



Journée annuelle Risque infectieux en ESMS –CPIAS Ile de France
12 mai 2023

Préparer la visite d'évaluation en EHPAD

P. Barrière, cadre supérieure de santé experte en hygiène
A. Nigeon, coordonnatrice des soins- RQGDR



**Avoir une démarche continue de la qualité
est facteur de réussite de son évaluation**

Sommaire

01 Les EHPAD de la
Dsol

02 Le management de
la qualité dans les
EHPAD de la DSol

03 Démarche de
préparation à
l'évaluation

04 La prévention du
risque infectieux
En pratique

05 Exemple de
planning

01

Les EHPAD de la Dsol

Présentation des EHPAD de la DSol



La direction des Solidarités (Centre d'action sociale de la Ville de Paris) accueille **2 101 résidents** dans **quinze EHPAD de 100 à 325 lits** : dix à Paris, quatre en région parisienne et un dans l'Aisne.

La **vocation** de ces établissements est de proposer à toute personne âgée un **accueil de qualité, individualisé**, avec comme ligne directrice la **bienveillance** et le **respect des droits des résidents et de leurs proches**.

Le profil des résidents entrants est majoritairement GIR 3 à 4.

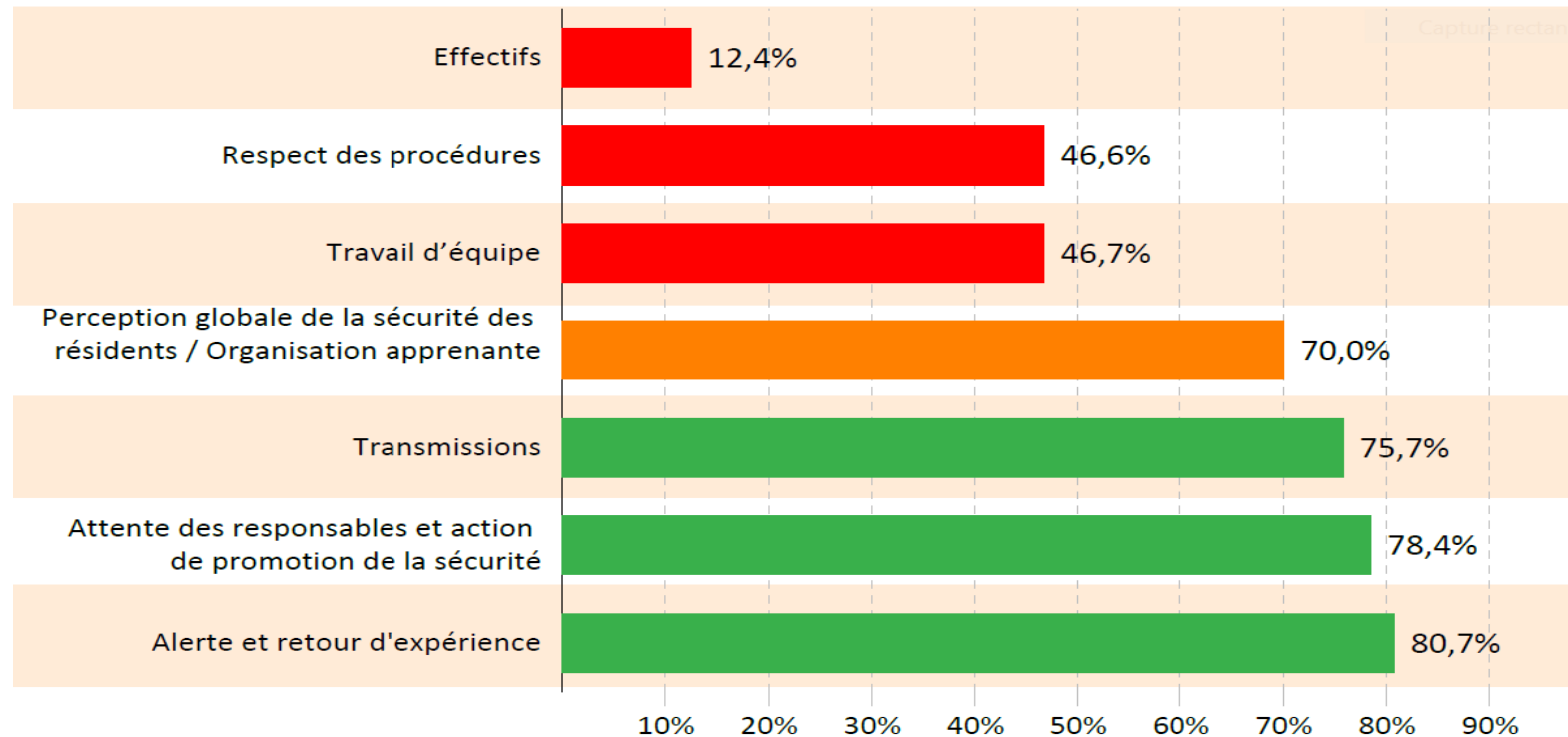
La spécificité de ces établissements, habilités à 100 % à l'aide sociale, est qu'ils accueillent certains résidents issus de la grande précarité (avec parcours de rue) ainsi que des résidents issus de la filière psychiatrique

