



Projet expérimental Prise en charge du risque infectieux en EHPAD Département des Yvelines

Plan

- I. Historique de la mise en place du projet
- II. Secteur géographique et liste des établissements engagés
- III. Capacité d'accueil de chaque établissement
- IV. Rôle et repartition des tâches
- V. Bilan annuel d'activité 2014
- VI. Tableau de bords des indicateurs
- VII. Problématique du risque infectieux en EHPAD
- VIII. Difficultés rencontrées

I. Historique de la mise en place du projet

- En octobre 2013, l'EHPAD Saint-Joseph a répondu à un appel à projets de l'ARS concernant « La prise en charge du risque infectieux en EHPAD ».
- Novembre 2013 : Signature d'une convention d'objectifs et de moyens entre l'ARSIF et l'EHPAD Saint-Joseph
- Décembre 2013 : Signature d'une convention partenariale entre l'EHPAD Saint-Joseph et 9 EHPAD du département des Yvelines
- Choix de l'infirmière hygiéniste : une IDE de l'EHPAD Saint-Joseph formée pendant 18 mois par une infirmière hygiéniste externe.
- Inscription de l'IDE au DIU d'infirmière hygiéniste intitulée « *Infections nosocomiales et Hygiène Hospitalière* »
- IDE Hygiéniste intervient, à raison d'une visite par mois, sur les **dix EHPAD** associés à ce projet.

II. Secteur géographique et liste des établissements engagés

Secteur

Nom de l'établissement

Versailles

- Résidence les Augustines
- Maison Saint Louis
- Résidence Val de Bièvre

Louveciennes

- Résidence Saint Joseph

Le Pecq

- Résidence Notre Dame
- Résidence Les Tilleuls

Chambourcy

- Maison de Famille Château de Chambourcy

Saint Germain En Laye

- Résidence Les Soeurs Augustines

Port Marly

- Résidence Simon Vouet

Montbuisson

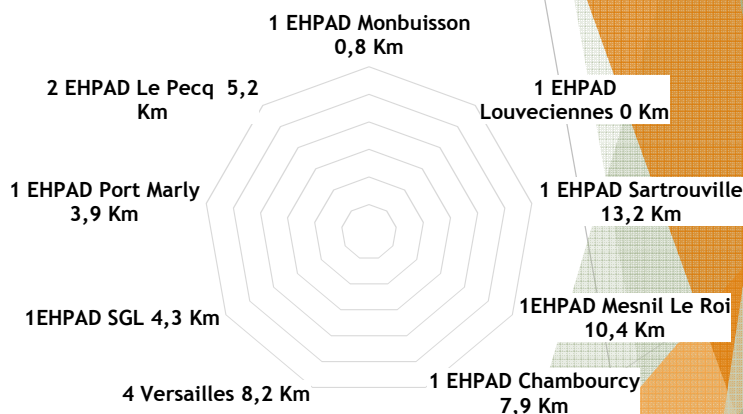
- Résidence Montbuisson



II. Secteur géographique et liste des établissements engagés

Novembre 2014, à la demande de l'ARS
extension de l'expérimentation à 3 autres
établissements

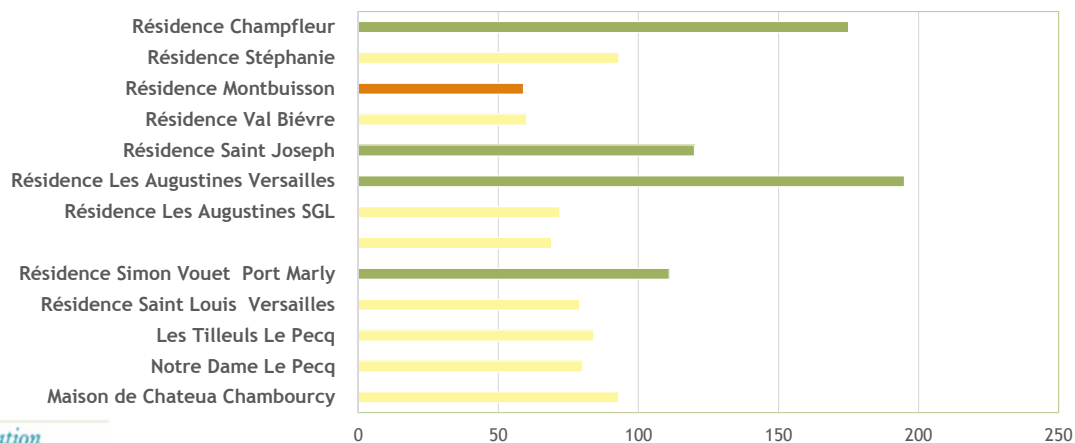
- Résidence Stéphanie - Croix Rouge - Sartrouville.
- Résidence Champsfleur- Croix Rouge Mesnil Le Roi.
- Résidence « Ma Maison » Petites Sœurs des pauvres-Versailles.



