirmière ou le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement pour mise en œuvre des premières mesures de contrôle. Evaluation du niveau de risque de transmission dans l'entourage (professionnels, intervenants extérieurs, familles et visiteurs) avec l'aide du CLAT du secteur.

#### Recherche étiologique

Pour adapter les mesures et éviter tout risque de transmission.

- ⇒ Evoquer le diagnostic de tuberculose devant la présence de toux fréquente depuis plus de 3 semaines, de crachats évoquant une pathologie tuberculeuse
- ⇒ **SANS DÉLAI** ⇒ **transfert en établissement sanitaire pour diagnostic étiologique**

#### Signalement (cf. fiche de signalement)

**Signaler sans délai par l'établissement qui a réalisé le diagnostic**

- Maladie à déclaration obligatoire (cerfa 13351)
- **Signalement nominatif à l'ARS et au CLAT du lieu de domicile du cas.**

**ARS : 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](mailto:ars31-alerte@ars.sante.fr) Fax : 05 34 30 25 86 tel : 0800 301 301 (gratuit)

**CLAT :** selon département, cf tableau dans le document « Plan local épidémies »

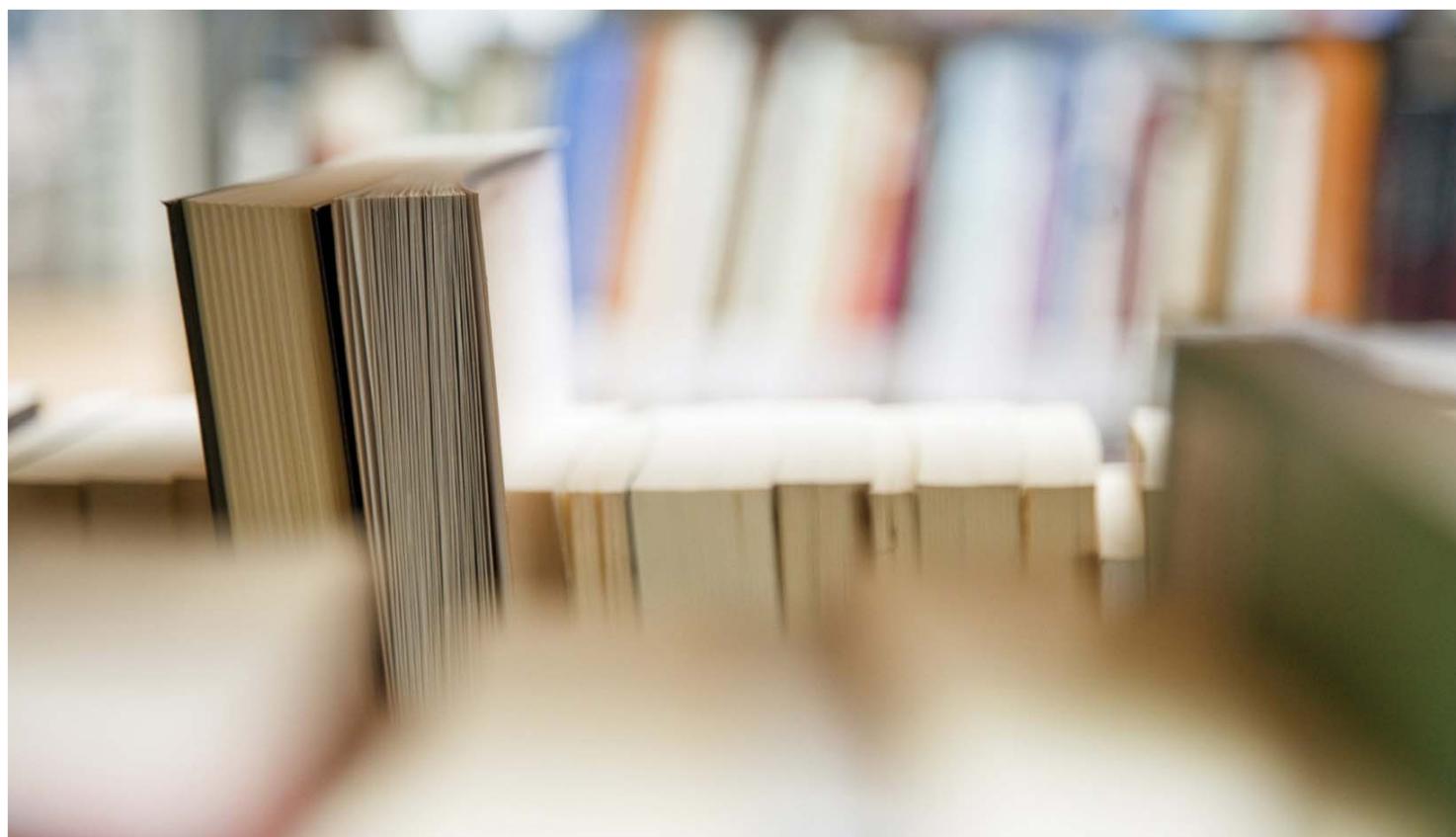
#### Investigation externe si besoin selon critères de gravité

En cas de situation non maîtrisée ou de cas groupés, faire appel au CPIAS Occitanie

# Check list Tuberculose

CHECK LIST TUBERCULOSE A remplir dès la suspicion du cas		
EMS :		
Check-list remplie le :		
<input type="checkbox"/> si diagnostic posé (résident et ou personnel), signaler à l'ARS (Déclaration Obligatoire) et CLAT		
LES MESURES	FAIT	COMMENTAIRES
<b>Pour le résident symptomatique (dès la suspicion du cas)</b>		
Mise en place des précautions complémentaires Air		
Maintien en chambre porte fermée		
Arrêter les activités collectives jusqu'à l'admission dans une structure sanitaire		
Aération de la chambre plusieurs fois par jour fenêtre ouverte et porte fermée		
Limiter les déplacements au strict minimum et ne pas sortir de la chambre sans masque chirurgical		
Maîtrise des visites et information des proches		
Organisation du transfert vers une structure sanitaire		
<b>Recherche étiologique</b>		
<b>Stratégie thérapeutique</b>		
<b>Pour le personnel</b>		
Port du masque FFP2 avant d'entrer dans la chambre même en l'absence du résident		
Maintenir la porte de la chambre fermée		
<b>Informations</b>		
Information direction, cadre de santé, IDEC		
Information médecin coordonnateur et médecins traitants		
Information de tout le personnel interne et des intervenants externes de la structure		
Information EMH et/ou CPIAS		
<b>Surveillance</b>		

## Un document à travailler



Pour une réactivité optimum



# Merci

...  
CPIAS Occitanie Montpellier 04 67 33 74 69

CPIAS Occitanie Toulouse 05 61 77 20 20

