



Prévention du risque infectieux en Ehpad
4^{ème} Journée

14 février 2013



Institut Biomédical des Cordeliers
Amphi Farabeuf
15-21 rue de l'école de médecine
75006 Paris

Mise en place d'une équipe opérationnelle d'hygiène dans les EHPAD



Centre Hospitalier
de Valence

Nathalie ARMAND, Catherine MICHEL
Mireille ROCHE, Joseph HAJJAR
Service d'hygiène et d'épidémiologie

Origine et contexte

- **Projet élaboré en 2003 par le service d'hygiène et d'épidémiologie du CH de Valence**
 - **Exclusion des EHPAD de l'organisation de la LIN**
 - Absence de professionnels en HH (sauf rattachement à un ES)
 - **Demande de collaboration en augmentation constante**
 - Réponses ponctuelles (conseil téléphonique, documents)
 - Peu d'interventions sur le terrain (sauf cas groupés ou épidémie)
 - **Mouvements de patients entre ES et EHPAD**
 - **Expérience d'une équipe inter-établissements**

Origine et contexte

- **Soutien et financement par les DDASS Drôme et Ardèche (budget non pérenne pour 3 ans)**
 - Démarrage du programme début **2007**
- **Contexte favorisant**
 - Renouvellement des conventions tripartites (intégration du volet infectieux au plan bleu et du carnet sanitaire)
 - Nouvelles définitions des infections nosocomiales

Acteurs

- **Cible**
 - EHPAD volontaires non rattachés à un Centre Hospitalier
 - Eligibles
 - **55 établissements / 2 181 lits** (Rhône-Alpes : 600 EHPAD /38 625 lits)
- **Equipe mobile d'hygiène**
 - 2 IDE (**1,8 ETP**) et 1 PH (**1ETP**) + Tps secrétariat / logistique
- **Convention simple**
 - Entre l'EHPAD et l'hôpital référent
 - Intervention de l'équipe au moins ½ journée par mois

Programme

- **Principes**
 - **Réaliste**, adapté au niveau de risque et aux moyens disponibles, associant les professionnels
 - **Appui** du directeur, du médecin et IDE coordinateurs
- **Objectifs classiques**
 - Organisation de la gestion du risque infectieux
 - Surveillance des IAS
 - Mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques
 - Information et formation des professionnels
 - Evaluation périodique des actions mises en place
 - Aide technique lors d'évènements infectieux inhabituels

Période 2007-2010

- Engagés au 31 décembre 2009
 - **36 EHPAD**
 - 27 dans la Drôme
 - 9 en Ardèche

Mise en place

- **État des lieux** de l'EHPAD
 - En présence du responsable, du médecin coordonnateur, de l'IDE (coordinatrice ou référente)
- **Restitution et proposition d'un plan d'actions**
- **Prise en compte des priorités de l'EHPAD** pour la mise en œuvre

Etat des lieux

- **Visite sur site (½ journée)**
 - **Données administratives**
 - **Organisation de la lutte contre les IAS**
 - Instance de consultation et de suivi type CLIN
 - **Surveillance des IAS**
 - Enquête de prévalence
 - **Prévention des IAS**
 - Protocoles
 - Circuits (DM, alimentation, linge, déchets)
 - Vaccination des résidents
 - Maîtrise des risques professionnels (grippe, AES)
 - **Environnement (eau, air)**
 - **Formation des professionnels**

RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD ETAT DES LIEUX	
Coordonnées de l'EHPAD :	
Date de l'audit : _/ _/ _	
Personnes ayant rempli le questionnaire : <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Médecin coordinateur <input type="checkbox"/> Autre	
1. Etablissement	
- Convention tripartite <input type="checkbox"/> Signée <input type="checkbox"/> Si oui, date de signature : _/ _/ _ <input type="checkbox"/> En cours	
- Prise en compte du risque infectieux lors de la rédaction de la convention tripartite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
- Nombre de lits : [] [] [] []	
- Nombre de professionnels o Médecins : [] [] o Dont gériatres : o IDE : [] [] o AS : [] [] o ASH : [] [] o Autres (à préciser) :	
- Présence de bénévoles <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2. Organisation de la lutte contre les infections associées aux soins (LIAS) <input type="checkbox"/> Existence d'un CLIN spécifique à l'EHPAD o Sinon <input type="checkbox"/> Structure équivalente (à préciser)	
Service d'hygiène et d'épidémiologie – Fiche audit EHPAD – février 2007	
1	

Constats (exemples)

