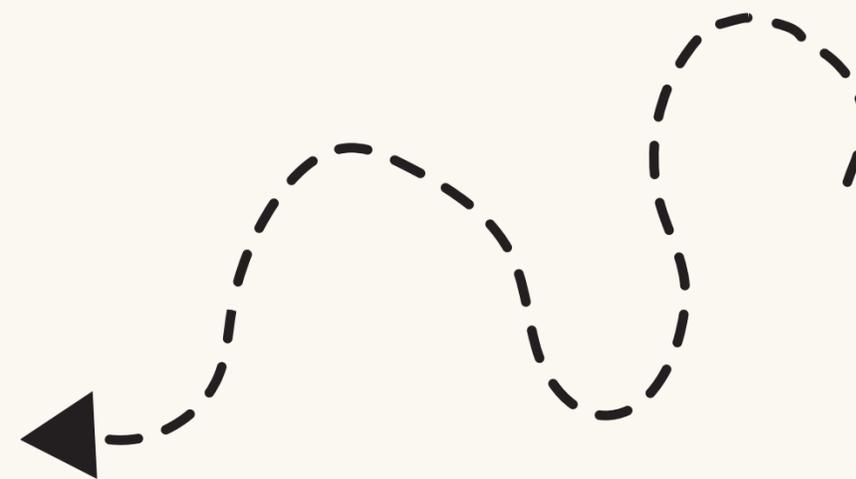
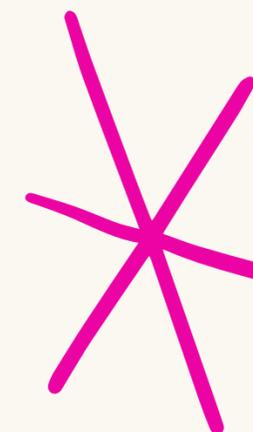