13 établissements au total



III. Capacité d'accueil de chaque établissement



IV. Rôle et repartition des tâches de IDE hygiéniste

Actions

Communes

Spécifiques selon les besoins de l'établissement



Création d'une EOH avec réunion tous les 2-3 mois - Identifier un correspondant dans chaque structure = relais de l'hygiéniste



Audits ciblés / Plan d'action / Evaluation
(ex. : Audit «Zéro Bijoux »)



Aide à l'élaboration des documents de référence (protocoles, carnet sanitaire, le DARI)



Formations et information

humour de fonctionnaires:

Mettez bien en oeuvre les mesures de protection contre la grippe "A"

Moi j'ai rien, j'ai de la catégorie "B" III

Moi non plus, j'ai de la "C"



- Aide technique au choix de matériels, d'équipements
- organisation de la surveillance des IAS

Sensibilisation.
Aide à la gestion des épidémies

V. Bilan annuel d'activité 2014



11 établissements

- 81 visites réalisées (en moyenne 8 visites par établissement)
- rédaction du rapport après chaque visite
- 1 rapport d'activité annuelle

NB: début des visites
le 2 FEVRIER 2014



09 établissements

13 Audits "Zero Bijoux" et 03 Quizz "Port des Gants"



01 Evaluation des pratiques de bio nettoyage

V. Bilan annuel d'activité 2014



- 1 formation inter établissements sur l'hygiène des mains avec la participation du laboratoire ANIOS

04
établissements

- 5 formations sur site:
Hygiène des mains, CAT en cas de BMR, bio nettoyage des locaux, vaccination et entretien des vestiaires.



