

**UNIVERSITE RENE DESCARTES – PARIS V  
FACULTE COCHIN - PORT ROYALE**

**Grippe aviaire : Mesures à prendre en EHPAD  
lors d'une pandémie.**

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme Inter  
Universitaire :**

**Formation à la fonction de médecin coordonateur  
d'EHPAD.**

**Gérard BEUIL**

**Année 2005/2006**

# SOMMAIRE

<b>LE SYNDROME GRIPPAL.</b>	<b>p.1</b>
<b>LA GRIPPE AVIAIRE.</b>	<b>p.2</b>
<b>LA PANDEMIE DE GRIPPE AVIAIRE.</b>	<b>p.7</b>
<b><u>FICHES :</u></b>	
- <b>CELLULE DE CRISE.</b>	<b>p. 8</b>
- <b>MEDECIN COORDONATEUR</b>	<b>p. 9</b>
- <b>SECRETAIRE</b>	<b>p.10</b>
- <b>MESURES BARRIERES.</b>	<b>P.11</b>
- <b>MATERIEL SANITAIRE NECESSAIRE DANS UNE EHPAD.</b>	<b>p.12</b>
- <b>PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT.</b>	<b>p.14</b>
- <b>MEDECIN GENERALISTE</b>	<b>p.15</b>
- <b>INFIRMIERE.</b>	<b>p.16</b>
- <b>AIDE-SOIGNANT.</b>	<b>p.18</b>
- <b>FEMME DE MENAGE.</b>	<b>p.19</b>
- <b>RESIDANT DE PRESENTANT PAS DE SIGNE RHINO-PHARYNGE.</b>	<b>p.21</b>
- <b>RESIDANT PRESENTANT DES SIGNES RHINO-PHARYNGES.</b>	<b>p.22</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>p.23</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>p.24</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>p.25</b>

## LE SYNDROME GRIPPAL

C'est une maladie infectieuse contagieuse due au myovirus influenzaé A, B et C.

Elle se manifeste sous deux formes :

Des épidémies saisonnières.

Des pandémies

Il existe un syndrome pseudo-grippal dont les principaux virus en cause sont :

Le virus respiratoire syncytial (VRS).

Les myovirus parainfluenzae, les adénovirus, les rhinovirus, les entérovirus, les coronavirus, etc...

Les principaux signes cliniques d'un syndrome grippal sont :

- Début initial
- Asthénie
- Céphalées
- Frissons
- Arthralgies et Myalgies
- Fièvre à 39-40°
- Une congestion du rhinopharynx.

Le syndrome grippal va durer en moyenne 5 à 7 jours.

Les pandémies de grippe ont dans l'histoire pris le monde par surprise et ont été à l'origine de millions de décès. On recense trois pandémies au cours du 20<sup>e</sup> siècle.

- Celle de 1918 dite de la grippe espagnole A (H1 N1) a fait entre 40 et 50 millions de morts,
- Celle de 1957 dite grippe asiatique A (H2 N2) a fait 2 millions de morts et
- Celle de 1968 dite de Hong Kong A (H3 N2) a fait 1 million de morts.

Une pandémie survient lors de l'émergence d'un nouveau virus grippal qui se propage aussi facilement que celui de la grippe saisonnière par la toux et les éternuements. Comme il s'agit d'un nouveau virus le système immunitaire de l'homme n'a pas de défenses contre lui.

De ce fait la pathologie engendrée peut devenir rapidement grave voire fatale sur un terrain prédisposant.

# LA GRIPPE AVIAIRE.

## ORIGINE.

La grippe aviaire est une maladie infectieuse et contagieuse due au Myxovirus Influenzaé A. Celui-ci est divisé en sous types parmi lesquels le H5 et le H2 sont hyper virulents. Cette infection peut toucher presque toutes les espèces d'oiseaux sauvages ou domestiques. Elle est fortement contagieuse, surtout chez les poulets et les dindes et peut entraîner une mortalité extrêmement élevée en particulier dans l'élevage industriel. Le virus Influenzaé Aviaire infecte parfois d'autres espèces animales, notamment le porc les canards domestiques, chez qui l'infection est le plus souvent asymptomatique mais pourraient jouer un rôle important dans la dissémination du virus en servant de réservoir silencieux.

Le virus de la grippe aviaire peut exceptionnellement être transmis à l'homme. Cette transmission s'effectue essentiellement lors de contacts fréquents et intensifs avec des sécrétions respiratoires et des déjections d'animaux infectés. Le risque majeur représenté par le virus aviaire A (H5 N1) est qu'il s'adapte à l'homme et qu'une transmission interhumaine s'installe. Ce virus peut s'adapter de deux façons, soit en mutant progressivement, soit en se recombinant avec une souche virale humaine. Cette recombinaison pourrait survenir chez un hôte intermédiaire, le porc ou chez l'homme à l'occasion d'une co-infection. Une souche recombinée ou qui aurait mutée pourrait acquérir une capacité de transmission interhumaine. Le risque de dissémination deviendrait alors important compte tenu de l'absence d'immunité de la population mondiale vis-à-vis de cette nouvelle souche.