Fiches



REFLEXE



Béatrice CLARIVET

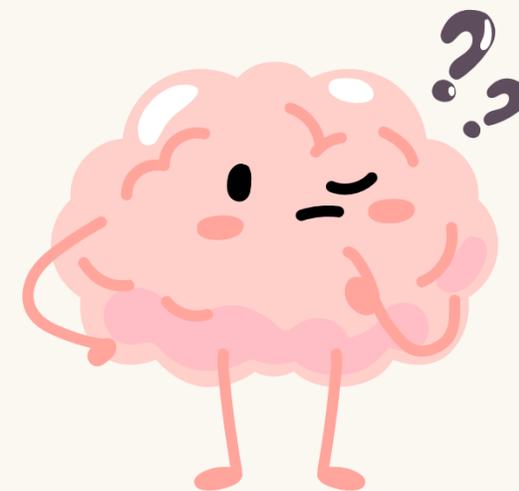


Rencontres des EMH et des EMA

24 septembre 2024



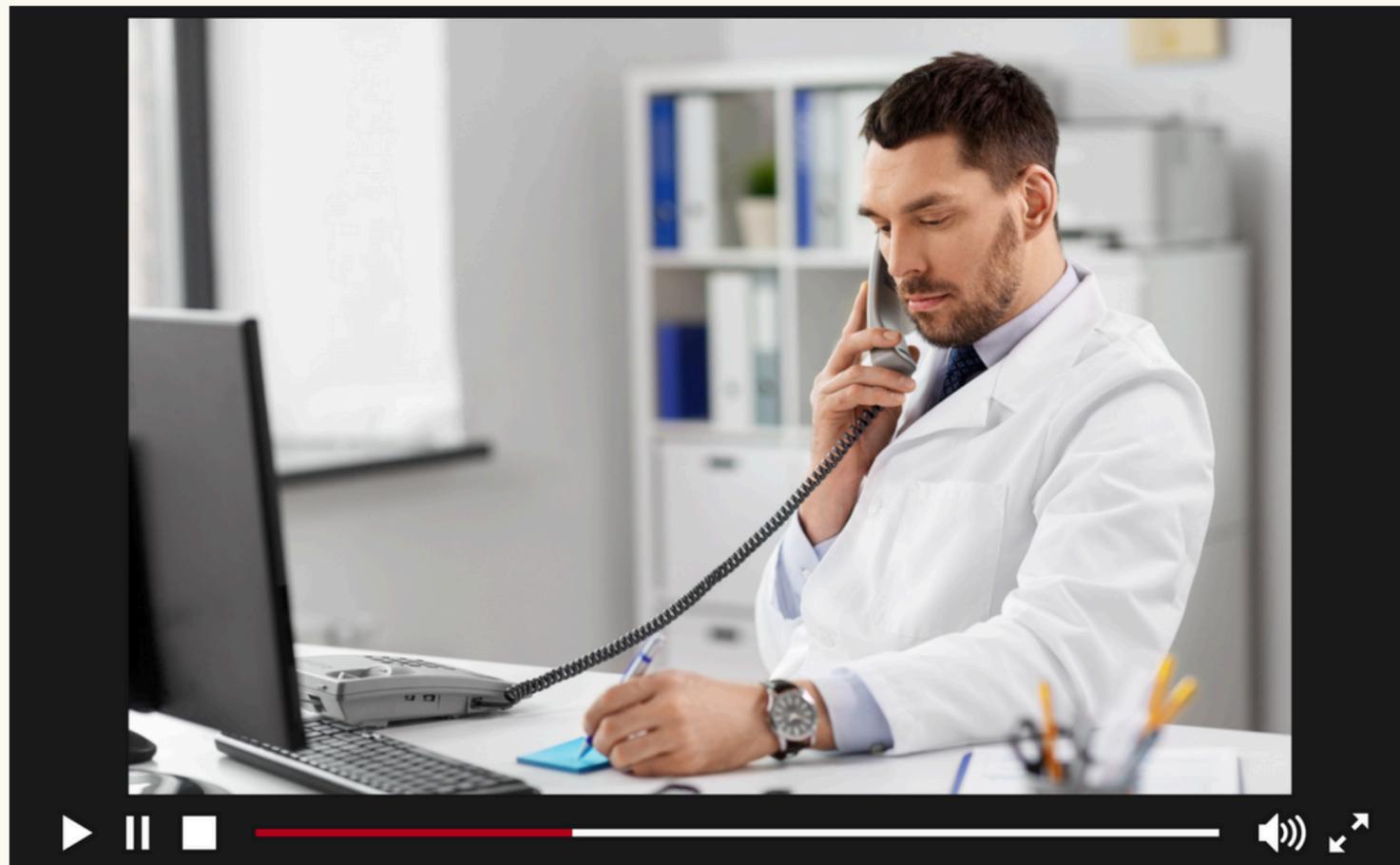
**DES FICHES REFLEXE,
POUR QUOI ?**



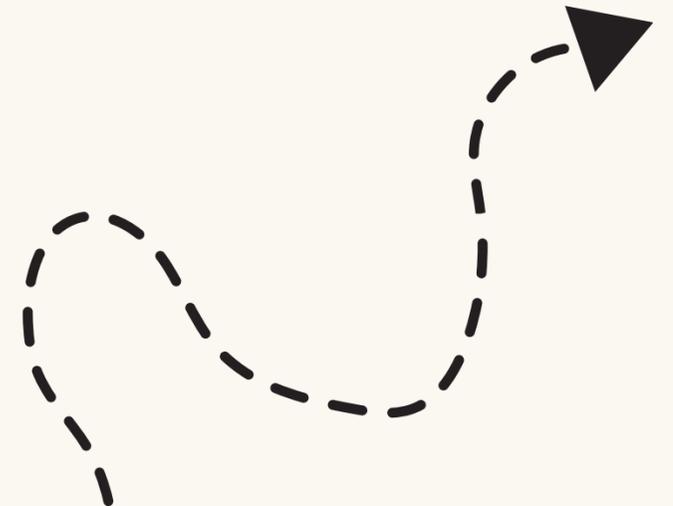
Ceci n'est pas une fiction...



Vendredi, 18h



Bonjour, on a une patiente positive à la coqueluche. Je voulais savoir ce qu'on fait pour ses contacts





Recommandations de la SFM du 20 août 2022
bactériologique de la coqueluche en situation



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

Relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche

18 novembre 2022



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave

30 juillet 2024



Coqueluche
Femmes enceintes

Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner

LA COQUELUCHE

La coqueluche est une infection bactérienne respiratoire qui est hautement contagieuse et se transmet par la toux des personnes infectées. Les formes graves de la maladie touchent surtout les nourrissons, en particulier ceux de moins de 2 mois entraînant des complications graves, voire des décès. Les adultes immunodéprimés et/ou souffrant de maladie(s) chronique(s) peuvent également faire des formes sévères.

PENSER À LA COQUELUCHE ?

La coqueluche persiste dans le temps, une toux légère peut durer plus de 7 jours (quintes de toux violentes et prolongées) chez une personne malade de la coqueluche.