02

Le management de la qualité dans les EHPAD de la DSol

La culture qualité des EHPAD au regard du nouveau référentiel d'évaluation

En 2022, 213 agents dont 132 paramédicaux de 10 EHPAD /15 ont répondu à l'enquête culture-sécurité en EHPAD proposée par la STARAQS



Prendre en compte ces résultats pour préparer l'évaluation

Si les EHPAD n'ont pas de marge de progression possible pour avoir plus de personnel, les EHPAD doivent :

- **revoir leur système documentaire.** C'est-à-dire :
 - Réviser les procédures : sont elles encore d'actualité? Sont elles adaptées? Sont elles nécessaires? Sont-elles utiles? Compréhensibles par les agents? Pour ne garder que celles qui donnent les règles **incontournables** sur un sujet. Par exemple : la déclaration des **événements indésirables (EI)**

Aujourd'hui nous privilégions les **conduite à tenir (chutes), avec un logigramme s'y afférant, les check lists (matériels, kits diabétiques), les planifications (pour des douches avec traçabilité dans le dossier informatisé du résident)**

Mais aussi :

- **La communication entre professionnels** car chacun sait que la communication et l'organisation sont les facteurs essentiels de la qualité
- **La déclaration des EI**
- **L'analyse des EI en REX**

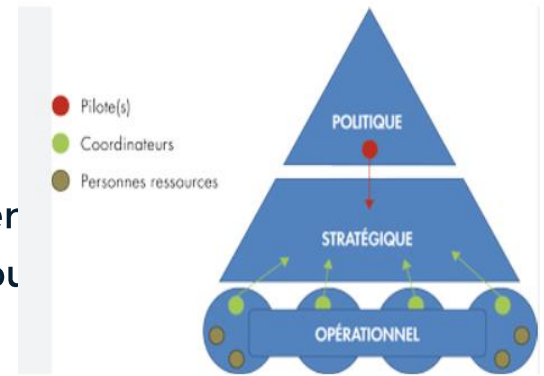
Concrètement , **directement dans la prise en soins, cela signifie :**

- Être organisé pour que chaque résident ait son **projet d'accompagnement personnalisé**, mis à jour autant que nécessaire.

Mais encore, mettre en place des comités qualité

Pour cela, la **direction** définit la **politique qualité** pour qu'elle devienne **opérationnelle**.

Pour suivre l'organisation de cette déclinaison politique, les EHPAD sont entrain de mettre en place des **comités qualité** afin de faire un point qualité tous les 3 mois pour les ehpad de 120 lits et tous les 6 mois pour les plus gros EHPAD.



Les points particulièrement suivis portent sur :

- **Les évènements indésirables**
- Les points notables **des différentes instances** si nécessitent un **partage ou un plan d'action (Clan, comité éthique, CVS, etc.)**
- **Contexte dans lequel se trouve l'établissement** ou éléments notés par les professionnels nécessitant d'être partagé
- **les « manifestations nationales »**, les ressentis sur le climat général etc.
- **le suivi du plan d'amélioration de la qualité (PAQ)** en cours et réajustements si nécessaire

Tout ceci pour mener une **démarche CONTINUE** de l'amélioration de la qualité (**PACQ**) et se préparer entre autre à l'évaluation

03

Démarche de préparation à l'évaluation

L'autoévaluation

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

MANUEL

Manuel d'évaluation
de la qualité des
établissements et
services sociaux et
médico-sociaux

Chaque EHPAD se prépare différemment à l'évaluation.

