

# GUIDE D'ELABORATION DU VOLET INFECTIEUX DU PLAN BLEU



## GROUPE DE TRAVAIL :

- Nathalie ARMAND, Praticien en hygiène - CH VALENCE
- Catherine BLANC, Infirmière hygiéniste - CH MONTELMAR
- Philippe BURLAT, Médecin inspecteur de santé publique - DTARS DROME
- Catherine FAURE, Infirmière hygiéniste - CH VALENCE
- Annie PONCET, Praticien en hygiène - CH MONTELMAR
- Mireille ROCHE, Infirmière hygiéniste - CH VALENCE



# SOMMAIRE

## AVANT PROPOS

## GLOSSAIRE

## PREMIERE PARTIE - GENERALITES

## INTRODUCTION

### 1. Descriptif général de l'établissement

- 1.1. Fiche administrative et organigramme
- 1.2. Plans des abords et des locaux

### 2. Les différents acteurs du fonctionnement de l'EHPAD

- 2.1. Désignation des référents
- 2.2. Recensement des acteurs de l'EHPAD

### 3. Coordonnées des établissements de santé en lien avec la structure et objet du partenariat

### 4. Déclenchement du plan bleu

#### 4.1. Situation d'alerte

- 4.1.1. Alerte interne
- 4.1.2. Alerte externe

#### 4.2. Cellule d'alerte ou de crise

- 4.2.1. Missions de la cellule d'alerte ou de crise
- 4.2.2. Composition
- 4.2.3. Organisation
- 4.2.4. Communication en situation d'alerte ou de crise
- 4.2.5. Signalement
- 4.2.6. Levée de la cellule d'alerte ou de crise
- 4.2.7. Retour d'expérience

### 5. Gestion documentaire

### 6. Information - formation

**INTRODUCTION**

**1. Mesures préventives pour les soins**

- 1.1. Sensibilisation et formation des professionnels à la prise en compte du risque infectieux
- 1.2. Les protocoles de base
- 1.3. Vaccination contre la grippe
- 1.4. Vaccination des résidents contre le pneumocoque

**2. Mesures préventives organisationnelles**

- 2.1. Désignation et mission d'un référent épidémie
- 2.2. Organisation du volet infectieux au sein de l'EHPAD
  - 2.2.1. Organisation des délégations
  - 2.2.2. Vérification des conventions avec les établissements
  - 2.2.3. Organisation du plan de continuité des activités (PCA)
  - 2.2.4. Organisation des mesures de contrôle
  - 2.2.5. Organisation de la communication

**3. Survenue d'un évènement infectieux**

- 3.1. Gestion d'un évènement à potentiel épidémique
- 3.2. Levée de la situation d'alerte ou de crise
- 3.3. Rétro-information

**4. Exemples**

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## AVANT PROPOS

Ce document est complémentaire sur les aspects risques infectieux du document de portée plus générale « Guide d'élaboration du Plan Bleu » réalisé par l'ARS Rhône-Alpes. Il sera diffusé aux établissements médico-sociaux de la région d'ici fin 2011.

Pourquoi un plan bleu ?

Le plan bleu est un plan de gestion d'alerte permettant à l'établissement une mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables pour faire face efficacement à une situation quelle qu'en soit sa nature.

### ➤ Un fondement réglementaire

La canicule d'août 2003 a entraîné une réflexion sur la notion de plan interne de gestion de crise qui a reçu une base juridique avec le décret du 7 juillet 2005.

L'article D312-160 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) stipule que les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées sont tenus d'intégrer dans leur projet d'établissement, un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Le caractère obligatoire du plan bleu est ici affiché clairement.

Les arrêtés du 7 juillet et du 8 août 2005 ont fixé le cahier des charges du plan d'organisation (plan bleu) à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique. Sont notamment décrits les éléments pour la construction d'un plan bleu : la désignation d'un référent, la mise en place d'une convention avec un établissement de santé, et un protocole sur les modalités d'organisation de l'établissement en cas d'alerte.

L'article D312-158 du CASF précise le rôle du médecin coordonnateur qui doit veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels.

### ➤ L'émergence de nouveaux risques infectieux

Les grandes crises sanitaires liées au risque infectieux peuvent remettre en cause le fonctionnement global de l'organisation des soins et de la prise en charge des résidents. La circulation au niveau mondial du virus H5N1 (ou virus de la grippe aviaire) a incité les états à s'organiser. Il en est ainsi du plan pandémie grippale du gouvernement français.

La fiche G7 de ce même plan, les fiches de recommandations de mars 2007<sup>1</sup> amènent les EHPAD à élaborer un plan bleu efficace susceptible de faire face aux alertes sanitaires, y compris celles de nature infectieuse. La montée en charge des « plan bleu », prévus à l'origine pour faire face à une canicule, doit répondre maintenant à toute crise sanitaire.

### ➤ Le développement de la veille sanitaire en EHPAD

La veille sanitaire s'est développée dans les EHPAD ces dernières années, qu'il s'agisse de :

- Notifier des maladies à déclaration obligatoire (par exemple : toxi-infection alimentaire collective)
- Signaler des événements sanitaires inhabituels (cas groupés d'infections respiratoires basses, infection à *Clostridium difficile*, cas groupés de gastro-entérite...).

La gestion de cas groupés impose par ailleurs une grande réactivité en vue de gérer l'alerte. Les médecins intervenant en EHPAD : médecins coordonnateurs et médecins traitants sont de plus en plus sollicités pour mettre en œuvre les mesures barrière en cas d'évènement sanitaire identifié.

<sup>1</sup>Préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale, DGAS

## ➤ Une nouvelle définition des infections nosocomiales en 2007

La nouvelle définition des infections nosocomiales va au-delà du seul champ sanitaire. Elle définit les infections associées aux soins, indépendamment de leur lieu de survenue, en tenant compte du parcours de soins du patient ou du résident et de son environnement. Elle intègre aussi le fait que l'âge est un facteur de risque pour la survenue d'infection, qu'il s'agisse d'immunosénescence physiologique ou d'immunodépression aggravée par des facteurs intercurrents comme la dénutrition.

La circulaire 2009-264 relative à la mise en œuvre du plan national stratégique 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins précise que chaque établissement médico-social doit prendre conscience du caractère indispensable de la formation à la prévention des IAS et « qu'un plan local de maîtrise d'une épidémie » doit être élaboré et « susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale ». La circulaire interministérielle 2011-377, relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, confirme la nécessité d'un plan de crise qui intègre notamment les mesures de détection de l'épidémie, les mesures de gestion, la mise en place d'une cellule de crise.

## ➤ La notion d'alerte et la notion de crise doit être comprise

Une alerte sanitaire est un événement inhabituel ou anormal représentant un risque potentiel pour la santé publique (notamment pour les résidents de l'EHPAD), quelle qu'en soit la nature.

Il peut s'agir :

- D'une alerte interne, par exemple :
  - ④ Toxi Infection Alimentaire Collective (TIAC)
  - ④ Contamination environnementale
  - ④ Epidémie, type Gastroentérite
- D'une alerte externe à l'échelle départementale, régionale ou nationale :
  - ④ Alerte canicule ou épidémique

Alerte ne signifie pas forcément crise.

Un EHPAD peut être confronté à une situation exceptionnelle liée à un événement sanitaire. Une situation exceptionnelle présente quatre caractéristiques :

- Elle peut survenir à tout moment
- Elle peut survenir de manière imprévue ou pas
- Il existe un caractère d'urgence dans le traitement de l'alerte
- Elle nécessite des mesures exceptionnelles

La crise naît de la conjonction :

- D'un événement particulier d'une certaine gravité (situation exceptionnelle)
- Du dépassement de la capacité d'action : mesures à mettre en œuvre très rapidement, nombreux malades ...
- D'une perte des repères de fonctionnement normal de l'institution

La crise est donc la réalisation d'un événement exceptionnel engendrant des conséquences sanitaires, qui menace les missions de la structure en surprenant les professionnels et l'encadrement pour réagir et en générant du stress. Les missions d'accueil, d'hébergement et de soins des personnes âgées peuvent ainsi être contrariées dans leur finalité.

