

**PLAN REGIONAL DE MAITRISE DES EPIDEMIES
DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES
ET MEDICO-SOCIAUX
EN RHONE ALPES**

Version 07-07-2014

REMERCIEMENTS

Ce plan est issu d'un travail collaboratif associant l'ARS à de nombreux partenaires extérieurs.

L'ARS remercie tout particulièrement

- L'ARLIN Rhône Alpes qui a copiloté le travail d'élaboration du plan.
- Mais aussi les nombreux praticiens hospitaliers universitaires et praticiens hospitaliers dont la liste figure en annexe

PLAN REGIONAL DE MAITRISE DES EPIDEMIES DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX

INTRODUCTION	4
I - OBJECTIFS DU PLAN	4
II - PRE-REQUIS	5
1 - LE PLAN DE CONDUITE DE CRISE ARS RHONE-ALPES. (ANNEXE 1)	5
2 - L'ORGANISATION DE LA RECEPTION ET DE LA GESTION DES SIGNAUX D'ALERTE : (ANNEXE 2)	5
3 - L'EXISTENCE DANS CHAQUE ETABLISSEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL D'UN PLAN LOCAL / VOLET INFECTIEUX DU PLAN BLEU :	7
4 - LES STRUCTURES, PROFESSIONNELS ET PERSONNES RESSOURCES IMPLIQUES DANS LE PLAN REGIONAL (ANNEXE 3) :	8
5 - L'EXISTENCE DE LABORATOIRES DE MICROBIOLOGIE REFERENTS PERFORMANTS	8
III - LA CELLULE REGIONALE DE GESTION DE L'EPIDEMIE.....	9
1 - COMPOSITION DE LA CELLULE REGIONALE DE GESTION DE L'EPIDEMIE : (ANNEXE 4)	9
2 - MISSIONS	10
3 - FONCTIONNEMENT DE LA CELLULE REGIONALE DE GESTION DE L'EPIDEMIE (ANNEXE5).....	10
4 - ROLE DES DIFFERENTS ACTEURS DE LA CELLULE (ANNEXES 6)	11
IV - DECLENCHEMENT DU PLAN REGIONAL	11
V - LES MESURES OPERATIONNELLES DU PLAN	13
1 - L'ANALYSE DE LA SITUATION	13
1 -1 <i>Les caractéristiques de l'épidémie et l'étendue de l'alerte (Annexe 7)</i>	13
1 – 2 <i>Les mesures déjà prises localement :</i>	13
2 – LES NOUVELLES MESURES A METTRE EN PLACE	14
2–1 <i>Mesures pouvant être mises en place par les établissements concernés</i>	14
2-2 <i>Mesures de cohorting régional (Annexe 8) (Annexe 9)</i>	14
3- AUTRES MESURES	15
3-1 <i>Rôle des laboratoires</i>	15
3-2 <i>Rôle des pharmacies hospitalières</i>	15
3-3 <i>Procédure régionale de transfert</i>	16
3-4 <i>Outil régional de traçabilité</i>	16
3-5 <i>Mesures spécifiques dans le secteur Médico-social</i>	16
VI - LE SUIVI DU PLAN	16
1 - ROLE DE LA CELLULE REGIONALE D'APPUI ET DE PILOTAGE DANS LE SUIVI DE L'EPIDEMIE	16
2 - LA CELLULE DE SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE (ANNEXE 10).....	16
3 - L'EQUIPE MOBILE D'APPUI, DE CONTROLE ET DE SUIVI DES MESURES DECIDEES	16
4 - LA LEVEE DES MESURES	17
6 - LE RAPPORT FINAL (ANNEXE 11).....	17
7 - L'EVALUATION DES COUTS DIRECTS ET INDIRECTS (ANNEXE 12)	17
VII - LA COMMUNICATION	18
VIII - DIFFUSION ET MISE A JOUR DU PLAN	18
IX – ANNEXES	18

Introduction

Diffusé en 2009, le **programme stratégique national « infections associées aux soins » 2009-2013** met en place une politique de prévention et de lutte des infections associées aux soins qui s'applique à l'ensemble des secteurs de soins et aux relations entre ces différents secteurs : établissements de santé, établissements médicosociaux, soins de ville.

En 2009 et 2012, **deux CIRCULAIRES INTERMINISTERIELLES relatives à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins** dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, confirment la nécessité de mettre en place cette politique de prévention.

En 2013, le **projet régional de santé Rhône-Alpes (PRS-RA) 2013-2017** confirme l'importance des enjeux de la prévention et de lutte en matière d'Infections Associées aux Soins en proposant toute une série d'actions visant les établissements sanitaires mais aussi médico-sociaux.

Le «**Plan de maîtrise des épidémies locorégionales dont celles à bactéries multi résistantes aux antibiotiques**» est donc un aspect important de cette politique de prévention et de lutte des Infections associées aux soins que l'ARS entend mettre en place. Ce dispositif se décline à deux niveaux :

- **un plan local** de maîtrise d'une épidémie dans chaque établissement, de santé (ES) ou médicosocial (EMS), susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale,
- **un plan régional**, activable dès la confirmation d'une épidémie régionale, ou d'une épidémie locale susceptible de s'étendre aux établissements environnants.

Ces plans ne sauraient en aucun cas remplacer les mesures quotidiennes prises par chaque établissement sanitaire et médico-social pour s'assurer d'un niveau d'hygiène élevé. Il est en effet illusoire de croire que la mise en œuvre d'un plan local ou régional de maîtrise des épidémies puisse suppléer à la non application quotidienne des Précautions Standard et autres mesures d'hygiène de base par un établissement.

Le plan régional de maîtrise des épidémies est donc rédigé afin de faciliter la gestion d'épidémies locales de grande ampleur, ou interdépartementales voire régionales au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux Rhône-Alpins.

Pour autant, il ne se substitue pas à un certain nombre de plans nationaux à déclinaison régionale ou locale visant à traiter de situations sanitaires exceptionnelles et très spécifiques; il s'agit notamment du Plan National Pandémie Grippale et des plans biotox dont l'impact sur les populations est tel qu'ils font l'objet d'une gouvernance spécifique.

Le Plan Régional fait l'objet du présent document.

I - Objectifs du plan

Le Plan Régional définit une organisation régionale coordonnée pour la gestion d'une épidémie régionale ou départementale de grande ampleur.

Cette organisation s'appuie sur un certain nombre de principes :

1. L'instruction N°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
2. L'existence de conditions précises de déclenchement du Plan.
3. L'activation du plan qui s'appuie sur le réseau CCLIN-ARLIN et en lien nationalement avec la DGS et l'InVS/CIRE mais qui reste du ressort du directeur général de l'ARS.
4. La mise en place d'une cellule de gestion de crise spécifique chargée d'élaborer des préconisations et le suivi de leurs mises en œuvre.
5. Des décisions
 - qui sont du ressort du DG-ARS ou de son représentant,
 - dont la mise en œuvre est de la responsabilité de chaque établissement.

- dont le contrôle de la bonne exécution par les établissements concernés est réalisé par l'ARS.

II - Pré-requis

Le Plan régional est construit à partir d'un socle de base constitué par :

1. Un plan de conduite de crise de l'ARS Rhône-Alpes
2. Une organisation fiable de la réception des signaux d'alerte
3. L'existence dans chaque établissement sanitaire et médico-social d'un « Plan Local » ou « volet infectieux » de maîtrise des épidémies associées aux soins
4. Le repérage préalable de tous les partenaires impliqués dans le Plan Régional
5. L'existence de laboratoires de microbiologie référents performants

1 - Le plan de conduite de crise ARS Rhône-Alpes. (Annexe 1)

Ce plan a pour objectif de permettre à l'ARS de répondre à toute situation sanitaire exceptionnelle qui, au sens de la circulaire du 27 juin 2013, s'entend comme la survenue

- d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu ;
- qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise ;
- et qui nécessite des moyens de gestion dépassant les moyens courants.

L'organisation de l'ARS décrite dans le plan de conduite de crise s'applique à tous les plans de gestion de situations exceptionnelles élaborés par l'ARS et donc au « plan régional de maîtrise des épidémies au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux ».

Dans ce plan de conduite de crise, l'organisation de l'ARS Rhône-Alpes répond au principe de gradation selon 3 niveaux, afin d'ajuster au mieux les ressources mobilisées à la gravité de la situation.

Ainsi, à partir de la réception du signal et de son analyse, trois postures peuvent être adoptées :

- Niveau 1- Veille et gestion des alertes sanitaires

Ce niveau correspond au fonctionnement courant de l'agence.

- Niveau 2- Renforcé : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire, (PVUS).

Cette plateforme réunit, sous l'autorité d'un pilote, chacun des services concernés de l'ARS et des partenaires extérieurs impliqués dans la gestion de l'événement.

- Niveau 3- Crise : « Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire » (CRAPS).

La CRAPS constitue la cellule régionale de crise de l'ARS.

Cette cellule réunit classiquement cinq composantes :

- composante décision,
- composante situation / opérations,
- composante communication,
- composante expertise,
- supports : logistique, informatique, ressources humaines.

2 - L'Organisation de la réception et de la gestion des signaux d'alerte : (Annexe 2)

ORIGINE DES SIGNAUX D'ALERTE

L'alerte peut être :

- descendante, provenant de la DGS ou de l'InVS, eux-mêmes transmettant également les alertes internationales (ex : coronavirus, tuberculose multi ou ultra résistante aux antibiotiques)

- ou ascendante, provenant d'un établissement de santé, d'un établissement médico-social ou du secteur ambulatoire.

Le signalement externe des infections nosocomiales ou autres se fait :

- pour les établissements sanitaires par l'application e-Sin de télé signalement sur Internet (l'ARS, le CCLIN, l'ARLIN et l'InVS sont tous informés concomitamment)
- pour les établissements médico-sociaux par fax ou par mail à l'ARS parfois doublé d'un appel téléphonique
- ou indirectement, du fait d'un signal relevant d'un autre système de vigilance ou bien encore, éventuellement par tout autre moyen de communication.

RECEPTION, VALIDATION, ANALYSE DES SIGNAUX D'ALERTE

- Au niveau national, le Département des Urgences Sanitaires (DUS) de la DGS et l'InVS réceptionne, valide et analyse le signal.
- Au niveau régional, la Cellule Régionale de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires (CRVGS) de l'ARS et l'ARLIN/CCLIN réceptionnent et valident le signal (recevabilité, pertinence comme signal sanitaire dans le champ de la santé publique) puis analyse ce signal avec, si nécessaire (en fonction du caractère du signal), l'appui de la CIRE.

Quel que soit le mode de signalement, la gestion se fait de manière concertée entre les différents partenaires régionaux concernés (ARS, CCLIN/ARLIN ...). Cette gestion ne doit en aucun cas conduire à des actions isolées de chaque structure impliquée.

GESTION DES SIGNAUX D'ALERTE

En fonction de l'analyse, la gestion du signalement se fait :

- Soit, au niveau local, **dans la très grande majorité des cas** avec l'application du plan local de maîtrise des épidémies au sein de l'établissement et, en fonction de la situation, demande de besoins complémentaires. Le Directeur Général de l'ARS (DG-ARS) est informé.
- Soit, au niveau régional, avec le déclenchement du plan régional de maîtrise des épidémies par le DG-ARS en fonction de critères bien définis.
Ces critères sont présentés dans le chapitre IV « Déclenchement du plan régional ».
- Soit, au niveau zonal et/ou départemental, à travers le dispositif Orsec déclenché par le préfet en lien avec la DGS, l'InVS et l'ARS en cas de risques sanitaires majeurs (Biotox, Charbon, Tularémie, Botulisme, Variole,...). Il n'existe pas de dispositif ORSEC régional.

APPLICATION DES CRITERES DE DECLENCHEMENT DU PLAN REGIONAL (CRVGS, ARLIN/CCLIN, CIRE)

L'analyse de la CRVGS, de l'ARLIN et du CCLIN, en lien avec la DGS et l'InVS/Cire sur les caractéristiques de l'épidémie, son étendue et les premières mesures prises permettent de préciser si l'épidémie répond aux critères de déclenchement du plan régional.

DECLENCHEMENT DU PLAN PAR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS

Le déclenchement du plan appartient au Directeur Général de l'ARS

- Soit sur sollicitation directe de la Direction Générale de la Santé.
- Soit sur sollicitation de l'ARS-ARLIN-CCLIN si les critères locaux régionaux de déclenchement sont remplis.