- **Pour faire leur autoévaluation :**
 - Certains la font en équipe pluridisciplinaire
 - D'autres se sont fait aider par des étudiants directeur ou en master qualité

Tous doivent **avoir un « COPIL évaluation »** dans lequel tous les responsables de service participent pour **revoir, mettre à jour et fixer des objectifs dans leur PAQ** dans le logiciel qualité de l'ehpad et non dans SYNAE, choix de l'institution.

La Dsol a fait un marché (dans le cadre des marchés publics) avec des prestataires agréés

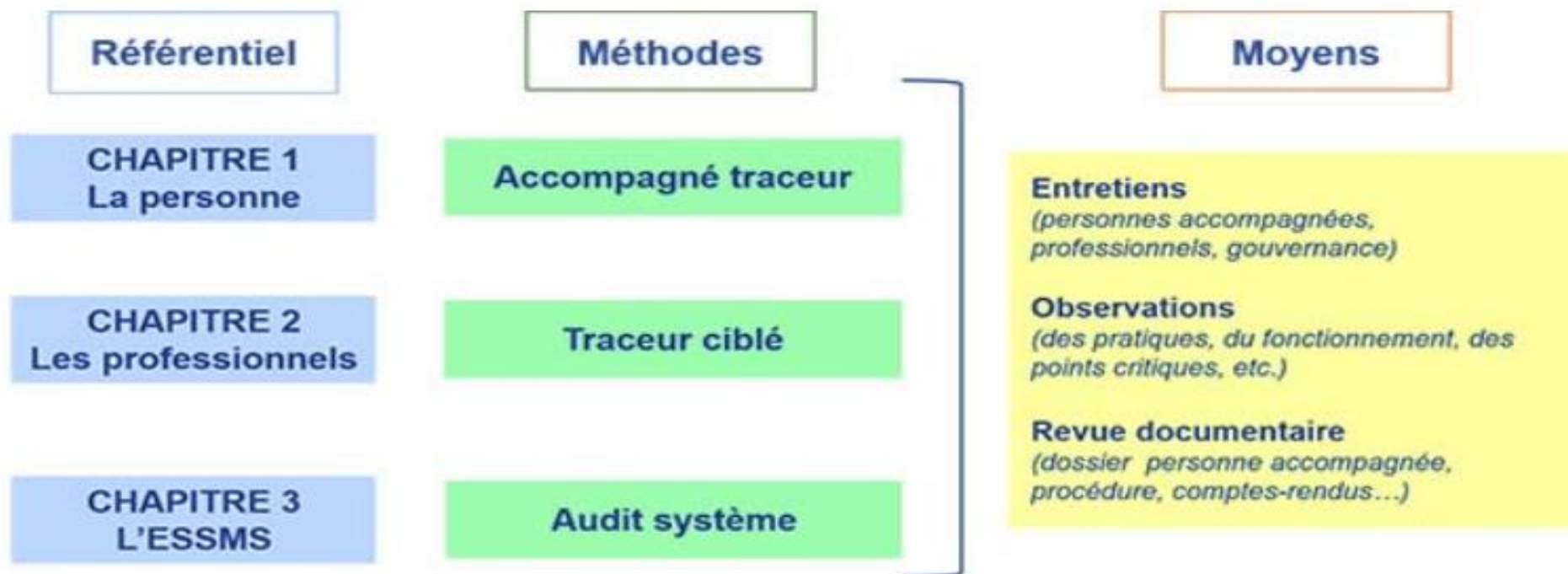
La finalité de l'évaluation

- **La démarche d'évaluation portée par la HAS** vise à :
 - permettre à la personne d'être actrice de son parcours
 - renforcer la dynamique qualité au sein des établissements et services
 - promouvoir une démarche porteuse de sens pour les ESMS et leurs professionnels.
- **Quatre valeurs fondamentales** sont portées par le référentiel d'évaluation de la qualité :
 - le pouvoir d'agir de la personne
 - le respect des droits fondamentaux
 - l'approche inclusive des accompagnements
 - la réflexion éthique des professionnels

Pour ce faire

157 critères dont 18 impératifs pour mesurer l'impact de la politique qualité menée dans l'institution :

- ce que la HAS nomme « l' **Audit système** » (CH3)
- à travers le « **traceur ciblé** » qui est **le professionnel** (CH2)
- pour enfi



04

**La prévention du risque
infectieux**

En ce qui concerne la prévention du risque infectieux

Dans l'évaluation de l'audit système HAS : Critères 3.7.1 à 3.7.3



Pour bien se préparer et être au « Top Hygiène /PRI » au quotidien : bien lire la **consultation documentaire** proposée par la HAS : projet d'établissement, la communication sur les règles d'hygiène...

