

## Annexe 2. Questionnaire de signalements de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les EMS

### BILAN INITIAL (VOLET 1)

#### ❖ INFORMATIONS SUR LE DÉCLARANT

Informations relatives à la personne qui effectue le signalement

Nom\* : ..... *texte* ..... Fonction : ..... *texte* .....  
Tél.\* : ..... *texte* ..... Adresse Mail\* : ..... *texte* .....

#### ❖ CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement\* ..... *raison sociale* .....

Département\* : \_\_\_\_ *liste déroulante* \_\_\_\_

N° FINESS de l'établissement (FINESS géographique)\* : ..... *pré rempli si identification par FINESS géographique* .....

Établissement rattaché à un établissement de santé\* : ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, nom de l'établissement de santé\* : ..... *texte* .....

Établissement avec une convention avec une Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ou une Équipe mobile d'hygiène (EMH)\* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui, nom de l'EOH/EMH : ..... *texte* .....

Si oui, date d'intervention : .. / .. / ....

Si convention existante avec une EOH/EMH, celle-ci a-t-elle été informée de l'épidémie en cours ? ☐ Oui ☐ Non

Nombre total de résidents * : .....	Nombre total de membres du personnel * : .....
-------------------------------------	--

#### ❖ SITUATION LORS DU SIGNALEMENT DE L'ÉPISODE

Date du début des signes du premier cas chez les résidents\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date de début des signes du dernier cas observé chez les résidents (avant le signalement) : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nom de l'unité, secteur ou service : ..... *texte* .....

Chez les résidents\* :

Nombre de malades (cas) depuis le début de l'épisode*	.....
Dont nombre de malades hospitalisés (ou qui ont été hospitalisés) et non décédés depuis le début de l'épisode*	.....
Dont nombre de personnes décédées (à l'ES et dans l'EMS) depuis le début de l'épisode *	.....

Tableau clinique des résidents depuis le début de l'épisode :

Plus de 50 % des malades présentent de la toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Plus de 50 % des malades présentent de la fièvre (>38 °C)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### Chez les membres du personnel :

Nombre de malades (cas) depuis le début de l'épisode	.....
Dont nombre de malades hospitalisés (ou qui ont été hospitalisés) et non décédés depuis le début de l'épisode	.....
Dont nombre de personnes décédées (à l'ES et dans l'EMS) depuis le début de l'épisode	.....

### Présence de critères de sévérité chez les résidents :

3 décès en moins de 8 jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 nouveaux cas ou plus dans la même journée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Absence de diminution du nombre de nouveaux cas dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Nous vous recommandons d'utiliser le fichier suivant pour réaliser la courbe épidémique.**

**Celle-ci vous sera probablement demandée par l'EOH/EMH ou ARS.**

**Voir le document « [Guide d'utilisation de la fiche de surveillance des cas groupés d'IRA dans les établissements médico-sociaux \(EMS\)](#) sur le site de Santé publique France<sup>1</sup>.**

### ❖ RECHERCHES ÉTIOLOGIQUES

Des tests de diagnostic ont-ils été réalisés ou sont en cours\* : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels\* :

Agent pathogène recherché*	Recherche effectuée*	Nombre de tests réalisés cumulé depuis le début de l'épisode*	Nombre de tests positifs cumulé depuis le début de l'épisode*	Type/Sous-type /Variant
<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> A non sous-typé <input type="checkbox"/> A(H1N1) <sub>pm09</sub> <input type="checkbox"/> AH3N2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Autres virus grippaux : ...texte*...
<b>Covid-19</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			...texte...
<b>VRS</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			...texte...
<b>Autres virus respiratoires</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			...texte...
<b>Recherches bactériennes</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			...texte...

Étiologie(s) retenue(s) \* : ☐ Grippe ☐ Covid-19 ☐ VRS ☐ Autres virus respiratoires

☐ Infections bactériennes ☐ Étiologie encore inconnue ☐ Aucune / ☐ Grippe ☐ Covid-19 ☐ VRS

☐ Autres virus respiratoires ☐ Infections bactériennes

Agent pathogène émergent : .....texte .....