3 - L'existence dans chaque établissement sanitaire et médico-social d'un Plan Local / Volet Infectieux du plan bleu :

La réglementation impose à chaque établissement sanitaire la rédaction « d'un plan local de maîtrise d'épidémie » et pour les établissements médico-sociaux « d'un volet infectieux » au plan bleu.

Pour être considéré comme efficient le « plan local des ES/volet infectieux des EMS » doit répondre à 6 critères.

Etablissements sanitaires	EHPAD
Plan local de maîtrise d'épidémie	Volet infectieux
C1 : Le plan local est formalisé dans le Plan Blanc	C1 : Le volet infectieux est formalisé dans le Plan Bleu
C2 : Les modalités de déclenchement du plan local sont définies, validées et connues par les instances de l'établissement et définies et connus de l'ensemble des acteurs de l'établissement	C2 : Les modalités de déclenchement du volet infectieux sont définies, validées et connues par les instances de l'établissement et définies et connues de l'ensemble des acteurs de l'établissement
C3 : Les personnes constituant la cellule de crise chargée de la mise en œuvre et du suivi du plan local sont désignées	C3 : Les personnes constituant la cellule de crise chargée de la mise en œuvre et du suivi du volet infectieux sont désignées
C4 : La mise en place d'une unité dédiée au sein de l'établissement sanitaire est possible et comprend : - la libération des locaux - la mise à disposition du personnel dédié - l'approvisionnement en consommables - la réorganisation des activités (Plan de Continuité des Activités) Une unité dédiée peut être organisée, par exemple dans le service de l'hôpital de jour ou de chirurgie ambulatoire	C4 : La procédure d'application du volet infectieux du plan bleu de l'établissement comprend : - les mesures d'adaptation en termes de personnel (rappel personnel, recours remplaçants, priorisation des tâches) - l'approvisionnement en consommables - la mise en place de précautions complémentaires d'hygiène associées ou non à la mise en place d'un isolement géographique (chambre individuelle) - la réorganisation des activités (Plan de Continuité des Activités)
C5 : En cas d'impossibilité de prendre en charge sur place certains types de patients en raison du risque infectieux, les conditions de transfert vers un autre établissement sont précisées et définies par voie conventionnelle - dossier de liaison d'urgence - statut du patient - précautions d'hygiène liées au transport sanitaire	C5 : En cas d'impossibilité de prendre en charge sur place certains types de patients en raison du risque infectieux, les conditions de transfert vers un autre établissement sont précisées et définies dans la convention entre l'EHPAD et le centre hospitalier de référence : - utilisation du dossier de liaison d'urgence. - statut du résident en matière de risque infectieux. - mise en œuvre des précautions d'hygiène liées au transport sanitaire.
C6 : Selon la nature de l'épidémie et son potentiel de diffusion à l'extérieur de l'établissement sanitaire, un signalement via e-sin au CCLIN/ARLIN et à l'ARS (conformément au décret du 26 juillet 2011) est prévu dans les meilleurs délais et les modalités sont décrites dans le plan local	C6 : Selon la nature de l'épidémie et son potentiel de diffusion à l'extérieur de l'établissement, un signalement à l'ARS est prévu dans les meilleurs délais et les modalités sont décrites dans le volet infectieux du plan bleu

4 - Les structures, professionnels et personnes ressources impliqués dans le Plan Régional (Annexe 3) :

Le dispositif de maîtrise d'une épidémie repose sur :

- d'une part, la coordination des différentes structures et différents professionnels impliqués directement par l'épidémie
- d'autre part, sur la mobilisation de différents partenaires de part leur expertise dans la gestion d'un événement épidémique.

Ainsi, parmi les structures et professionnels impliqués, sont recensés :

- les établissements de santé publics, privés, ESPIC (Annuaire mis à jour annuellement par l'ARLIN)
- les SAMU de la région
- les Laboratoires référents de microbiologie de la région. (Annuaire mis à jour annuellement par l'ARS)
- les Etablissements médico-sociaux. (Annuaire mis à jour annuellement par l'ARS)
- les Médecins libéraux dont médecins coordonnateurs d'EHPAD ; relais via les ordres départementaux et l'URPS

En ce qui concerne les partenaires et les personnes ressources, sont recensés :

- au niveau local : les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, le laboratoire et le service des maladies infectieuses des établissements concernés
- au niveau régional : l'ARS, l'ARLIN, la CIRE
- au niveau interrégional : Les CCLINS et autres ARLINs, la cellule zonale de défense et sécurité
- au niveau national : Les Centres Nationaux de Références(CNR), L'Institut de Veille sanitaire (InVS), la Direction des Urgences Sanitaires (DUS).

L'annexe 3 du plan régional recense l'ensemble de ces informations mises à la disposition de la cellule régionale de gestion.

5 - L'existence de laboratoires de microbiologie référents performants

Ces laboratoires de microbiologie sont confrontés à un challenge important : assurer une détection de qualité des agents infectieux émergents (Bactéries Multirésistantes et Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques et/ou hypervirulentes, virus, champignons...) en mettant en place rapidement de nouvelles techniques de dépistage alors même que dans la plupart des cas ces techniques ne sont pas encore commercialisées.

La collaboration avec les Centres Nationaux de Référence est alors indispensable (dons de souches de référence, dons de réactifs dans l'attente d'une commande spécifique, expertise sur les différentes techniques utilisables...).

De plus, des moyens doivent être mis à disposition de ces laboratoires pour :

1. qu'ils puissent travailler dans des conditions assurant la protection des techniciens (formation et habilitation, PSM en nombre suffisant, laboratoire L3 si nécessaire, matériel de protection type combinaisons, masques et lunettes),
2. qu'ils aient accès facilement à un plateau technique performant disposant d'outils de détection/ caractérisation performants (ex : PCR multiplex en temps réel, séquençage...).
3. qu'ils aient du personnel en nombre suffisant pour développer et tester ces nouvelles méthodes de diagnostic, et les effectuer en urgence (si nécessaire le week-end ou la nuit) afin d'assurer la prise en charge du malade infecté,
4. qu'ils puissent disposer d'outils de détection/ caractérisation performants (ex : PCR multiplex en temps réel).

Dans ces conditions, les laboratoires pourront agir à différents niveaux :

- screening rapide de ces agents infectieux multi résistants aux antibiotiques ou hypervirulents (milieux de culture sélectifs, PCR directement sur prélèvement en cas d'épidémie,)
- confirmation du mécanisme de résistance ou de la virulence de l'agent infectieux par technique de biologie moléculaire sur des automates permettant des petites séries,
- et dépistage d'une épidémie (outils moléculaires de typage).

Actuellement en Rhône Alpes, quelques laboratoires répondent aux exigences ci-dessus mentionnées. Il s'agit principalement des laboratoires des CHU ST Etienne, CHU Grenoble, CHU HCL groupement Nord, CHU HCL groupement Sud, CH Valence, Centre hospitalier Alpes Léman (74).

III - La cellule régionale de gestion de l'épidémie

La cellule régionale de gestion de l'épidémie constitue la pièce maîtresse du dispositif.

Cette cellule

- s'identifie à la « Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire » (CRAPS) quand la crise ne concerne qu'un problème de gestion d'une épidémie touchant des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- mais devient une composante de la CRAPS, quand la crise est multifocale et plus complexe faisant intervenir d'autres problématiques.

1 - Composition de la cellule régionale de gestion de l'épidémie (Annexe 4)

Sa composition est bien sûr très spécifique au regard des problèmes à traiter.

- Sa Composante situation / opérations réunit en effet
 - L'ARS pour les champs de veille et sécurité sanitaire, hospitaliers et médico-social,
 - L'ARLIN pour l'approche épidémiologique, l'expertise (évaluation du risque, proposition de recommandations et aide à la mise en place des mesures),
 - La CIRE pour l'approche épidémiologique,
- Sa Composante expertise réunit en fonction de la nature de l'épisode.
 - Des experts infectiologues
 - Des experts microbiologistes (bactériologues, virologues, voir mycologues ou parasitologues)
 - Des experts hygiénistes

L'ensemble de ces experts a été préalablement identifié et chaque domaine d'expertise est représenté par un titulaire et deux suppléants.

Par ailleurs, sont étroitement associés à la cellule de gestion régionale de gestion de l'épidémie en tant que de besoins :

- Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)
- Les directeurs des établissements concernés ou leurs représentants
- Les président(s) de CME des établissements concernés ou leurs représentants
- Les praticiens responsables de l'équipe opérationnelle d'hygiène des établissements concernés ou leurs représentants
- Les biologiste(s) des établissements concernés ou leurs représentants
- Le médecin du travail des établissements concernés si besoin
- Les directeur(s) des soins des établissements concernés ou leurs représentants
- Le CCLIN Sud-Est en cas d'épidémie interrégionale
- Toute autre personne invitée par l'ARS, sur demande d'un des membres de la cellule, pour faire part de son expertise.

2 - Missions

Les missions de la cellule régionale de gestion de l'épidémie sont au nombre de 8 :

- 1) Définir les **caractéristiques de l'épidémie**
- 2) Préciser **l'étendue de l'alerte et les mesures déjà prises localement**
- 3) Préciser les partenaires à associer pour une maîtrise de l'épidémie
- 4) Déterminer les **mesures nouvelles à mettre en place** aux niveaux local et régional et Evaluer la nécessité d'une **modification transitoire de l'offre de soins**
- 5) **Assurer un suivi** de l'épidémie (rapport intermédiaire)
- 6) Organiser la **levée des mesures** et la reprise des activités
- 7) Rédiger et diffuser un **rapport final** de synthèse
- 8) **Evaluer les coûts directs et indirects** engendrés par la gestion de l'épidémie

3 - Fonctionnement de la cellule régionale de gestion de l'épidémie (Annexe 5)

Le fonctionnement de la cellule **régionale de gestion de l'épidémie** obéit à des règles édictées dans le **plan de conduite de crise ARS RA**.

Mais il est dicté par un souci d'efficacité et de simplicité.

Son organisation répond au principe de gradation selon 3 niveaux, afin d'ajuster au mieux les ressources mobilisées à la gravité de la situation.

Ainsi à partir de la réception du signal et de son analyse, trois postures peuvent être adoptées :

- Au Niveau 1 - Veille et gestion des alertes sanitaires :

Ce niveau correspond au fonctionnement courant de l'ARS.

Les critères de déclenchement du plan ne sont pas réunis mais l'agence, en relation avec le CCLIN-ARLIN, peut solliciter un **avis auprès de la composante expertise, devant un signalement « inhabituel »**.

Ce niveau 1 reste sous l'autorité du Directeur de la Santé Publique de l'ARS.

- Au Niveau 2 - Renforcé : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire, (PVUS) :

Les critères de déclenchement sont partiellement réunis **MAIS**

---- la situation demande à être analysée de manière approfondie avant un éventuel déclenchement du niveau 3

----- et un certain nombre de mesures peuvent être prises rapidement.

L'agence peut décider de réunir les deux composantes de la cellule régionale de gestion de l'épidémie : Composante situations / opérations et Composante expertise.

Un compte rendu de réunion est transmis au DG de l'ARS qui décide alors des suites à donner.

- Au Niveau 3 - Crise : « Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire » (CRAPS) :

L'activation de la CRAPS **est de la responsabilité du directeur général de l'ARS** qui s'appuie sur le CCLIN-ARLIN/CIRE et est en lien nationalement avec la DGS et l'InVS.

La cellule régionale de gestion de l'épidémie s'identifie à la CRAPS pour les crises centrées sur les problèmes de gestion d'une épidémie touchant des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les critères de déclenchement sont réunis et présentent un caractère de gravité sanitaire important nécessitant l'activation de la CRAPS.

La cellule régionale de gestion de l'épidémie regroupe à minima les composantes suivantes :

- composante décision,
- composante situation / opérations,
- composante expertise,
- composante communication,
- supports : logistique, informatique, ressources humaines.

Le directeur nomme un représentant de l'ARS au sein de la cellule qui sera chargé de coordonner les travaux de celle-ci.

Localisation de la cellule régionale de gestion de l'épidémie :

- La cellule est habituellement localisée dans les locaux de l'ARS.

Modalité de pilotage

- L'ARS assure le secrétariat de la cellule régionale de gestion de l'épidémie
 - Convocation des membres de la cellule par mail ou téléphone
 - Elaboration de l'ordre du jour
 - Compte rendu de réunion
- L'ARS assure par ailleurs le pilotage de chaque réunion en collaboration avec l'ARLIN.