Le virus A (H5 N1) à l'origine de l'épizootie actuelle, épidémie touchant des animaux, circule sous une forme hautement pathogène qui s'est manifestée à Hong Kong en 1997. Depuis 2003, dans certains pays d'Asie, on assiste à des flambées épidémiques brutales et massives de gripes aviaires parmi les populations d'oiseaux. Le 12 décembre 2003, l'Office International des Epizooties (OIE) était alerté par les services vétérinaires de la Corée du Sud suite à des décès en nombres de volailles dans les élevages industriels proches de SEOUL. A la fin du mois de décembre 2003, la présence du virus A (H5 N1) y était confirmée. Par la suite de nombreux pays ont signalés des foyers de gripes aviaires sur leur territoire marquant le début de la propagation de l'épizootie qui s'est donc étendue de l'Asie à l'Europe puis à l'Afrique.

La situation de l'épizootie en septembre 2006 montre que 58 pays ont notifié des infections chez les oiseaux sauvages ou d'élevages : L'Afghanistan; L'Albanie; L'Allemagne; L'Arabie-Saoudite ; L'Autriche ; L'Azerbaïdjan ; La Birmanie ; La Bosnie-Herzégovine ; La Bulgarie; Le Burkina-Faso; Le Cambodge; Le Cameroun; La Chine; Chypre; La Côte d'Ivoire; La Corée du Sud ; La Croatie; Le Danemark ; Djibouti ; L'Egypte ; L'Espagne ; La France; La Géorgie; La Grèce; Hong-Kong; La Hongrie; L'Inde; L'Indonésie; L'Irak; L'Iran; L'Israël; L'Italie; Le Japon; La Jordanie; Le Kazakhstan; Le Koweït; Le Laos; La Malaisie; La Mongolie; Le Niger; Le Nigéria; La Palestine; Le Pakistan; La Pologne; La Roumanie; Le

Royaume-Uni; La Russie; La Serbie; La Slovaquie; La Slovénie; Le Soudan; La Suède; La Suisse; La Thaïlande; La Tchéquie; La Turquie; L'Ukraine; Le Vietnam.  
L'infection par le virus a également été identifiée chez des chats domestiques en Allemagne; en Autriche; en Roumanie; en Irak et en Indonésie.  
L'infection chez les félins avait déjà été identifiée en Asie en 2003-2004. Aucun de ces cas n'a été à l'origine d'une transmission documentée à l'homme. Une infection a également été documentée chez les mustélidés (visons et fouines) en Allemagne et en Suède  
Ces animaux sauvages très sensibles au virus de la grippe se sont probablement contaminés en mangeant des cadavres d'oiseaux infectés.

## **L'ÉVALUATION DE LA SITUATION**

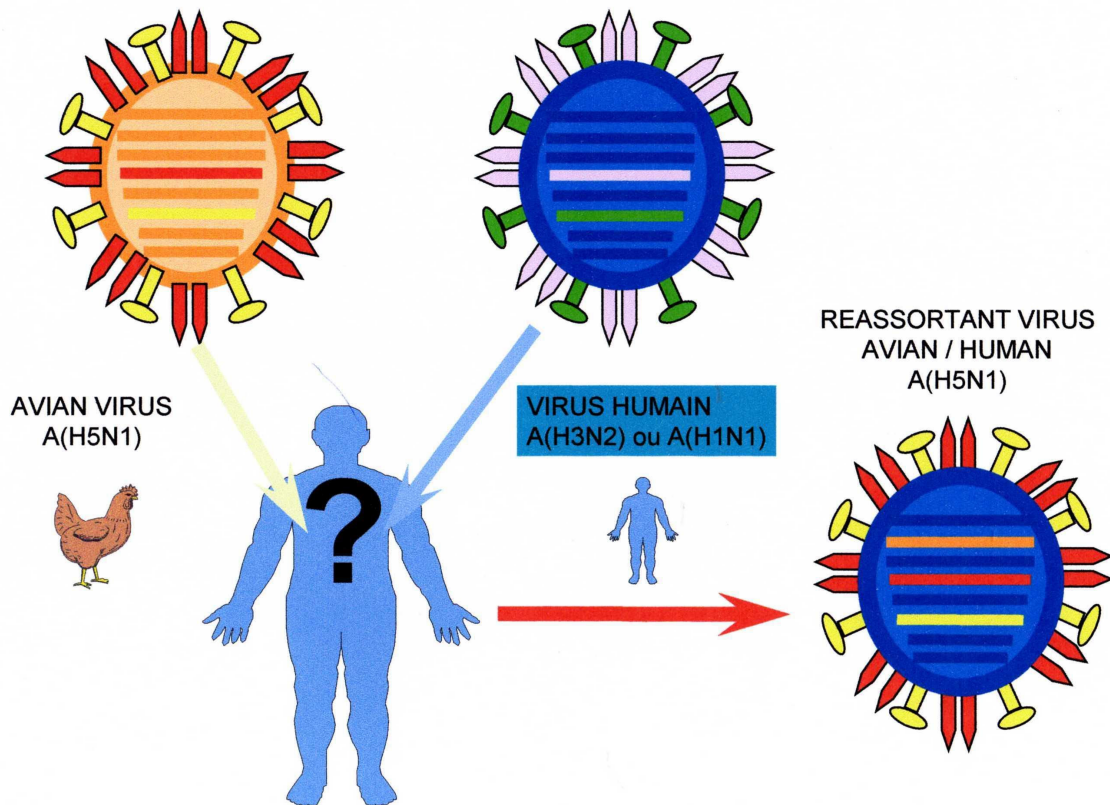
Les données actuelles montrent que le virus A (H5 N1) est maintenant endémique dans plusieurs parties de l'Asie, ayant trouvé une niche écologique chez les volailles, le risque de nouveaux cas humains va persister, de même que le risque d'émergence d'un virus pandémique. Des flambées sont déclarées de façon récurrente malgré les mesures de lutte énergique, y compris l'abattage de plus de 140 millions de volailles. Les oiseaux migrateurs sauvages, historiquement le réservoir hôte de tous les virus grippaux A, meurent à présent en grand nombre du virus A (H5 N1) hautement pathogène. Les canards domestiques peuvent excréter des quantités importantes de virus hautement pathogènes tout en restant asymptomatiques. Leur rôle silencieux dans l'entretien de la transmission complique encore la lutte chez les volailles, et fait qu'il est plus difficile pour l'homme d'éviter des comportements à risque.

