ACTUALITÉS

REVUE
DE MARS A SEPTEMBRE
2024

Sources documentaires

- RéPIA
  Réseau de prévention de l'infection et de l'antibiorésistance
- CPias
  Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

Nathalie Montmaneix

CPias
Auvergne • Rhône • Alpes
Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

EVENEMENTS A VENIR

A vos agendas!

Les journées

Jusqu'à fin 2024 (Inscription possible)

Le 15 octobre 2024 Clôture des inscriptions : **mardi 1er octobre**

Rencontre intersectorielle des paramédicaux exerçant en hygiène RIPH à Pierre-Bénite

Le 26 novembre 2024

3ieme journée régionale du BUA et antibiorésistance à Lyon

Le 28 novembre 2024

Rencontre du réseau néonat à Saint Genis Laval

Le 5 décembre 2024

Réseau des praticiens hygiénistes à Saint Genis Laval

Agenda | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Les webinaires

- 25 novembre 2024 les désinfectants
- 2 décembre 2024 prélèvements en endoscopie

Les cafés de la Doc

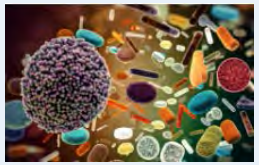
- 14 novembre 2024 Excel 1
- 12 décembre 2024 Excel 2

Webinaires | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Les formations

2024

~~Les 28 et 29 novembre~~ Changement de date les 5 et 6 décembre
Bases en pédagogie et en communication pour concevoir et conduire une formation à Saint-Genis-Laval **Inscription jusqu'au 15 novembre**



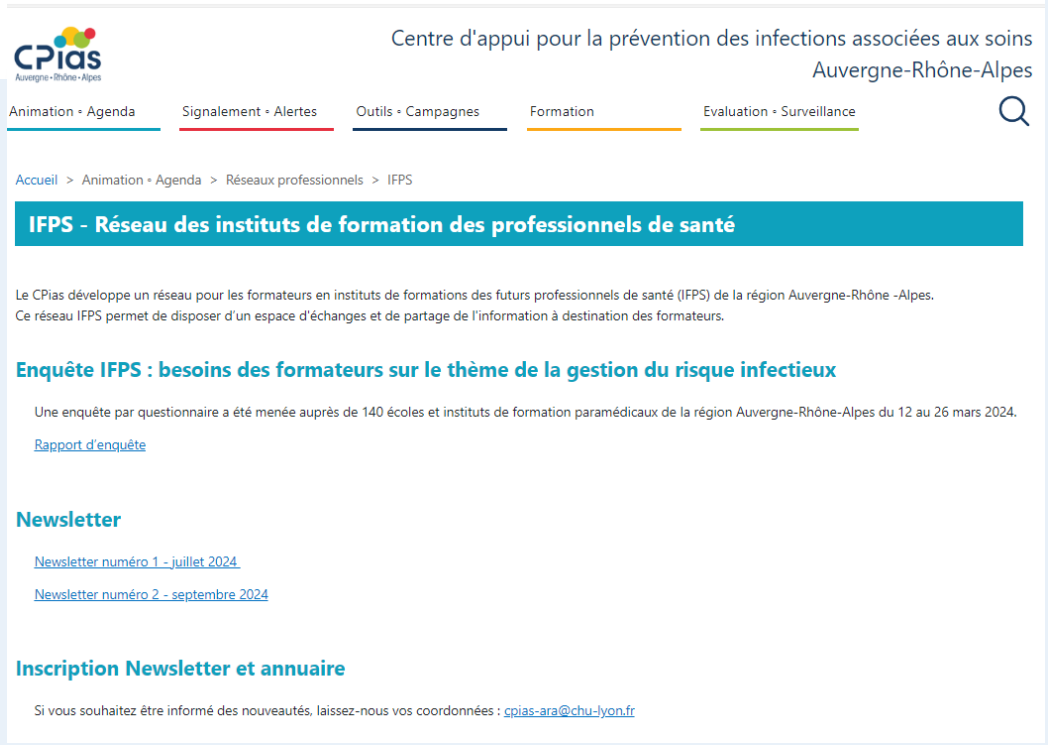
Le 12 décembre
BMR, BHRe : comprendre pour mieux maitriser à Saint-Genis-Laval **Inscription jusqu'au 15 novembre**

2025

Le 23 janvier **Nouveauté**
Gestion des dispositifs invasifs périphériques et centraux à Saint-Genis-Laval

Calendrier des formations 2024/2025 | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Nouveauté



IFPS - Réseau des instituts de formation des professionnels de santé | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Surveillance et prévention des infections associées aux dispositifs invasifs

NEW

DEUX TARIFS !

Le déjeuner est intégré dans le prix de la formation

140€ - Pour toutes inscriptions reçues avant le 15 septembre 2024

180€ - Pour toutes inscriptions reçues à partir du 16 septembre 2024

CHRU Hôpitaux de Tours
CHU 2437P002037

Qualiopi processus certifié
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Certificat BO3271

Réseau piloté par
RéPIA SPIADI
Santé publique France

BULLETIN À RETOURNER AVANT LE : 1er OCTOBRE 2024

CPias Centre Val de Loire – SPIADI
Hôpital Bretonneau – 37044 Tours Cedex 9
Tél : 02 47 47 82 90

l.meriglier@chu-tours.fr ou n.brion@chu-tours.fr

La participation à la journée peut s'inscrire dans le cadre de la Formation Continue, Numéro existant : CHU 2437P002037

PALAIS DES CONGRÈS DE TOURS

26, boulevard Heurteloup face à la gare SNCF

Accès Handicapés

8 octobre 2024

6ème JOURNÉE MISSION NATIONALE SPIADI

L'engagement du patient et la Prévention des Infections liées à un Cathéter

www.spiadi.fr

Pré - PROGRAMME – 6ème journée de la Mission Nationale SPIADI

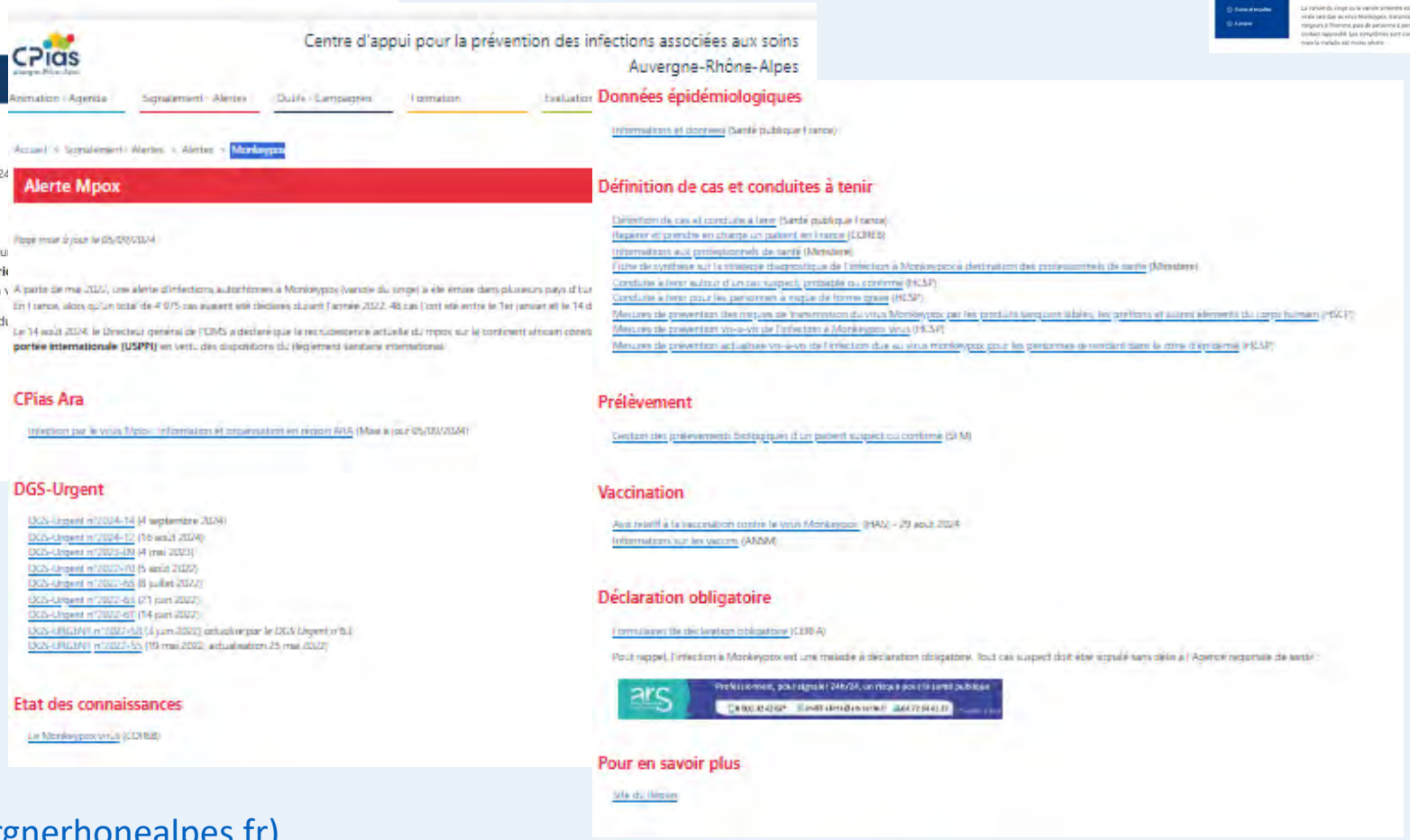
8h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS, ÉMARGEMENT CAFÉ D'ACCUEIL, VISITE DES STANDS ET INSTALLATION DES POSTERS		Rez de chaussée Salon A. Sorel niveau 2
8h45	OUVERTURE DE LA 6ème JOURNÉE DE LA SPIADI Dr Bruno GRANDBASTIEN, CHUV Lausanne Dr Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, CPias Centre Val de Loire, CHRU de Tours		Auditorium P. de Ronsard Niveau 1
9h00	La surveillance et la prévention des infections liées à un cathéter : Enseignements des données de surveillance, et perspectives à venir. Dr Sonja HANSEN, Institute of Hygiene and Environmental Medicine, Charité –Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Allemagne		
9h45	L'engagement des patients au service de la prévention des infections : les enseignements des expériences menées à ce jour. Dr Olivia GROSS et Dr Dominique POUGHEON BERTRAND, Université Sorbonne, Paris		
10h20	Table ronde		
10h45	PAUSE CAFÉ, VISITE DES STANDS ET DES POSTERS		Salon A. Sorel niveau 2
11h30	Surveillance des infections : Faits marquants et Focus MID 2019-2024	Dr Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, SPIADI	Auditorium P. de Ronsard Niveau 1
11h50	Observations des pratiques : Faits marquants et Focus MID 2020-2024	Dr Anne-Sophie VALENTIN, SPIADI	
12h10	Étude ChronoBIOline : résultats et perspectives	Mathilde FARIZON et Sandra DOS SANTOS BORGES, SPIADI	
12h30	REPAS VISITE DES STANDS ET DES POSTERS		Salon A. Sorel niveau 2
14h00	Parenthèse humoristique : les coulisses du tournage des films CleanHandPROX	Olivier FORT, SPIADI	Auditorium P. de Ronsard Niveau 1
14h05	Plongée au cœur des statistiques SPIADI	Florent GOUBE, Maris DUSSARTRE, Nicolas DUFLOT, SPIADI	
14h15	La méthode PACTE : l'expérience d'un service d'Hématologie, clinique du Centre Hospitalier de Cornouaille. Dr Gwenaël ROLLAND-JACOB, Hygiène Hospitalière et Epidémiologie, Centre Hospitalier de Cornouaille		
14h35	Organisation du parcours d'un patient porteur d'un PICC. Dr Stéphane ILUNGA et Romain HABRZYK, Cabinet SAVE, Lille		
14h55	Engager le patient porteur de PICC : l'expérience du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes. Dr Mathilde PETIT, CHU de Nantes		
15h15	DEEPCATH : Résultats de la première phase et travaux en cours. Stéphane RUCKLY, Marwa KOUMAIHA, ICUREsearch et Lyse GALLAY, Institut de l'Intelligence Artificielle en Santé		
15h35	Le bon usage des Midlines avec prolongateur intégré : Présentation de l'outil	Mathilde FARIZON, Nathalie RÉGINAUD, CPias CVDL	
15h45	COMMUNICATIONS SÉLECTIONNÉES : Surveillance, REX, analyses des causes, outils pour la formation		
16h45	Remise du prix SPIADI 2024 du meilleur poster et de la meilleure communication orale		
16h50	Table ronde et synthèse, vie du réseau, perspectives pour 2025		
17h00	Clôture de la journée		

SPIADI

MALADIES

Monkeypox

CPias Auvergne-Rhône-Alpes



[Alerte Monkeypox | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)]

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Infection par le virus Mpox

Information et organisation en région ARA

	Recommandations nationales	Organisation en ARA
Préalable	• Orthopoxvirus • Transmission inter-humaine . contact direct avec lésions cutanées, liquides biologiques ou muqueuses (contact sexuel) . exposition à des sécrétions respiratoires . transmission transplacentaire mère-enfant . contact indirect (objets/linge contaminés) • Précautions complémentaires pour les soignants de 1ère ligne : Contact + Air - COREB - 17.08.24 (harmonisation en cours avec la SFHI - 2023) • Le point sur le virus - Ministère - 13.08.24 • Données épidémiologiques - SpF	• Etablissement de santé de référence (ESR) en ARA : Hospices Civils de Lyon (HCL) • Etablissements avec infectiologues référents : . avec astreinte nuit et week-end : 4 CHU + CH de Chambéry (CHMS) et Annecy (CHANGE) . autres CH (hors astreinte nuit/week-end) : CH de Annemasse (CHAL), Bourg-en-B., Valence, Vichy, et Villefranche et 2 CeGIDD à Lyon
Définitions / classement	• Définitions des cas et conduites à tenir - SpF - 20.04.23	Devant toute suspicion, le SAMU ou un médecin contacte l'infectiologue référent et classe le cas
Formation / information	• Formation des professionnels - COREB - 20.08.22 • Info patient - COREB - 17.08.24 • Info grand public Flyer - SpF – 15.07.22 • N° vert (anonyme confidentiel) : 0 801 90 80 09	• Relais par service prévention et promotion de la santé • Site sexsante
Diagnostic	• Aide au diagnostic différentiel - COREB - 09.06.22 • Procédure opérationnelle de prélèvement - COREB 17.08.24 • Gestion des prélèvements biologiques - SFM - 11.06.22	• Prélèvement : par tout laboratoire de biologie médicale (LBM) qui le propose et dans les CeGIDD • Analyse : . Par LBM ou envoi au laboratoire d'un des 4 CHU HCL : RT-PCR permettant de distinguer les clades Autres CHU : PCR générique Orthopoxvirus, si positive, envoi au CNR
Prise en charge du cas	• Prise en charge en 1ère ligne - COREB - 17.08.24 • PEC en médecine générale - Collège MG - 13.07.22 • Prise en charge d'un cas (en ES) - HCSP - 24.05.22 • Prise en charge en ville ou collectivité, personnes à risque de forme grave - HCSP - 09.06.22 • Evolution prise en charge - DGS-Urgent - 08.07.22	L'infectiologue référent organise la prise en charge en lien avec le médecin déclarant et le SAMU : • Forme non grave : isolement à domicile, suivi régulier jusqu'à guérison • Forme grave : hospitalisation à l'ESR, hôpital de la Croix-Rousse, SMIT en 1ère intention
Transport	• Forme non grave : transport personnel, à défaut ambulance (éviter les transports en commun) • Forme grave : SMUR	Transport en ambulance privée – HCL – 26.05.22
Prévention	• Mesures de prévention - HCSP - 08/07/2022 • Prévention PSL, greffons, - HCSP - 09.06.22 • Transmission aux animaux - ANSES - 10.06.22 • Transmission par l'alimentation - ANSES - 05.07.22	
Signalement	• Cas probables ou confirmés : Fiche Cerfa de DO des Orthopoxvirroses	
Investigations		• Investigation du cas : ARS • Contact tracing et suivi des contacts : . communautaires : ARS . hospitaliers : SST, EOH avec l'appui du CPias
Vaccination & Traitements	• Vacc. prépexposition et réactive - HAS - 29.08.24 • Vacc. des contacts - DGS-Urgent 58 - 03.06.22 • Vacc. primo-vaccinés et enfants - DGS-Urgent 63 - 21.06.22 • Vaccins et traitements - info ANSM - 04.07.22	• Vaccination des contacts à risque : proposition par ARS, selon calendrier vaccinal • Commande à l'ARS, pôle sécurité des activités de soins et de vigilance, par courriel (stock d'Etat) • Organisation de la vaccination dans l'ES du contact • Vaccination élargie : cf. liste des centres en ARA
Autres liens	• Réglo • Ministère de la santé • CNR Orthopoxvirus	• ARS ARA • CPias ARA

Microsoft Word - 2024.09.05 - CPias ARA - Monkeypox en ARA (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Ile de France

CPias Île-de-France
Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

Mpox : Prévention de la transmission croisée

Suite à l'alerte lancée par l'OMS dans le contexte d'une recrudescence des cas de Mpox de Clade I en Afrique centrale, une vigilance accrue doit être portée devant tout cas évocateur. Ce nouveau variant pourrait conférer au virus une virulence et une létalité plus importantes que celles de la précédente épidémie connue en Europe en 2022. Ainsi, les précautions à mettre en place sont maximales afin de proposer une protection optimale aux soignants. Une désescalade de ces mesures pourrait être proposée dans un second temps.

V3 – Août 2024

Précautions d'hygiène

- Respect des **précautions standard (PS)** et mise en place des précautions complémentaires **contact (PCC)** et **air (PCA)** dès la suspicion du cas.
- Du début des symptômes (éruption évocatrice, fièvre, céphalées, adénopathies...) jusqu'à la décrustation complète des lésions cutanées, soit environ 3 semaines.
- Chambre individuelle, porte fermée et aération régulière.

Équipements de protection individuelle pour les soignants

En systématique :

- **Hygiène des mains** PS : à la solution hydroalcoolique, avant et après tout contact avec le patient ou son environnement, avant un geste aseptique et après risque d'exposition aux liquides biologiques.
- **Protection de la tenue** PCC : tablier à UU complété par une surblouse à manches longues si contact étendu ou exposition majeure aux liquides biologiques.
- **Appareil de protection respiratoire type FFP2** PCA : à porter avant d'entrer dans la chambre et à ajuster au visage (fit-check), norme EN 149.

Selon les soins :

- **Gants** PS : pour tous les contacts avec les lésions cutanées, les muqueuses ou risque de contact avec des liquides biologiques.
- **Lunettes de protection** PS : si risque de projection ou aérosolisation de liquides biologiques.

Patient

- Hygiène des mains régulière et systématique en cas de sortie de la chambre.
- Port du masque chirurgical en dehors de la chambre et en présence d'une tierce personne.
- Protection des lésions cutanées.

Environnement

- Bionettoyage de tout matériel partagé (à limiter au maximum) et de l'environnement avec un détergent-désinfectant virucide (NF EN 14476). A défaut, la désinfection par eau de Javel 0,5% après nettoyage est possible.
- Élimination des déchets (EPI, pansements...) selon la filière Dasri.
- Évacuation du linge souillé en sac hydrosoluble fermé.

A noter : maladie à déclaration obligatoire ET
envoi des prélèvements des cas confirmés au CNR des orthopoxvirus

Références :

DGS-Urgent 2024_12 : Epidémie de Mpox (cladeI/IB) en République Démocratique du Congo (16/08/2024).
Haut Conseil de la Santé Publique : Avis relatif à la conduite à tenir autour d'un cas suspect, probable ou confirmé d'infection à Monkeypox virus (24/05/2022).

2024-MaJ_Prevention-transmission-croisee-Monkeypox_CPiasIDF.pdf

Coqueluche

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Centre d'ap

Auvergne • Rhône • Alpes

Animation ◦ Agenda | Signalement ◦ Alertes | Outils ◦ Campagnes

Accueil > Signalement ◦ Alertes > Alertes > Coqueluche

Alerte Coqueluche

Après un appel à une vigilance renforcée en avril 2024 suite à la recrudescence de la coqueluche en Europe et en France, Santé publique France confirme le démarrage d'un nouveau cycle épidémique cette année.

DGS-Urgent

- DGS-Urgent n°2024-11 (13 août 2024)
- DGS-Urgent n°2024-08 (7 juin 2024)

Recommandations et conduites à tenir

- Avis du 30 juillet relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave (HCSP)
- Conduite à tenir autour d'un ou plusieurs cas de coqueluche (HCSP)
- Choix et durées d'antibiothérapies : coqueluche chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte (HAS)
- Diagnostic bactériologique de la coqueluche en situation épidémique (SFM)

Vaccination

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

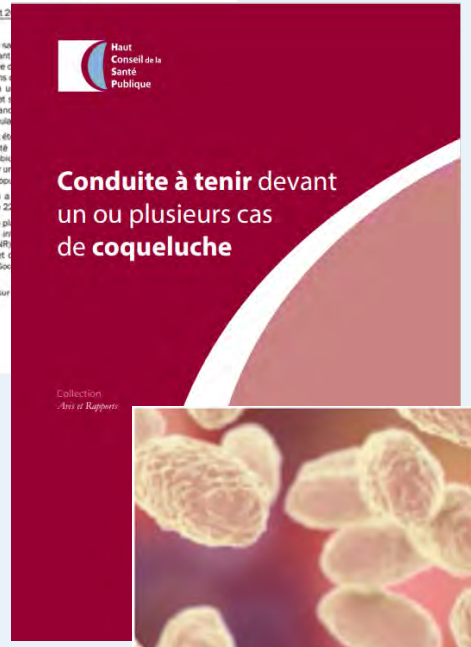
Autres liens utiles

- Communiqué Coqueluche (GPIP, SPILF, GEFRUP, AFPA)
- FAQ Coqueluche (Infovac)
- Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion lors d'un cas de coqueluche (Réseau des CPias)

Haut Conseil de la santé publique

AVIS

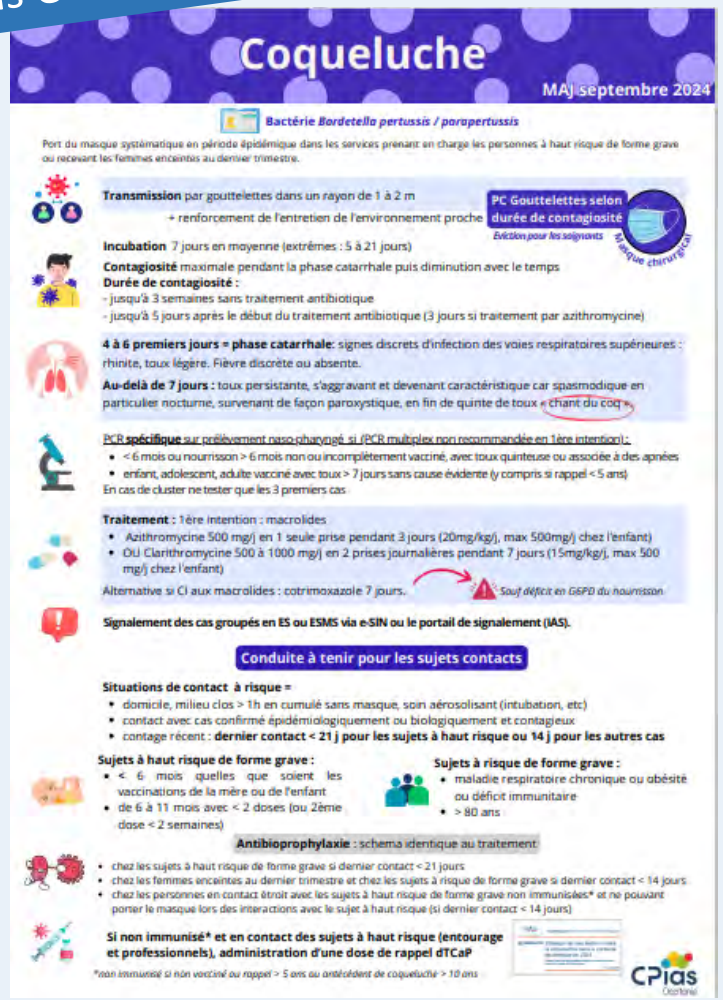
relatif à la prévention de la transmission de la coqueluche aux personnes à risque de forme grave



Recommandations de la SFM du 20 août 2024 sur le diagnostic bactériologique de la coqueluche en situation épidémique

Alerte Coqueluche | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Occitanie



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
Masque chirurgical

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
- contage 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 immunisées* 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 Occitanie

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 : faires 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

CPias Occitanie
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

CPias Nouvelle Aquitaine

[Tuto du CPias Nouvelle-Aquitaine – La coqueluche - Juillet 2024 (youtube.com)]

[MEF Coqueluche MAJ 19 Aout24 (cpias-occitanie.fr)]

CPias Bourgogne Franche Comté

Flash#actu#coqueluche

AOÛT 2024

Récap pour les EOH/EMH

POINTS D'ACTU :

- Situation épidémiologique
- Micro-organisme & populations à risque
- Repérer & confirmer
- Gérer
- Traiter

Situation épidémiologique :

Alerte ECDC sur la recrudescence du nombre de cas de coqueluche au niveau de la zone Europe depuis le 1er trimestre 2024.

Alerte SpF contemporaine de la recrudescence du nombre de cas de coqueluche en France.
Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour coqueluche a été multiplié par 7 entre la semaine 10 et la semaine 25.

La recrudescence nationale du nombre de cas de coqueluche n'épargne pas la région Bourgogne-Franche-Comté : plusieurs cas groupés sont rapportés en région depuis ces dernières semaines.