Rythme des réunions

- Le rythme des réunions est variable en fonction de la nature des problèmes rencontrés. Dans tous les cas, ces réunions doivent permettre d'assurer une continuité dans la prise en charge du problème épidémique.
- Dans la mesure du possible, chaque réunion prévoit la date de la réunion suivante.

Modalités de réunion

- Les réunions pourront s'organiser selon différentes modalités en fonction des nécessités : réunion dans les locaux de l'ARS, visioconférence, réunions téléphoniques.

4 - Rôle des différents acteurs de la cellule (Annexes 6)

Chaque acteur joue un rôle particulier au sein de la cellule et la connaissance de ce rôle par les autres membres de la cellule est fondamentale.

L'annexe 6 retrace en 7 fiches le rôle des principaux acteurs de la cellule de coordination : ARS, ARLIN, CIRE, Hygiéniste, Infectiologue, Bactériologue, Virologue.

IV - Déclenchement du plan régional

Le déclenchement du plan régional de maîtrise des épidémies doit reposer sur l'association plus ou moins complète de 6 critères :

1. Importance de l'épidémie préalablement confirmée.
2. Nature de l'agent infectieux en cause.
3. Importance technique et humaine des mesures de gestion à mettre en place localement.
4. Mesures de gestion locale mises en place insuffisantes ou dépassées.
5. Impact sanitaire important du phénomène épidémique observé.
6. Répercussions médiatiques non maîtrisées ou nécessité d'une information spécifique auprès des professionnels de santé et du grand public.

1. Importance de l'épidémie préalablement confirmée (infections/colonisations, agent infectieux ...) :

L'importance de l'épidémie est appréciée sur :

- Le nombre de cas (dispersion épidémique) ;
- Le nombre d'unités / établissements de santé concernés (dispersion géographique) ;
- La chronologie d'apparition des cas (dispersion temporelle) ;
- La gravité des cas cliniques : morbidité, mortalité, population à risque.

2. Nature de l'agent infectieux en cause :

L'agent infectieux représente, par ses caractéristiques, une menace sanitaire avérée du fait de

- Sa virulence ou sa létalité (ex.: virus émergents) ;

- Son pouvoir épidémiogène et sa contagiosité (entérobactéries productrices de carbapénèmase, virus émergents ...) ;
- Sa résistance aux thérapeutiques anti-infectieuses (entérocoques résistants aux glycopeptides, entérobactéries productrices de carbapénèmase, *Mycobacterium tuberculosis* ultra-résistant aux antibiotiques...).

3. Importance technique et humaine des mesures de gestion à mettre en place localement :

L'établissement doit mobiliser des ressources techniques et humaines importantes pour faire face à la situation :

- Unité de soins dédiée avec personnel de soin dédié (plan local) ;
- Mesures techniques spécifiques (chambre à pression négative).

4. Mesures de gestion locale mises en place insuffisantes ou dépassées :

- Nouveaux cas au sein de l'établissement parmi les usagers / les professionnels de santé ;
- Nouveaux cas identifiés dans d'autres établissements de santé suite à des transferts.

5. Impact sanitaire important ou potentiellement important du phénomène épidémique observé :

- sur les professionnels de santé (absentéisme) ;
- en termes de réorganisation de l'offre de soins localement ou régionalement (par exemple, un service d'hématologie clinique concerné par un phénomène épidémique nécessitant d'orienter de nouveaux patients sur une autre structure de soins offrant une prestation équivalente) ;
- ou en lien avec une autre vigilance (par exemple : pharmacovigilance, matériovigilance en cas de produits pharmaceutiques contaminés par un agent infectieux ou un défaut de stérilisation d'un dispositif médical ...).

6. Répercussions médiatiques non maîtrisées ou nécessité d'une information spécifique auprès des professionnels de santé et du grand public :

- via l'audiovisuel
- via la presse écrite
- via les réseaux sociaux

Le déclenchement du plan sera proposé au directeur de l'ARS devant l'association de plusieurs critères.

Deux exemples permettent de comprendre la nécessité ou non de déclencher le plan régional.

1°) Exemple 1

Identification d'une épidémie installée de 12 cas d'ERG sur un établissement de santé donné :

- *mesures d'hygiène mises en place et évaluées : Précautions complémentaires d'hygiène (PCC), unité dédiée, dépistage des contacts, suivis des transferts.*
- *pas de nouveau cas identifié depuis la mise en place des mesures d'hygiène dans l'établissement de santé.*
- *Transfert d'un patient porteur sur un second établissement et identification de 4 cas de transmissions croisées sans nouveau cas identifié après la mise en place des mesures d'hygiène (secteur dédié, personnel dédié, PCC, dépistage des contacts).*

Ici, le phénomène épidémique est maîtrisé : pas de proposition de déclenchement du plan régional.

2°) Exemple 2 :

Epidémie touchant 15 porteurs d'entérobactéries productrices de carbapénèmases évoluant depuis 12 mois,

- *un service point de départ est identifié*
- *non-respect des mesures de prévention de la transmission croisée (pas d'unité dédiée, pas de mise en place de PCC, pas de limitation des transferts, pas d'information des mesures à mettre en place lors d'un transfert, pas de dépistage des contacts)*
- *5 établissements de santé concernés sur plusieurs départements*
- *2 régions concernées par la présence de patients porteurs*

Ici le phénomène épidémique n'est pas maîtrisé : proposition de déclenchement du plan régional.

V - Les mesures opérationnelles du plan

La cellule régionale de gestion de l'épidémie regroupée à la demande du directeur général de l'ARS doit :

- procéder à une analyse de la situation,
- et proposer un certain nombre de mesures.

1 - L'analyse de la situation

L'analyse de la situation se fait à partir :

- des caractéristiques de l'épidémie et de l'agent infectieux,
- des mesures déjà prises dans les établissements concernés.

1-1 Les caractéristiques de l'épidémie et l'étendue de l'alerte (Annexe 7)

L'ARLIN/CCLIN, la CIRE et la CRVGS présenteront une analyse de la situation épidémique qui devra préciser :

- Les caractéristiques de l'agent infectieux :
 - ✓ virulence ou létalité
 - ✓ pouvoir épidémiogène et contagiosité
 - ✓ résistance de l'agent infectieux aux thérapeutiques anti-infectieuses
- L'étendue de l'alerte :
 - ✓ Limitée à l'établissement de santé
 - ✓ Limitée à un bassin de population
 - ✓ Régionale
 - ✓ Supra régionale
- Les caractéristiques de l'épidémie :
 - ✓ potentiel épidémique :
 - risque d'extension à plusieurs établissements de santé et autre(s) collectivité(s) d'hébergement du bassin de population
 - risque d'extension régionale ou inter régionale
 - ✓ risque morbide :
 - risque modéré, grave ou mortel
 - infection nécessitant une prise en charge médicale bien codifiée et connue
 - infection nécessitant une prise en charge médicale par des experts ou équipe entraînée

Pour faciliter le recueil de ces informations et la diffusion pour analyse aux membres de la cellule régionale de gestion de l'épidémie, une fiche outil « caractéristiques de l'Epidémie » est annexée au plan régional (Annexe 7).

1 – 2 Les mesures déjà prises localement

L'ARLIN en association avec la CRVGS recenseront l'ensemble des mesures déjà prises par chaque établissement et les moyens de contrôle de la dissémination mise en place dans les établissements.

Pour faciliter le recueil de ces informations et leur diffusion aux membres de la cellule régionale de gestion de l'épidémie, une « fiche suivi de l'épidémie » est annexée au plan régional (Annexe : 10).

2 – Les nouvelles mesures à mettre en place

Après analyse des informations recueillies, la cellule régionale propose toutes mesures visant :

- à compléter les dispositions déjà prises voire à les renforcer,
- à mettre en cohérence, en synergie, les dispositions déjà prises par les établissements concernés.

2-1 Mesures pouvant être mises en place par les établissements concernés

- Mesures d'hygiène :
 - Précautions standard
 - Précautions complémentaires d'hygiène
- Mesures de Sectorisation / unité dédiée :
 - Chambres individuelles ; chambre à pression négative
 - Sectorisation
 - Des patients
 - Des contacts nouvellement admis
- Mesures visant à modifier l'offre de soins sur plusieurs établissements de la région :
 - Réduction d'activité
 - Arrêt des admissions de malades
 - Arrêt transferts intra établissement
 - Arrêt transferts extra-établissement
 - Déprogrammation de certains actes
 - Suspension des activités à risque
 - Organisation des transferts de patients
 - Etc. ...
- Mesures visant à protéger les personnels
- Mesures de dépistage

2-2 Mesures de cohorting régional / unité dédiée régionale (Annexe 8) (Annexe 9)

Pré requis

Une unité dédiée régionale ne saurait être efficace si on ne s'assure pas au préalable qu'un niveau élevé d'hygiène sera respecté dans ces secteurs. Ces secteurs seront donc organisés :

- dans des établissements disposant d'une organisation solide de la prévention du risque infectieux (CLIN opérationnel, équipe opérationnelle d'hygiène conforme avec les ratios définis dans la circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé) ;
- et dans des services en relation régulière avec l'équipe opérationnelle d'hygiène dont les personnels (jour, nuit, week-end) sont formés à la prévention du risque infectieux.

Organisation

Le terme de cohorting comprend la notion de sectorisation géographique et de personnel dédié. Son organisation répond à l'organisation décrite dans la fiche outil « unité dédiée ».

Localisation

- **Le premier niveau de cohorting est local. Il est inscrit** dans les plans locaux de gestion des épidémies de chaque établissement sanitaire et médico social (volet infectieux du plan bleu).
- **Un second niveau de cohorting départemental** peut être envisagé avant d'organiser un cohorting régional.
 - Les établissements de la région susceptibles d'accueillir une unité dédiée départementale sont listés dans l'annexe 9.

- La localisation de cette ou ces unités dédiées sera précisée par la cellule régionale de gestion des épidémies selon notamment la localisation géographique de l'épidémie.
- Enfin un **cohorting régional** peut être envisagé.
 - ✓ Les établissements de la région susceptibles d'accueillir une unité dédiée régionale sont listés en annexe 9 ;
 - ✓ La localisation de cette ou ces unités sera choisie par la cellule régionale de gestion des épidémies selon notamment la localisation géographique de l'épidémie.

Les unités dédiées départementales et régionales sont identifiées dans les plans locaux de gestions d'épidémie comme unité dédiée locale.

Quand ouvrir une unité dédiée départementale ou régionale ?

La cellule régionale de gestion des épidémies pourra demander l'ouverture d'une ou de plusieurs unités dédiées départementales ou régionales en s'appuyant sur un faisceau d'arguments, variables selon chaque épidémie.

Ces arguments comprendront notamment :

- la nécessité d'une prise en charge impliquant une haute technicité de soins ou environnementale
- et/ou le dépassement des capacités locales de prise en charge des cas.

Obligations liées à l'ouverture d'une unité dédiée départementale ou régionale

La cellule régionale de gestion précisera les obligations auxquelles ce secteur devra répondre :

- type de prise en charge / de spécialité nécessaire (réanimation néonatale, SSR, ...),
- soins de hautes technicités indispensables (ECMO...),
- particularités architecturales (chambres à pression négative...),
- obligations auxquelles doivent répondre le laboratoire (confère paragraphe II-5).

Ce secteur doit être mobilisable en 72 heures.

Dans tous les cas, la décision d'ouverture d'une unité dédiée à vocation départementale ou régionale est du ressort exclusif du directeur général de l'ARS, sur proposition de la cellule régionale de gestion et avec un objectif précis de santé publique : prévenir ou maîtriser une épidémie touchant un ou plusieurs départements, voire toute la région.

3- Autres mesures

3-1 Rôle des laboratoires

Les laboratoires doivent être associés de manière obligatoire à la gestion de l'épidémie. En fonction de la situation, la cellule de gestion pourra proposer :

- Une centralisation ou non des analyses sur un laboratoire de référence
- Une communication centralisée des résultats à partir de l'ARS plutôt que des communications morcelées et incomplètes par chaque établissement et laboratoire concerné.

3-2 Rôle des pharmacies hospitalières

Elles peuvent être mobilisées lors de l'activation du plan régional pour répondre à une demande importante d'antibiotiques, d'antiviraux, de solutions antiseptiques et de masques et blouses.

Cette mobilisation, si elle est brutale, peut poser problème au regard de la gestion à flux tendu des stocks hospitaliers.

A noter cependant l'existence d'un stock stratégique de réserve, géré par l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) et qui peut être mobilisé à tout moment à la demande du Directeur Général de l'ARS.

