



**Virginie AST**

Master Management Sectoriel

Parcours Management des Risques, de la Qualité et des Flux

Année universitaire 2018 / 2019

## LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master

Sous la direction de Monsieur Cédric CORVOISIER

### Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Hervé HUBERT - Assesseur chargé de la recherche à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé - Président du jury
- Monsieur Cédric CORVOISIER - Ingénieur Qualité, Vigilances et Sécurité des soins – Délégation Qualité Risques Vigilance du Centre Hospitalier Universitaire de Lille – Directeur de Mémoire
- Monsieur Laurent CASTRA – Directeur Qualité Sécurité Santé Environnement – Agence Régionale de Santé d'Ile de France – Membre du jury

Date de soutenance : le Samedi 28 Septembre 2019 à 9h00



## REMERCIEMENTS

A l'issue de ce travail, je tiens à adresser mes plus sincères remerciements aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

L'ensemble des intervenants pédagogiques et professionnels de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé pour la qualité des enseignements dispensés, notamment Monsieur le Professeur Hervé HUBERT et Monsieur Laurent CASTRA, respectivement Président et membre du jury de cette soutenance.

Monsieur Cédric CORVOISIER qui a accepté d'endosser le rôle de Directeur de mémoire. Son dynamisme, sa patience et ses « bousculades » m'ont permis de mener à bien ce travail de réflexion.

Des remerciements tout particuliers à Madame Bénédicte BAYOT, Responsable Qualité - Gestion des Risques au siège social de l'APEI du DOUAISIS, sans qui je ne serais certainement pas la professionnelle en devenir que je suis.

Monsieur Pascal HUET, Directeur Général de l'APEI du Douaisis, pour la confiance qu'il me témoigne en me permettant de prolonger cette expérience par le biais d'un contrat à durée indéterminée en tant que Responsable Qualité - Gestion des Risques du secteur Accueil Spécialisé.

L'ensemble des professionnels de l'association pour leur disponibilité et nos échanges constructifs.

Cassandra, mon binôme de formation et amie, grâce à qui rien n'est insurmontable.

Enfin, une pensée particulière pour mes parents et surtout mon conjoint et mes enfants, Eléa et Colin, pour leur soutien inconditionnel durant ces deux années et pour avoir cru en moi quand moi-même je n'y croyais plus...



# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	
SOMMAIRE .....	
TABLE DES FIGURES .....	
GLOSSAIRE .....	
INTRODUCTION .....	1
PARTIE I : DEFINITIONS, ENJEUX ET PERIMETRE DU MANAGEMENT DU RISQUE INFECTIEUX .....	4
1. Des Infections Nosocomiales aux Infections Associées aux Soins .....	4
2. Enjeux et périmètre de la maîtrise du risque infectieux.....	8
3. Vers une démarche institutionnelle de la maîtrise du risque infectieux.....	9
a) Un dispositif national de prévention des Infections Associées aux Soins .....	9
b) Déclinaison dans le secteur sanitaire.....	14
c) Déclinaison dans le secteur médico-social .....	16
d) Comparaison .....	19
4. Les impacts d'une non-maîtrise du risque infectieux .....	21
PARTIE II : VERS UNE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX A COURT TERME DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL ? .....	23
1. Une veille réglementaire qui s'accélère – le PROPIAS.....	23
2. De la difficulté à décliner les exigences réglementaires – Focus sur les Maisons d'Accueil Spécialisées .....	27
3. Une participation pluridisciplinaire dans le parcours de l'utilisateur .....	31
4. Identification des points de rupture – Focus sur le risque infectieux .....	33
PARTIE III : PERSPECTIVES ET REPONSES AUX ENJEUX.....	36
1. Proposition d'un modèle pour répondre aux exigences réglementaires .....	36
2. Vers la V2020 .....	48
CONCLUSION .....	52
BIBLIOGRAPHIE .....	54

