

Prévention du risque infectieux COVID dans le contexte variant Omicron

Adaptation des mesures
EOH – EMH – EMS

14 01 2022



Taux d'incidence 14/01/2022

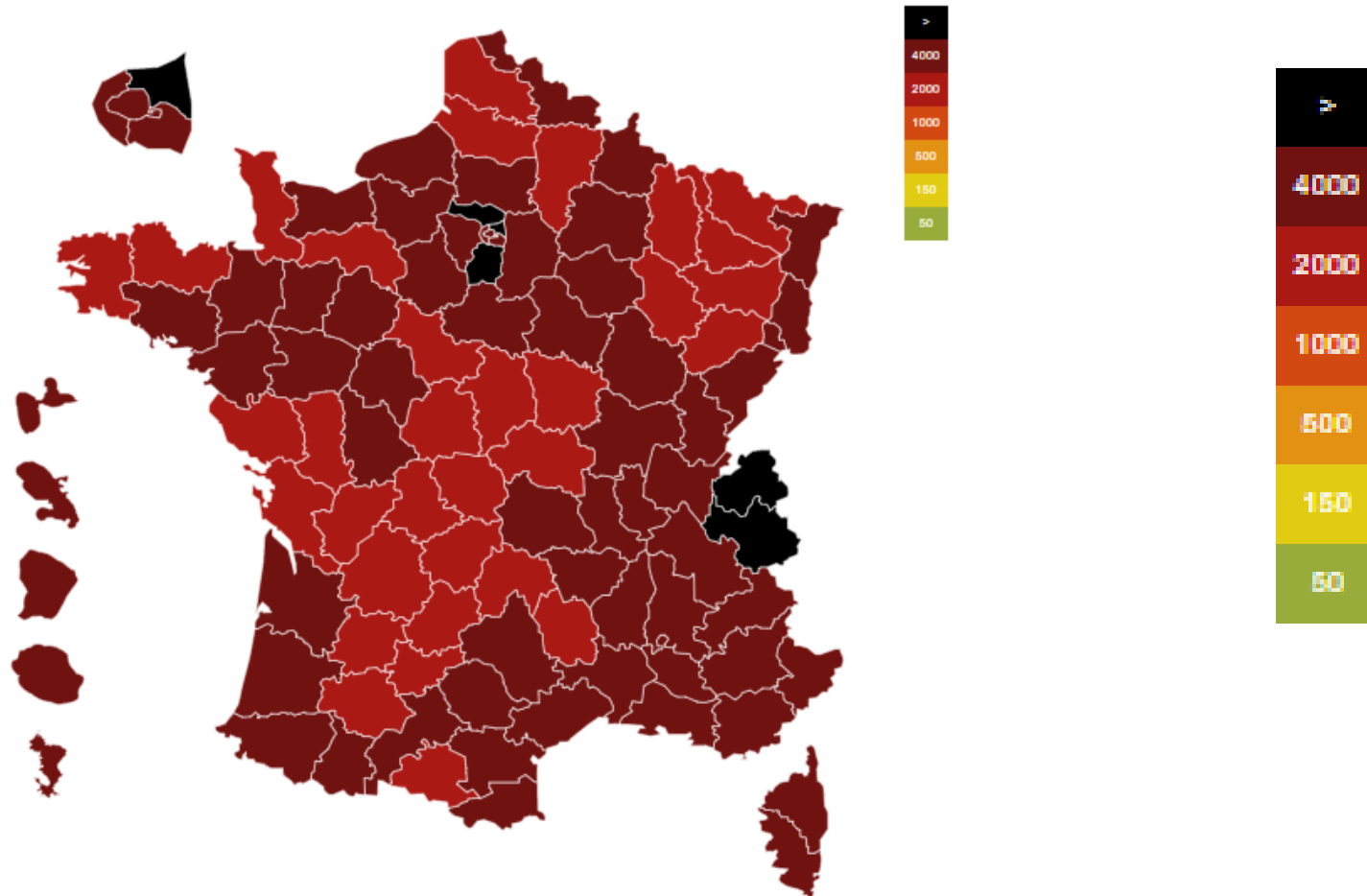
Taux d'incidence

Nombre de cas cette semaine pour 100k habitants, données du 10/01 (J-3).

27/12/21 : les couleurs ont été changées en raison de valeurs élevées du taux d'incidence.

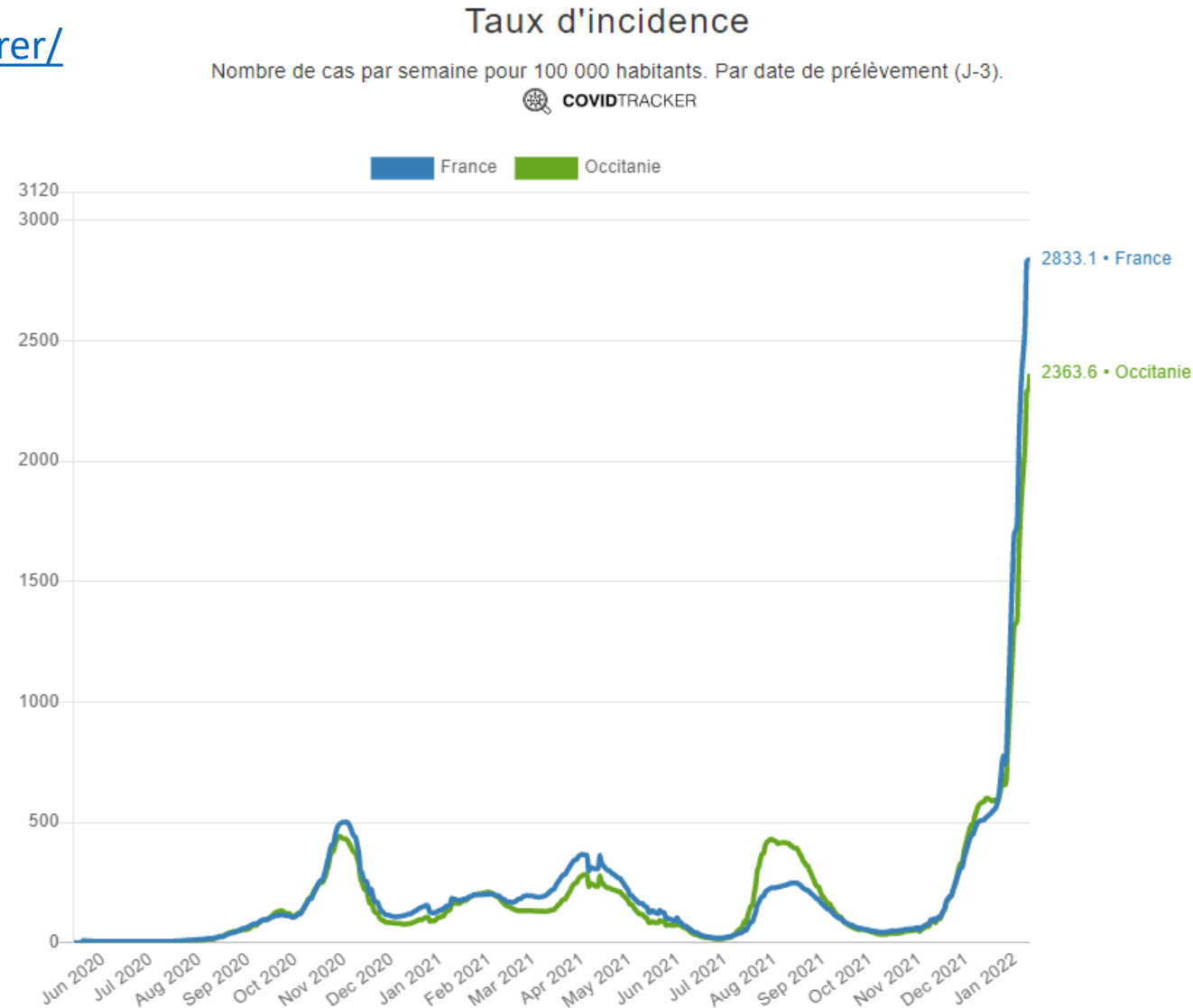


<https://covidtracker.fr/>



Evolution incidence au 14/01/2022

<https://covidtracker.fr/covidexplorer/>



Omicron au 14/01/2022

<https://covidtracker.fr/>

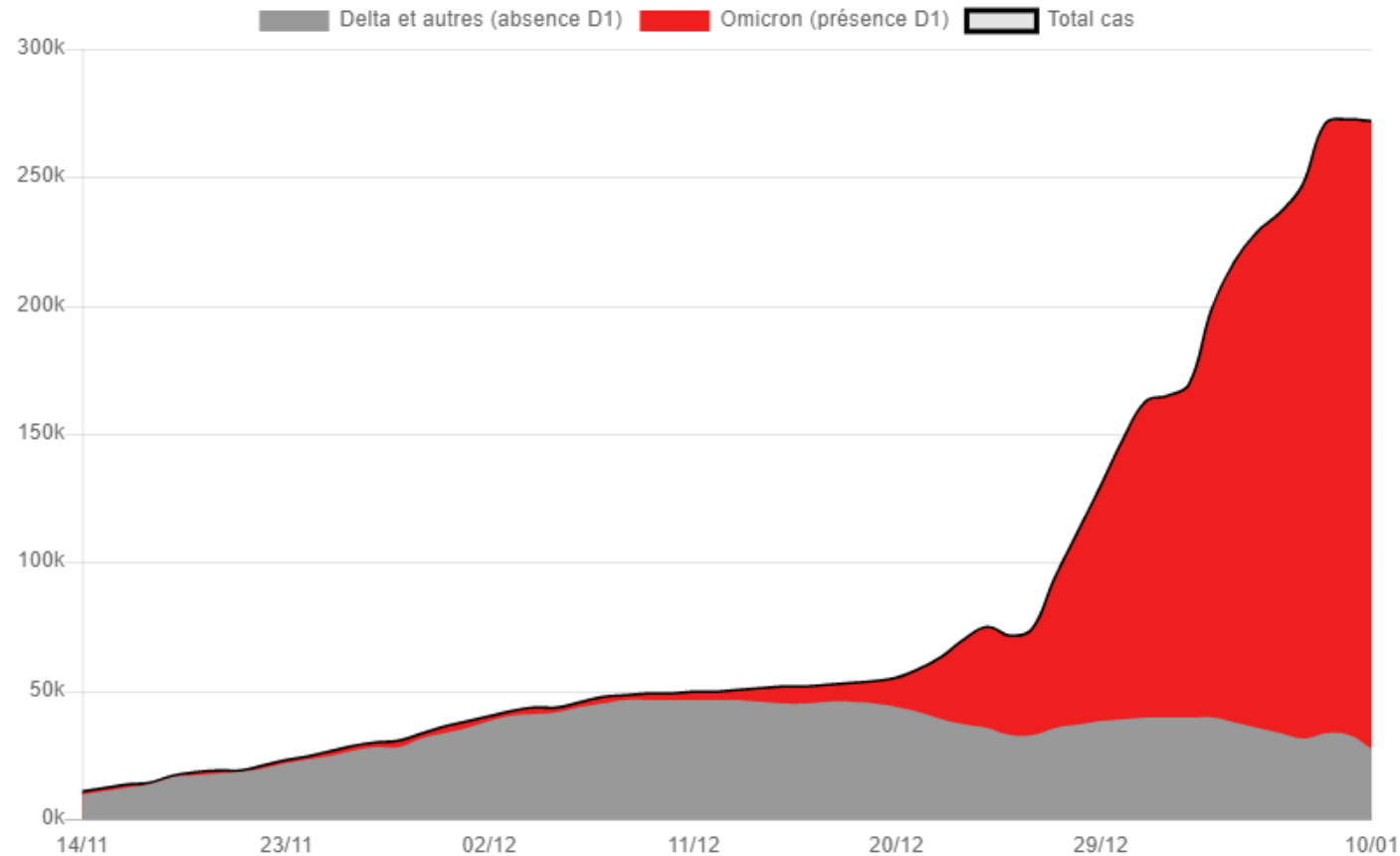
Omicron

Le suivi d'Omicron est de nouveau possible. [En savoir plus >](#)

On suspecte qu'Omicron représente jusqu'à 90.0 % des cas positifs en France.

Idem en Occitanie

Cela correspond à la proportion de tests criblés n'ayant pas la mutation L452R (non présente sur Omicron, mais présente sur Delta).



Hospitalisation site Geodes 14/01/2022

https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=covid_hosp_txad.tx_prev_hosp&s=2022-01-09&selcodgeo=76&t=a01&view=map1

Taux de prévalence d'hospitalisation des patients avec diagnostic COVID-19

ACTIONS ⚙

Chiffres-clés 2022-01-09

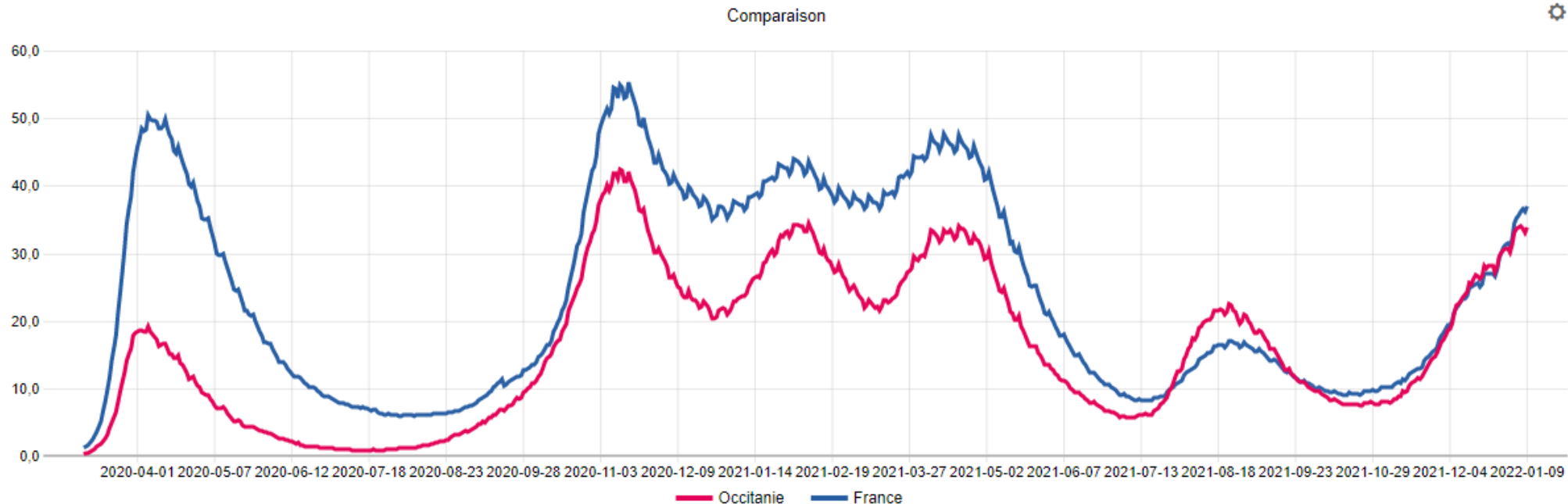
France : **37,0 pour
100 000 hab.**

Occitanie :
**33,9 pour 100
000 hab.**

Statistique	France
minimum	18,6 (Pays de la Loire - 52)
maximum	61,2 (Guyane - 03)
médiane	35,2
observations valides	18 sur 21

Graphiques et comparaisons

Évolution temporelle comparée



Hospitalisation soins critiques site Geodes 14/01/2022

https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&i=covid_hosp_txad.tx_prev_hosp&s=2022-01-09&selcodgeo=76&t=a01&view=map1

< Taux de prévalence d'hospitalisation en soins critiques des patients avec diagnostic COVID-19

> ACTIONS ⚙

Chiffres-clés 2022-01-09

France : **6,3 pour
100 000 hab.**

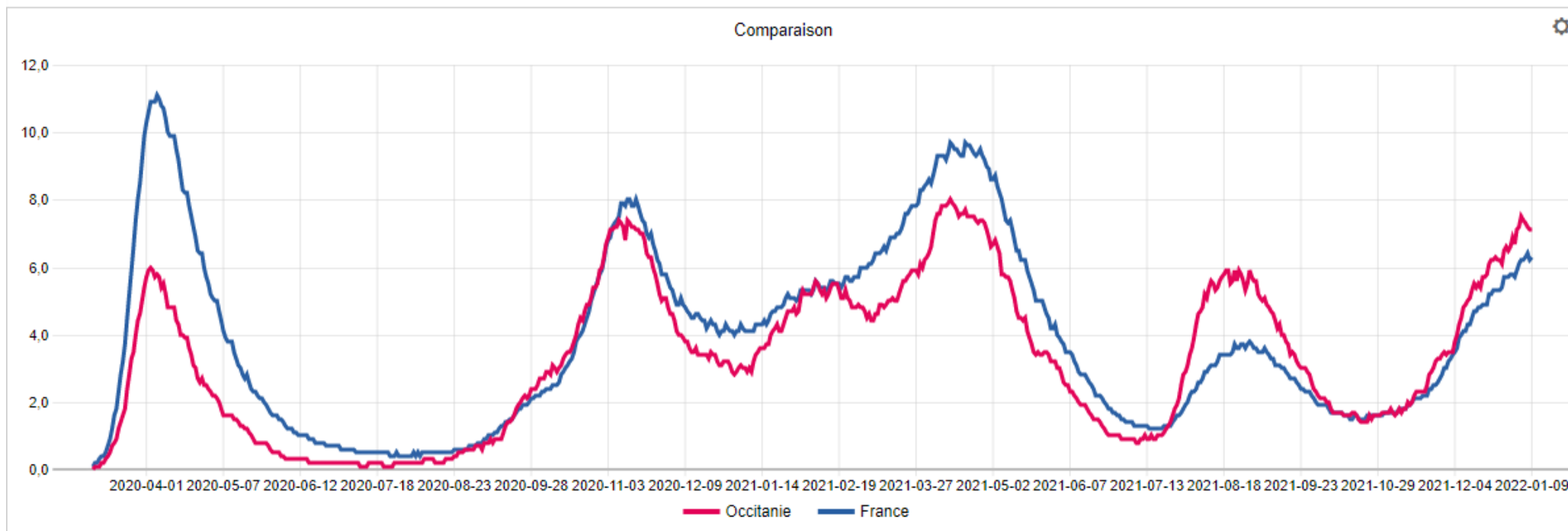
Occitanie : **7,1 pour
100 000 hab.**

Statistique	France
minimum	3,0 (Bretagne - 53)
maximum	11,1 (Martinique - 02)
médiane	5,4
observations valides	18 sur 21

Graphiques et comparaisons

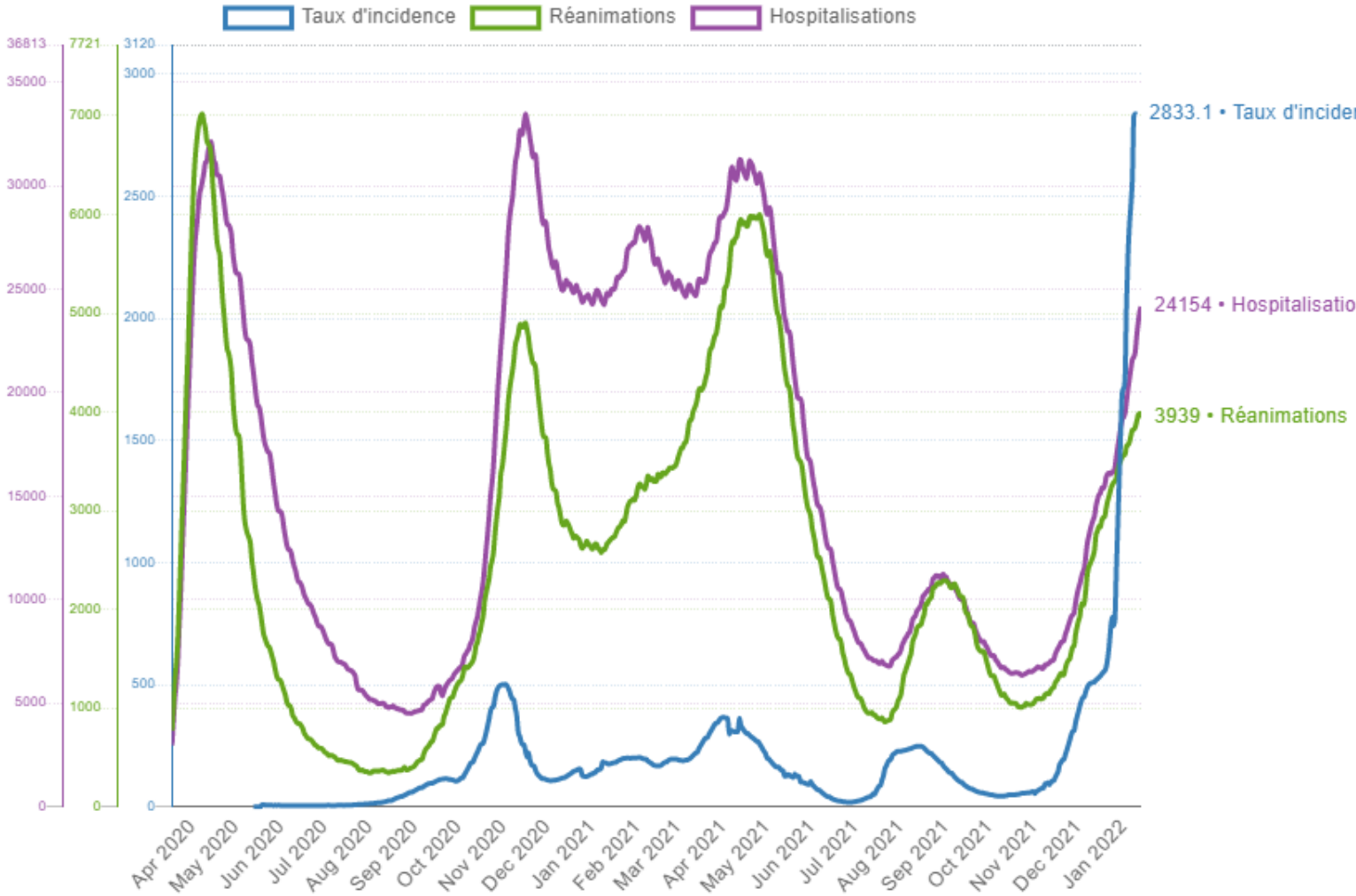
Évolution temporelle comparée

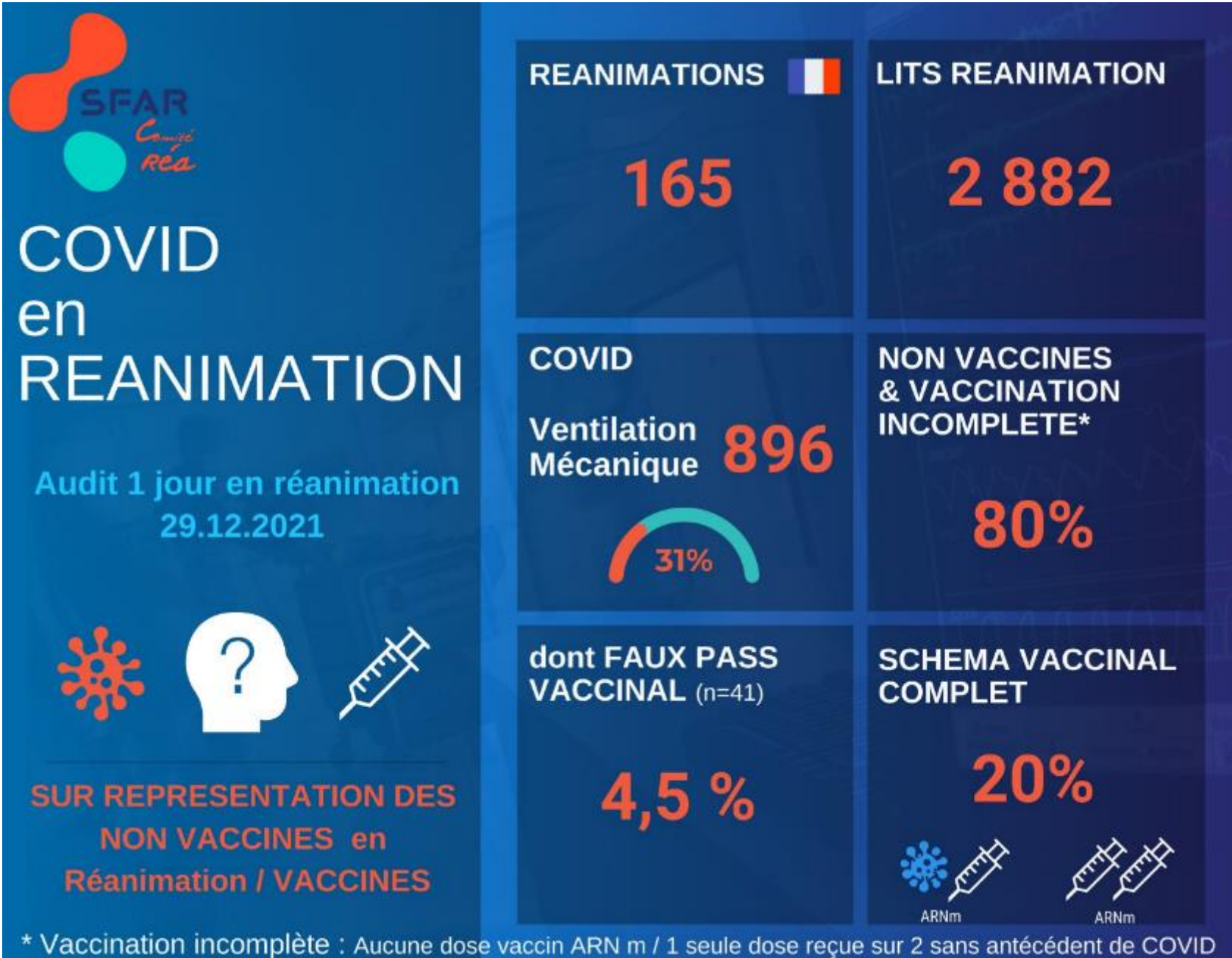
Comparaison



France

Taux d'incidence : Nombre de cas par semaine pour 100 000 habitants. Par date de prélèvement (J-3). Réanimations : Nombre de lits de réanimation occupés à l'hôpital pour Covid19. Hospitalisations : Nombre de lits occupés à l'hôpital pour Covid19.