RECOMMANDER DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION Stratégie de vaccination contre la coqueluche dans le contexte épidémique de 2024

Rappel vaccinal des professionnels au contact des personnes à risque de forme grave

18 juillet 2024

CRATb
Centre Régional en Asthmo-bronchologie des Pyrénées-Orientales

LES 10

LA COQUELUCHE

CPIAS & CRATB

NOUVELLE-AQUITAINE

La coqueluche - Juillet 2024



RECOMMANDER LES BONNES PRATIQUES

FICHE

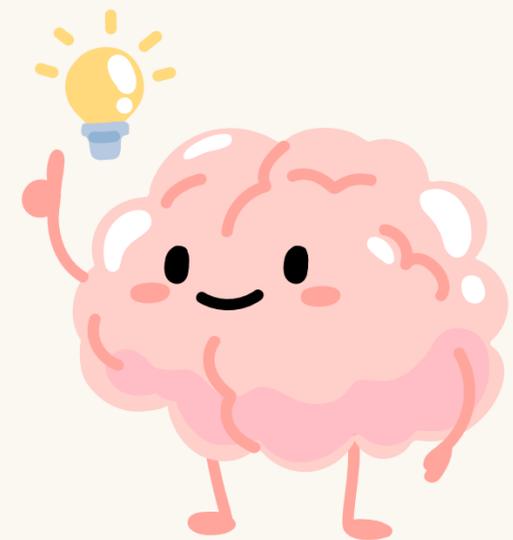
Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte

Validée par le Collège le 20 juin 2024

Mis à jour en août 2024



**ELABORATION DES
FICHES**



synthétique, 1 page

informations essentielles

conduite à tenir

visuel

pour aller plus loin

relecture pluridisciplinaire

**Identité du germe
en cause**

**Mode de
transmission**

**Précautions
complémentaires**

Tableau clinique

**Diagnostic
biologique**

Signalement

Traitement

**Définition des
contacts**

**Prophylaxie des
contacts**

**Recommandations
Outils,
...**

Coqueluche

MAJ septembre 2024

 Bactérie *Bordetella pertussis / parapertussis*

Port du masque systématique en période épidémique dans les services prenant en charge les personnes à haut risque de forme grave ou recevant les femmes enceintes au dernier trimestre.



Transmission par gouttelettes dans un rayon de 1 à 2 m

+ renforcement de l'entretien de l'environnement proche

PC Gouttelettes selon durée de contagiosité

Éviction pour les soignants



Incubation 7 jours en moyenne (extrêmes : 5 à 21 jours)

Contagiosité maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps

Durée de contagiosité :

- jusqu'à 3 semaines sans traitement antibiotique
- jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique (3 jours si traitement par azithromycine)



4 à 6 premiers jours = phase catarrhale: signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère. Fièvre discrète ou absente.

Au-delà de 7 jours : toux persistante, s'aggravant et devenant caractéristique car spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique, en fin de quinte de toux « chant du coq ».



PCR spécifique sur prélèvement naso-pharyngé si (PCR multiplex non recommandée en 1ère intention) :

- < 6 mois ou nourrisson > 6 mois non ou incomplètement vacciné, avec toux quinteuse ou associée à des apnées
- enfant, adolescent, adulte vacciné avec toux > 7 jours sans cause évidente (y compris si rappel < 5 ans)

En cas de cluster ne tester que les 3 premiers cas



Traitement : 1ère intention : macrolides

- Azithromycine 500 mg/j en 1 seule prise pendant 3 jours (20mg/kg/j, max 500mg/j chez l'enfant)
- OU Clarithromycine 500 à 1000 mg/j en 2 prises journalières pendant 7 jours (15mg/kg/j, max 500 mg/j chez l'enfant)

Alternative si CI aux macrolides : cotrimoxazole 7 jours.  Sauf déficit en G6PD du nourrisson



Signalement des cas groupés en ES ou ESMS via e-SIN ou le portail de signalement (IAS).

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Situations de contact à risque =

- domicile, milieu clos > 1h en cumulé sans masque, soin aérosolisant (intubation, etc)
- contact avec cas confirmé épidémiologiquement ou biologiquement et contagieux
- contact récent : **dernier contact < 21 j pour les sujets à haut risque ou 14 j pour les autres cas**

Sujets à haut risque de forme grave :

- < 6 mois quelles que soient les vaccinations de la mère ou de l'enfant
- de 6 à 11 mois avec < 2 doses (ou 2ème dose < 2 semaines)



Sujets à risque de forme grave :

- maladie respiratoire chronique ou obésité ou déficit immunitaire
- > 80 ans

Antibioprophylaxie : schéma identique au traitement



- chez les sujets à haut risque de forme grave si dernier contact < 21 jours
- chez les femmes enceintes au dernier trimestre et chez les sujets à risque de forme grave si dernier contact < 14 jours
- chez les personnes en contact étroit avec les sujets à haut risque de forme grave non immunisés* et ne pouvant porter le masque lors des interactions avec le sujet à haut risque (si dernier contact < 14 jours)



Si non immunisé* et en contact des sujets à haut risque (entourage et professionnels), administration d'une dose de rappel dTCaP

*non immunisé si non vacciné ou rappel > 5 ans ou antécédent de coqueluche > 10 ans



Transmission

Clinique

Traitement

Prophylaxie

Identité

P.complément.