3-3 Procédure régionale de transfert

Il convient d'encadrer très rigoureusement les transferts de patients infectés ou colonisés par une BMR ou une BHRe. La traçabilité de tout patient infecté ou colonisé par une BMR/BHRe doit être assurée par l'établissement à l'origine du transfert vers l'établissement accueillant.

Il convient notamment de :

- notifier le statut BMR/BHRe+ dans les courriers et documents de sortie/de transfert, et apposer le cas échéant une signalétique ou un pictogramme notifiant le statut du patient.
- Informer les ambulanciers et leur donner des documents expliquant la conduite à tenir si de tels documents existent. A défaut, leur donner le protocole de prise en charge des patients BMR/BHRe+ lors des transports sanitaires.

3-4 Outil régional de traçabilité

Actuellement un outil régional de traçabilité est en cours d'élaboration. Il doit permettre :

- d'identifier les patients (respect des règles de confidentialité) porteurs de BMR lors de toute admission dans un établissement sanitaire.
- et faciliter la traçabilité de ces porteurs et d'un établissement à l'autre et au sein d'un même établissement.

La description et les fonctionnalités de cet outil feront l'objet d'une annexe au plan dès que celui-ci sera opérationnel.

3-5 Mesures spécifiques dans le secteur Médico-social

Diverses mesures spécifiques peuvent être envisagées au sein d'un établissement médico-social.

Parmi elles, la cellule de gestion pourra proposer :

- L'arrêt des animations ;
- Une limitation ou une suppression des visites ;
- Une limitation ou suppression des interventions extérieures ;
- La mise en œuvre du plan de continuité des activités (PCA).

VI - Le suivi du plan

1 - Rôle de la cellule régionale d'appui et de pilotage dans le suivi de l'épidémie

La CRAPS assure le suivi de l'épidémie dans la durée et propose les mesures adaptatives nécessaires.

Le suivi de l'épidémie doit permettre d'évaluer périodiquement :

- ✓ l'extension géographique de l'épidémie, le nombre et types d'établissements concernés,
- ✓ le nombre de cas concernés par l'épidémie à classer en cas certains, probables et possibles, ainsi que la gravité des cas,
- ✓ le nombre de transferts de patients nécessaire en unité spécialisée (réanimation...),
- ✓ le nombre de décès en évaluant le caractère attribuable ou non à l'épisode,
- ✓ l'assurance de la maîtrise et de la fin de l'épisode,

Pour assurer le suivi, la cellule régionale dispose pour cela :

- ✓ D'une cellule de suivi épidémiologique ;
- ✓ D'une équipe mobile d'appui et de contrôle.

2 - La cellule de suivi épidémiologique (Annexe 10)

Elle est constituée principalement par l'ARS (CRVGS-CIRE), l'ARLIN/CCLIN.

Cette cellule peut être complétée si nécessaire par toute structure nationale, régionale ou locale reconnue pour son expertise. Elle s'appuie, pour ses rapports, sur l'annexe 10 du plan régional.

3 - L'équipe mobile d'appui, de contrôle et de suivi des mesures décidées.

Une équipe mobile d'appui, de contrôle et de suivi est mise en place si nécessaire par le directeur général de l'ARS ou son représentant.

Elle est constituée par l'ARS, l'ARLIN/CCLIN.

Sa mission est triple :

- appui aux établissements (mission principalement assurée par l'ARLIN),
- suivi et contrôle des mesures décidées (mission relevant de l'ARS),
- reporting à la cellule de crise régionale.

4 - La levée des mesures

Elle est le plus souvent progressive et doit permettre la reprise des activités **normales** des établissements concernés.

Elle est suivie par la cellule régionale qui en propose les modalités et précise le niveau d'alerte dans lequel la situation doit être gérée.

Au départ, trois conditions doivent être au moins réunies pour proposer aux établissements de la région la levée des mesures :

- Condition 1 : La transmission croisée de l'agent infectieux est maîtrisée
 - Pas de nouveau cas identifié selon la période d'incubation de l'infection (si cette dernière est connue) ;
 - Pas de nouvel établissement concerné par l'épidémie ;
 - Identification du cas index (si ce cas n'avait pas été identifié antérieurement) ;
 - Cas regroupés géographiquement avec mise en place effective de mesures de prévention de la transmission croisée (secteur dédié, personnel dédié, contrôle des transferts de patients, information des établissements de santé d'aval ...).
- Condition 2 : Il existe une diminution du nombre de cas hospitalisés ;
- Condition 3 : Le nombre d'établissements concernés est en diminution.

La levée des mesures sera donc proposée avec beaucoup de discernement si les trois conditions sont réunies et après une analyse très fine de la situation d'ensemble.

6 - Le rapport final (Annexe 11)

La cellule doit s'assurer de la rédaction d'un rapport final qui :

- synthétise l'investigation épidémiologique
- décrit l'ensemble des mesures proposées pour maîtriser l'épidémie
- et permet d'accumuler de l'expérience et de promouvoir les mesures de contrôle mises en œuvre pour prévenir toute récurrence.

En amont, il est donc fortement recommandé une traçabilité des données et des décisions prises.

Ce rapport final est diffusé par l'ARS :

- aux établissements concernés,
- à l'InVS et à la DGS.

L'annexe 11 fixe le cadre du « Rapport Final » qui s'apparente à un « Retour d'Expérience »

7 - L'évaluation des coûts directs et indirects (Annexe 12)

La mise en œuvre du plan régional par les établissements et la mise en place de mesures exceptionnelles et transitoires générera forcément des surcoûts au sein des établissements impliqués. Il appartient donc à ces établissements d'identifier très précisément ces surcoûts qui feront l'objet d'une analyse par les directions concernées de l'ARS.

L'annexe 12 contient un tableau d'évaluation des coûts liés à la gestion d'un phénomène épidémique au sein d'un établissement.

VII - La communication

Dans un contexte de fortes attentes de transparence de la part de l'opinion publique et d'accélération de la diffusion de l'information, la communication constitue un élément essentiel de la mise en œuvre du plan régional.

Une attention toute particulière doit donc être portée sur la dimension communication, à la fois interne et externe en lien avec le niveau national et les niveaux départementaux et interrégionaux.

Toute stratégie d'information et de communication de crise doit se faire en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'Etat, établissements de santé, professionnels de santé, collectivités locales et territoriales, etc.), afin de garantir une communication harmonisée et cohérente, notamment si plusieurs départements ou régions sont concernés.

La communication interne

- Elle doit permettre une bonne information des parties prenantes (personnel de l'ARS, membres de la cellule de gestion et établissements concernés directement par la mise en œuvre du plan régional).
- Elle est facilitée par les outils spécifiques du Plan Régional.
- Elle est de nature essentiellement technique.
- Elle est organisée par la cellule régionale de gestion de l'épidémie.

La communication externe est du ressort du directeur général de l'ARS qui réunit autour de lui une cellule de communication.

Elle est organisée par la composante communication de la CRAPS.

La cellule de communication réunit deux valences :

- une valence médico-administrative issue de l'ARS
- une valence technique et expertale comprenant l'ARLIN/CCLIN et les experts biologistes, infectiologues et hygiénistes réunis dans la cellule régionale de gestion.

Elle travaille en collaboration étroite avec les autres composantes de la cellule de gestion de l'épidémie et avec la direction générale de l'ARS.

Elle est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie de communication de l'ARS.

Elle s'assure de la diffusion des messages officiels (Communiqué de Presse, Frequently asked questions (FAQ), supports de communication divers, ...).

Cette communication peut concerner :

- ✓ la communauté médicale libérale,
- ✓ les professionnels de santé du ou des établissements concernés et/ou à élargir à l'ensemble des établissements de santé de la région,
- ✓ le grand public par l'intermédiaire des médias.

VIII - Diffusion et mise à jour du plan

La diffusion et les mises à jour du plan sont du ressort exclusif de l'ARS.

IX – Annexe

1. Annexe 1 : Le Plan de conduite de crise de l'ARS Rhône-Alpes
2. Annexe 2 : Organisation de la réception et gestion des signaux d'alerte
3. Annexe 3 : Annuaire des partenaires impliqués dans le plan
4. Annexe 4 : Liste des membres de la cellule de gestion régionale
5. Annexe 5 : Fonctionnement de la cellule régionale de gestion de l'épidémie.
6. Annexe 6: Fiches Acteurs (ARS, ARLIN, CIRE, Hygiéniste, Infectiologue, Bactériologue, Virologue)
7. Annexe 7 : Fiche outil « Caractéristiques de l'Epidémie »
8. Annexe 8 : Fiche outil Organisation d'une unité dédiée.

9. Annexe 9 : Liste des établissements susceptibles d'être sollicités pour une unité dédiée départementale ou régionale.
10. Annexe 10 : Fiche outil « Suivi de l'épidémie et des mesures prises»
11. Annexe 11 : Fiche outil « Rapport final »
12. Annexe 12 : Fiche outil « Analyse des surcoûts »
13. Annexe 13 : Liste des membres du groupe projet
14. Annexe 14 : Glossaire et Définitions

Annexe 1

Le plan de conduite de crise ARS Rhône-Alpes.

Référence réglementaire : *Instruction N°DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.*

Ce plan a pour objectif de permettre à l'ARS de répondre à toute situation sanitaire exceptionnelle qui, au sens de la circulaire du 27 juin 2013, s'entend comme la survenue

- d'un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu,
- qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'impact sur la santé des populations, ou de fonctionnement du système de santé) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise,
- et qui nécessite des moyens de gestion dépassant les moyens courants.

L'organisation de l'ARS décrite dans le plan de conduite de crise s'applique à tous les plans de gestion de situations exceptionnelles élaborés par l'ARS et donc au « plan régional de maîtrise des épidémies au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux »

Dans ce plan l'organisation de l'ARS Rhône-Alpes répond au principe de gradation selon 3 niveaux, afin d'ajuster au mieux les ressources mobilisées à la gravité de la situation.

Ainsi à partir de la réception du signal et de son analyse, trois postures peuvent être adoptées :

- Niveau 1- Veille et gestion des alertes sanitaires

Ce niveau correspond au fonctionnement courant du Point Focal Régional de l'agence.

Ce dernier a pour mission de centraliser tout signalement externe ou interne à l'Agence Régionale de Santé.

- Niveau 2- Renforcé : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire, (PVUS).

Cette plateforme réunit, sous l'autorité d'un pilote, chacun des services concernés de l'ARS et des partenaires extérieurs impliqués dans la gestion de l'évènement.

- Il n'y a pas d'armement physique d'une salle de crise
- Les sollicitations sont ponctuelles et peuvent s'accorder avec une poursuite des activités courantes.

- Niveau 3- Crise : « Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire » (CRAPS).

La CRAPS constitue la cellule régionale de crise l'ARS.

Cette cellule réunit classiquement cinq composantes :

- composante décision,
- composante situation / opérations
- composante communication
- composante expertise,
- supports : logistique, informatique, ressources humaines.

La composante décision

Elle est présidée par le Directeur général de l'ARS ou son représentant.

Elle est rassemblée ponctuellement à échéance régulière ou à la demande du pilote de la gestion de crise.

Rôle :

- Prend connaissance des éléments d'analyse et des propositions d'actions produits par la composante situation.
- Arrête les décisions stratégiques majeures relatives à son champ d'action, aux fins d'orienter la réponse aux situations exceptionnelles en cours.
- Valide la stratégie de communication et les éléments de langage proposés par la composante communication.
- Rend des arbitrages et décide des orientations à décliner dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de gestion.

La composante situation / opération

Elle est le centre névralgique de la cellule de crise

Elle est en lien permanent avec l'échelon national et les partenaires locaux : opérateurs sanitaires : SAMU, établissements de santé, établissements médico-sociaux, libéraux, pour recueil d'informations et transmissions d'instructions,

Son animation suppose la nomination d'un pilote en charge de l'animation des différentes composantes de la cellule de crise.

Rôle :

- Assure la compilation et le reporting des informations de terrain recueillies, à destination des autorités décisionnelles, ainsi que vers l'échelon national (CORRUSS/CCS).
- Met en application et décline les décisions arrêtées par la composante décision.
- Assure un retour d'information sur les actions réalisées.
- Réceptionne les demandes d'appui et d'expertise formulées et en assure le suivi.
- Réalise les points de situation en vue d'apporter une aide à la décision à la composante décisionnelle et une visibilité au niveau national.
- Assure la production et la transmission de communications, instructions et conduites à tenir aux partenaires sanitaires de sa région.
- Tient la main-courante compilant ainsi l'ensemble des actions et points marquants de la période de gestion de crise.