Vaccinés/non vaccinés

<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>

Tests positifs chez les personnes vaccinées et non vaccinées

Source : data.gouv.fr

Localisation

France entière

Mise à jour : 26/12/2021

Nombre de tests positifs
chez les personnes non
vaccinées

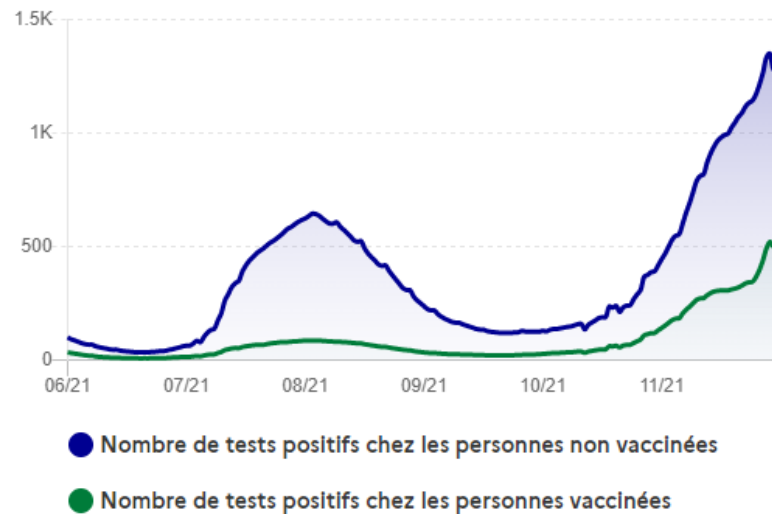
1305.95

14.36 % en 7j

Nombre de tests positifs
chez les personnes
vaccinées

514.64

48.67 % en 7j



Nombre d'entrées en soins critiques chez les personnes vaccinées et non vaccinées

Source : data.gouv.fr

Localisation

France entière

Mise à jour : 26/12/2021

Nombre d'entrées en soins
critiques chez les
personnes non vaccinées

211.07

11.97 % en 7j

Nombre d'entrées en soins
critiques chez les
personnes vaccinées

11.80

5.12 % en 7j

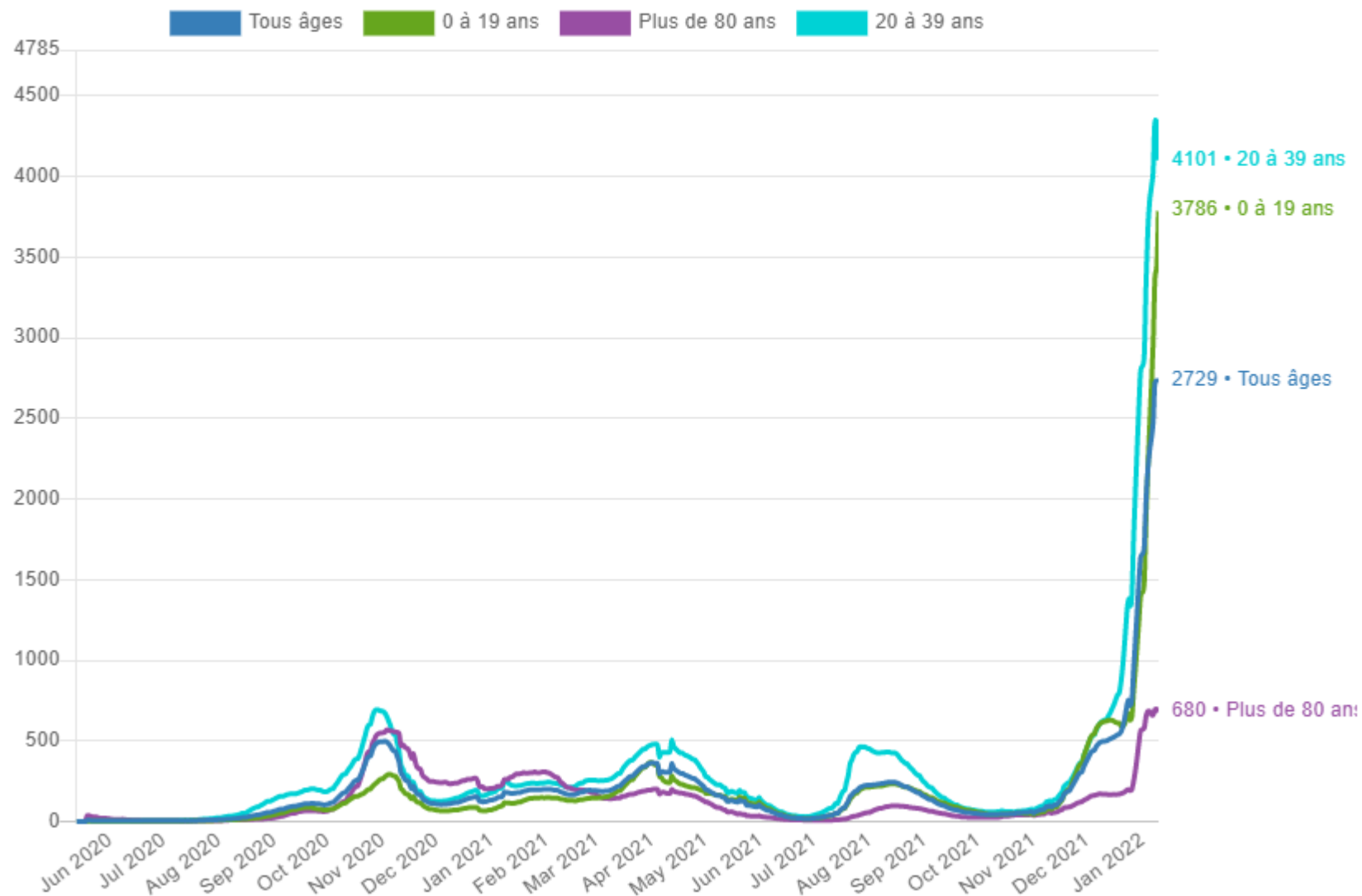


14/01/2022

<https://covidtracker.fr/covidexplorer/>

Taux d'incidence - France

Nombre de cas par semaine pour 100 000 habitants.



Occitanie : données ESMS

Figure 12- Nombre de signalements COVID-19 rapportés dans les établissements sociaux et médico-sociaux par date de début des signes du 1er cas et type d'établissement, du 06/07/2020 au 09/01/2022 (source : Surveillance dans les ESMS, au 12/01/2022) - Semaine 02 incomplète

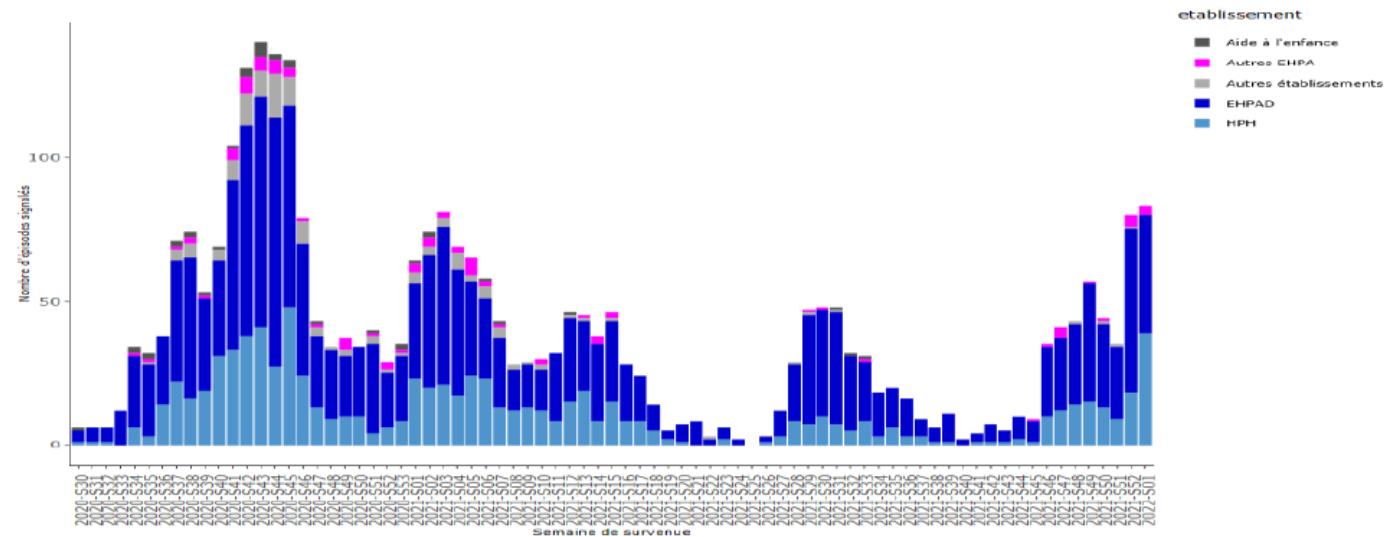
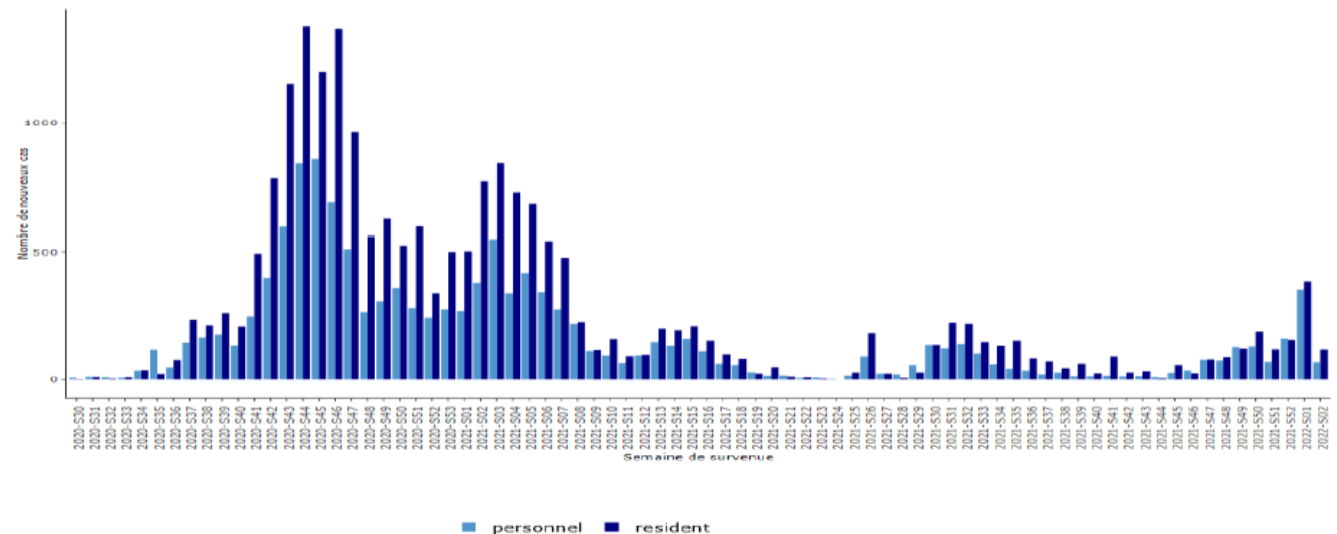
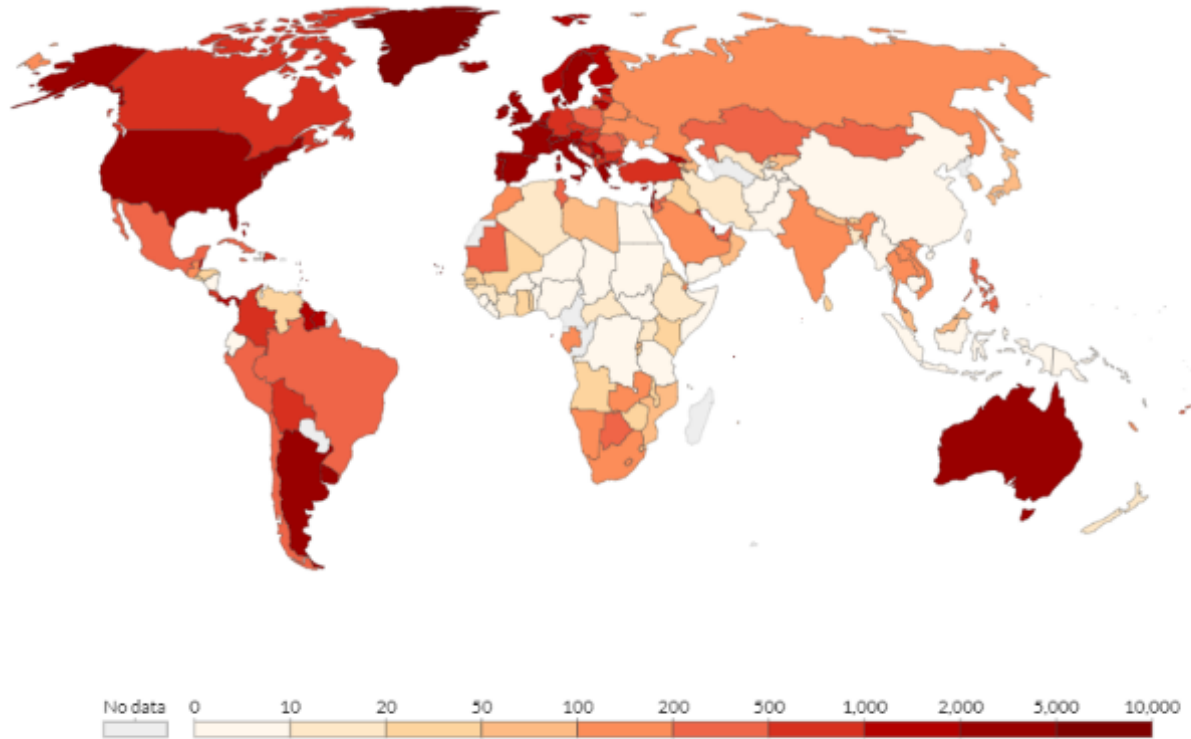


Figure 13- Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine, du 20/07/2020 au 09/01/2022 (source : Surveillance dans les ESMS, au 12/01/2022) - Semaine 02 incomplète



En Europe et dans le monde : 14 /01/2022

<https://covidtracker.fr/covidtracker-world/>



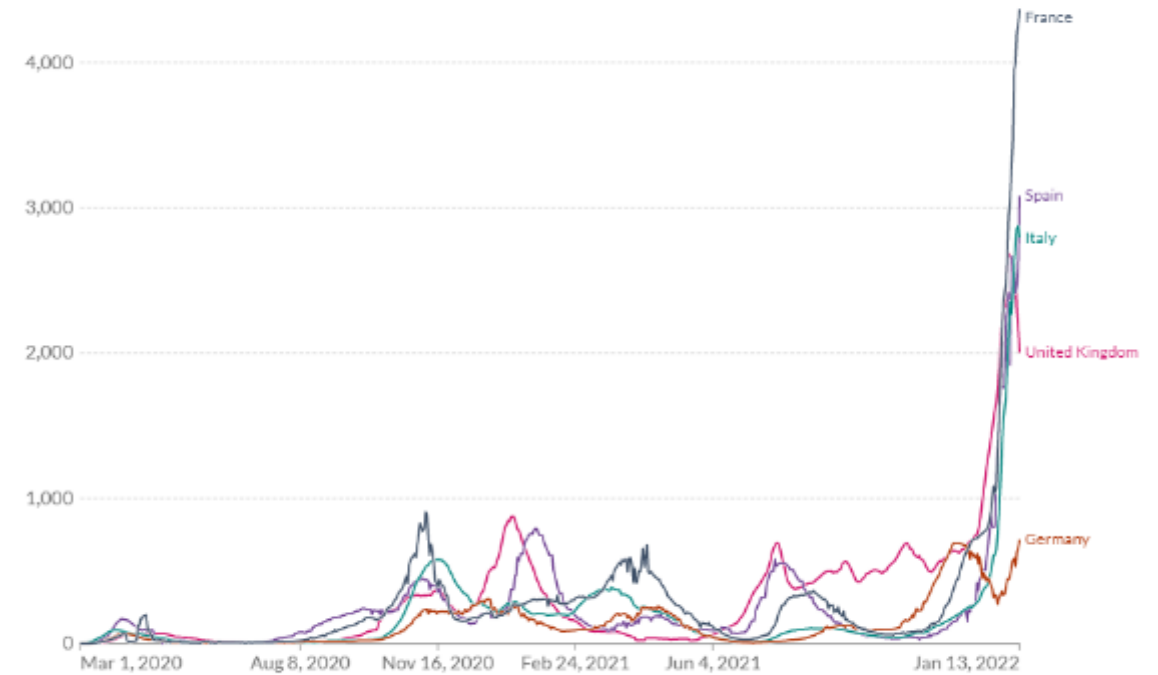
Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

► Jan 28, 2020 Jan 13, 2022

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

LINEAR LOG



CC BY Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

► Jan 29, 2020 Jan 13, 2022

Durée d'isolement et éviction professionnelle

En population

DATE : 02/01/2021

REFERENCE : DGS-URGENT N°2022_01

TITRE : NOUVELLES DOCTRINES POUR L'ISOLEMENT DES CAS DE COVID-19 ET LA QUARANTAINE DES PERSONNES CONTACTS



Chez les soignants

DATE : 02/01/2022

REFERENCE : MARS N°2022-01

OBJET : ACTUALISATION DES CONDUITES A TENIR EN MATIERE D'EVICITION POUR LES PROFESSIONNELS DU SYSTEME DE SANTE ET DU CHAMP MEDICO-SOCIAL

Durée d'isolement



Société française d'Hygiène Hospitalière

A l'hôpital



NOTE

relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19
4 janvier 2022

EN EMS



Coronavirus (Covid-19)

ETABLISSEMENTS ET SERVICES ACCUEILLANT DES PERSONNES
AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

MESURES DE PROTECTION DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES



En communautaire

REFERENCE : DGS-URGENT N°2022_01



VOUS ÊTES...

	POSITIF	CAS CONTACT
AVEC UN SCHÉMA VACCINAL COMPLET	• Isolement de 5 jours si le test antigénique ou PCR réalisé le 5^e jour est négatif et en l'absence de symptômes depuis 48 heures • Isolement de 7 jours dans le cas contraire	• Pas d'isolement • Test antigénique ou PCR immédiat • Autotest à J+2, J+4*
AVEC UN SCHÉMA VACCINAL INCOMPLET	• Isolement de 7 jours si le test antigénique ou PCR réalisé le 7^e jour est négatif et en l'absence de symptômes depuis 48 heures • Isolement de 10 jours dans le cas contraire	• Isolement de 7 jours • Test antigénique ou PCR à l'issue de l'isolement

VOTRE ENFANT DE MOINS DE 12 ANS EST...