## ➤ Les objectifs du plan bleu

L'analyse des risques en amont sous forme de planification ou de procédures permet l'élaboration du plan bleu. Il comprend des actions préventives. Il permet ainsi de gérer des alertes, de prévenir l'apparition d'une crise et d'en limiter les effets.

La gestion correspond au contrôle d'une situation donnée : c'est la mise en œuvre du plan bleu suite à une alerte.

## ➤ Structuration du Plan Bleu

Un dispositif général de traitement de l'alerte et d'organisation de l'établissement doit être mis en place, quelle qu'en soit la nature de l'alerte. Ce dispositif repose sur :

- La mise en place d'une cellule d'alerte qui a notamment pour mission d'estimer la gravité de la situation, définir les moyens nécessaires pour prévenir l'évolution vers la crise et gérer la communication
- Eventuellement, la réalisation d'exercices
- La formation / information des professionnels

Au moins deux volets opérationnels du plan bleu s'articulent sur ce dispositif général : le volet risque climatique et le volet risque infectieux. Selon la situation géographique de l'EHPAD, d'autres volets, pourront éventuellement être ajoutés (risque inondation et évacuation par exemple).

Seuls le dispositif général et le volet risque infectieux sont évoqués dans le présent guide. Il propose en annexe des outils pour faciliter la mise en place du plan bleu.

Le plan bleu est donc un document comportant :

- Une partie générale décrivant le socle du plan bleu :
  - ⊗ Description de l'établissement en termes de capacité, de locaux, de moyens humains et de relation avec des partenaires extérieurs. Cet aspect descriptif est nécessaire dans la gestion de situations nécessitant des mesures urgentes et exceptionnelles comme à titre d'exemple :
    - Le rappel de personnel, le recours à des intérimaires pour faire face à un absentéisme important du personnel, le recours à des bénévoles, suppléance de l'encadrement habituel
    - La réorganisation spatiale des soins du fait d'un phénomène épidémique nécessitant une sectorisation (encore appelée « cohorting »)
    - L'investigation épidémique nécessitant une étude des locaux...
  - ⊗ Dispositif général de réception et de traitement de l'alerte : c'est la cellule d'alerte ou de crise activable à tout moment
- Des volets spécifiques : risque infectieux avec Plan de Continuité des Activités (PCA), canicule (non développé dans le présent guide)...

## ➤ Une élaboration pluridisciplinaire du plan bleu à intégrer dans la démarche de qualité des soins

Le plan bleu s'élabore sous la responsabilité du directeur de l'établissement dans un contexte pluridisciplinaire : médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, personnel soignant et non soignant...

Ce document est mis à jour régulièrement.

L'élaboration du plan bleu comme la démarche de prévention des infections associées aux soins sont des éléments de la qualité des soins. A ce titre, il est légitime que ces éléments soient intégrés à la démarche de convention tripartite notamment lors de son renouvellement.

## GLOSSAIRE

ARLIN	Agence Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales
ARS	Agence Régionale de Santé
BMR	Bactérie Multi-Résistante
CASF	Code de l' Action Sociale et des Familles
CCLIN	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CD	<i>Clostridium difficile</i>
CSP	Code de la Santé Publique
CVGAS	Cellule de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires
DAOM	Déchets Assimilés aux Ordures Ménagères
DASRI	Déchets d' Activités de Soins à Risques Infectieux
DGAS	Direction Générale de l' Action Sociale
DM	Dispositifs Médicaux
DO	Déclaration Obligatoire
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
EMS	Etablissement Médico-social
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
FFP	Filtering face piece
GEA	Gastro-Entérite Aigüe
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IAS	Infection Associée aux Soins
IRAB	Infection Respiratoire Aigüe Basse
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
OPCT	Objet Piquant Coupant Tranchant
PCA	Plan de Continuité des Activités
PCH	Précautions Complémentaires d'Hygiène
PHA	Produit Hydro Alcoolique
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
PS	Précautions Standard
SF2H	Société Française d'Hygiène Hospitalière
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective
UU	Usage Unique

# **1<sup>ERE</sup> PARTIE**

## **GENERALITES**



## **INTRODUCTION**

Cette première partie décrit le fonctionnement général de l'établissement et l'organisation mise en œuvre en cas d'alerte ou de crise. Des fiches sont proposées en annexe à cet effet.

Le document « Plan Bleu » doit être accessible à l'ensemble des professionnels sauf documents confidentiels d'accès restreint. Il fait partie de la mallette d'astreinte administrative.

### ***1. DESCRIPTIF GENERAL DE L'ETABLISSEMENT***

#### **1.1. FICHE ADMINISTRATIVE ET ORGANIGRAMME**

La fiche administrative identifie les intervenants de l'établissement (cf. annexe A). Elle est complétée par l'organigramme qui permet de représenter schématiquement les liens hiérarchiques, fonctionnels et organisationnels dans l'établissement. Une délégation de responsabilités du directeur est mise en place. Elle est portée à la connaissance de l'encadrement. La direction établira la liste des suppléants, notamment concernant les professionnels de l'encadrement, le médecin coordonnateur, le référent épidémie (cf. annexe B).

#### **1.2. PLAN DES ABORDS ET DES LOCAUX**

Les plans des abords et des locaux sont connus des professionnels (préciser le lieu d'archivage). Selon le contexte, il pourra être nécessaire de consulter les plans, par exemple en cas :

- ◆ D'investigation épidémique
- ◆ De sectorisation dans un contexte épidémique
- ◆ Etc...

La sectorisation peut entraîner une modification des entrées et des sorties :

- ◆ Du circuit alimentaire
- ◆ Du circuit des déchets
- ◆ Du circuit mortuaire
- ◆ Etc...

Toute réorganisation des circulations se fait en maintenant les accès aux secours. Une signalétique adaptée doit être mise en place.

Une réflexion préalable est portée sur l'accessibilité des locaux par les professionnels (gestion des clefs et des passes).

Des locaux, ou endroits de stockage « Plan Bleu » sont définis ainsi que leurs modalités d'accès. La liste des fournitures est élaborée : matériel spécifique grippe (mouchoirs papier, masques, gants, tabliers...), matériel spécifique canicule, matériels autres. L'établissement doit également prévoir le stockage des produits du stock national qui lui seront, le cas échéant, distribués.

### ***2. LES DIFFERENTS ACTEURS DU FONCTIONNEMENT DE L'EHPAD***

#### **2.1. DESIGNATION DES REFERENTS**

Il est souhaitable de désigner des référents, et leur suppléant, au regard des risques identifiés. Exemples :

- ◆ Référent canicule
- ◆ Référent pandémie grippale et épidémie
- ◆ Référent risque environnemental

Il convient toutefois de ne pas trop multiplier le nombre de référents pour garder une homogénéité dans l'équipe.

#### **2.2. RECENSEMENT DES ACTEURS DE L'EHPAD (annexes C et D)**

Il facilite :

- ◆ Le rappel des salariés

- L'appel à des remplaçants
- Le recours aux prestataires de service avec des suppléances organisées
- L'implication des bénévoles, des familles, des personnes de confiance
- Le contact avec toute personne susceptible d'intervenir dans l'EHPAD
- Le cas échéant, il est fait appel à tout moyen de renfort disponible ou au corps de réserve (annexe E)  
La procédure de sollicitation du corps de réserve régional passe par les autorités sanitaires.