La composante expertise

Elle est rassemblée afin de produire une expertise sur un ou des domaine(s) spécifique(s) impacté(s) par l'évènement, en vue de contribuer à la mission d'aide à la décision dans les champs qui la/les concerne(nt).

Elle regroupe différents personnels selon les thématiques impactées par la situation de crise.

Rôle :

- Participe à la production d'indicateurs, de recommandations et avis, d'analyses au bénéfice de la composante situation / opération
- Apporte une aide à la décision aux autorités de l'ARS

La composante communication

Elle est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre de la stratégie de communication de l'ARS, dans le cadre de l'éventuelle communication régionale voir nationale.

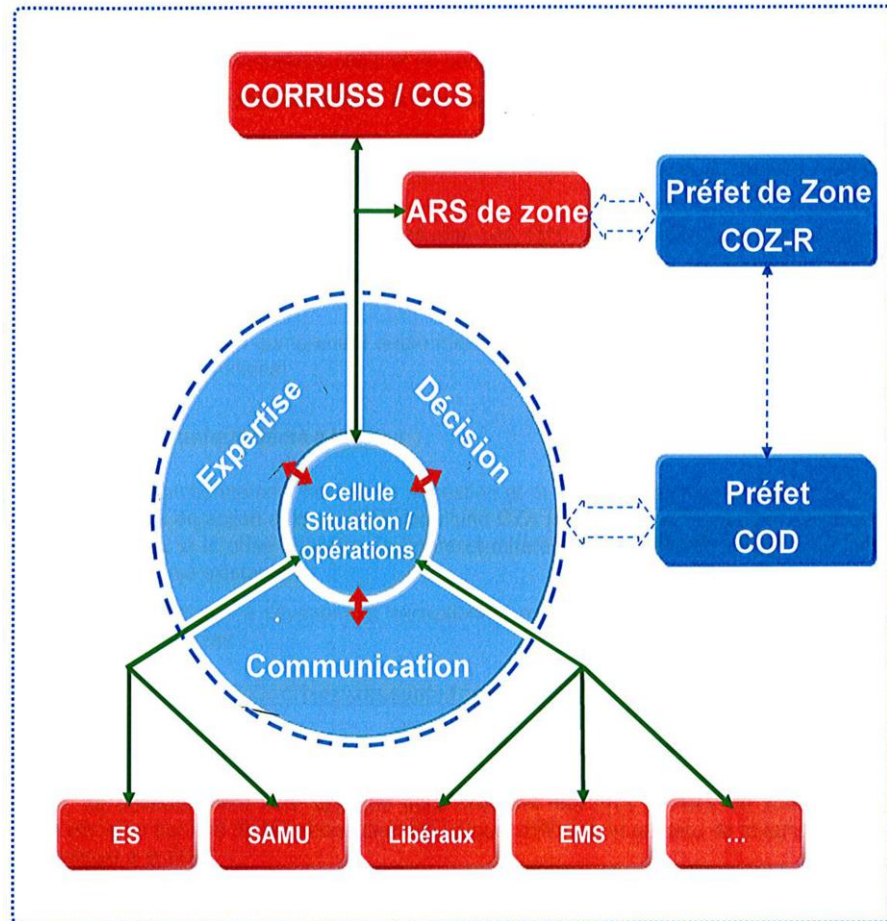
Rôle :

- Assure la veille média et la réponse aux éventuelles sollicitations médiatiques, en lien avec l'échelon national.
- Garde un lien privilégié avec le service de communication du ministère de la santé pour toute demande d'appui et stratégie de communication nationale éventuelle.

La composante support(s) : logistique, informatique, ressources humaines, etc.

Elle est organisée spécifiquement pour répondre aux besoins des autres composantes et permettre le fonctionnement optimal de la cellule de crise sur les problématiques informatique, téléphonique, logistique, de ressources humaines, des services généraux et de sécurité

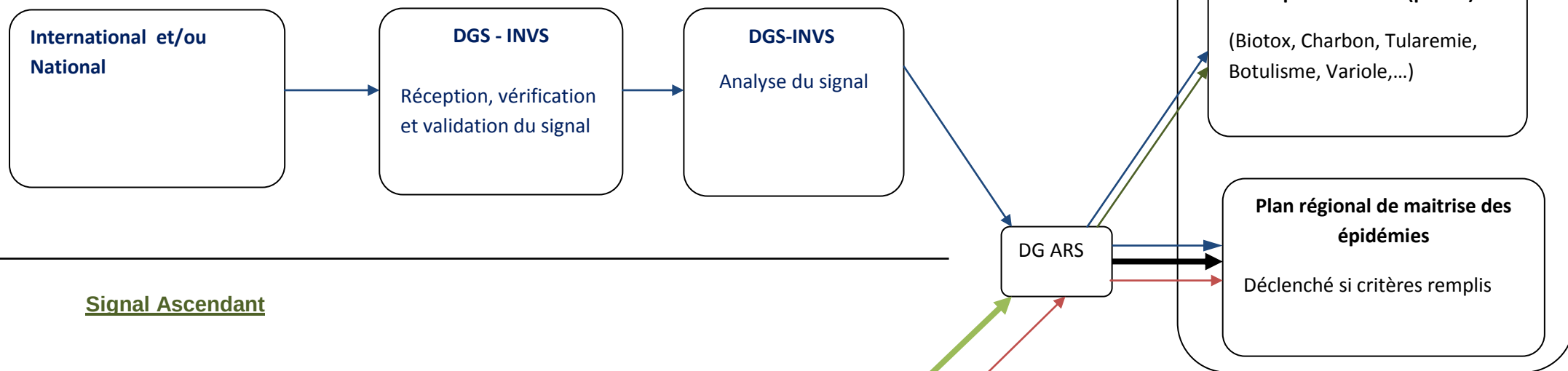
Une nouvelle organisation territoriale de la gestion des situations exceptionnelles par l'ARS



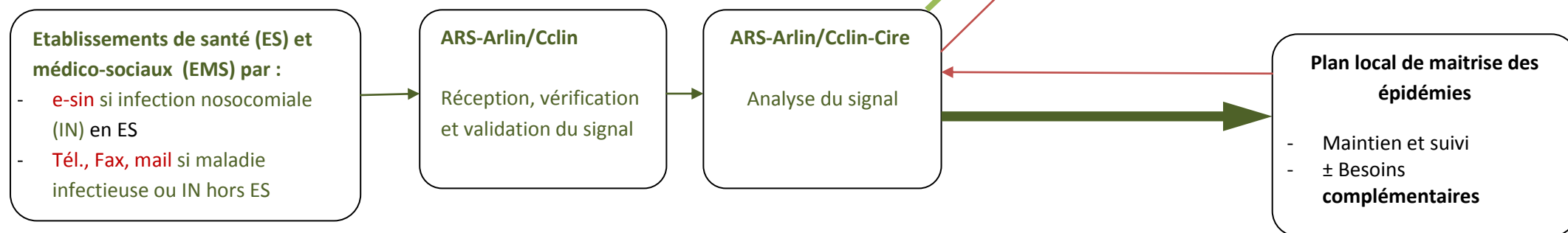
Annexe 2

Organisation de la réception et gestion des signaux d'alerte

Signal Descendant



Signal Ascendant



CRAPS : Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire

Annexe 3

Annuaire des partenaires impliqués dans le plan

Noms	Coordonnées Tel et Mail
Partenaires Nationaux	
L'Institut de veille sanitaire (INVS)	http://www.invs.sante.fr/ Tel : 08-20-42-67-15
Les Centres Nationaux de Références(CNR) pour la lutte contre les maladies transmissibles	http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/index.html
Etablissement de Préparation et de Réponses au Situation d'Urgence Sanitaire. EPRUS	http://www.eprus.fr/ Standard: 01-58-69-39-39
Partenaires Interrégionaux	
Les CCLINS / ARLIN	http://www.cclin-arlin.fr/
Partenaires Régionaux	
Centres de pharmacovigilance	Départements 01 Ain - 07 Ardèche - 26 Drôme - 69 Rhône 73 Savoie - 74 Haute-Savoie Tél : 04 72 11 69 97 Fax : 04 72 11 69 85 E-mail : thierry.vial@chu-lyon.fr Département 42 Loire Tél : 04 77 12 77 37 Fax : 04 77 12 77 74 E-mail : pharmacovigilance@univ-st-etienne.fr Département 38 Isère Tél : 04 76 76 51 45 Fax : 04 76 76 56 55 E-mail : pharmacovigilance@chu-grenoble.fr
URPS en Rhône Alpes	E-mail : urps@urps-med-ra.fr Site : http://www.urps-med-ra.fr/ Téléphone : 04 72 74 02 75 Télécopie : 04 72 74 00 23

(OMEDIT Rhône-Alpes) Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique	heh.omedit@chu-lyon.fr https://www.sante-ra.fr/omedit.htm Tél. 04 72 11 10 74 fax : 04 72 11 72 62
Partenaires Départementaux	
Directions départementales de la protection des populations (DDPP) Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) DRPPS (services vétérinaires et DCCRF)	http://www.economie.gouv.fr/dgccrf/coordonnees-des-DDPP-et-DDCSPP
Les Laboratoires de microbiologie de la région.	Annuaire ARS CHU ST Etienne, CHU Grenoble, CHU HCL groupement Nord, CHU HCL groupement Sud, CH Valence, Centre hospitalier Alpes Léman (74)
Les établissements de santé publics, privés, EPIC.	Annuaire ARS-RA Annuaire du CCLIN Sud-Est : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Annuaire/annuaire.html
Les Etablissements médico-sociaux.	Annuaire de l'ARS-RA Annuaire du CCLIN Sud-Est : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Annuaire/annuaire.html
Les médecins coordonnateurs d'EHPAD	Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs d'EHPAD (FFAMCO) http://www.ffamco-ehpad.org/
Liste des centres nationaux de référence pour les maladies transmissibles	L'Institut de veille sanitaire (INVS) http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-reference

Annexe 4

Liste des membres de la cellule régionale d'appui et de pilotage dans le suivi de l'épidémie

Membres Permanents	Nom	Fonction	Etablissement	Mail
Représentants ARS :				
Titulaire/Pilote	Dr Durand Anne-Marie	Directrice Santé Publique	ARS-RA	anne-marie.drond@ars.sante.fr
Suppléant 1	Dr Morel Bruno	CRVGS	ARS-RA	bruno.morel@ars.sante.fr
Suppléant 2	Dr Godin Christine	CRVGS	ARS-RA	chrisytine.godin@ars.sante.fr
Direction EOS	ALAMO-BOCCOZ, Marie-Christine	Directrice adjointe Handicap Grand Age	ARS-RA	marie-christine.alamo-boccoz@ars.sante.fr
Direction HGA	Pascale Roy	Directrice adjointe Efficience et Offre de Soins	ARS-RA	pascale.roy@ars.sante.fr
Représentants ARLIN				
Titulaire	Dr Vincent Agnès	Responsable	HCL	agnes.vincent@chu-lyon.fr
Suppléant 1	Dr Fascia Pascal	Responsable adjoint	HCL	pascal.fascia@chu-lyon.fr
Suppléant 2	Praticien Hygiéniste CCLIN Sud-Est	Praticien hygiéniste	HCL	
Représentant CIRE				
Titulaire	Dr Saura Christine	Chef de service	ARS-RA	ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr
Suppléant 1	Dr Poujol Isabelle	Epidémiologiste CIRE	ARS-RA	isabelle.pujol@ars.sante.fr
Suppléant 2				
Expert Hygiéniste				
Titulaire	Dr Mallaret Marie-Reine	Chef du service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de Grenoble	MRMallaret@chu-grenoble.fr
Suppléant 1	Dr Hajjar Joseph	Chef de service Hygiène	CH de Valence	jhajjar@ch-valence.fr
Suppléant 2	Dr Nicolle Marie-Christine	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	HCL	marie-christine.nicolle@chu-lyon.fr