*J = jour où vous apprenez que vous êtes cas contact

	POSITIF	CAS CONTACT
QUEL QUE SOIT SON STATUT VACCINAL	• Isolement de 5 jours si le test PCR ou antigénique réalisé le 5^e jour est négatif et en l'absence de symptômes depuis 48 heures • Isolement de 7 jours dans le cas contraire	• Test antigénique ou PCR immédiat • Autotest à J+2, J+4* • Attestation sur l'honneur des parents de la réalisation de ces tests. S'ils sont négatifs, il peut aller à l'école

Professionnel COVID + Schéma vaccinal complet

REFERENCE : MARS N°2022-01



PCR ou TAG positif

**Asymptomatique ou
Pauci-symptomatiques**

(absence de signes resp. comme toux
et éternuements)

**Symptomatique :
isolement 7 jours**

dérogation possible si tension,
dans le respect des gestes barrières et sans pause ou
repas commun

**Affectation prioritaire dans services sans patients à
risque de formes grave**

**reprise à J5 jours
possible si TAG ou
PCR<0**

Professionnel contact Schéma vaccinal complet

**Contact à
risque**



Test antigénique ou
PCR immédiat pour
contact tracing

Maintien au travail

Respect des gestes barrières en s'isolant des
autres membres de leur équipe lors des pauses
et des repas collectifs

du dernier contact avec le cas

Autotest à J2

Autotest à J4

Dépistage des contacts en ES et EMS

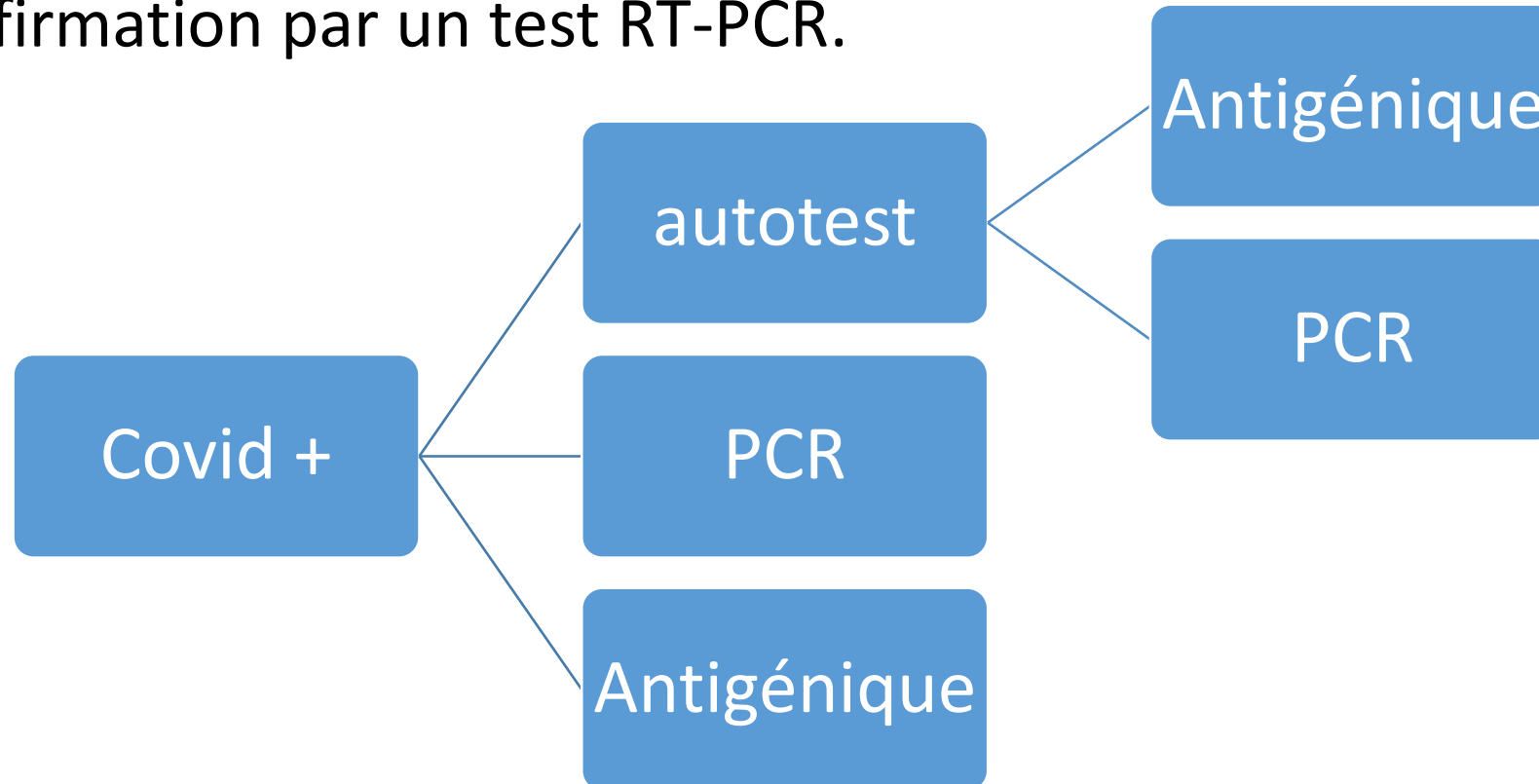
J0 et J7

- **ES** : contact à risque d'un cas de COVID-19 chez un patient, un professionnel ou un visiteur, à J0 et à J7
- **EMS** : dès l'apparition d'un cas
 - tests de tous les **contacts à risque** identifiés quel que soit le statut vaccinal de la personne avec mesure de quarantaine limitée au CAR.
 - tests de tous les résidents de l'établissement ne bénéficiant pas d'un schéma vaccinal complet;

En attente de l'évolution de cette doctrine nationale en contexte Omicron : proposition en réunion ARS-Cpias-SPf du 13 /01 : **test intermédiaire à J3 (TAG ou PCR) si possible (pb disponibilité des tests, d'acceptabilité...)**

TITRE : PRELEVEMENT NASAL, PRIORISATION, AUTOTESTS PERSONNES-CONTACT : ADAPTATION DE LA DOCTRINE DE TEST

- en cas d'autotest positif, il convient de confirmer le résultat par un test RT-PCR ou antigénique.
- Les tests antigéniques positifs ne doivent plus faire l'objet d'une confirmation par un test RT-PCR.





DATE : 11/01/2022

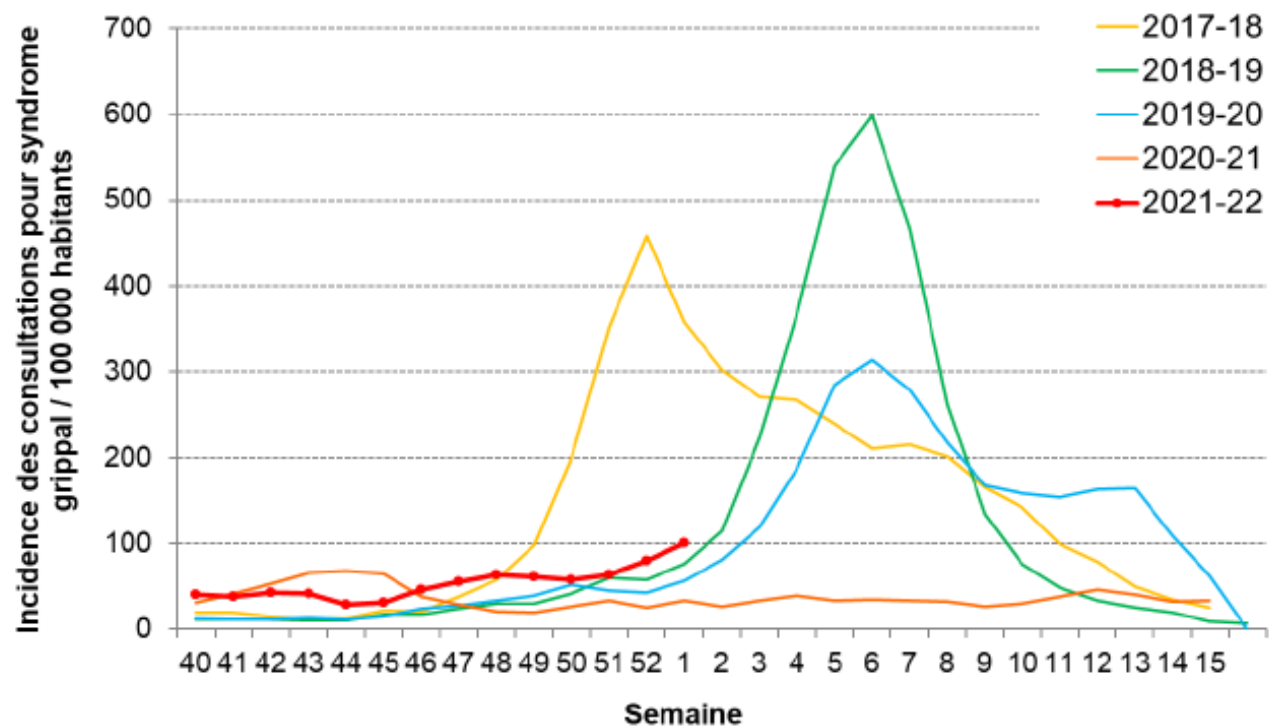
REFERENCE : MINSANTE N°2022_06

OBJET : DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES EN ETABLISSEMENTS MEDICOSOCIAUX (RAPPEL) ET PROLONGATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE JUSQU'AU 28 FEVRIER 2022

- impossibilité de différencier cliniquement la grippe et la Covid-19
- disponibilité de traitements antiviraux spécifiques différents contre la grippe et la COVID-19,
- recherche simultanée des virus grippaux et du SARS-CoV-2 chez les résidents symptomatiques en collectivité pour personnes âgées, personnes handicapées adultes et enfants ou personnes à besoins spécifiques.
- Dès l'apparition de symptômes évocateurs chez un résident, recherche par tests moléculaires (RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé) préférentiellement par **test duplex RT-PCR Grippe/SARS-CoV-2** ou par défaut un test de recherche étiologique pour chacun des deux virus

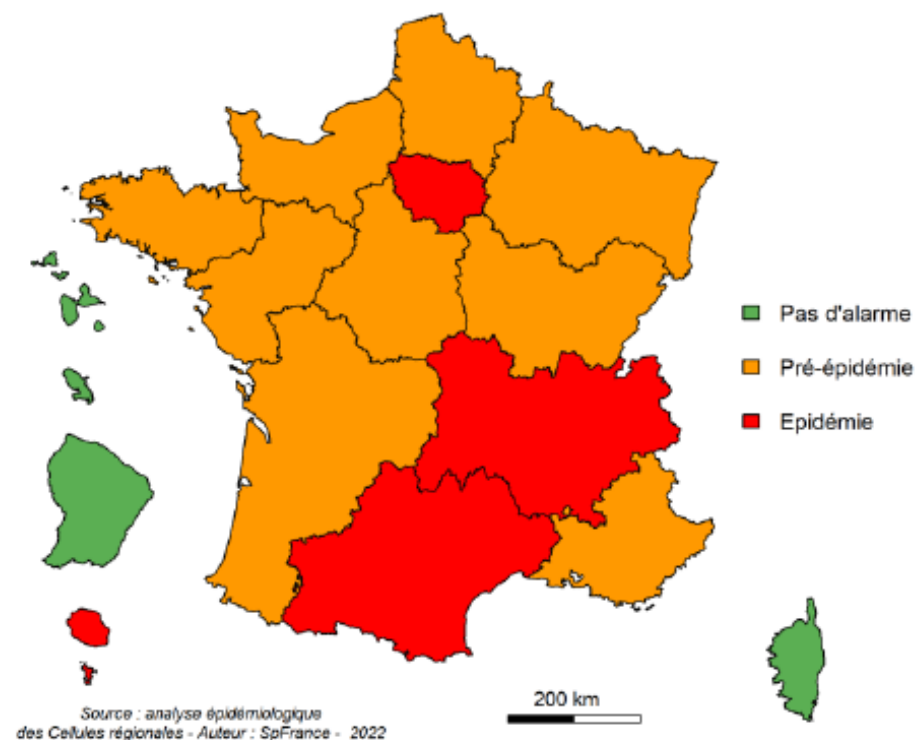
Epidémio grippe semaine 1

Figure 1: Taux de consultations pour syndrome grippal pour 100 000 habitants en métropole des saisons 2017-18 à 2021-22



Source: Réseau Sentinelles

Figure 2 : Niveau d'alerte régional en semaine 01/2021

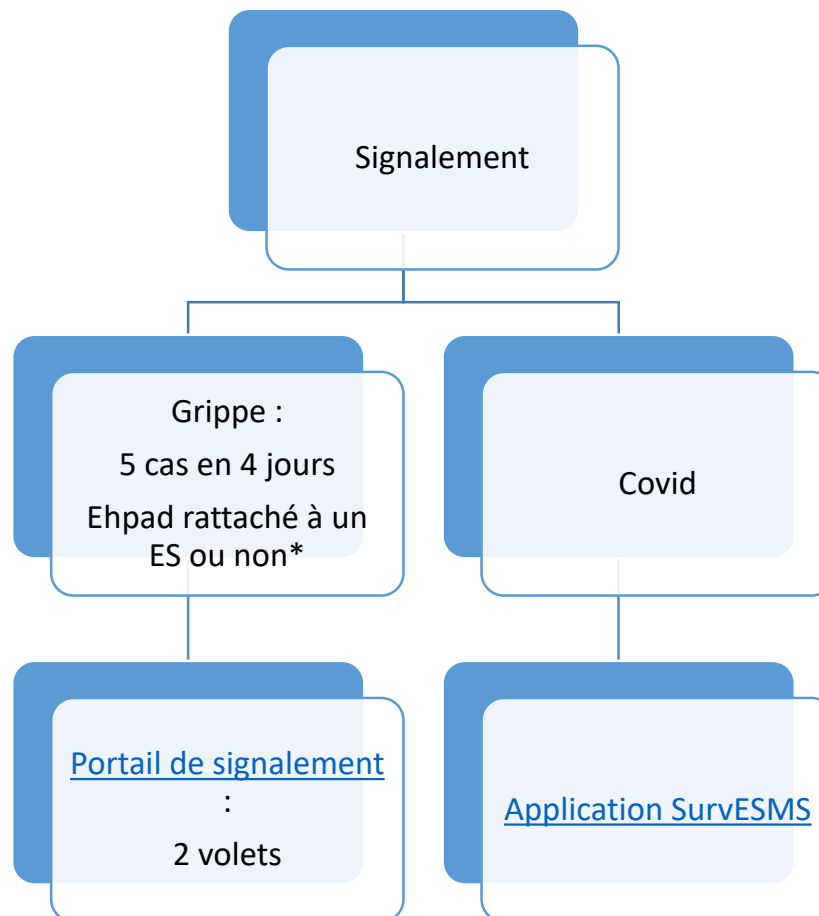




DATE : 11/01/2022

REFERENCE : MINSANTE N°2022_06

OBJET : DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES EN ETABLISSEMENTS MEDICOSOCIAUX (RAPPEL) ET PROLONGATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE JUSQU'AU 28 FEVRIER 2022



* INSTRUCTION N° DGS/VSS1/DGCS/SPA/2019/211 du 30 septembre 2019 : Tous les EHPAD, quel que soit leur statut (adossé ou non à un établissement sanitaire), signalent dorénavant ces cas groupés via le portail de signalement

Rappel outil plan local des épidémies

<https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/epidemie/plan-local-de-gestion-des-epidemies-en-ems/>

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



Les points-clés

Mars 2018
MAJ septembre 2020

CAS GROUPES
INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜES (IRA)
Précautions à prendre

Précautions complémentaires GOUTTELETTES dès l'apparition du premier cas

Signalisation sur
Application des mesures ju

- Prévoir du matériel dédié aux patients et réutilisable quotidiennement et des souillures.
- Prévoir des dotations complémentaires en matériaux d'hygiène (PHA, détergent-désinfectant).

Recommendations were as follows:

- Se désinfecter les mains par PMA systématique la chambre.
- Porter un masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre.
- Éviter les déplacements du personnel au sein de la chambre.
- Éviter les déplacements du personnel au sein de la chambre.

Entretien de

- Aérer la chambre régulièrement.
- Réaliser le bio nettoyage (en insistant sur les) au moins 1 fois par jour avec un détergent-déodorant.

Gestion d'

- Conditionner le linge selon les précautions traitées
- Eliminer les déchets selon le circuit habituel.

Informa

- Maintenir le résident dans la chambre dès le départ
- Utiliser des mouchoirs en papier à usage unique
- Si sortie de la chambre, porter un masque chin
- Réaliser une hygiène des mains avant la sortie.

Recommendations

- Limiter les visites, en particulier des enfants, p
- Porter un masque dès l'entrée dans la chambre
- Réaliser une désinfection des mains à la sortie.

- Avant la période épidémique : vacciner les *néo-grippe*.
- Pendant la période épidémique : discuter de l'oseltamivir (Targiva®) dans les 48 heures après l

Si cas groupés de grippe, discuter de l'intérêt du

CPAS Occitanie, Montpellier
04 67 33 74 69
calan-norche@cpas-montpellier.fr
Mars 2020

CAS GROUPES
INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜES (IRA)

Investigation et signalement

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

- **signes généraux** : fièvre, céphalée, sueur, arthralgies, altération brutale de l'état mental ou d'end.
- **signe fonctionnel ou physique** : dyspnée, douleur thoracique, sifflement, signe vasculatoire.

Détection des premiers cas (cf. fiche de surveillance)

Le médecin diagnostiquant une IRA (sans pathologie de digestion) informe l'infirmer coordonnateur ou le directeur de l'établissement pour la mise en œuvre des premières mesures de

Recherche étiologique

Pourquoi ?

- Sujet particulièrement fragile et à risque de complication grave de grippe : permet de discuter traitement par antiviraux (en période grippale).
- Prévention d'un usage inapproprié des antibiotiques.

Quand

- En période de circulation grippale, les Tests de Diagnostic Rapide de la grippe (TDR) sont recommandés (précisément *non* *pharyngé*), à réaliser chez les 8 cas les plus récents (NR le moins suivant le tableau).
- En cas de négativité des tests grippaux, d'autres diagnostics seront évoqués : virus pouvant être légionelle (origine aérobie), pneumocoque (idéale), coqueluche...
- Hors de la période grippale, les TDR grippes ne sont pas recommandés, au profit d'une recherche classique adossée à la clinique et au séro.

Une liste de TDR de grippe contenant des renseignements utiles est à disposition, sur le site de FARS (lien : <https://www.ecdc.europa.eu/fr/en/topics/infectious-diseases/flu>).

Signalerkennungs

Recevez 5 cas en 4 jours → NORMALEMENT par le portail https://normalement-social.com/fr/page/libre_utilisateur/index.html?accueil
Butique : e-Mobilite, e-contrat, une intervention de l'assistant social et une surveillance continue
 Coordonnées CAVAS | Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS Occitanie
 Mail : arcs3.alerthe@ars.occitanie.fr Fax : 05 54 50 25 88 Tel : 0800 500 500

- 5 échantillons au plus attribuables à l'épisode infectieux survenant en moins de 8 jours ;
- ou 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée ;
- ou absence de diminution de l'incidence des nouveaux cas, dans la semaine suivant la mise en place

L'ensemble des documents utiles est accessible au lien suivant : ARS <https://www.ars.ans.univ-lorraine.fr/ressources-et-outils-antiracket-suisse-en-ahpud>

[illegible]

Infections respiratoires aiguës

A 30x30 grid with a vertical line at column 12 and a horizontal line at row 12. The grid is divided into four quadrants by these lines. The columns are labeled 1 to 30 at the bottom, and the rows are labeled 1 to 30 on the left side.

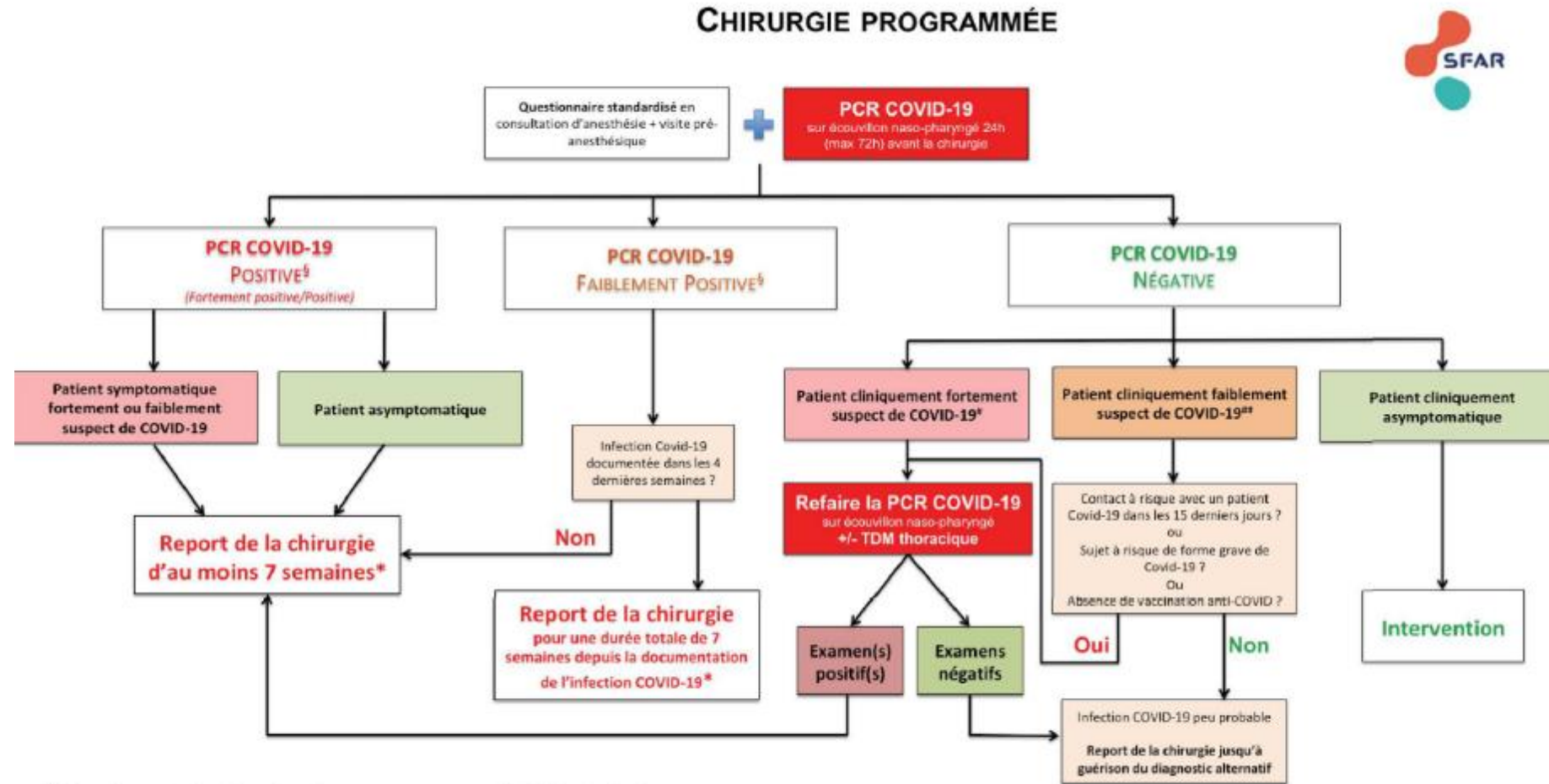
Condition d'admission

NOTE

relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19
4 janvier 2022

- **PCR systématique** pour tout patient, vacciné ou non, sans antécédent de COVID ≤ 2 mois
 - ayant des **symptômes** évocateurs de COVID-19, **même mineurs, dès leur apparition,**
 - **contact** d'un cas de COVID-19 patient, professionnel ou visiteur, à J0 et à J7
- Selon la situation épidémique régionale ou locale, dépistage :
 - avant une chirurgie ou une hospitalisation conventionnelle,
 - lors d'une admission en urgence.
- Un nouveau dépistage entre J5 et J7 peut être proposé (stratégie d'établissement).