- **Lutte contre les IAS non organisée**
 - Pas d'équivalent de « CLIN »
 - Pas d'évaluation des mesures d'hygiène appliquées par les professionnels
- **Absence de surveillance épidémiologique**
- **Prévention des IAS souvent balbutiante**
 - Quelques protocoles (absence pour les PS et les PCH)
 - Circuits (difficultés de prise en charge sur site, sous-traitance, écarts par rapport à la législation)
 - Environnement (carnet sanitaire inexistant ou incomplet)
 - Risques professionnels (procédure non formalisée en cas d'AES, vaccination antigrippale peu suivie)
- **Formation en hygiène peu développée**

Difficultés

- **Disparité des établissements**
 - Contraintes architecturales (anciens foyers logements, locaux et annexes insuffisants, vétusté des installations)
 - Projets de reconstruction
- **Moyens professionnels limités**
 - Glissement des tâches
- **EHPAD intermédiaire entre domicile et ES**
 - Tolérances contraires aux règles de l'hygiène en collectivité
 - Intervention de nombreux professionnels extérieurs et en exercice libéral
 - Organisation avec parfois intervention des familles

Trouver sa place

- **Un tutorat**
 - Des acteurs
- **Des formations**
 - Sur site
 - Sur établissement référent
- **Une coordination des acteurs**
 - Tutelle
 - Médecins coordonnateurs
- **Des actions proposées par l'EOH**

Le tout en douceur...!

Actions réalisées (exemples)

- Rédaction de protocoles de soins
- Mise en place et suivi du carnet sanitaire
- Création **d'instances de consultation et de suivi** (13 en 2008)
- Campagne nationale « Mains propres » (18 EHPAD en 2008)
- **Enquête de prévalence** des infections en octobre 2008
 - 22 EHPAD / 1 479 résidents / Prévalence 6%
- Aide technique (contamination d'ECS / légionelles / 8 EHPAD en 2008)
- Organisation d'un **GT avec les médecins coordonnateurs**
 - Protocoles médicaux (ATB, IRAB et GEA)
 - Réflexion sur le signalement
- **Interface entre la tutelle et les EHPAD** dont la ½ journée annuelle d'information