Cette consultation documentaire est une ligne de conduite pour répondre de façon adaptée à tous les critères

OBJECTIF 3.7 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

CRITÈRE 3.7.1 – L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et s'assure de sa mise en œuvre.

Niveau d'exigence : **Standard / Impératif**

Champ d'application : **Tous ESSMS / Social / Médico-social**
Toutes structures / Établissement / Service
Tous publics / PA / PHA / PHE / PDS / AHI / PE-PJJ



Références

HAS – Spécifiques

- RBPP Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages par les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), 2020.

Références légales et réglementaires

- Article D312-180 CASF
- Instruction n° DGCS/SPA/2016/185 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018
- Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

Éléments d'évaluation

Entretien avec l'ESSMS

- L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.
- L'ESSMS communique sur les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux.
- L'ESSMS évalue régulièrement le respect des règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux.
- L'ESSMS actualise sa stratégie autant que nécessaire.

Consultation documentaire

- Tous documents décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Exemples : projet d'établissement/de service, description de l'organisation, des rôles et responsabilités.
- Tous éléments de communication sur les règles d'hygiène et de prévention (procédures/protocoles, conduite à tenir, plaquettes, affichage) dans chaque domaine concerné (hygiène des locaux, hygiène des mains, décontamination, linge, DASRI...)
- Système d'évaluation des pratiques, résultats et actions d'amélioration.
- Dates des dernières révisions de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Les outils documentaires externes et internes

Utilisation du référentiel de l'HAS (thématique + F descriptive)

Utilisation du guide méthodologique proposé par le cpias pays de la Loire afin de répondre aux critères (liste des outils)

le DARI 2022 finalisé et le DAMRI 2023 sont d'excellents guides afin de maîtriser la politique du risque infectieux sur le site (politique de MRI et communication/information)

le plan d'action et les indicateurs minimums par structure/site (logiciel GED et dossier du Résident)

Les éléments essentiels de la GED les procédures, FT, affiches et leur déclinaison (personnalisation de certaines procédures /(circuits)

Ref /Chapitre 3 L'ESMS , accompagnement à la santé

3.7 L'ESMS déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux

- 7.1 stratégie de PMRI et s'assure de sa mise en œuvre
- 7.2 les professionnels mettent en œuvre les actions de prévention et de gestion du risque infectieux
- 7.3 les professionnels sont régulièrement formés et ou sensibilisés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux

Réf 3.7.1 stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et sa mise en œuvre

Politique convention IMH et/ cadre hygiéniste, politique Casvp /création du poste en 2016

Les fondamentaux le **DARI annuel** est rempli depuis 2018/avec le plan d'action par EHPAD/bascule DAMRI 2023 sur la plateforme

- accompagnement des EHPAD par Cadre hygiéniste

CAT en cas d'épidémie et MRI dans le plan bleu +affiche signalement réactualisée /signalement en ligne

Missions des correspondants en hygiène, fiche d'intégration signée par les cadres ,fonctionnement et responsabilités depuis

Réf 3.7.1 stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et sa mise en œuvre

Exemple en lien dans audit système du DAMRI 2023

Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux

Direction /
Encadrement

Avez-vous identifié un référent et son suppléant pour votre plan de gestion de crise dans le cadre du plan bleu ?



Surveillance / Signalement

Direction /
Encadrement

Utilisez-vous le portail de signalement des événements sanitaires indésirables pour faire vos signalements externes ?



Comment ?

Depuis 2018

Présentation dans les différentes réunions de réseaux directeurs, directeurs adjoints soins, médecins co, correspondants en hygiène

Demande de reporting des compte rendus/réseaux vers tous les acteurs avec des documents de présentation utilisables (flash informations, diaporamas ...)/traçabilité demandée

Simultanément mise en avant dans la GED Ageval et titan/avec mail automatique ou accompagné

au niveau décisionnel dans l'élaboration des marchés publics/ inclusion de critères qualité hygiène (% qualité % financier)

DAMRI 2023 documents preuves

À l'issue du dernier DARI/DAMRI, le plan d'action pour la PMRI est en adéquation avec le volet RI du plan bleu de l'établissement

Les conduites à tenir et organisations de la PMRI sont inscrites dans le plan bleu (Cf. plan de gestion d'une épidémie).