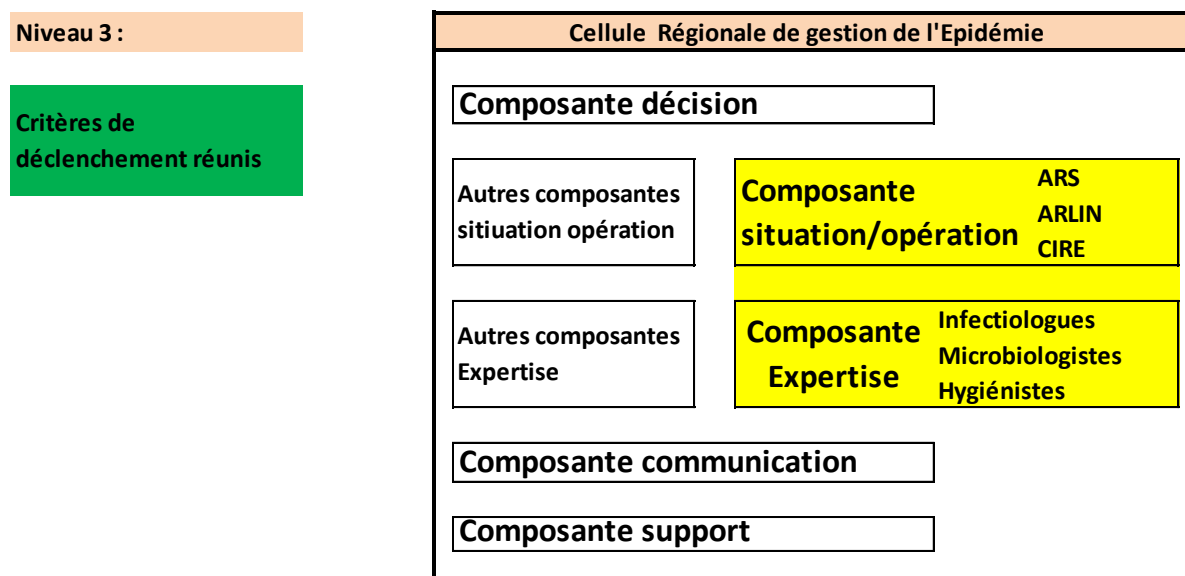
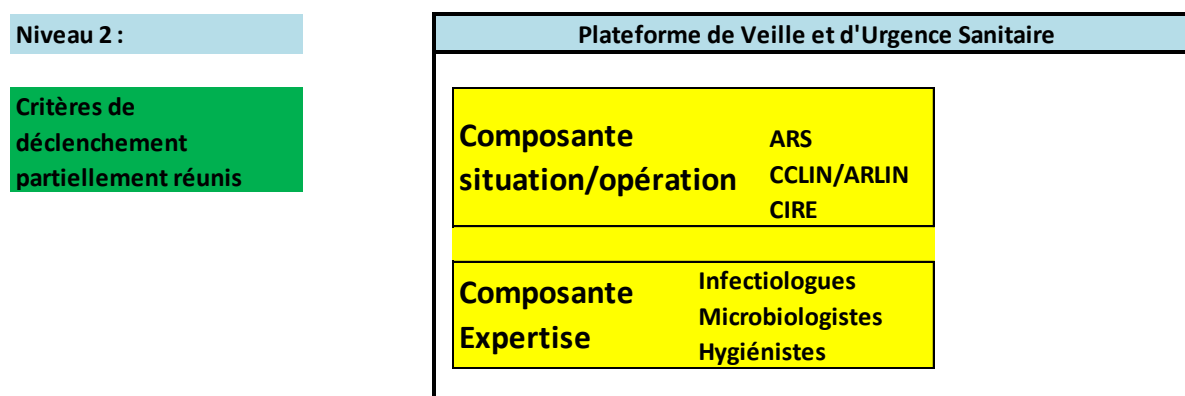
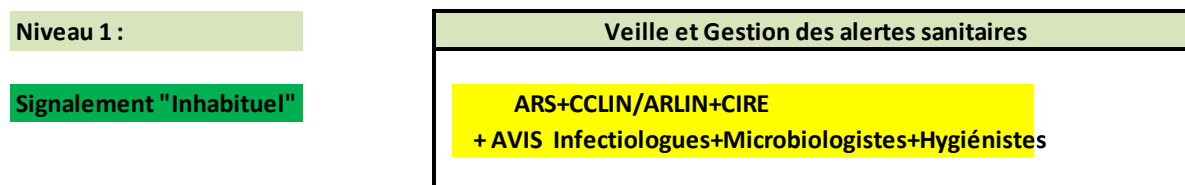
Experts en Infectiologie				
Titulaire	Pr Peyramond Dominique	Chef de service Maladies infectieuses et tropicales	HCL	dominique.peyramond@chu-lyon.fr
Suppléant 1	Dr Perpoint Thomas		HCL	Thomas.perpoint@chu-lyon.fr
Suppléant 2				
Experts en Bactériologie				
Titulaire	Dr Tigaud Sylvestre	PH Bactériologie	HCL	sylvestre.tigaud@chu-lyon.fr
Suppléant 1	Pr Etienne Jérôme	Chef de service de bactériologie	HCL	jerome.etienne@chu-lyon.fr
Suppléant 2				
Experts en Virologie				
Titulaire	Dr Escuret Vanessa	PH service de virologie	HCL	vanessa.escuret@chu-lyon.fr
Suppléant 1	Pr Pozzetto Bruno	Chef de service de virologie	CHU de St Etienne	bruno.pozzetto@chu-st-etienne.fr
Suppléant 2	Pr Lina Bruno	Chef de service de virologie	HCL	bruno.lina@chu-lyon.fr

Membres occasionnels	Nom	Fonction	Etablissement	Mail
Experts	Participation en fonction de la situation et des établissements concernés			
Territoire Lyon				
Expert Hygiéniste				
Titulaire	Pr Vanhems Philippe	Chef de service unité d'hygiène et épidémiologie	HCL	philippe.vanhems@chu-lyon.fr
Suppléant 1	Dr Nicolle Marie-Christine	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	HCL	marie-christine.nicolle@chu-lyon.fr
Suppléant 2	Dr Chapuis Catherine	Responsable Equipe Inter Etablissement Rhône Sud	HCL	catherine.chapuis@chu-lyon.fr
Experts en Infectiologie				
Experts en Bactériologie				
Experts en Virologie				
Territoire Grenoble				
Expert Hygiéniste				

Titulaire	Dr Mallaret Marie-Reine	Chef de service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de Grenoble	MRMallaret@chu-grenoble.fr
Suppléant 1	Dr Shum Jacqueline	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de Grenoble	Jshumcheongsing@chu-grenoble.fr
Suppléant 2	Dr Batailler Pierre	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de Grenoble	pbatailler@chu-grenoble.fr
Experts en Infectiologie	Dr Brion Jean-Paul		CHU de Grenoble	JPBrion@chu-grenoble.fr
Experts en Bactériologie				
Experts en Virologie				
Territoire Saint-Etienne				
Expert Hygiéniste				
Titulaire	Pr Berthelot Philippe	Chef de service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de St Etienne	philippe.berthelot@chu-st-etienne.fr
Suppléant 1	Dr Martin Isabelle	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de St Etienne	isabelle.martin@chu-st-etienne.fr
Suppléant 2	Dr Denis Corinne	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de St Etienne	corinne.denis@chu-st-etienne.fr
Experts en Infectiologie				
Experts en Bactériologie				
Experts en Virologie				
Territoire Drôme Ardèche				
Expert Hygiéniste				
Titulaire	Dr Hajjar Joseph	Chef de service unité d'hygiène et épidémiologie	CH de Valence	jhajjar@ch-valence.fr
Suppléant 1	Dr Bensalem Fethi	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CH de Valence	fbensalem@ch-valence.fr
Suppléant 2	Dr Armand Nathalie	PH service unité d'hygiène et épidémiologie	CH de Valence	narmand@ch-valence.fr
Experts en Infectiologie				
Experts en Bactériologie				
Experts en Virologie				
Autres Instances				
Représentant OMEDIT	Laurence Gilles-Afchains	Chef de service OMEDIT	OMEDIT	heh.omedit@chu-lyon.fr
URPS	Dr Guez	Médecin généraliste, secrétaire URPS RA	URPS	urps@urps-med-ra.fr

Annexe 5

Fonctionnement de la Cellule régionale de gestion de l'épidémie



Annexe 6-1
Fiche acteur : Agence Régionale de Santé

Référent : Direction Santé Publique : Anne Marie Durand

Adresse : 241 rue Garibaldi CS 93383 69418 Lyon Cedex 03

Mail : anne-marie.durand@ars.sante.fr

Tel : 04-72-34-74-13

Niveau Veille : L'ARS

- Assure la mise à jour du plan et sa diffusion
- Accompagne, en collaboration avec l'ARLIN, les Etablissements Sanitaire et Médico-sociaux dans l'élaboration et la mise à jour des plans locaux
- Participe à la veille sanitaire (RVSS) en relation avec l'ARLIN
- Décide (DG-ARS) du déclenchement du plan, en relation avec l'ARLIN ou/et la DGS.

Niveau Déclenchement du Plan : L'ARS

- Assure le secrétariat de la cellule de crise régionale
- Assure le Co-pilotage de la cellule de crise (CRVGS) en relation avec l'ARLIN
- Assure le suivi de l'Epidémie (CIRE) en relation avec l'ARLIN
- Participe à l'élaboration des mesures de maîtrise de l'épidémie
- Décide (DG-ARS) des mesures nécessaires à la maîtrise de l'épidémie
- Construit les éléments de communication à destination du public et des établissements
- Met en place l'équipe mobile d'appui et de contrôle avec le concours de l'ARLIN et contrôle l'application des mesures décidées

Fin de l'Alerte : L'ARS

- Décide (DG-ARS), après concertation avec l'ARLIN et le groupe d'experts, la levée des mesures et la reprise des activités
- Participe à la rédaction du rapport final de synthèse
- Evalue les coûts directs et indirects engendrés par la mise en œuvre du plan régional.

Annexe 6-2

Fiche Acteurs : ARLIN Rhône-Alpes

Référent : Médecin coordonnateur Dr Agnès Vincent Adresse : Hôpital Henry Gabrielle, 20 route de Vourles, 69230 Saint Genis Laval Mail : agnes.vincent@chu-lyon.fr Tel : 04 78 86 49 30

Niveau Veille : l'ARLIN

- Assure la mise à jour du plan en collaboration avec l'ARS
- Accompagne les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'élaboration et la mise à jour des plans locaux de gestion des épidémies, en collaboration avec l'ARS
- Participe à la veille sanitaire, en collaboration avec l'ARS et le CCLIN Sud-Est
- L'ARLIN peut solliciter un avis, conjointement avec l'ARS, auprès de la composante expertise de la cellule régionale de gestion d'épidémie.

Niveau Déclenchement du Plan : L'ARLIN

- Etablie une bibliographie sur la gestion de cas similaires
- Précise l'étendue de l'alerte et définit les caractéristiques de l'épidémie
- Fait le bilan des mesures déjà prises localement pour gérer l'épidémie
- Propose et discute avec les autres membres de la cellule les mesures supplémentaires à mettre en place localement pour gérer l'épidémie
- Propose les partenaires supplémentaires à associer à la cellule de gestion
- Participe à l'équipe mobile d'appui et de contrôle mise en place par l'ARS
- Assure le conseil et l'expertise auprès des établissements confrontés au risque
- Assure le suivi de l'épidémie

Fin de l'Alerte : L'ARLIN

- Propose et discute avec les autres membres de la cellule la levée des mesures et la reprise des activités
- Participe à la rédaction du rapport final de synthèse

Annexe 6-3

Fiche acteur : CIRE Rhône-Alpes

Référent : Isabelle Poujol

Adresse : Département Coordination des Alertes et des Régions
Cellule de l'InVS en Région Rhône-Alpes

Agence régionale de santé (ARS) Rhône-Alpes

241 Rue Garibaldi CS 93383 69418 Lyon Cedex 03

Mail : ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

Tel : 04 72 34 31 15

Niveau Veille : la Cire

- Participe à la veille sanitaire, en collaboration avec l'ARS
- Assure la mise à disposition des données de surveillance de la région
- Assure la mise à disposition des données de surveillance du niveau national
- A partir d'indicateurs spécifiques, permet une connaissance plus fine de certains phénomènes épidémiques
- Fournit des données épidémiologiques permettant d'argumenter un déclenchement du plan régional de maîtrise des épidémies dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Niveau Déclenchement du Plan : la Cire

- Fournit les caractéristiques précises de l'épidémie.
- Assure le suivi quotidien de la courbe épidémique.
- A partir du pointage des mesures mises en place, vérifie, en terme épidémiologique, l'impact observé.
- Propose, si nécessaire, l'extension de l'exploration épidémiologique à d'autres secteurs géographiques et sur des périodes de temps allongées.
- Réalise, à la fréquence exigée par les décideurs, un bilan épidémiologique de situation épidémique.
- Annonce le franchissement de seuil épidémique (calculé à partir de données historiques disponibles).
- Sollicite, si nécessaire, devant la persistance de l'épidémie, l'appui de l'InVS.