Compte tenu de l'évolution constante des virus grippaux il est impossible de prévoir à quel moment se produira la prochaine pandémie et quel en sera la gravité. L'étape finale, une transmission interhumaine, peut résulter de deux mécanismes principaux :  
Un réassortiment au cours duquel les virus humains et aviaires échangent du matériel génétique à la faveur de la co-infection d'un homme ou d'un porc, ou un processus plus progressif de mutation adaptative par lequel la capacité de ces virus à se fixer aux cellules humaines augmenterait au cours d'infections successives chez l'homme.

Le réassortiment pourrait se traduire par un virus pandémique pleinement transmissible, annoncé par une brusque vague de cas à propagation explosive.  
Étant donné que l'évolution de la menace est imprévisible, il faut pouvoir disposer de systèmes d'alertes précoces sensibles pour décaler les premiers signes de changement dans le comportement du virus.

Dans les pays à risques, les systèmes d'informations épidémiologiques et les capacités des services sanitaires, vétérinaires et de laboratoires sont faibles. La plupart des pays touchés ne peuvent indemniser suffisamment les agriculteurs en cas d'abattage de volailles, ce qui décourage le signalement des flambées épidémiques dans les zones rurales où la grande majorité des cas humains se sont produits. La pauvreté rurale perpétue les comportements à

haut risque, y compris l'abattage traditionnel à domicile et la consommation d'oiseaux malades. Par ailleurs, le dépistage des cas humains est rendu difficile par le manque de moyens des laboratoires et les coûts élevés des tests.



### SITUATION HUMAINE :

Le virus A (H5 N1) a déjà fait la preuve de ses capacités à infecter l'homme notamment à Hong Kong en 1997, 18 cas humains avaient entraînés 6 décès. Le virus de la grippe aviaire peut en effet se transmettre à l'homme dans certaines circonstances :

Lors de contacts fréquents et intenses avec des sécrétions respiratoires et des déjections d'animaux infectés. Il se manifeste par une infection respiratoire aiguë sévère d'évolution souvent fatale. Le tableau clinique chez l'homme est marqué par une infection respiratoire aiguë sévère d'évolution souvent fatale. L'infection peut également prendre d'autres formes cliniques, digestives par exemple voire être asymptomatique. Des traitements antiviraux peuvent, dans certaines situations, avoir une certaine efficacité en prévention ou dans la prise en charge thérapeutique. Le diagnostic biologique réservé à des laboratoires spécialisés dont les laboratoires de référence pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). A signaler par ailleurs qu'il y ait eu d'autres épisodes de contamination humaine directement à partir d'oiseaux avec notamment le virus H7 N7 en 2003 aux Pays Bas et le virus H9 N2 à Hong Kong.

## En Asie

À ce jour, des cas humains ont été identifiés dans 5 pays d'Extrême orient : Cambodge, Chine, Indonésie, Thaïlande et Vietnam. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), depuis le début de l'année 2006, de nouveaux cas sont survenus au Cambodge (2 cas, 2 décès), en Chine (12 cas, 8 décès), en Indonésie (46 cas, 37 décès) et en Thaïlande (2 cas, 2 décès).

## Au Moyen Orient/ Caucase

Depuis le début de l'année 2006, 22 cas humains dont 11 décès ont été confirmés par l'OMS dans 3 pays de cette région du monde :

L'Azerbaïdjan (8 cas, 5 décès), l'Irak (3 cas, 2 décès) et la Turquie (12 cas, 4 décès)

## En Afrique

Depuis le début de l'année 2006, 15 cas humains dont 6 décès ont été confirmés par l'OMS dans 2 pays de cette région du monde : Djibouti (1 cas, 0 décès), Egypte (14 cas, 6 décès).