Les listes nominatives sont à usage interne et ne peuvent pas faire l'objet d'une divulgation en dehors des professionnels intervenant pour l'établissement ou dans l'établissement.

Une liste nominative des professionnels est établie et tenue à jour. Les numéros doivent être conservés sous pli confidentiel. Certains professionnels pourront être appelés en urgence.

Le professionnel n'y aura accès que dans la mesure où la connaissance de l'information est utile à l'accomplissement de sa mission.

Il est nécessaire de disposer à l'avance d'une planification des congés.

Les différents acteurs, en dehors des professionnels de l'établissement (médecins libéraux, médecin du travail, auxiliaires médicaux, prestataires des services logistiques, fournisseurs...), sont recensés (cf. annexe C).

Il est nécessaire de lister les actions de maintenance indispensables.

### ***3. COORDONNEES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN LIEN AVEC LA STRUCTURE ET OBJET DU PARTENARIAT***

Ce chapitre permet de décrire les liens de l'EHPAD avec des partenaires extérieurs et de disposer de plusieurs modalités de communication (téléphone, fax, courriel...). Certains EHPAD rattachés à un établissement de santé, ou liés par convention, peuvent bénéficier de l'intervention d'une équipe opérationnelle d'hygiène.

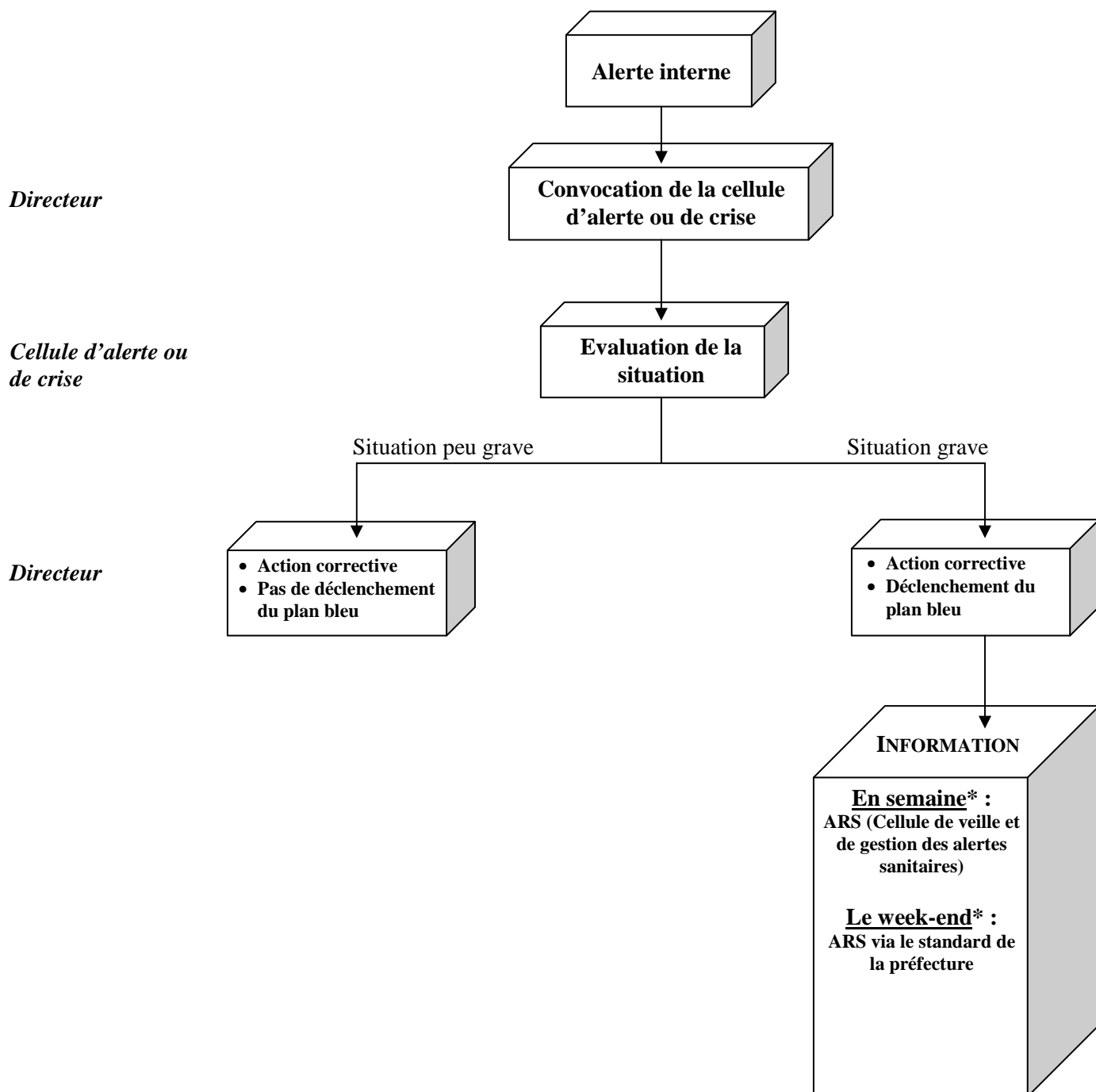
L'ensemble des partenariats fera l'objet d'une description dans le plan bleu (cf. annexe F)

#### 4. DECLENCHEMENT DU PLAN BLEU

##### 4.1. SITUATION D'ALERTE

##### 4.1.1. Alerte interne

Elle suit un évènement intervenant au sein de l'établissement.