Fin de l'Alerte : la Cire

- Annonce la fin de l'épidémie, avec production de la courbe attestant de la chute avérée du nombre de nouveaux cas.
- Participe à la rédaction du rapport final de synthèse.

Annexe 6-4

Fiche acteur : Hygiéniste

Référent : Marie Reine Mallaret,

Adresse : Service unité d'hygiène et épidémiologie ; CHU de Grenoble

Mail : MRMallaret@chu-grenoble.fr

Tel : 04 76 76 56 43

Niveau Veille : **Hygiéniste**

- Assure une veille interne dans son établissement pour détecter précocement l'émergence d'un agent infectieux : collaboration avec le laboratoire et les équipes médicales et soignantes
 - Se mobilise pour la mise en place d'un système d'information permettant de suivre l'admission de patients à haut risque : patients ayant reçu des soins à l'étranger, mutation depuis autre établissement ou EHPAD, admission d'anciens porteurs
 - Participe activement à l'organisation du plan local de maîtrise des épidémies de son établissement : grippe, gastro-entérites, rougeole, pandémie etc.
 - Signale au CCLIN et à l'ARS toute situation évoquant une menace épidémique survenant dans son établissement
 - Assure le suivi de la situation épidémiologique dans son établissement
- Informe les EOH des autres établissements au sujet des transferts et mutations de patients

Niveau Déclenchement du Plan : **Hygiéniste**

- Signale au CCLIN et à l'ARS toute situation évoquant une menace épidémique survenant dans son établissement
- Assure la coordination du plan régional dans son établissement si celui-ci est déclenché : information des instances, formation des professionnels, information des patients, organisation du dispositif, coordination avec la direction de l'établissement
- Contrôle l'application des mesures recommandées par le plan dans son établissement
- Assure le suivi de la situation épidémiologique dans son établissement
- Informe les EOH des autres établissements au sujet des transferts et mutations de patients
- Apporte à la cellule l'expertise en hygiène nécessaire

Fin de l'Alerte : **Hygiéniste**

- Met en œuvre la fin de l'alerte selon les directives régionales en concertation avec la Direction, les instances et les services cliniques
- Rédige le bilan de l'épisode et l'approche économique pour son établissement
- Informe les professionnels et les patients

Annexe 6-5

Fiche Acteurs : Virologue

Référent : Pr Bruno LINA

Adresse Laboratoire de Virologie Est - Centre National de Référence (France Sud) – CBPE Bât A3 – Groupement Hospitalier Est – 59 Boulevard Pinel – 69677 BRON Cedex **et** Unité Virpath – Virologie et pathologie humaine - EA4610 – UCBL1 – Faculté de Médecine RTH Laënnec – 7 rue Guillaume Paradin – 69372 Lyon Cedex 08

Mail : bruno.lina@chu-lyon.fr

Tel : 04 72 12 96 17

Niveau Veille : Virologue

- ❖ **Expert détection des virus humains connus ou émergents : diagnostic de référence**
 - infections virales à déclaration obligatoire (DO) à l'ARS (conjointement aux médecins prescripteurs),
 - communication avec les autorités OMS ou les CNR spécialisés : adaptation à nos outils de techniques de détection performante (ex de la pandémie grippe de 2009, de l'alerte coronavirus et H7N9 en 2013, de la rougeole en 2011),
 - CNR grippe : communication aux autres laboratoires des techniques de référence à utiliser.
- ❖ **Surveillance de la circulation des virus connus ou émergents : rédaction de bulletins épidémiologiques réguliers afin d'évaluer au mieux pouvoir pathogène et contagiosité des virus**
 - communication avec les cliniciens, les épidémiologistes, les instances ARS, INVS (ex bulletin CNR et GROG, BEHCI pour les virus respiratoires au niveau communautaire ou hospitalier)
 - participe à la mise en place du système d'information des services et aide pour l'organisation de la gestion des épisodes épidémiques (ex : VRS, grippe, gastro-entérites, rougeole)
- ❖ **Analyse de la réponse au traitement antiviral et l'évaluation de la résistance aux antiviraux** quand ils existent
- ❖ **Pour la grippe, le CNR réalise une analyse antigénique et génétique des virus**
 - participe à la révision des vaccins contre la grippe
- ❖ **Analyse des causes potentielles de la virulence d'un virus : facteurs de virulence liés au virus ou à l'hôte** (analyse conjointe avec le laboratoire de recherche fondamentale)

Niveau Déclenchement du Plan : Virologue

- ❖ **Signal ascendant d'alerte pour signaler une circulation inhabituelle d'un virus** : aux services et aux médecins, à l'ARS et l'INVS (ex : CNR Grippe)
- ❖ **Participe à la gestion de l'épidémie au niveau local et régional** :
 - organisation interne pour gérer le diagnostic de l'épidémie,
 - participe à l'évaluation des besoins économiques prévisibles,
 - participe à l'élaboration de la définition des cas potentiels (faut-il prélever tous les cas ? seulement les cas graves ?)
 - information des services, des médecins des instances,
 - organisation du dispositif de surveillance de l'épidémie (avec épidémiologistes et services) : recueil des informations pour meilleure compréhension de l'épidémie et gestion des cas graves,
 - participe aux recommandations thérapeutiques s'il y en a et à la surveillance de l'émergence de virus résistants

Fin de l'Alerte : Virologue

- ❖ **Signal ascendant de la fin de détection du virus épidémique concerné** : aux services et aux médecins, à l'ARS et l'INVS (ex : CNR Grippe)
- ❖ **Participe à la rédaction du bilan de l'épisode épidémique** conjointement avec les autres professionnels mobilisés (médecins, épidémiologistes, hygiénistes, autorités de surveillance) :
 - bilan épidémiologique : contagiosité du virus et impact sur la population (âge, état de santé, niveau de vaccination des personnes infectées)

- pouvoir pathogène (facteurs de virulence liés au virus ? à l'hôte ?)
- réponse aux antiviraux
- bilan économique des moyens mobilisés (humains, matériels)

Annexe : 7

Fiche Outils : Caractéristiques de l'Epidémie

Date de création de la fiche : __/__/__	
Date de mise à jour : __/__/__	
Date de clôture : __/__/__	
Transmission pour :	
Alerte épidémique ☐	Information simple ☐

Titre de l'alerte (identification du pathogène, temps, lieu)

Origine du signalement :

e-SIN ☐ Etablissement médico-social ☐ LABM ☐

Laboratoire CNR ☐ Demande de conseil ☐

Autre ☐ préciser : _____

Identification du service prenant en charge le signalement :

Personne référente : _____

Description de l'évènement

Date de survenue du premier cas dans le service : __/__/__

Service/unité : _____/_____

Cas unique ☐ Cas groupés (CG) ☐ Si CG coché, préciser le nombre de cas : ____

Nombre de cas colonisés : ____

Nombre de cas infectés : ____

Origine

Importé d'un autre service en intra-établissement ☐

Importée d'un autre établissement de la métropole ☐

Importée d'un établissement hors métropole ☐

Importée hors métropole, sans notion de passage dans une structure de soins ☐

Caractérisation du pathogène

Modalités de prélèvement

- prélèvement sanguin ☐

- prélèvement de plaie ☐

- prélèvement respiratoire haut ☐

- prélèvement respiratoire bas ☐

Mesures prises en amont :

Chambre seule ☐

Application stricte et systématique des Précautions Standard (PS) ☐

Version du 07 juillet
2014

Application en sus des PS, de mesures complémentaires ☐

Lesquelles : Air ☐ Contact ☐ Gouttelettes ☐

Aucune ☐

Demande d'accompagnement par l'une ou plusieurs des instances suivantes :

EOHH ☐ Arlin ☐ CCLin ☐ ARS ☐ InVS ☐ DUS ☐

Synthèse du contexte (texte libre)

Caractéristiques justifiant de la transmission du signal

Potentiel d'extension ☐

Mesures de contrôle insuffisantes ☐

Dépassement des capacités locales de gestion ☐ Risque médiatique ☐

Situation actualisée au __/__/__

Nombre de cas confirmés: __

Nombre de cas suspectés: __

Nombre de décès : __

Nombre de décès attribuable (mise en cause au moins partielle du pathogène) : __

Extension au-delà du service initial : Oui ☐ Non ☐

Bilan rapide à ce jour (texte libre)

Mesures de contrôle en place, à ce jour

Commentaires éventuels

Annexe 8

Fiche Outil « Organisation d'une unité dédiée »

Références

Guide pratique pour la prise en charge d'une épidémie à ERG. 2008. CCLIN Est.
Plan de maîtrise d'une épidémie. 2011. ARLIN Nord Pas de Calais

I. Définition

Une unité dédiée est une dédiée à la prise en charge des patients ayant une colonisation ou une infection nosocomiale due à un microorganisme dont il faut éviter la dissémination dans les structures de soins. Cette unité est dans l'idéal géographiquement séparée des autres unités. Elle peut être constituée au sein d'un service ou représenter un secteur médical spécifique de l'hôpital préalablement défini. Elle fonctionne avec du personnel soignant paramédical dédié, un encadrement spécifique et une organisation médicale validée par la CME. Le personnel doit être parfaitement formé sur les microorganismes pris en charge dans ces secteurs. L'ouverture d'une unité dédiée peut nécessiter d'augmenter le ratio personnel/patient.

Si l'état de santé d'un patient hospitalisé en unité dédiée nécessite de façon transitoire une prise en charge dans un secteur spécialisé (réanimation ou soins intensifs), il sera alors transféré avec les conditions suivantes :

- Accueil en chambre seule et prise en charge avec les précautions complémentaires d'hygiène adéquates dont l'application sera vérifiée
- Formation et information du personnel du service receveur
- Durée du séjour la plus brève possible.

En l'absence de personnel dédié limiter au maximum le personnel prenant en charge le patient, les autres patients du service receveur spécialisé (réanimation ou soins intensifs) dont le séjour coïncide avec le patient en provenance de l'unité dédiée sont à considérer comme des patients contacts avec nécessité d'un suivi tel que préconisé dans les recommandations.

II. Modalités pratiques

Architecture de l'unité dédiée

Cette unité est constituée de chambres seules équipées de sanitaires individuels. Ces chambres sont préférentiellement avec sas. Dans l'idéal, certaines de ces chambres seront à pression négative ou à défaut à pression réversible.

Organisation de l'unité dédiée

- Une signalétique est apposée à l'entrée de l'unité pour informer les personnes extérieures au service d'appliquer les recommandations d'hygiène (précautions standard, précautions complémentaires).
- Un vestiaire pour les visiteurs et le personnel de l'établissement consultant dans l'établissement est installé à l'entrée de l'unité. L'aménagement d'un point d'hygiène des mains (au minimum PHA) est indispensable.
- Le personnel paramédical et médical doit pouvoir bénéficier d'un vestiaire afin de se changer au début et à la fin de chaque poste et/ou lorsqu'il quitte l'unité dédiée.
- L'unité dédiée peut aller d'une seule salle de soins reconstituée à une unité complète. Il comporte à minima un local propre : salle de soins reconstituée, armoire à pharmacie, stockage du matériel et du linge propre, et un local sale : lave-bassin, vidoir, stockage du linge sale et des déchets, salle de nettoyage et désinfection du matériel. Le chariot de ménage doit être dédié à l'unité.
- A l'intérieur de l'unité dédié, les précautions standard et complémentaires doivent être strictement appliquées : hygiène des mains, équipements de protection, entretien de l'environnement...

- Les appareils de surveillance (appareil radio mobile et chariot d'urgence notamment) peuvent entrer dans toutes les chambres (électrocardiogramme..) mais doivent être désinfectés entre deux patients
- Le matériel ne peut quitter l'unité dédiée sans être préalablement désinfecté, il sera idéalement dédié à l'unité.

• **Le personnel**

Habituel de l'unité

- Une équipe paramédicale est entièrement et spécifiquement dédiée à l'unité de façon constante : nuits, week-ends et jours fériés.
- L'équipe médicale qui ne peut être dédiée devra respecter les conditions de fonctionnement de l'unité (hygiène des mains, habillage,...) autant en journée que les nuits, les week-ends et les jours fériés.
- Le personnel de l'unité revêt une tenue spécifique à l'unité ou à défaut une surblouse à usage unique.
- Le personnel ne quitte pas l'unité sur la durée de son poste sauf cas particulier (pause de midi...) ; si une sortie est absolument nécessaire, elle nécessite que le personnel se change et se désinfecte les mains avec les PHA.