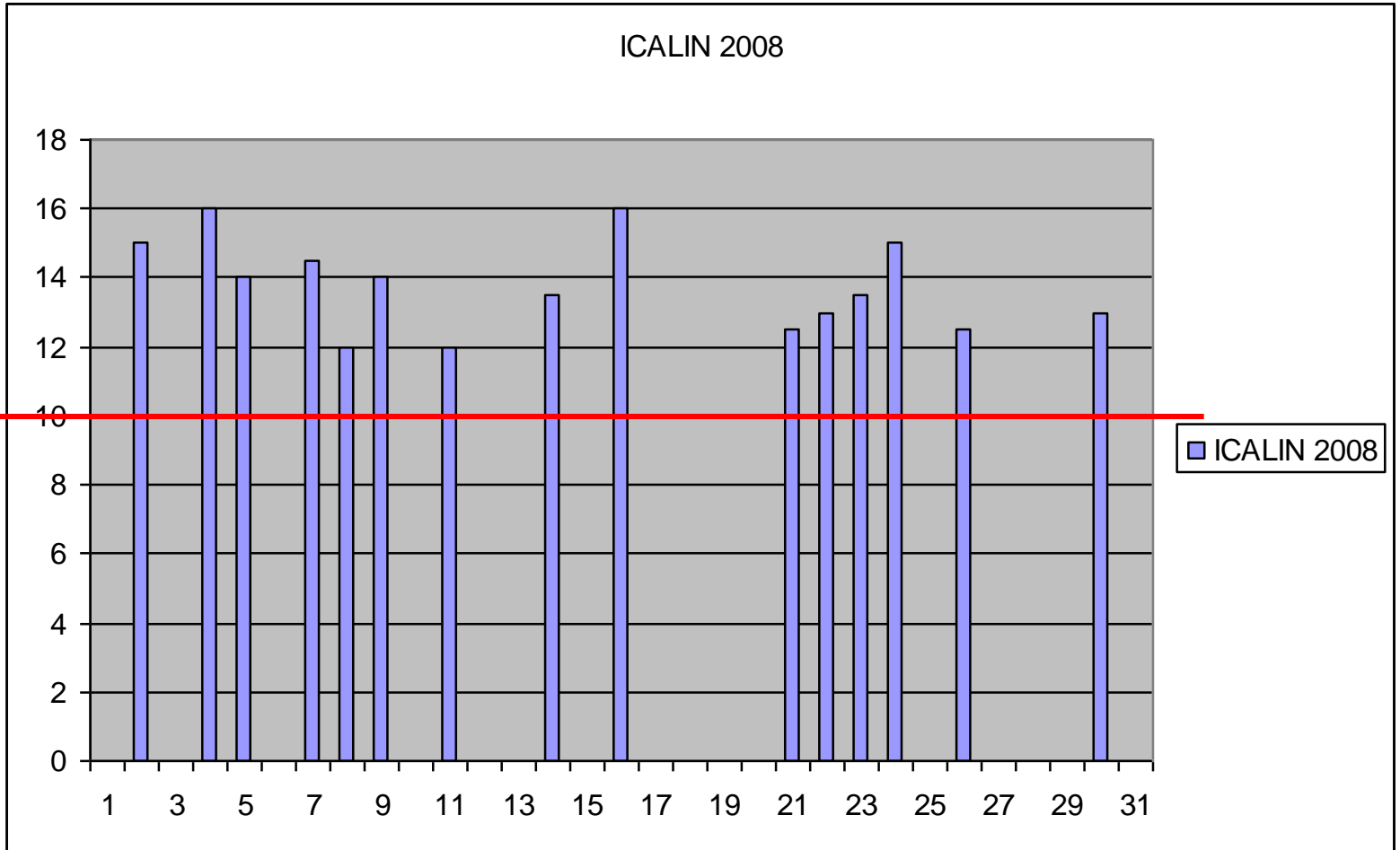
Bilan standardisé

1. **Données administratives de l'établissement**
2. **Instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre le RI**
3. **Ressources de l'établissement pour la lutte contre les IAS**
4. **Objectifs et stratégie de lutte contre le RI**
5. **Prévention des RI**
 - **Diffusion des BMR**
 - **Bon usage des antibiotiques**
 - **AES**
 - **Prévention des RI liés à l'environnement**
 - **Protocoles de prévention**
6. **Surveillance épidémiologique**
 - **Enquête d'incidence et/ou prévalence**
7. **Gestion des alertes épidémiques**
8. **Formation / information en hygiène**
9. **Evaluation**