\* dans l'attente de nouvelles procédures ARS

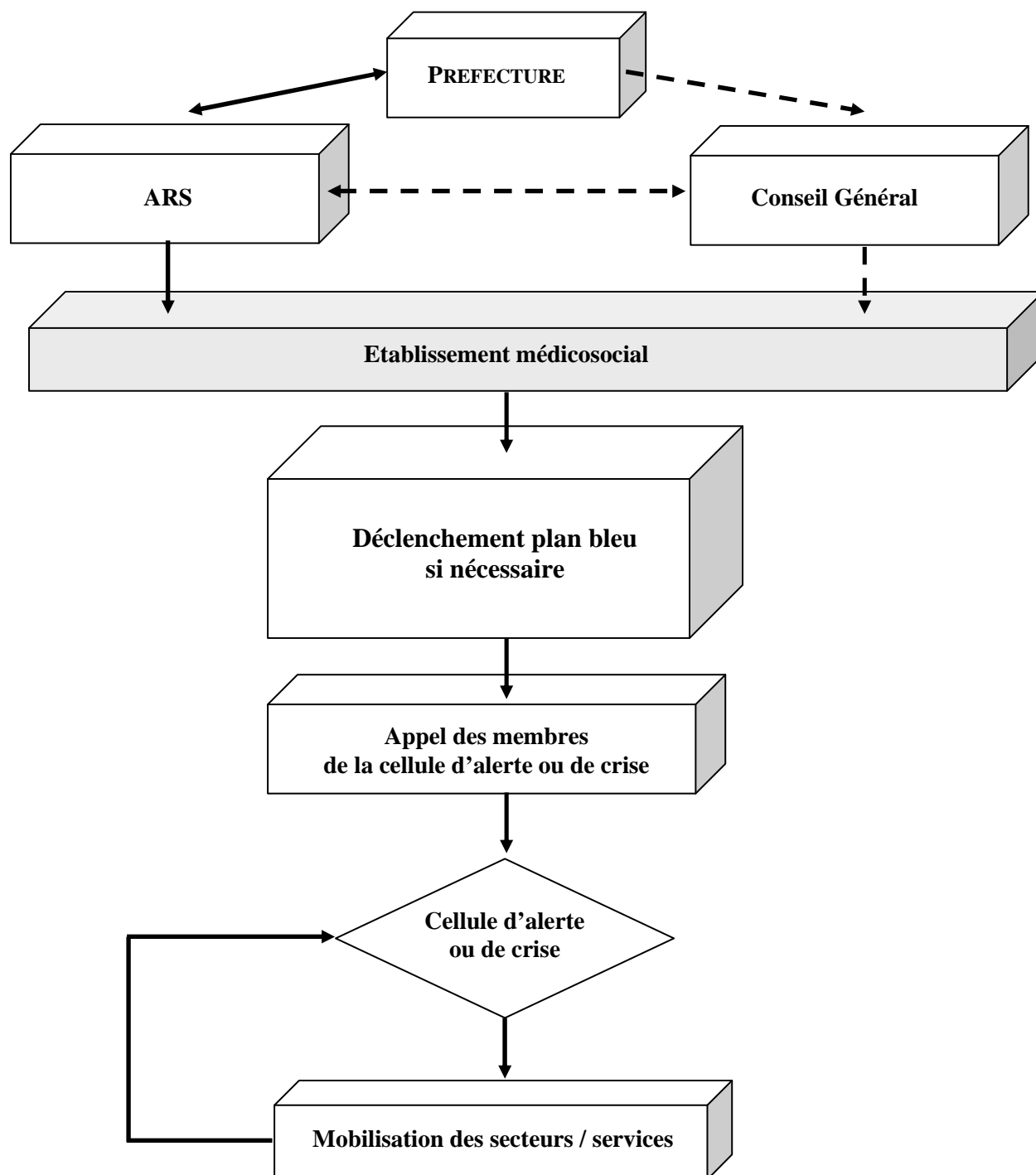
#### 4.1.2. Alerte externe

L'alerte peut venir du niveau départemental, régional ou national.

- Canicule, pandémie grippale, inondation, ...

L'information est relayée par la préfecture ou l'ARS (Agence Régionale de Santé), ou le conseil Général pour les établissements le concernant, à l'ensemble des établissements pour personnes âgées et handicapées du département.

#### Situation d'alerte locale, départementale, régionale, nationale



La procédure de déclenchement est spécifique à chaque établissement. Elle doit être opérationnelle 24 heures sur 24. Elle est décrite dans le document plan bleu.

## **4.2. CELLULE D'ALERTE OU DE CRISE**

### **4.2.1. Missions de la cellule d'alerte ou de crise**

La cellule d'alerte traite un signal et met en place les actions de prévention. Elle évolue en cellule de crise lorsque la crise est avérée.

Ses missions sont :

- Estimer la gravité de la situation :
  - ④ Risques encourus pour les résidents, le personnel
  - ④ Conséquences sur l'activité et sur l'organisation des soins
  - ④ Eventuelles conséquences économiques et médiatiques
- Evaluer les besoins et les moyens dont dispose l'établissement
- Définir les actions nécessaires pour prévenir l'évolution vers la crise ou pour la gérer
- S'assurer, le cas échéant, de la mise en sécurité des personnes hébergées, des personnels, des équipements...
- S'assurer de la mise en œuvre des actions
- Gérer la communication autour de l'alerte ou de la crise
- Rédiger un rapport chronologique régulier des événements et des actions entreprises appelé main courante
- Rédiger un rapport final une fois la situation d'alerte ou de crise terminée

### **4.2.2. Composition**

Le directeur, ou son représentant légal, définit la cellule d'alerte ou de crise. Il nomme ses membres parmi ceux qui font partie intégrante de l'organigramme de l'établissement. En fonction de l'alerte ou de la crise, le directeur pourra adapter la cellule en faisant appel, si nécessaire, à des experts externes à l'établissement (équipe d'hygiène, ARLIN, médecin du travail,...).

Les suppléants deviennent membres de droit en absence du membre permanent.

Le rôle des membres de la cellule peut être adapté en fonction des situations.

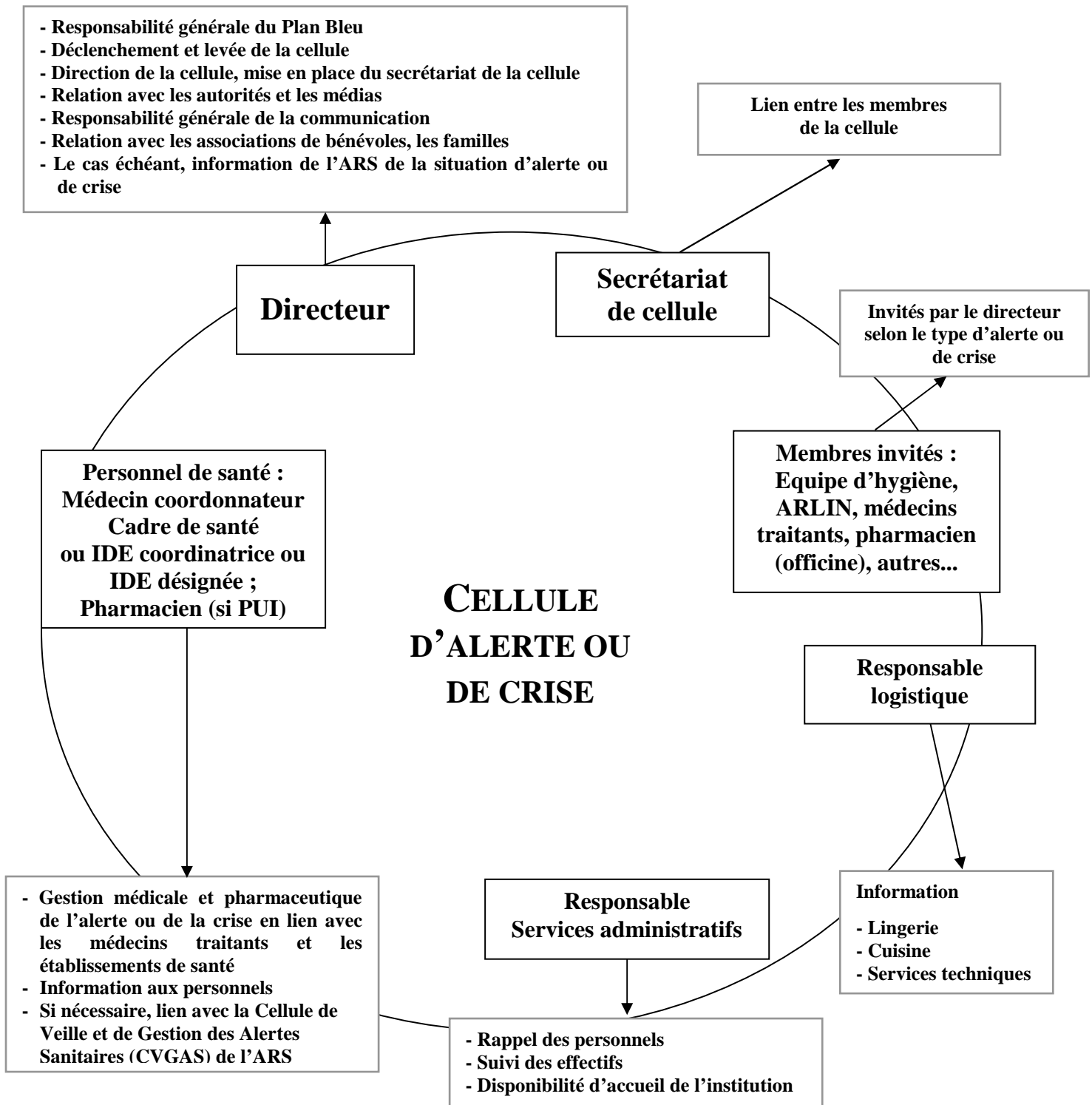
Les noms et coordonnées téléphoniques des professionnels membres de la cellule d'alerte ou de crise sont consignés dans le plan bleu (cf. page suivante).