Micro-organisme & populations à risque de forme grave :

- Transmission gouttelette
- Très contagieux (R0 = 15)
- Incubation = 10 jours (7 à 21 jours)
- Contagion maximale dès le début des symptômes et jusqu'à 21 jours en l'absence de traitement antibiotique adapté

Les personnes susceptibles de faire une forme grave de coqueluche ou de décompenser une pathologie sous-jacente :

- Nourissons non protégés par la vaccination
- Personnes souffrant de pathologie respiratoire chronique (asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives...)
- Personnes immunodéprimées, femmes enceintes

Les personnes en contact avec ces sujets fragiles :

- Parents ou frères de nourissons non vaccinés
- Personnels de santé

Repérer & confirmer :

Repérer les cas suspects

Penser au diagnostic devant toute toux prolongée de plus de 7 jours sans fièvre.

Confirmer le diagnostic

PCR

Gérer :

Protéger les autres :

- Mesures d'hygiène respiratoire
- Communication
- Signalement selon le circuit du signalement ad hoc

Investiguer :

- Rechercher des cas additionnels parmi les personnes exposées au malade (professionnels/patients/résidents),
- Identifier les sujets contacts* (professionnels/patients/résidents),

en partenariat avec la médecine du travail pour les investigations chez les professionnels.

L'investigation permet d'adapter la prise en charge des personnes susceptibles d'avoir été exposées.

***Définition des personnes contacts :**

Personne non immunisée ayant eu un contact avec une personne infectée par la coqueluche (diagnostic confirmé, documenté) pendant sa phase contagieuse (3 semaines suivant le début des symptômes).

contacts proches : sujet vivant sous le même toit, même section en crèche/halte-garderie

contacts occasionnels : même classe, même bureau ou équipe et, en établissement de santé ou EHPAD tout patient ayant reçu des soins d'un membre du personnel atteint, ainsi que ses collègues ayant des contacts face à face ou prolongés avec lui et tout soignant au patient exposé à un sujet coqueluchoux pendant sa phase contagieuse)

Traiter :

- **Traitement curatif des personnes malades** permet de réduire rapidement la contagiosité. Mesures barrières à maintenir pendant la durée du traitement antibiotique.
- **Traitement prophylactique des personnes contacts proches et occasionnels** doit être administré le plus tôt possible après le contage et, au maximum, 14 jours après le dernier contact avec un malade en période de contagiosité (21 jours pour les nourissons de moins de 11 mois non ou incompléttement vaccinés (moins de 2 doses)).

Mêmes molécules et même durée de traitement que la prescription soit faite à visée curative ou à visée prophylactique.

Molécules & durée de traitement :

- Azithromycine 1 prise/j pendant 3 jours ou Clarithromycine en 2 prises/j pendant 7 jours
- Si allergie ou intolérance : Cotrimoxazole (sauf chez enfant en EHPAD ou nourisson/femme enceinte) en 2 prises/j pendant 10 jours

Vacciner :

En plus du traitement prophylactique, certains contacts sont ciblés par la vaccination :

- Sujets contacts proches documentés et ATCD vaccination > 5 ans (diminution possible mais non quantifiable de l'efficacité vaccinale au-delà de 5 ans). Point de vigilance : respecter un délai de 1 mois avec un vaccin comportant les valences dTP.
- Sujets contacts occasionnels à risque de forme grave et ATCD vaccination > 5 ans.
- ATCD de coqueluche > 10 ans.
- Absence d'information.

AU VUE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ACTUELLE :

- **Mettre à jour le calendrier vaccinal des patients ou résidents.**
- **Revacciner contre la coqueluche les professionnels de santé au contact proche des patients à risque de forme grave (si vaccination antérieure supérieure à 5 ans).**
- **Vacciner les personnes proches de nouveaux nés-et nourrissons si leur vaccination contre la coqueluche date de plus de 5 ans.**

VACCINATION

Milieu professionnel

Cible : soignants, étudiants des filières médicale & paramédicale, professionnels de la petite enfance, personne faisant régulièrement du baby-sitting.
Indication : rappel à l'âge de 25, 45 et 65 ans (à dose réduite d'antigène coquelucheux).

Rappel pour le grand public

Primovaccination obligatoire du nourrisson : 1ère dose dès 8 semaines, 2ème dose à 4 mois et premier rappel à 11 mois (dose complète d'antigène coquelucheux).
Rappels prévus à l'âge de 6 ans (à dose complète d'antigène coquelucheux), à l'âge de 11/13 ans & à l'âge de 25 ans (à dose réduite d'antigène coquelucheux).

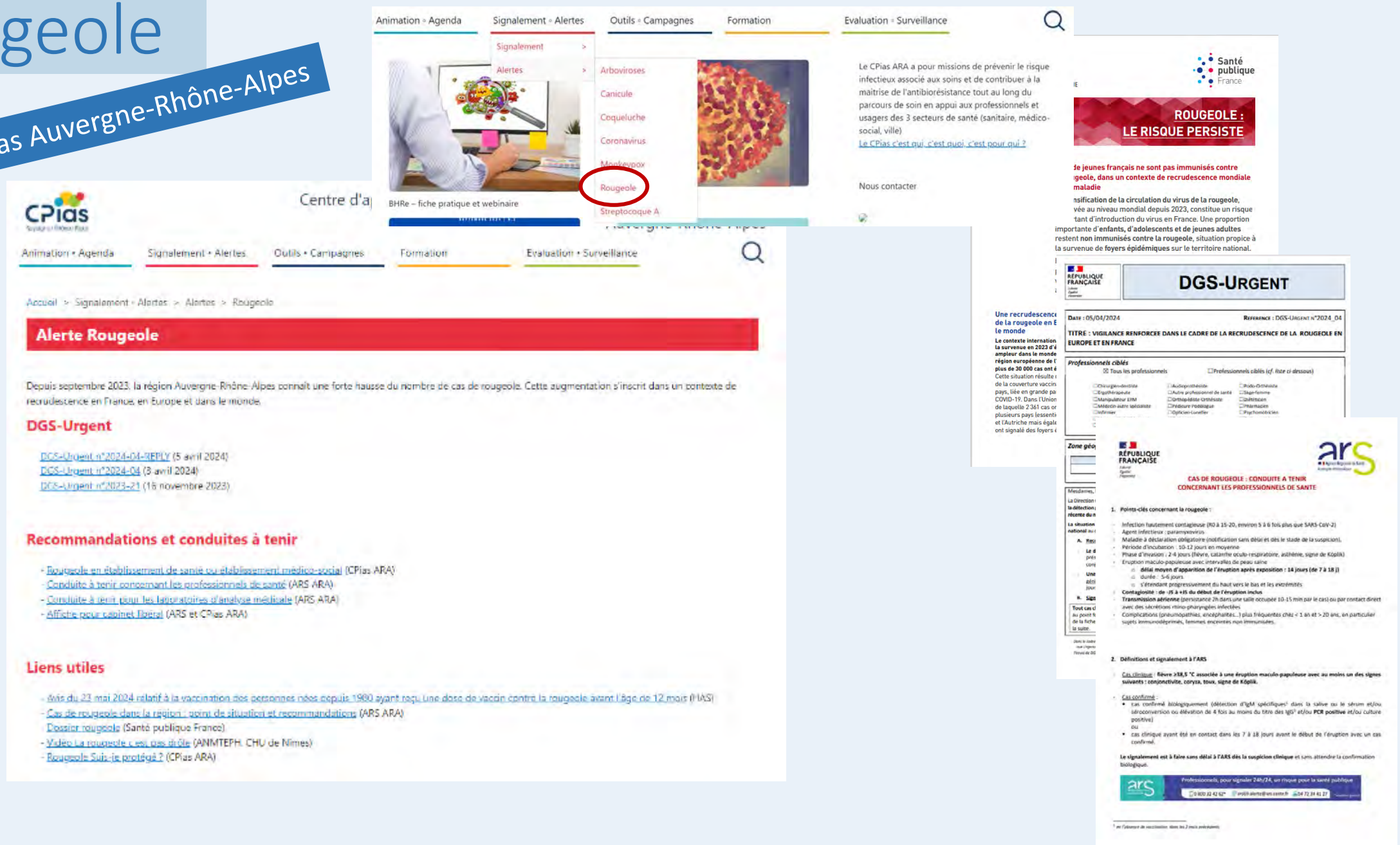
Femme enceinte :
Vaccination proposée, quelque soit l'âge de la mère, dès le 2ème trimestre et de préférence entre 20 et 36 semaines d'aménorrhée.
Vaccination à effectuer à chaque grossesse.

Stratégie du cocooning :
Depuis 2004, il est recommandé de vacciner les personnes susceptibles d'être en contact étroit avec les nourissons durant ses 6 premiers mois de vie, en l'absence de vaccination de la mère pendant la grossesse.

2024-08_Coqueluche-EOH-EMH_CPiasBFC (1).pdf

Rougeole

CPias Auvergne-Rhône-Alpes



Alerte Rougeole | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Fiche Repère

Rougeole

en établissement de santé ou établissement médico-social

La rougeole en quelques mots

- **Maladie virale** strictement humaine, immunisante, très contagieuse (R0 15 - 20)
- **Transmission**
  - aérienne et par sécrétions rhino-pharyngées
  - de 5 jours avant à 5 jours après le début de l'éruption
- **Incubation** : 10 à 14 jours en moyenne
- **Phase d'invasion** : 2 à 4 jours
  - fièvre d'apparition progressive
  - catarrhe oculo-respiratoire (conjonctivite, larmoiement, rhinite, toux), asthénie, signe de Köplik inconstant
- **Phase d'éruption**
  - débute au niveau de la tête (derrière les oreilles) 14j après le contage (7 à 18j)
  - maculo-papuleuse, descendante en 3 à 4 jours, d'un seul tenant
  - disparaissant au bout d'une semaine (desquamation possible)
  - fièvre progressivement décroissante avec apyrexie au 3ème ou 4ème jour de l'éruption
- **Complications** : pneumonie, encéphalite (chez ≤ 5 ans et ≥ 20 ans), formes graves chez les immunodéprimés

Calendrier vaccinal, vaccin trivalent rougeole oreillons rubéole (ROR) → **sauf contre-indication aux vaccins vivants**
. Nés à partir du 01/01/2018 : vaccination obligatoire à 2 doses, la 1ère à 12 mois, la 2ème entre 16 et 18 mois
. Nés à partir de 1980 : recommandation, chacun devrait avoir reçu 2 doses avec un délai minimum d'1 mois entre les 2 doses, ou 3 doses pour les personnes ayant initié leur vaccination avant l'âge de 12 mois
. Nés avant 1980 : professionnels de santé ou petite enfance sans antécédent connu de rougeole ou rubéole : 1 dose
NB : si les antécédents de vaccination ou de maladie sont incertains, vacciner sans contrôle sérologique préalable.

Définitions et signalement

- **Cas**
  - Cas clinique : fièvre ≥ 38,5°C associée à une éruption maculo-papuleuse et avec au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik
  - Cas confirmé
    - Biologiquement
      . en l'absence de vaccination dans les 2 mois précédents : détection d'IgM spécifiques dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou multiplication par au moins 4 du titre des IgG
      . et/ou PCR positive
      . et/ou culture positive
    - épidémiologiquement : cas clinique ayant été en contact avec un cas confirmé dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption
- **Sujet contact** : toute personne ayant côtoyé le malade entre 5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption
  - l'entourage familial (personnes de la famille vivant sous le même toit)
  - personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade pendant plus de 15 min ou avec un contact avec le malade en face à face
  - personne ayant séjourné dans une pièce occupée par le malade jusqu'à 2h après le départ de ce dernier
- **Déclaration obligatoire** sans délai à l'ARS tél : 0 802 32 42 62 @ : ars69-alerte@ars-sante.fr (cerfa)
- **Signalement** sans délai à l'ARS et au CPias via e-Sisy pour une rougeole nosocomiale (en établissement de santé)

Fiche Repère Rougeole • CPias ARA • 24 avril 2024

CPias

2024-CAT-rougeole_0.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Occitanie

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

L'un des pathogènes les plus contagieux : **R0 entre 15 et 20**
FFP2
PE Air : jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption

Phase d'invasion (2 à 4 j) = fièvre élevée, asthénie, anorexie, signes digestifs,...
- **Catarrhe occulo-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 bleutâtres situés sur la face interne de la muqueuse jugale sur un fond érythémateux.*

RT-PCR sur prélèvement oropharynné à privilégier idéalement entre J0 et J2

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-occitanie@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 n'ayant pu recevoir dose vaccin dans les 72h
- < 6 mois dont mère non immunisée

→ Ig polyvalentes

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

CPias Occitanie

MEF VDEF Rougeole (cpias-occitanie.fr)

CPias Occitanie

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

Masque chirurgical

PC Gouttelettes jusqu'à 24h après début du traitement ATB

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 sérogroupe : 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-48h 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

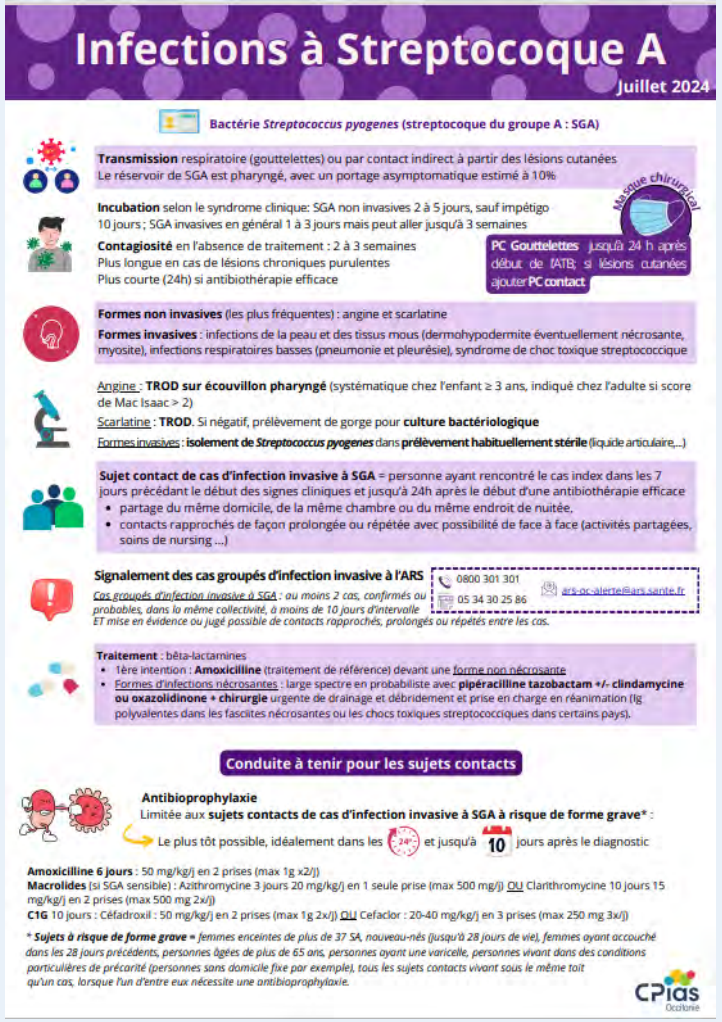
Vaccination
Vaccination des personnes-contacts, en plus de l'antibioprophylaxie, s'il s'agit d'un sérogroupe concerné par la vaccination (A, C, Y, W) (non recommandé si un seul cas d'infection à méningocoque du groupe B)
Pour les personnes déjà vaccinées, selon le type de vaccin conjugué ou non, ou si dernière vaccination > 3 ou 5 ans, une nouvelle vaccination est préconisée
dans les 10j suivant l'apparition du cas

Rappel vaccinal pour tous les contacts éligibles à la vaccination

VACCINATION INFO SERVICE.fr

CPias Occitanie

MEF VDEF Fiche ES : Infection invasive à Méningocoque (cpias-occitanie.fr)



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

Masque chirurgical

PC Gouttelettes jusqu'à 24 h après début de l'ATB; si lésions cutanées ajouter **PC contact**

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

0800 301 301
05 34 30 25 86
ars-oc-alerte@ars.sante.fr

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.

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 (Ig polyvalentes dans les fasciites nécrosantes ou les chocs toxiques streptococciques dans certains pays).

Conduite à tenir pour les sujets contacts

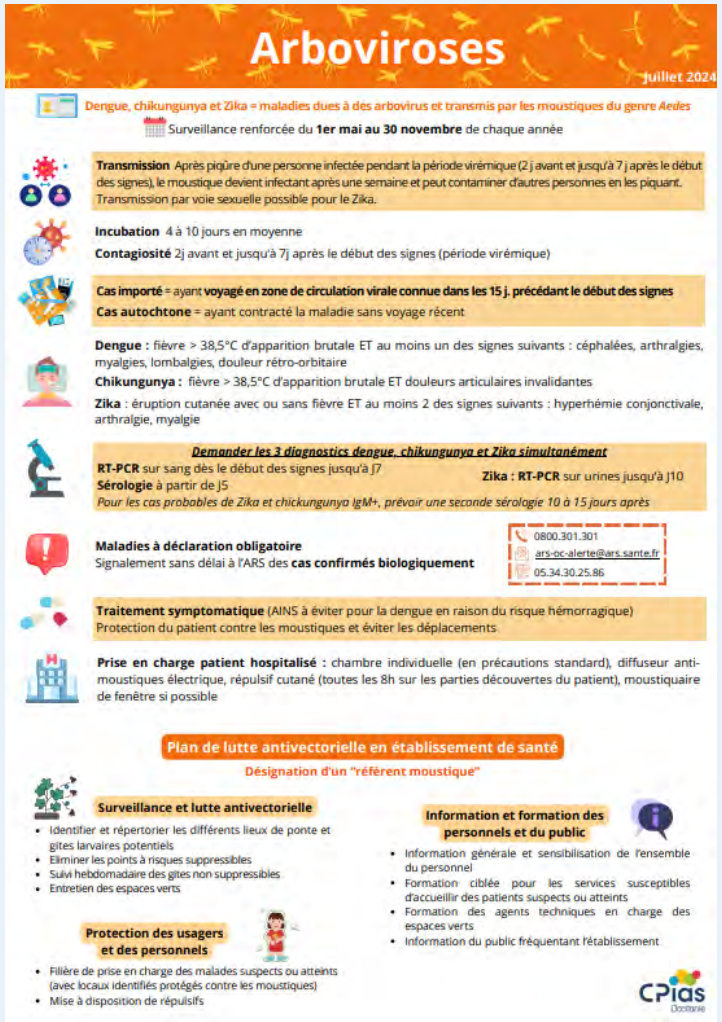
Antibioprophylaxie
Limitée aux **sujets contacts de cas d'infection invasive à SGA à risque de forme grave*** :
Le plus tôt possible, idéalement dans les 24h et jusqu'à 10 jours après le diagnostic

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)
C1G 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 Occitanie

MEF VDEF Fiche ES : Infections à Streptocoque A (cpias-occitanie.fr)



Arboviroses

Juillet 2024

Dengue, chikungunya et Zika = maladies dues à des arbovirus et transmis 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 virémique (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 les 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 virémique)

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

Demander les 3 diagnostics dengue, chikungunya et Zika simultanément

RT-PCR sur sang dès le début des signes jusqu'à J7
Sérologie à partir de J5
Zika : RT-PCR sur urines jusqu'à J10
Pour les cas probables de Zika et chickungunya 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, répulsif 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 "référent 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

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 répulsifs

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

CPias Occitanie

MEF VDEF Arboviroses (cpias-occitanie.fr)

COREB

Memo épidémio-clinique à destination des médecins de 1ère ligne - 16 Aout 2023

Infection à virus West-Nile virus (WNV)

Repérer et prendre en charge un patient suspect

Rappel épidémiologique (sources ECDC, Santé publique France) : Le virus West Nile (*Flavivirus* transmis par piqûre de moustique commun genre *Culex*) affecte chaque année l'Europe centrale et le bassin méditerranéen, de début juin à novembre (période d'activité du moustique). Une circulation active du virus a été observée au sein de l'avifaune, les oiseaux étant le réservoir principal du virus, l'homme, comme d'autres mammifères (équidés...), est un hôte accidentel.

A date : en Europe, 125 cas humains d'infection à WNV ont été recensés principalement en Italie (56, 2 décès) et en Grèce (48, 5 décès).

En France, **6 cas confirmés ont été identifiés en Gironde et un cas probable en Charentes Maritimes** (jusqu'à présent, les infections humaines concernaient les régions PACA, Occitanie et Corse).

Figure 1 : Virus West Nile source ECDC,2 Nov 2023 https://www.ecdc.europa.eu/fr/west-nile-virus-disease

Dépister et diagnostiquer https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle/west-nile-virus/notre-action/#tabs)

L'infection est le plus souvent asymptomatique ou pauci- symptomatique
Formes sévères plus fréquentes chez les patients âgés > 60 ans, et/ou avec co-morbidités (cancer, diabète, HTA, insuffisants rénaux, greffés...)

- **Patient suspect :** clinique peu spécifique, polymorphe : syndrome pseudo-grippal estival ou tableau neurologique à type de méningite, encéphalite, méningo-encéphalite, paralysie flasque ou syndrome de Guillain Barré. Ponction lombaire à liquide cérébro-spinal (LCS) clair volontiers lymphocytaire.
- **Cas Possible :** Signes cliniques compatibles + séjour en zone d'endémo-épidémie dans les 3 semaines précédentes (incubation 2-6 jours, 21 jours chez l'immunodéprimé) : régions PACA, Occitanie et Nouvelle aquitaine ou autres zones (figure 1), en période d'activité vectorielle (de mai à novembre).
- **Diagnostic virologique** : (i) PCR West Nile (sang EDTA), si forme neurologique sur LCS < J7 du début des signes cliniques ; jusqu'à < J14 si immunodéprimé ; (ii) la sérologie IgM sur tube sec (à partir de J5 du début des signes), en seconde ligne : PCR sur urines et sérologie IgG (recherche de séroconversion).

Ces signes cliniques avec IgM positives et PCR négative sur un prélèvement précoce doit faire rechercher le virus Usutu.

Protéger

- Pas de transmission interhumaine de l'infection (hormis une contamination possible par transfusion sanguine ou transplantation d'organes solides).
- La prévention repose largement sur la protection individuelle anti vectorielle (vêtements couvrants, répulsifs, moustiquaires imprégnées). Pas de vaccin contre le WNV pour l'homme.
- Information et vigilance chez les personnes co-exposées.

Prendre en charge :

- Traitement symptomatique adapté à la situation clinique du patient
- Pas de traitement antiviral spécifique
- Dépistage des signes de gravités : formes neurologiques avec prise en charge spécifique

Alerter

- **Maladies à déclaration obligatoire – Signalement à l'ARS des patients cas confirmés ou probables :**

  Cas confirmé : PCR WNV spécifique* positive sur sang ou urines ou LCS si forme neurologique (**certaines PCR ne différencient pas le WNV du virus Usutu).*

  Cas probable : Détection des IgM dans le sang et LCS si forme neurologique ; séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG confirmés par séroneutralisation.

Contact/Expertise

- **CNR des arbovirus - IHU Méditerranée Infection - Marseille. Tel : 04 13 73 21 81 ; cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr**

  CONSULTER L'INTERNET DU CNR POUR LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRE ET LES INSTRUCTIONS D'ENVOI : www.cnr-arbovirus.fr
- Nom / tél. infectiologue référent : .....

Mémo infection West Nile virus – Mission COREB nationale – v. 16 août 2023

2024_MAJ-memo-PEC-WestNile_CoREB (2).pdf

Bulletin

Santé publique France

Maladies à déclaration obligatoire

Date de publication : 17.09.2024

ÉDITION AUVERGNE-RHONE-ALPES

Les maladies à déclaration obligatoire en Auvergne-Rhône-Alpes en 2023

Édito

Ce nouveau bulletin est consacré à 6 maladies à déclaration obligatoire (MDO) : l'hépatite A, les infections invasives à méningocoque (IIM), la légionellose, les toxi-infections alimentaires collectives (TIAC), la rougeole et la tuberculose. Pour les 5 premières, la Cellule régionale de Santé publique France assure un suivi en temps réel, en lien avec l'Agence régionale de Santé (ARS), afin de détecter toute évolution épidémiologique (survenue de cas groupés, zone de sur-incidence, modification du profil des personnes touchées…) nécessitant une investigation ou un renforcement de la surveillance dans l'objectif d'adapter les mesures de gestion. Pour la tuberculose, la cellule régionale intervient en appui de l'ARS et des Centres de lutte anti-tuberculose (CLAT) autour de situations complexes. Ces 6 maladies infectieuses à DO sont également celles les plus fréquemment rapportées avec le VIH-sida, les arboviroses et la listériose.

Pour toutes ces maladies, la Cellule régionale assure un retour d'information vers les professionnels de santé qui les déclarent et contribuent à ce dispositif. C'est l'objet de ce bulletin qui décrit de manière synthétique les tendances spatio-temporelles de chacune d'entre elles, ainsi que les principales caractéristiques épidémiologiques des cas rapportés dans la région, sur la base des dernières données disponibles : celles de l'année 2023, à l'exception des TIAC et de la tuberculose dont les délais de consolidation sont plus longs (données 2022).

Depuis la publication de notre dernier bulletin en 2021, dont le bilan portait sur les données 2019, des évolutions notables ont eu lieu :

- l'inscription de 4 nouvelles maladies à la liste des MDO (West-Nile et encéphalite à tiques en 2021, COVID-19 et leptospirose en 2023) ;
- la dématérialisation de la DO de la tuberculose depuis 2022 et sa montée en charge progressive, atteignant ajourd'hui 73% des cas déclarés dans la région ; ce processus de dématérialisation devrait se poursuivre pour d'autres MDO dans les années à venir.