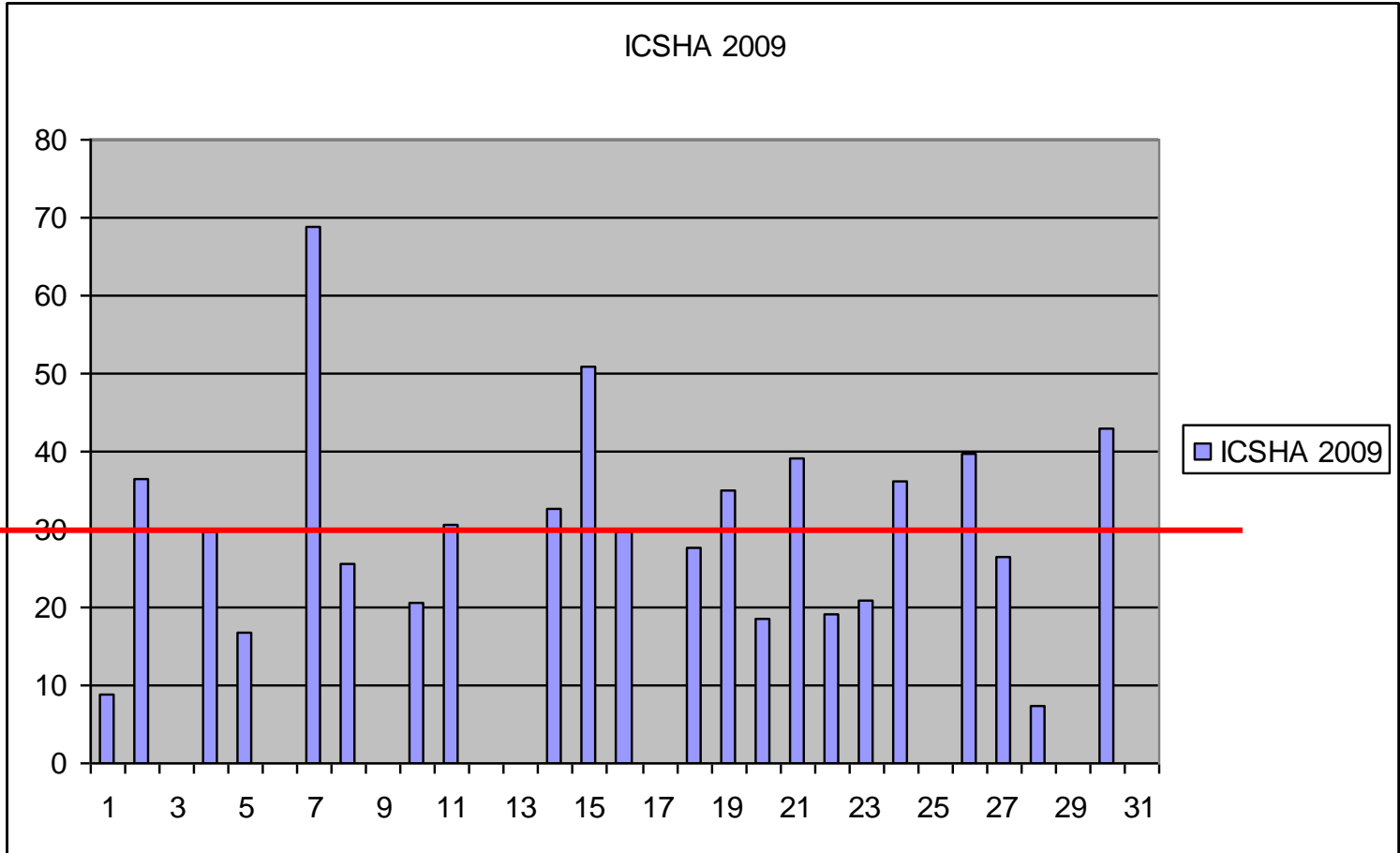
Construction d'indicateurs EHPAD

- **ICALIN**
 - Calculé à partir du BS
 - 3 parties /20 : O=7 ; M=4 ; A =9
- **ICSHA**
 - Adaptation de l'ICSHA des USLD sanitaires
 - 4 opportunités de FHA pondérées en fonction de la dépendance
 - Nombre de journées de dépendance-soins
- **Vaccination**
 - Grippe (résidents/professionnels)
 - Pneumocoque