Reco SFAR, juin 2021



[§] ≥1 symptôme majeur et/ou ≥2 symptômes mineurs

^{§§} 1 critère mineur isolé

[§] selon les recommandations de la SFM

* période optimale de report, à discuter au cas par cas en cas de chirurgie semi-urgente en fonction du rapport bénéfice/risque (Cf. R2.2)

Chambres doubles

NOTE

relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19
4 janvier 2022

2 patients covid+ (quelque soit le variant)

2 patients immunisés non immunodéprimés

Patients non immunisés ≠ MCO et SSR

Chambres doubles patients non immunisés sans signes clinique de Covid19

MCO

après 24 ou 48
heures

5 jours si le futur
voisin à risque de
forme grave

SSR

Après 14 jours
d'hospitalisation
(sans cluster)

Chambres individuelles

NOTE

relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19
4 janvier 2022

Nécessaires

suspects de COVID-19,

contacts d'un cas de COVID-19,

sévèrement immunodéprimés ou à risque d'échec vaccinal

de retour de pays dits « rouges ou écarlates » pendant la période de quarantaine*,

Si réalisation de manœuvres respiratoire à haut risque d'exposition pour le voisin de chambre (oxygénothérapie à haut débit, VNI, kiné respiratoire, ...).

Fortement recommandées

patients non immunisés à risque de forme grave de COVID-19,

ayant des troubles envahissant du comportement



Levée d'isolement EMS MAJ 21 dec 2021



Coronavirus (Covid-19)

ETABLISSEMENTS ET SERVICES ACCUEILLANT DES PERSONNES
AGEES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

MESURES DE PROTECTION DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES



Symptomatique 10 jrs
avec au moins 48 h sans
fièvre



Si apparition symptôme
+10 jours après début
signes



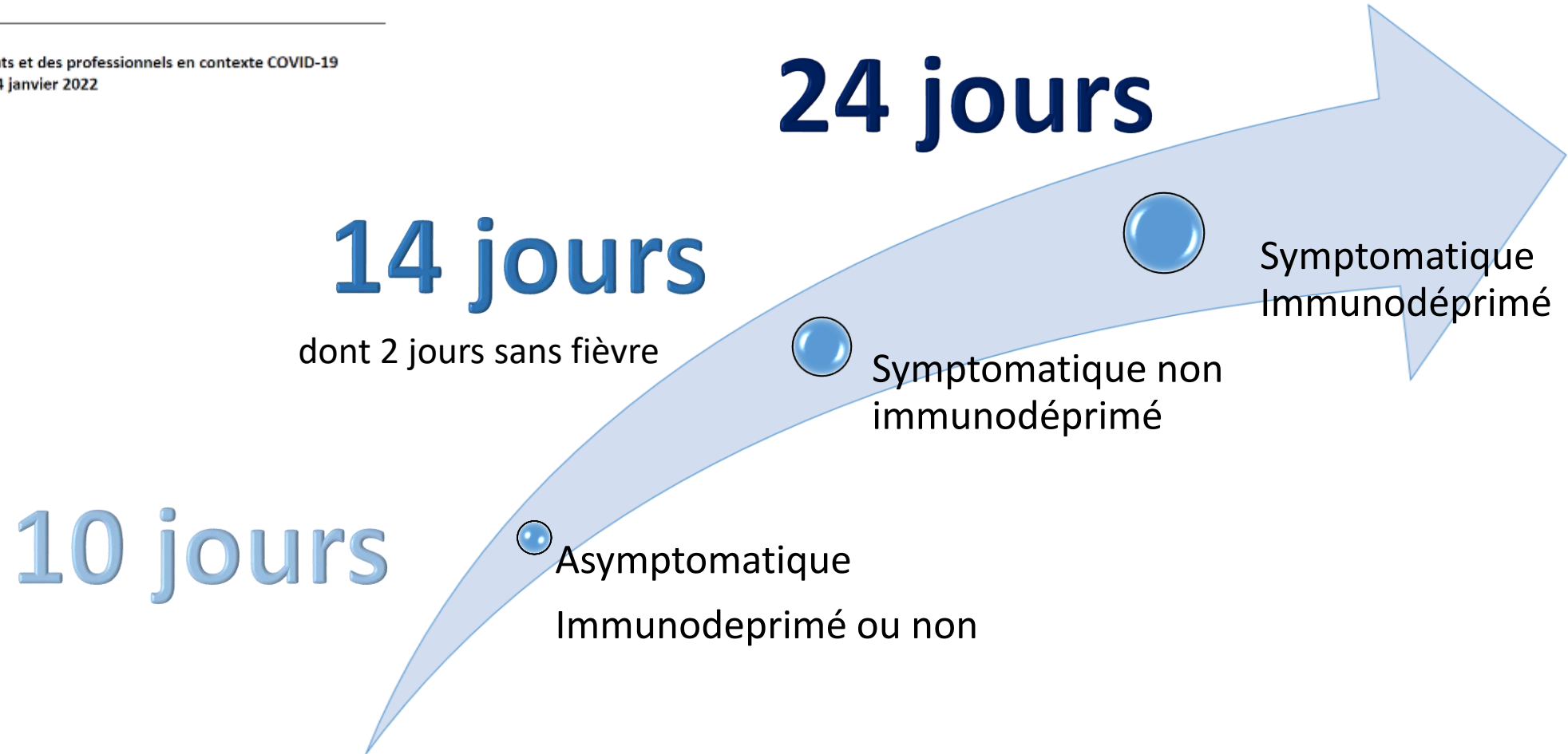
Asympto 10 jrs

Levée d'isolement patient covid en ES



NOTE

relative à la protection des patients et des professionnels en contexte COVID-19
4 janvier 2022



Précautions complémentaires des patients hospitalisés COVID-19

Mise à jour des mesures de prise en charge des patients en MCO ou en SSR dans un contexte de reprise active de la circulation du Sars-CoV2

- Version du 11 Janvier 2022 -

Conduite
à tenir
à
l'admission



Patient		Dépistage	Chambre ⁴	Mesures additionnelles aux précautions standard (PS) + gestes barrière (cf. synoptique)
Symptomatique (quel que soit le schéma vaccinal ¹²)		Oui RT-PCR immédiatement	Chambre seule nécessaire	PCC + PCG Si test - : Refaire PCR / Identifier une autre source infectieuse Si test + : 10 jours de confinement strict + 4 jours ⁷ de PCC+ PCG (+14 jours si immunodéprimé (ID)) (pas de test de contrôle)
CAR ³	Eleve ³ (Schéma vaccinal incomplet ou immunodépression grave)	Oui RT-PCR ou test antigénique (TAG) à J0 et J7	Chambre seule nécessaire	PCC + PCG jusqu'à J7 / Test PCR à J7 Si test + : 10 jours de confinement strict + 4 jours de PCC+ PCG (+14 jours si ID) (pas de test de contrôle) si Covid symptomatique
	Modéré ³ (Schéma vaccinal complet)		Chambre seule recommandée	Pas de quarantaine
Non vacciné ou schéma vaccinal incomplet (asymptomatique)		Oui RT-PCR moins de 72h avant l'admission ou TAG le jour de l'admission	Chambre seule à privilégier ⁵	Ø
Schéma vaccinal complet (asymptomatique)		Non	Chambre double ⁶ possible - 2 patients vaccinés non ID - 1 patient vacciné et 1 patient ayant un Covid récent et guéri (<6 mois) - 2 patients ayant un Covid récent et guéri (<6 mois)	
Covid en cours <J14 (< J24 si ID)		Non	Chambre double possible 2 cas Covid en cours (quel que soit le variant)	PCC + PCG Poursuivies jusqu'à J14 (J24 si ID) (pas de test contrôle)

[fiche](#)
[Cpias IDF :](#)
[MCO-SSR](#)

Mise à jour des mesures de prise en charge des patients en MCO ou en SSR dans un contexte de reprise active de la circulation du Sars-CoV2

- Version du 11 Janvier 2022 -

Dépistages en cours d'hospitalisation 	Qui		Conditions	Mesures
	Si découverte d'un cas	Patients CAR (modéré, élevé)	RT-PCR ou TAG à J0 et J7 du dernier contact	PCC + PCG pour les CAR élevés Si test - : 7 jours de confinement strict (sauf CAR modéré) + RT-PCR ou TAG à J7 Si test + : 10 jours de confinement strict + 4 jours de PCC+ PCG (vs +14 jours si ID) (pas de PCR de contrôle) si Covid symptomatique
		Professionnels CAR New	RT-PCR ou TAG à J0 RT-PCR, TAG ou autotest à J2 et J4	Si test - et asymptomatique : pas d'éviction ET gestes barrière respectés Si test + : cf. tableau mesures chez les professionnels
	Si symptômes	Patients	Dépistage dès l'apparition des symptômes	PCC + PCG Si test - : Réévaluer le cas, rechercher une autre source infectieuse. Si nécessaire, refaire une RT-PCR Si test + : 10 jours de confinement strict + 4 jours de PCC+ PCG (+14 jours si ID) (pas de test de contrôle)
		Professionnels		cf. tableau mesures chez les professionnels
	Itératifs	Patients avec schéma vaccinal incomplet	<u>Discuter la réalisation de dépistages itératifs en fonction de la situation locale et de la disponibilité/accès aux tests.</u> <i>Spécificité des services accueillants des patients peu compliant aux gestes barrière avec des comportements à risque (patient déambulant, troubles cognitivo-comportementaux) -> Dépistage itératif possible, selon historique du service ET si la conduite sur le terrain peut être modifiée/adaptée en fonction des résultats du dépistage.</i>	

Plateau technique
et activités
collectives



Pour qui :

- Autorisés pour tout patient quel que soit le statut vaccinal sauf pour les cas Covid confirmés ou suspects, les **CAR (élevé)** durant leur confinement.
- **Accès au plateau technique autorisé pour les CAR modérés (sous réserve du bon respect des gestes barrière) et en post confinement pour les patients Covid** (après les 10 jours d'isolement/hors kinésithérapie respiratoire à effectuer en chambre) avec respect des gestes barrière par les patients.
- Si apparition d'un cluster : suspension de l'accès pour l'unité concernée => Rééducation en chambre à favoriser.

Mesures à respecter :

- Favoriser les **mêmes groupes de patients** pour éviter les brassages.
- Distanciation de 2 m.
- **Port du masque chirurgical en toutes circonstances et quel que soit le statut vaccinal.** En cas d'impossibilité, adaptation du plateau technique en augmentant la distanciation.
- Aération fréquente de la pièce et systématique avant et après chaque activité.
- Bio nettoyage des surfaces touchées et du matériel utilisé entre chaque patient.
- Privilégier un matériel facilement bio nettoyable.
- FHA des patients avant et après l'utilisation du matériel.
- Désinfection pluriquotidienne des points de contacts.

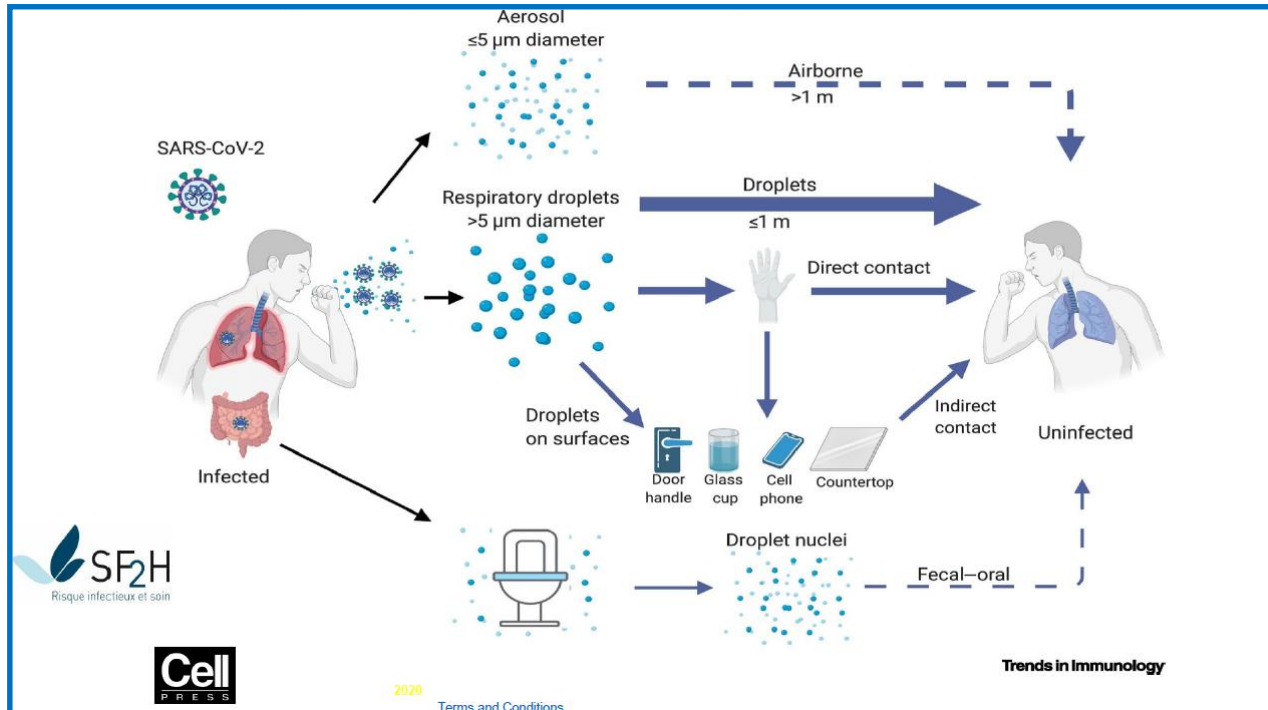
Cas balnéothérapie pour les SSR :

- **Vigilance accrue pour les CAR modérés car absence de port du masque dans le bassin.**
- Distanciation physique dans les vestiaires.
- Accès contrôlé et échelonné au bassin.
- Port du masque jusqu'au bassin (distanciation de 2 mètres lors de son retrait).
- Conservation du masque par le rééducateur pendant toute la séance (à changer dès qu'il est mouillé).
- **Espace d'au moins 4m² par patient** (à doubler en cas d'effort important).
- Piscines de rééducation chlorées (à défaut, baignoire individuelle vidangée et désinfectée entre chaque patient).
- Désinfection du matériel utilisé entre chaque patient et des locaux avec un détergent-désinfectant virucide.
- Désinfection pluriquotidienne des points de contacts.

Prévention COVID : EPI - Rappel sur la transmission

Note
04/01/22

- A ce jour, les modes reconnus de transmission du SARS-CoV-2 [6], quel que soit le variant, sont les voies :
 - aéroportée par la diffusion d'un continuum de particules infectées de différentes tailles : de gouttelettes respiratoires de grande taille (6-100 μm) jusqu'à l'aérosol de microparticules ($\leq 2-5 \mu\text{m}$) ;
 - manuportée.
- Les portes d'entrée du SARS-CoV-2 sont les muqueuses oro-pharyngées et oculaires.



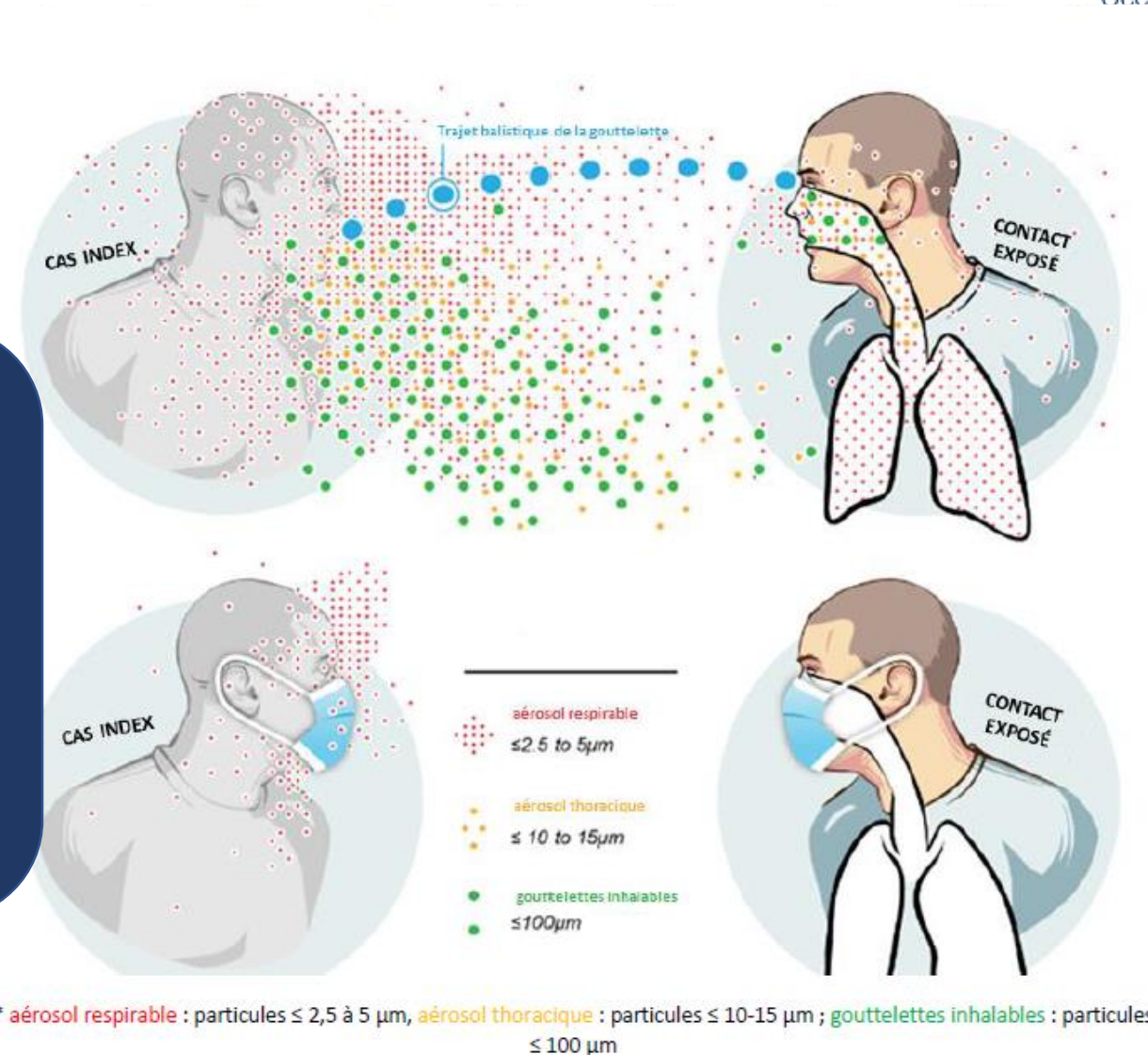
Prévention COVID : EPI - La transmission respiratoire

Note
31/12/2021

Milton propose le concept de transmission aéroportée en modélisant le risque en fonction de la taille des particules émises.

Mais d'autres paramètres sont à prendre en compte

- Viabilité du virus sur les particules en suspension
- Distance par rapport à l'émetteur
- Concentration des particules virales dans l'environnement



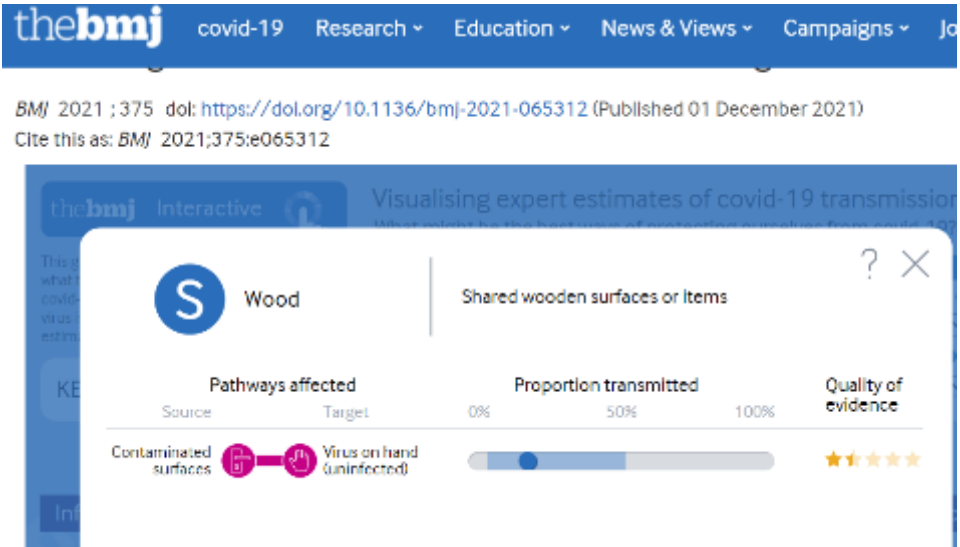
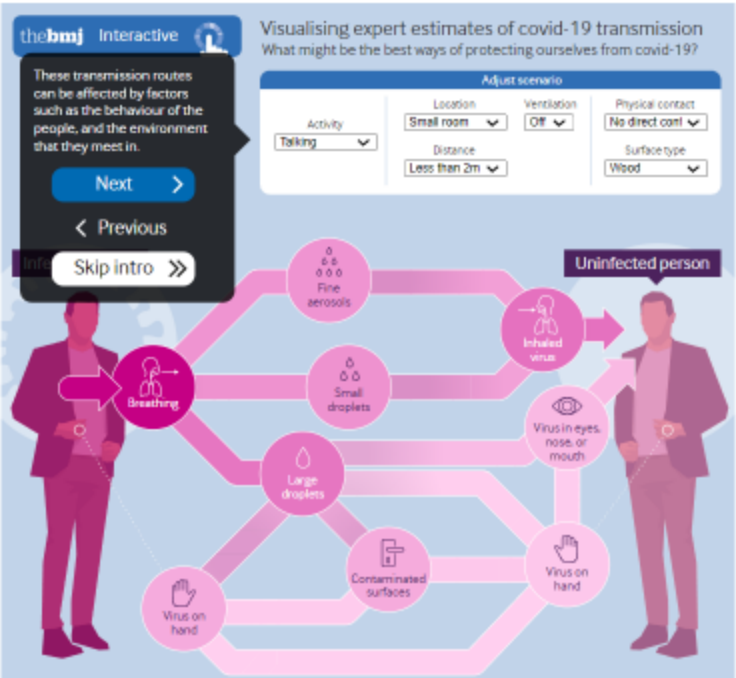
* **aérosol respirable** : particules $\leq 2,5$ à $5\mu\text{m}$, **aérosol thoracique** : particules $\leq 10-15\mu\text{m}$; **gouttelettes inhalables** : particules $\leq 100\mu\text{m}$

Figure 1: Modélisation de la transmission aéroportée entre personnes masquées ou non, d'après Milton 2020 [7]

Visualisation des voies de transmission du SARS-CoV-2 et des mesures d'atténuation