La pandémie de COVID-19 a eu un fort impact sur l'épidémiologie de la plupart de ces 6 MDO, à la fois aux niveaux national et régional. En effet, il a été observé une nette diminution du nombre de cas en 2020-2021, en partie expliquée par les mesures de contrôle mises en place : confinements, restriction des déplacements et voyages à l'étranger, distanciation sociale, renforcement des mesures d'hygiène (port du masque, hygiène des mains) et possiblement par un moindre recours aux soins pour les pathologies les moins graves.

L'année 2023 marque un retour à la normale, voire un rebond pour les cas d'IIM. L'augmentation des cas d'IIM dans la région et plus largement en France, ainsi que la part importante prise par le sérogroupe W (dont les souches sont particulièrement virulentes) ont conduit à une actualisation en mars 2024 des recommandations de stratégie vaccinale par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les maladies à déclaration obligatoire

En France, **38 maladies sont à déclaration obligatoire** (MDO). Parmi elles, 36 sont des maladies infectieuses et 2 sont non-infectieuses (mésothéliome et saturnisme infantile) (Tableau 1, page suivante). Les dernières maladies ajoutées à la liste sont **l'encéphalite à tiques** et **l'infection à virus West Nile** depuis 2021 ; **la COVID-19** (collecte et transmission des résultats de dépistage par les laboratoires de biologie médicale) **et la leptospirose** depuis 2023.

Le dispositif repose sur la transmission de données individuelles par les médecins et les biologistes (libéraux et hospitaliers) aux médecins et aux équipes de veille sanitaire des Agences régionales de santé (ARS), puis aux épidémiologistes de Santé publique France (Figure 1).

L'objectif de cette surveillance est double :

- l'**investigation** et la mise en place rapide de **mesures de contrôle ou d'actions de prévention** pour prévenir les risques d'épidémie, comme par exemple :
  - l'antibioprophylaxie et la vaccination des sujets en contact avec les cas d'infection invasive à méningocoque,
  - l'investigation des consommations alimentaires des personnes impliquées dans des TIAC pour identifier l'aliment en cause,
  - l'application d'actions correctives sur un réseau d'eau chaude sanitaire dans un établissement recevant du public à l'origine de cas groupés de légionellose ;
- le **suivi épidémiologique** pour étudier l'évolution de ces maladies dans le temps et dans l'espace, caractériser les populations affectées, en termes sociodémographiques, de facteurs de risque et d'exposition. Le suivi épidémiologique permet d'évaluer et d'adapter les politiques de santé publique, telles que la prévention de l'infection à VIH ou de l'hépatite B aiguë, la lutte contre le saturnisme infantile et l'adaptation des stratégies vaccinales.

Figure 1. Schéma du dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Coordonnées pour le signalement et la notification des MDO :

	Par fax	Par mail	Par téléphone
ARS Auvergne-Rhône-Alpes Point focal régional	04 72 34 41 27	ars69-alerte@ars.sante.fr	0 800 32 42 62 (n° gratuit)
e-do	Pour le VIH et la tuberculose : http://e-do.santepubliquefrance.fr/teleDO/Bienvenue.do		

download (sante.fr)

VACCINATION

Grippe/Covid

Ministère

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Note d'information interministérielle N° DGS/MVI/DGOS/RH3/DGCS/SD3/2024/90 du 7 août 2024 relative à la campagne de vaccination 2024-2025 contre la grippe saisonnière et contre la Covid-19

NOTE D'INFORMATION N° DGS/MVI/DGOS/RH3/DGCS/SD3/2024/90 du 7 août 2024 relative à la campagne de vaccination 2024-2025 contre la grippe saisonnière et contre le Covid-19

La ministre du travail, de

Mesdames et Messieurs
des agences région

Référence	NOR :
Date de signature	07/08/2
Emetteurs	Ministè Directi Directi Directi
Objet	Campa saison
Contacts utiles	Directi Sous-d préven Mission Anna M Mél. : a Directi Sous-d de sant Organis des res Géraldi Mél. : g

- ***Date de lancement de la campagne grippe et Covid-19***

La campagne 2024-2025 de vaccination contre la grippe saisonnière, couplée à la vaccination contre le Covid-19 pour les populations cibles à risque, débutera le 15 octobre 2024 en métropole, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane, et dès le 10 septembre 2024 à Mayotte. Toutefois, en cas de vague épidémique liée au Covid-19 avant l'automne, la campagne de vaccination contre le Covid-19 pourra être avancée.

Il n'est pas prévu de période de priorisation pour les personnes ciblées par les recommandations de vaccination contre la grippe et le Covid-19.

- ***Personnes ciblées par la vaccination contre la grippe et le Covid-19***

Les personnes ciblées par les recommandations de vaccination contre la grippe et le Covid-19 sont détaillées dans le calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2024.

Les personnes ciblées par la vaccination contre le Covid-19 sont les mêmes que celles ciblées par les recommandations de vaccination contre la grippe. À noter cependant que sont également ciblées pour la vaccination contre le Covid-19 uniquement, les personnes atteintes de troubles psychiatriques, de démence ou de trisomie 21.

Par ailleurs, la vaccination contre la grippe peut être proposée aux enfants sans comorbidité, âgés de 2 à 17 ans révolus.

Pour rappel, concernant la vaccination contre le Covid-19, le délai à respecter après la dernière infection ou injection est de 6 mois. Chez les personnes âgées de 80 ans ou plus et les personnes immunodéprimées, ce délai est de 3 mois.

2024_BO-Aout_Note_Campagne-2024-25_Vaccination-Grippe-CVD19_Interministeriel.pdf

CPias Bretagne

CPias Bretagne

Information
Campagne de vaccination 2024-2025
Grippe et Covid
Août 2024

CAMPAGNE CONJOINTE

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGS/MVI/DGOS/RH3/DGCS/SD3/2024/90 du 7 août 2024 relative à la campagne de vaccination 2024-2025 contre la grippe saisonnière et contre le Covid-19

https://www.preventioninfection.fr/?jet_download=95c876cecf1019effb010b34de11ceafca57bac9

Une campagne conjointe grippe et Covid

Les personnes éligibles peuvent recevoir les deux vaccinations :
- soit de manière concomitante sur deux sites d'injection différents,
- soit de manière séquencée. Dans ce cas, pas de délai minimum à respecter entre les deux vaccinations.

Cette recommandation de vaccination concomitante s'applique à l'ensemble des vaccins contre la grippe saisonnière et à l'ensemble des vaccins contre le Covid-19 disponibles en France.

Début de la campagne de vaccination le 15 octobre 2024 (10 septembre à Mayotte)

Toutefois, en cas de vague épidémique liée au Covid-19 avant l'automne, la campagne de vaccination contre le Covid-19 pourra être avancée.

1

CPias Bretagne - août 2024

infoVaccination_Grippe-Covid-2024-25.pdf (chu-rennes.fr)

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

CPias

...re d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
Auvergne-Rhône-Alpes

...gnalement • Alertes | Outils • Campagnes | Formation | Evaluation • Surveillance

Accueil > Outils • Campagnes > Vaccination > Campagne vaccinale saisonnière

Vaccination des professionnels (ES et EMS) - Campagne 2023-2024

Soyons fous, vaccinons-nous contre la grippe et le Cov...

Modalités de vaccination Covid-19 et grippe

fiche [Fiche pratique CPias ARA]

Pour votre campagne de folie

Constituez un **comité de pilotage** (direction, EOH, EMH, santé au travail...)
Communiquez , communiquez , communiquez auprès de tout
Identifiez un **référent** par service ou unité
Vaccinez **au plus près** des professionnels : services, self, hall...
Vaccinez par **les pairs**, vaccinez le **jour**, vaccinez la **nuit**
Organisez la **double vaccination** :
- 2 stands
- 1 connexion internet pour assurer le suivi
- modalités d'administration des vaccins disponibles dans l'établissement connues

Fiche Repère

Double campagne vaccinale **Covid** et **grippe** - Saison 2024-25

CPias Auvergne • Rhône • Alpes

	Covid 6 mois - 4 ans	Covid ≥ 5 ans	Grippe saisonnière
Période	A partir du 15 octobre 2024		
Recommandations Calendrier vaccinal pages 11 et 16	• Professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ou en contact régulier avec des personnes à risque de forme grave • ≥ 65 ans • Patients d'USLD • Personnes immunodéprimées • Femmes enceintes, quel que soit le trimestre • ≥ 6 mois atteints de comorbidités ayant un risque plus élevé de forme grave (dont affection chronique, diabète, cancer, IMC ≥ 40) • Entourage des personnes immunodéprimées ou vulnérables dont nourrissons < 6 mois présentant des risques de forme grave		
	• Résidents des Ehpad • Personnes atteintes de troubles psychiatriques, démence, trisomie 21		• Résidents des EMS quel que soit leur âge • Professionnels du voyage (navigants, accompagnateurs) • Professionnels exposés aux virus influenza porcins/aviaires
Proposition	A toute personne souhaitant se faire vacciner, même si elle ne fait pas partie de la cible		A tous les enfants sans comorbidité de 2 à 17 ans
Avec quel vaccin	• Vaccin à ARNm monovalent adapté au variant JN.1 : Comirnaty® JN.1 (IM) • Pas d'alternative cette année		• Vaccin tétravalent
	• à 3 µg bouchon jaune 3 doses de 0,3 mL / à diluer	• 5-11 ans : à 10 µg bouchon bleu foncé 6 doses de 0,3 mL / prêt à l'emploi • ≥ 12 ans : à 30 µg bouchon gris 6 doses de 0,3 mL / prêt à l'emploi	• Remboursé à partir de 6 mois : ○ Fluarix Tetra® (IM) ○ Influvac Tetra® (IM ou SC profonde) ○ Vaxigrip Tetra® (IM ou SC)
Schéma vaccinal	• **Primovaccination** ○ Sans infection durant le schéma vaccinal : – 3 doses – intervalles D1-D2 = 3 sem, D2-D3 = 8 sem ○ Infection durant le schéma vaccinal : – après D1 : intervalle infection-D2 = 3 mois, pas de D3 – après D2 : intervalle infection-D3 = 3 mois • **Rappel** (déjà primovacciné ou infecté) – 1 dose unique – en respectant un délai de 6 mois après la dernière infection ou injection	• 1 dose unique (quel que soit le passé vaccinal, y compris en l'absence de vaccination préalable) • en respectant un délai après la dernière infection ou injection de : ○ 6 mois pour la population cible ○ 3 mois pour les immunodéprimés ou ≥ 80 ans	• 6 mois à 8 ans révolus : ○ primo-vaccination : 2 doses (0,5ml) D1/D2 à 1 mois ○ rappel : 1 dose (0,5ml) annuelle • ≥ 9 ans : ○ 1 dose annuelle de 0,5ml

Possibilité de réaliser la vaccination contre la grippe et le Covid **en même temps** (un dans chaque bras, à partir du 15 octobre 2024)
OU **en décalé** (pas d'intervalle minimum à respecter entre les 2 injections).

Références : DGS Urgent "2024_17. Campagne de vaccination contre le covid-19 à l'automne 2024
Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2024

20 septembre 2024

20240920-Fiche-Repere-Double-campagne-vaccinale-grippe-covid_0.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Ministère

Liberté
Fraternité

DGS-URGENT

DATE : 17/09/2024 **REFERENCE :** DGS-URGENT N°2024_17

TITRE : CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE COVID-19 A L'AUTOMNE 2024

Professionnels ciblés

☐ Tous les professionnels ☒ Professionnels ciblés (*cf. liste ci-dessous*)

☐Chirurgien-dentiste	☐Audioprothésiste	☐Podo-Orthésiste
☐Ergothérapeute	☐Autre professionnel de santé	☒Sage-femme
☐Manipulateur ERM	☐Orthopédiste-Orthésiste	☐Diététicien
☒Médecin-autre spécialiste	☐Pédicure-Podologue	☒Pharmacien
☒Infirmier	☐Opticien-Lunetier	☐Psychomotricien
☐Masseur Kinésithérapeute	☐Orthoptiste	☐Orthoprothésiste
☒Médecin généraliste	☐Orthophoniste	☐Technicien de laboratoire médical

Zone géographique ☒National ☐Territorial

Mesdames, Messieurs,

A partir du 15 octobre 2024,[1] et comme préconisé par la Haute Autorité de Santé dans son avis du 23 février 2023 relatif à la stratégie de vaccination pour la campagne automnale de 2023[2], **les deux campagnes de vaccination contre le Covid-19 et contre la grippe seront menées de manière conjointe**. Pour ce faire, concernant le Covid, un nouveau vaccin du stock Etat sera mis à disposition des officines, pour commande à compter des **23 et 24 septembre**, objet du présent DGS urgent.

Les cibles de la campagne de vaccination contre le Covid-19 sont les suivantes :

- Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- Les personnes, âgées 6 mois ou plus, atteintes de comorbidités ayant un risque plus élevé de forme grave de la maladie (hypertension artérielle compliquée, maladies chroniques cardiaques, vasculaires, hépatiques, rénales, pulmonaires, diabète, obésité, cancers, personnes ayant subi une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, personnes atteintes de trisomie 21 ou de troubles psychiatriques ou de démence) ;
- Les personnes immunodéprimées ;
- Les femmes enceintes ;
- Les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD) ;
- Les personnes à très haut risque de forme grave selon chaque situation médicale individuelle et dans le cadre d'une décision partagée avec les équipes soignantes ;
- Les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables, y compris les professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial.

1 En métropole, en Guadeloupe, à la Martinique et en Guyane (et depuis le 10 septembre 2024 à Mayotte)
2 Stratégie de vaccination contre la Covid-19 (has-sante.fr)

Dans le cadre d'une alerte ou d'une crise sanitaire, la Direction Générale de Santé (DGS), par l'intermédiaire du Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), diffuse pour information des messages de sécurité sanitaire (avis, recommandations et conduites à tenir), via l'envoi de DGS-Urgent, à l'ensemble des professionnels de santé inscrits au conseil de l'ordre compétent, en conformité avec l'article L. 4001-2 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

CORRUSS – Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales

dgs-urgent_-_campagne_de_vaccination_contre_le_covid-19_a_l_automne_2024.pdf (sante.gouv.fr)

VRS

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

CPias Auvergne • Rhône • Alpes

Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins Auvergne-Rhône-Alpes

Animation ◦ Agenda | Signalement ◦ Alertes | Outils ◦ Campagnes | Formation | Evaluation ◦ Surveillance

Accueil > Outils ◦ Campagnes > Campagne bronchiolite

Prévention de la bronchiolite du nourrisson

Campagne 2024 d'immunisation contre le VRS

L'infection à VRS (virus respiratoire syncitial) touche principalement les enfants avant 2 ans. Elle est responsable de 80% des bronchiolites.
Environ 2 à 3 % des nourrissons de moins d'un an seraient hospitalisés pour une bronchiolite sévère chaque année, la majorité des enfants hospitalisés étant des nourrissons de moins de 6 mois sans facteur de risque. La prévention passe par les gestes barrières, les anticorps monoclonaux et la vaccination pendant la grossesse.

Les anticorps monoclonaux

Deux anticorps monoclonaux sont désormais disponibles pour réduire le risque d'infection à VRS chez le nourrisson :
- le palivizumab (Synagis®) est utilisé depuis de nombreuses années et indiqué pour prévenir les formes graves d'infections à VRS chez les prématurés et les nourrissons à haut risque. Posologie : 1 injection/mois pendant la période à risque d'infection communautaire à VRS.
- le nirsevimab (Beyfortus®) dispose d'une AMM européenne depuis octobre 2022 dans une indication plus large : la prévention des infections des voies respiratoires inférieures causées par le VRS chez tous les nouveau-nés et les nourrissons pendant leur première saison de circulation du VRS. Posologie : 1 injection.

Vaccin Abrysvo®

Abrysvo® est un vaccin qui a obtenu une AMM européenne en août 2023 dans l'indication de la protection passive contre la maladie des voies respiratoires inférieures causée par le VRS chez les nourrissons de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois à la suite de l'immunisation active de la mère pendant la grossesse. Posologie chez la femme enceinte : 1 injection entre la 24e et la 36e semaine d'aménorrhée.

[Prévention des infections à VRS | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)]

Documents utiles

DGS Urgent n°2024-13. Thérapeutiques disponibles pour la prochaine campagne d'immunisation des nouveau-nés et nourrissons contre les infections à VRS
DGS Urgent n°2020-20. Suspension temporaire des délivrances de Beyfortus® 100mg (Nirsevimab).
DGS Urgent n°2023-19. Beyfortus® (Nirsevimab) : priorisation temporaire des patients à immuniser. 26/09/2023
DGS Urgent n°2023-14. Prévention médicamenteuse des bronchiolites à VRS à partir de septembre. 24/08/2023
DGS Urgent n°2023-12. Possibilité de prescription de Nirsevimab (prévention des bronchiolites à VRS) si l'avis de l'HAS est favorable.

HAS. Bronchiolite : comment protéger votre bébé d'une forme grave ? - septembre 2024
HAS. Stratégie vaccinale de prévention des infections par le VRS chez l'adulte âgé de 60 ans et plus - Juillet 2024
HAS. Vaccination contre le VRS : protéger les personnes âgées de graves complications - Juillet 2024
HAS. Recommandations - Stratégie vaccinale de prévention des infections par le VRS chez l'adulte âgé de 60 ans et plus - Juin 2024
HAS. Vaccination maternelle contre le VRS : une nouvelle possibilité pour protéger le nouveau-né - Juin 2024
HAS. Recommandation vaccinale contre les infections à VRS chez les femmes enceintes - Juin 2024
HAS. Réponses rapides pour accompagner l'administration du Beyfortus® - Septembre 2023
HAS. Fiche Beyfortus 50 et 100 mg - Juillet 2023

OMEDIT ARA. Immunisation contre le VRS. Beyfortus 50 et 100 mg. Mise à jour Août 2024

Pour en savoir plus

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Santé publique France

mes vaccins.net

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DGS-URGENT

DATE : 27/08/2024 **REFERENCE :** DGS-URGENT N°2024_13

TITRE : THERAPEUTIQUES DISPONIBLES POUR LA PROCHAINE CAMPAGNE D'IMMUNISATION DES NOUVEAU-NES ET NOURRISSONS CONTRE LES INFECTIONS A VRS

Professionnels ciblés
☐ Tous les professionnels ☒ Professionnels ciblés (*cf. liste ci-dessous*)

☐ Chirurgien-dentiste	☐ Audioprothésiste	☐ Podo-Orthésiste
☐ Ergothérapeute	☐ Autre professionnel de santé	☒ Sage-femme
☐ Manipulateur ERM	☐ Orthopédiste-Orthésiste	☐ Diététicien
☒ Médecin-autre spécialiste	☐ Pédicure-Podologue	☒ Pharmacien
☒ Infirmier	☐ Opticien-Lunetier	☐ Psychomotricien
☐ Masseur Kinésithérapeute	☐ Orthoptiste	☐ Orthoprothésiste
☒ Médecin généraliste	☐ Orthophoniste	☐ Technicien de laboratoire médical

Zone géographique ☒ National ☐ Territorial

Mesdames, Messieurs,

Ce DGS-Urgent a pour objet de compléter le DGS-Urgent N°2024_10 diffusé le 3 juillet 2024 et de vous présenter l'ensemble des thérapeutiques disponibles pour la prochaine campagne de prévention visant à la protection des nourrissons et nouveau-nés contre le virus respiratoire syncytial (VRS).

1. **Traitements préventifs disponibles : Synagis® et Beyfortus®**

a. **Palivizumab (Synagis®)**

Indication :
Synagis® est un anticorps monoclonal indiqué pour prévenir les formes graves d'infections à VRS chez les prématurés et les nourrissons à haut risque.

Population éligible :
Elle comprend **les enfants à risque élevé d'infection à VRS** selon les critères suivants :
- Enfants nés à 35 semaines d'âge gestationnel ou moins et de moins de 6 mois au début de l'épidémie saisonnière à VRS ;
- Enfants de moins de 2 ans ayant nécessité un traitement pour dysplasie bronchopulmonaire au cours des 6 derniers mois ;
- Enfants de moins de 2 ans atteints d'une cardiopathie congénitale avec retentissement hémodynamique.

Disponibilité :
Le médicament est **disponible dans les établissements de santé publics et privés** (inscrit sur la liste des spécialités agréées aux collectivités).

Dans le cadre d'une alerte ou d'une crise sanitaire, la Direction Générale de Santé (DGS), par l'intermédiaire du Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), diffuse pour information des messages de sécurité sanitaire (avis, recommandations et conduites à tenir), via l'envoi de DGS-Urgent, à l'ensemble des professionnels de santé inscrits au conseil de l'ordre compétent, en conformité avec l'article L. 4001-2 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

CORRUSS – Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales

[dgs-urgent_no2024_13_therapeutiques_disponibles_pour_la_prochaine_campagne_d_immunisation_vrs.pdf (sante.gouv.fr)]

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Bronchiolite
Comment protéger votre bébé d'une forme grave ?

Août 2024

Vous allez devenir parents et la naissance de votre enfant est prévue entre octobre et février, en période d'épidémie de bronchiolite. Pour le protéger d'une forme grave, en complément des gestes barrières, il est possible que l'on vous propose deux options : vacciner la mère pendant la grossesse ou donner au bébé un traitement préventif à sa naissance.
Ce document est destiné à vous aider à réfléchir à ce choix et à prendre une décision avec votre médecin ou votre sage-femme. Il ne remplace pas une consultation médicale.

La bronchiolite, une maladie parfois grave

La bronchiolite est une infection des petites bronches, les bronchioles. Elle entraîne des difficultés à respirer. Elle est due à un virus respiratoire très répandu et très contagieux, appelé virus respiratoire syncytial (VRS). L'épidémie débute à l'automne et se termine vers la fin de l'hiver. Chaque année, un nourrisson sur trois fait une bronchiolite.

La plupart des nourrissons guérissent spontanément en quelques jours. Mais, pour 2 à 3 nourrissons de moins d'un an sur 100, la bronchiolite peut entraîner une hospitalisation et parfois un séjour en réanimation.

Parmi les nourrissons hospitalisés pour une bronchiolite, 8 sur 10 ont moins de 6 mois.

Les enfants de plus de 2 ans et leurs parents ne sont pas à risque de faire une forme grave de la bronchiolite. En revanche, ils peuvent transmettre le virus, après avoir été contaminés à la crèche, à l'école et dans tout lieu public.

Les options pour protéger votre nourrisson d'une bronchiolite

Des gestes barrières simples permettent de limiter la transmission du virus :

Se laver les mains avant de toucher le bébé, porter un masque en cas de rhume ou de toux, aérer le logement.

Et, si vous le souhaitez et que votre enfant va naître pendant l'épidémie de bronchiolite :

La mère peut être vaccinée pendant la grossesse
- Un vaccin contre le VRS : Abrysvo
- La femme enceinte fabrique ainsi des anticorps contre le virus. Ils sont transmis par le placenta au bébé qui va naître.

OU

Le bébé peut recevoir un médicament préventif à sa naissance
- Un anticorps monoclonal contre le VRS : Beyfortus
- L'anticorps monoclonal injecté au bébé le protège spécifiquement contre le virus.

bronchiolite_comment_proteger_son_enfant_dune_forme_grave.pdf (has-sante.fr)

Ministère

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

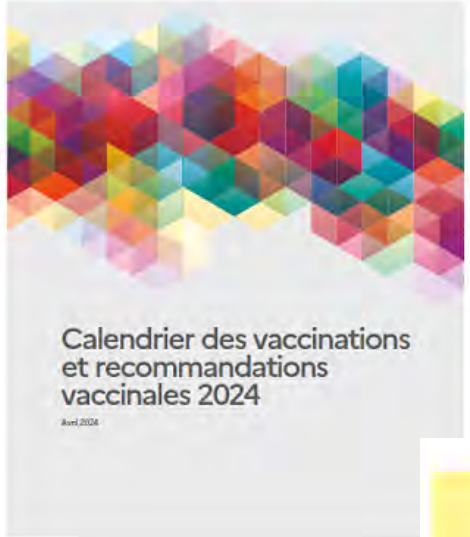
2024_affiche_la-bronchiolite-j-evite-6gestes_SPF-MNSTR.pdf

Ministère

Le calendrier des vaccinations 2024

Le calendrier des vaccinations est susceptible d'être mis à jour en fonction des actualités liées à la vaccination. Les professionnels sont invités à consulter régulièrement le site du ministère chargé de la santé sur lequel est publiée la version datée.

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS



>> Télécharger le calendrier des vaccinations 2024 et ses annexes *(avril 2024)*

Calendrier des vaccinations 2024 Téléchargement du pdf (10.8 Mio)

NB : Ce calendrier finalisé en avril 2024 ne prend pas en compte les recommandations qui pourront être émises ultérieurement.

Points-clés sur les nouveautés du calendrier des vaccinations 2024

Vaccination contre les infections à pneumocoque
Le nouveau vaccin conjugué 15-valent Vaxneuvance® a été intégré dans la stratégie de prévention des infections à pneumocoques chez les nourrissons et les personnes âgées de moins de 18 ans. Lorsqu'il sera disponible et pris en charge, le vaccin conjugué 15-valent Vaxneuvance® et le vaccins conjugué 13-valent Prevenar13® pourront être utilisés indifféremment notamment dans le cadre de la vaccination obligatoire des nourrissons nés depuis le 1er janvier 2018.