ANNEXES.....	57
→ Annexe n°1 - Extrait du référentiel d'évaluation interne de l'APEI du DOUAISIS.....	I
→ Annexe n°2 - Grille de maturité de la HAS – Certification V2014 .....	VII
→ Annexe n°3 –Synthèse des principaux enjeux .....	VIII
→ Annexe n°4 - Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'axe 1 selon les niveaux de mise en œuvre.....	IX
→ Annexe n°5 – Répartition des cibles quantitatives de l'axe 1 par secteurs d'offre de soins .X	
→ Annexe n°6 – Les différents chapitres du DARI.....	XI
→ Annexe n°8 – Identification des points de rupture par un professionnel + commentaires quant au choix de hiérarchisation des risques .....	XIII
→ Annexe n°9 - Proposition de contractualisation maîtrise du risque infectieux CH DOUAI – Papillons Blancs du DOUAISIS .....	XVIII
→ Annexe n°10 – Extraits du référentiel de certification v2020.....	XX

## TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Chaîne de transmission du risque infectieux.....	5
Figure 2 - Enjeux majeurs de la prévention du risque infectieux .....	8
Figure 3 - Organigramme du dispositif national de prévention des IAS.....	12
Figure 4 - Les cinq niveaux de la grille de maturité de la HAS .....	19
Figure 5 - Comparaison de l'organisation du processus de management du risque infectieux.....	20
Figure 6 - SCORE DARI 2016 par chapitres obtenu par la MAS « Le Chemin Vert » de DECHY .....	26
Figure 7 - Matrice de criticité selon le diagramme de Farmer .....	34
Figure 8 - Diagramme d'Ishikawa.....	40

## GLOSSAIRE

*Les termes suivis d'un astérisque tout au long de ce rapport sont signifiés ou définis ci-dessous par ordre alphabétique*

<b>ANESM</b>	<b>A</b> gence <b>N</b> ationale d' <b>E</b> valuation <b>S</b> ociale et <b>M</b> édico-sociale
<b>ANSM</b>	<b>A</b> gence <b>N</b> ationale de <b>S</b> écurité du <b>M</b> édicament et des produits de santé
<b>ARS</b>	<b>A</b> gence <b>R</b> égionale de la <b>S</b> anté
<b>CAQES</b>	<b>C</b> ontrat d' <b>A</b> mélioration de la <b>Q</b> ualité et de l' <b>E</b> fficience des <b>S</b> oins
<b>CDAPH</b>	<b>C</b> ommission des <b>D</b> roits et de l' <b>A</b> utonomie des <b>P</b> ersonnes <b>H</b> andicapées
<b>CLIN</b>	<b>C</b> omité de <b>L</b> utte contre les <b>I</b> nfections <b>N</b> osocomiales
<b>CPAM</b>	<b>C</b> aisse <b>P</b> rimaire d' <b>A</b> ssurance <b>M</b> aladie
<b>CPIAS</b>	<b>C</b> entre d'appui pour la <b>P</b> révention des <b>I</b> nfections <b>A</b> ssociées aux <b>S</b> oins
<b>CPOM</b>	<b>C</b> ontrat <b>P</b> luriannuel d' <b>O</b> bjectifs et de <b>M</b> oyens
<b>CTINILS</b>	<b>C</b> omité <b>T</b> echnique de <b>L</b> utte contre les <b>I</b> nfections <b>N</b> osocomiales et les <b>I</b> nfections <b>L</b> iées aux <b>S</b> oins
<b>DARI</b>	<b>D</b> ocument d' <b>A</b> nalyse du <b>R</b> isque <b>I</b> nfectieux
<b>DGCS</b>	<b>D</b> irection <b>G</b> énérale de la <b>C</b> ohésion <b>S</b> ociale
<b>DiQASM</b>	<b>D</b> irection de la <b>Q</b> ualité de l' <b>A</b> ccompagnement <b>S</b> ocial et <b>M</b> édico-social
<b>EHPAD</b>	<b>E</b> tablishement d' <b>H</b> ébergement pour <b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées <b>D</b> épendantes
<b>EIAS</b>	<b>E</b> vénement <b>I</b> ndésirable <b>A</b> ssocié aux <b>S</b> oins
<b>EMH</b>	<b>E</b> quipe <b>M</b> obile d' <b>H</b> ygiène
<b>EMS</b>	<b>E</b> tablishement <b>M</b> édico- <b>S</b> ocial
<b>EOH</b>	<b>E</b> quipe <b>O</b> pérationnelle d' <b>H</b> ygiène
<b>EPI</b>	<b>E</b> quipement de <b>P</b> rotection <b>I</b> ndividuelle
<b>ETP</b>	<b>E</b> quivalent <b>T</b> emps <b>P</b> lein
<b>GHT</b>	<b>G</b> roupement <b>H</b> ospitalier de <b>T</b> erritoire