ICALIN 2008

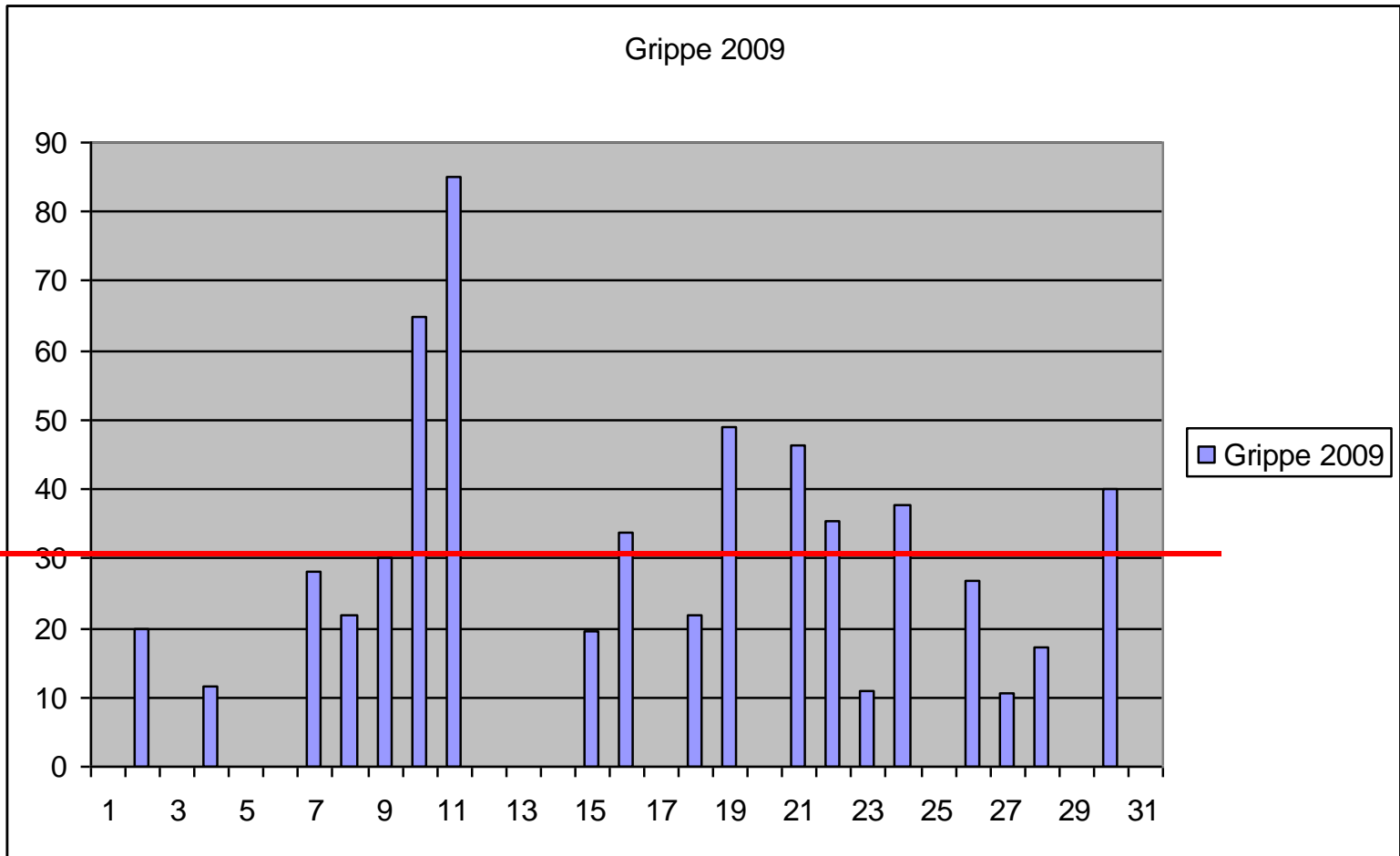


ICSHA 2009



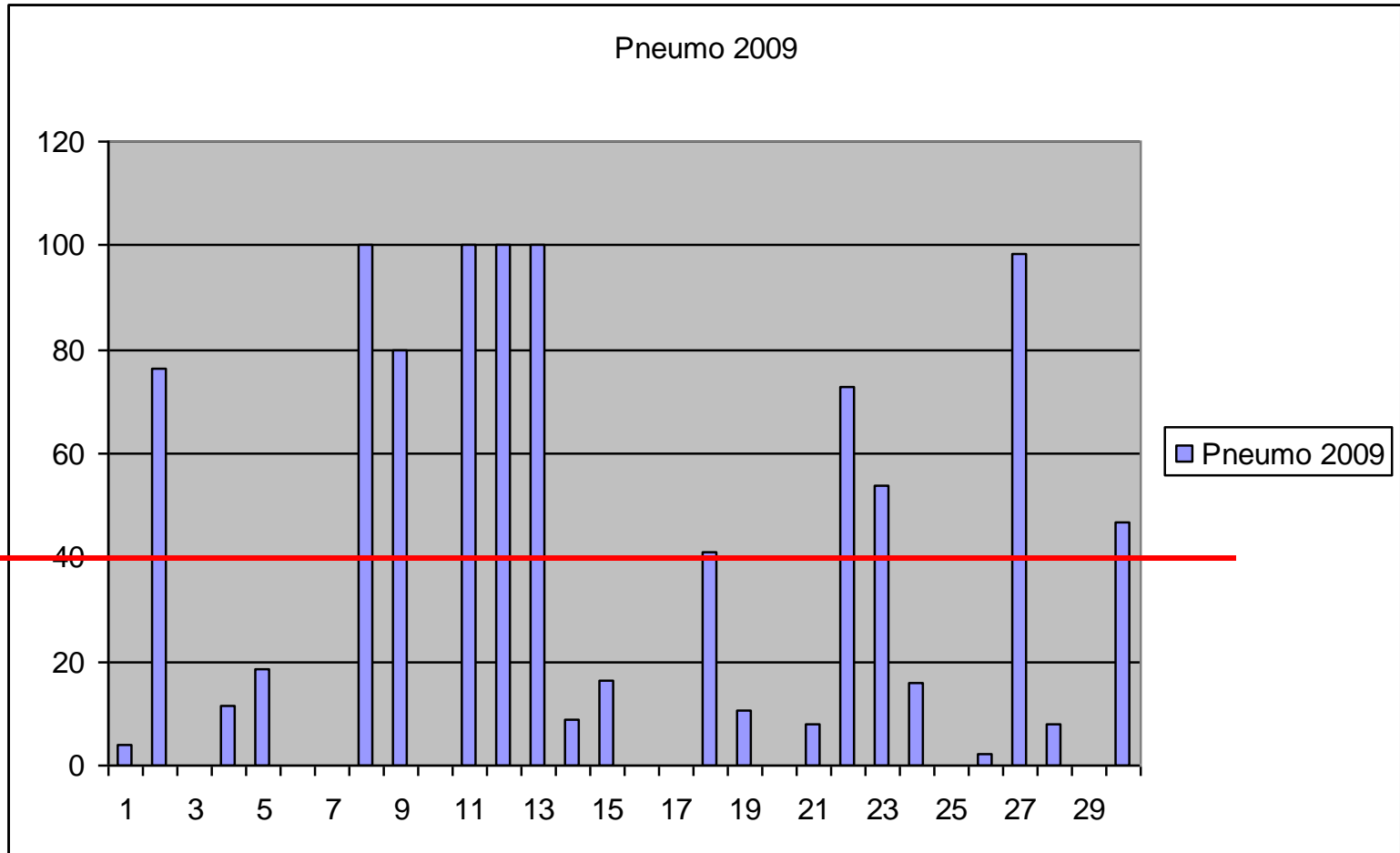
Vaccination antigrippale 2009

professionnels



Vaccination anti-pneumococcique 2009

résidents



Construction d'indicateurs EHPAD

- **Limites des indicateurs proposés**
 - ICALIN
 - Présence de protocoles non écrits par les équipes
 - Note sur 20 = difficulté de coter certains items
 - ICSHA
 - Difficulté du recueil des données
 - Adaptation approximative de l'indicateur sanitaire
 - Vaccination
 - Traçabilité de la vaccination pneumocoque
- **Réévaluation en 2010** (en attendant les indicateurs nationaux...)