Chez l'adulte, l'intégration dans le calendrier des vaccinations du nouveau vaccin conjugué 20-valent Prevenar 20® avec un schéma vaccinal à une dose unique permet de simplifier le schéma de vaccination actuellement en vigueur. Dès qu'il sera disponible et pris en charge, le vaccin Prevenar 20® pourra être utilisé de manière préférentielle dans la stratégie de prévention des infections à pneumocoque chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

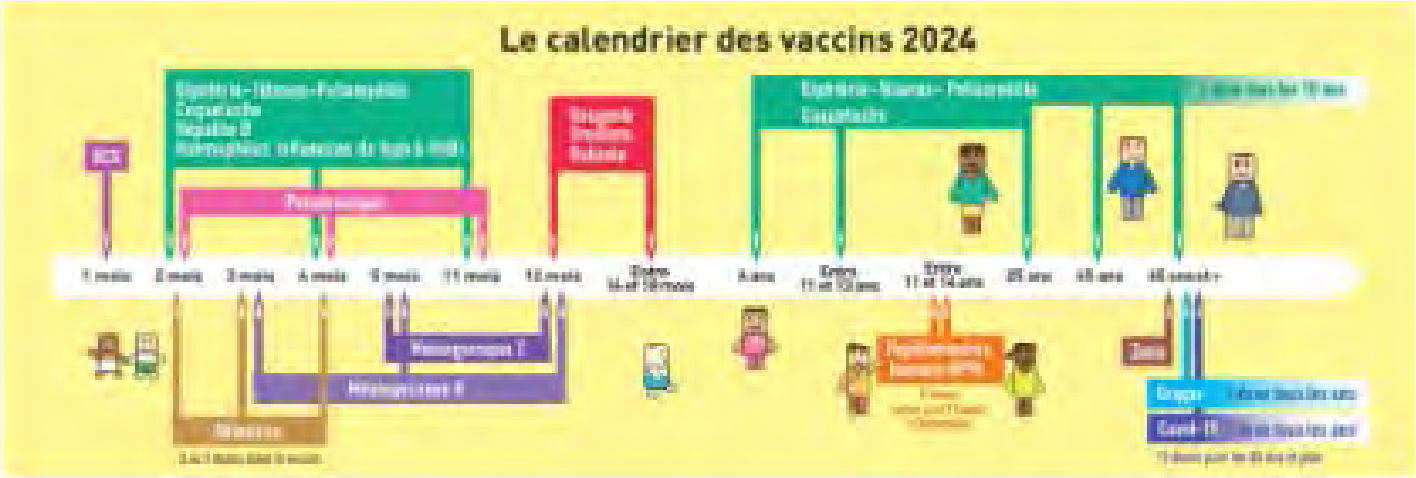
Vaccination contre les infections invasives à méningocoque
La vaccination tétravalente ACWY est recommandée chez le nourrisson et chez les adolescents âgés de 11 à 14 ans. Un rattrapage vaccinal contre les méningocoques ACWY est recommandé chez les personnes âgés de 15 à 24 ans révolus. Ces recommandations pourront être mises en œuvre dès que les vaccins seront pris en charge dans le cadre du droit commun. À noter que l'obligation vaccinale contre les sérogroupes ACWY et B chez le nourrisson, entrera en vigueur le 1er janvier 2025 après la publication des textes réglementaires.

Vaccination contre le zona
Le vaccin Shingrix® est désormais intégré dans la stratégie de vaccination contre le zona. Il est également recommandé chez l'adulte âgé immunodéprimé de 18 ans et plus. L'utilisation préférentielle de ce vaccin est recommandée chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces recommandations pourront être mises en œuvre dès que le vaccin Shingrix® sera pris en charge dans le cadre du droit commun.

Vaccination contre la rougeole
Afin de leur assurer une meilleure protection, une dose additionnelle de ROR est recommandée chez les personnes nées après 1980 et qui ont reçu une première vaccination avant l'âge d'un an.

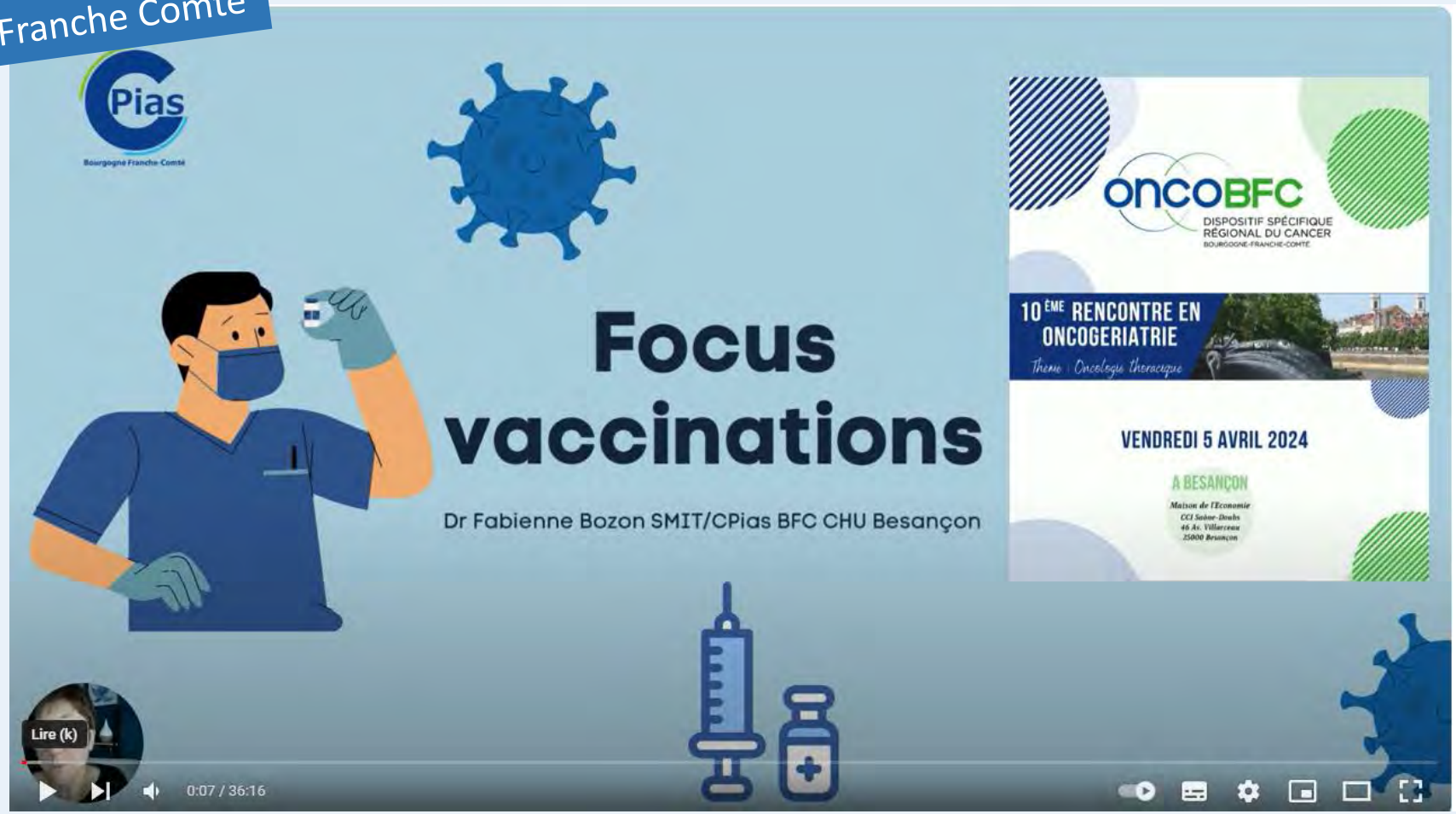
Le calendrier des vaccinations est susceptible d'être mis à jour en fonction des actualités liées à la vaccination. Les professionnels de santé sont invités à consulter régulièrement le site du ministère de la santé sur lequel est publié la version datée.

Pour rappel, depuis 2022, le carnet de vaccination électronique est inclus dans l'espace numérique en santé « Mon **espace santé** ». Il permet aux professionnels comme aux usagers de renseigner les vaccinations réalisées et de connaitre les prochaines vaccinations prévues selon l'âge.



calendrier_vaccinal_avr2024.pdf (sante.gouv.fr)

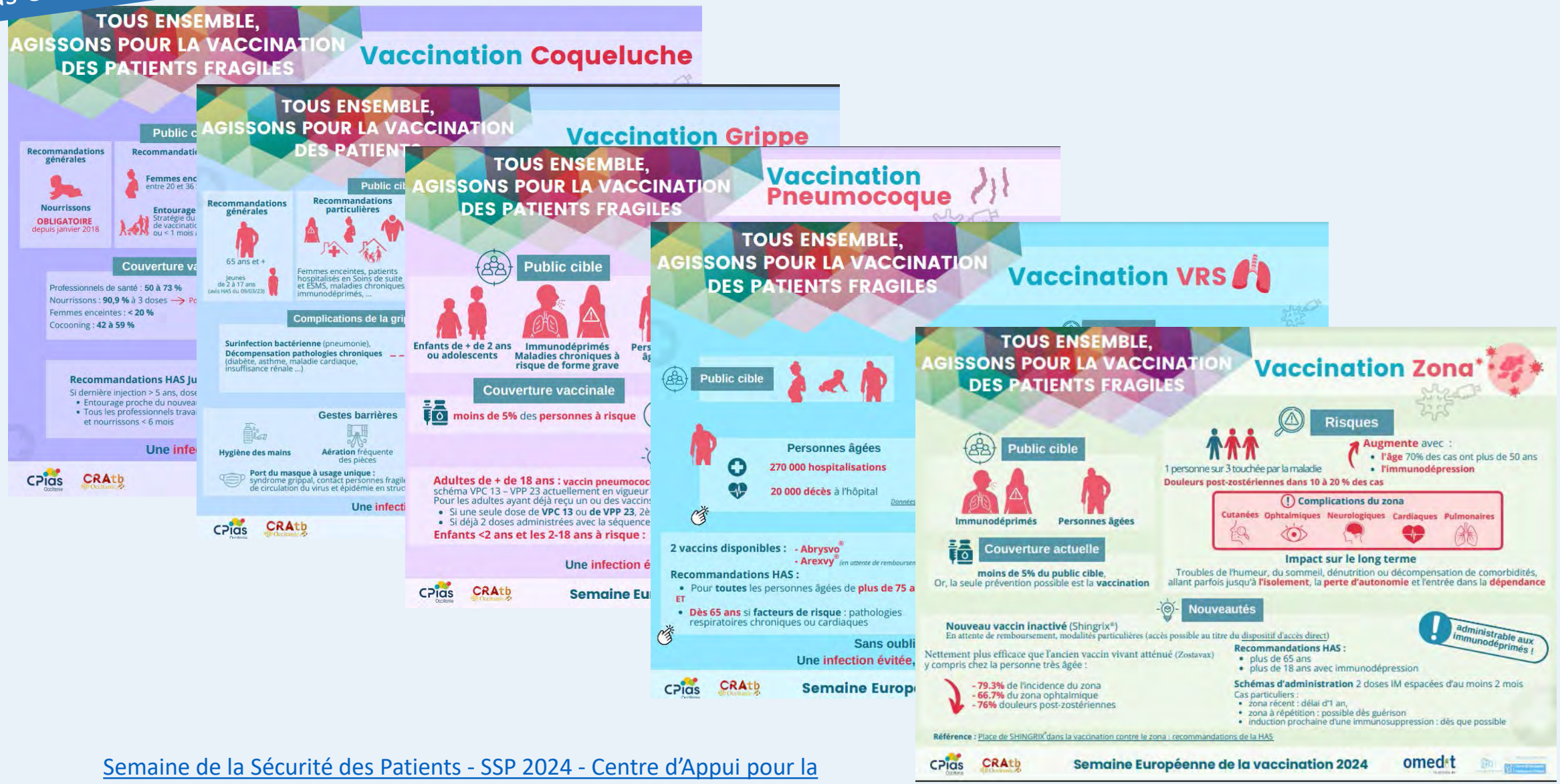
CPias Bourgogne Franche Comte



Mai 2024

https://youtu.be/I76GkAQMJgM?si=oBW-euM-FFPkbMKv

CPias Occitanie



[Semaine de la Sécurité des Patients - SSP 2024 - Centre d'Appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (cpias-occitanie.fr)]

Ministère

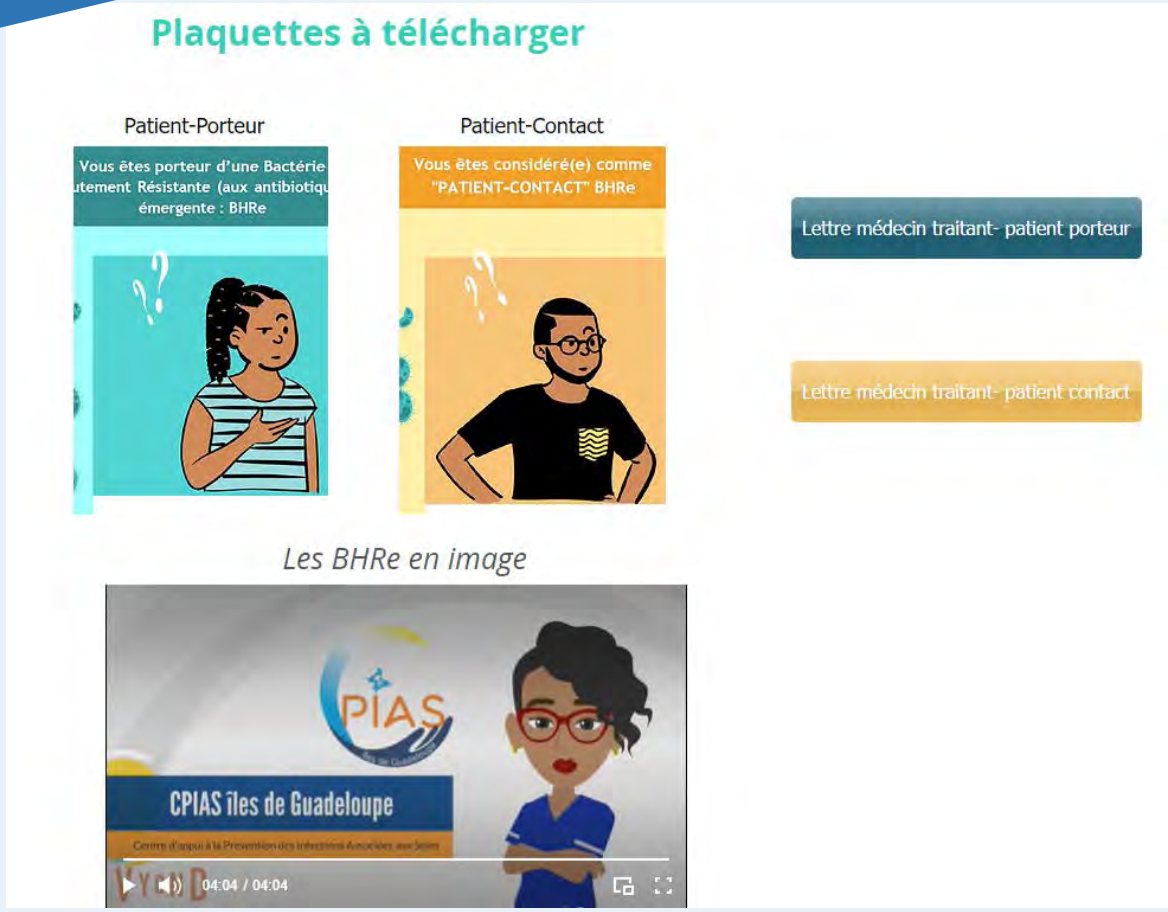
hcspr20240603_recommandsanitaireauxvoyageurs.pdf

Santé publique France

2024_Comprendre-la-vaccination_SPF.pdf

BHRe

CPias Ile de Guadeloupe



CPias Ile de France

BHRe | CPIAS IdG (cpiasilesdeguadeloupe.com)

Recommandations CPias Ile-de-France (cpias-ile-de-france.fr)

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

CPias Auvergne-Rhône-Alpes

Fiche pratique

V 18/09/2024

Accueil en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) d'un patient porteur de bactérie hautement résistante et émergente (BHRe)

Point de vigilance !

Pourquoi ?

Pour qu'il n'y ait pas de perte de chance

- Pour le patient porteur : afin qu'il puisse bénéficier d'une rééducation optimale sans retard
- Pour libérer les lits de MCO bloqués par des patients porteurs de BHRe

Parce que ce n'est pas si compliqué

- Tout service de SMR est en capacité d'accueillir un patient porteur de BHRe dès lors qu'il dispose d'une chambre seule. La prise en charge est identique à celle d'un patient porteur de BMR. Le dépistage des contacts a comme unique objectif d'évaluer l'efficacité des mesures.
- Il est recommandé de contacter votre équipe opérationnelle d'hygiène et/ou celle de l'établissement d'où vient le patient en vue d'optimiser l'organisation de la prise en charge du patient (regroupement des soins…)

Comment ?

Ce qui ne change pas valable pour tout patient	Ce qui doit être ajouté pour un patient porteur de BHRe
• Précautions standard • Education du patient : hygiène des mains (HDM) dès qu'il sort de sa chambre • Bionettoyage quotidien (points de contact ++) • Désinfection du matériel partagé entre chaque patient • Gestion des excréta : o utilisation du lave-bassin o OU protège-bassin à UU (type Carebag®) selon le protocole de l'établissement, éliminé dans les DAOM (déchets assimilables aux ordures ménagères) • Gestion habituelle : o des déchets o du linge o de la vaisselle • Balnéothérapie possible, sauf si patient incontinent	Prise en charge du patient porteur • Précautions complémentaires contact (PCC) = o chambre individuelle (avec toilettes individuelles) o tablier plastique à usage unique (UU) lors des contacts avec le patient ou son environnement o signalétique • Information et éducation du patient : ne pas utiliser les sanitaires communs • Si la désinfection systématique du matériel après utilisation (qui fait partie des précautions standard) est impossible ou non faite : matériel dédié • Surveillance du portage : tous les 15 jours en l'absence d'antibiothérapie Patients contacts : information et dépistages (Cf. au verso) Information : des professionnels y compris transversaux, du service d'aval

Cas particulier

Admission d'un patient contact à risque moyen ou élevé en provenance d'un autre établissement

- Le patient est placé en PCC jusqu'aux résultats des dépistages post-exposition
- Accès au plateau technique dans les mêmes conditions qu'un patient porteur

Rééducation en plateau technique

Ce qui ne change pas valable pour tout patient	Ce qui doit être ajouté pour un patient porteur de BHRe
• Hygiène des mains (HDM) avant et après la prise en charge d'un patient • Education des patients à l'HDM avant et après utilisation du matériel de rééducation • Vérification de l'intégrité du matériel difficilement nettoyable si abîmé : ex : coussins fissurés • Désinfection du matériel après utilisation par le patient ou le rééducateur • Bionettoyage quotidien des sols et surfaces	• Protection de la tenue (tablier à usage unique ou surblouse) par le rééducateur si contact direct avec le patient porteur • Matériel o privilégier du matériel qui peut être désinfecté o matériel dédié selon les possibilités

Allègement des dépistages des contacts en SMR

Qui ?

Patients contacts = patients pris en charge par la même équipe paramédicale de jour et de nuit

Proposition d'allègement

- Définir des cercles concentriques, en accord avec l'EOH : voisin de chambre, chambres contiguës, groupes de rééducation, groupes de repas, secteur/unité de soin/hébergement, patient sous antibiotiques…
- Dépister le cercle le plus proche puis élargir le dépistage si cas secondaires dans le premier cercle

Quand ?

Tous les 15 jours (au moins 2 fois à 15 jours d'intervalle) puis tous les mois en coordination avec le laboratoire

Proposition d'allègement

- Les patients entrant après identification du porteur et mis dans le cercle des contacts dépistés sont prélevés en même temps que les autres contacts (fréquence directement mensuelle le cas échéant)
- Si le porteur est/devient non excréteur (2 au moins à prélèvements négatifs à 15j d'intervalle, à l'arrêt après un traitement antibiotique) : arrêt des dépistages des contacts et poursuite des dépistages du porteur tous les 15j. Si + se repositive, reprendre les dépistages des contacts encore présents
- Attention : maintien des PCC au patient porteur de BHRe, même si non excréteur !

Comment ?

Ecouvillonnage rectal

Alternatives

- écouvillonnage rectal par le patient (après explications)
- écouvillonnage sur un prélèvement de selles, dans un pot ou dans la protection
- prélèvement de selles (possibilité à confirmer avec son laboratoire)

Est-ce que ça coûte cher ?

Surcout lié aux dépistages. Cela peut être partiellement compensé par une valorisation dans le codage des actes.

Références

- Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des BHRe. HCSP. Décembre 2019
- Prévention de la transmission croisée des BHRe. HCSP Juillet 2013

Groupe de travail

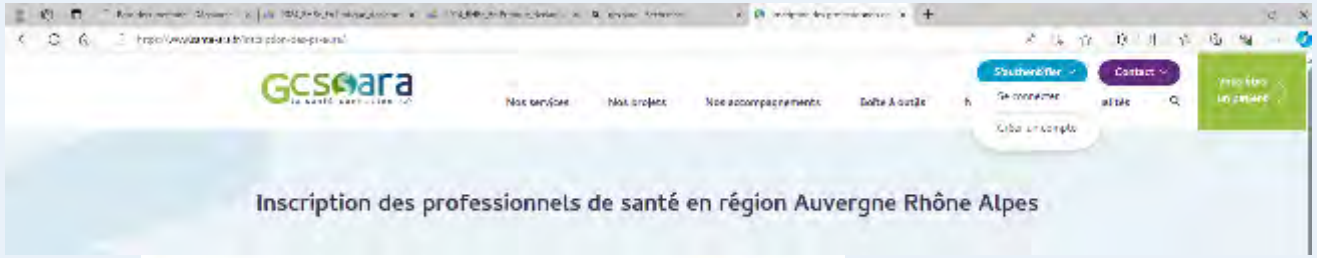
- CPias ARA : Marine GIARD, Olivier BAUD, Aurélie GALLIOT
- EOH : Martin BATAILLE, Franck-Olivier MALLAVAL, Laetitia RAULT

https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/sites/default/files/2024-09/20240918-BHRe-SMR.pdf

LIEN ETABLISSEMENT DE SANTE-VILLE AVEC LE PORTAIL GCS SARA

GCS Sara-ARS-CPias Auvergne-Rhône-Alpes

GCS SARA : Outils pour informer les libéraux qu'un patient est porteur de BHRe



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ars

BHRe

Modalités de déclaration d'un patient porteur de BHRe sur le portail GCS SARA

Fiche pour les professionnels de santé établissement de santé ou médecine de ville

DÉCLARER LES PATIENTS PORTEURS DE BHRe POUR ÉVITER UNE TRANSMISSION CROISÉE

Un enjeu de santé publique

Les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes (BHRe) sont un problème majeur de santé publique. Elles sont résistantes à de nombreux antibiotiques et leur mécanisme de résistance est transférable entre bactéries. **La diffusion de ces résistances pourrait conduire, à terme, à des impasses thérapeutiques.**

Encore émergentes en France, elles évoluent sous forme sporadique ou épidémique. Leur prévalence en France est actuellement faible, mais en augmentation : plus d'informations sur le site de Santé publique France.

Pour éviter que les BHRe ne deviennent endémiques, il faut limiter la transmission croisée. Il est donc primordial **que les établissements sanitaires et les professionnels de santé du secteur de ville soient informés et appliquent les mesures adaptées.**

Un outil à disposition pour déclarer les patients porteurs

[Le module BHRe disponible sur le portail du GCS Sara](#) permet au professionnel de santé qui découvre le portage chez un patient de **transmettre l'information sans délai *via* une messagerie sécurisée aux autres professionnels de santé** impliqués dans la prise en charge du patient. Cette diffusion de l'information, **réalisée avec l'accord du patient**, permet d'optimiser sa prise en charge à toutes les étapes de son parcours de soins, en sécurisant les interfaces ville-hôpital.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ars

BHRe

Ce qu'il faut savoir si l'un de vos patients est porteur

Fiche d'information pour les professionnels de santé libéraux médecins, IDE, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.

LES BHRe, UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

Définition des BHRe

Les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes (BHRe) sont des bactéries commensales du tube digestif ayant acquis des résistances transférables[1] vis-à-vis des antibiotiques de recours, comme les carbapénèmes ou les glycopeptides. Les mécanismes de résistance les plus répandus sont : OXA48, NDM, VIM, VAN A.

De nombreuses épidémies liées aux BHRe ont été observées dans notre région. Un patient peut rester colonisé par cette bactérie de manière prolongée, d'autant plus s'il est sous antibiotiques. Avec le temps et en l'absence de traitement antibiotique, les bactéries non résistantes (souches sauvages) vont remplacer les bactéries résistantes.

L'impact des BHRe sur la prise en charge des patients

Les BHRe sont un problème majeur de santé publique : la diffusion de ces résistances pourrait conduire à des impasses thérapeutiques. Encore émergentes en France, elles évoluent sous forme sporadique ou épidémique. Leur prévalence est actuellement faible, mais en augmentation : plus d'informations sur le site de Santé publique France.

Pour éviter que les BHRe ne deviennent endémiques, il faut limiter la transmission croisée. Il est donc primordial que **les établissements sanitaires et les professionnels de santé du secteur de ville soient informés et appliquent les mesures adaptées.**

Le module BHRe disponible sur le portail du GCS Sara permet au professionnel de santé qui découvre le portage chez un patient de **transmettre l'information sans délai *via* une messagerie sécurisée aux autres professionnels de santé** impliqués dans la prise en charge du patient. Cette diffusion de l'information, **réalisée avec l'accord du patient**, permet d'optimiser sa prise en charge à toutes les étapes de son parcours de soins, en sécurisant les interfaces ville-hôpital.

RISQUES POUR LE PATIENT

En cas d'infection à une BHRe, le traitement nécessite le plus souvent des antibiotiques de dernier recours, disponibles uniquement à l'hôpital.