Visualising expert estimates of covid-19 transmission | The BMJ



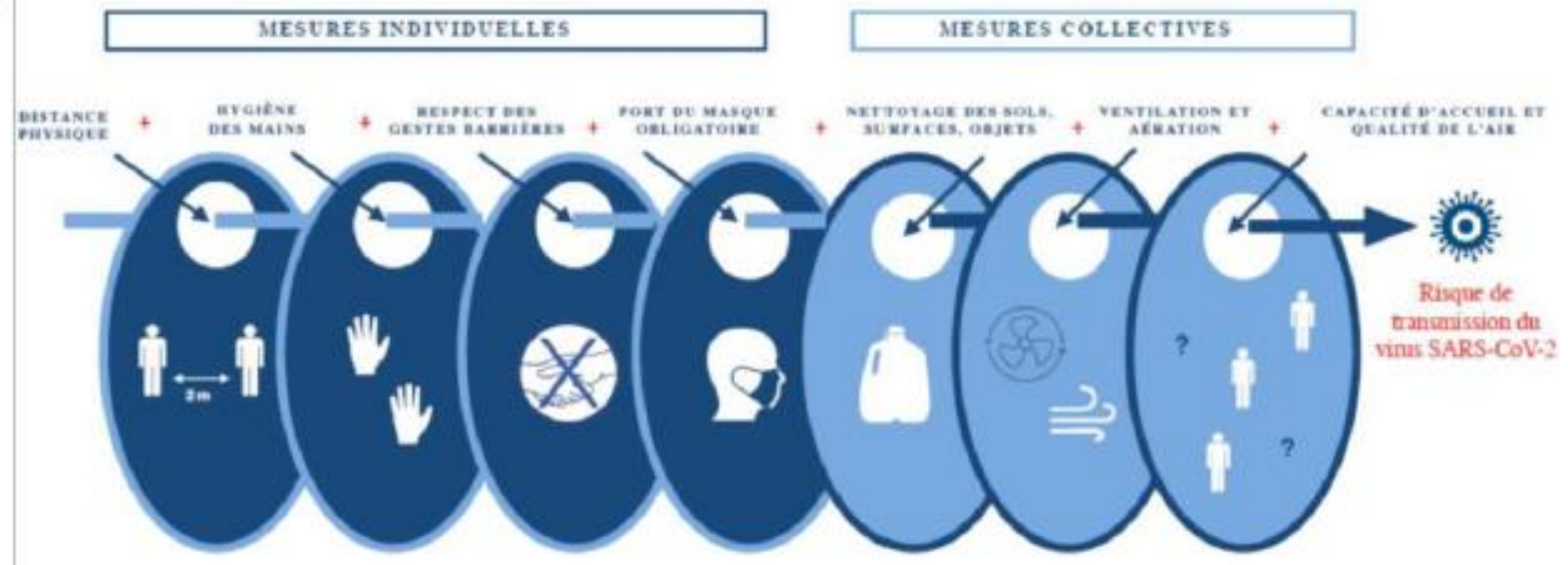
Prévention COVID : Place des EPI

La prévention de la COVID 19 repose sur **des mesures individuelles et collectives.**

« *Aucune mesure seule (y compris la vaccination), ne permet d'éviter la diffusion, c'est la combinaison des mesures qui permet de ralentir la diffusion* » (HCSP 18 avril 2021)



+



Prévention COVID : EPI – MASQUE MEDICAL

- **Pourquoi ?**

1. Réduire les émissions de particules par la personne infectée (port d'un masque chirurgical par la personne infectée qu'elle soit symptomatique ou non)
2. Protéger les muqueuses oro-pharyngée de la personne exposée

- **Pour qui ?**

- **Patients et résidents :**

- **Dans la chambre en présence d'une tierce personne (soignants/ visiteurs) et hors de la chambre**
 - Former les patients /résidents au port correct du masque
 - Intégrer le port du masque aux soins : *ex. : préparer masque avec matériel de toilette*
 - Organiser la distribution de masque aux patients/résidents
 - S'assurer de la bonne gestion des masques (*non réutilisation d'un masque porté, changement régulier, modalité d'élimination...*)

- **Enfants :**

- **1^{er} juin 2021** : obligatoire pour les enfants dès 11 ans
 - **3 janvier 2022**: obligatoire pour les enfants de 6 ans et plus dans les transports et les lieux recevant du public => *Mettre à disposition des enfants des masques pédiatriques*
 - [Décret n° 2021-1957 du 31 décembre 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)



Credits : © Julia - stock.adobe.com

- **Professionnels** : dès l'arrivée sur le lieu d'exercice (parking) : *affichage clair*

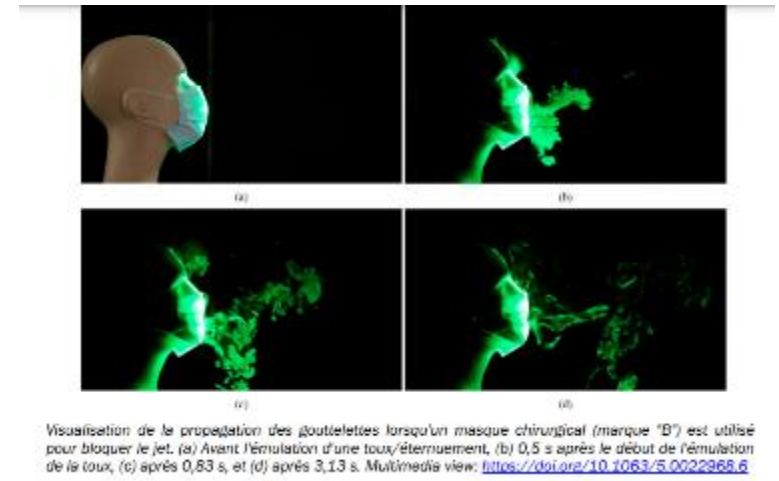


Prévention COVID : EPI – MASQUE MEDICAL

Quel type de masque ?

- 4 types de masques chirurgicaux : type I, type II, type IR, type IIR

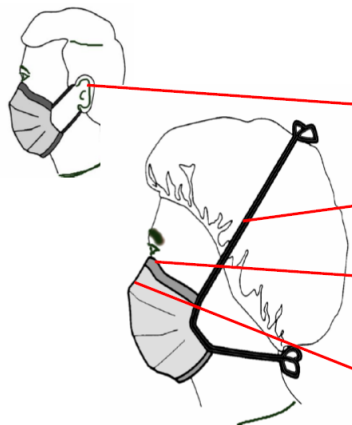
Exigences de performances	Type I	Type II	Type IIR
Efficacité de filtration bactérienne %	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Pression différentielle(Pa/cm ²)	< 40	< 40	> 60
Pression de résistance aux projections	Non exigée	Non exigée	≥ 16
Propreté microbienne (UFC/g)	≤ 30		



Composants : 3 couches de fibre fines

- **Couche interne hydrophile** « retient » les gouttelettes émises par le porteur – identifiée « INT » ou « Inside », repérable par la barrette nasale (toujours externe) ou la soudure visible des liens.
- **Couche intermédiaire et couche externe** : hydrophobe : limite le risque de contamination externe

L'emballage doit indiquer le norme **EN 14683 + AC : 2019** et le type de masque



En pratique

Liens ou fixations auriculaires

- Fixent le masque

Barrette nasale

- Ajuste le masque au nez
- Évite les fuites
- Réduit la buée sur les lunettes

Écran en plusieurs couches

- Couches externe et interne non tissé
- Couche médiane filtrante
- Imperméable si R

Respecter le sens
Ne pas croiser les liens
Bien englober le menton



Place: Conseil de la santé publique

AVIS

Le 10 mars 2020, le Conseil de la santé publique a adopté l'avis suivant :
Le 10 mars 2020, le Conseil de la santé publique a adopté l'avis suivant :
Le 10 mars 2020, le Conseil de la santé publique a adopté l'avis suivant :

10 mars 2020

Conclusion 10 : la bonne adhésion des bords du masque à la forme du visage étant un facteur important du contrôle de l'émission de particules par une personne infectée, des efforts d'information et d'éducation sur les bonnes pratiques de port de masque doivent être poursuivis.



Masque chirurgical porté en continu par les professionnels, bénévoles et autres intervenants. Lanières au-dessus et en-dessous des oreilles ou élastiques non croisés, couverture du nez, de la bouche et du menton, ajustement de la barrette métallique au niveau du nez, modèle adapté à la morphologie du visage (ajustement global du masque), durée de port maximal de 4 heures, voire moins si le masque est mouillé. Rappel : le masque ne doit pas être manipulé.



Note
04/01/22

Recommandations :

Port correct du masque et réajustements bienveillants en continu

Port du masque dès l'entrée

Education des patients

Gestion des masques : distribution, non réutilisation...

Élimination des masques : filière DAS à risque infectieux quand portés **par COVID +**

Modèle enfant

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

• Pourquoi ?

- Protéger le porteur de l'inhalation de gouttelettes et de particules fines en suspension dans l'air (aérosols « infectieux » ou poussières dangereuses)
- *L'efficacité de filtration est mesurée dans le sens de l'inspiration pour un aérosol de particules de 0,6 µm, en prenant en considération les fuites sur les côtés du masque. Seuls certains masques FFP ont la double certification NF EN 149 + NF EN 14683 (ils sont donc testés en inspiration et en expiration) et évidemment n'ont pas de valve expiratoire.*



• Pour qui ?



**Protection des
professionnels
Précautions standard
en période COVID [2]**

Note
04/01/22

Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR) :

- Lors de toute procédure générant un aérosol (PGA), en complément d'une protection oculaire, quel que soit le statut du patient (suspect ou infecté par le SARS-CoV-2 ou indemne) ;

New

- Dans les services où les PGA sont fréquemment réalisées ;
- Pour les personnels à risque de forme grave sur indication du service de santé au travail ;
- Dès l'entrée dans un secteur COVID avec une ventilation insuffisante des locaux.

Nécessité de pouvoir disposer de plusieurs modèles d'APR dans les services de soins.

Port correct d'un APR : élastiques au-dessus et en-dessous des oreilles, non croisés, couverture du nez, de la bouche et du menton, absence de barbe, ajustement de la barrette métallique au niveau du nez, fit check systématiquement réalisé lors de la mise en place de l'APR, durée de port maximale de 8 heures voire moins si l'APR est mouillé. Rappel : le masque ne doit pas être manipulé.

Selon l'analyse de risque de l'EOH, en cas de cluster nosocomial impliquant un ou plusieurs professionnels de santé et non rapporté à un défaut d'application des autres mesures de protection, un élargissement du port de FFP2 peut éventuellement être envisagé. Il s'agit d'une mesure empirique dont l'efficacité propre n'est pas évaluée.

Prévention COVID : EPI

– APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

Birgand et al.2021. Revue générale. Modes de transmission du SARS-CoV2 : que sait-on actuellement ? Revue Francophone d'Infectiologie

4

Birgand et al. (2021)

Pays, organismes	Procédures génératrices d'aérosols
France, Haut Conseil de la Santé Publique	Intubation / extubation (dont masque laryngé) ; Ventilation mécanique avec circuit expiratoire « ouvert » ; Ventilation mécanique non invasive (VNI) ; Aspiration endotrachéale (hors système clos) ; Fibroscopie bronchique ; Kinésithérapie respiratoire générant des aérosols (ex. kinésithérapie respiratoire pour désencombrement et expectoration induite) ; Aérosolthérapie ; Prélèvement nasopharyngé ; Explorations fonctionnelles respiratoires ; Autopsie ; Soins de chirurgie dentaire.
France, Société de Réanimation de langue Française SRLF	Ventilation artificielle; Oxygénation haut débit (> 6L/min)
Royaume Unis, Public Health England	Intubation, extubation et procédures associées comme na ventilation manuelle ou aspirations hors système clos; Trachéotomie/trachéostomie (insertion/ouverture de système clos/retrait), Bronchoscopie; Chirurgie et autopsie impliquant des instruments à haute vitesse; Quelques procédures dentaires (comme instruments à tête rotative à haute vitesse) Ventilation non invasive comme BiPAP et CPAP; High-Frequency Oscillating Ventilation (HFOV); HFNO aussi appelé High Flow Nasal Cannula; Induction de crachats
Monde, OMS	Intubation trachéale, ventilation manuelle avant intubation, massage cardiopulmonaire; Trachéotomie; Bronchoscopie; Ventilation non invasive
Europe, ECDC	Intubation trachéale, aspirations bronchiques; Bronchoscopie; Induction de crachats
Etats-Unis, CDC (Covid-19)	Aspiration sur voie respiratoire ouvertes; Induction de crachats; Commentaire: Certaines procédures effectuées sur des patients atteints d'un COVID-19 connu ou suspecté pourraient générer des aérosols infectieux. En particulier, les procédures susceptibles de provoquer une toux (p. Ex., Induction de crachats, aspiration ouverte des voies respiratoires) doivent être effectuées avec prudence et évitées si possible.
Allemagne, RKI	Intubation; Bronchoscopies; Procédures dentaires comportant un risque de transmission aéroportée
Allemagne, Germany DGKH	Intubation trachéale Trachéotomie Ventilation on invasive, ventilation manuelle avant intubation ou bronchoscopie Autres: massage cardiopulmonaire

Tableau 1. Description des procédures génératrices d'aérosols (PGA) à risque accru de transmission telles que listées dans les recommandations nationales et internationales.

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE



Extrait des recommandations du 31/12/2021 :

Dans le cas d'un professionnel de santé qui souhaite porter un APR FFP2 alors que celui-ci n'est pas indiqué, la SF2H recommande que le professionnel soit informé :

- Des modes de transmission du virus (la voie respiratoire n'est pas la seule voie de contamination). Il est donc possible d'être contaminé malgré le port correct d'un APR FFP2 si les autres voies de transmission ne sont pas sécurisées (faux sentiment de protection).
- De l'importance de respecter les autres mesures de protection : protection oculaire, friction des mains avec une SHA, usage adapté des gants...
- Des situations de contamination des professionnels de santé (la majorité des contaminations ont lieu en-dehors de tout soin : pause, repas, cercle familial, ...).
- De l'absence de supériorité clinique prouvée de l'APR FFP2 par rapport au masque chirurgical en dehors des indications citées précédemment ;
- De la nécessité absolue de respecter les conditions de port des masques et APR pour obtenir une protection optimale. En cas de port d'un APR, le fit check doit être réalisé systématiquement.

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

Szajek et al.
Antimicrobial Resistance & Infection Control
<https://doi.org/10.1186/s13756-021-01047-x>

Antimicrobial Resistance
and Infection Control

RESEARCH

Open Access



Healthcare institutions' recommendation regarding the use of FFP-2 masks and SARS-CoV-2 seropositivity among healthcare workers: a multicenter longitudinal cohort study

Katarzyna Szajek¹, Felix Fleisch², Sandra Hutter³, Martin Risch³, Theresa Bechmann⁴, Valerie A. Luyckx⁵, Sabine Gusewell⁶, Cédric Hirzel^{7†}, Alexia Cusini^{7†*} and AMICO Study Group^{AMICO Study Group}

<https://aricjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-021-01047-x>

Facteurs de risque de COVID-19 chez les professionnels de santé de 13 hôpitaux Suisse:

- Exposition à un membre du foyer COVID-19: **aOR: 19**, 8–48., $p < 0.001$
- Exposition à un patient COVID-19: **aOR: 2.8**, 1.3–6.1, $p = 0.010$
- Exposition à un collègue COVID-19: **aOR: 2.5**, 1.5–4.1, $p < 0.001$
- Le **type de masque choisi par l'ETS** (Il R ou FFP2)) n'a eu aucun effet sur la proportion d'employés de santé séropositifs dans l'institution respective au cours de cette pandémie à forte exposition non professionnelle au SRAS-CoV-2*

* *biais : étude non randomisée, impact de la circulation virale et pas d'instruction d'ajustement/ FFP2)*

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

Recommandations :

Port correct du masque et réajustements bienveillants en continu

Eliminer les masques : filière DAS à risque infectieux quand porté pour soins aux patients COVID +

Former au Fit-Check adapté au type de masque

Réaliser le Fit-Check à chaque utilisation

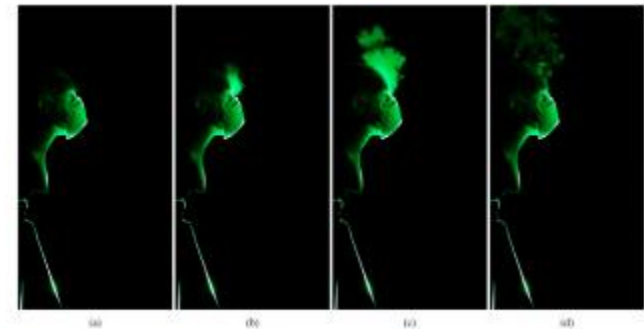
Disposer de plusieurs modèles

Ne pas utiliser masque avec coque déformée ou liens abîmés

Vérifier la conformité à la norme NF EN 149 /marquage CE avec n° d'agrément notifié et classe R (réutilisable) ou NR (non réutilisable)

Supprimer masque avec graphène

	MINSANTE / CORRUSS
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ CENTRE DE CRISE SANITAIRE	
DATE : 20/12/2021	REFERENCE : MINSANTE n°2021_135
OBJET : MASQUES EN GRAPHÈNE : RECOMMANDATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET CONDUITE À TENIR RELATIVE AUX STOCKS CONCERNÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX	



Visualisation de la propagation des gouttelettes lorsqu'un masque ordinaire classé N95 est utilisé pour entraver le jet. (a) Avant l'émulation d'une toux/éternuement, (b) 0,13 s après le début de l'émulation de la toux, (c) après 0,33 s, et (d) après 0,83 s. Multimedia view: <https://doi.org/10.1063/5.0022968.4>

Lien vers un film pédagogique : <https://youtu.be/J5h277mo1XM>

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

• NOUVEAU !

Récapitulatif des éléments de preuve pouvant être exigés du titulaire :

- L'acheteur pourra demander la réception progressive des documents suivants :
- o Les certificats des normes applicables à l'antenne ou aux antennes de production (traduction en langue française) ;
 - o La documentation technique relative aux fournitures, et plus particulièrement :
 - les notices d'utilisation (traduction en langue française) ;
 - les certificats de conformités du fabricant aux normes mentionnées dans les pièces contractuelles du marché (traduction en langue française) ;
 - les rapports de tests des produits ;
 - la copie du certificat de marquage CE précisant le numéro et nom de l'organisme notifié pour les équipements de protection individuelle en application du règlement 2016/425 UE (traduction en langue française) ;
 - le cas échéant, un ou plusieurs documents certifiant que la documentation technique susmentionnée concerne les masques produits dans la ou les antennes de production située(s) sur le territoire de l'Union européenne (traduction en langue française) ;
 - la justification de l'équivalence de norme si le fournisseur ne suit pas les normes indiquées dans le CCP en langue française (système qualité, contrôle qualité, échantillonnage...) ;
 - le cas échéant, une attestation sur l'honneur du fabricant ou du distributeur, d'approvisionner le titulaire à hauteur des durées, quantités et niveaux d'engagements au moins équivalents à ceux prévus par le CCP, afin de lui permettre d'exécuter ses obligations à l'égard du marché.



INSTRUCTION N° DGOS/PF/PHARE/2021/254 du 15 décembre 2021 relative à la sécurisation du processus d'achat de fournitures et équipements critiques



Les masques sanitaires :
des produits stratégiques

GUIDE DES BONNES
PRATIQUES ET LEVIERS
D'ACTION POUR GARANTIR
LA SÉCURITÉ DES
APPROVISIONNEMENTS

Décembre 2021

	ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI)		MASQUES À USAGE MÉDICAL (également appelés masques chirurgicaux)			MASQUES ALTERNATIFS (également appelés masques à usage non sanitaire catégorie 1, masques barrières, masques grand public catégorie 1)
	FFP2*	FFP1*	Type IIR*	Type II	Type I	Masque grand public filtration supérieure à 90 %
Usage dans la prévention de la transmission de la Covid-19	 	 		 	 	

Les appels de note renvoient aux notes en p. 3.

Légendes des pictogrammes du tableau

 Professionnels de santé lors de certains actes à risque d'aérosolisation, ou lors de manœuvres au niveau de la sphère respiratoire et ORL (par exemple : prélèvement naso-pharyngé, intubation, extubation, ventilation mécanique, aspirations, ventilation non invasive, kinésithérapie respiratoire, actes aérosolisants en chirurgie dentaire)

 Professionnels de santé et autres personnels prenant en charge un patient Covid-19 suspect ou confirmé

 Autres professionnels, en cas d'impossibilité de mettre en place toutes les mesures organisationnelles et collectives et qu'il existe un risque résiduel de transmission par aérosols (par exemple, contact rapproché avec une personne ne pouvant pas porter de masque)

 Dans les lieux collectifs clos (en complément des autres mesures de distanciation physique, ventilation et aération des locaux, respect des jauges...)

 En extérieur sur le site de l'entreprise, si la distance minimale de 2 mètres ne peut être respectée

 Professionnels de santé dans le cadre d'activités à risque particulier de projections de liquide biologique, essentiellement au bloc opératoire, en hémodialyse, en endoscopie, etc. (en dehors des indications du masque FFP2)

 Professionnels de santé en dehors des indications du masque FFP2, y compris salle de repos, circulation...

 Personnes à risque de forme grave de Covid-19

Mésusage du masque = risque d'autocontamination par :

- Manipulation masque puis contact conjonctive ou muqueuses
- Prolifération de micro-organismes (masque mouillé ou souillé)
- Fausse sécurité = moindre observance de l'hygiène des mains

Prévention COVID : EPI – PROTECTION OCULAIRE

Pourquoi ?

- Tropisme oculaire des virus respiratoires
- Possibilité de transmission oculaire du virus. Une étude montre un moindre taux d'infection chez les porteurs de lunettes (5,8 vs 31,5 % de cas)¹
- Effet protecteur des lunettes du port d'une protection oculaire (probabilité d'infection : 5,5 vs 16% non porteur)²
- Mains au visage : 23 fois par heure et dans 27 % des cas, il s'agit de contact oculaire

• Indications ?

- **Professionnel et participants aux soins : Précautions « STANDARD »**



Note
04/01/22

Protection des yeux par lunettes de protection, visière ou écran facial en cas de risque d'exposition par projection (exemples : soin de bouche, alimentation, soin rapproché à un patient non masqué) ou aérosolisation d'un produit biologique d'origine humaine.

PRÉCAUTIONS STANDARD 2017

Les précautions standard



1-Zeng W, Wang X, Li J et al. Association of daily wear of eyeglasses with susceptibility to coronavirus disease 2019 infection. JAMA Ophtalmo 2020; 138(11) : 1196-1199.

2-Chu DK, Aki EA, Duda S et al. Physical distancing, face masks and eye protection to prevent person-to-person transmitting of SRAD-CoV2 and COVID-19 : a systematic review and meta-analysis. Lancet 2020;395 (10242) : 1973-1987

Prévention COVID : EPI – PROTECTION OCULAIRE

- Indications ?