Diag.bio

Signalement

Contacts

Outils : coqueluche



Haut conseil de la Santé Publique

AVIS : Relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave - 2024

Pour les professionnels prenant en charge les cas



Haute Autorité de Santé

Stratégie de vaccination contre la coqueluche dans le contexte épidémique - 2024

Tous les professionnels de santé



Haut Conseil de la santé publique

AVIS : Relatif à la conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche, 18 novembre 2022

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Haute Autorité de Santé

Choix et durée d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte - 2024

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Haute Autorité de Santé

Recommandation vaccinale contre la coqueluche chez la femme enceinte, 7 avril 2022

Tous les professionnels de santé



Santé Publique France

Coqueluche, femmes enceintes : Les 5 bonnes raisons de se faire vacciner, 2022

Tous les professionnels de santé



CPias Nouvelle Aquitaine

Coqueluche : faites le point en vidéo, 2024

Tous les professionnels de santé



CPias/ARS/CRAtb Occitanie

Protocole coqueluche ESMS, 2024

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Signalement si cas groupés ou acquisition nosocomiale

Pour les responsables signalement



N'hésitez pas à nous contacter :

- cpias-occitanie@chu-toulouse.fr / 05 61 77 20 20
- cpias-occitanie@chu-montpellier.fr / 04 67 33 74 69

Lien direct vers les documents en cliquant sur l'image



Coqueluche

MAI septembre 2024

Bactérie Bordetella pertussis / parapertussis

Port du masque systématique en période épidémique dans les services prenant en charge les personnes à haut risque de forme grave ou recevant les femmes enceintes au dernier trimestre.

Transmission par gouttelettes dans un rayon de 1 à 2 m + renforcement de l'entretien de l'environnement proche

Incubation 7 jours en moyenne (extrêmes : 5 à 21 jours)

Contagiosité maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps

Durée de contagiosité :

- jusqu'à 3 semaines sans traitement antibiotique
- jusqu'à 5 jours après le début du traitement antibiotique (3 jours si traitement par azithromycine)

4 à 6 premiers jours = phase catarrhale : signes discrets d'infection des voies respiratoires supérieures : rhinite, toux légère. Fièvre discrète ou absente.

Au-delà de 7 jours : toux persistante, s'aggravant et devenant caractéristique car spasmodique en particulier nocturne, survenant de façon paroxystique, en fin de quinte de toux « chant du coq »

PCR spécifique sur prélèvement naso-pharyngé si (PCR multigène non recommandée en 1ère intention) :

- < 6 mois ou nourrisson > 6 mois non ou incomplètement vacciné, avec toux quinteuse ou associée à des apnées
- enfant, adolescent, adulte vacciné avec toux > 7 jours sans cause évidente (y compris si rappel < 5 ans)

En cas de cluster ne tester que les 3 premiers cas

Traitement : 1ère intention : macrolides

- Azithromycine 500 mg/j en 1 seule prise pendant 3 jours (20mg/kg/j), max 500mg/j chez l'enfant
- OU Clarithromycine 500 à 1000 mg/j en 2 prises journalières pendant 7 jours (15mg/kg/j, max 500 mg/j chez l'enfant)

Alternative si CI aux macrolides : cotrimoxazole 7 jours. *Sauf déficit en G6PD du nourrisson*

Signalement des cas groupés en ES ou ESMS via e-SIN ou le portail de signalement (IAS).