[1] entre bactéries d'espèce différente, ex : *K. pneumoniae* transfert la résistance aux antibiotiques à *C. freundii*

[2024_BHRe_En_Pratique_PS.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)](#)

BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

SPILF

Outils électroniques d'aide à la prescription

[Outils de bua - Bon usage anti-infectieux - Groupes de travail - SPILF - (infectiologie.com)]

SFAR

SFAR

RECOMMANDATIONS FORMALISEES D'EXPERTS

De la SOCIETE FRANÇAISE D'ANESTHESIE ET REANIMATION (SFAR)

et de la SOCIETE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE (SPILF)

en association avec L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE (AFU), LA SOCIETE FRANÇAISE DE RADIOLOGIE – COMPOSANTE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE (SFR/RI), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE DU RACHIS (SFCR), LA SOCIETE FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE (SFO), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET CHIRURGIE ORALE (SFSCMFCO), LA SOCIETE FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (SFORL), L'ASSOCIATION DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS PEDIATRIQUES D'EXPRESSION FRANÇAISE (ADARPEF), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE (SOFCOT), LA SOCIETE DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE (SPLF), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE (SFCTCV), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE (SFC), LE CONSEIL NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF), LA SOCIETE DE CHIRURGIE VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE DE LANGUE FRANÇAISE (SCVE), LA SOCIETE FRANÇAISE DE NEUROCHIRURGIE (SFNC), LA SOCIETE FRANCOPHONE DE BRULOLOGIE (SFB), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (SOFCPRE), LA SOCIETE FRANÇAISE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE (SFED), LA SOCIETE FRANÇAISE DE CHIRURGIE DIGESTIVE (SFCD), L'ASSOCIATION DE CHIRURGIE HEPATO-BILIAIRE ET TRANSPLANTATION (ACHBT), LE COLLEGE D'ANESTHESIE-REANIMATION EN OBSTETRIQUE (CARO), LE GROUPE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE PEDIATRIQUE (GPIP) DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE PEDIATRIE

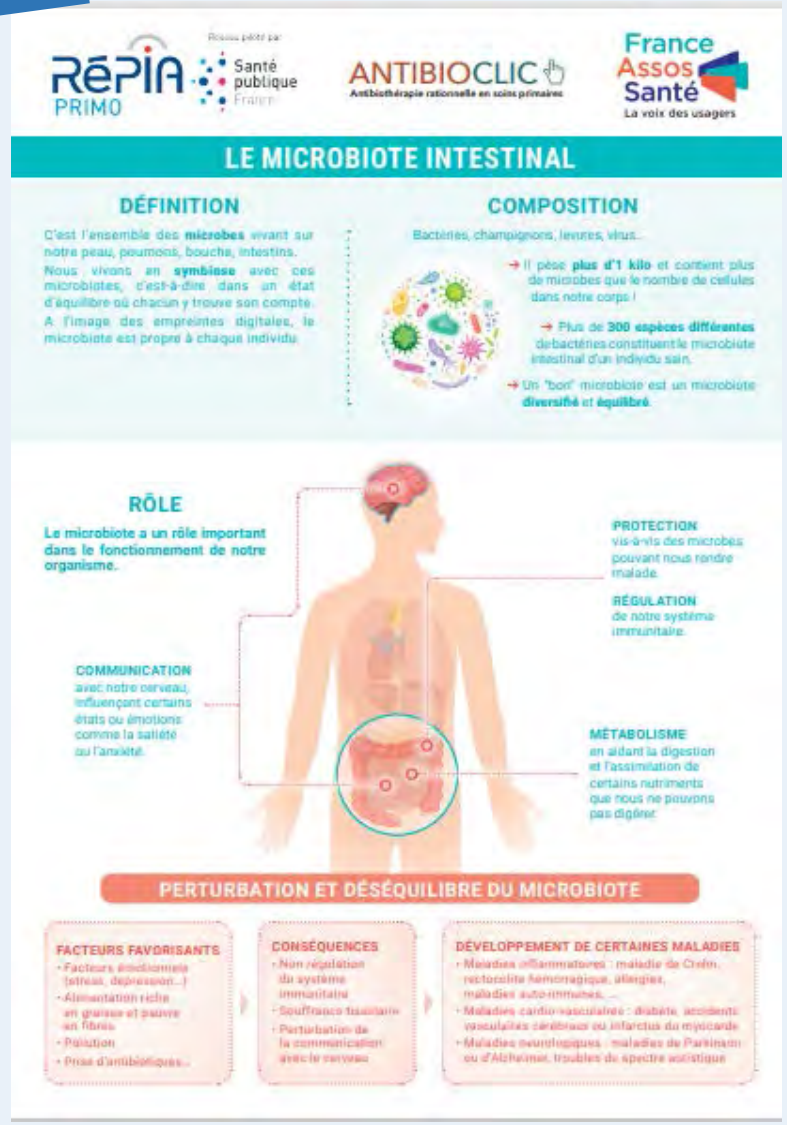
Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle

Antibiotic prophylaxis in surgery and interventional medicine

2024

[Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle - La SFAR]

PRIMO



REPIAS_MICROBIOTE_V4.pdf (antibioresistance.fr)

Ministère

GOUVERNEMENT

Feuille de route interministérielle

2024 - 2034

Prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens

Antibiotiques
Antiviraux
Antifongiques
Antiparasitaires

Septembre 2024

La lutte contre la résistance aux antimicrobiens (RAM), phénomène croissant qualifié de « pandémie silencieuse », est une priorité mondiale de santé publique portée par les organisations de la Quadripartite (OMS, OMSA, FAO, PNUE)
Mettre en œuvre des actions selon l'approche « Une seule santé ».

Feuille de route interministérielle 2024 - 2034 Antibiorésistance et résistance aux antimicrobiens VF 09 2024 (sante.gouv.fr)

ECTOPARASITES

ARS

UNE LUTTE EN 4 ÉTAPES

Pour faire face à la résistance des punaises aux insecticides, **la lutte non chimique** est indispensable pour les éliminer. Bien conduites, ces actions simples permettent d'éradiquer les punaises sans recourir à des insecticides.

Gare aux alternatives dites « naturelles »

Les récentes recherches scientifiques n'ont pas permis de montrer l'efficacité des **huiles essentielles.**
L'utilisation de la **terre de diatomée** est à proscrire : cette poudre de roche siliceuse naturelle très volatile est particulièrement dangereuse pour la santé. Elle agit comme des « fins éclats de verre » qui lacèrent la punaise qui meurt par surinfection. L'inhalation de cette poudre chez l'homme pourrait entrainer des fibroses et des cancers plusieurs dizaines d'années après l'exposition.

2024_05_GD-Punaises-lit_ARS-IDF.pdf

CPias Bretagne

Prise en charge des poux

Poux de tête – *Pediculus humanus capitis*

- **Caractéristiques**
  - Insecte hématophage : se nourrit du sang de ses hôtes (larves et adultes)
  - Se déplace en marchant uniquement. Ne saute pas et ne vole pas.
  - Spécifique de l'homme
- **Durée de vie, cycles, ponte**
  - Cycle de vie → 6 à 8 semaines
  - Nombre d'œufs pondus → 100 à 600 œufs en 6 semaines
  - Lentes solidement fixées au cheveu, poil et fibre textile par une substance après la ponte
  - Passage du stade de lente à adulte en 3 semaines
  - Pas de survie au delà de 2 à 3 jours sans se nourrir
- **Lieu de vie et ponte**
  - Vit et pond sur les cheveux
  - Le cuir chevelu
- **Mode de transmission**
  - **Collectivités d'enfants**
  - **Directe** → cheveux à cheveux
  - **Indirecte** → textiles, sac de piscine (linge)
- **Signes cliniques**: Démangeaisons localisées, lésions de grattages, surinfections, traces rouges
- **Risques**
  - Fréquent
  - Bénin

Poux de pubis – *Phthirus pubis*

- 2 à 3 mm
- Environ 1mm, corps large, patte… grosses pinces (ressemble à un …
- Vit accroché aux poils et pond … pénisté du pubis ++, thorax, ab… aisselles, barbe, cils…
- Considéré comme une IST
- Directe → lors de rapports sex…
- Indirecte → textiles
- Rare
- Bénin

CPias Bretagne - 2024

Poux de tête – *Pediculus humanus capitis*

Poux de pubis – *Phthirus pubis*

Poux de corps – *Pediculus humanus corporis*

- **Pour le professionnel**
  - Informer le résident, les proches et les équipes de soins
  - Chambre seule à privilégier
  - Individualiser le matériel de soins sinon utilisation de détergent/désinfectant
  - Avant le soin et en entrant dans la chambre
    - → Hygiène des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA…
    - → Gants non stériles à usage unique si contact rapproché av…
    - → Sur blouse manches longues à usage unique si contact rap…
    - → Charlotte pour le soignant si infestation massive
  - Après le soin et avant de sortir de la chambre
    - → Éliminer gants et sur-blouse (et charlotte) dans un sac DAS…
    - → Lavage impératif des mains au savon + hygiène des mains
    - → Évacuer le sac DASNO en sortant
- **Pour le résident**
  - Limiter les sorties/transferts avant et pendant le traitement
  - Éviter les visites le temps du traitement et tant que les poux ne son… mains au savon doux + frictions des mains au PHA pour le patient o…
- **Traitement obligatoire du résident** (sur ordonnance systématique)
  - Attacher les cheveux longs et faire porter une charlotte au patient couvrant l'ensemble de la chevelure avant la première application du traitement
  - Traiter avec des produits pédiculicides et lenticides à base d'anti-poux, associés au peigne anti-poux :
    - asphyxiant sans insecticide (Apaisyl®, Pouxit® Nouvelle®…)
    - insecticide pyrethrine (Hygor®, Itax®, Parasidose®, …)
  - Vigilance à l'émergence de poux résistants
  - J1 – Traiter la chevelure + linge + literie
  - Surveillance et peignage quotidien au peigne fin
  - J8 – Traiter la chevelure
  - Si besoin, tondre les p…
  - Dépistage d'autres IST
  - Prévenir les partenaire… soient examinés +/- tr…
  - Traitement avec des lo… peu lenticides : insecti… (Scabecid®, Tlenol®…)
- Traitement uniquement en présence de poux ou de lentes vivantes
- Préférer les lotions, solutions ou crèmes qui sont plus efficaces que…
- Éviter les sprays chez les personnes présentant un asthme ou une …
- Respecter le temps de contact du produit
- Traiter les proches seulement s'ils sont atteints

CPias Bretagne - 2…

Poux de tête – *Pediculus humanus capitis*

Poux de pubis – *Phthirus pubis*

Poux de corps – *Pediculus humanus corporis*

- **Gestion du Linge**
  - Privilégier le linge de l'établissement tout au long du traitement
  - Changer quotidiennement les vêtements et le linge de lit et directement après le traitement
  - Remettre au résident ou aux proches, le linge dans un sac fermé hermétiquement et identifié
  - Traiter (désinfection ou lavage) les vêtements du résident ainsi que la literie utilisés dans les 3 jours précédent le diagnostic
    - lavage machine à 60°C ou 15 min en sèche linge chaud
    - ou désinfection par utilisation d'un aérosol antiparasitaire (type A-par®) en respectant le temps de contact puis lavage du linge avant utilisation
    - linge fragile mis dans un sac hermétiquement fermé pendant 3 jours puis lavé.
  - Matériel peigne, brosse à nettoyer après utilisation avec un antiparasitaire (type A-par®)
  - Désinfecter et ne pas utiliser les objets en contact avec les poux pendant 3 jours
- **Gestion de l'environnement**
  - Circuit habituel du linge, des déchets et de la vaisselle
  - Bio-nettoyage de la chambre après traitement puis procédure habituelle
  - Vérifier l'intégrité des housses et les remplacer si elles sont craquelées, trouées ou percées
- **Informations**
  - Si plusieurs résidents sont atteints, informer l'infirmier hygiéniste
  - Si un professionnel est atteint, contacter le service de santé au travail

Sources :

Ectoparasitoses : Poux (pédiculoses), puces, punaises et tiques - Association Française des Enseignants de Parasitologie et Mycologie (AFOFEL) - 2014

Lutte anti-vectorielle en établissement de santé - CCLIN Sud-Est - 2010

Prise en charge des pédiculoses - CPias Occitanie - 2019

CPias Bretagne - 2024 3

2024_FT_Poux_CPiasBzh.pdf

SOINS

CPias Bourgogne Franche Comté

cpiasbfc.fr/guides/prec_standard/hygiene_mains/prerequis_hygiene_des_mains.mp4

CPias Auvergne Rhône Alpe

Affiche GHA/SHA (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

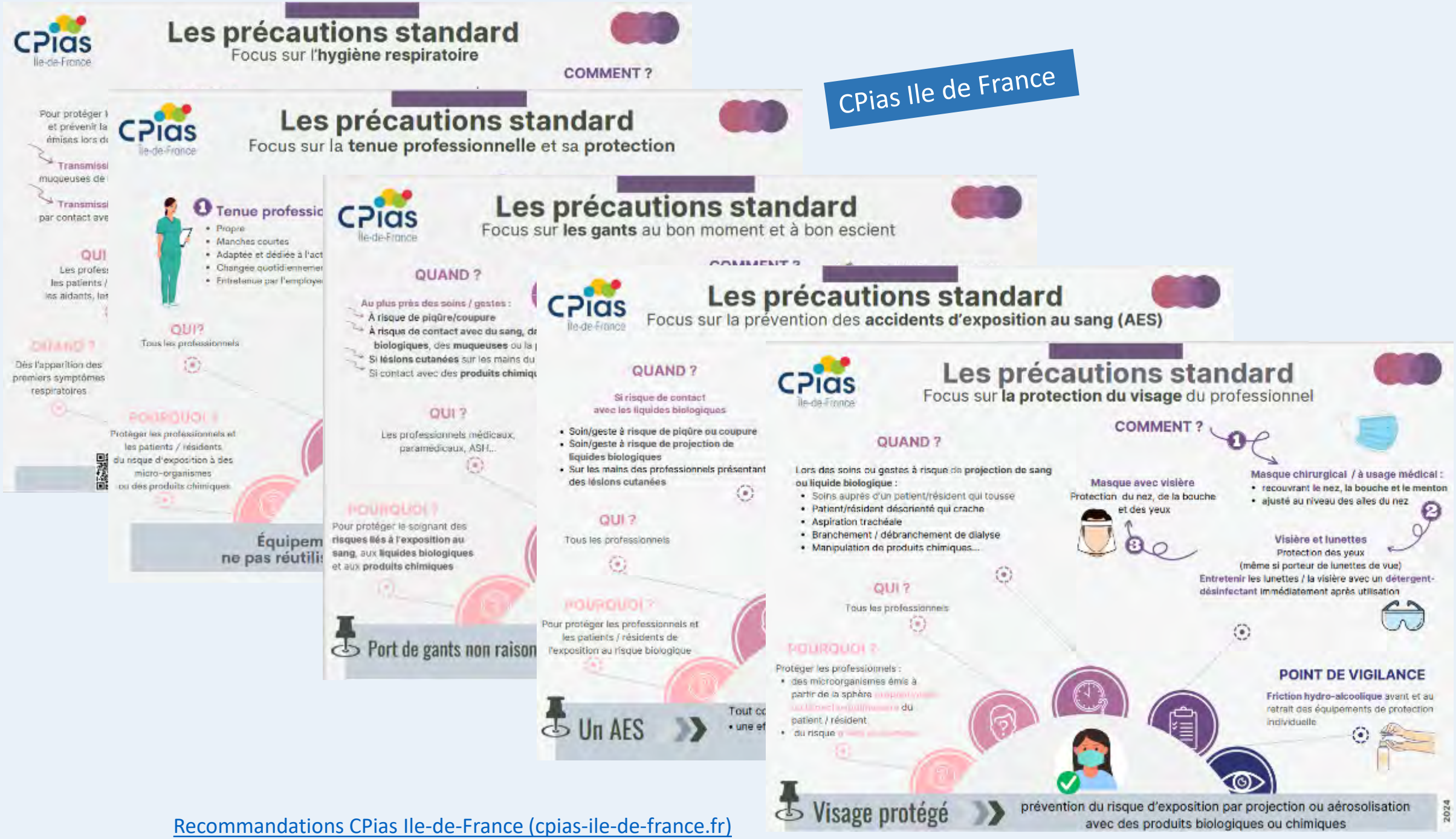
Choix et utilisation SHA (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Haut de France

Événement CLEXTP - Wooclap

2024-Reponses-Quizz-HDM_CPiasHDF.pdf

CPias Ile de France



Recommandations CPias Ile-de-France (cpias-ile-de-france.fr)

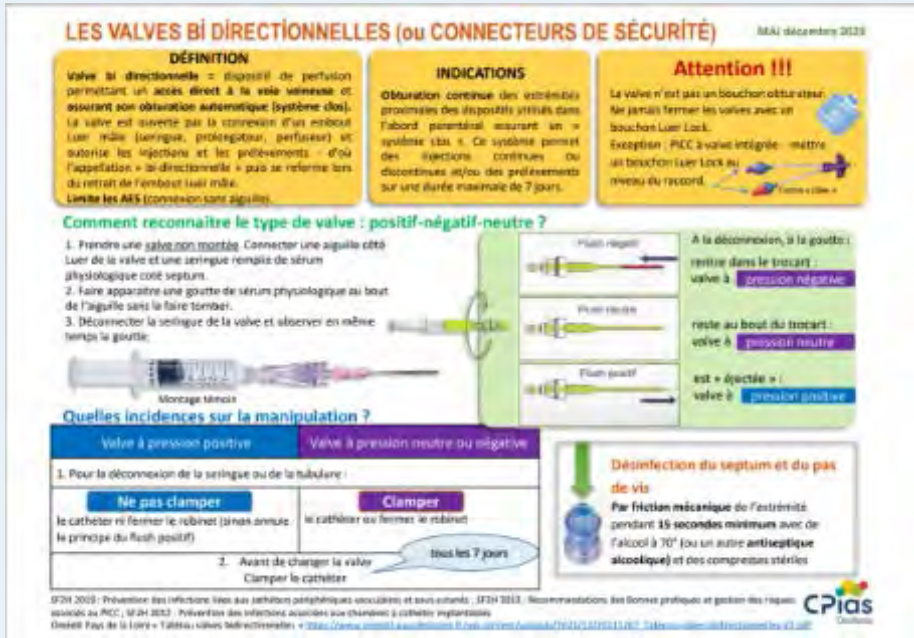
CPias Nouvelle Aquitaine

Limiter le risque d'infection grave liée aux CVP

[Sécuriser le risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques (youtube.com)]

CPias Occitanie

https://view.genial.ly/65ca192ef9a2eb001552bb98



V2024 Affiche Les valves : Comment s'y retrouver ? (cpias-occitanie.fr)

SF2H-SFPC

Société française d'Hygiène Hospitalière
et
Société française de Pharmacie Clinique

Prévention du Risque Infectieux

AVIS

Relatif au rinçage pulsé sur dispositif intravasculaire

Version du 10 Juin 2024

R21. Il est recommandé de faire un rinçage par poussées successives, dit « rinçage pulsé », après chaque injection /perfusion médicamenteuse, après un prélèvement sanguin, avant et après l'utilisation d'un cathéter en discontinu (B-3)

Proposition R21.Modifiée

Il est recommandé de faire un rinçage par poussées successives, dit « rinçage pulsé ».

Lorsque le cathéter est utilisé en continu, le rinçage pulsé est indiqué systématiquement après transfusion en PSL, après administration de solutés de nutrition parentérale ou soluté médicamenteux de nature lipidique, après chaque prélèvement sanguin et dans la mesure du possible après chaque injection ou perfusion médicamenteuse.

Lorsque le cathéter est utilisé en discontinu, le rinçage pulsé est indiqué également avant et après son utilisation notamment au « branchement » et au « débranchement » du cathéter (B-3).

Commentaires :

- *Afin de ne pas endommager le cathéter par surpression, cette manœuvre doit être exercée à l'aide d'une seringue d'une capacité supérieure ou égale à 10 mL remplie d'un volume de 10 mL de solution de chlorure de sodium injectable stérile à 0,9%. Dans certains contextes (enfant, patients insuffisant rénaux ou cardiaques…), le volume administré lors du rinçage pulsé devra être adapté pour éviter la surcharge liquidienne.*
- *Le rinçage « en débit libre » n'est pas une manœuvre de rinçage efficace.*
- *Le rinçage est réalisé sur la connexion où le traitement ponctuel est déconnecté. Afin d'optimiser ce rinçage, les schémas de perfusion doivent être simplifiés au maximum en limitant les longueurs de tubulures inutiles (réduire les « volumes communs »).*
- *La préparation des seringues de rinçage doit se faire de façon aseptique (désinfection des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique juste avant la préparation ; désinfection des sites de prélèvement, ou ouverture de col d'ampoule ou ampoule plastique, avec des compresses imprégnées d'alcool à 70°) avec un usage extemporané (pas de préparation à l'avance, en série). Pour limiter le risque lié à la préparation des seringues, il est préférable de ne pas utiliser de poches de solutés de gros volumes.*
- *L'utilisation de seringues pré-remplies en chlorure de sodium 0.9%, prêtes à l'emploi, et préparées selon un process industriel ou dans une pharmacie à usage intérieur dans un établissement de santé est également une option sous réserve d'être éliminée immédiatement après utilisation. Elles ne doivent pas être conservées pour une utilisation ultérieure après un usage partiel. Elles peuvent être une solution à la mise en œuvre fréquente du rinçage pulsé des cathéters. Elles peuvent être une aide au respect des bonnes pratiques tout en garantissant une qualité microbiologique maîtrisée.*

La réflexion présentée dans le document est valable tant sur les accès périphériques que centraux à l'exclusion de la néonatologie

SF2H-GERES

SF2H
Prévention du Risque Infectieux
Société française d'Hygiène Hospitalière

GERES
GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS aux agents infectieux

Avis

Relatif à l'évaluation de l'intérêt du port de gants lors de la réalisation des injections intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques

Version du 16/04/2024

La réflexion du groupe expert SF2H en partenariat avec le GERES (Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux) a porté sur le port de **gants médicaux non stériles à usage unique** dans le cadre des précautions standard [1] dans les situations suivantes : **réalisation des injections intramusculaires (IM), intradermiques (ID) et sous- cutanées (SC).**

Les dispositifs médicaux utilisés pour les prélèvements capillaires (ex : lancette) ne sont pas concernés par cet avis. En effet, ces dispositifs sont destinés à un prélèvement sanguin au moyen d'une aiguille pleine et justifient un port de gant afin de protéger d'un risque de contact avec le sang d'une peau éventuellement lésée.
L'avis exclut également les abords, injections et prélèvements intravasculaires pour lesquels le port de gants reste indiqué.

Point 1. Evaluation du risque viral hématogène

Prévalence des infections VIH, VHC et VHB dans la population française

En France, la prévalence de infections virales (VIH, VHC, VHB) est faible et peut présenter des variations selon les virus et les populations concernés [2].
D'après Onu-sida [3], environ 200 000 personnes vivent avec le virus de l'immunodéficience humaine (**VIH**) en France dont 80% sont sous traitement antirétroviral. La cohorte FHDH/ANRS [4] incluait 103 500 patients en 2021 : 97% des patients étaient traités par antirétroviraux et 93% avaient des charges virales indétectables < 50 copies/ml (96% <200 copies/ml).

En ce qui concerne l'hépatite C (**VHC**), Santé publique France a réalisé en 2004 une enquête nationale de prévalence des hépatites B et C conduite en population générale adulte en France métropolitaine [5]. Cela a permis d'estimer d'une part la prévalence des AC anti-VHC à 0,84% (IC95% : 0,65-1,10), ce qui correspondait à 367 055 personnes (IC95%: 269 361-464 750) ayant été infectées par le VHC, et d'autre part la prévalence de l'ARN VHC à 0,53% (IC95%: 0,40-0,70), ce qui correspondait à 232 196 personnes (IC95%: 167869-296523) ayant une infection chronique transmissible.
En 2016, le volet virologique "Barotest" du Baromètre santé [6] a permis d'estimer, dans la population générale adulte (18-75 ans) vivant en France métropolitaine, la prévalence de l'ARN VHC à 0,30% (IC95% : 0,13-0,70) ce qui correspondait à 133 466 personnes (IC95%: 56 880-312 616) ayant une hépatite C chronique.

Synthèse

Prenant en considération les données suivantes :

- la prévalence des principales infections virales chroniques transmissibles (VHB, VHC, VIH) est faible en France et les patients sont le plus souvent traités efficacement, avec des charges virales indétectables,
- la vaccination des professionnels de santé contre le VHB contribue à diminuer le risque de transmission du virus,
- la réalisation d'injection IM/SC/ID ne comporte *a priori* pas de contact avec des produits biologiques,
- les injections SC et IM représentent environ 25% des APC en 2019 chez les IDE en France, mais sont très exceptionnellement à l'origine de la transmission d'agent viral (le risque transmission du VHC et du VIH après APC est essentiellement lié à des piqûres avec des aiguilles creuses contenant du sang provenant d'un patient dont la charge virale est élevée),
- les aiguilles pour les injections SC/IM/ID sont de faible calibre par rapport aux aiguilles creuses utilisées pour des gestes en intravasculaire direct,
- l'absence de preuve d'efficacité des gants dans la prévention du risque de transmission virale après APC avec aiguille creuse,
- il existe un risque de transmission croisée potentielle des micro-organismes en lien avec un mésusage des gants,
- un risque de dermatites est observé en cas de port prolongé et répété des gants,
- le port de gants ne doit pas se substituer à l'hygiène des mains,
- l'observance de l'hygiène des mains est augmentée en l'absence de port de gants,
- l'OMS préconise depuis 2010 le non-port de gants pour les injections IM-SC-ID, recommandation adoptée par de nombreux pays (limitée ou non à la vaccination),
- des enjeux écologiques sont liés à l'utilisation de gants à usage unique,

et rappelant les bonnes pratiques de prévention des AES lors de la réalisation d'injections (conteneur à objets perforants à proximité immédiate, absence de désadaptation/recapuchonnage de l'aiguille), de même que l'intérêt de pouvoir disposer de dispositifs incluant des aiguilles sécurisées afin de réduire le risque d'AES lors de la réalisation des injections IM/SC/ID,

la SF2H en partenariat avec le GERES recommande dans le cadre des précautions standard, de ne pas porter de gants lors de la réalisation d'injections intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, y compris lors de pose de perfusion sous-cutanée.