L'établissement dispose d'un plan de gestion d'épidémies à jour

L'établissement dispose, en annexe de son plan bleu, d'un plan de gestion d'épidémies.

Ce plan de gestion cible les procédures et organisations, les ressources humaines, et les matériels nécessaires à la limitation de la transmission croisée.

Il est régulièrement actualisé et révisé, *a minima* une fois par an.

À l'issue du dernier DARI/ DAMRI, l'établissement a validé son plan d'actions

OUI NON

À l'issue du dernier DARI, le suivi du plan d'actions est défini

OUI NON

À l'issue du dernier DARI/DAMRI, le plan d'action pour la PMRI est en adéquation avec le volet RI du plan bleu de l'établissement

OUI NON

Des actions de sensibilisation pour la PMRI sont mises en œuvre au sein de votre établissement pour tous les intervenants (internes et externes)

OUI NON

L'établissement veille à ce que chaque prestataire externe prenne en compte le risque infectieux : 1- lors de la signature de convention 2- lors de l'intervention dans l'établissement

Avez-vous mis en place un comité de suivi ou équivalent à l'issue de l'auto-évaluation DARI/DAMRI ?
Si oui, à quel rythme se réunit-il ?

Réf 7.2 les professionnels mettent en œuvre les actions de prévention et de gestion du risque infectieux

Dans les plans d'action par site ,**des thèmes incontournables ,les fondamentaux :**

L'hygiène des mains au quotidien/tous personnels et lors des ateliers avec les résidents au cours des soins et dans la prise en charge de l'environnement

- Les précautions standard d'hygiène
- Informer respecter et évaluer les procédures (audits par site)
- prouver ce que l'on fait (traçabilité)
- Les indicateurs de suivi PHA, vaccination, opportunité HDM



Comment ?

Impulsion dans les ordres du jour des réseaux et notamment le groupe des correspondants en hygiène /mission des cadres /une cohérence avec la politique qualité (5 réunions par an + Groupes de T)

Des guides méthodologiques ou des outils facilitateurs en adéquation avec les incitations nationales (uniformisation puis appropriation par site)

Une politique d'audit sur les fondamentaux / HDM, Précautions standard, excréta/change et PS /circuits depuis le début du réseau

Des améliorations par site avec un suivi des indicateurs en COPIL qualité ou en lien dans des instances/CLAN

Réf 7.3 les professionnels sont régulièrement formés et ou sensibilisés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux

Les formations en interne/à programmer avec cadre en hygiène, médecin correspondants en hygiène/ et/ou spécifiques offres/CASVP et celles du cpias IDF

- **à tracer et renouveler annuellement**

Un parcours de formation obligatoire ou fortement conseillé selon le poste et les compétences à acquérir /**passport bonnes pratiques**

Les précautions standards et complémentaires/HDM excréta EPI, AES ...

Hygiène de l'environnement et circuits HACCP, RABC, Déchets/DASRI Bio-nettoyage, gestion de l'eau (légionnelles/ECS eau potable ...) carnet

sanitaire air/2023.

Comment ?

Recueillir par site les tableaux de bord de suivi des formations incontournables/ pistes dans audit système du DAMRI 2023 Indicateurs/Taux IDE, médecins as et autres paramédicaux formés

Formation des personnes encadrantes et/ou participantes sur l'hygiène de l'environnement

Formations spécifiques selon les plans d'actions et les points critiques

Travailler sur la formation des nouveaux arrivants dès leur

embauche

STRATÉGIE DES PRÉCAUTIONS STANDARD (PS)

La formation "précautions standard" est inscrite dans le plan annuel de formation de l'établissement

OUI NON

La formation "hygiène des mains", dans le cadre des précautions standard, est dispensée à l'embauche de chaque professionnel

OUI NON

La formation "hygiène des mains", dans le cadre des précautions standard, est dispensée dans le cadre de la formation continue selon une périodicité définie par l'établissement

OUI NON

La formation "prévention et conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang (AES)", dans le cadre des précautions standard, est dispensée à l'embauche de chaque professionnel

OUI NON

La formation "prévention et conduite à tenir en cas d'AES", dans le cadre des précautions standard, est dispensée dans le cadre de la formation continue selon une périodicité définie par l'établissement

OUI NON

La formation "prévention et conduite à tenir en cas d'AES" est dispensée aux intervenants extérieurs (réglementaire : arrêté du 13 juillet 2013)