## Récapitulatif des cas humains de grippe A (H5 N1) confirmés biologiquement (PCR ou isolement viral) notifiés à l'OMS (au 20 septembre 2006)

	2003-2004		2005		2006		Total	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Azerbaïdjan	0	0	0	0	8	5	8	5
Cambodge	0	0	4	4	2	2	6	6
Chine	1	1		5	12	8	21	14
Djibouti	0	0	0	0	1	0	1	0
Egypte	0	0	0	0	14	6	14	6
Indonésie	0	0	19	12	46	37	65	49
Irak	0	0	0	0	3	2	3	2
Thaïlande	17	12	5	2	2	2	24	16
Turquie	0	0	0	0	12	4	12	4
Vietnam	32	23	61	19	0	0	93	42
total	50	36	97	42	100	66	247	144

Pour la plupart des cas humains décrits, la contamination a pour origine des contacts avec des animaux malades ou morts, ou avec leurs déjections. Néanmoins, une trentaine d'épisodes de cas groupés familiaux ont été décrits depuis le début de l'épidémie en Azerbaïdjan, au Cambodge, en Chine, en Egypte, en Indonésie, en Irak, en Thaïlande, en Turquie et au Vietnam. Pour une dizaine d'entre eux, une transmission interhumaine limitée était fortement suspectée. Toutefois, cette possible transmission interhumaine est restée limitée et n'a pas donné lieu jusqu'à présent à une transmission communautaire.

Lors d'une pandémie en l'absence de vaccins (le vaccin antigrippal n'a aucune activité sur le A (H5 N1). Un traitement pour les inhibiteurs de la neuraminidase (TAMIFLU, RELENZA) doit être institué dès l'apparition des signes rhinopharyngés.

Par ailleurs la vaccination par le vaccin antigrippal est fortement recommandée, elle diminuerait la possibilité de co-infection A (H5 N1) - grippe humaine et réduirait la possibilité de recombinaison entre ces deux virus.

## PANDEMIE DE GRIPPE AVIAIRE

Pour prévenir et lutter contre une pandémie de grippe aviaire, l'OMS a définie, à chaque situation, plusieurs phases jusqu'au stade épidémique. Le gouvernement français a repris ce plan pour définir son plan dit « plan gouvernemental de prévention et de lutte contre la pandémie aviaire ». Annexe 1.

En EHPAD nous avons une population âgée très réceptive aux virus grippaux qui par le passé ont provoqué, lors d'épidémie de grippe humaine, un nombre élevé de décès. De ce fait, la vaccination contre la grippe est devenue une nécessité, même si le taux de répondeur est plus faible que dans la population générale. Néanmoins nous avons observé lors des épidémies grippales humaines une sensible diminution des infections oropharyngées lors des épidémies.

Une pandémie de grippe aviaire dans une EHPAD avec une population fragilisée provoquerait de nombreux décès. Les précautions à prendre lors d'une pandémie de grippe aviaire doivent être scrupuleusement suivies pour éviter la diffusion dans les EHPAD puis une dissémination dans l'établissement. Nous nous situerons d'emblée dans la situation 4B ou 5B où il existe une extension de la grippe aviaire à l'homme avec une dissémination interhumaine. On admet que la durée de la pandémie dans une région atteinte serait de 5 à 6 semaines.

Les précautions à prendre dans une EHPAD vont toucher tout le personnel de l'établissement ainsi que les intervenants extérieurs. Elles doivent être scrupuleusement suivies. Elles vont entraîner d'importantes modifications de l'organisation du travail de chacun avec la gestion du résidant indemne de toute pathologie rhino-pharyngée et une gestion complexe des résidents en isolement. Pour une meilleure compréhension des mesures, celles-ci vont être exposées sous forme de fiche que chaque employé doit posséder et appliquer en cas de pandémie.

## CELLULE DE CRISE

Lors d'une pandémie de grippe aviaire, dès la mise en place du stade 4B une cellule de crise est mise en place.

### COMPOSITION :

- Le directeur de l'établissement.
- Le médecin coordonateur.
- L'infirmière coordinatrice.
- La secrétaire.

Elle se réunit 1 fois par jour pendant toute la phase pandémique, son rôle est de :

- Distribuer l'ensemble des fiches techniques à chaque personnel en fonction de ses compétences.
- Elle évalue la situation en dehors de l'établissement.
- Elle met en place les mesures barrières.
- Elle évalue la situation intérieure.
- Elle met en place les mesures d'isolement de tout résidant présentant une infection rhino-pharyngée.
- Elle met en place les mesures pour le personnel.
- Elle informe les autorités sanitaires DDASS dès l'apparition d'un cas suspect dans l'établissement.

## MEDECIN COORDONATEUR

Lors d'une pandémie de grippe aviaire, le médecin coordonnateur doit assurer :

- La mise en place des mesures barrières.
- La distribution des fiches à tout le personnel.
- Vérifier que le matériel soit présent et en nombre suffisant.
- La coordination des soins.
- Rendre compte chaque jour à la cellule de crise de l'état des résidents.
- L'information des autorités sanitaires.
- La levée des mesures dès la fin de la pandémie dans sa région.

Il doit vérifier :

- Le bon fonctionnement des mesures barrières.
- Pour les résidents en isolement, le respect des mesures préconisées.
- Avec le médecin traitant l'état du résident.
- l'évolution de chaque résident atteint jusqu'à la fin du syndrome grippal.
- Toute dégradation d'un résident doit être réévaluée, le médecin traitant doit l'hospitaliser si nécessaire.