En cas de peau lésée du professionnel ou du patient/résident, le port de gants non stériles à usage unique reste indiqué comme le préconisent les précautions standard.

La mise en application de cette mesure permettra de limiter le mésusage des gants (risque de transmission, surcoûts...), de renforcer l'observance de l'hygiène des mains et d'aller dans le sens de l'éco-responsabilité avec un moindre impact sur l'environnement.

RO). Il faut rappeler qu'il revient au professionnel d'évaluer les risques d'exposition avant de réaliser le geste (patient ou situation particulière) et qu'il peut s'il le juge nécessaire, mettre des gants pour réaliser ces actes.

avis_sf2h_geres_v18avril2024_injectionsim-sc-id.pdf

CPias Grand Est

Collaboration entre l'Institut Régional de Formation de Reims, et son ingénieur pédagogique Sylvain Brichet, ainsi que plusieurs autres partenaires, dont l'Équipe Opérationnelle en Hygiène (EOH) du CHU de Reims, et les Équipes Mobiles en Hygiène (EMH) de la région Grand Est

https://www.youtube.com/channel/UCKYy4MdxQGbU3hNkeN23j5w

CPias Auvergne Rhône Alpes

Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
Auvergne-Rhône-Alpes

Animation • Agenda | Signalement • Alertes | Outils • Campagnes | Formation | Evaluation • Surveillance

Agenda
Journées
Webinaires
Réseaux professionnels
Listes de discussion
Annuaire

Campagnes > Sécurité des patients

patients

IDPH
REPH
EMH
Néonat

Edition 2024

Accueil > Animation • Agenda > Réseaux professionnels > Néonat

Néonat - Réseau des professionnels des services de maternité et de néonatologie

Le réseau Néonat permet aux professionnels des services de maternité et de néo

Les rencontres du réseau Néonat

Ces journées de rencontre et de travail ont pour objectif d'échanger sur les pr

Pour connaître la date des prochaines rencontres consulter l'agenda

Les fiches pratiques du réseau Néonat

Ce réseau élabore des fiches pratiques disponibles dans la boîte à outils

La liste de discussion Néonat

Une liste de discussion Néonat a été créée afin de faciliter les échanges

CPias — RESPECT DES PRECAUTIONS STANDARD EN NEONATALOGIE — Fédération Régionale des Pédiatres Néonatologistes Auvergne Rhône-Alpes

Objet

Cette fiche reprend les précautions standard à destination des professionnels (SFDH 2017) et les complète avec des **points d'attention spécifiques à la néonatologie.**

Contenu

Précautions standard pour les professionnels	Commentaires
HYGIENE DES MAINS	
Lors des soins et en préalable à toute hygiène des mains : • avoir les avant-bras dégagés • avoir les ongles courts, sans vernis, faux-ongles, ou résine • ne pas porter de bijou (bracelet, bague, alliance, montre)	• Ce pré-requis est à respecter par tout le personnel du service et par les intervenants extérieurs
Effectuer une hygiène des mains : 1. avant un contact avec le patient 2. avant un geste aseptique 3. après un risque d'exposition à un produit biologique d'origine humaine 4. après un contact avec le patient 5. après un contact avec l'environnement du patient	• Tout professionnel réalise une hygiène des mains à l'entrée du service • Pratiquer une hygiène de mains avant tout contact avec le nouveau-né incluant son environnement proche (dispositifs médicaux, incubateur...) • Solution Hydro-Alcoolique disponible dans les points stratégiques : à l'entrée du service, dans chaque chambre, dans le poste de soins, à l'entrée des réserves de matériels de soins, dans le bureau des internes, dans le bibberonnerie, dans la salle de désinfection, le vestiaire des parents... • Ne pas éliminer le flacon de SHA entamé au départ de l'enfant
La désinfection par friction avec un produit hydro-alcoolique est la technique de référence dans toutes les indications d'hygiène de mains en l'absence de souillure visible	• La réalisation des frictions à distance du nouveau-né peut être proposée pour ne pas perturber la mobilisation des compétences affectives de celui-ci, notamment lors des mises au sein
En cas de mains visiblement souillées, procéder à un **lavage simple des mains** à l'eau et au savon doux	• Pas de recours à l'eau et au savon en dehors des mains souillées
TENUE (pré-requis)	
Porter une **tenue professionnelle** propre, adaptée et dédiée à l'activité pratiquée	• Avant-bras dégagés pour la réalisation de l'hygiène des mains et lors des soins, cheveux longs attachés et relevés • Les personnels non médicaux et médicaux changent de tenue tous les jours et dès qu'elle est souillée

2024-FP-PrecautionsStandard.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias — POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL POUR LA NUTRITION PARENTERALE EN NEONATOLOGIE — Fédération Régionale des Pédiatres Néonatologistes Auvergne Rhône-Alpes

IMPERATIFS

TENUE

OPERATEUR	AIDE OPERATEUR
Tenue chirurgicale + masque stérile + coiffe + masque chirurgical + gants stériles	Tenue propre + coiffe + masque chirurgical

TECHNIQUE DE POSE

Microsoft Word - Pose vvc VF 18avril2024 (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias — GESTION, MANIPULATIONS ET RETRAIT D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL EN NEONATOLOGIE — Fédération Régionale des Pédiatres Néonatologistes Auvergne Rhône-Alpes

DEFINITION

CHANGEMENT DES LIGNES

LIGNE PRINCIPALE ET DISPOSITIFS ASSOCIES (robinets, rampes, valves)

APRES PASSAGE DE **PRODUITS LIPIDIQUES** : AU MOINS 1 FOIS / J

SI PERFUSION **DISCONTINUE** DU PASSAGE DE **PRODUITS SANGUINS** : APRES CHAQUE POCHE

MANIPULATIONS

Friction Hydro-Alcoolique (FHA) + Compresses stériles + Antiseptique alcoolique adapté

LIGNE PROXIMALE (injections, pansement...)

OPERATEUR

Tenue propre, tablier ou surblouse à usage unique + gants stériles + masque chirurgical + coiffe

AIDE

Masque chirurgical + coiffe

LIGNE DISTALE

OPERATEUR : Tenue propre ou tablier ou surblouse à usage unique

Gants non stériles si risque d'exposition aux liquides biologiques

RETRAIT DU CATHETER : **Gants (stériles si culture du cathéter) + masque si culture du cathéter**

• **RÉALISER UNE FRICTION-HYDRO-ALCOOLIQUE** avant toute manipulation

• **MANIPULER** dans un environnement propre. Tout objet inutile au soin est retiré

2024-FP-CCV-Neonat.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias – CRATB Auvergne Rhône Alpes

ECBU A4.key (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

SPICMI

PCO – ANTISEPSIE - Point de vigilance n° 1 - Mode d'application du produit

Rappel recommandation :
il est demandé de tout faire pour **éviter les coulures** de l'antiseptique lors de son application [SF2H 2016/R5]

Vu lors de l'Audit PREOP : Versement direct du produit sur la peau → **Ne pas verser directement le produit sur la peau. Utiliser systématiquement un tampon ou une compresse stériles**

Il existe un risque de coulures quand le tampon ou la compresse sont trop imbibés de produit → **Ne pas imprégner de façon excessive. Imprégner avec modération : ni trop, ni trop peu**

Il existe un risque de coulures si le tampon ou la compresse sont réutilisés plusieurs fois pour un même patient (saturation, perte des capacités d'absorption) → **Limiter la réutilisation des compresses et tampons. Si autorisée localement : changer de tampon ou de compresse au cours de l'antisepsie dès que nécessaire**

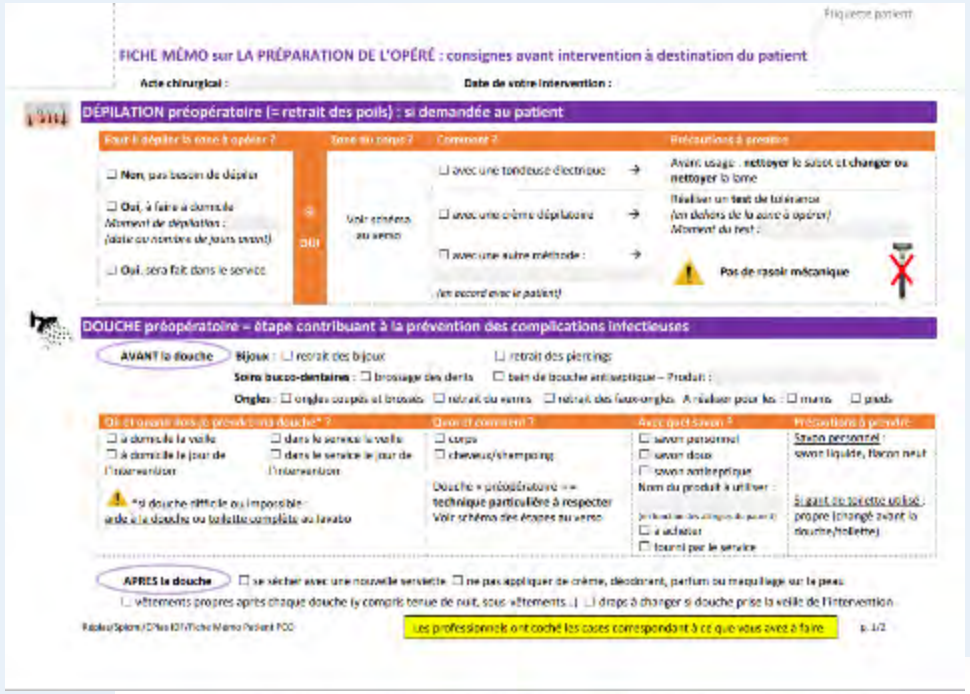
1-Pourquoi utiliser systématiquement un support stérile (compresse, tampon, applicateur) ?

- **Ceci permet une action mécanique** qui est une des composantes de l'antisepsie avec l'action antimicrobienne du produit
- **Ceci permet de maîtriser la quantité** d'antiseptique appliquée (cf. 2ème point ci-dessous)
- associé à un porte-tampon, une pince ou un applicateur, **cela évite des fautes d'asepsie** grâce à l'absence de contact manuel avec la peau (méthode « no touch »)

2-Pourquoi ne faut-il pas mettre trop de produit antiseptique sur la peau ?

- **Cela n'augmente pas l'efficacité** : l'important c'est une couche uniforme de produit appliquée sur toute la zone opératoire
- **Cela crée des coulures/flaques** avec des risques pour les patients et les professionnels :
  - **d'incendie/embrasement** du drapage opératoire et des **brûlures cutanées** lors de l'utilisation d'un ATS alcoolique et d'un « bistouri électrique » (électrode active/générateur haute fréquence)
  - **d'irritations** au niveau de la peau du patient par contact prolongé avec l'ATS/macération
  + risque d'effacement du marquage préopératoire
- **Cela fait perdre du temps** :
  - oblige à attendre plus longtemps le séchage complet, la durée étant proportionnelle à la quantité appliquée
  - oblige à retirer l'excédent en dehors de la zone opératoire (étape supplémentaire)

2024-02_ATS-Points-de-vigilance_RePIA-Spicmi.pdf



FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉRÉ : consignes avant intervention à destination du patient

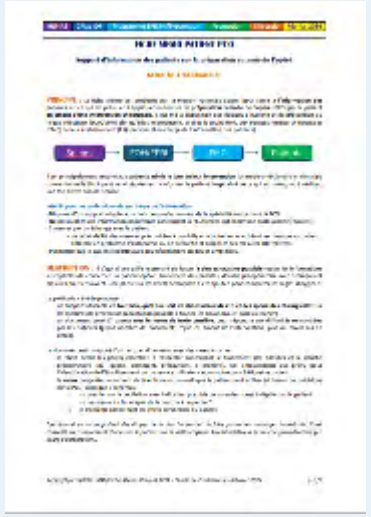
Acte chirurgical : Date de votre intervention :

DÉPILATION préopératoire (= retrait des poils) : si demandée au patient

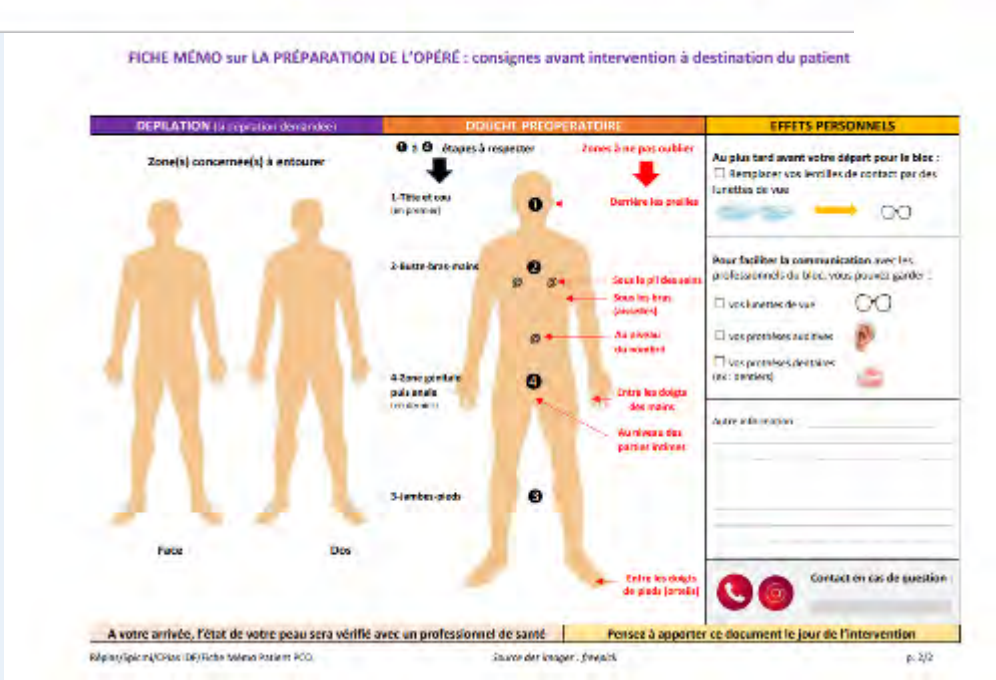
DOUCHE préopératoire – étape contribuant à la prévention des complications infectieuses

AVANT la douche — APRES la douche

Les professionnels ont coché les cases correspondant à ce que vous avez à faire



2024_GD_PCO-Memo-patient_RePIA-Spicmi.pdf



FICHE MÉMO sur LA PRÉPARATION DE L'OPÉRÉ : consignes avant intervention à destination du patient

DÉPILATION | DOUCHE PRÉOPÉRATOIRE | EFFETS PERSONNELS

Zone(s) concernée(s) à entourer

Face — Dos

A votre arrivée, l'état de votre peau sera vérifié avec un professionnel de santé

Pensez à apporter ce document le jour de l'intervention

2024_PCO-Memo-patient_RePIA-Spicmi.pdf

Cpias Hauts de France

BONNES PRATIQUES ECHOGRAPHIE NON CRITIQUE

CPias Hauts-de-France

Les examens non critiques correspondent :
Examen sur peau saine = Echographie abdominale, échographie cardiaque, Doppler, etc.
Examen non critique = Niveau de risque infectieux bas*

01

Hygiène des mains = Friction à la Solution hydroalcoolique (SHA)
Port de gants uniquement dans les situations d'exposition ou risque d'exposition aux liquides biologiques

02

Bon usage du gel d'échographie
Le choix de la présentation du gel d'échographie dépend du niveau de risque infectieux déterminé par les conditions et la nature de l'examen, ainsi que l'état cutané de la zone concernée.

GEL NON STÉRILE EN CANETTE OU UNIDOSE POUR LES EXAMENS NON CRITIQUE
L'utilisation du gel non stérile est suffisante si le transducteur est en contact avec une peau intacte sans lésion.

JETER IMPÉRATIVEMENT TOUT FLACON DE GEL OUVERT DEPUIS PLUS DE 24H
Le gel d'échographie favorise la croissance bactérienne, agissant comme la gélose en laboratoire.
Les flacons sont souvent contaminés, parfois même avant leur ouverture.
Noter la date d'ouverture systématiquement sur les flacons

03

Bon usage des lingettes détergentes désinfectantes de bas niveau
Pour l'entretien de la sonde et de l'appareil, il est possible d'utiliser :
- Des lingettes pré-imprégnées détergentes désinfectantes de bas niveau à usage unique
- Un carré d'essuyage imbibé de détergent désinfectant en spray prêt à l'emploi ou dilué

CPias Hauts-de-France _ avril 2024

2024_Bonnes-pratiques-Echographie-non-critique_CPiasHDF.pdf

primo

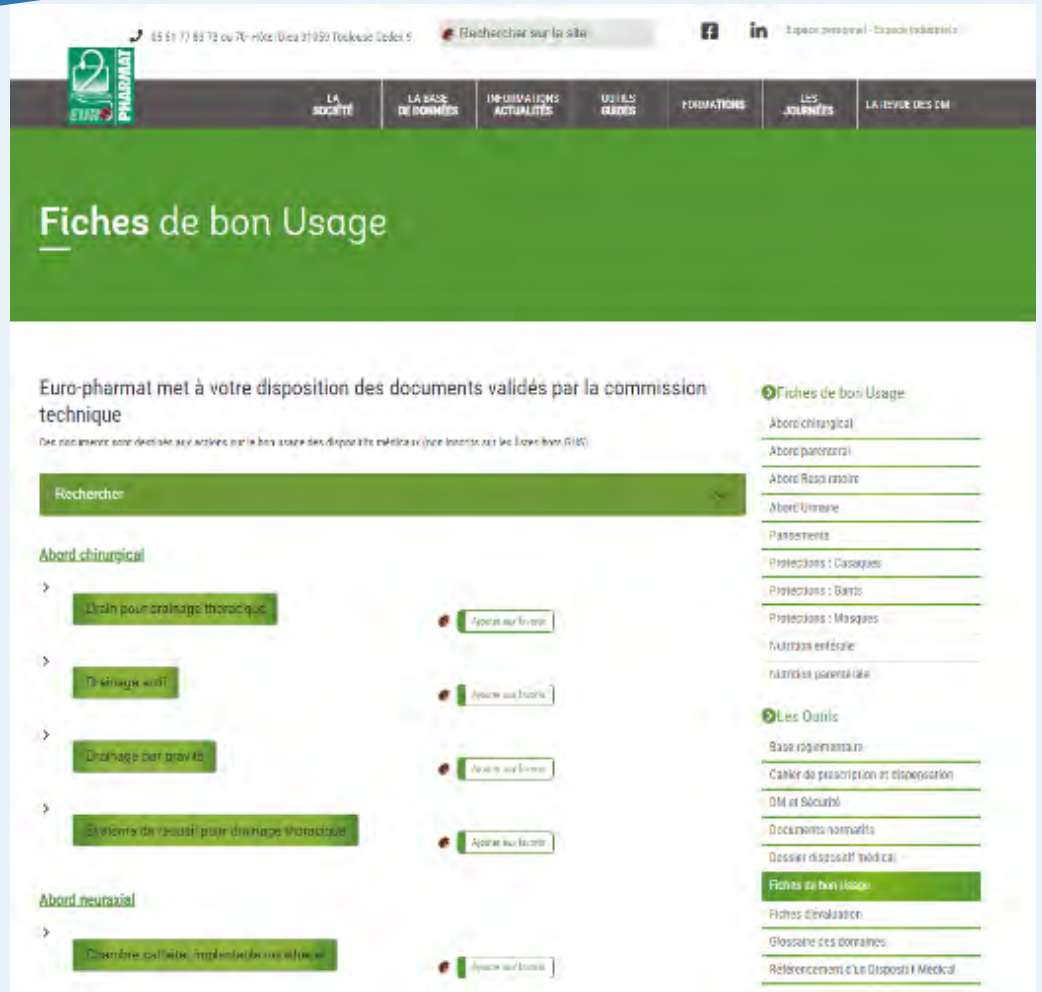
REPIAS_Reco ambulancier_GL-V8.pdf (antibioresistance.fr)

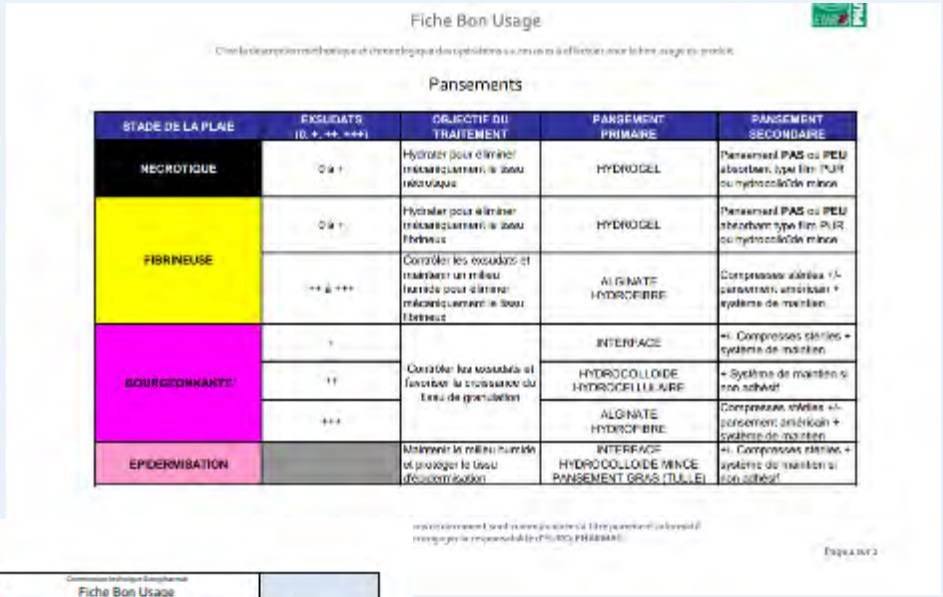
EQUIPEMENTS DISPOSITIFS

CPias Occitanie

Webinaire Endoscopie : dispositifs de stockage 20240521 (youtube.com)

Euro pharmat

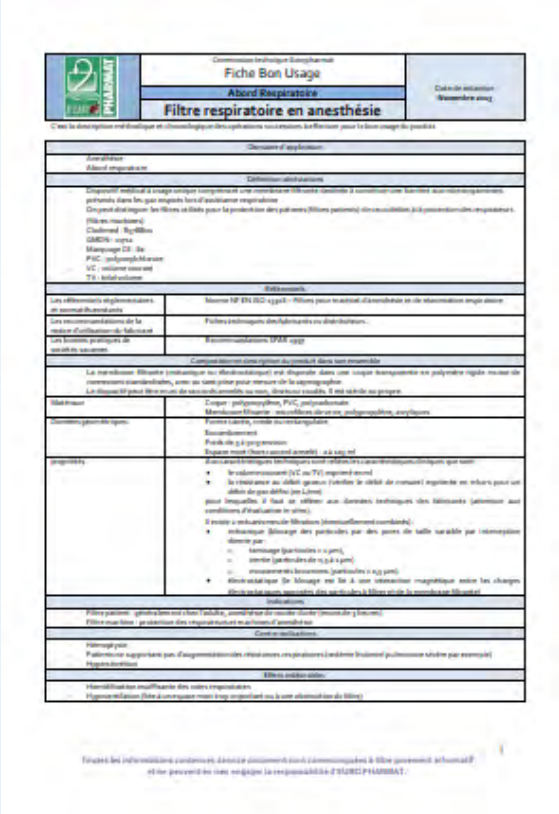




Fiche Bon Usage

Pansements

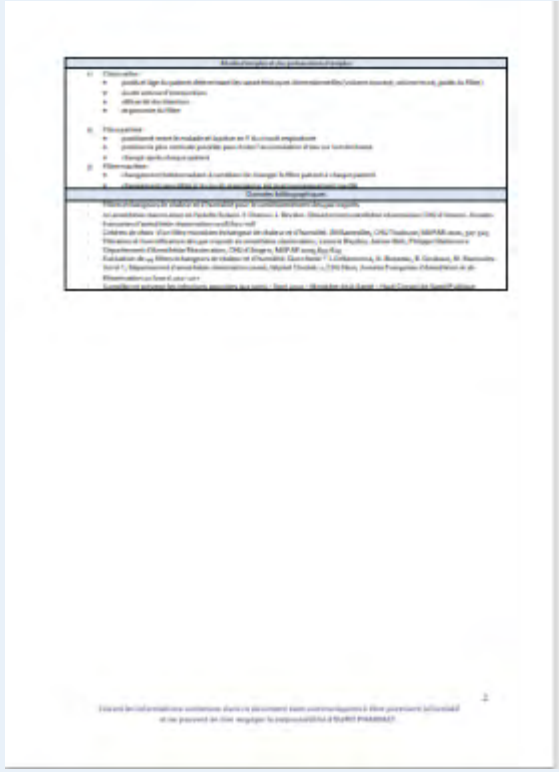
STADE DE LA PLAIE	EXSUDATS (0, +, ++, +++)	OBJECTIF DU TRAITEMENT	PANSEMENT PRIMAIRE	PANSEMENT SECONDAIRE
NECROTIQUE	0 ou +	Hydrater pour éliminer mécaniquement le tissu nécrotique	HYDROGEL	Pansement PAS ou PEU absorbant type film PUR ou hydrocolloïde mince
FIBRINEUSE	0 ou +	Hydrater pour éliminer mécaniquement le tissu fibrineux	HYDROGEL	Pansement PAS ou PEU absorbant type film PUR ou hydrocolloïde mince
	++ à +++	Contrôler les exsudats et maintenir un milieu humide pour éliminer mécaniquement le tissu fibrineux	ALGINATE HYDROFIBRE	Compresses stériles +/- pansement absorbant + système de maintien
BOURGEONNANTE	+	Contrôler les exsudats et favoriser la croissance du tissu de granulation	INTERFACE	+/- Compresses stériles + système de maintien
	++		HYDROCOLLOIDE HYDROCELLULAIRE	+ Système de maintien si non adhésif
	+++		ALGINATE HYDROFIBRE	Compresses stériles +/- pansement absorbant + système de maintien
EPIDERMISATION		Maintenir le milieu humide et protéger le tissu d'épidermisation	INTERFACE HYDROCOLLOIDE MINCE PANSEMENT GRAS (TULLE)	+/- Compresses stériles + système de maintien si non adhésif



Fiche Bon Usage

Abord Respiratoire

Filtre respiratoire en anesthésie



[Euro-Pharmat.com - Fiches de bon Usage]

DECHETS

INRS

Sommaire

Introduction 4

1 Déchets à risque infectieux et pièces anatomiques 6
- Risques infectieux 6
- Déchets 7

2 Responsabilités 8

3 Emballages 10
- Tri des déchets 10
- Choix des emballages 10

4 Entreposage 12
- Lieux d'entreposage 12
- Durée d'entreposage 14

5 Transport 15

6 Prétraitement des déchets 17
- Déchets solides 17
- Déchets liquides 18
- Déchets susceptibles de contenir des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) 19

7 Incinération 20

8 Traçabilité des filières 22

9 Formation et information 24

Annexes 25
- Annexe 1. Informations devant obligatoirement figurer dans la convention d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux [2] 25
- Annexe 2. Informations devant obligatoirement figurer dans la convention d'élimination des pièces anatomiques d'origine humaine [2] 26
- Annexe 3. Principales caractéristiques des emballages pour Dasri et pièces anatomiques d'origine humaine 27
- Annexe 4. Informations devant obligatoirement figurer sur le bon de prise en charge par le prestataire assurant le regroupement [2] 30

Textes de référence 31

2024_DECHETS-INFECTIEUX-Elimination_INRS-1.pdf

ENVIRONNEMENT

CPias Auvergne Rhône Alpes

Eau en établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS)

La maitrise de la qualité des eaux d'un établissement recevant du public est primordiale, encore plus quand o
EMS.