Extérieur à l'unité

- Le personnel extérieur (kinésithérapeutes, brancardiers, ambulanciers, externes, internes, médecins, cadre...) doit être limité autant que possible. Il effectue au minimum à l'entrée de l'unité une hygiène des mains avec des PHA.
- Le personnel extérieur revêt la tenue spécifique ou protège sa tenue, s'il entre en contact avec le patient ou son environnement proche, par une surblouse à manches longues
- Les séances de kinésithérapie, d'ergothérapie sont à regrouper de manière à limiter les allers et venues dans l'unité.
- Toute personne sortant de l'unité doit réaliser une hygiène des mains.

• **Les visiteurs**

- Les visites doivent être limitées.

Un panneau d'information est affiché devant l'entrée de l'unité, invitant les visiteurs à se faire connaître auprès du personnel.

- Les visiteurs doivent se frictionner les mains avec des PHA à l'entrée et à la sortie de l'unité.
- Le port de surblouse systématique pour les visiteurs, dès l'entrée dans l'unité, sera préconisé.
- Des casiers fermés à clé seront à disposition des visiteurs afin d'y laisser leurs affaires personnelles.

• **Le fonctionnement**

- Le port de gants est réservé au risque de contact avec les liquides biologiques ou les muqueuses et dans des indications particulières comme en situation de gale ou de bactérie sporulée (ex : *Clostridium difficile*).
- L'utilisation de PHA est à prioriser. En cas de gale ou de *Clostridium difficile* faire un lavage au savon doux puis une friction au PHA.
- Les patients peuvent utiliser normalement les toilettes de leur chambre.
- La vaisselle sera lavée de préférence dans le service en lave-vaisselle.
- Tout le matériel nécessaire au fonctionnement de l'unité est dédié et stocké dans l'unité.
- Le partage de matériels médicaux avec d'autres unités ne pourra se faire qu'après une procédure de désinfection adaptée.
- Augmenter la fréquence du bionettoyage quotidien, en particulier celui des surfaces proches du patient.
- A la sortie du patient, faire un bio-nettoyage complet de la chambre en 3 temps : détergent-rinçage-détergent/désinfectant.
- Le linge sale et les déchets sont à évacuer au moins une fois par jour, l'ensemble des déchets suivra le circuit DASRI.
- Selon les situations, les mesures préconisées peuvent être réévaluées après une analyse de risque
NB Ces mesures seront à adapter en fonctions des pathologies infectieuses émergentes impliquées

Annexe 9

Etablissements susceptibles d'accueillir un cohorting départemental ou régional

Cohorting Départemental / Territorial

Département	Etablissements Publics	Etablissements Privés
Territoire Nord		
01	CH de Bourg en Bresse	
Territoire Sud		
07-26	CH de Valence, Hôpital	Hôpital Privé Drôme-Ardèche
Territoire Est		
38	CHU de Grenoble	Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
73	CH de Chambéry	
74	CH d'Annecy	Hôpital Privé Pays de Savoie
Territoire Ouest		
42	CHU de St Etienne CH de Roanne	
Territoire Centre		
69	Hospices Civils de Lyon, CH de Villefranche	Clinique du Tonkin Centre Hospitalier Saint Joseph - Saint Luc

Cohorting Régionale

Département	Etablissements Publics	Etablissements Privés
38	CHU de Grenoble	
42	CHU de St Etienne	
69	Hospices Civils de Lyon	

Annexe 10

Fiche de suivi de l'Epidémie

☛ **Titre de l'alerte (identification du pathogène, lieu, temps)**

Identification du service prenant en charge le suivi de l'épidémie :

Personne référent : _____

Description de l'épidémie

☛ Date de survenue du premier cas dans le service : __/__/__

☛ Cas Importé Oui ☐ Non ☐

Si oui :

d'un autre service de l'établissement de santé (ES) ☐ d'un autre ES français ☐

d'un ES étranger ☐ de l'étranger sans notion de structure de soins ☐

☛ Type de prélèvement initial ayant mis en évidence le pathogène

prélèvement sanguin ☐ prélèvement de plaie ☐

prélèvement respiratoire haut ☐ prélèvement respiratoire bas ☐

autre ☐

Version du 07 juillet
2014

☛ Confirmation par CNR Oui ☐ Non ☐

Confirmation par laboratoire expert Oui ☐ Non ☐

☛ Nombre de cas colonisés : ____ Nombre de cas infectés : ____

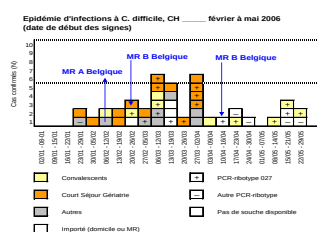
☛ Extension autres services de l'ES Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : _____

Extension autres établissements (de santé ou EMS) Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez : _____

Courbe épidémique actualisée au __/__/____



Mesures de contrôle

☛ Chambre seule ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ Application stricte des Précautions Standard (PS) ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ **Application en sus des PS,**
de mesures complémentaires Contact ☐ Date de mise en place : __/__/__

de mesures complémentaires Gouttelettes ☐ Date de mise en place : __/__/__

de mesures complémentaires Air ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ Cohorting ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ Cohorting avec personnel dédié ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ Chimio prophylaxie ☐ Date de mise en place : __/__/__

☛ Autres mesures (vaccins...), précisez _____

_____ ☐ Date de mise en place : __/__/__

Situation actualisée au __/__/__

Nombre de cas confirmés: __

Nombre de cas suspectés: __

Nombre de décès : __

Nombre de décès attribuable (mise en cause au moins partielle du pathogène) : __

Si extension au-delà du service initial :

nombre de services concernés en intra-établissement __

nombre d'établissements concernés __

Bilan rapide à ce jour (texte libre)

Mesures de contrôle à évaluer, renforcer ou supprimer ce jour

Modalités de communication

Commentaires éventuels

Date de clôture : __/__/__

Annexe 11

Fiche Outil : « Rapport Final »

Rappel de l'objectif attendu : Le rapport de fin d'épidémie doit permettre le recueil, l'analyse et le partage des informations et des enseignements tirés de l'épidémie pour que les améliorations nécessaires puissent être mises en œuvre : mesures techniques et aspects organisationnels.

Plan :

I. Identification de l'évènement

1. Rédacteurs du rapport
2. Date de rédaction
3. Date de début de l'épidémie,
4. Signalement : libellé succinct
5. Conséquences de l'évènement

II. Chronologie des faits

La chronologie des faits présente les faits dans leur ordre d'apparition et met en évidence trois moments de l'évènement :

- Le contexte et les circonstances,
- Le déroulement de l'épidémie,
- La gestion de l'épidémie et le retour à une situation normale ou stabilisée.

Ce chapitre doit repérer les écarts aux attendus, états défailants et actions inappropriées, par rapport aux bonnes pratiques de prévention du risque infectieux, pouvant expliquer l'origine de la diffusion épidémique.

III. Description des facteurs contributifs

Les facteurs contributifs sont les relations de cause à effet entre les faits qui expliquent les écarts aux attendus, les états défailants et les actions inappropriées. L'idée majeure de chaque facteur contributif sera synthétisée puis son contenu sera développé en quelques lignes.

IV. Repérage des facteurs influents

Les facteurs influents constituent la fragilité du système global que l'on risque de retrouver de façon générique dans d'autres évènements. Ils aident à comprendre voir complètent certains facteurs contributifs. Les quatre grandes familles de facteurs influents à explorer sont les facteurs environnementaux, techniques, humains et organisationnels.

L'idée majeure de chaque facteur influent sera synthétisée puis son contenu sera développé en quelques lignes.

V. Actions proposées

Ce chapitre comprendra :

- Une liste des actions proposées par le groupe pour gérer l'épidémie actuelle,
- Un tableau de synthèse présentant les critères d'efficacité de chaque action et leurs éventuelles conséquences négatives (prise en charge dégradées, surcoût...),
- Les enseignements à tirer et préconisations proposées pour gérer un futur évènement.

Afin d'améliorer la lisibilité et la compréhension de l'analyse, des outils peuvent être utilisés dans le rapport (diagramme d'Ishikawa, diagramme papillon, arbres des causes).

Annexe 12

Fiche Outil " Analyse des surcoûts"

**Surcoûts de fonctionnement engendrés par la prise en charge d'un phénomène épidémique nécessitant l'activation du Plan
Régional de maîtrise des épidémies**

Epidémie concernée :

Nom Etablissement : **Ville:**

Surcoût		Période concernée	Observations / Précisions		Montant
Surcoût Fonctionnement					
Personnel Renforcement en personnel soignant					
Matériel Médical et Paramédical					
Médicaments					
Tests Biologiques					
Perte d'activité					
Autres (préciser)					
Total Surcoût Fonctionnement					

ANNEXE 13

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE PROJET

Nom	Fonction	Etablissement
Dr Meunier Arnaud	Médecin direction Santé Publique -Pilote	ARS-RA
Dr Vincent Agnès	Responsable ARLIN RA - Pilote	Hospices Civils de Lyon
Dr Godin Christine	Médecin CRVGS - Direction Santé Publique	ARS-RA
Dr Philippe Burlat	Médecin Direction Handicap Grand Age	ARS-RA
Dr Poujol Isabelle	Médecin Epidémiologiste CIRE	ARS-RA
Muriel Colombo	Directrice des soins DEOS	ARS-RA
Dr Fascia Pascal	Responsable adjoint ARLIN RA	Hospices Civils de Lyon
Dr Mallaret Marie-Reine	Chef du service unité d'hygiène et épidémiologie	CHU de Grenoble
Dr Hajjar Joseph	Chef de service unité d'Hygiène et d'Epidémiologie	CH de Valence
Pr Peyramond Dominique	Chef de service Maladies infectieuses et tropicales	Hospices Civils de Lyon
Dr Escuret Vanessa	PH service de virologie	Hospices Civils de Lyon
Pr Vanhems Philippe	Chef de service unité d'Hygiène et d'Epidémiologie	Hospices Civils de Lyon
Dr Nicolle Marie-Christine	PH unité d'Hygiène et d'Epidémiologie	Hospices Civils de Lyon
Dr Chapuis Catherine	Responsable Equipe Inter Etablissement Rhône Sud	Hospices Civils de Lyon
Pr Berthelot Philippe	Chef de service unité d'Hygiène et d'Epidémiologie	CHU de St Etienne
Dr Guez	Médecin généraliste, secrétaire URPS RA	URPS

Annexe 14

Glossaire et Définitions

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BHRe : Bactéries Hautement Résistantes

BMR : Bactéries Multirésistantes

CCLIN : Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCS : Centre de Crise Sanitaire

CIRE : Cellule Interrégionale d'Epidémie

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission médicale d'établissement

CNR : Centres Nationaux de Références

CRAPS : Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire » (CRAPS)

CRVGS : Cellule Régionale de Veille et de Gestion Sanitaire

COD : Centre Opérationnel Départemental

COZ-R : Centre Opérationnel de Zone-Région

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Signaux Sanitaires et Sociaux

DG-ARS : Directeur Général de l'ARS

DGS : Direction Générale de la Santé

DUS : Département des Urgences Sanitaires

ECMO : Extracorporeal Membrane Oxygenation

ES : Etablissement sanitaire

EMS : Etablissements médico-sociaux

ESPIC. Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ERG : Entérocoques Résistants aux Glycopeptides

FAQ : Frequently Asked Questions

InVS : L'Institut de Veille Sanitaire

Version du 07 juillet
2014

ORSEC : Organisation de la Sécurité Civile

PCA : Plan de Continuité des Activités

PCC : Précautions Complémentaires Contact

PCR : Polymerase Chain Réaction

PRS-RA : Projet Régional de Santé Rhône-Alpes

PSM : Poste de Sécurité Microbiologique

PVUS : Plateforme de Veille et d'Urgence Sanitaire,

SSR : Service de Suite et Rééducation

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Quelques définitions

- Virulence : désigne le caractère pathogène, nocif et virulent d'un micro-organisme
- Létalité : ensemble des conditions qui rendent nécessairement mortelles une plaie, une lésion ou une maladie
- Pouvoir épidémiogène : capacité d'un micro-organisme à se transmettre d'une personne à une autre
- Contagiosité : potentiel de transmission d'une maladie d'un individu à un autre
- Screening : dépistage