### **4.2.3. Organisation**

Le lieu de réunion est défini à l'avance et confirmé lors de l'activation de la cellule.

Dès connaissance de l'alerte ou de la crise interne ou externe, le directeur :

- S'informe des éléments constitutifs de la situation
- Active la cellule d'alerte ou de crise en déclenchant le rappel des membres par appel téléphonique doublé d'un message écrit



D'après le « Guide d'élaboration d'un plan bleu »  
Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la santé et de la protection sociale, D.D.A.S.S. du Rhône - Juin 2004

#### **4.2.4. Communication en situation d'alerte ou de crise**

La communication est un élément important. Elle est définie en cellule d'alerte ou de crise sous la responsabilité du directeur.

Après évaluation de la situation par la cellule, il est procédé, si nécessaire, à une information de l'ARS, de la préfecture, du SAMU, du Conseil Général, de la mairie, du personnel, des résidents, des familles, des médecins traitants, des intervenants. Si la crise est d'ampleur nationale, il convient de se référer aux éléments de communication élaborés par les autorités.

Le cas échéant, la communication auprès des médias sera organisée.

Des annuaires sont constitués à cet effet et intégrés au document plan bleu.

Les principes de la communication sont de :

- Anticiper et préparer la communication afin de conserver la maîtrise de l'information
- Adapter son message au récepteur et à l'évènement
- S'assurer de la cohérence et de la diffusion des messages délivrés par les différents acteurs
- Etre vigilant sur l'impact psychologique de l'alerte ou de la crise sur les personnels de santé, résidents, familles...

Les objectifs de la communication en situation d'alerte ou de crise sont de :

- Informer rapidement, après vérification des données :
  - ⊙ De la situation de manière factuelle
  - ⊙ Des mesures mises en œuvre
- Garantir l'information tout au long de l'évolution de la situation
- Répondre aux interrogations légitimes des personnels soignants et non soignants de l'établissement, des intervenants extérieurs, des tutelles, des résidents et des familles
- Convaincre que l'alerte ou la crise sont l'affaire de tous
- Limiter les dérives :
  - ⊙ Secret professionnel
  - ⊙ Respect de la confidentialité

Les moyens : affiches, message vocal pré enregistré, message électronique, intranet, site web de l'établissement, numéro vert, article de presse, conférences, interview...

#### **4.2.5. Signalement**

Dans le cadre d'une alerte, et selon les modalités règlementaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés d'IRAB, de GEA...), la cellule s'assure du signalement aux autorités sanitaires (Agence Régionale de Santé). A ce titre, il est rappelé que tout évènement sanitaire inhabituel pouvant impacter sur la santé des résidents (et des professionnels) doit faire l'objet d'un signalement aux autorités sanitaires (Agence Régionale de Santé).

#### **4.2.6. Levée de la cellule d'alerte ou de crise**

Le directeur (son représentant) met fin à l'activité de la cellule sur consigne des autorités ou lorsque la situation d'alerte ou de crise est terminée.

Un bilan écrit et circonstancié est rédigé et conservé. Un lieu et une durée d'archivage sont définis.

#### **4.2.7. Retour d'expérience**

Après l'alerte ou la crise une analyse de la gestion des évènements est réalisée. Il s'agit d' :

- Identifier les points positifs et les axes d'amélioration
- En tirer des enseignements utiles pour améliorer la qualité des soins et de la gestion des risques

Il est souhaitable que ce retour d'expérience soit présenté aux professionnels et au conseil de la vie sociale.

### **5. GESTION DOCUMENTAIRE**

Le plan bleu doit faire l'objet d'une actualisation annuelle et/ou après un évènement ou un exercice.

### **6. INFORMATION - FORMATION**

Des informations / formations thématiques sont à organiser. La liste de ces actions, avec traçabilité (date, participants, intitulé, animateur), est consignée dans le document Plan Bleu.

**ANNEXE A**  
**FICHE ADMINISTRATIVE**

Nom de l'établissement : .....

Statut juridique : .....

Gestionnaire : .....

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|

Commune : .....

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

@ : .....@

**Capacité :**

Hébergement permanent <sup>1</sup> : |\_|\_|\_|\_|

Hébergement temporaire : |\_|\_|\_|\_|

Unité de vie Alzheimer : |\_|\_|\_|\_|

Accueil de jour : |\_|\_|\_|\_|

**Nombre de bâtiments :**

**Bâtiment 1**

**Bâtiment 2**

Nom : .....

Nom : .....

Nombre de lits : |\_|\_|\_|\_|

Nombre de lits : |\_|\_|\_|\_|

Nombre de professionnels : |\_|\_|\_|\_|

**Directeur :** .....

**Responsable:** .....

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

@ : .....@

**Médecin coordonnateur :** .....

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

@ : .....@

**Infirmière coordinatrice :** .....

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

@ : .....@

**Maîtresse de maison ou Responsable hôtelier :** .....

 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

@ : .....@

**Autres :** .....

<sup>1</sup> Hors unité Alzheimer, accueil de jour, accueil temporaire



**ANNEXE B**  
**LISTE DES PROFESSIONNELS DE L'EHPAD**

FONCTION	NOM / PRENOM	COORDONNEES
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		
Profession : ..... Suppléant : .....		

**ANNEXE C**  
**LISTE DES INTERVENANTS**

➤ **MEDICAUX**

- ⊗ Médecins
- ⊗ Médecin du travail
- ⊗ Spécialistes
- ⊗ Pharmaciens
- ⊗ Biologistes
- ⊗ Dentistes...

➤ **PARAMEDICAUX**

- ⊗ Secret professionnel
- ⊗ Infirmiers libéraux
- ⊗ Kinésithérapeutes
- ⊗ Pédicures podologues
- ⊗ Psychologues
- ⊗ Orthophonistes...

➤ **LISTE DES PRESTATAIRES DE SERVICES LOGISTIQUES**

- ⊗ Restauration
- ⊗ Lingerie
- ⊗ Laboratoire d'analyse environnementale (eau, aliments)
- ⊗ Prestataire déchets (DASRI, DAOM)
- ⊗ Plombier
- ⊗ Electricien
- ⊗ Téléphonie
- ⊗ Sécurité électrique
- ⊗ Informatique
- ⊗ Ascenseurs
- ⊗ Pompes funèbres

➤ **COORDONNEES DES FOURNISSEURS**

- ⊗ Dispositifs médicaux
- ⊗ Produits d'hygiène
- ⊗ Alimentation
- ⊗ Eau
- ⊗ Produits d'entretien

➤ **COORDONNEES DES TRANSPORTEURS**

- ⊗ Ambulances
- ⊗ Taxi
- ⊗ Transport d'Aide aux Personnes (ex : Véhicule Sanitaire Léger)
- ⊗ Autres...