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Situations de contact à risque =

- domicile, milieu clos > 1h en cumulé sans masque, soin aérosolisant (intubation, etc)
- contact avec cas confirmé épidémiologiquement ou biologiquement et contagieux
- contact récent : **dernier contact < 21 j pour les sujets à haut risque ou 14 j pour les autres cas**

Sujets à haut risque de forme grave :

- < 6 mois quel que soient les vaccinations de la mère ou de l'enfant
- de 6 à 11 mois avec < 2 doses (ou 2ème dose < 2 semaines)

Sujets à risque de forme grave :

- maladie respiratoire chronique ou obésité
- déficit immunitaire
- > 80 ans

Antibioprophylaxie : schéma identique au traitement

- chez les sujets à haut risque de forme grave si dernier contact < 21 jours
- chez les femmes enceintes au dernier trimestre et chez les sujets à risque de forme grave si dernier contact < 14 jours
- chez les personnes en contact étroit avec les sujets à haut risque de forme grave non immunisés* et ne pouvant porter le masque lors des interactions avec le sujet à haut risque (si dernier contact < 14 jours)

Si non immunisé* et en contact des sujets à haut risque (entourage et professionnels), administration d'une dose de rappel dTCaP

*non immunisé si non vacciné ou rappel > 5 ans ou antécédent de coqueluche > 10 ans

CPias

Rougeole

Avril 2024

Virus à ARN de la famille des Paramyxoviridae de genre Morbillivirus

Transmission par voie aérienne, +/- contact des muqueuses ORL avec des objets/mains contaminés. Le virus peut rester présent dans l'air ou sur les surfaces jusque 2h après le départ du malade

Incubation 7 à 18 jours (8 à 12 jours en moyenne)

Contagiosité 5 jours avant et 5 jours après éruption

Phase d'invasion (2 à 4 j) = fièvre élevée, asthénie, anorexie, signes digestifs...

- **Catarrhe oculo-respiratoire :** rhinite, toux, conjonctivite, photophobie...
- **Signe de Köplik*** inconstant, vers la 36ème heure, puis disparaît après le début de l'éruption.

Eruption maculo-papuleuse avec intervalle de peau saine qui débute au niveau de la tête et du visage, et son extension est descendante en 3 à 4 jours

*petits points blanchâtres ou bleuâtres situés sur la face interne de la muqueuse jugale sur un fond érythémateux.

RT-PCR sur prélèvement oropharyngé à privilégier (idéalement entre J0 et J12)

Signalement sans délai par tout moyen approprié (mail, téléphone) au point focal de l'ARS devant tout cas cliniquement évocateur*, sans attendre le diagnostic biologique

0800.301.301
05.34.30.25.86
ars-oc-alerte@ars.sante.fr

*voir critères de notification de la fiche de déclaration obligatoire

Traitement symptomatique

Sujet contact = toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (face à face ou > 15mn) ou jusqu'à 2h après son départ

Sujet à risque de forme grave* = femme enceinte non immunisée, sujet immunodéprimé (quel que soit statut vaccinal ou antécédent de rougeole), bébé < 12 mois

*complications de type neurologique et respiratoire

Conduite à tenir pour les sujets contacts

dans les 72h après exposition

De 6 à 11 mois révolus → 1 dose vaccin

Si > 12 mois et né après 1980, rappel vaccinal même si > 72h post exposition (à au moins un mois d'intervalle de la précédente injection et si pas d'infection bactérienne grave)

dans les 6 jours après exposition

femme enceinte non immunisée

immunodéprimé

6 à 11 mois révolus < 6 mois dont mère non immunisée

Ig polyvalentes

Rappel vaccinal pour tous les contacts non à jour de leur vaccination

Infection invasive à Méningocoque

Juillet 2024

Bactérie Neisseria meningitidis (sérogroupes B et C les plus fréquents en France)

Transmission par les sécrétions nasopharyngées lors d'exposition < 1m, en face à face

Portage nasopharyngé asymptomatique temporaire chez 5 à 50% de la population, qui ne nécessite pas de CAT particulière

Incubation en moyenne 5 jours (de 2 à 10 jours)

Contagiosité 10 jours avant et 24h après administration d'un ATB efficace sur le portage

Méningite : début brutal, céphalées violentes, diffuses, en casque, photophobie, phonophobie, nausées, vomissements, raideur méningée, fièvre, frissons

Purpura fulminans : ≥ 1 élément nécrotique ou ecchymotique Ø ≥ 3 mm, ne s'effaçant pas à la vitropression

Ponction lombaire : LCR en faveur méningite bactérienne si leucocytes > 1000/mm3, dont plus de 50 % de PNN, glycorachie ≤ 2 mmol/l et protéinorachie > 1g/l. Examen direct positif dans 70% des cas en l'absence d'antibiothérapie préalable : diplocoques gram négatif.