En accord avec le médecin généraliste la levée de l'isolement est prescrite.

## SECRETAIRE

Le rôle des secrétaires est de prévenir tout visiteur (famille, corps médical et paramédical) de la présence de cas de grippe aviaires ou supposés dans l'établissement.

Elles ont pour rôle de vérifier :

- Que le visiteur ne présente pas de signe rhino-pharyngé.
- Qu'il n'a pas été en contact dans les 24 heures précédentes avec un cas de grippe aviaire.
- Les enfants ne sont pas admis pendant la durée de la pandémie.
- L'utilité de la visite auprès du résident.
- Tout visiteur devant aller voir une personne mise en quarantaine doit suivre les mesures suivantes :

- Port d'un masque chirurgical.
- Appliquer sur les mains une solution hydro-alcoolique.
- Ne pas serrer les mains du résident.
- Ne pas l'embrasser.
- Rester à plus de 2 mètres du résident.
- Le visiteur ne doit pas rester plus d'une heure dans la chambre.
- En sortant le masque est mis dans le sac poubelle jaune.
- Une solution hydro-alcoolique est appliquée sur les mains.

Les secrétaires mettent à disposition des visiteurs :

- Des masques chirurgicaux.
- Des mouchoirs à usage unique.
- Une solution hydro-alcoolique.

## MESURES BARRIERES

- Limiter le nombre de visites au résidant.
- Les visites sont réglementées à raison d'une personne par jour et par résidant, le visiteur ne doit présenter aucun signe rhino-pharyngé.
- Les enfants ne sont pas admis dans les EHPAD lors de la phase épidémique.
- Toutes les admissions de nouveaux résidants sont retardées.
- Les sorties des résidants sont restreintes.
- Le personnel est admis dans l'EHPAD qu'à condition qu'il ne présente aucun signe rhino-pharyngé, dès la moindre apparition d'un signe rhino-pharyngé sur le lieu de travail l'employé est renvoyé chez lui.
- Tout résidant présentant des signes rhino-pharyngés est mis en isolement.
- Le résidant doit rester dans sa chambre, les repas sont pris dans la chambre.
- On ne doit plus serrer les mains ni embrasser.
- Toute entrée dans une chambre en isolement se fait en suivant les recommandations décrites.

(Fiche résidant présentant des signes rhino-pharyngés)

## **Matériel sanitaire nécessaire dans une EHPAD**

### **- Le masque de type FFP2 :**

Pour l'ensemble du personnel de l'établissement. Ce sont des masques filtrants dits masques respiratoires destinés à protéger le porteur contre les risques d'inhalation d'agents infectieux transmissibles par voie aériennes. Il protège aussi contre les risques de transmission par gouttelettes.

Leur durée de protection varie entre 3 et 8 heures.

Une fois mis en place le masque ne doit plus être touché. Une fois enlevé, il ne doit pas être réutilisé. Il doit être changé immédiatement en dehors de la présence du patient, chaque fois qu'il est souillé, mouillé ou mal positionné sur le visage. Le masque de type FFP 2 sera porté par le personnel de soins lors des situations 4A 4B 5A 5B et en situation 6 pour tout personnel au contact d'un malade.

### **- Le masque chirurgical :**

Destiné à éviter lors de l'expiration de celui qui le porte la projection de sécrétions des voies aériennes supérieures et ou salive pouvant contenir des agents infectieux transmissibles :

- parfois des gouttelettes : transmission par des gouttelettes de salive ou de sécrétions des voies aériennes supérieures
- Par voie aérienne : transmission aéroportée par de fines particules de moins de 5 microns.

Porté par tous patients présentant un syndrome grippal, le masque anti-projection prévient la contamination de son entourage et de son environnement. Il protège aussi celui qui le porte contre la transmission du virus par gouttelettes mais par voie aérienne.

- A jeter dès qu'il est mouillé ou souillé.

### **- Gants à usage unique non stériles :**

- Pour tous soins de résidents ou contact avec son environnement immédiat.

### **- Vêtement de protection :**

- Sur blouse à usage unique : est porté par tout le personnel médical et paramédical au contact d'un résident présentant un syndrome grippal. Celui-ci est éliminé dans un sac spécifique déchets d'activité de soins à risque infectieux. (sacs jaunes)
- Lunette de protection réutilisable (à désinfecter avec des lingettes désinfectantes) est à utiliser par tout personnel médical et paramédical pour tous soins au contact d'un résident présentant un syndrome grippal.

**- Une solution hydro-alcoolique pour chaque employé :**

Chaque employé doit posséder un flacon de solution hydro-alcoolique dans sa poche qu'il utilise à chaque fois qu'il pénètre dans la chambre d'un résidant et quand il sort de la chambre du résidant, après avoir retiré ses gants.

**- Sacs déchets d'activité de soins à risque infectieux.**

Ce sont des

- Sacs poubelles jaunes.
- Elimination de tout le matériel souillé, (compresses, coton, gants, masques, poches Urine ...)
- Elimination de tout déchet provenant d'une chambre de résidant en isolement Infectieux.
- Entreposés dans un local à l'intérieur de l'établissement fermé à clefs.
- Collectés par une société prestataire.