<b>HACCP</b>	<b>Hazard Analysis Critical Control Point</b> (= Analyse des dangers – Points Critiques pour leur Maîtrise) ; méthode de maîtrise de la sécurité sanitaire des denrées alimentaires.
<b>HAS</b>	<b>Haute Autorité de Santé</b>
<b>HCSP</b>	<b>Haut Conseil de Santé Publique</b>
<b>IAS</b>	<b>Infection Associée aux Soins</b>
<b>IDE</b>	<b>Infirmier Diplômé d'Etat</b>
<b>INVS</b>	<b>Institut National de Veille Sanitaire</b>
<b>IN</b>	<b>Infection Nosocomiale</b>
<b>MAS</b>	<b>Maison d'Accueil Spécialisée</b>
<b>MDPH</b>	<b>Maison Départementale des Personnes Handicapées</b>
<b>OMEDIT</b>	<b>Observatoire des MEdicaments, des Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques</b>
<b>PACTE</b>	<b>Programme collaboratif pluriprofessionnel d'Amélioration Continue du Travail en Equipe</b>
<b>PNPI</b>	<b>Programme National de Prévention des Infections</b>
<b>PROPIAS</b>	<b>PROgramme national de Prévention des Infections Associées aux Soins</b>
<b>PROPIN</b>	<b>PROgramme national de Prévention des Infections Nosocomiales</b>
<b>RABC</b>	<b>Risk Analysis Bio-contamination Control.</b> La démarche RABC en blanchisserie et buanderie n'est pas une obligation réglementaire mais une norme européenne NF EN 14065 qui permet d'évaluer et de contrôler les risques de contamination biologique dans le domaine de l'entretien et du nettoyage des vêtements professionnels.
<b>RQGDR</b>	<b>Responsable Qualité Gestion des Risques</b>
<b>TIAC</b>	<b>Toxi-Infection Alimentaire Collective</b>
<b>RREVA</b>	<b>Réseau REgional de Vigilance et d'Appui</b>



## INTRODUCTION

En 2012, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS\*) a publié une donnée choc sur les infections nosocomiales. Buzz médiatique ?

Un patient hospitalisé sur 20 contracte une infection lors de son hospitalisation. Cela représente près de 750 000 infections par an en France et 4200 décès présumés causés directement par une infection nosocomiale, soit un nombre supérieur au nombre de décès liés aux accidents de la route sur cette même année.

Cette donnée alarmiste a été confirmée par "l'Enquête Nationale de Prévalence des infections nosocomiales et des traitements infectieux en établissements de santé" mise en œuvre et coordonnée par Santé Publique France en 2017. Une enquête similaire a été menée dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD\*) en 2016 et révèle que 2,9% des résidents présentent au moins une infection associée aux soins<sup>1</sup>.