11 réunions EOH réalisées



- 02 réunions COPIL
- 01 réunion à ARS
- 01 réunion Cclin

07
établissements

1. Evolution des EHPAD sur les axes du DARI (2014)

02DARI

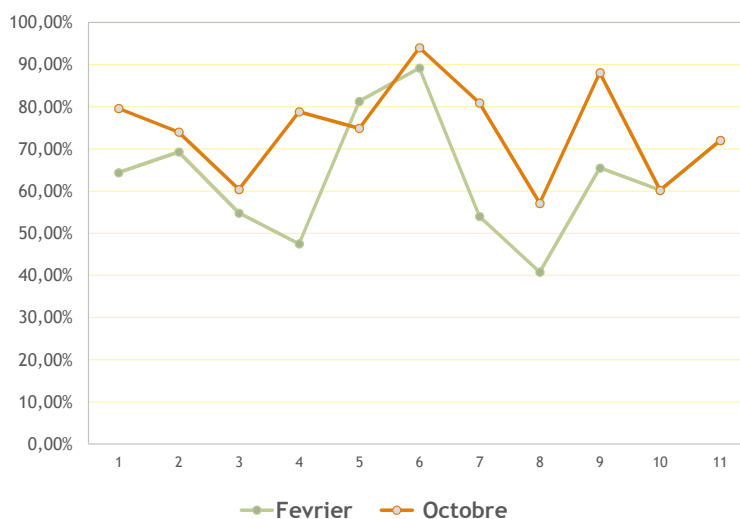
- 09 établissements

01DARI

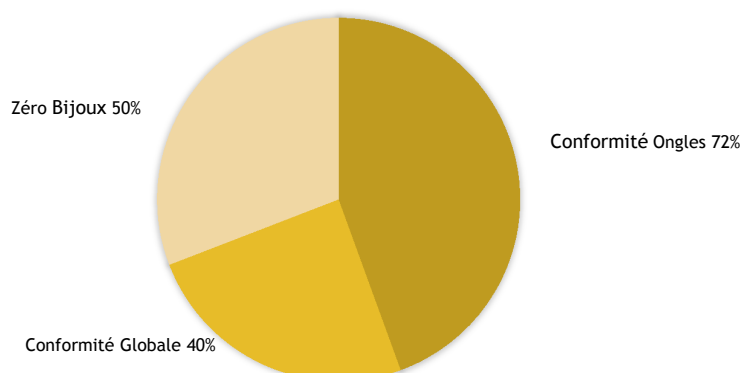
- 02 établissements

0 DARI

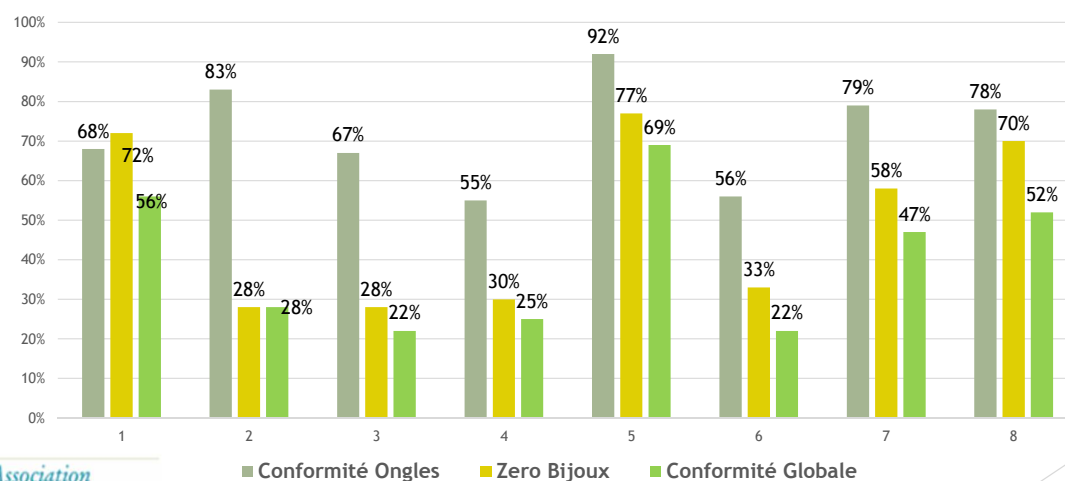
- 02 établissements



2. Résultat global Audit « Zéro Bijoux »



2. Résultats Audit « Zéro Bijou »



VI-Tableau de bords des indicateurs

Moyen de pilotage qui nous permet d'améliorer la qualité des soins dispensés au quotidien.

1. Indicateur ICSHA: marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains.
2. Suivi des patient infectés reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour maîtriser la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR).
3. Le bon usage des ATB et la réévaluation de leur prescription.
4. Evaluation du DARI
5. Evaluation des pratiques professionnelles (audit « Zéro Bijoux, » « Port de gant »).

VII. Particularité du risque infectieux en EHPAD

► Infection acquise en EHPAD se situe à mi chemin entre communautaire et nosocomiale:

1. Infection liée à l'état de dépendance du résident (dénutrition, incontinence...)
2. les infections liées à la vie en collectivité (par contagion exp Grippe)
3. les infections liées à un agent exogène de l'environnement (légionellose...)
4. les infections liées aux soins prodigués aux résidents

Même si les mécanismes sont souvent associés et intriqués, l'évitabilité de ces infections est croissante

VIII. Difficultés rencontrées en EHPAD

- ▶ Très faibles ratios de personnel
- ▶ Structures parfois anciennes (réseaux d'eau incertains)
- ▶ Formation en hygiène insuffisante chez le personnel, en particulier de service (qui jouent un rôle fondamental dans ces structures)
- ▶ Antibiothérapie à large spectre parfois excessive
- ▶ Difficultés pour expliquer les mesures de prévention aux pensionnaires et aux familles
- ▶ Le niveau de vaccination en particulier anti-grippal, probablement acceptable chez les résidents, est très insuffisant chez le personnel



*Il faut absolument tenir compte de ces
difficultés et y
Apporter des solutions réalistes*

15



16