**- Des lingettes désinfectantes.**

- Présentent sur chaque chariot de soins et d'entretien.
- Doivent servir pour désinfecter tout objet sortant de la chambre d'un résidant mis en isolement.
- Servent à désinfecter dans la chambre du résidant tous les objets et surfaces qu'il touche régulièrement.

## PERSONNEL

- Chaque employé doit posséder la fiche correspondante à son poste de travail.
  
- Tout employé présentant un syndrome rhino-pharyngé n'est pas admis dans l'établissement.
  
- Chaque employé est muni :
  - Une solution hydro-alcoolique qu'il utilise chaque fois qu'il entre et qu'il sort de la chambre du résidant.
  - Le masque chirurgical est porté dans la chambre du résidant dès que celui-ci présente des signes rhino-pharyngés.
  - Le masque type FFP2 est porté lorsque des soins sont prodigués au résidant ou que l'on s'approche du résidant à moins de 2 mètres.
  - Dès qu'un résidant est mis en isolement, une affichette « **isolement** » sera mise en place sur la porte de la chambre. Annexe N°2
  
- Le personnel est avisé à l'arrivée sur le lieu de travail du résidant mis en isolement.
  
- Tous les soins et entretien des chambres sont d'abord effectués chez les résidants indemnes de toute pathologie rhino-pharyngée.
  
- Pour un résidant en isolement, pour éviter la diffusion de germes, le minimum de visites est effectué.
  
- Toute personne entrant dans la chambre du résidant suit en fonction de ses compétences les mesures édictées dans sa fiche.

## MEDECIN GENERALISTE

Le médecin généraliste est appelé dès que des signes rhino-pharyngés apparaissent.

Il confirme le diagnostic, le traitement par anti-neuraminidase est institué le plus rapidement possible.

Chaque médecin entrant dans une chambre dont le résidant présente des signes rhino-pharyngés doit avoir :

- Une solution hydro-alcoolique.
- Un masque type FFP2.
- Des gants jetables.
- Des lunettes de protection réutilisables.
- Des lingettes désinfectantes.

Il ne doit pénétrer dans la chambre que le strict nécessaire à l'examen du patient.

A la fin de l'examen tout le matériel jetable est éliminé dans le sac poubelle jaune.

Tout objet sortant de la chambre du résidant doit être désinfecté avec une lingette désinfectante.

Le médecin généraliste rend compte à l'infirmière coordonatrice ou au médecin coordonateur de l'état du patient.

Le résidant est mis en quarantaine, la direction de l'établissement est prévenue ainsi que le personnel.

Le médecin généraliste est appelé dès qu'il existe une dégradation du résidant, si l'état le nécessite, il est hospitalisé.

Le médecin généraliste est appelé dès la fin du traitement pour évaluer l'état du résidant, prolonger le traitement si nécessaire ou le déclarer guéri, permettant de lever l'isolement.

## INFIRMIERE

Pour limiter la diffusion des germes, l'infirmière ne serrera plus la main du résidant ou n'embrassera plus le résidant lors d'une phase pandémique.

La distribution des médicaments et les soins se font en premier pour toute personne ne présentant pas de signe rhino-pharyngé.

Dès l'apparition de signes rhino-pharyngés chez un résidant, lors d'une phase pandémique, l'infirmière :

- Met en isolement avec apposition d'une affichette sur la porte de la chambre du résidant.
- Préviens la direction de l'établissement et l'ensemble du personnel dès l'apparition d'un nouveau cas.
- Appelle le médecin traitant.
- Un sac à déchets jaune est mis en place dans la chambre du résidant.

- L'infirmière pour pénétrer dans la chambre du résidant doit prendre :

- Une solution hydro-alcoolique.
- Une paire de gants jetables
- Un masque de type FFP2
- Une sur blouse jetable.
- Des lunettes de protection réutilisables.
- Des lingettes désinfectantes.

- Différentes étapes :

Avant de pénétrer dans la chambre du résidant.

- La solution hydro-alcoolique est appliquée sur les mains.
- La paire de gants jetables est mise.
- Le masque de type FFP2 est mis, la sur blouse et les lunettes de protection sont portées.
- Seul le matériel nécessaire pénètre dans la chambre du résidant, le chariot de soins reste à l'extérieur de la chambre.
- Dès que les soins sont terminés, tout le matériel jetable est mis dans le sac poubelle jaune.

L'infirmière ressort, nettoie ses mains avec la solution hydro-alcoolique, nettoie ses lunettes, ainsi que le matériel avec une lingette désinfectante.

## AIDE-SOIGNANT

Il est demandé de ne plus serrer les mains ni d'embrasser le résidant.

En l'absence de signe rhino-pharyngé, les soins sont effectués auprès du résidant comme habituellement et en premier.

Dès qu'un résidant est porteur de signes rhino-pharyngés il est demandé :

- de pénétrer dans la chambre que si nécessaire, l'aide-soignant doit posséder :
  - Une solution hydro-alcoolique.
  - Une masque type FFP2.
  - Une paire de gants jetables.
  - Une sur blouse jetable.
  - Des lunettes de protection réutilisables.