La maîtrise du risque infectieux représente un réel enjeu de santé publique depuis plusieurs décennies. L'émergence des résistances bactériennes entre les années 1950 et 1980 fait apparaître la notion de prévention et de contrôle du risque infectieux dans les établissements de santé exclusivement et les premiers Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN\*) sont créés dans les années 70.

L'existence de cadres juridiques bien distincts a conduit au clivage entre les secteurs sanitaire et médico-social : d'un côté, la loi du 31 décembre 1970 portant réforme du système hospitalier et de l'autre, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 Juin 1975. Les professionnels de ces secteurs se retrouvent alors enfermés chacun dans leur champ de compétences propres et la coopération entre ces acteurs et la mutualisation des ressources sont rendues difficiles.

---

<sup>1</sup> PREV'EHPAD - première enquête épidémiologique nationale sur la prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2016

Cependant, depuis quelques années, les évolutions législatives se multiplient et la maîtrise du risque infectieux ne concerne plus seulement les établissements de santé mais est élargie au secteur médico-social et à la médecine de ville.

Ce tournant de décloisonnement est notamment acté dans le « Plan stratégique 2009 – 2013 : Programme National d'Action de Prévention des Infections Associées aux Soins » qui vise à rendre miscibles les différentes dimensions de la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS\*) et décline des actions indissociables sur les trois champs de soins : établissements de santé, Etablissements Médico-Sociaux (EMS\*) et soins de ville.

Ainsi, les exigences en matière de prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social se renforcent ; l'objectif national défini en 2016 était que 100% des établissements médico-sociaux visés soient entrés dans cette démarche de prévention du risque infectieux et finalisent leur plan d'actions d'ici fin 2018. Or la réalité est toute autre et en cette rentrée 2019, une majorité d'établissements médico-sociaux n'ont pu mener ce travail à terme.

Cette impression de mutation du secteur médico-social qui tend à se « sanitiser » en prenant en compte les retours d'expérience du secteur sanitaire a été renforcée le 1er avril 2018, date à laquelle l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM\*), qui avait pour mission d'accompagner les EMS dans leurs démarches d'évaluations internes et externes, a intégré la Haute Autorité de Santé (HAS\*).

Dans le secteur médico-social, la prise en soins fait partie intégrante du projet individualisé des personnes accompagnées. Néanmoins, force est de constater le manque de moyens mis à disposition dans ces structures, notamment pour la mise en place d'un système de management par la qualité du risque infectieux.

**Dès lors, dans le cadre d'une prise en charge optimisée de sécurisation des soins du parcours patient (établissement de santé - établissement médico-social - soins de ville), quelles sont les ressources dont devront disposer les structures du secteur médico-social pour prévenir le risque infectieux et tendre vers les exigences du secteur sanitaire ?**

Afin de répondre à cette problématique, je me suis intéressée à des établissements spécifiques tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS\*) qui, du fait du public accompagné, tendent à se médicaliser fortement et se doivent d'intégrer une politique de gestion des risques, notamment en matière de risque infectieux, dans leur stratégie.

Dans un premier temps, pour mettre en évidence les similitudes et les disparités qui existent entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, un état des lieux et une mesure des points de repères sont nécessaires pour contextualiser la démarche.

Dans un second temps, je m'intéresserai à la réglementation qui incombe aux établissements médico-sociaux en matière de prévention du risque infectieux et chercherai à mettre en lumière les étapes de la prise en charge des usagers accompagnés par nos structures, et notamment ceux accueillis en MAS, qui sont le plus à risque en termes de risque infectieux et démontrer l'importance d'une déclinaison opérationnelle dans ce type de structure.

Enfin, je proposerai un modèle pour répondre aux exigences qui incombent aux établissements médico-sociaux en matière de prévention du risque infectieux tout en tenant compte des spécificités de ces structures, que ce soit en termes de prise en charge ou de ressources allouées.