OUI NON

05

Exemple de planning

Le planning

				Responsable d'évaluation			
Heure début	Heure fin	Durée	Activité, processus, thématique	Objectifs référentiel	Personne rencontrée		
09:00	09:45	00:45	Réunion d'ouverture - rappel des enjeux et des objectifs de la visite ; - confirmation du planning de visite défini avec la structure et ajustements de dernière minute nécessaires ; - organisation de la visite et questions logistiques afférentes (lieux des entretiens, matériels nécessaires). Pour l'ESSMS : - présentation des modalités d'accès à la consultation documentaire ; - présentation de l'espace de travail des consultants ; - information sur les heures, déroulés des repas				
10:45	11:30	00:45	Visite de la structure - permettre à l'équipe d'intervenants d'appréhender la structure, son fonctionnement et son organisation ; - identifier les lieux et supports d'information mis en place par l'ESSMS, les conditions d'accessibilité et de sécurisation des locaux ; - recueillir toutes informations permettant d'alimenter les entretiens à venir				
11:30	12:00	00:30	Thématique : Droits de la personne accompagnée (audit système) OBJECTIF 3.2 : L'ESSMS veille à ce que la personne accompagnée dispose d'un cadre de vie adapté et respectueux de ses droits fondamentaux CRITERE 3.2.1 CRITERE 3.2.2 Thématique Droits de la personne accompagnée (traceur ciblé) OBJECTIF 2.2: Les professionnels favorisent l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles de la personne accompagnée CRITERE 2.2.6 CRITERE 2.2.7 Thématique : Expression et participation de la personne accompagnée OBJECTIF 3.3 : L'ESSMS facilite la participation sociale de la personne accompagnée CRITERE 3.3.1				
12:00	12:15	00:15	POINT BINOMES EVALUATEURS				
12:15	13:00	00:45	REPAS				
13:00	14:30	01:30	Thématique : Démarche qualité et gestion des risques (audit système: gouvernance) OBJECTIF 3.10: L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques CRITERE 3.10.1 CRITERE 3.10.2 OBJECTIF 3.11 : L'ESSMS définit et déploie son plan de prévention des risques de maltraitance et de violence CRITERE 3.11.1 CRITERE 3.11.2 Thématique: Démarche qualité et gestion des risques (audit système) OBJECTIF 3.12: L'ESSMS assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations CRITERE 3.12.1 CRITERE 3.12.2 OBJECTIF 3.13: L'ESSMS assure le recueil et le traitement des événements indésirables CRITERE 3.13.1 CRITERE 3.13.2 OBJECTIF 3.14: L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité CRITERE 3.14.1 CRITERE 3.14.2 OBJECTIF 3.15: L'ESSMS s'inscrit dans une dynamique d'innovation et d'évolution sociétale CRITERE 3.15.1 CRITERE 3.15.2				
14:30	15:00	00:30	>>> Visite des zones de stockage Thématique: Démarche qualité et gestion des risques (audit système: gouvernance) OBJECTIF 14: L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité Thématique : Droits de la personne accompagnée (audit système: gouvernance) >>> Consultation du registre de sécurité, contrats de maintenance, organisation de la maintenance et de la qualité de l'hébergement OBJECTIF 3.2 : L'ESSMS veille à ce que la personne accompagnée dispose d'un cadre de vie adapté et respectueux de ses droits fondamentaux				
15:00	15:30	00:30	Audit système: parole des professionnels (avec référence au chp.3) Réunion professionnels sans gouvernance Thématique: Démarche qualité et gestion des risques (audit système) OBJECTIF 3.12: L'ESSMS assure le recueil et le traitement des plaintes et des réclamations CRITERE 3.12.1 OBJECTIF 3.13: L'ESSMS assure le recueil et le traitement des événements indésirables CRITERE 3.13.1 CRITERE 3.13.2 OBJECTIF 3.14: L'ESSMS est doté d'un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité CRITERE 3.14.1 CRITERE 3.14.2 OBJECTIF 3.15: L'ESSMS s'inscrit dans une dynamique d'innovation et d'évolution sociétale CRITERE 3.15.1 CRITERE 3.15.2				
15:30	16:00	00:30	Thématique : Accompagnement à l'autonomie OBJECTIF 3.5 L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de préservation de l'autonomie et de prévention du risque d'isolement de la personne accompagnée CRITERE 3.5.1				



Merci