- Prise en charge des patients COVID : suspects ou confirmés

GESTE	Protection oculaire
Sans contact avec le patient (distribution des repas, médicaments...)	NON
Avec contact mais SANS risque d'exposition aux liquides biologiques (lever, mise au fauteuil, retournement, prise de constantes...)	OUI
Avec contact et risque d'exposition aux liquides biologiques (toilette, change, prise de sang, manipulations DIV, pansement...)	OUI
A risque d'aérosolisation, secteur COVID...	OUI

Prévention COVID : EPI – PROTECTION OCULAIRE

Norme ? NF EN 166 « protection individuelle de l'œil »

- **Visière ou écran facial :**

- protection yeux, nez, bouche des projections directes de grosses gouttelettes émises par une personne à proximité et face à l'écran mais pas des particules qui restent en suspension
 - => toujours associé au port d'un masque
- taille permettant une protection de tout le visage
 - => protection du masque et moins de risque de toucher le visage // lunettes de protections

- **Lunettes de protection :**

- Ajustées au visage : l' INRS préconise des « lunettes masques »
- Alternative : monture réutilisable et protection oculaire à UU

Recommandations :

- Encadrer toute manipulation de protection oculaire d'une hygiène des mains
- Retirer en manipulant le plus loin des yeux : branches pour lunettes et élastique derrière le visage pour la visière
- Jeter et remplacer : visibilité compromise, matériel fissuré, présence de souillures non nettoyables, impossibilité nettoyer-désinfecter
- Pas de port continu : risque d'autocontamination en lien avec inconfort et manipulation
- Vérifier le protocole de désinfection et modalité de stockage

Prévention COVID : EPI

– PROTECTION OCULAIRE



Entretien des lunettes de protection utilisé chez un patient y compris cas possible/avéré COVID-19

(Version 6 mars 2020)

Prérequis :

Le soignant prenant en charge cette procédure porte des équipements de protection individuelle adaptés.

Entretien des lunettes de protection :

Si lunettes de protection à usage unique :

Jeter après utilisation

Si lunettes de protection à usage multiple :

- Après le soin :

Nettoyer-désinfecter ce dispositif médical (DM) avec un produit détergent-désinfectant* (chiffonnette ou lingette).

Laisser sécher spontanément.

Avant réutilisation : Respecter le temps de contact pour la virucidie indiquée par le fabricant.

- Si présence de liquides biologiques :

- Immerger le DM dans une solution détergente-désinfectante* (respecter la dilution et le temps d'immersion indiqués par le fabricant)

- Nettoyer avec une action mécanique.

- Rincer, sécher.

- Puis nettoyer-désinfecter ce DM avec un produit détergent-désinfectant* (chiffonnette ou lingette).

Laisser sécher spontanément.

Avant réutilisation : Respecter le temps de contact pour la virucidie indiquée par le fabricant.

Entretien des lunettes de protection en cas prise en charge d'un cas COVID-19 :

Il est impératif :

- De respecter la procédure décrite ci-dessus
- De vérifier le temps de contact pour une virucidie indiquée par le fabricant.

En cas de non-respect du temps de contact pour obtenir la virucidie, renouveler la procédure.

Prévention COVID : EPI – PROTECTION DE LA TENUE

TABLIER

- **Norme ? NON**
- **Indications :**
 - protection de la tenue
 - Protection de la surblouse des liquides au niveau de la partie antérieure du corps

Bonnes pratiques :

- Changer le tablier entre 2 patients car source potentielle de transmission croisée
- Retirer sans manipulation de la face exposé lors des soins et limitant les mouvements pour limiter dissémination aérienne
- Vérifier le retrait du tablier: modalités, manipulation , élimination
- Eliminer : DASRI ou DAS en fonction du statut infectieux
- Préemballer au plus près du soin dans petit sachet pour limiter l'encombrement

Prévention COVID : EPI – PROTECTION DE LA TENUE

INDICATIONS

Protection de la tenue

Porter un tablier imperméable à usage unique lors de tout soin souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.

R15

Porter une surblouse imperméable à manches longues à usage unique en cas d'exposition majeure aux produits biologiques d'origine humaine.

R16

Mettre la protection juste avant le geste, l'éliminer immédiatement à la fin d'une séquence de soins et entre deux patients.

R17



Note
04/01/22

Tenue professionnelle changée tous les jours.

Tablier ou surblouse lors de tout soin souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine.

Prévention COVID : EPI – PROTECTION DE LA TENUE

SURBLOUSE

- **Norme ?**

- les fabricants ne revendiquent pas de normes de protection. Parfois marquage CE par les fabricants déclarant la certification ISO 13485 (directive 93/42/CE)
- Pour épidémie COVID :
 - Institut française du textile = dossier technique « surblouse antisalissures »
 - AH-HP : protocole de confection d'une surblouse à UU en polypropylène

- **Étanchéité ?**

- Uniquement pour les surblouses avec film supplémentaire polyéthylène, étanche aux liquides à basse pression

Bonnes pratiques :

- Effet protecteur si intègre
- Utiliser à patient unique et retirée avant de sortir de la chambre
 - ***Si tension d'approvisionnement**, tolérance pour utilisation pour une séquence de soins chez des patients à même statut infectieux sous réserve d'une protection par tablier à UU changé entre chaque patient. Dans ce cas, ne pas utiliser surblouse avec pince car pas compatible avec hygiène des mains.*
- Vérifier le retrait de la surblouse : modalités, manipulation , élimination en limitant l'encombrement
- Éliminer : DAS à risque infectieux si utilisée pour patient présentant un risque infectieux identifié

Prévention COVID : EPI – GANTS A USAGE UNIQUE

PRÉCAUTIONS STANDARD 2017

Les précautions standard

Port de gants de soins

Porter des gants uniquement :

- en cas de risque d'exposition au sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine, de contact avec une muqueuse ou la peau lésée,
- lors des soins si les mains du soignant comportent des lésions cutanées.

Mettre les gants juste avant le geste. Retirer les gants et les jeter immédiatement après la fin du geste.

Changer de gants :

- entre deux patients,
- pour un même patient lorsque l'on passe d'un site contaminé à un site propre.

alth & co - 2017

Bonnes pratiques :

- Le SARS-CoV2 ne traversant pas la barrière cutanée
=> contact avec peau saine = sans gants
- Respect des Précautions Standard
- **Port de gants en excès = risque de transmission croisée et d'auto-contamination**

Prévention COVID : EPI – EN SYNTHÈSE

Equipements de Protection Individuelle recommandés pour la prise en charge de résident suspect/confirmé COVID-19

Etablissements	Contexte d'entrée en chambre	Tablier plastique jetable	Surblouse à usage unique	Masque chirurgical	Masque FFP2	Lunettes/visière de protection	Gants à usage unique	Exemples
Etablissements et services médico-sociaux EHPAD, FAM, MAS, SSIAD...	Sans contact avec le résident <i>Précautions standard et gouttelettes</i>	✗	✗	✓	✗	✓	✗	Distribution des repas, Distribution des médicaments...
	Avec contact mais SANS risque d'exposition aux liquides biologiques <i>Précautions standard, contact et gouttelettes</i>	✓	✗	✓	✗	✓	✗	Lever, mise au fauteuil, Retournement, Conduite aux toilettes, Prise des constantes...
	Avec contact ET risque d'exposition aux liquides biologiques <i>Précautions standard, contact et gouttelettes</i>	✓	✗	✓	✗	✓	✓	Mettre ou enlever une prothèse dentaire, Soins de bouche, Toilette, change, Prise de sang, Vomissements...
	Procédures à risque d'aérosolisation <i>Précautions standard, contact + aérosolisation</i>	✗*	✓	✗	✓	✓	✓	Prélèvement nasopharyngé, Kinésithérapie respiratoire générant des aérosols, Soins de trachéotomie Oxygénothérapie à haut débit (> 6 L/min).

* Tablier si surblouse à usage unique non disponible ou non déperlante

L'utilisation des équipements de protection individuelle doit être impérativement associée à une **observance stricte de l'hygiène des mains**.

ET pour tous les soins à risque d'aérosolisation quelque soit le statut infectieux du patient

Vigilance sur les stocks d'EPI

PROFESSIONNELS DE SANTÉ : VOTRE APPROVISIONNEMENT EN EPI (ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE)

3 flux pour répondre aux besoins de tous les professionnels en cas de tension

STOCK
DE L'ÉTAT
d'approvisionnement



Pour plus d'information : www.solidarites-sante.gouv.fr/distrilog-sante

CORONAVIRUS (COVID-19)

Protection des professionnels de santé face au Covid-19

Suivi et approvisionnement en équipements de protection individuels (EPI) des professionnels de santé

mis à jour : 02.12.21

LES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) À L'HOPITAL, EN CLINIQUE ET EN EHPAD



Pour plus d'informations : www.solidarites-sante.gouv.fr/distrilog-sante
Plateforme EPI-Stocks : https://consommables.fabrique.social.gouv.fr/etab_sante/

Prévention COVID : EPI – APPAREIL DE PROTECTION RESPIRATOIRE

- **Objectifs :**

- Même protection que les masques à usage médical avec en plus la capacité de prévenir l'inhalation de gouttelettes et de fines particules en suspension dans l'air

- **Pour qui ?**

**Protection des
professionnels
Précautions standard
en période COVID [2]**

Masque FFP2 ou appareil de protection respiratoire (APR) :

- Lors de toute procédure générant un aérosol (PGA), en complément d'une protection oculaire, quel que soit le statut du patient (suspect ou infecté par le SARS-CoV-2 ou indemne) ;
- Dans les services où les PGA sont fréquemment réalisées ;
- Pour les personnels à risque de forme grave sur indication du service de santé au travail ;
- Dès l'entrée dans un secteur COVID avec une ventilation insuffisante des locaux.

New

Nécessité de pouvoir disposer de plusieurs modèles d'APR dans les services de soins.

Port correct d'un APR : élastiques au-dessus et en-dessous des oreilles, non croisés, couverture du nez, de la bouche et du menton, absence de barbe, ajustement de la barrette métallique au niveau du nez, fit check systématiquement réalisé lors de la mise en place de l'APR, durée de port maximale de 8 heures voire moins si l'APR est mouillé. Rappel : le masque ne doit pas être manipulé.

Selon l'analyse de risque de l'EOH, en cas de cluster nosocomial impliquant un ou plusieurs professionnels de santé et non rapporté à un défaut d'application des autres mesures de protection, un élargissement du port de FFP2 peut éventuellement être envisagé. Il s'agit d'une mesure empirique dont l'efficacité propre n'est pas évaluée.

SF2H Note relative à l'identification de situations à haut risque de transmission aéroportée du virus SARS-CoV-2 (31 décembre 2021) :

Plus la concentration en aérosols est importante dans un espace donné, plus le risque de contamination est élevé. Même si la viabilité du SARS-CoV-2 dans l'air est rarement démontrée, **certaines zones semblent concentrer la charge virale en SARS-CoV-2 : Sanitaires, salle de bain, salle de réunion, (salle de repos), zone de retrait des EPI.** Il s'agit de **zone à haut risque de concentration élevée généralement confinées et mal ventilées qui doivent faire l'objet d'une attention particulière.**

Pour limiter ces situations à haute densité virale est d'agir parallèlement sur **2 axes :**

- Réduire les émissions des aérosols par la personne infectée et protéger les muqueuses oro-pharyngées de la personne exposée, grâce au **port du masque** par tous en couvrant impérativement nez, bouche et menton,
- Éliminer au plus vite les aérosols par **dispersion/dilution.**

Tableau 2 : Débit d'air minimal par type de local

Locaux	Débit d'air neuf minimal par occupant en m ³ /h
Bureaux et locaux sans travail physique	25
Locaux de réunion	30
Atelier et local à travail physique modéré	45
Autres ateliers et locaux	60
Chambre	18
Salle de bain	Non précisé

Protection des personnes présentes dans les locaux - Code du Travail et Réglementation Sanitaire Départementale

Dans une mise à jour (22 décembre 2021) de ses recommandations dans le contexte de la montée en puissance du variant Omicron, l'OMS a qualifié de « **ventilation adaptée** » en établissement de santé, dans les locaux bénéficiant d'une ventilation mécanique, **un taux de renouvellement de l'air de 6 à 12 volumes/heure et idéalement 12 volumes/heure pour les nouvelles constructions**

Type et niveau d'activité	Faible occupation				Forte occupation		
	Extérieur, bien ventilé	Intérieur, bien ventilé	Mal ventilé		Extérieur, bien ventilé	Intérieur, bien ventilé	Mal ventilé
Port d'une protection respiratoire, courte durée de contact							
Silencieux							
Parlant							
Criant, chantant							
Port d'une protection respiratoire, durée prolongée de contact							
Silencieux							
Parlant							
Criant, chantant							
Pas de protection respiratoire, courte durée de contact							
Silencieux							
Parlant							
Criant, chantant							
Pas de protection respiratoire, durée prolongée de contact							
Silencieux							
Parlant							
Criant, chantant							
Risque de transmission							
faible							
modéré							
élevé							

SF2

SF2H 31 Décembre 2021

Figure 2 : Risque de transmission du SARS-CoV-2 par une personne asymptomatique, selon les caractéristiques d'occupation des locaux et de comportement des occupants, d'après Jones *et al.*

CAPTEURS DE CO2

Une indication des capteurs de CO2 pourrait être la surveillance des locaux non ou mal ventilés (note de la SF2H du 31 décembre 2021)

L'objectif fixé par le HCSP (lettre du 28 août et 3 septembre 2021) est de maintenir le taux de CO² en dessous de 800 ppm en moyenne (environ 600ppm pour les lieux de restauration)

Au dessus de ces valeurs (HCSP du 3 septembre 2021) vérifier les systèmes de ventilation , ouvrir les fenêtres et vérification du taux. En l'absence de ventilation et d'aération possible: ne pas recevoir du public dans ces espaces clos

PURIFICATEUR D'AIR

L'OMS rappelle que les **purificateurs d'air ne remplacent pas la ventilation normale**

Les études montrent que ce type de dispositif ne présente que peu voire pas d'intérêt dans une pièce aérée naturellement par ouverture des fenêtres [36][37].

Ces dispositifs peuvent présenter un **intérêt en contexte de soins** dans les locaux peu ou pas ventilés, et pour lesquels une aération naturelle n'est pas possible. (note SF2H du 31 décembre 2021)

juillet 2021 l'Agence fédérale allemande de l'environnement (UBA) qui émet de nouvelles recommandations « *au vu de la propagation actuelle des variants du SARS-CoV-2* » et indique notamment que « *partout où la ventilation est insuffisante, des systèmes d'alimentation et d'évacuation d'air simples fonctionnant en continu ou des purificateurs d'air mobiles contribuent à réduire la charge virale dans la pièce jusqu'à 90 %.* »

Les unités mobiles de filtration d'air peuvent être utilisées selon les conditions fixées par l'avis du HCSP du 14 et 21 mai 2021

N'utiliser que des appareils comportant des techniques de filtration d'air à l'aide de filtres de classification ISO / NF EN H13 ou H14.
Seuls les filtres à air permettent une réduction rapide des particules alors que les autres technologies d'épuration de l'air nécessitent un temps de contact plus long pour obtenir cette réduction des particules (UVC par exemple).



Vaccination Covid-19



Vaccination - Epidémiologie

En France

79.1%

des Français ont reçu au moins une dose de vaccin, 77.2% ont reçu toutes les doses requises, 39.2% ont reçu une dose de rappel supplémentaire.

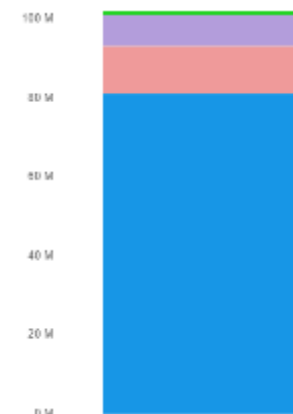
Il reste à vacciner

20.9%

des Français avant d'atteindre un taux de vaccination de 100%.

Par type de vaccin : (doses cumulées)

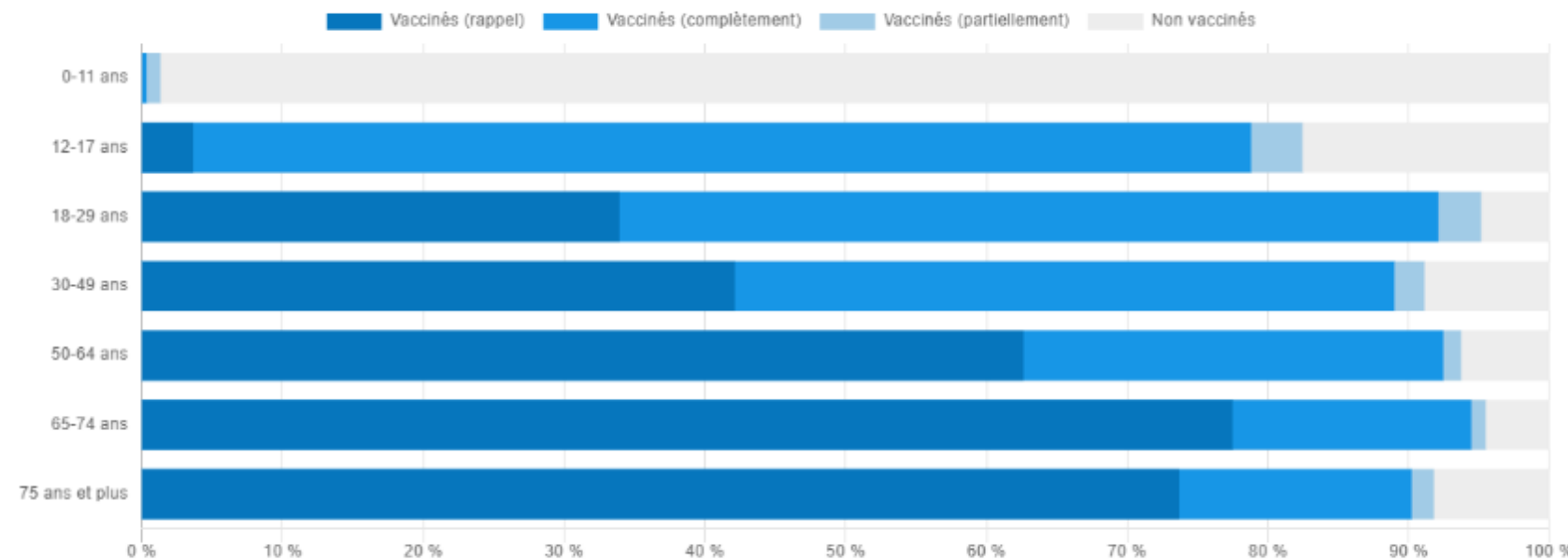
Pfizer/BioNTech Moderna
AstraZeneca Janssen



Vaccinations par âge

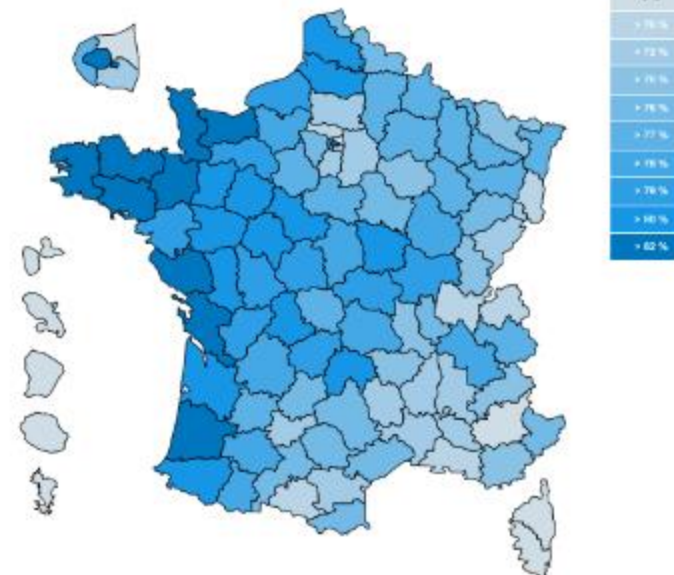
Mise à jour : 11/01

Proportion de la population ▼



CovidTracker.fr - Données : Ministère de la Santé

Proportion de la population ayant reçu une dose :