➤ **LISTE DES BENEVOLES**

➤ **COORDONNEES DES RESIDENTS, DE LEUR FAMILLE, DES PERSONNES DE CONFIANCE, TUTEURS**

➤ **AUTRES**

- ⊗ Agences d'intérim
- ⊗ Dame de compagnie
- ⊗ Visiteurs
- ⊗ Coiffeurs



## ANNEXE E

### Personnels de suppléance ou de renforcement

#### ➤ **Réglementation :**

- ⊗ Article L4151-2, 3<sup>ème</sup> alinéa du Code de la Santé Publique : autorisation d'exercice par des étudiants en médecine ayant validé le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, à titre exceptionnel (arrêté ministériel habilitant les préfets pendant une période déterminée).
- ⊗ Circulaire n° 1510 du 11 juin 1975 modifiée par les circulaires 98-411 du 8 juillet 1998 et 2000-406 du 17 juillet 2000 autorisant les étudiants en médecine DCEM3 et DCEM4 à exercer comme infirmiers auxiliaires et DCEM1 et DCEM2 comme aides-soignants.
- ⊗ Article L4151-6 du Code de la Santé Publique

#### ➤ **Personnels pouvant suppléer et renforcer les médecins :**

- ⊗ Médecins retraités de moins de 3 ans, réaffectés au besoin dans leur dernier établissement d'origine
- ⊗ Médecins généralistes : les étudiants ayant validé le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales
- ⊗ Médecins spécialistes : les étudiants inscrits en 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales et remplissant les conditions d'études et de stages fixées par voie réglementaire (décret 94-120 du 4 février 1994 modifié)

#### ➤ **Personnels pouvant suppléer et renforcer les paramédicaux :**

- ⊗ Etudiants en médecine en fonction des équivalences
- ⊗ Etudiants en IFSI en fonction des équivalences
- ⊗ Personnel intérimaire
- ⊗ Personnels paramédicaux à la retraite depuis moins de 3 ans

#### ➤ **Equivalences recensées et validées :**

- ⊗ Elèves aides-soignantes= ASH
- ⊗ 1ere années IDE validée= ASH
- ⊗ 2eme et 3eme année d'IDE validée = Aide-soignant
- ⊗ 2eme et 3eme année étudiant en médecine validée = Aide-soignant
- ⊗ 2eme, 3eme et 4eme année de formation sage femme = Aide-soignant
- ⊗ Elève infirmière IBODE et IADE = infirmier
- ⊗ Elève en institut de formation puéricultrice DE : = Infirmier
- ⊗ Elève en école des cadres de santé = infirmier
- ⊗ 4eme année étudiant en médecine validée= infirmier

Les étudiants sont embauchés sous contrat à durée déterminée et sont soumis au droit du travail en vigueur. Ils doivent en outre faire l'objet de la même protection que l'ensemble du personnel.

**ANNEXE F**  
**Récapitulatif des partenariats**

<b>OBJET</b>	<b>COORDONNEES ETABLISSEMENTS</b>	<b>☎ / FAX / COURRIEL</b>	<b>DATE DE CONVENTION ET DATE DE RENOUELEMENT</b>
Plan Bleu			
Hygiène			
Soins palliatifs			
HAD			
Suivi Psychiatrique			
Autres			

# **2<sup>EME</sup> PARTIE**

## **VOLET INFECTIEUX**

## INTRODUCTION

Le volet infectieux a pour objectif de répondre aux :

- ◆ Alertes internes d'origine infectieuse (ex : épidémie de gastroentérite)
- ◆ Alertes externes d'origine infectieuse (ex : pandémie grippale)

Il doit permettre :

- ◆ De faire face à une épidémie et d'en limiter la propagation au sein de l'EHPAD
- ◆ D'assurer la qualité des soins et des autres prestations
- ◆ De limiter l'afflux des personnes âgées à l'hôpital

Selon les principes du plan bleu, il convient d'organiser l'établissement avant l'alerte par la mise en place :

- ◆ De mesures préventives pour les soins
- ◆ De mesures préventives organisationnelles

Cette organisation se fait sous la responsabilité du directeur d'établissement et dans un cadre pluridisciplinaire.

### **I. MESURES PREVENTIVES POUR LES SOINS**

#### **1.1. SENSIBILISATION ET FORMATION DES PROFESSIONNELS A LA PRISE EN COMPTE DU RISQUE INFECTIEUX**

Dans le cadre du programme annuel de formation en hygiène et prévention des IAS :

- ◆ Une formation de base pour tous les professionnels (chaîne de transmission, Précautions standard et Précautions complémentaires d'hygiène) doit être prévue
- ◆ Une formation à la gestion des situations épidémiques pour le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice et les correspondants en hygiène (s'ils existent) est souhaitable
- ◆ Une réflexion autour de la formation / information des familles et bénévoles peut être portée par l'établissement

Dans le cadre du suivi du plan bleu et de la démarche qualité, des indicateurs sont proposés :

- ◆ Nombre de formations réalisées
- ◆ Nombre de personnels formés ...

Les éléments de preuves sont : fiches de traçabilité des formations / informations réalisées, attestations de présence, feuilles d'émargement...

#### **1.2. LES PROTOCOLES DE BASE**

Les protocoles de base doivent être à disposition des professionnels :

- ◆ Précautions standard (PS) (annexe 1)
- ◆ Précautions complémentaires d'hygiène (PCH) (annexe 2)
- ◆ Protocoles médicaux (TIAC, GEA, IRAB, CD)

L'élaboration de ces protocoles doit s'appuyer sur les référentiels en la matière. Après rédaction et validation, l'EHPAD doit réfléchir à la diffusion des protocoles et les tenir à disposition dans un classeur consultable par tous.

#### **1.3. VACCINATION CONTRE LA GRIPPE**

Il existe des recommandations fortes sur la mise en place d'un programme annuel d'incitation à la vaccination contre la grippe, en amont de la période épidémique saisonnière, auprès :

- ◆ Des professionnels de santé
- ◆ Des personnels s'occupant de personnes à risque
- ◆ Des résidents

La vaccination annuelle est la mesure de prophylaxie essentielle contre la grippe.

Le conseil supérieur d'hygiène publique de France ne recommande, pour la prévention de la grippe, que l'utilisation des vaccins antigrippaux et souligne que les médicaments homéopathiques ne peuvent se substituer au vaccin dans cette indication notamment pour les personnes appartenant au groupe pour lesquelles la vaccination est recommandée (avis du 24 novembre 2006).

L'établissement organise, dès septembre en lien avec les médecins traitants, la campagne de vaccination des résidents. Une traçabilité, comme pour toute vaccination, est assurée.

Une campagne d'information au risque grippal est organisée pour les professionnels. Si possible, les vaccinations sont effectuées au sein de l'établissement. En effet, la mise à disposition et la vaccination organisée sur le lieu de travail favorisent la vaccination des professionnels.

Il est proposé un indicateur de suivi (annexe 3) de l'adhésion des professionnels à la vaccination contre la grippe.

#### **1.4. VACCINATION DES RESIDENTS CONTRE LE PNEUMOCOQUE**

Les recommandations proposent de mettre en place une politique de vaccination contre les infections à pneumocoque pour les résidents qui en ont l'indication (cf. calendrier vaccinal en vigueur : consultable sur [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

Si la vaccination date de plus de 5 ans, ou si elle n'a pas été réalisée, il est conseillé d'effectuer une injection à l'entrée en EHPAD puis un rappel tous les 5 ans.

Le médecin coordonnateur est un relais efficace de cette vaccination auprès des médecins traitants et des résidents. Comme précédemment, la traçabilité de cette vaccination est assurée. Il est proposé un indicateur de suivi (nombre et pourcentage) des résidents vaccinés.

### **2. MESURES PREVENTIVES ORGANISATIONNELLES**

#### **2.1 DESIGNATION ET MISSION D'UN REFERENT EPIDEMIE**

Il est conseillé de désigner un référent épidémie.

En cas d'alerte interne : il est informé, par tout soignant, ou par l'équipe d'encadrement, de la survenue d'une infection à potentiel épidémique. Il est prioritairement informé en cas d'alerte externe de nature infectieuse.

