

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

BILAN DE VISITE DE RISQUE DANS 20 ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

F. Ruban-Agniel, N. Larroumes, S. Amsellem-Dubourget, C. Chapuis
Equipe Mobile d'Hygiène en Ehpads, Hospices Civils de Lyon

Contexte

2

- Dispositif d'Equipes Mobiles d'Hygiène en EHPAD (EMHE) mis en place par l'ARS Rhône Alpes en 2014
- EMHE des Hospices Civils de Lyon : 102 EHPAD des filières gériatologiques lyonnaises (plus de 7000 lits) non gérés par des établissements sanitaires

Objectif

3

- État des lieux initial pour évaluer le niveau de maîtrise du risque infectieux
 - Proposer un programme d'actions en fonction des constatations faites et des priorités exprimées par l'établissement

- Point nécessaire à une bonne connaissance globale de chaque établissement



Méthodologie (1/3)

4

Visite de risque

- Référentiel conçu par l'équipe avec 2 grilles :
 - 1 pour le recueil des éléments en place en matière de prévention du risque infectieux
 - 1 pour les entretiens avec professionnels (pratiques déclarées)
- Déroulement
 - Visite complète du site (+ photographies)
 - Entretien avec direction, médecin coordonnateur, IDE coordonnateur(trice)
 - Entretiens avec professionnels
 - Lecture protocoles existants et carnet sanitaire



Méthodologie (2/3)

5

- Visite organisée sur une journée
- En amont de la visite, information sur:
 - ▣ le déroulement
 - ▣ les interlocuteurs souhaités à chaque étape
 - ▣ les documents demandés : protocoles,
- Rappel sur la nécessité de prévenir l'ensemble du personnel

Méthodologie (3/3)

6

- Debriefing immédiat uniquement si points à modifier rapidement
- Restitution à l'établissement 4 à 6 semaines après la visite : points forts/axes d'amélioration
 - ▣ diaporama avec photographies
 - ▣ document de compte rendu complet remis à l'établissement
- Proposition d'un programme d'actions décliné par semestres sur une période de 3 ans

Etablissements visités

7

Entre mai et décembre 2014

- 20 EHPAD de 78 à 115 lits ont fait l'objet d'une visite de risque (1731 lits)
- Statut privé associatif (10) et privé à but lucratif (10)
- GMP moyen: 747 (de 586 à 854)
- Présence médecin coordonnateur: 0,4 ETP en moyenne (0,2 à 0,5)
- Médecins traitants libéraux: 2 à 26 (moyenne 10,9)

Principaux constats (1/5)

8

- L'organisation de la prévention du risque infectieux est imprécise
 - Aucun établissement n'a de chapitre spécifique sur la prévention des infections dans son projet d'établissement, 2 en ont un dans le rapport annuel médical d'activité.
 - Aucun DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux), tel que défini dans les textes, n'a été écrit, l'autoévaluation faite par la majorité des établissements au moment de l'évaluation interne est restée sans suite.



Principaux constats (2/5)

9

- La gestion documentaire est en place ou en cours de mise en place dans la majorité des établissements (19/20) mais :
 - ▣ il n'existe que dans une minorité de cas une stratégie écrite
 - Pour l'utilisation des antibiotiques (5 établissements/20)
 - Pour les porteurs de BMR (6 établissements/20)
 - ▣ les protocoles sont présents en nombre et qualité variables (souvent protocoles des fournisseurs de produits ou de matériel, parfois copies de protocoles CCLIN ou de groupe sans « appropriation » par l'établissement)



Principaux constats (3/5)

10

- Des matériels de prévention sont mis en place même si l'utilisation est peu formalisée
 - ▣ SHA et gants à usage unique sont toujours à disposition
 - ▣ L'utilisation de tablier à usage unique pour la protection de la tenue est le plus souvent réservé aux Précautions Complémentaires (19 établissements/20)
 - ▣ Des cathéters (non sécurisés) sont utilisés pour les perfusions sous-cutanées (20 établissements/20)
 - ▣ Du matériel sécurisé est fourni uniquement pour glycémie capillaire (18 établissements/20)



Principaux constats (4/5)

11

- Gestion du risque épidémique
 - ▣ taux de vaccination antigrippal
 - des résidents: $\geq 80\%$ dans tous les établissements
 - des professionnels : $\leq 20\%$ dans 16 établissements /20
 - ▣ protocoles de conduite à tenir présents:
 - GEA: 16 établissements/20
 - IRA: 16 établissements/20
 - Gale: 13 établissements/20
 - Tuberculose: 5 établissements/20

Pas toujours de prise en compte du
risque épidémique

Principaux constats (5/5)

12

- Malgré l'aspect réglementaire on observe:
 - une absence totale de carnet sanitaire avec absence de surveillance de température du réseau d'eau chaude sanitaire dans 4 établissements (mais tous les établissements font des contrôles bactériologiques)
 - aucun local de stockage DASRI dans 5 établissements

Discussion - Bilan

13

- Accueil des établissements
 - ▣ Apprécie l'approche (pas de jugement)
 - ▣ Pas de difficulté avec le côté « intrusif » de la visite (entretiens, photos,)
 - ▣ Intérêt car conscience du risque infectieux (questions des soignants +++)
 - ▣ Mais rappel fréquent qu' « on n'est pas à l'hôpital » mais dans un lieu de vie



Discussion - Bilan

14

- Apport pour les établissements
 - Plus de précision qu'une auto évaluation: le référentiel comprend plus de critères que l'autoévaluation du GREP HH
 - Programme d'actions : certains constats avaient déjà été faits lors de l'évaluation externe mais sans plan action proposé et sans suivi
 - Mise en route d'une dynamique: certains établissements avaient engagé des actions d'amélioration avant la restitution de la visite



Discussion – Bilan (1/2)

15

- Apport pour l'EMHE
 - Bonne visualisation globale de chaque établissement
 - Adaptation à l'établissement des actions proposées
 - Vision générale sur les établissements du secteur (possibilités de mutualisation, d'outils communs, ...)

Discussion – Bilan (2/2)

16

- Les limites
 - ▣ Pas de résultats chiffrés
 - ▣ Charge de travail ne permettant pas une réalisation annuelle dans chaque EHPAD
 - ▣ Modalités de diffusion du compte-rendu par l'EHPAD à l'ensemble du personnel

Seul 1 établissement avait convié des membres du personnel à la restitution de la visite de risque



Conclusion

17

- Bon point de départ pour la collaboration avec les établissements,
- Confirme la nécessité d'intervenants spécialisés en gestion du risque infectieux, malgré les nombreux guides publiés à destination des EHPAD.