Hémocultures

Déclaration obligatoire sans délai auprès de l'ARS en mentionnant le séro-groupe : par téléphone puis envoi de la fiche Cerfa complétée par mail ou par fax

0800.301.301
05.34.30.25.86
ars-oc-alerte@ars.sante.fr

Traitement

C3G injectables : ceftriaxone de préférence ou céfotaxime

Sujet contact = toute personne ayant été en contact direct (face à face), proche (< 1m) et pendant au moins 1h d'affilée (ou moins si toux/éternuements du cas) avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté dans les 10 jours précédant le début de l'ATB

Pour les soignants = est contact toute personne ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Antibioprophylaxie

Sans délai : autant que possible dans les 24h suivant le diagnostic et jusque 10j après le dernier contact

1ère intention : Rifampicine 600 mg/12h PO pendant 2 jours

Interactions médicamenteuses (ex: pilule oestro-progestative chez la femme en âge de procréer)

Avril 2024 : alerte rupture Rifampicine, ne plus utiliser dans cette indication, privilégier une seconde intention

2ème intention si CI : Ceftriaxone 250 mg 1 injection IV OU Ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

Vaccination

Vaccination des personnes-contacts, en plus de l'antibioprophylaxie, s'il s'agit d'un séro-groupe concerné par la vaccination (A, C, Y, W) (non recommandé si un seul cas d'infection à méningocoque du groupe B)

Pour les personnes déjà vaccinées, selon le type de vaccin conjugué ou non, ou si dernière vaccination > 3 ou 5 ans, une nouvelle vaccination est préconisée

dans les 10j suivant l'apparition du cas

Signalement sans délai à l'ARS des cas confirmés biologiquement

0800.301.301
ars-oc-alerte@ars.sante.fr
05.34.30.25.86

Traitement symptomatique (AINS à éviter pour la dengue en raison du risque hémorragique)

Protection du patient contre les moustiques et éviter les déplacements

Prise en charge patient hospitalisé : chambre individuelle (en précautions standard), diffuseur anti-moustiques électrique, répulseur cutané (toutes les 8h sur les parties découvertes du patient), moustiquaire de fenêtre si possible

Plan de lutte antivectorielle en établissement de santé

Désignation d'un "réfèrent moustique"

Surveillance et lutte antivectorielle

- Identifier et répertorier les différents lieux de ponte et gîtes larvaires potentiels
- Eliminer les points à risques suppressibles
- Suivi hebdomadaire des gîtes non suppressibles
- Entretien des espaces verts

Information et formation des personnels et du public

- Information générale et sensibilisation de l'ensemble du personnel
- Formation ciblée pour les services susceptibles d'accueillir des patients suspects ou atteints
- Formation des agents techniques en charge des espaces verts
- Information du public fréquentant l'établissement

Protection des usagers et des personnels

- Filière de prise en charge des malades suspects ou atteints (avec locaux identifiés protégés contre les moustiques)
- Mise à disposition de répulseurs

CPias

Infections à Streptocoque A

Juillet 2024

Bactérie Streptococcus pyogenes (streptocoque du groupe A : SGA)

Transmission respiratoire (gouttelettes) ou par contact indirect à partir des lésions cutanées

Le réservoir de SGA est pharyngé, avec un portage asymptomatique estimé à 10%

Incubation selon le syndrome clinique: SGA non invasives 2 à 5 jours, sauf impétigo 10 jours ; SGA invasives en général 1 à 3 jours mais peut aller jusqu'à 3 semaines

Contagiosité en l'absence de traitement : 2 à 3 semaines

Plus longue en cas de lésions chroniques purulentes

Plus courte (24h) si antibiothérapie efficace

Formes non invasives (les plus fréquentes) : angine et scarlatine

Formes invasives : infections de la peau et des tissus mous (dermohypodermite éventuellement nécrosante, myosite), infections respiratoires basses (pneumonie et pleurésie), syndrome de choc toxique streptococcique

Angine : TROD sur écouvillon pharyngé (systématique chez l'enfant ≥ 3 ans, indiqué chez l'adulte si score de Mac Isaac > 2)

Scarlatine : TROD. Si négatif, prélèvement de gorge pour culture bactériologique

Formes invasives : isolement de Streptococcus pyogenes dans prélèvement habituellement stérile (liquide articulaire...)

Sujet contact de cas d'infection invasive à SGA = personne ayant rencontré le cas index dans les 7 jours précédant le début des signes cliniques et jusqu'à 24h après le début d'une antibiothérapie efficace

- partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée,
- contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée avec possibilité de face à face (activités partagées, soins de nursing...)

Signalement des cas groupés d'infection invasive à l'ARS

Cas groupés d'infection invasive à SGA : au moins 2 cas, confirmés ou probables, dans la même collectivité, à moins de 10 jours d'intervalle

Et mise en évidence ou jugé possible de contacts rapprochés, prolongés ou répétés entre les cas.