Il est désigné par le directeur parmi :

- ◆ Le médecin coordonnateur
- ◆ Le directeur de l'établissement
- ◆ L'infirmière coordinatrice ou une infirmière qui sera alors membre de la cellule d'alerte ou de crise

Ses missions :

- ◆ Participer à l'élaboration du volet infectieux, du PCA (Plan de Continuité des Activités), et à la veille documentaire
- ◆ S'assurer de la mise en œuvre des mesures de contrôle
- ◆ Coordonner l'investigation et le suivi de l'épidémie en lien avec la cellule d'alerte ou de crise

Sa suppléance est organisée parmi les professionnels susceptibles de remplir cette fonction.

Selon l'organisation de l'établissement, ses missions peuvent être étendues.

#### **2.2. ORGANISATION DU VOLET INFECTIEUX AU SEIN DE L'EHPAD**

L'équipe d'encadrement (directeur, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice) avec le référent épidémie pilote l'élaboration pluridisciplinaire du volet infectieux et notamment du PCA. Ils vont faire l'objet d'une réflexion propre à l'établissement.

Cette équipe est l'interlocutrice privilégiée des autorités sanitaires.

##### **2.2.1. Organisation des délégations**

La fiche « organisation des délégations » est tenue à jour et archivée.

##### **2.2.2. Vérification des conventions avec les établissements**

Il est conseillé de vérifier si les différentes conventions, citées dans la première partie du présent guide, sont bien signées et effectives.

Le cas échéant, une convention prévoyant l'intervention d'une équipe opérationnelle d'hygiène facilite :

- ◆ La structuration de la prévention du risque infectieux au sein de l'EHPAD



- ◆ La gestion des événements infectieux.

### 2.2.3. Organisation du plan de continuité des activités (PCA) (annexe 5)

En cas d'épidémie confirmée, caractérisée par un nombre de cas important, parmi les résidents et le personnel (taux d'absentéisme de l'ordre de 30 %), les modalités habituelles de prise en charge des résidents sont susceptibles d'être remises en cause.

L'EHPAD doit assurer la continuité de la prise en charge des résidents en toute circonstance. Pour ce faire, une réflexion doit avoir lieu permettant une organisation en mode dégradé.

Ces dispositions, à minima, doivent permettre d'éviter une baisse de la qualité des soins et des prestations d'hébergement, incompatible avec l'accueil des personnes âgées dépendantes tout en limitant la propagation de l'épidémie au sein de l'EHPAD et l'afflux des personnes âgées à l'hôpital. Ce travail conduit à la rédaction d'un PCA, lequel sera déclenché par la direction après avis de la cellule d'alerte ou de crise.

Quelques pistes à travailler :

- ◆ Rappel des personnels en formation et en congés
- ◆ Réflexion autour des tâches
  - Ⓞ Identification des tâches essentielles
  - Ⓞ Priorisation des tâches
  - Ⓞ Délégation de certaines activités
  - Ⓞ Révision des fréquences d'intervention

NB : Pour les actes techniques paramédicaux : étudier la possibilité d'adapter la prescription avec le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant (prise de tension artérielle...). Certains actes ne peuvent pas être déclinés en mode dégradé : préparation des médicaments, suivi des diabétiques, pansements,...

- ◆ Réorganisation des conditions de travail
  - Ⓞ Aménagement des horaires et du temps de travail (heures supplémentaires ou complémentaires pour les salariés à temps partiel)
  - Ⓞ Moyens alternatifs de transport (mise à disposition de véhicules, covoiturage, taxis...)
  - Ⓞ Prise en charge des repas, hébergement des professionnels
- ◆ Concernant les services logistiques
  - Ⓞ Organisation des stocks : lister les besoins et établir un stock minimal à commander :
    - Dispositifs médicaux, médicaments (oxygène), ...
    - Stock de linge : anticiper si le traitement est assuré par les familles, marquage du linge systématique
    - Produits d'entretien, hygiène (stock de protections ...)
  - Ⓞ Restauration : élaboration de menus types sans produits frais, prévoir des produits secs et non périssables, gestion des stocks alimentaires ; prévoir de la vaisselle jetable
  - Ⓞ Déchets :
    - Quantifier sa production de déchets (DAOM et DASRI)
    - Prévoir des locaux supplémentaires pour les DASRI :
      - ~ stockage intermédiaire
      - ~ stockage terminal : en cas de saturation
    - Réfléchir à un emplacement supplémentaire de stockage des DAOM
    - Quantifier les besoins :
      - ~ conteneurs pour les DAOM
      - ~ sacs poubelles
      - ~ collecteurs Objets Piquants Coupants Tranchants
      - ~ emballages combinés (DASRI)
  - Ⓞ Maintenances indispensables établir les listes des :
    - Dépannages et des maintenances indispensables
    - Sociétés prestataires

- ⊗ Dépannages approvisionnements énergétiques à prévoir :
  - Groupes électrogènes, contrats avec prestataires de service

Des outils d'aide à la rédaction du PCA se trouvent en annexe 5. Ils prennent en compte les tâches essentielles qui doivent permettre de maintenir la prise en charge des résidents au sein de la structure. Des délégations d'activité et des fréquences d'intervention sont proposées.

#### **2.2.4. Organisation des mesures de contrôle**

Selon le type d'évènement infectieux, les mesures barrières doivent être mises en place de toute urgence. Les protocoles de base sont disponibles dans les classeurs d'hygiène (préciser le lieu de mise à disposition). Le respect des précautions standard, complétées selon la situation des précautions contact, gouttelette et air, constituent les principales mesures barrières.

Les mesures annexes sont à adapter en fonction des possibilités de l'EHPAD et en fonction du risque infectieux :

- ◆ Mesures concernant les résidents
  - ⊗ Confiner les malades symptomatiques dans la mesure du possible selon la durée définie et validée par le médecin coordonnateur
  - ⊗ Réaménager les activités sociales
  - ⊗ Eviter, si nécessaire, les transferts de résidents :
    - D'une chambre à une autre
    - D'une unité à l'autre
    - Vers un établissement de santé pour un examen de routine
  - ⊗ Différer les admissions autant que possible
  - ⊗ Définir, si nécessaire, une sectorisation infectieuse (selon le germe infectieux) avec des professionnels dédiés
- ◆ Mesures concernant les visiteurs
  - ⊗ Apporter une information réfléchie en amont par l'établissement
  - ⊗ Restreindre, si nécessaire, les visites
  - ⊗ Respecter les règles d'hygiène au regard de la situation. Ce point peut être intégré dans le règlement de fonctionnement de l'EHPAD
- ◆ Mesures concernant les professionnels : prévoir une information régulière des professionnels (affichages, relèves, rétro-information)
- ◆ Mesures concernant les bénévoles
  - ⊗ Prioriser les activités des bénévoles
  - ⊗ Les informer et former sur les mesures barrières
  - ⊗ Le cas échéant, si la situation le nécessite, les impliquer sur des tâches prioritaires

#### **2.2.5. Organisation de la communication**

Il est primordial d'anticiper les modalités et les moyens de communiquer au sein de l'EHPAD (cf. 1<sup>ère</sup> partie § 4.2.4).

### **3. SURVENUE D'UN EVENEMENT INFECTIEUX**

Qu'elle soit interne ou externe, l'alerte sera gérée selon le principe général décrit en 1<sup>ère</sup> partie. Les mesures présentées seront adaptées à la situation.

#### **3.1. GESTION D'UN EVENEMENT A POTENTIEL EPIDEMIQUE**

##### ◆ Alerte

En externe : le directeur ou son suppléant reçoit et diffuse l'information au référent épidémie et à l'encadrement.

En interne : tout professionnel qui constate une situation infectieuse en informe l'équipe d'encadrement. Quelle que soit l'alerte infectieuse, le référent épidémie est informé.