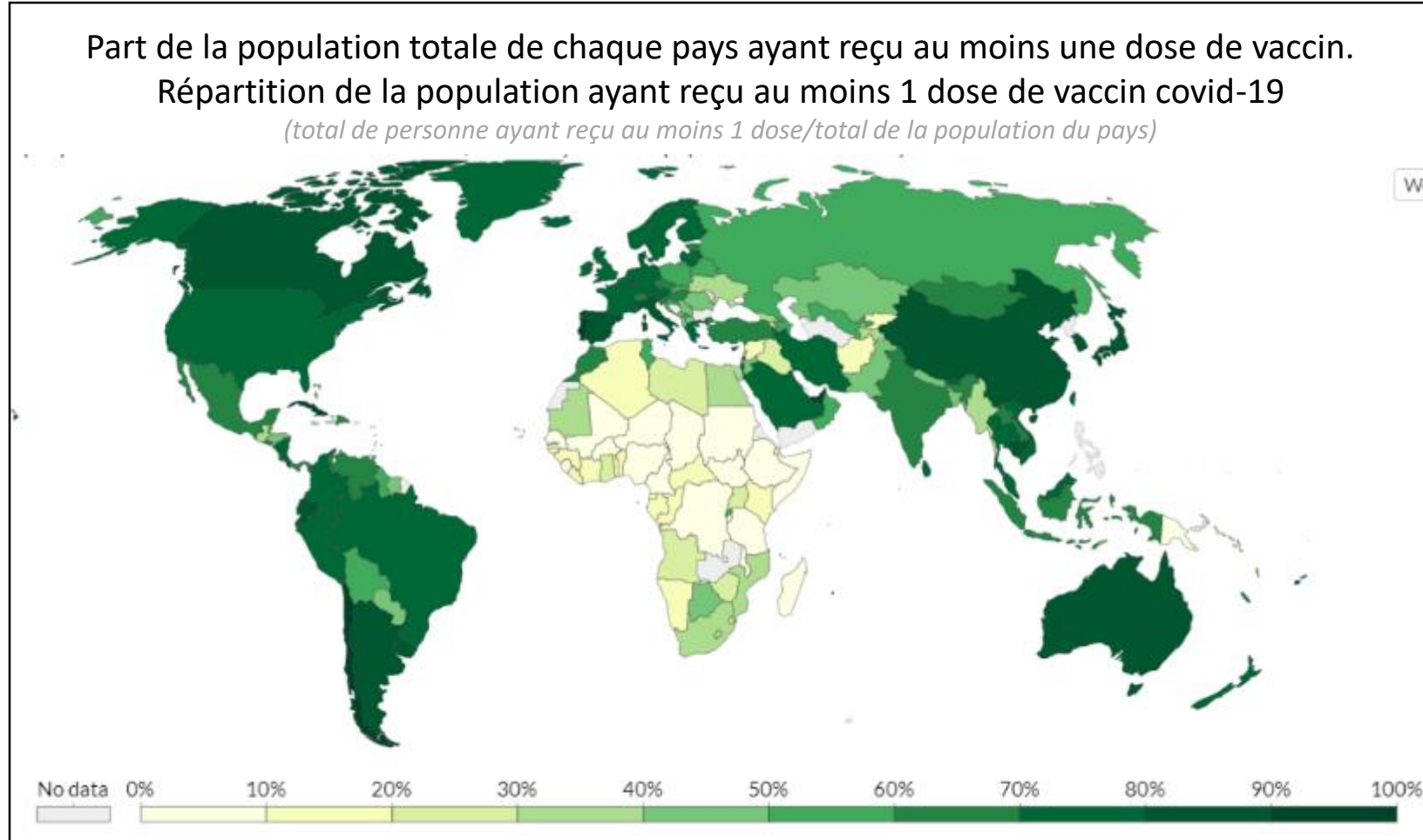


Vaccination - Epidémiologie

Dans le monde

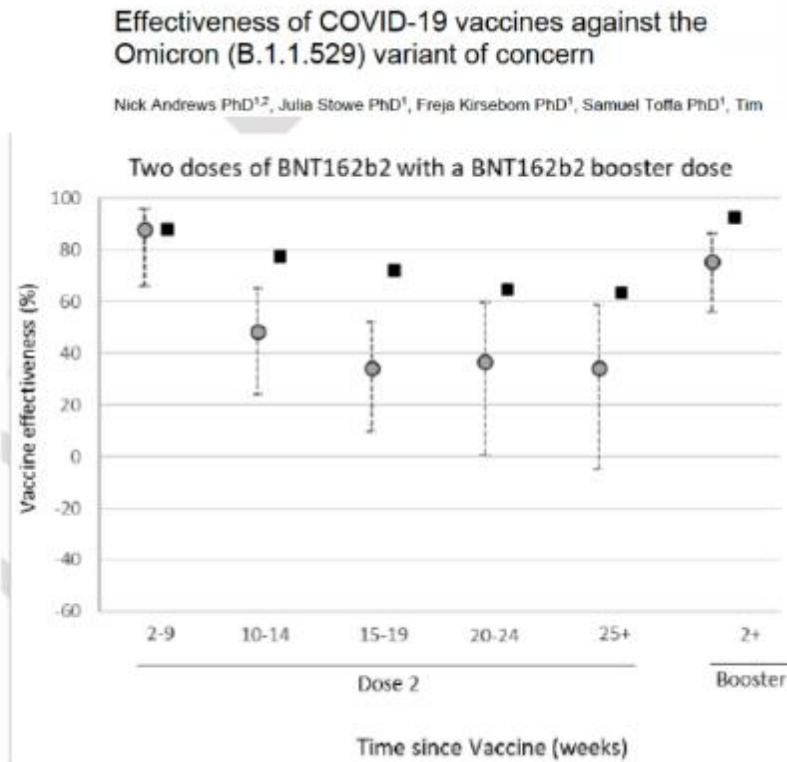
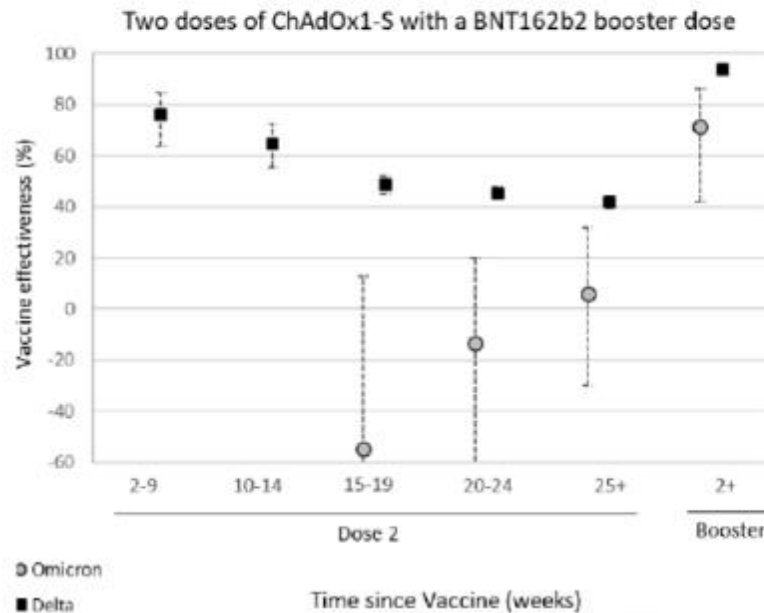
59,6% de la population mondiale a reçu **au moins une dose** d'un vaccin COVID-19.

Seuls **9,5 %** des habitants des pays à faible revenu ont reçu au moins une dose



Vaccination – Efficacité face à Omicron ?

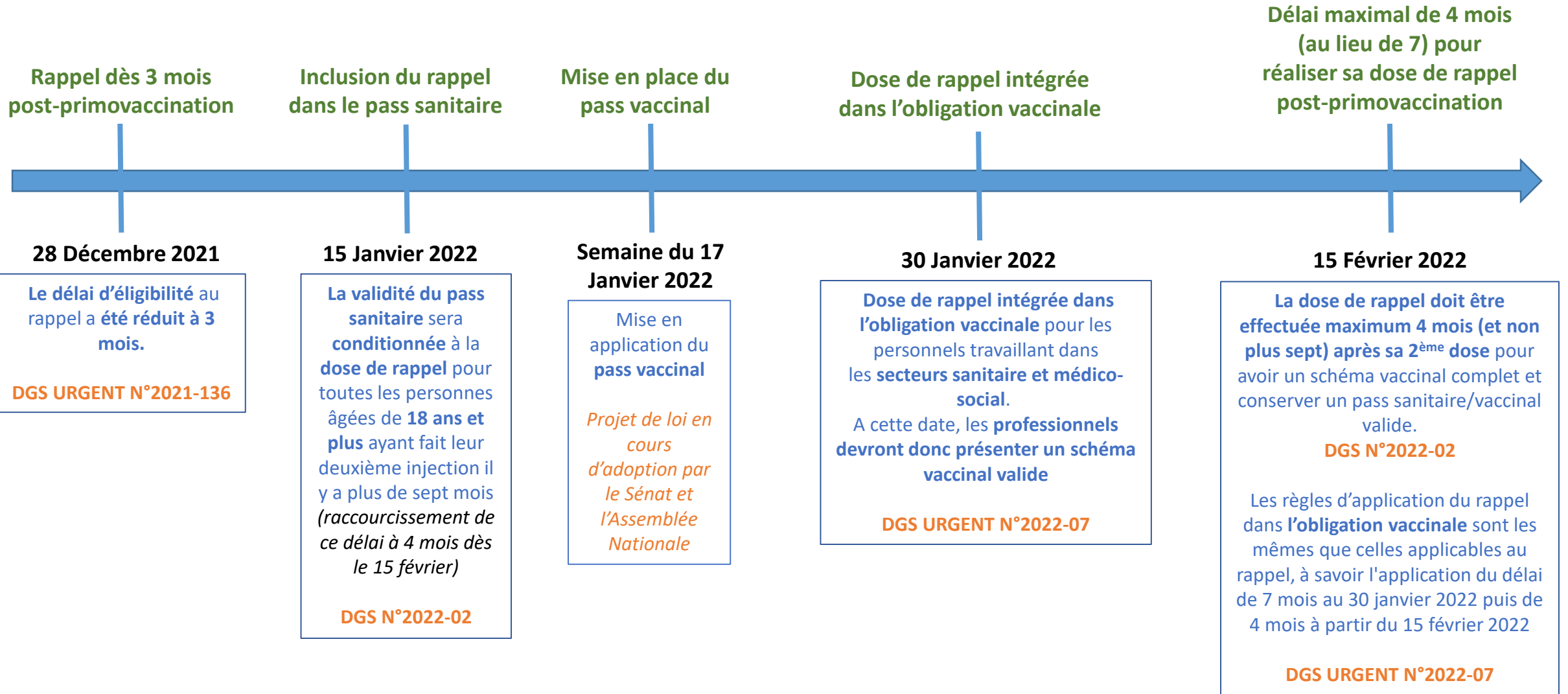
Variant OMICRON: Efficacité vaccinale ?



Diaporama pédagogique COREB 17 décembre 2021

Conclusion : La primovaccination avec 2 doses de vaccins Pfizer ou AstraZeneca n'a fournie aucune protection ou une protection limitée contre la maladie symptomatique liée au variant Omicron. **La dose boosteuse Pfizer après la primovaccination a considérablement augmenté la protection.**

Vaccination - Calendrier



Vaccination – nouvelle recommandation

- 5 Janvier 2022 : **Suppression du délai de surveillance de 15 min pour certains publics** venant de recevoir une dose de rappel.
 - **DGS URGENT N°2022-04** suite à avis du COSV le 24/12/2021
 - Si aucune réaction lors de la primovaccination par ARNm → risque extrêmement faible de réaction allergique au moment du rappel
 - But : fluidifier l'organisation des centres de vaccination dans le cadre de la campagne de rappels.
 - Quelques exceptions (cf tableau)

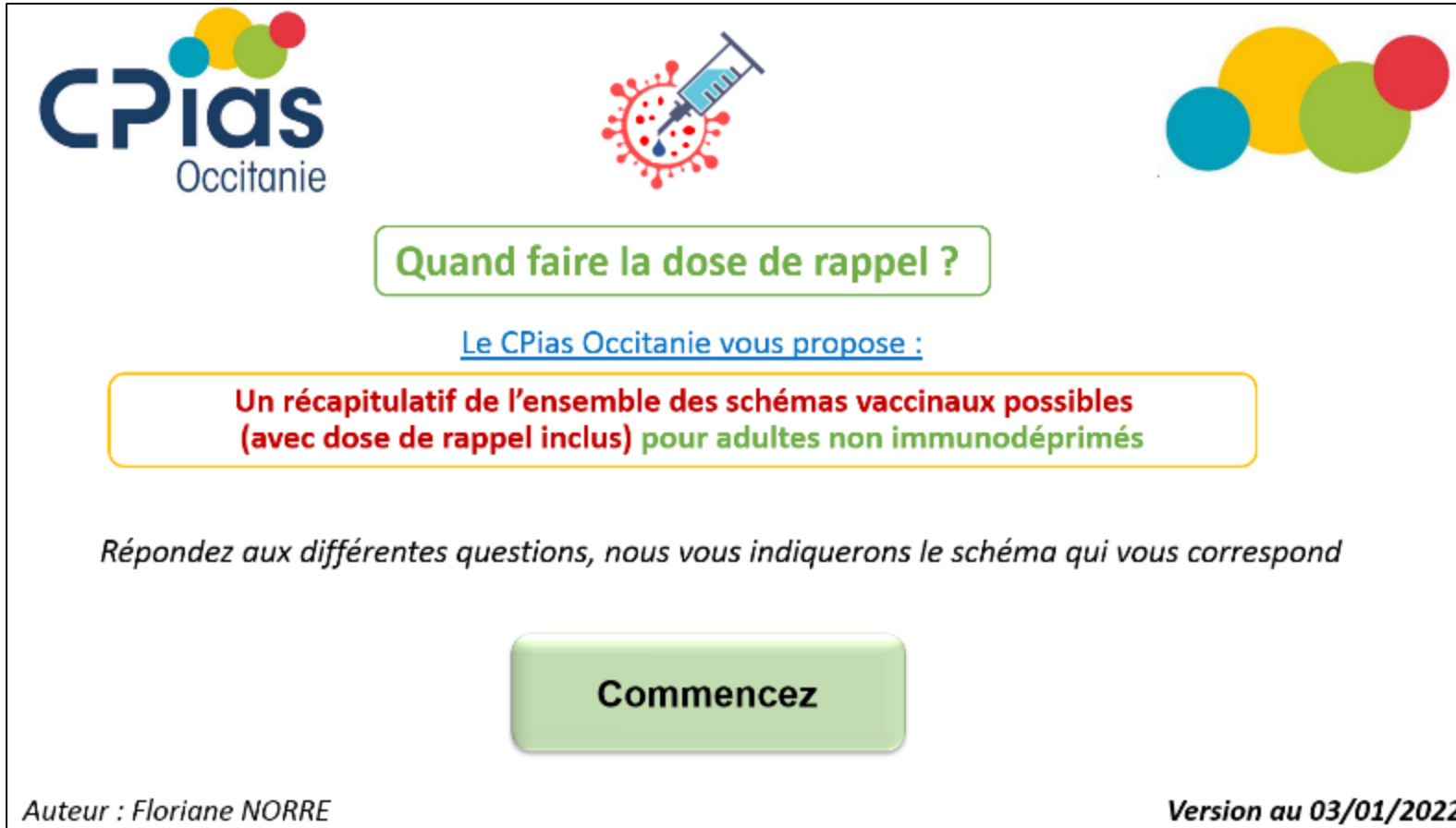
Maintenir le délai de surveillance dans les cas suivants :	
Lors du schéma initiale (après 1 ^{ère} dose et 2 ^{ème} dose)	
Lors d'une nouvelle dose <u>si</u> :	Les personnes ont été primo-vaccinées avec un vaccin autre que Pfizer ou Moderna
	Les personnes présentent un terrain allergique connu ou ayant un risque accru de faire un choc anaphylactique
Pour un enfant de 5 à 11 ans	
Pour une femme enceinte	
Pour une personne fragilisée par des maladies chroniques et ayant des difficultés éventuelles de mobilité	
Pour les personnes présentant une anxiété à la vaccination	

Vaccination – Schéma vaccinal

Le cas des
adultes non immunodéprimés

Vaccination – Schéma vaccinal – adulte non immunodéprimés

Quand faire la dose de rappel ? → Réalisation d'un outil interactif CPias : « vaccination anti-covid en 1 clic »



The screenshot shows the CPias Occitanie logo in the top left, a central icon of a syringe injecting into a virus, and a decorative cluster of four colored circles (blue, yellow, green, red) in the top right. The main heading is "Quand faire la dose de rappel ?" in a green box. Below it, a blue link reads "Le CPias Occitanie vous propose :". A yellow-bordered box contains the text: "Un récapitulatif de l'ensemble des schémas vaccinaux possibles (avec dose de rappel inclus) pour adultes non immunodéprimés". Below this, a line of text says: "Répondez aux différentes questions, nous vous indiquerons le schéma qui vous correspond". A large green button labeled "Commencez" is centered at the bottom. The footer includes "Auteur : Floriane NORRE" on the left and "Version au 03/01/2022" on the right.

CPias
Occitanie

Quand faire la dose de rappel ?

[Le CPias Occitanie vous propose :](#)

**Un récapitulatif de l'ensemble des schémas vaccinaux possibles
(avec dose de rappel inclus) pour adultes non immunodéprimés**

Répondez aux différentes questions, nous vous indiquerons le schéma qui vous correspond

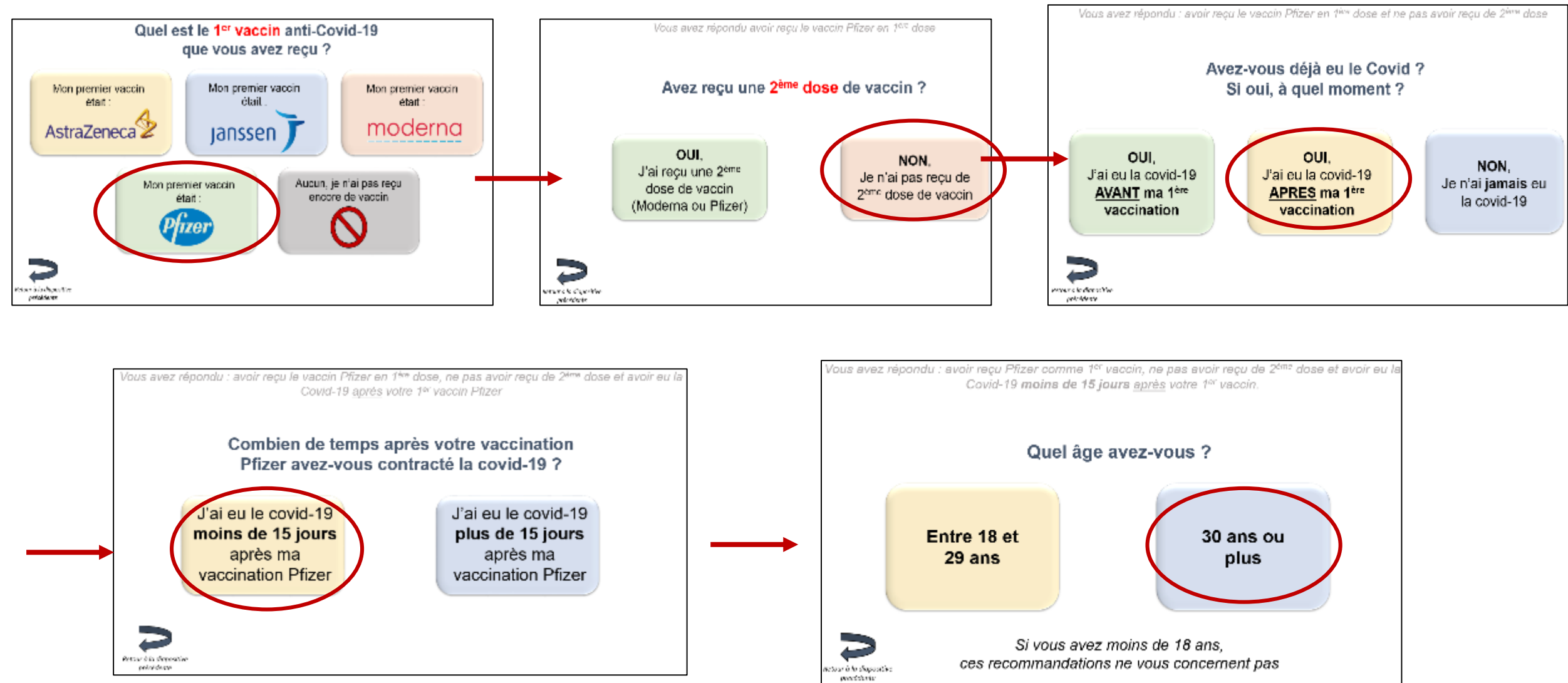
Commencez

Auteur : Floriane NORRE

Version au 03/01/2022

Après un petit préambule, répondez aux questions afin de savoir où vous en êtes dans votre schéma vaccinale.

Vaccination – Schéma vaccinal – adulte non immunodéprimés



Exemple de l'utilisation de l'outil interactif Cpias : « vaccination anti-covid en 1 clic »

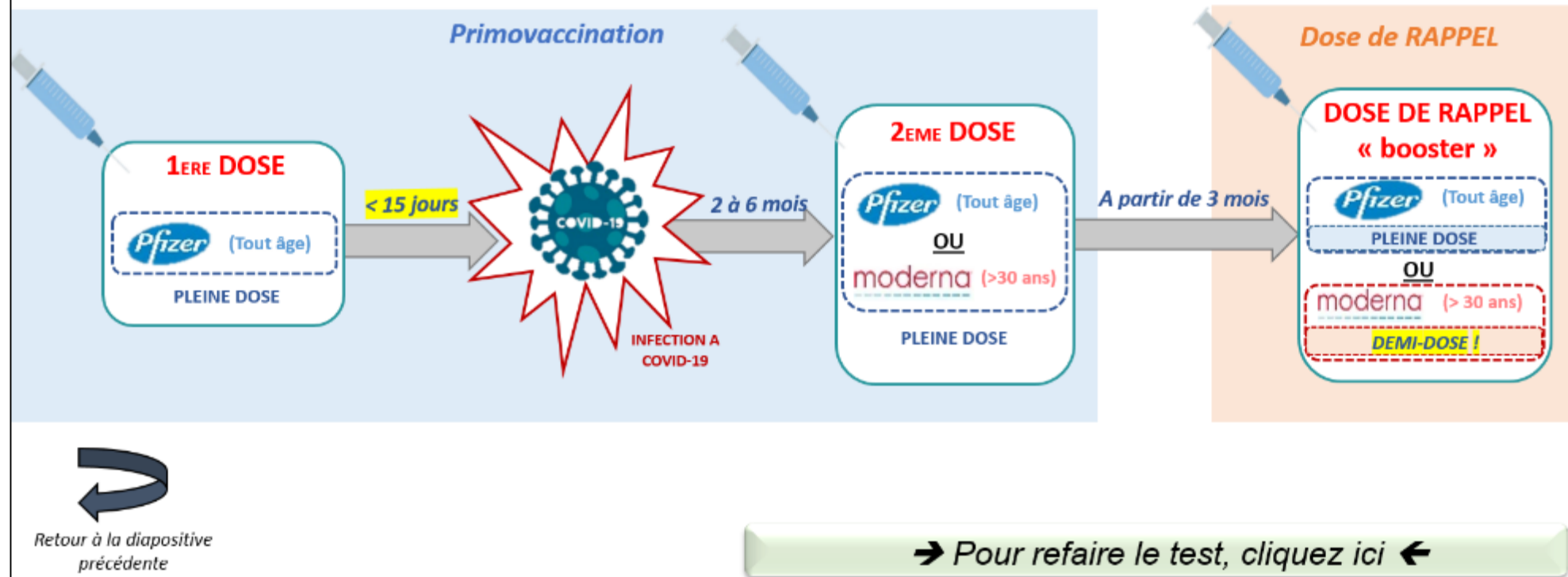
Vaccination – Schéma vaccinal – adulte non immunodéprimés

Exemple de réponse

Vous avez répondu : avoir reçu le vaccin Pfizer en 1^{ère} dose, ne pas avoir reçu de 2^{ème} dose de vaccin et avoir eu la Covid-19 moins de 15 jours après votre vaccin Pfizer et avoir au moins 30 ans.

Afin d'avoir votre primovaccination complète, vous devez recevoir **1 dose de vaccin** (Pfizer ou Moderna) **2 à 6 mois après votre infection à Covid-19**.

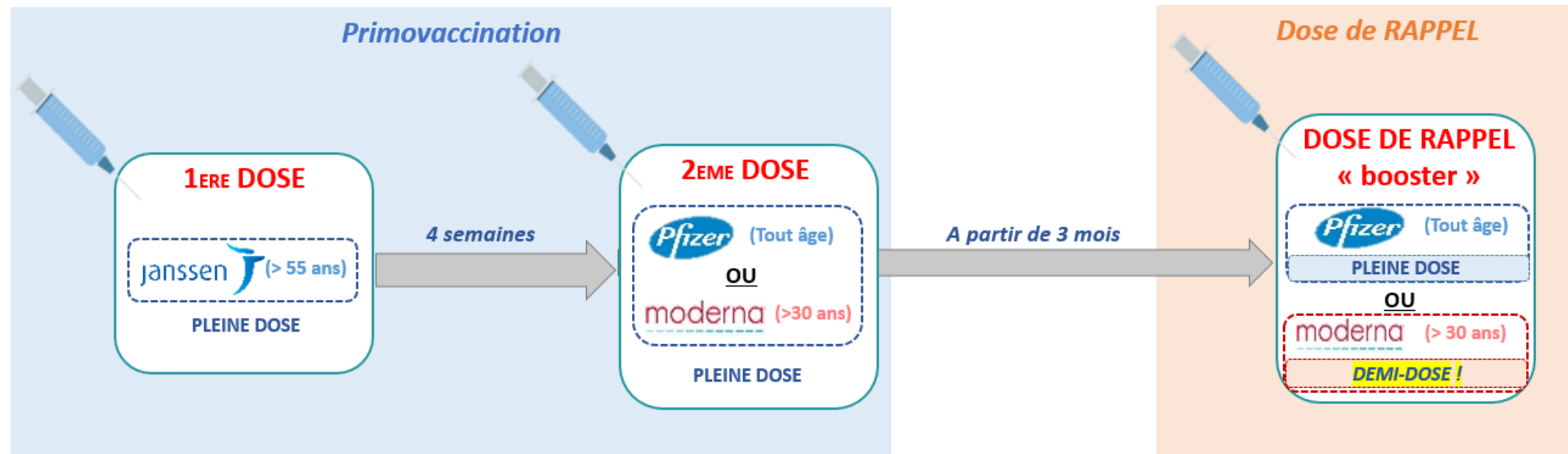
Une fois votre primovaccination réalisée, vous serez éligible à la **dose de rappel** (Pfizer ou Moderna) à partir de **3 mois après votre 2nd vaccin**.