Enquête de satisfaction (fin 2009)

- **Directeur de l'EHPAD, médecin / IDE coordonnateurs**
- **Objectifs**
 - **Raisons du conventionnement**
 - **Satisfaction vis-à-vis du programme, des prestations (délais, qualité et pertinence des réponse, outils mis à disposition)**
 - **Fréquence d'intervention**
 - **Satisfaction de la collaboration**
 - **Propositions d'améliorations**

Réponses au questionnaire de satisfaction			
Exhaustivité 69%	Responsables 78%	Médecins coordonnateurs 61%	Infirmières coordinatrices 68%
Raisons du conventionnement		Programme	
Intérêt vis-à-vis du programme	59%	Organisation	83%
Recommandation de la DDASS	38%	Surveillance	79%
Fréquence d'intervention		Prévention	98%
IDE	1/2j par mois ou trimestre Et ALD	Formation/information	94%
Praticien	ALD et ciblé	Evaluation	86%
Prestation		Gestion de situation de crise	73%
Délai de réponse aux questions	98%		
Qualité et pertinence des réponses	100%		
Outils		Satisfaction globale	
Protocoles	97%	Très satisfait	63%
Transmission des recommandations	100%	Satisfait	37%
Carnet sanitaire	88%	Non satisfait	0%

Période 2010-2013

- **Reconduction du programme pour 3 ans suite à l'évaluation par les tutelles (Drôme)**
- **Nouvelles perspectives**
- **Engagés en 2010**
 - **36 EHPAD**
 - **31 dans la Drôme**
 - **5 en Ardèche (contribution financière de la structure)**

Actions 2010 - 2013

- Redynamiser le travail sur site, impliquer les équipes
- Favoriser les instances de consultation et de suivi (avec implication des familles)
- Pérenniser la réunion annuelle ARS-EHPAD-EOH
- Promouvoir la campagne annuelle « Mains propres »
- Mettre en place un suivi d'incidence (IRAB et IU)
- **Formaliser le signalement**
- Poursuivre les collaborations ARS (volet infectieux plan bleu) et CCLIN
- Etendre les bilans standardisés et travailler sur les indicateurs

Signalement 2010

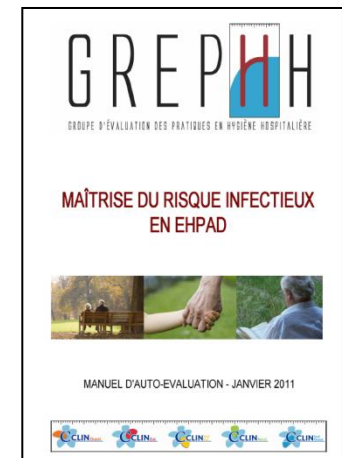
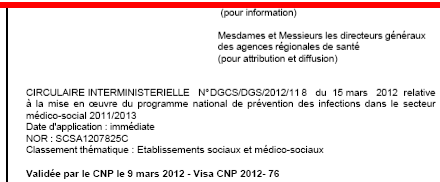
Epidémie / Microorganisme	Période	Nombre de cas	Signalement CRVGS	EOH	Mesures
GEA-norovirus suspecté	Janvier / Février	46 R + 10 P	x	visite	PCC+javel
IRAB : bronchites spastiques	Mars	19 R	x	visite	PCG
GEA-norovirus suspecté	Mars	20 R + 1 P	(récidive)	-	PCC
GEA-norovirus suspecté	Mars	-	-	-	PCC
Gale	Mars	6 R + 1 P		visite	PC type Gale éviction du professionnel
GEA-norovirus suspecté	Avril	14 R + 7 P	-	-	PCC
IRAB	Octobre	10 R + 4 P	x	visite	PCG
GEA-norovirus suspecté	Novembre	3 R	x	téléphone	PCC
IRAB /viral	Novembre	10 R	x	téléphone	PCG

Au total

- Un programme **déjà en phase** avec propositions nationales concernant le secteur médico-social
- Un vaste champ de collaboration et d'actions



CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS/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