0800.301.301
05.34.30.25.86
ars-oc-alerte@ars.sante.fr

Traitement : bêta-lactamines

- 1ère intention : Amoxicilline (traitement de référence) devant une forme non nécrosante
- Formes d'infections nécrosantes : large spectre en probabiliste avec pipéracilline tazobactam +/- clindamycine ou oxazolidinone + chirurgie urgente de drainage et débridement et prise en charge en réanimation (lg polyvalentes dans les fasciites nécrosantes ou les chocs toxiques streptococciques dans certains pays).

Conduite à tenir pour les sujets contacts

Antibioprophylaxie

Limitée aux sujets contacts de cas d'infection invasive à SGA à risque de forme grave* :

Le plus tôt possible, idéalement dans les 24h et jusqu'à 10 jours après le diagnostic

Amoxicilline 6 jours : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g x2/j)

Macrolides (si SGA sensible) : Azithromycine 3 jours 20 mg/kg/j en 1 seule prise (max 500 mg/j) OU Clarithromycine 10 jours 15 mg/kg/j en 2 prises (max 500 mg 2x/j)

ClG 10 jours : Céfadroxil : 50 mg/kg/j en 2 prises (max 1g 2x/j) OU Cefaclor : 20-40 mg/kg/j en 3 prises (max 250 mg 3x/j)

* Sujets à risque de forme grave = femmes enceintes de plus de 37 SA, nouveau-nés (jusqu'à 28 jours de vie), femmes ayant accouché dans les 28 jours précédents, personnes âgées de plus de 65 ans, personnes ayant une varicelle, personnes vivant dans des conditions particulières de précarité (personnes sans domicile fixe par exemple), tous les sujets contacts vivant sous le même toit qu'un cas, lorsque l'un d'entre eux nécessite une antibioprophylaxie.

CPias

Arboviroses

Juillet 2024

Dengue, chikungunya et Zika = maladies dues à des arbovirus et transmises par les moustiques du genre Aedes

Surveillance renforcée du 1er mai au 30 novembre de chaque année

Transmission Après piqûre d'une personne infectée pendant la période viraémique (2 j avant et jusqu'à 7 j après le début des signes), le moustique devient infectant après une semaine et peut contaminer d'autres personnes en le piquant. Transmission par voie sexuelle possible pour le Zika.

Incubation 4 à 10 jours en moyenne

Contagiosité 2j avant et jusqu'à 7j après le début des signes (période viraémique)

Cas importé = ayant voyagé en zone de circulation virale connue dans les 15 j. précédant le début des signes

Cas autochtone = ayant contracté la maladie sans voyage récent

Dengue : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale ET au moins un des signes suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, douleur rétro-orbitaire

Chikungunya : fièvre > 38,5°C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes

Zika : éruption cutanée avec ou sans fièvre ET au moins 2 des signes suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgie, myalgie

Demandez les 3 diagnostics dengue, chikungunya et Zika simultanément

RT-PCR sur sang dès le début des signes jusqu'à J7 Zika : RT-PCR sur urines jusqu'à J10

Sérologie à partir de J5

Pour les cas probables de Zika et chikungunya IgM+, prévoir une seconde sérologie 10 à 15 jours après

Maladies à déclaration obligatoire

Signalement sans délai à l'ARS des cas confirmés biologiquement

0800.301.301
ars-oc-alerte@ars.sante.fr
05.34.30.25.86

Traitement symptomatique (AINS à éviter pour la dengue en raison du risque hémorragique)

Protection du patient contre les moustiques et éviter les déplacements

Prise en charge patient hospitalisé : chambre individuelle (en précautions standard), diffuseur anti-moustiques électrique, répulseur cutané (toutes les 8h sur les parties découvertes du patient), moustiquaire de fenêtre si possible

Plan de lutte antivectorielle en établissement de santé

Désignation d'un "réfèrent moustique"

Surveillance et lutte antivectorielle

- Identifier et répertorier les différents lieux de ponte et gîtes larvaires potentiels
- Eliminer les points à risques suppressibles
- Suivi hebdomadaire des gîtes non suppressibles
- Entretien des espaces verts

Information et formation des personnels et du public

- Information générale et sensibilisation de l'ensemble du personnel
- Formation ciblée pour les services susceptibles d'accueillir des patients suspects ou atteints
- Formation des agents techniques en charge des espaces verts
- Information du public fréquentant l'établissement