#### ➤ Organisation

##### Ⓢ Mise en place de mesures de contrôle

Le référent épidémie s'assure de la mise en place des mesures barrières. Elles sont validées par le médecin coordonnateur, en lien avec le ou les médecins traitants concernés. Le directeur convoque la cellule d'alerte. Certaines mesures plus délicates (gestion des résidents, des visites, conduite à tenir pour les cas contacts, professionnels et sujets cas contacts...) sont discutées et définies lors de cette réunion.

##### Ⓢ Investigation (cf. annexe 4)

Le référent épidémie, en lien avec le médecin coordonnateur et les médecins traitants, le cas échéant avec l'équipe opérationnelle d'hygiène, coordonne l'investigation de l'épidémie :

- Définition des cas, période d'incubation, durée du confinement, analyses biologiques à réaliser
- Recherche du cas index (si possible)
- Définition des personnes à risque
- Courbe épidémique (professionnels, résidents)
- Localisation géographique des cas

En cas de difficulté à maîtriser l'épisode infectieux, l'antenne régionale du CCLIN (ARLIN) peut être sollicitée.

##### Ⓢ Missions de la cellule d'alerte ou de crise

Une première évaluation de la situation est présentée en cellule.

Celle-ci confirme les mesures de contrôle en place et les complète si nécessaire. Elle évalue les besoins humains et matériels. Elle définit les modalités et le contenu de la communication. Elle suit l'évolution de l'épidémie (indicateurs de suivi) et assure le relevé des événements de la journée par la tenue de la main courante.

##### Ⓢ Déclenchement du PCA si besoin

Il est déclenché par le directeur ou son suppléant :

- Après alerte provenant des autorités
- Ou après avis de la cellule d'alerte ou de crise au vu d'une situation interne grave entraînant des conséquences pour les résidents et les professionnels

#### ➤ Information

##### Ⓢ Professionnels, résidents, familles, intervenants libéraux

- Sur la situation interne
- Diffusion des précautions à respecter : précautions standard, précautions complémentaires d'hygiène, CAT cas contacts...

##### Ⓢ ARS, Préfecture, Conseil Général

La cellule d'alerte ou de crise sous la responsabilité du directeur définit les éléments à transmettre aux autorités.

##### Ⓢ Médias

Le Directeur est responsable de la communication.

Il peut, le cas échéant, désigner un membre de la cellule d'alerte ou de crise pour communiquer.

#### ➤ Signalement

Dans le cadre d'une alerte, et selon les modalités règlementaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés d'IRAB, de GEA...) la cellule s'assure du signalement à l'Agence Régionale de Santé.

### **3.2. LEVEE DE LA SITUATION D'ALERTE OU DE CRISE**

Elle est proposée :

- ◆ Par la cellule d'alerte ou de crise

Elle est validée :

- ◆ En cas d'alerte interne : par le Directeur
- ◆ En cas d'alerte externe : par les autorités (gouvernement, préfet, ARS)

Un bilan circonstancié, faisant apparaître les points forts et les points à améliorer, est rédigé puis archivé (préciser lieux d'archivage). Le cas échéant, des pistes d'amélioration de gestion d'alerte sont proposées.

### **3.3. RETRO-INFORMATION**

A partir de l'analyse de la gestion des événements (cf retour d'expérience première partie § 4.2.7) une information est réalisée à partir du bilan circonstancié auprès des professionnels travaillants ou intervenants dans l'EHPAD.

Il est souhaitable que ce retour d'expérience soit présenté aux professionnels et au conseil de la vie sociale et des familles.

### **4. EXEMPLES (annexe 9)**

## BIBLIOGRAPHIE

- ◆ Code de la santé publique
- ◆ Code de l'Action Sociale et des Familles
  
- ◆ Arrêté du 07 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique
  
- ◆ Arrêté du 08 août 2005 modifiant l'arrêté du 07 juillet 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique
  
- ◆ Arrêté du 10 février 2003, relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses visées à l'article D 11-1 du code de la Santé Publique
  
- ◆ Décret n° 86-770 du 10 juin 1986 relatif aux maladies à déclaration obligatoire
- ◆ Décret n° 99-362 du 6 mai 1999, fixant les modalités de transmission à l'autorité sanitaire de données individuelles concernant les maladies visées
  
- ◆ Décret 2005 - 1135 du 07 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles
  
- ◆ Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique 2009 - 2013 de prévention des infections associées aux soins
  
- ◆ Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013
  
- ◆ Guide d'élaboration d'un plan bleu, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, D.D.A.S.S. du Rhône - Juin 2004
  
- ◆ « Organisation des soins en situation de pandémie grippale », ministère de la santé et des solidarités - 2007
  
- ◆ Guide d'élaboration d'un plan de gestion de crise : le plan bleu, D.D.A.S.S. Essonne 2007
  
- ◆ « Préparation du secteur social et médico-social à une pandémie grippale », fiches de recommandation ; ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, ministère de la santé et des solidarités - Mars 2007
  
- ◆ Guide d'élaboration de l'annexe pandémie grippale du plan Bleu, DRASS Midi-Pyrénées DRASS Lorraine - Juillet 2007
  
- ◆ Guide d'élaboration et d'évaluation du plan bleu. Gestion d'une épidémie en EHPAD. Tome 2, DDASS des Yvelines - Mai 2009
  
- ◆ Fiche G7 en annexe du plan national pandémie grippale « dispositions relatives à la prise en charge des populations nécessitant un suivi particulier » - Septembre 2009

### *Recommandations générales*

- ◆ Actualisation de la définition des infections nosocomiales - CTINILS 2006
- ◆ Recommandations programme PRIAM : prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; Consensus formalisé d'experts, ORIG. SFHH - Juin 2009
  
- ◆ Calendrier vaccinal, InVS - Juin 2010
  
- ◆ Recommandations : Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Ministère de la santé et des sports, HCSP, SFHH - Septembre 2010
  
- ◆ Guide : infections associées aux soins : guide d'aide à la communication ; SFHH - Juin 2010

## **PS**

- ◆ Circulaire du 20 avril 1998 n° 98-249 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé

## **PCH**

- ◆ Recommandations nationales Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact - SFHH - Avril 2009
- ◆ Hygiène des mains - SFHH - Juin 2009

## **TIAC ; GEA ; Clostridium difficile**

- ◆ Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration à caractère social.
- ◆ Circulaire n°DGAS/DHOS/DGS/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins longue durée.
- ◆ Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées - HCSP - 29 janvier 2010

## **IRAB**

- ◆ Circulaire DGS/DHOS n° 243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé
- ◆ Avis du CSHPF relatif à la prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal - 2004
- ◆ Circulaire DGS 444 du 17 septembre 2004 relatif à la prophylaxie chez les personnes à risque lors d'une épidémie de grippe dans une collectivité, en période de circulation du virus grippal
- ◆ Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des IRB de l'adulte et de l'enfant AFSSAPS - 2005
- ◆ Avis du CSHPF relatif à la conduite à tenir devant des cas groupés d'infection invasive à pneumocoque dans une collectivité de personnes âgées. Séances du 14/01/05 et du 12/05/05. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France - 2005
- ◆ Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la place de l'antibioprophylaxie dans la prévention des légionelloses nosocomiales 18 mars 2005 DGS
- ◆ Circulaire DGS/DHOS n° 493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médicaux sociaux d'hébergement pour personnes âgées.
- ◆ Circulaire 489 DHOS du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant les IRAB chez la personne âgée
- ◆ Le risque lié aux légionelles - Guide d'Investigation et d'aide à la gestion - 1er juillet 2005 - Ministère de la Santé et des Solidarités – DGS
- ◆ Guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées - CSHPF section maladies transmissibles - DGS - 18 novembre 2005