Les textes réglementaires et guides de recommandations sont nombreux sur ce sujet.

Nous vous proposons sur cette page quelques outils et liens qui vous faciliteront la mise en place des actions
différentes eaux présentes dans vos établissements.

Outils

Les catégorie d'eau dans les ES et EMS (mai 2024) - Guide
Mon réseau d'eau est contaminé : check list – argumentaire check list
Prévenir la contamination de l'eau : check list – argumentaire check list

Groupe de travail pour la check list :
- Rédacteurs : A. Galliot, K. Vancoetsem (CPias ARA)
- Relecteurs : C. Aurel, O. Baud, A. Savey (CPias ARA), Marine Rey IDE (EOH Centre psychiatrique de l'Ain),
beaujolais vert)

Liens utiles

Entreprises habilitées aux diagnostics et audits des réseaux d'eau (Mars 2023) (Centre Scientifique et Techr

CPias Auvergne • Rhône • Alpes

Les caté
dans les établis
et les établis
et médi

Check-list

Réseau d'eau contaminé ES/ESMS

CPias Auvergne • Rhône • Alpes

Actions correctives dans l'ordre chronologique

WARNING	Pas de désinfection des réseaux d'eau sans analyse des causes
1	☐ Analyser le **risque patient/résident** En fonction du risque : ☐ arrêter l'utilisation de l'eau au(x) point(s) concerné(s) ☐ envisager la filtration temporaire de(s) point(s) concerné(s)
	☐ Filtrer le(s) point(s) d'eau concerné(s) **si besoin** Si des filtres sont mis en place :

Argumentaire Check-list

Réseau d'eau contaminé en ES/ESMS

CPias Auvergne • Rhône • Alpes

Investigations et actions correctives dans l'ordre chronologique

Thématique	Items check-list	Argumentaires	Qui ?
1 Actions immédiates	☐ Analyser le **risque patient/résident** En fonction du risque : ☐ arrêter l'utilisation de l'eau au(x) point(s) concerné(s) ☐ envisager la filtration temporaire de(s) point(s) concerné(s)	L'analyse du risque patient prend en compte 3 composantes : - Le micro-organisme en cause - L'état immunitaire et les comorbidités des patients/résidents exposés - L'usage de l'eau : lavage de plaie, utilisation d'eau du robinet pour certains soins, bains à remous…	EOH/EMH
	☐ Filtrer le(s) point(s) d'eau concerné(s) **si besoin** Si des filtres sont mis en place : ☐ Utilisation temporaire ☐ Désinfection extérieure quotidienne du filtre ☐ Contrôle de conformité (traçabilité, durée, absence de fuite)	La filtration d'un point d'eau doit être temporaire, le temps de la résolution de la contamination. Le filtre retient les micro-organismes présents dans le réseau de façon à distribuer de l'eau bactériologiquement propre en sortie de robinet/douche. Archiver les traçabilités (date de pose, date de retrait, numéro de série du filtre…) dans le carnet sanitaire.	Direction des achats EOH/EMH Services techniques et/ou services de soins
	☐ Purger quotidiennement les points d'eau non conformes (si filtrés, retirer le filtre)	Cela permet la bonne circulation de l'eau dans l'ensemble du réseau et l'élimination physique de la contamination. Si le point d'eau est filtré, la purge se fait après le retrait du filtre et avant nettoyage et désinfection du point d'eau. Le filtre protège les utilisateurs mais pas le réseau.	A définir
2 Visite de terrain	☐ Réaliser une visite de terrain pour observer les points d'eau concernés ☐ Chercher la présence de tartre/fuite au niveau des points d'eau: ☐ présence de tartre : vérifier le bionettoyage et sa traçabilité ☐ présence de fuite : réparer ou remplacer le robinet, le pommeau, ou le flexible ☐ Vérifier la fréquence d'utilisation et l'utilité du point d'eau	Si le tarte est présent, envisager une augmentation des fréquences de bionettoyage (fréquence conseillée : quotidienne) et vérifier le type de produit utilisé (produit conseillé : détartrant ou détartrant désinfectant) Si le robinet fuit : risque de stagnation d'eau, apparition de calcaire et prolifération bactérienne. Le réparer ou le remplacer. Si le point d'eau est peu ou pas utilisé, privilégier le retrait ou la mise hors eau (évite les purges et les bionettoyages quotidiens peu éco responsables)	Services techniques EOH/EMH Encadrement du service

Argumentaire Check-list réseau d'eau • CPias ARA • Mai 2024 1

Eau en établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS) | CPias (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

Santé publique France

Bulletin

Santé publique France

Légionellose en 2023

Date de publication : 29 août 2024

ÉDITION NATIONALE

Bilan des cas de légionellose survenus en France en 2023

Données de la déclaration obligatoire et du Centre national de référence des légionelles

Points clés

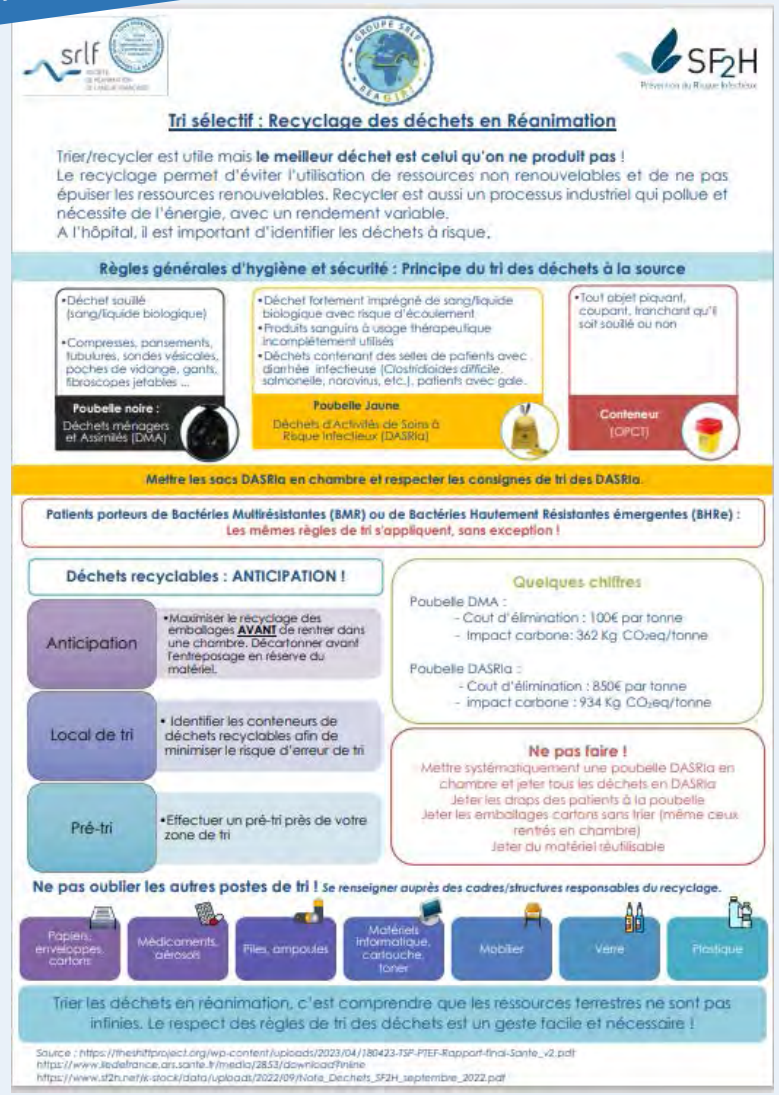
- En 2023, le nombre de cas de légionellose notifiés à Santé publique France était nettement supérieur à celui de 2022 et a atteint un nombre record de cas notifiés depuis le début de la surveillance confirmant ainsi la tendance à l'augmentation du nombre de cas observée depuis 2017.

La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire (MDO) en France. Les cas sont notifiés par les cliniciens et les biologistes aux agences régionales de santé (ARS) qui valident les informations, réalisent une investigation afin d'identifier les expositions à risque, recherchent d'autres cas liés à ces expositions, et mettent en place, le cas échéant, des mesures de contrôle et de prévention. Les ARS transmettent les signalements à Santé publique France qui est chargé du suivi épidémiologique au niveau national.

bullnat_legio_bilan_2023_20240829.pdf

DEVELOPPEMENT DURABLE

SRLF-SF2H



srlf — Groupe SRLF Réanimation — SF2H Prévention du Risque Infectieux

Tri sélectif : Recyclage des déchets en Réanimation

Trier/recycler est utile mais **le meilleur déchet est celui qu'on ne produit pas** !
Le recyclage permet d'éviter l'utilisation de ressources non renouvelables et de ne pas épuiser les ressources renouvelables. Recycler est aussi un processus industriel qui pollue et nécessite de l'énergie, avec un rendement variable.
A l'hôpital, il est important d'identifier les déchets à risque.

Règles générales d'hygiène et sécurité : Principe du tri des déchets à la source

- Déchet souillé (sang/liquide biologique)
- Compresses, pansements, tubulures, sondes vésicales, poches de vidange, gants, fibroscopes jetables ...

Poubelle noire : Déchets ménagers et Assimilés (DMA)

- Déchet fortement imprégné de sang/liquide biologique avec risque d'écoulement
- Produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés
- Déchets contenant des selles de patients avec diarrhée infectieuse (Clostridioides difficile, salmonelle, norovirus, etc.), patients avec gale.

Poubelle Jaune Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRIa)

- Tout objet piquant, coupant, tranchant qu'il soit souillé ou non

Conteneur (OPCT)

Mettre les sacs DASRIa en chambre et respecter les consignes de tri des DASRIa.

Patients porteurs de Bactéries Multirésistantes (BMR) ou de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) :
Les mêmes règles de tri s'appliquent, sans exception !

Déchets recyclables : ANTICIPATION !

- **Anticipation** — Maximiser le recyclage des emballages **AVANT** de rentrer dans une chambre. Décartonner avant l'entreposage en réserve du matériel.
- **Local de tri** — Identifier les conteneurs de déchets recyclables afin de minimiser le risque d'erreur de tri
- **Pré-tri** — Effectuer un pré-tri près de votre zone de tri

Quelques chiffres

Poubelle DMA :
- Cout d'élimination : 100€ par tonne
- Impact carbone: 362 Kg CO_2eq/tonne

Poubelle DASRIa :
- Cout d'élimination : 850€ par tonne
- impact carbone : 934 Kg CO_2eq/tonne

Ne pas faire !
Mettre systématiquement une poubelle DASRIa en chambre et jeter tous les déchets en DASRIa
Jeter les draps des patients à la poubelle
Jeter les emballages cartons sans trier (même ceux rentrés en chambre)
Jeter du matériel réutilisable

Ne pas oublier les autres postes de tri ! *Se renseigner auprès des cadres/structures responsables du recyclage.*

Papiers, enveloppes, cartons — Médicaments, aérosols — Piles, ampoules — Matériels informatique, cartouche, toner — Mobilier — Verre — Plastique

Trier les déchets en réanimation, c'est comprendre que les ressources terrestres ne sont pas infinies. Le respect des règles de tri des déchets est un geste facile et nécessaire !

Source : https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/2853/download?inline
https://www.sf2h.net/ik-stock/data/uploads/2022/09/Note_Dechets_SF2H_septembre_2022.pdf

[2024_Tri-selectif_Recyclage-dechets_en_reanimation_SF2H-SRLF.pdf]

CPias Haut de France

LE BON USAGE DES GANTS : TOUS RESPONSABLES !

Le CPias vous propose cette boîte à outils afin de :
- Diminuer votre consommation de gants non stériles
- Réduire l'impact environnemental de vos activités de soins
- Favoriser l'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique

CPias Hauts-de-France

Retrouvez-nous ici

Si vous avez des questions sur ce kit, merci d'adresser votre demande par mail à cpias-hdf@chu-lille.fr

CPias HdF _ version septembre 2024

DÉCOUVREZ LES ÉTAPES CI-DESSOUS

1. **ETAT DES LIEUX**
   - Recruter les services volontaires
   - Calculer et communiquer leur consommation en gants non stériles et l'impact environnemental associé
     - Méthodes de calcul
     - Affiche n°1 : consommation de départ
2. **CAMPAGNE DE SENSIBILISATION**
   sur une période d'un mois minimum avec suivi d'indicateur à l'échelle du service
   3 outils sont à votre disposition :
     - Diaporama "Bon usage des gants 2024"
     - Vidéos les gants à quoi ça sert ? - CPias Centre Val de Loire
     - Affichettes les gants à quoi ça sert ? - CPias Centre Val de Loire
3. **MESURE D'IMPACT APRÈS SENSIBILISATION**
   - Calculer et communiquer leur consommation en gants non stériles et l'impact environnemental associé
   - Comparer l'indicateur avant et après sensibilisation

   2 affiches à votre disposition en fonction des résultats :
     - Affiche n°2 : indicateur en baisse
     - Affiche n°3 : indicateur stable

Vous pouvez également retrouver des informations sur le port de gants :
- Plaquette Précautions Standard (PS) _ CPias Hauts-de-France

Sur le site du REPIA :
- PS : Focus sur les gants au bon moment et à bon escient _ CPias Ile-de-France
- Tuto fluo : le port de gants _ CPias Bourgogne-Franche-Comté
- Le bon usage des gants à usage unique _ JePPRI ; SF2H

[Kit bon usage des gants (chu-lille.fr)]

Utilisation d'eau impropre à la consommation humaine à savoir le recyclage de l'eau

2 TEXTES

Décret n° 2024-796 du 12 juillet 2024 relatif à des utilisations d'eaux impropres à la consommation humaine

NOR : TSSP2332058D
Accéder à la version consolidée
ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2024/7/12/TSSP2332058D/jo/texte
Alias : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2024/7/12/2024-796/jo/texte
JORF n°0166 du 13 juillet 2024
Texte n° 12

Extrait du Journal officiel électronique authentifié
PDF - 278,4 Ko

Le décret (Légifrance)

Arrêté du 12 juillet 2024 relatif aux conditions sanitaires d'utilisation d'eaux impropres à la consommation humaine pour des usages domestiques pris en application de l'article R. 1322-94 du code de la santé publique

NOR : TSSP2332060A
Accéder à la version consolidée
ELI : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2024/7/12/TSSP2332060A/jo/texte
JORF n°0166 du 13 juillet 2024
Texte n° 19

Extrait du Journal officiel électronique authentifié
PDF - 323,9 Ko

L'arrêté (Légifrance)

Possibilité pour les établissements de santé et médico-sociaux, de recycler l'eau à compter du 1er septembre 2024

= utilisation d'eaux impropres à la consommation humaine pour certains usages domestiques,"*lorsque la qualité de ces eaux n'a aucune influence, directe ou indirecte, sur la santé des usagers*".

sous réserve d'autorisation et de critères qualité spécifiques :

- Exigences sanitaires à satisfaire pour la conception, la mise en route, l'exploitation et l'entretien des systèmes d'utilisation des EICH
- Critères de qualité d'eau à atteindre
- Modalités de surveillance de la qualité des eaux
- Mesures à mettre en œuvre en cas de dysfonctionnement des systèmes
- Contenu du dossier de demande d'autorisation préfectorale

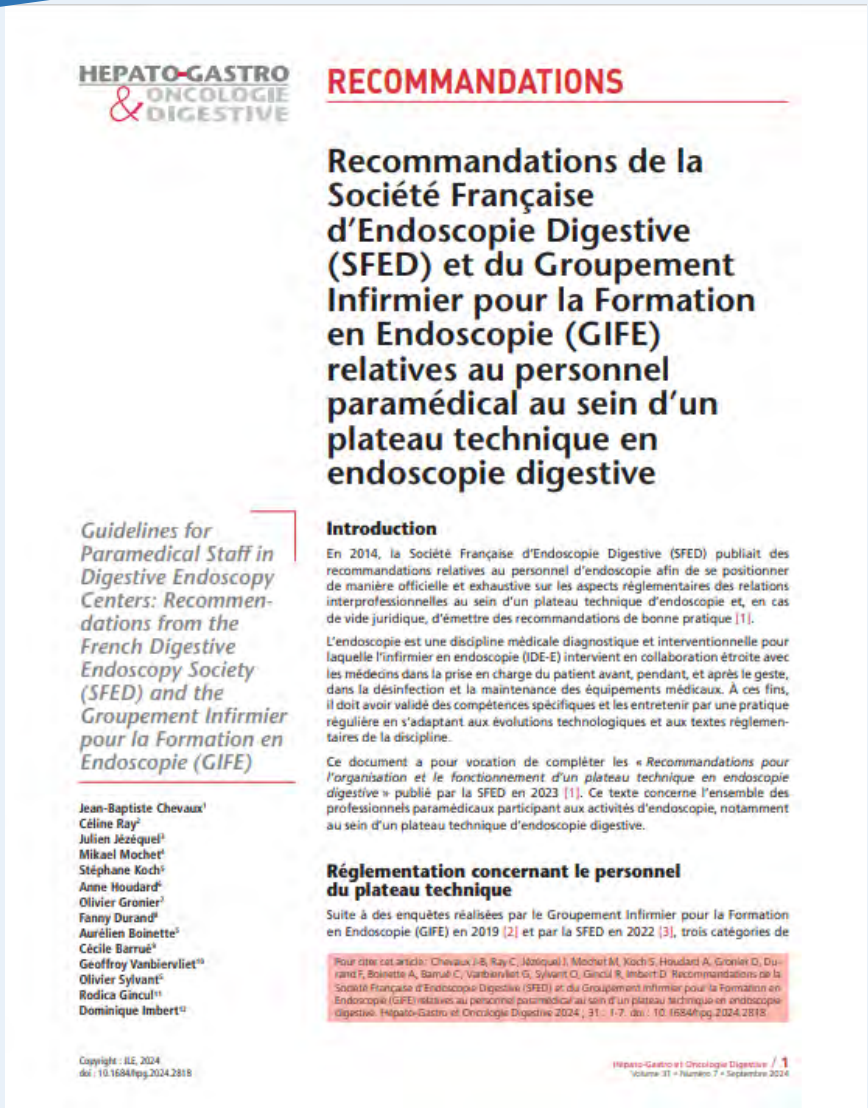
Non autorisé pour les usages alimentaires et usages liés à l'hygiène corporelle

SF2H et transition écologique : préservons nos ressources en eau

SF2H et transition écologique : préservons nos ressources en eau

ORGANISATION DE LA PREVENTION

SFED-GIFE



HEPATO-GASTRO & ONCOLOGIE DIGESTIVE

RECOMMANDATIONS

Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) et du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) relatives au personnel paramédical au sein d'un plateau technique en endoscopie digestive

Guidelines for Paramedical Staff in Digestive Endoscopy Centers: Recommendations from the French Digestive Endoscopy Society (SFED) and the Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE)

Jean-Baptiste Chevaux[1]
Céline Ray[2]
Julien Jézéquel[3]
Mikael Mochet[4]
Stéphane Koch[5]
Anne Houdard[6]
Olivier Gronier[7]
Fanny Durand[8]
Aurélien Boinette[5]
Cécile Barruë[9]
Geoffroy Vanbiervliet[10]
Olivier Sylvant[5]
Rodica Gincul[11]
Dominique Imbert[12]

Introduction

En 2014, la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) publiait des recommandations relatives au personnel d'endoscopie afin de se positionner de manière officielle et exhaustive sur les aspects réglementaires des relations interprofessionnelles au sein d'un plateau technique d'endoscopie et, en cas de vide juridique, d'émettre des recommandations de bonne pratique [1].

L'endoscopie est une discipline médicale diagnostique et interventionnelle pour laquelle l'infirmier en endoscopie (IDE-E) intervient en collaboration étroite avec les médecins dans la prise en charge du patient avant, pendant, et après le geste, dans la désinfection et la maintenance des équipements médicaux. À ces fins, il doit avoir validé des compétences spécifiques et les entretenir par une pratique régulière en s'adaptant aux évolutions technologiques et aux textes réglementaires de la discipline.

Ce document a pour vocation de compléter les « *Recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive* » publié par la SFED en 2023 [1]. Ce texte concerne l'ensemble des professionnels paramédicaux participant aux activités d'endoscopie, notamment au sein d'un plateau technique d'endoscopie digestive.

Réglementation concernant le personnel du plateau technique

Suite à des enquêtes réalisées par le Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) en 2019 [2] et par la SFED en 2022 [3], trois catégories de

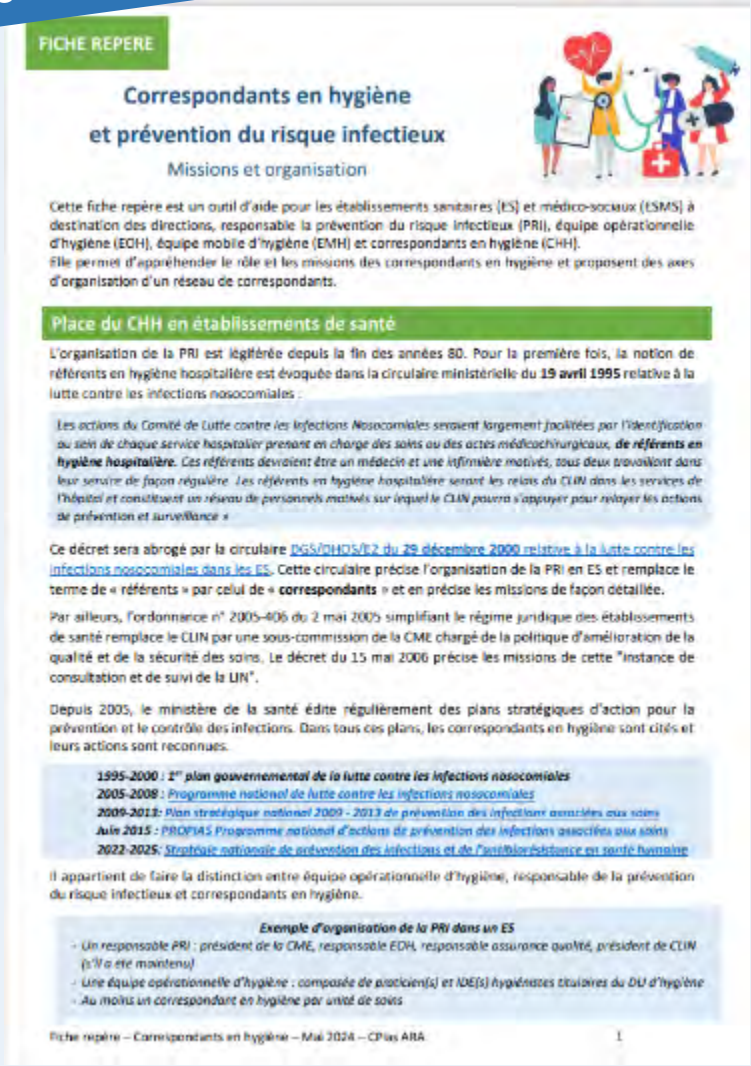
Pour citer cet article : Chevaux J-B, Ray C, Jézéquel J, Mochet M, Koch S, Houdard A, Gronier O, Durand F, Boinette A, Barruë C, Vanbiervliet G, Sylvant O, Gincul R, Imbert D. Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) et du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie (GIFE) relatives au personnel paramédical au sein d'un plateau technique en endoscopie digestive. Hépato-Gastro et Oncologie Digestive 2024 ; 31 : 1-7. doi : 10.1684/hpg.2024.2818.