- Différentes étapes :

- Avant de pénétrer dans la chambre du résidant :
  - La solution hydro-alcoolique est appliquée sur les mains.
  - Le masque type FFP2 est mis.
  - La paire de gants jetables est mise.
  - Une sur blouse est enfilée.
  - Des lunettes de protection sont portées.
  - Seul le matériel nécessaire pénètre dans la chambre du résidant.
  - Avant de sortir, le matériel jetable est mis dans le sac poubelle jaune dans la chambre du résidant.
- En sortant, la solution hydro-alcoolique est appliquée sur les mains, les lunettes sont désinfectées avec une lingette désinfectante.

## FEMME DE MENAGE

Les chambres des résidents ne présentant pas de pathologie rhino-pharyngée sont faites en premier, le linge sale est éliminé par le palier classique ainsi que les déchets ménagers.

Le linge sale est éliminé par la filière classique ainsi que les déchets ménagers.

La chambre du résident présentant des signes rhino-pharyngés est mise en isolement, elle est nettoyée chaque jour.

- La femme de ménage doit posséder :

- Une solution hydro-alcoolique.
- Un masque chirurgical.
- Une paire de gants jetables.
- Une sur blouse.
- Des gazes à usage unique.
- Une lavette réutilisable.
- Des lingettes désinfectantes.

- Différentes étapes :

- Avant de pénétrer dans la chambre.
- Faire un lavage des mains avec une solution hydro-alcoolique.
- Mettre des gants jetables.
- On pénètre dans la chambre avec seulement le matériel nécessaire.
- Un balayage humide est effectué, la gaze est éliminée dans le sac jaune.
- Un lavage désinfectant avec une lavette réutilisable est effectué, la lavette est mise dans le sac de linge infecté.
- La robinetterie, la sonnette sont des objets très infectés. Ils doivent être nettoyés tous les jours avec une lingette désinfectante.
- Les toilettes et le lavabo sont nettoyés avec soin avec un détergent, puis rinçage puis application d'une solution détergente désinfectante.

- Avant de sortir, le matériel jetable est mis dans le sac poubelle jaune.

- En sortant :

- Le balai trapèze est désinfecté avec une lingette désinfectante puis une Solution hydro-alcoolique est appliquée sur les mains.

## **Résidant ne présentant pas de signe rhino-pharyngé.**

- Limitation des sorties du résidant.
- Limitation des visites : 1 personne par jour ne présentant pas de signe rhino-pharyngé et n'ayant pas été en contact dans les 24 heures précédentes avec une personne ayant présenté des signes rhino-pharyngés.
- Limitation des activités au sein de l'EHPAD pendant toute la phase pandémique.
- Le résidant doit rester le plus souvent possible dans sa chambre.
- Les repas sont pris en collectivité dans la salle à manger.
- Tous les déchets sont éliminés dans un sac à déchets ménagers.
- Les vêtements sales seront comme d'habitude mis dans le chariot à linge sale.
- Le personnel doit porter une paire de gants jetables.
- Le linge ne doit pas toucher la tenue professionnelle.

## Résidant présentant des signes rhino-pharyngés.

- A l'apparition des premiers signes, il est demandé au résidant de ne plus quitter sa chambre.
- La direction de l'établissement est prévenue.
- Le médecin traitant est appelé, celui-ci confirme le diagnostic.
- Le traitement par tamiflu est mis en place.
- Le résidant est mis en quarantaine avec apposition sur sa porte d'une affiche « **Isolement** » Annexe 2.
- Toute personne pénétrant dans la chambre doit porter :
  - un masque type FFP2 pour tous soins ou un masque chirurgical s'il reste à l'écart du résidant.
  - une sur blouse s'il y a manipulation du résidant ou soins.
  - une paire de lunettes s'il y a des soins.
  - Un sac poubelle jaune est mis en place, le résidant met tous les déchets souillés. Ce sac sera changé tous les jours.
  
- Le résidant :
  - doit porter un masque chirurgical dès qu'une personne entre dans la chambre.
  - ne doit pas serrer les mains, ni embrasser.
  - Toute personne ne faisant pas de soins doit rester au-delà de 2 mètres.
  - Le résidant prend ses repas dans sa chambre.
  - Devant toute dégradation de l'état général du résidant, le médecin traitant est appelé.
  
- Le linge sale :
  - Sera mis dans un sac de couleur entreposé dans sa chambre.
  - Il est changé chaque jour. En sortant de la chambre il est mis dans un double emballage puis véhiculé à la blanchisserie. Il ne doit pas être en contact avec le linge sale ordinaire. Tous les sacs de linge sale infecté sont amenés à la blanchisserie par un circuit de ramassage propre.
  
- Les visiteurs :
  - Sont limités à 1 personne par jour ; Celle-ci ne doit pas présenter de signe rhino-pharyngé et ne doit pas avoir été en contact dans les 24 heures précédentes avec une personne présentant des signes rhino-pharyngés.
  - La durée de la visite n'excède pas une heure.

## CONCLUSION

Une pandémie de grippe aviaire dans une EHPAD va bouleverser l'organisation du travail pour tous les membres du personnel.