Protection des usagers et des personnels

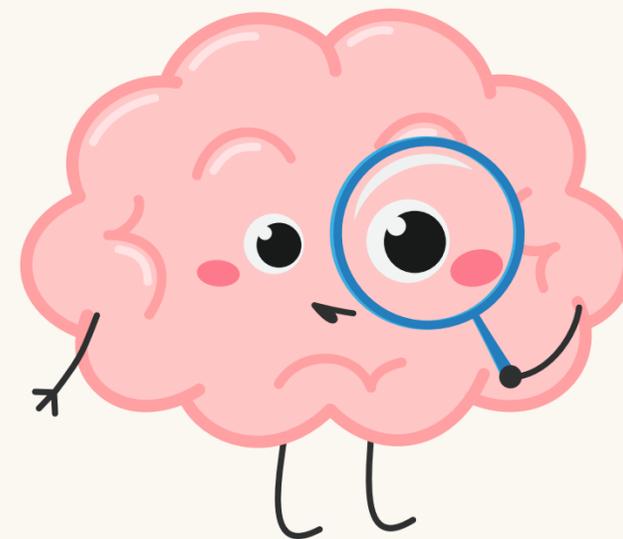
- Filière de prise en charge des malades suspects ou atteints (avec locaux identifiés protégés contre les moustiques)
- Mise à disposition de répulseurs

CPias



OÙ LES TROUVER ?

The banner is blue with a torn edge effect. It features a dashed black arrow pointing from the top left towards the text. There are three pink brushstroke-like marks on the left side of the banner and a pink starburst on the right side. Below the text are two thick, parallel black lines.



Animation – Formation >

Outils CPIAS Occitanie

Surveillance et évaluation >

Campagnes / outils nationaux et relais en région

Alerte et signalement >

Outils >

Agenda

Actualités

Réseau des Equipes Mobiles en Hygiène (EMH)

CRAtb Occitanie



Soins de Ville



Usagers

pour la Prévention des Infection

RÉGION OCCITANIE



Animer

Le CPIAS Occitanie organise des journées régionales, des formations DPC et des groupes de travail sur la prévention des

Dernières

ières

Établissements sanitaires

Semaine
de la sécurité
des patients

Associées aux Soins

ents sanitaires



Animation – Formation >

Surveillance et évaluation >

Alerte et signalement >

Outils >

Agenda

Actualités

Réseau des Equipes Mobiles en Hygiène (EMH)

CRAfb Occitanie



Soins de Ville



Usagers

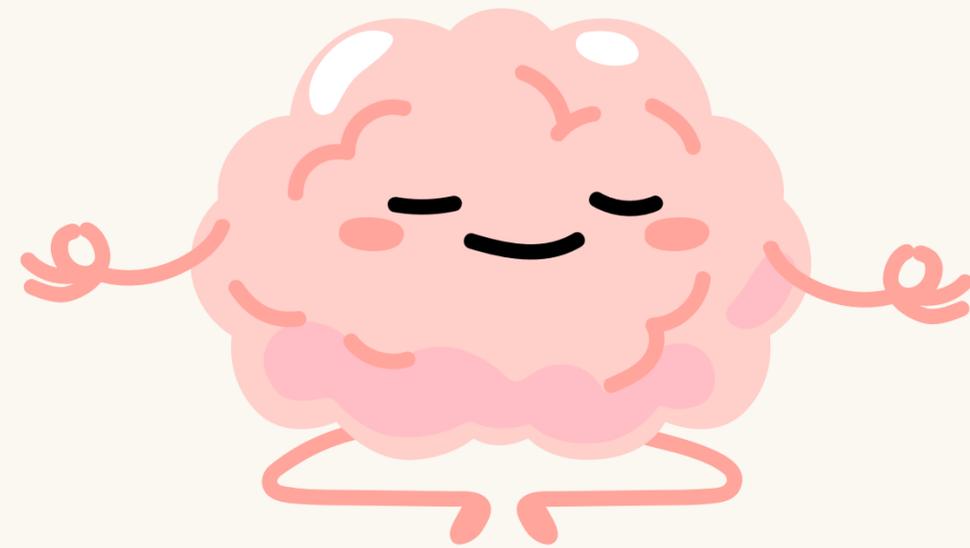


Transmission croisée

- **[Nouveau!]** Protocole coqueluche pour les ESMS
- **[Nouveau !]** Fiches reflexes
- Hygiène des mains, outil info patients
- Fiche pratique porteur/contact Monkeypox virus (version 15/02/2024)
- Covid-19
- Kit BHRe en établissement de santé
- Traitement des dispositifs médicaux réutilisables en EMS
- Précautions standard / Précautions complémentaires
- Épidémie
- Ectoparasitose cutanée
- BMR-BHRe en EMS, mode d'emploi (MAJ 2023)



CONCLUSION



Fiche réflexe pour une alerte sans stress