Exemple de l'utilisation de l'outil interactif Cpias : « vaccination anti-covid en 1 clic »

Vaccination – Schéma vaccinal – adulte non immunodéprimés

- **Nouvelle recommandation liée au schéma vaccinal Janssen :**
 - Ce vaccin **ne doit plus être considéré comme un vaccin monodose**
 - Le vaccin **Janssen** nécessite la réalisation d'une dose additionnelle avec un vaccin à **ARNm** afin de compléter le schéma vaccinal initial, **puis un rappel**.
 - ref : DGS URGENT N°2021-125



Vaccination – Schéma vaccinal – *adulte sévèrement immunodéprimés*

Le cas des
**adultes sévèrement
immunodéprimés**

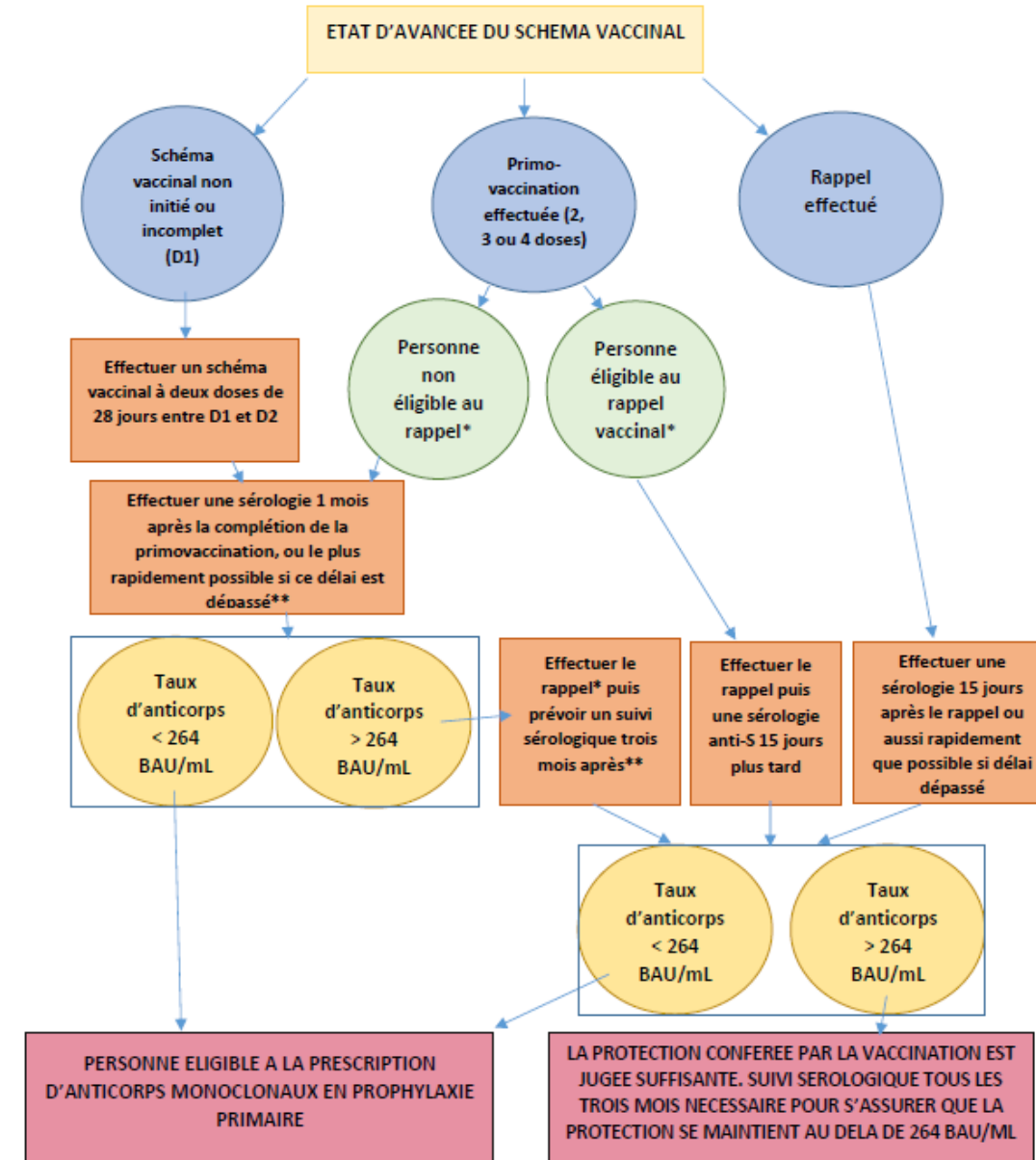
Vaccination – Schéma vaccinal – adulte sévèrement immunodéprimés

RAPPEL VACCINAL :

- les personnes sévèrement **immunodéprimées** peuvent être éligibles au **rappel 3 mois après un schéma complet de vaccination** (avec 2, 3 ou 4 doses*), en fonction des résultats de la sérologie anti-Spike, sur avis médical
 - *Les doses D3 et D4 se distinguent d'un rappel en ce qu'elles sont effectuées un mois après la dernière dose, contrairement au rappel qui lui est effectué après 3 mois

Les personnes sévèrement immunodéprimées sont les personnes :

- ayant reçu une **transplantation d'organe** ou de **cellules souches hématopoïétiques**
- sous **chimiothérapie lymphopéniante**
- traitées par des **médicaments immunosuppresseurs forts**, comme les *antimétabolites* et les *AntiCD20*
- dialysées chroniques** après avis de leur médecin traitant qui décidera de la *nécessité des examens adaptés*
- au cas par cas**, les personnes sous immunosuppresseurs ne relevant pas des catégories susmentionnées ou porteuses d'un déficit immunitaire primitif

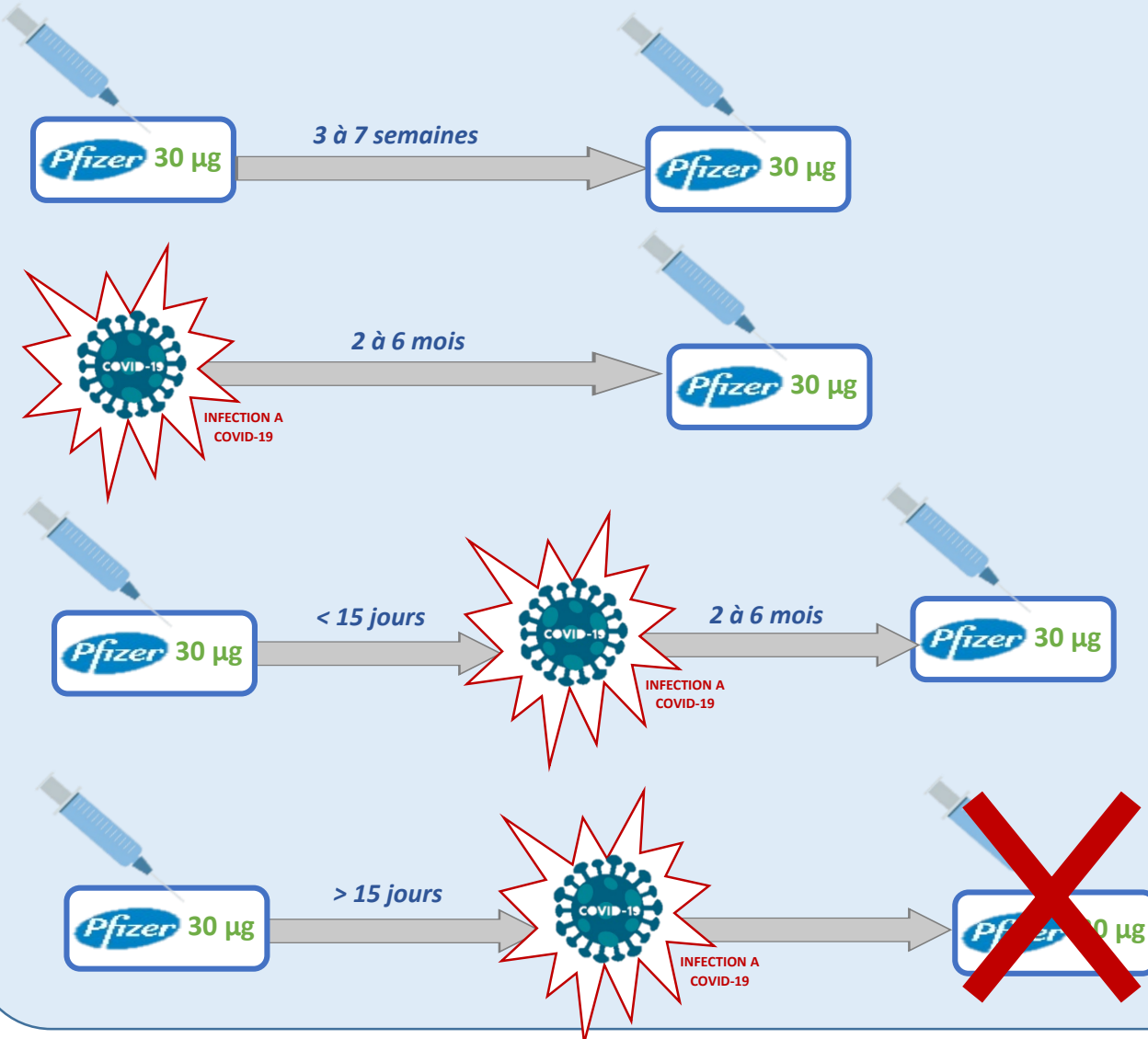


Vaccination – Vaccination des 12-17 ans

Le cas des
adolescents de 12 à 17 ans

Vaccination – Vaccination des 12-17 ans

Primovaccination



Actuellement, la dose de rappel n'est pas recommandée pour les jeunes de 12 à 17 ans



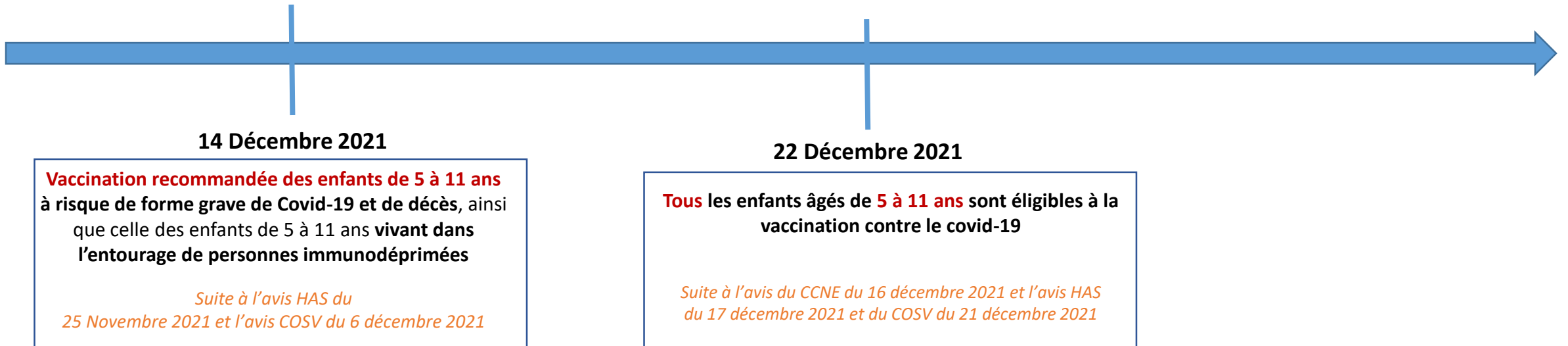
Sauf si :

- Femme enceinte
- Immunodépression
- Pathologie à haut risque ou comorbidité

Vaccination – Vaccination des 5-11 ans

Le cas des
enfants de 5 à 11 ans

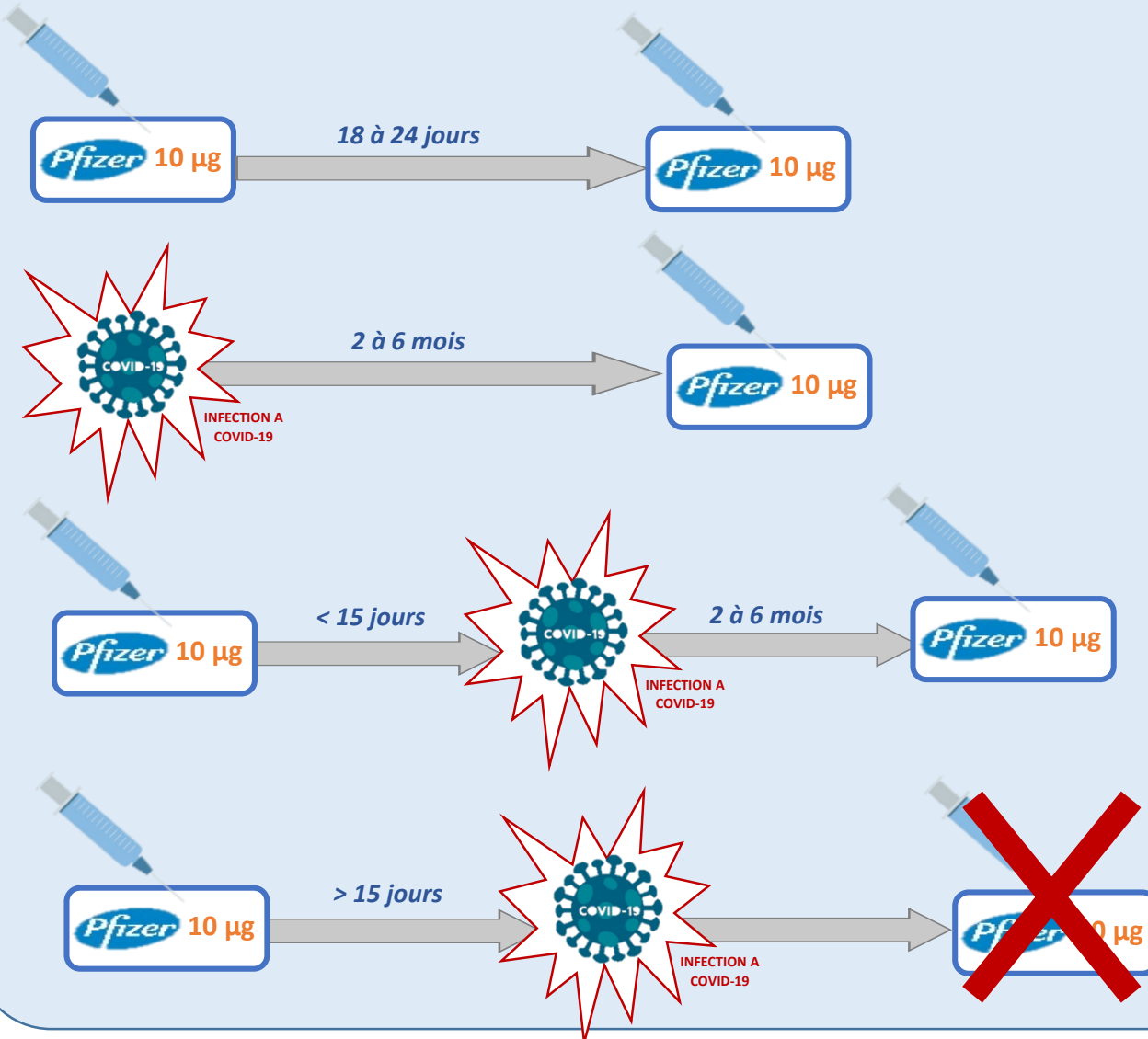
Vaccination – Vaccination des 5-11 ans



- Nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale.
- Questionnaire pré-vaccinal pédiatrique à remplir
- Prescription par médecin. Administration par médecin ou infirmier.

Vaccination – Vaccination des 5-11 ans

Primovaccination



Actuellement, la dose de rappel n'est pas recommandée pour les enfants de 5 à 11 ans



Vaccination – Vaccination des 5-11 ans

- **Préparation du vaccin pédiatrique :**

- Bien se munir du **vaccin Comirnaty® pédiatrique** : muni d'un **couvercle en plastique orange**
- Le vaccin décongelé doit être **dilué** dans son flacon d'origine à l'aide de **1,3 mL de NaCl 0,9% injectable**
 - Utilisation d'une aiguille de calibre 21G ou plus fine
- **Retourner délicatement** la solution diluée à 10 reprises. **Ne pas secouer**
- Après dilution, le **flacon contient 2,6 ml soit 10 doses** annoncées de **0,2 mL de vaccin**.
- Ecrire date et heure de l'expiration de la solution diluée
- Le produit doit être conservé entre 2 et 30 °C et être utilisé dans les 12 h



Flacon de vaccin Comirnaty Pédiatrique

ATTENTION : Une vigilance particulière devra être portée lors de la préparation du vaccin afin d'éviter toute confusion entre un flacon de vaccin Comirnaty® Adulte (couvercle violet) et un flacon de vaccin Comirnaty® Pédiatrique (couvercle orange), et afin de prévenir toute erreur d'injection. Une dernière vérification avant l'injection est souhaitable.

→ *Plusieurs fiches pratiques sur le site [omedit-idf](https://www.omedit-idf.fr)*

- **Vaccination concomitante :**

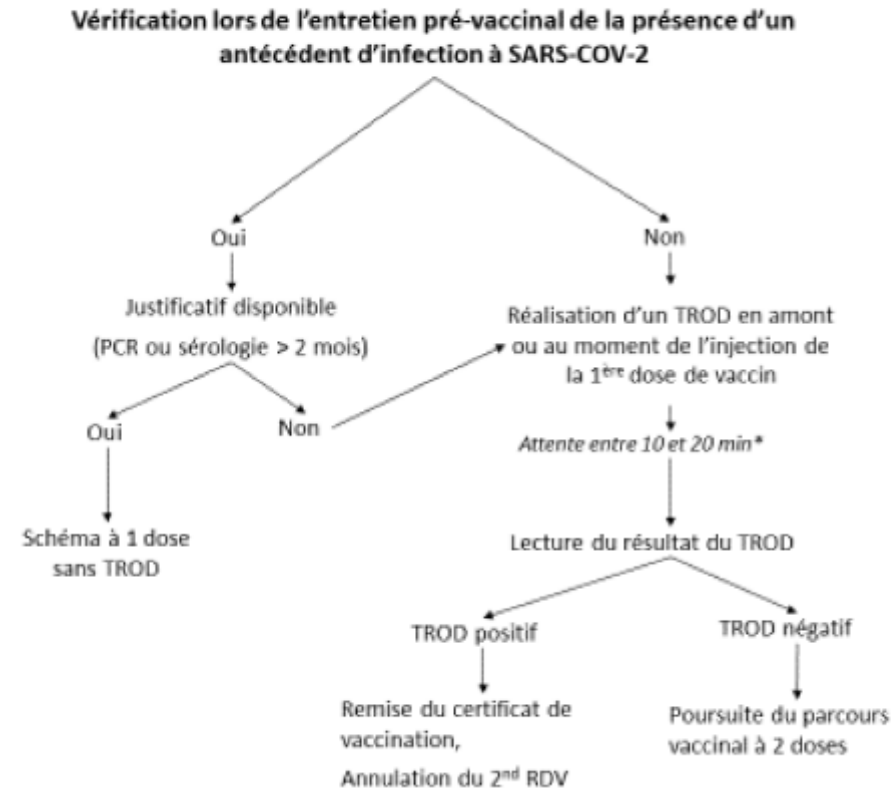
- Avis COSV du 6 décembre : **possibilité d'injection concomitante du vaccin anti-Covid-19 et de ces vaccins :**
 - Rappels contre la **diphtérie, tétanos, poliomyélite** et la **coqueluche** des enfants de 6 à 11 ans
 - Vaccin **anti-HPV** pour les enfants de 11 ans

Vaccination – Sérologie pré-vaccinale par TROD

Organisation type du TROD sérologique dans le parcours vaccinal :

Sérologie pré-vaccinale :

- Permet une **meilleure réalisation de la stratégie vaccinale uni-dose**
- Proposée en centre de vaccination à l'ensemble des **5– 55ans immunocompétents**
- Ne concerne pas les personnes disposant d'une preuve d'infection passée à la Covid-19
- **Ne pas utiliser les TROD dans les zones où la dengue est présente**
 - Tous départements et régions d'outre-mer sauf St Pierre et Miquelon)
 - → **Risque faux positifs**
 - Réaction sérologique croisée entre les IgG SARS-CoV-2 et celles ciblant le virus de la dengue.



* délai dépendant du type de TROD, vérifier la notice au

La liste des TROD autorisés est disponible sur le site du ministère : <https://covid-19.sante.gouv.fr/tests>

Vaccination – Nouveau vaccin anti-Covid ?

Vaccin Nuvaxovid (NX-Cov2373, Novavax)

- **AMM conditionnelle octroyée par l'EMA le 20/12/2021**
- Indication : Prévention de la covid-19 causée par le virus SARS-CoV-2 chez les personnes âgées de 18 ans et plus
- **Vaccin sous-unitaire recombinant à nanoparticules avec adjuvant**
- **Flacon multidose** contenant **10 doses** de 0,5 mL
- **2 doses à J0 et J21** pour primovaccination complète
- **En attente d'un avis de la HAS**
- Pourrait être disponible « début Février » d'après le ministre de la santé
- Conservation : 9 mois pour des températures de 2 à 8°C



Vaccination – Grippe

- Occitanie : survenue d'une **épidémie de grippe de façon concomitante à la 5^{ème} vague COVID**
- Couverture vaccinale (CV) de la grippe chez les personnes à risques ciblées par le vaccin contre la grippe :

CV chez les personnes à risques ciblées par le vaccin contre la grippe	30/11/2020	30/11/2021	Variation de 2020 à 2021
Globale	52,5%	45,0%	↘↘
Chez les 65 ans et plus	56,1%	48,4%	↘↘
Chez les < 65 ans	39,4%	32,3%	↘↘

Couverture vaccinale du 30/11/2021 est nettement inférieure à celle estimée au 30/11/2020

- Couverture vaccinale (CV) de la grippe chez les professionnels en ES et ESMS :
 - Au 01/12/2021 : **14,4 %**
 - CV plus élevée (mais insuffisante) chez les établissements ayant terminé leur campagne de vaccination antigrippe (**28,1%**)
 - **CV très inférieure** à celles estimées lors de la saison **2018-2019 (35%)**
 - *Sous-estimation possible : pas d'informations de vaccination grippe en temps réel pour certains établissement en cours de campagne de vaccination*



- **DGS URGENT N°2022-08** : **prolongation de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière jusqu'au 28 février2022**
 - Les vaccins grippe et Covid peuvent être pratiqués le même jour mais sur 2 sites différents (un vaccin dans chaque bras)



www.cpias-occitanie.fr

SITE TOULOUSE

05.61.77.20.20

cpias-occitanie@chu-toulouse.fr

SITE MONTPELLIER

04.67.33.74.69

cpias-occitanie@chu-montpellier.fr