### ❖ TRAITEMENT ANTIVIRAL - PROPHYLAXIE

Si grippe, traitement antiviral des cas résidents : ☐ Oui ☐ Non

Si grippe, prophylaxie antivirale des contacts à risque résidents : ☐ Oui ☐ Non

Si Covid-19, traitement antiviral des cas résidents : ☐ Oui ☐ Non

Si Covid-19, prophylaxie antivirale des contacts à risque résidents : ☐ Oui ☐ Non

<sup>1</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/articles/surveillance-des-episodes-de-cas-groupes-d-infections-respiratoires-aigues-ira-dans-les-etablissements-medico-sociaux/documents/fiche-surveillance-ira>

## ❖ MESURES DE CONTRÔLE ET DE GESTION

Mesures prises dans l'établissement		Date de mise en place
Précautions standards	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Précautions de type « gouttelettes » <i>Si oui, précisez ...texte...</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Traitement antiviral en préventif et/ou préemptif dans un délai de 48 heures dès l'identification de cas groupés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____
Autres mesures éventuelles (suspension des admissions, suspension des visites, etc.) Précisez : ..... <i>texte</i> .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	__ / __ / ____

Vous pouvez vous aider de la check-list proposée par le Repias<sup>2</sup>.

**Estimez-vous avoir besoin d'un appui pour l'investigation ou la gestion de l'épisode\*?**

☐ Oui ☐ Non

Pour quelles raisons ? ...*texte*...

(Ressources humaines, d'équipements, conseils...)

Commentaire sur la gestion de l'épisode : ...*texte*...

## ❖ VACCINATION

	Chez les résidents	Chez les membres du personnel
Nombre de personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet contre la Covid-19, selon le schéma en vigueur	.....	.....
Nombre de personnes vaccinées contre la grippe pour cette saison :	.....	.....

<sup>2</sup> Check-list EPIDEHPAD : [https://antibioresistance.fr/prevention\\_infections](https://antibioresistance.fr/prevention_infections)

## BILAN FINAL (VOLET 2)

### ❖ IDENTIFICATION

Numéro d'identification (numéro PSI)\* : ..... 17 chiffres.....

### ❖ BILAN FINAL A LA CLÔTURE DE L'ÉPISODE

Date du bilan final\* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Date de début des signes du dernier cas chez les résidents : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

#### Chez les résidents\* :

Nombre de malades (cas) depuis le début de l'épisode*	.....
Dont nombre de malades hospitalisés (ou qui ont été hospitalisés) et non décédés depuis le début de l'épisode*	.....
Dont nombre de personnes décédées (à l'ES et dans l'EMS) depuis le début de l'épisode*	.....

Nombre de secteurs / unités / services concernés : ..... *nombre* .....

#### Chez les membres du personnel :

Nombre de malades depuis le début de l'épisode	.....
Dont nombre de malades hospitalisés (ou qui ont été hospitalisés) et non décédés depuis le début de l'épisode	.....
Dont nombre de personnes décédées (à l'ES et dans l'EMS) depuis le début de l'épisode	.....

### ❖ RECHERCHES ÉTIOLOGIQUES

Des tests de diagnostic ont-ils été réalisés depuis le début de l'épisode\* : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels\* :

Agent pathogène recherché*	Recherche effectuée*	Nombre de tests réalisés*	Nombre de tests positifs*	Type/ sous-type /Variant
<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> A non sous-typé <input type="checkbox"/> A(H1N1) <sub>pm09</sub> <input type="checkbox"/> AH3N2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Autres virus grippaux : ... <i>texte</i> ...
<b>Covid-19</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			... <i>texte</i> ...
<b>VRS</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			... <i>texte</i> ...
<b>Autres virus respiratoires</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			... <i>texte</i> ...
<b>Recherches bactériennes</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			... <i>texte</i> ...

Étiologie(s) retenue(s) \* : ☐ Grippe ☐ Covid-19 ☐ VRS ☐ Autres virus respiratoires ☐ Infections bactériennes  
☐ Aucune / ☐ Grippe ☐ Covid-19 ☐ VRS ☐ Autres virus respiratoires ☐ Infections bactériennes

#### ❖ GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode\* ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, par qui : ☐ ARS : Agence régionale de santé ☐ CPIAS : Centre d'appui pour la prévention des IAS ☐  
EMH : Équipe Mobile d'hygiène ☐ EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène ☐ Réseau local d'hygiène ☐ Cellules  
en région de Santé publique France ☐ Autre

Si « Autre », précisez : .....*texte*.....

Commentaires sur la gestion de l'épisode : ..... *texte*.....

Veuillez s'il vous plaît envoyer à votre ARS la courbe épidémiologique finale comportant le nom de  
l'établissement et sa commune.

---

---