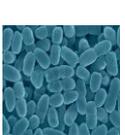


PREVENTION DE LA TRANSMISSION DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES (IRA)

  	Principaux agents	Grippe <i>Virus Influenza</i> de type A, B ou C	Infection à pneumocoque <i>Streptococcus pneumoniae</i>	Coqueluche <i>Bordetella pertussis</i> ou <i>parapertussis</i>
	Symptômes	Toux + fièvre > 38°C Mais le tableau clinique des IRA est souvent trompeur chez les personnes âgées : La fièvre et la toux peuvent être absents et les signes cliniques peu spécifiques (état confusionnel, anorexie, chute, altération de l'état général,...)		
	Périodes de contagiosité	Commence 24h avant le début des symptômes Maximale pendant les 2 premiers jours des symptômes et variable (5 jours après le début des symptômes chez l'adulte, parfois jusqu'à 10 jours chez l'enfant, voire plus chez les immunodéprimés)	Pendant la phase symptomatique et jusqu'à 8 jours après la fin des symptômes	3 semaines après le début des symptômes en l'absence de traitement ou après 3 (azithromycine) à 5 jours (clarithromycine) de traitement
	Vaccinations	Chaque année -Pour tous les résidents -Pour les patients > 65 ans ou à risque de grippe grave -Pour les personnels et l'ensemble des intervenants réguliers de la structure	Tous les 5 ans -Pour toute personne entrant en institution (vérifier à l'admission) -Pour toute personne à risque (cf. recommandations)	Rappel à l'âge adulte pour les personnels (en association avec le DT Polio : faire un nouveau rappel si le dernier DT Polio ≥ 2 ans)



Matériel infectieux

- Sécrétions respiratoires

Particularités

- Transmission directe, de personne à personne par des sécrétions respiratoires (toux, éternuements, postillons) ou de façon indirecte par les mains souillées par ces sécrétions
- Ces infections constituent la première cause de mortalité d'origine infectieuse en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Les personnels et visiteurs peuvent être à l'origine de l'introduction et/ou de la diffusion de l'épidémie



SITUATION

Suspicion d'IRA chez un patient / résident



En SLD et Ehpads (également utile en SSR ou FAM/MAS), mise en place chaque année d'une surveillance journalière de l'apparition d'IRA du 1^{er} novembre au 30 mars (outils de surveillance de l'ARS)

Précautions Standard + Précautions Complémentaires Gouttelettes Limitation des visites

Durée précautions = durée contagiosité (voir tableau)

Personnel malade ⇒ Arrêt de travail ou port permanent d'un masque type 2R (chirurgical, norme EN 14683)

INFORMATION

Tout diagnostic d'un cas d'IRA doit faire l'objet d'une information à l'ensemble du personnel du service

L'information du placement en Précautions Complémentaires doit figurer dans le dossier de soins, sur le planning de soins, sur la porte de la chambre

Recherche active d'autres cas (clinique)

Si épidémie = 5 cas ou plus en moins de 5 jours : Signalement ARS/CPias Grand Est
Utiliser comme outil d'aide à la gestion d'épidémie la Check list IRA du CPias GE

CHAMBRE

- Chambre seule (maintien en chambre si possible), repas en chambre
- « Fermeture » du secteur si épidémie, arrêt des activités communes et repas servi en chambre. Toute personne travaillant ou pénétrant dans le secteur à risque doit porter un masque quel que soit son statut vaccinal
- Si maintien en chambre impossible :
 - Port du masque type 2R par le patient/résident à la sortie de la chambre (si supporté)
 - Veiller à la pratique d'une hygiène des mains à la sortie de la chambre, avant les repas, après passage aux toilettes, après s'être mouché et aussi régulièrement que possible dans la journée (aide si besoin)
 - Pas d'accès aux plateaux techniques (sauf urgences) et aux activités communes tant que durent les symptômes

TENUE

- Port de tablier à usage unique (ou surblouse) lors de tout contact avec le résident et son environnement proche. Elimination avant la sortie de la chambre
- Port d'un masque type 2R (chirurgical, norme EN 14683) avant d'entrer dans la chambre (vérifier l'étanchéité). Elimination après la sortie de la chambre

MAINS

- Port de gants selon précautions standard, après friction hydroalcoolique
- A la sortie de la chambre, friction hydroalcoolique

BIO NETTOYAGE DES SURFACES

- Décontamination quotidienne de l'environnement (sols, surfaces)

MATERIEL

- Privilégier usage unique ou matériel dédié
- A défaut, nettoyage avec un détergent désinfectant au moins bactéricide et virucide

GESTION DU LINGE/VAISSELLE

- Circuits habituels
- Traitement du linge si possible à plus de 60°C, veiller à ne pas surcharger la machine (lessive et adoucissant désinfectant inutiles et coûteux)

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

Si **5 cas ou plus dans un délai de 4 jours** signalés dans l'unité de prise en charge :

- En période de circulation grippale, pour tout cas suspect, effectuer une recherche directe du virus par TDR (test rapide) de la grippe, sur un prélèvement nasal effectué dans les 48 premières heures du début des symptômes
 - Si positif :
 - ⇒ Traitement du(des) malade(s) par Oseltamivir (Tamiflu®) : dose curative = 75 mg 2 X/ J
 - Si au moins 2 TDR positif :
 - ⇒ Recherche des contacts et mise en place d'une prophylaxie post-exposition par oseltamivir (75 mg 1 X/ jour), dans les 48 heures qui suivent un contact (résidents vaccinés ou non)
- En dehors de la période de circulation du virus de la grippe OU si les TDR grippe sont négatifs et en fonction du contexte et des signes cliniques, réaliser :
 - En priorité une antigénurie à la recherche de pneumocoque (traitement en 1^{ère} intention = Amoxicilline) et de légionelle (traitement en 1^{ère} intention = Fluoroquinolones)
 - Si la toux persiste (> 7 jours), pratiquer une PCR (toux < 21 jours) ou une sérologie pour identifier une coqueluche (traitement de 1^{ère} intention = Azithromycine ou Clarithromycine) ou un examen direct de l'expectoration (aspiration bronchique) à la recherche d'une tuberculose.