Evaluation du risque infectieux

Criticité

- Identifier et analyser le risque
- Recenser les épisodes infectieux
 - 3 dernières années
 - Non exhaustif
- Calculer la criticité : $C = F \times G$
- Hiérarchiser les phénomènes infectieux par criticité décroissante

F

4	8	12	16
3	6	9	12
2	4	6	8
1	2	3	4

G

Echelle de Gravité	Echelle de Fréquence
1 : mineure (sans dommage sur la santé)	1 : faible de survenue
2 : moyenne (dommages, sans altération de l'état général)	2 : moyenne de survenue
3 : élevée (altération de l'état général, mais sans risque vital)	3 : risque récurrent
4 : très élevée (risque vital)	4 : risque élevé

Infections	Gravité	Fréquence	Criticité C = GxF	Observations
Gale	2	1	2	
Poux	1	1	1	
ORL (otites, angines, sinusites)	2	3	6	
Gastro-entérite	3	3	9	
<i>Clostridium difficile</i>	3	1	3	
Epidémie GEÀ type viral	4	2	8	
TIAC	4	1	4	
Botulisme	4	1	4	
IRAB (épidémie)	4	2	8	
Tuberculose	3	1	3	
Grippe	4	3	12	
Coqueluche	3	1	3	
Pneumopathie	4	3	12	
Légionellose	4	1	4	
Bronchite (hors BPCO et fausses routes)	3	4	12	
Pneumopathie d'inhalation	4	3	12	
Infection urinaire basse	2	4	8	
Pyélonéphrite	3	2	6	
Prostatite	3	1	3	
Erysipèle	2	2	4	
Herpès	1	2	2	
Mycoses cutanéomuqueuses	1	4	4	
Escarre ou ulcère infecté	3	2	6	
Plaie à BMR	1	2	2	
Zona	3	2	6	
Infection à BMR	3	2	6	
Conjonctivites	1	3	3	
Infection sur voie veineuse périphérique	2	2	4	
Infection sur voie veineuse sous cutanée	2	2	4	
Hépatites	3	1	3	
Infection à VIH	3	1	3	
Infection stomato	2	2	4	
Autres :				

Perspectives régionales



AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES

JUILLET 2012

Programme territorial
Territoire de santé SUD



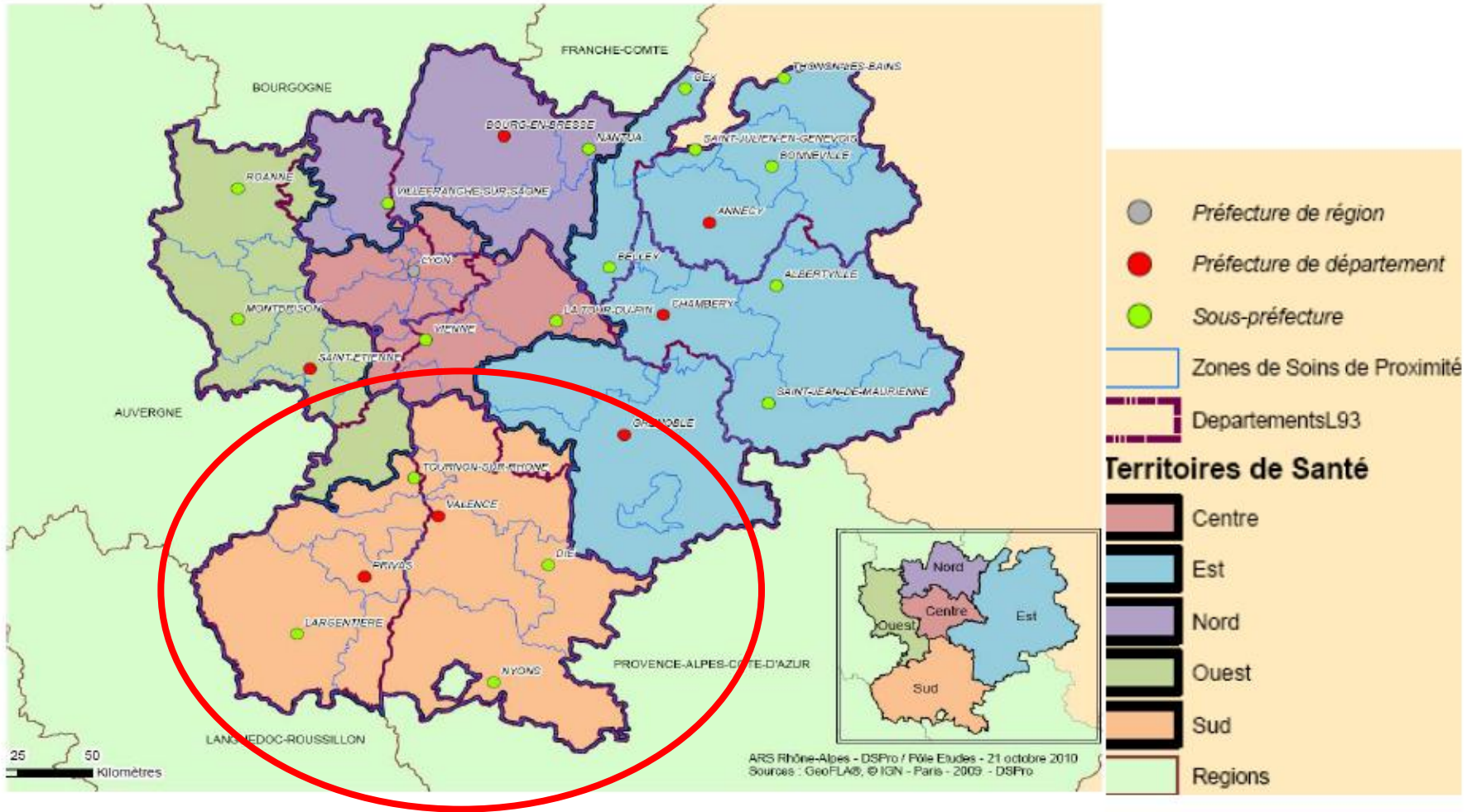
MODALITES ET DISPOSITIF DE SUIVI DES
ACTIONS PROPRES AU PROGRAMME
TERRITORIAL DE SANTE SUD