Les secrétaires devront interdire aux visiteurs de pénétrer dans l'établissement s'ils présentent des signes rhino-pharyngés ou s'ils ont été en contact dans les 24 heures précédentes avec une personne présentant des signes rhino-pharyngés.

Elles devront énoncer à chaque visiteur les mesures à suivre au contact d'un résident présentant des signes rhino-pharyngés et elles mettront à disposition du visiteur le matériel nécessaire à sa propre protection.

Le personnel paramédical aura la difficile tâche de ne pas se contaminer, et d'éviter la diffusion des germes au sein de l'établissement. Pour cela il devra observer scrupuleusement les mesures barrières, modifier son plan de travail. Les soins seront effectués d'abord pour les résidents indemnes de toute pathologie rhino-pharyngée.

Les mesures barrières qui vont permettre de circonscrire la pandémie au sein de l'établissement vont entraîner un accroissement du temps de soin par résident, le temps de travail des employés en sera affecté.

La pandémie de grippe aviaire, dont la durée dans une région donnée est estimée à 5 à 6 semaines, va avoir des incidences financières importantes : plusieurs masques FFP2 pour chaque membre du personnel paramédical par jour, des masques chirurgicaux, une solution hydro-alcoolique pour chaque employé, une pochette de lingettes désinfectantes par employé, autre matériel jetable. Il est à ce jour difficile de déterminer cette incidence pécuniaire sur le budget de l'établissement.

L'isolement du résident, les restrictions de circulation dans l'établissement, la limitation des visites vont retentir sur tous les résidents avec l'apparition de troubles du comportement : (crise de nerfs, troubles du sommeil, repli sur soi, état anxio-dépressif).

Le personnel devra gérer au mieux ces troubles du comportement qui ne manqueront de survenir.

Il faudra prévoir un suivi psychologique, pour les équipes qui seront garantes de la non dissémination de la pandémie de grippe aviaire par la mise en place des mesures barrières, mais qui vivra avec la peur de l'attraper et de contaminer ses proches.

La pandémie de grippe aviaire dans une EHPAD dont la population est âgée, fragile, peut occasionner de nombreux décès. La bonne observance des mesures barrières par l'ensemble du personnel doit permettre de limiter l'extension de la maladie au personnel et aux résidents. On pourra apprécier l'efficacité des mesures barrières et de leur bonne observance par une incidence faible de la pandémie au sein de l'établissement.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale ».

Grippe aviaire : Fiche mémo à l'usage des professionnels de santé.

C.CLIN Ouest. Hygiène des structures et hébergement pour personnes âgées 2002.

Organisation des soins en situation de pandémie grippale.  
Ministère de la santé et des solidarités.

Grippe et grippe aviaire : P. CHAVANET maladies infectieuses.  
CHU DIJON novembre 2005.

In Vs : épidémie de grippe aviaire A (H5 N1).

O.M.S. Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie.

## Plan gouvernemental de prévention et de lutte « Pandémie grippale »

Période interpandémique		
Phase 1 OMS	<b>Situation 1</b>	Absence de circulation de nouveaux virus aviaires hautement pathogènes chez l'animal et l'homme (pour mémoire).
Phase 2 OMS	<b>Situation 2A</b>	Épizootie à l'étranger provoquée par un virus hautement pathogène, sans cas humain.
	<b>Situation 2B</b>	Épizootie en France provoquée par un virus hautement pathogène, sans cas humain.
		Le virus en cause est celui de l' <i>influenza</i> aviaire, le virus de la grippe des oiseaux. Il se transmet difficilement à l'homme.
Période d'alerte pandémique (prépandémique)		
Phase 3 OMS	<b>Situation 3A</b>	Cas humains isolés à l'étranger <b>sans transmission</b> interhumaine.
	<b>Situation 3B</b>	Cas humains isolés en France <b>sans transmission</b> interhumaine.
		Il n'existe pas de transmission interhumaine de ce virus. Les quelques cas humains sont des cas dits de grippe aviaire.
Phase 4 OMS	<b>Situation 4A</b>	Cas humains groupés à l'étranger, limités et localisés ; <b>transmission</b> interhumaine limitée due à un virus mal adapté à l'homme.
	<b>Situation 4B</b>	Cas humains groupés en France, limités et localisés ; <b>transmission</b> interhumaine limitée due à un virus mal adapté à l'homme.
		Apparition d'un virus grippal humain de composition antigénique nouvelle contre lequel l'immunité de la population est faible ou nulle.
Phase 5 OMS	<b>Situation 5A</b>	Larges foyers de cas groupés non maîtrisés à l'étranger.
	<b>Situation 5B</b>	Extension des cas humains groupés en France.
		La transmission interhumaine de ce virus peut s'effectuer d'abord de façon limitée puis de plus en plus largement.
Période pandémique		
Phase 6 OMS	<b>Situation 6</b>	Pandémie grippale : <b>a.</b> organisation et mesures sanitaires ; <b>b.</b> maintien des activités.
	<b>Situation 7</b>	Fin de vague de pandémie.
		Augmentation du nombre de cas d'un virus pandémique grippal, caractérisé par une bonne adaptation à l'homme.

**La plupart des phases peut constituer le niveau d'entrée directe dans la crise, sans avoir été précédé par les phases de degré inférieur.**