Copyright : JLE, 2024
doi : 10.1684/hpg.2024.2818

Document qui complète les « Recommandations pour l'organisation et le fonctionnement d'un plateau technique en endoscopie digestive » publié par la SFED en 2023

2024_Recos_Personnel-paramedical_plateau-technique_Endoscopie-digestive_SFED-GIFE.pdf

CPias Auvergne Rhône Alpes



FICHE REPERE

Correspondants en hygiène et prévention du risque infectieux

Missions et organisation

Cette fiche repère est un outil d'aide pour les établissements sanitaires (ES) et médico-sociaux (ESMS) à destination des directions, responsable la prévention du risque infectieux (PRI), équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), équipe mobile d'hygiène (EMH) et correspondants en hygiène (CHH).
Elle permet d'appréhender le rôle et les missions des correspondants en hygiène et proposent des axes d'organisation d'un réseau de correspondants.

Place du CHH en établissements de santé

L'organisation de la PRI est légiférée depuis la fin des années 80. Pour la première fois, la notion de référents en hygiène hospitalière est évoquée dans la circulaire ministérielle du **19 avril 1995** relative à la lutte contre les infections nosocomiales :

*Les actions du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales seraient largement facilitées par l'identification au sein de chaque service hospitalier prenant en charge des soins ou des actes médicochirurgicaux, **de référents en hygiène hospitalière**. Ces référents devraient être un médecin et une infirmière motivés, tous deux travaillant dans leur service de façon régulière. Les référents en hygiène hospitalière seront les relais du CLIN dans les services de l'hôpital et constituent un réseau de personnels motivés sur lequel le CLIN pourra s'appuyer pour relayer les actions de prévention et surveillance »*

Ce décret sera abrogé par la circulaire DGS/DHOS/E2 du 29 décembre 2000 relative à la lutte contre les infections nosocomiales dans les ES. Cette circulaire précise l'organisation de la PRI en ES et remplace le terme de « référents » par celui de « **correspondants** » et en précise les missions de façon détaillée.

Par ailleurs, l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé remplace le CLIN par une sous-commission de la CME chargé de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le décret du 15 mai 2006 précise les missions de cette "instance de consultation et de suivi de la LIN".

Depuis 2005, le ministère de la santé édite régulièrement des plans stratégiques d'action pour la prévention et le contrôle des infections. Dans tous ces plans, les correspondants en hygiène sont cités et leurs actions sont reconnues.

1995-2000 : 1er plan gouvernemental de la lutte contre les infections nosocomiales
2005-2008 : *Programme national de lutte contre les infections nosocomiales*
2009-2013: *Plan stratégique national 2009 - 2013 de prévention des infections associées aux soins*
Juin 2015 : *PROPIAS Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins*
2022-2025: *Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance en santé humaine*

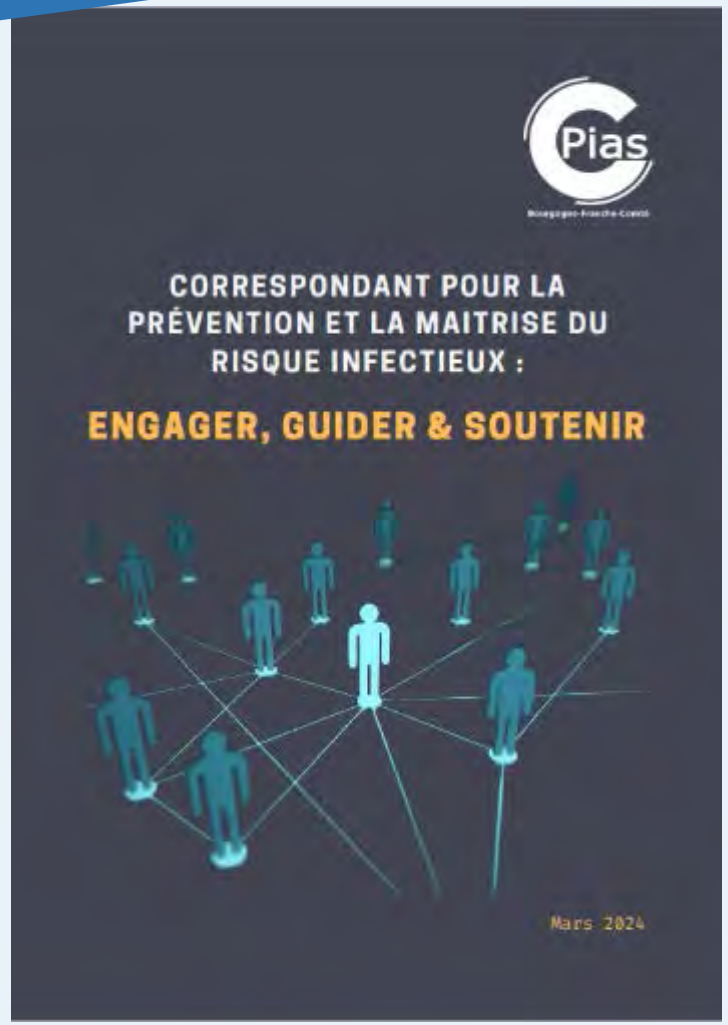
Il appartient de faire la distinction entre équipe opérationnelle d'hygiène, responsable de la prévention du risque infectieux et correspondants en hygiène.

Exemple d'organisation de la PRI dans un ES
- *Un responsable PRI : président de la CME, responsable EOH, responsable assurance qualité, président de CLIN (s'il a été maintenu)*
- *Une équipe opérationnelle d'hygiène : composée de praticien(s) et IDE(s) hygiénistes titulaires du DU d'hygiène*
- *Au moins un correspondant en hygiène par unité de soins*

Fiche repère – Correspondants en hygiène – Mai 2024 – CPias ARA 1

2024-Correspondants.pdf (cpias-auvergnerhonealpes.fr)

CPias Bourgogne Franche Comté



2024_GD-Correspondant-en-hygiene_CPiasBFC (1).pdf
2024_ANNEXES_GD-Correspondant-en-hygiene_CPiasBFC (1).pdf

STARAQS

Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Ile de France

STARAQS

RMM « parcours multisite »

Les conditions pour réussir !

Mars 2024

STARAQS

RMM « Parcours multisite»

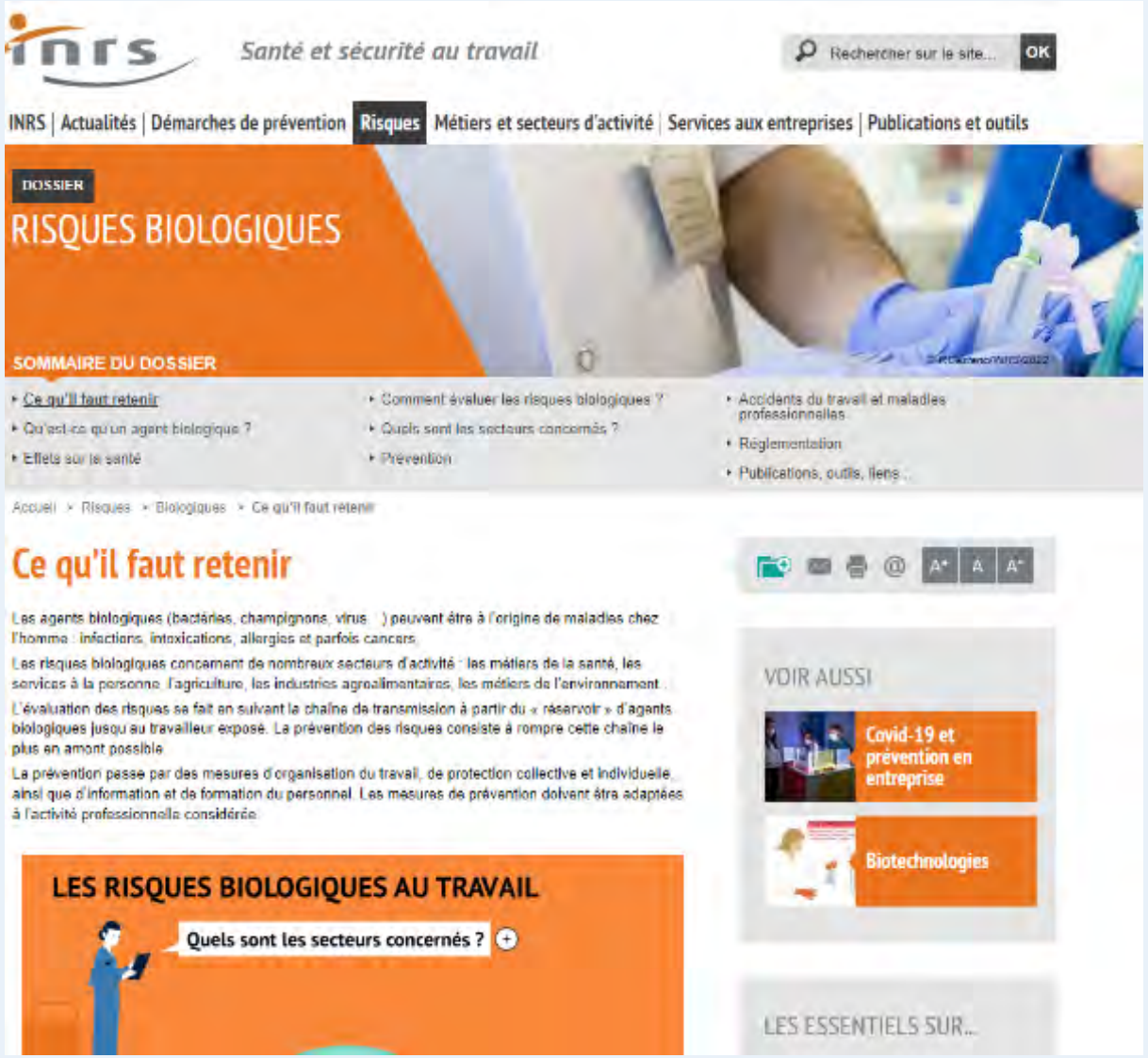
Les conditions pour réussir

Table des matières

Le contexte 3
Les objectifs 3
1 L'Evènement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) 4
1.1 La réalité de l'EIGS peut laisser place à l'interprétation de chacun 4
1.2 Le positionnement du professionnel qui déclare 4
2 LA DECLARATION SUR LE PORTAIL : LE VOLET 1 4
2.1 Le professionnel de la structure déclarante 5
2.2 Le descriptif de l'EIGS : « Qu'avez-vous constaté ? » 5
3 LA PREPARATION DE LA RMM 5
3.1 Le pilotage de la préparation 5
3.2 La préparation de l'analyse 6
3.2.1 La reconstitution du parcours du patient 6
3.2.2 Le recueil des documents nécessaires à la compréhension de l'évènement à chaque étape du parcours 6
3.2.3 La reconstitution de la chronologie de l'évènement 7
3.2.4 La recherche de la bibliographie 7
3.2.5 La pré analyse 7
3.2.6 Le partage d'information 8
3.2.7 La préparation du support de présentation 8
3.3 La préparation de la réunion d'analyse - RMM 8
3.3.1 Les participants 8
3.3.2 La date de la réunion 9
3.3.3 Le lieu la réunion 9
4 LA CONDUITE DE LA RMM 10
4.1 L'animation de la RMM 10
4.2 La présentation de l'évènement 11
4.3 L'emargement des professionnels 11
5 LES ACTIONS CORRECTRICES 12
6 LE COMPTE RENDU DE LA RMM 13
7 LA RESTITUTION DE L'ANALYSE A L'ARS : LE VOLET 2 13
BIBLIOGRAPHIE 14
GLOSSAIRES 14

2024_03_EIGS_RMM_Parcours-multisite_Staraqs.pdf

INRS



Comprendre et prévenir les risques biologiques

Risques biologiques. Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS

RAPPORTS EVALUATION DES PRATIQUES

Réseau des CPias

QUICK AUDIT OBSERVATIONNEL SUR LES PRATIQUES DE NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DES SONDES D'ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRES

RÉSULTATS

Rédaction : Catherine MORVAN (CPias Océan Indien), Loïc SIMON, Olivia ALI-BRANDMEYER (CPias Grand Est)

Relecture : (groupe Inter-CPias) Catherine AVRIL (CPias Océan Indien), Christine BANGUY (CPias Océan Indien), Nathalie BODET (CPias Pays de la Loire), France BORGEY (CPias Normandie), Sandrine CANOUET (CPias Occitanie), Lydie DUBERNET (CPias Bretagne), Véronique DUTOIT (CPias Hauts de France), Agnès GAUDICHON (CPias Ile de France), Laurence GUET (CPias Normandie), Guillaume KAC (Centre Hospitalier Départemental Vendée), Nadine KHOUIDER (CPias Auvergne Rhône Alpes), Pétronille KOUASSI (CPias Guyane), Stéphanie LEFFLOT (CPias Bretagne), Anne-Laure LEMONNIER (CPias Normandie), Sophia MECHKOUR (CPias Grand Est), Christèle NOURRY (CPias Ile de France), Séverine PAIN (CPias Normandie), Nathalie REGINAUD (CPias Centre Val de Loire), Isabelle ROUSSEAUX (CPias Bourgogne Franche Comté), Jérôme SANTASOUK (CPias Centre Val de Loire)

Avril 2024

4. Synthèse

A la lecture de ces résultats, nous pouvons différencier :

- **Ce qui apparait comme « positif » :**

La mise à disposition de gaine à UU adapté à la morphologie des sondes d'échographie endocavitaire pour la méthode par essuyage et par automate.

La nécessité du nettoyage complet de la sonde et de sa poignée comprenant l'élimination de toutes les salissures macroscopiquement visibles et du gel d'échographie par essuyage humide semble comprise.

L'utilisation de produits/process atteignant les exigences de la DNI pour les méthodes par immersion et par automate.

- **Ce qui peut être amélioré :**

Au début de l'examen

La mise à disposition de gaine à UU adapté à la morphologie des sondes d'échographie endocavitaire pour la méthode par immersion.

L'utilisation systématique d'un gel stérile en conditionnement individuel pour ces examens semi critiques et critiques.

A la fin de l'examen

La vérification de l'intégrité de la gaine et avant le retrait de cette dernière.

L'écriture d'une procédure d'immersion disponible si une déchirure de la gaine est constatée si la méthode de désinfection se fait par essuyage.

La connaissance des différentes classes de lingettes (IIb), nouvelle règlementation européenne pour les DM

Le bionettoyage de l'environnement proche du patient entre deux examens

La traçabilité des procédés de nettoyage, désinfection et/ou stérilisation n'est pas réalisée sauf quand elle est automatisée.

L'information, et la formation aux techniques de désinfection des SEE

Rapport-Quick-audit-SEE-2024.pdf (cpias-grand-est.fr)

SPARES

Rapport qui souligne l'importance d'améliorer les pratiques de gestion des excreta sur le terrain.

RapportAudit_Eva-GEx.pdf (cpias-grand-est.fr)

FORMATION INFORMATIONS

Ministère

MINISTÈRE
DE LA TRANSITION
ÉCOLOGIQUE
ET DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES

Notice explicative de l'arrêté « Certibiocide » du 9 octobre 2013 modifié relatif aux conditions d'exercice de l'activité d'utilisateur professionnel et de distributeur de certains types de produits biocides

Février 2024 (remplace la notice explicative de Octobre 2023)

Sommaire

I. Pourquoi cet arrêté ? 2
1. Les raisons d'être du certibiocide 2
2. L'évolution du certibiocide à partir du 1er janvier 2024 2

II. Champ de l'arrêté : qui est concerné, et dans quels cas ? 3
1. Quels sont les produits concernés et la catégorie de certibiocide à obtenir en fonction des types de produits ? 3
2. Quels sont les acteurs concernés en fonction de la catégorie de certificat? 4
3. Personnes concernées : comment remplir les obligations prévues par l'arrêté ? 6
4. Où passer les formations ? 7
5. Dérogations 7
6. Exemples de situation d'utilisation/achat/vente de produits biocides et application des principes de l'arrêté : 9

III. Entreprises concernées : comment remplir les obligations prévues par l'arrêté ? 12

MTECT/DGPR/SRSEDPD/BPC 1/12

CPias Bretagne

CPias Bretagne

Le Certibiocide

1 LE CERTIBIOCIDE, C'EST QUOI ?

C'est un dispositif national (datant de 2015) permettant d'encadrer la formation des professionnels qui achètent, vendent ou utilisent certains types de produits biocides (TP).
Depuis le 1er janvier 2024, il est étendu à de nouveaux produits.
Le Certibiocide est un certificat **individuel** et délivré à une **personne physique** (sous la forme d'un numéro). Ce numéro figure sur le registre de vente du distributeur du/ou des produits concernés.

2 AU NIVEAU RÉGLEMENTAIRE

Le Certibiocide est décliné en trois catégories :

- Certibiocide désinfectants (TP2, 3, 4)
- Certibiocide nuisibles (TP14, 18, 20)
- Certibiocide autres produits (TP8, 15, 21)

Les professionnels ont jusqu'au 1er janvier 2025 pour obtenir leur Certibiocide désinfectants.

3 QUELS PRODUITS SONT CONCERNÉS ?

Pour qu'un produit biocide soit concerné par le Certibiocide, il doit être destiné exclusivement aux professionnels et appartenir à l'un des types de produit (TP) visé par l'arrêté*. (cf tableau ci-dessous).

*Arrêté du 23 janvier 2023 modifiant l'arrêté du 9 octobre 2013 relatif aux conditions d'exercice de l'activité d'utilisateur professionnel et de distributeur de certains types de produits biocides

Types de produits biocides (TP) (Annexe V du Règlement (UE) n° 528/2012)	Peut être concerné par l'arrêté « certibiocide »	Certibiocide Désinfectants	Certibiocide Nuisibles	Certibiocide Autres produits
Groupe 1 : Désinfectants				
TP 1 : Pour l'hygiène humaine (peau, cuir chevelu)	NON			
TP2 : Désinfectants et produits appartenant aux familles de l'application directe sur des êtres humains ou des animaux	OUI	X		
TP 3 : Pour l'hygiène vétérinaire	OUI	X		
TP 4 : Surfaces en contact avec des données alimentaires et des aliments pour animaux	OUI	X		
TP 5 : Pour l'eau potable	NON			

JUILLET 2024

CPias Bretagne

Le Certibiocide

4 QUELS SONT LES ACTEURS CONCERNÉS ?

L'acquéreur et/ou le décideur doit être titulaire du Certibiocide.

L'acquéreur est la personne qui choisit le produit et qui ordonne son acquisition (personne qui a priori dispose des connaissances et compétences pour faire le choix des produits en fonction de l'usage et de l'utilisation prévue).
Si le rôle de l'acquéreur se limite à passer la commande d'achat du produit (c'est-à-dire gérer purement le volet administratif et financier de l'achat), alors cette personne n'est pas tenue d'être titulaire du Certibiocide.

Le décideur est une personne responsable au sein de l'établissement chargée de choisir les produits utilisés, de définir les protocoles d'utilisation des produits, de sensibiliser les opérateurs aux bonnes pratiques de désinfection et de donner les consignes de réalisation des opérations de désinfection.

Les utilisateurs qui, dans le cadre de leur activité professionnelle, emploient uniquement des produits sans les avoir choisis, et en suivant les protocoles définis par le "décideur" n'ont pas besoin d'être titulaires du Certibiocide !

5 COMMENT REMPLIR LES OBLIGATIONS PRÉVUES PAR L'ARRÊTÉ ?

Le Certibiocide désinfectants s'obtient après une formation de 7 heures (1 journée), en présentiel ou en distanciel, par un organisme de formation habilité. Il est valable 5 ans.

Après la création d'un compte nominatif sur l'application CERBERE accessible depuis l'application Certibiocide (*https://certibiocide.din.developpement-durable.gouv.fr/*), le candidat peut accéder à la liste des sessions de formation disponible.

Pour rappel : même si les certibiocides sont délivrés nominativement, si le travailleur réalise cette formation dans le cadre des besoins de son entreprise, l'ensemble des coûts doivent être supportés par l'employeur (Article L4141-4 code du travail), conformément à son obligation légale de formation à la sécurité de ses travailleurs (Article L4141-2 code du travail).
Le compte professionnel de formation ne peut être mobilisé qu'à la demande de l'employé et dans le cadre prévu par la loi : https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/droit-a-la-formation-et-orientation-professionnelle/compte-personnel-formation

SOURCE :
HTTPS://CERTIBIOCIDE.DIN.DEVELOPPEMENT-DURABLE.GOUV.FR/ASSETS/IMAGES/NOTICE-EXPLICATIVE-CERTIBIOCIDE-JANVIER-2024.PDF

JUILLET 2024

fevrier_2024_notice_certibiocide_ministere.pdf

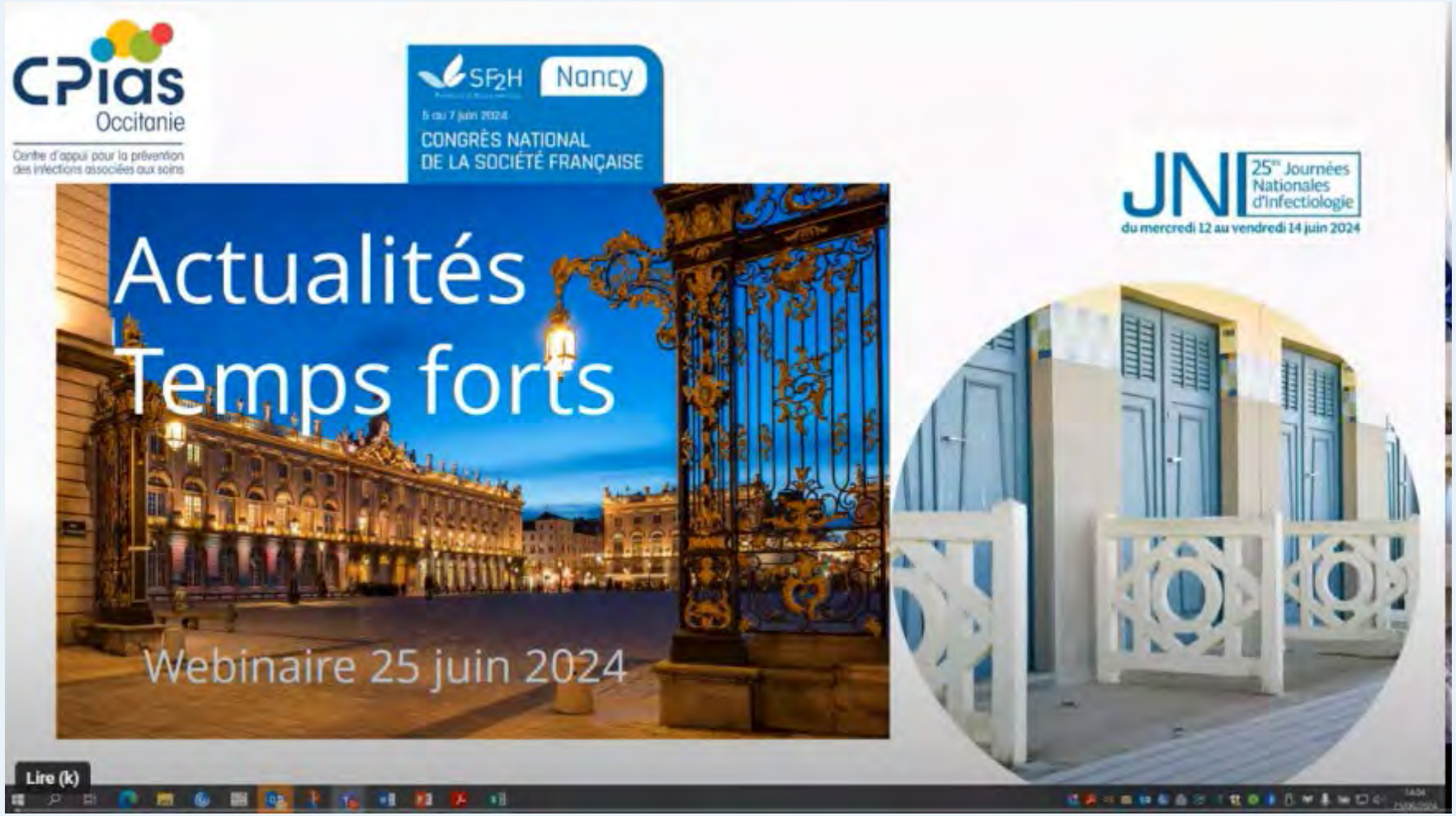
2024_QUID-Certibiocide_CPiasBzh (1).pdf

SF2H

En synthèse, la Commission Désinfection de la SF2H recommande :

- La formation d'au moins un professionnel de la PRI d'une EOH/EMH ;
- La formation d'autres acteurs participants tout ou partiellement aux activités du profil « décideur » au sein des établissements de santé et médico-sociaux selon l'organisation locale ;
- La formation d'au moins un acheteur de l'établissement lorsque ce dernier ne s'appuie pas sur une EOH/EMH pour le certibiocide désinfectants ;
- La formation des acheteurs d'une centrale d'achat ;
- La formation de professionnels de l'établissement pour les produits biocides et activités qui ne relèvent pas de l'EOH/EMH (certibiocide nuisible et autres produits).

note_certibiocide_es_esms_v2.pdf (sf2h.net)



https://www.youtube.com/watch?v=33FKfOXZ2eI

Cpias PACA

CPias
Provence • Alpes
• Côte d'Azur

Où trouver les informations en hygiène hospitalière ?

Leslie Déprés– Cadre de santé hygiéniste – CPias PACA – 04 avril 2024

De quoi s'agit-il ?

Outil d'aide à la recherche d'informations en lien avec le RI
destiné à tous professionnels en prévention et contrôle du RI

Vous y trouverez :

Des conseils pour identifier un document/ site fiable
Des liens vers des sources fiables pour un accès direct

2024_Sources-infos-en-HH_L-DEPRES_CPiasPACA.pdf