ANNEXE 1 AU PROGRAMME DU
TERRITOIRE DE SANTE SUD 2012-2017

FICHES ACTIONS PRIORISEES PAR LE
TERRITOIRE

Le territoire de santé Sud : un des 5 territoires de santé de Rhône Alpes





Infections liées aux soins dans les EMS

Inscription de l'action dans les axes, orientations et priorités du PSRS

Axe 1 : Le développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux.

Priorité : Pr eventir les infections liées aux soins dans les établissements

Description de l'action

- Accompagner les fondamentaux de prévention des IAS par les établissements médico-sociaux
- Accompagner la mise en place des plans locaux en établissements de santé et médico-sociaux :
procédure régionale en cas de transfert d'un patient porteur ; sensibilisation au signalement

Motif

Le programme stratégique national 2009-2013 « infections associées aux soins » vise à la mise en place d'une politique de prévention des infections associées aux soins, qui s'applique à l'ensemble des secteurs de soins et aux relations entre ces secteurs :  tablissements de santé, établissements médicosociaux, soins de ville.

En région, les enjeux de la prévention des IAS sont pris en compte dans l'élaboration du projet régional de santé. En Rhône-Alpes, le Plan Stratégique Régional de Santé les a ainsi int egr es comme une priorité.

En effet, la nécessité d'atteindre rapidement des objectifs fix es nationalement, et la situation rh onalpine actuelle, objectivée par les indicateurs disponibles qui la placent au-dessous des moyennes nationales, le justifient pleinement.

Points forts

Expérience et antériorité dans le territoire Sud Rhône Alpes du fait de l'existence d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière dédiée aux EHPAD

Points faibles

Exhaustivité pas encore atteinte

Leviers

Protocole régional à établir entre le CCLIN, l'ARLIN et l'ARS – s'associer l'expertise du CCLIN-ARLIN

Période de réalisation prévue

Durée du programme territorial

Référents

Services PA et PH des DT 07 et 26

Annexe 1: Fiches actions priorisées par le territoire Sud



Gestion des risques associés aux soins - Liens entre équipes opérationnelles d'hygiène et établissements médico-sociaux

Inscription de l'action dans les axes, orientations et priorités du P&R:

Axe 1 : Le développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux.

Priorité : Prévenir les infections liées aux soins dans les établissements.

Description de l'action

Développer une vision territoriale du déploiement de la gestion des risques associés aux soins (action expérimentale en 26) - Organiser les liens entre des Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH) et les EMS (PAIPH) pour la gestion des risques associés aux soins

Motif

Améliorer la prévention et la gestion des IAS dans les EMS par le conventionnement avec des EOH

Zone infra-territoriale d'actions ciblée

Elargissement du dispositif drômois à tout le territoire

Points forts

Dispositif déjà existant dans la Drôme

Points faibles

Moyens financiers faibles pour le renforcement des équipes opérationnelles d'hygiène

Leviers

Dispositif drômois



- **En 2060**
 - 12 millions de personnes de 75 ans
 - Plus de 5 millions pour le groupe des 85 ans ou plus