## PARTIE I : DEFINITIONS, ENJEUX ET PERIMETRE DU MANAGEMENT DU RISQUE INFECTIEUX

La prévention et la maîtrise du risque infectieux se sont organisées différemment entre le secteur sanitaire et médico-social. Il paraît donc judicieux de s'intéresser à ces deux organisations afin de pouvoir les comparer.

### 1. Des Infections Nosocomiales aux Infections Associées aux Soins

Infections nosocomiales, iatrogénie, infections associées aux soins... Une sémantique spécifique peut prêter à confusion pour les professionnels, d'où la nécessité d'y apporter quelques précisions :

- **Iatrogène** : du grec *iatros* (médecin) et *génès* (qui est engendré) = "provoqué par le médecin".

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP\*) considère comme iatrogène "*les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqué ou prescrit par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé* » [1]. Il peut s'agir de l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de santé, qu'il y ait erreur de traitement ou non. Dans un établissement médico-social par exemple, la mauvaise installation d'une sonde gastrique peut être considérée comme une conséquence iatrogène.

Une infection nosocomiale ou une erreur médicamenteuse sont des événements indésirables iatrogènes, puisque liés aux soins prodigués.

- **Nosocomial** vient du grec *nosos* (maladie) et *komein* (soigner) qui forme le mot *nosokomeion* (hôpital) ; une infection est dite nosocomiale lorsqu'elle est contractée dans un établissement de santé.

L'Institut Médical pour la Santé et la Recherche Médicale (INSERM\*) définit les infections nosocomiales comme telles : "*Une infection nosocomiale fait partie des infections associées aux soins, contractée au cours ou au décours d'une hospitalisation. Elle est donc absente au moment de l'admission du patient dans l'établissement et se déclare au minimum 48 heures après l'admission,*

ou au-delà si la période d'incubation est connue et plus longue. Toutefois, la possibilité d'un lien entre hospitalisation et infection est évaluée dans chaque cas douteux' [2].

Dans le cas des infections de plaie opératoire, ce délai est ramené à 30 jours suivant l'intervention, même si le patient est sorti de l'hôpital. Dans le cas de la pose d'une prothèse ou d'un implant, ce délai est ramené à une année suivant l'intervention.

### Les différents modes de transmission des agents infectieux

Il convient de distinguer deux types de contamination avec des modes de transmission différents :

- Dans le cas d'une **transmission endogène**, les agents infectieux proviennent du patient lui-même, ils se trouvent à la surface de la peau ou des muqueuses. Le patient s'infecte avec ses propres germes lors d'un acte invasif tel que la pose d'un cathéter ou d'une sonde.
- Dans le cas d'une **transmission exogène**, les agents infectieux sont présents dans l'environnement du patient. L'infection peut être transmise par un autre patient, par les professionnels (par les mains ou au contact du matériel médical ou paramédical) ou par un élément contaminé comme les systèmes d'air ou d'eau, l'alimentation... C'est là que le respect des précautions standards, dont les règles d'hygiène, prend tout son sens.

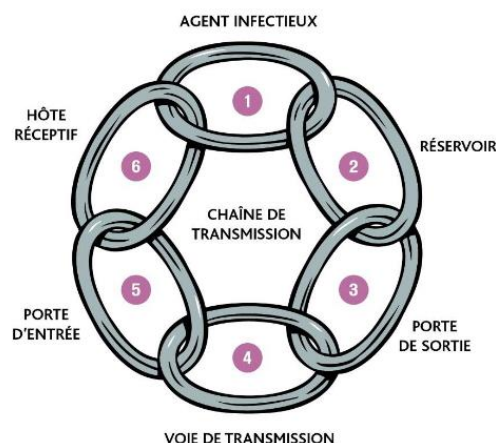


Figure 1 - Chaîne de transmission du risque infectieux<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Donna Moralejo, Professeur, Memorial University School of Nursing, St. John's, Terre-Neuve et Labrador

Comme le montre la figure présentée précédemment, la transmission d'une infection n'est possible que si les six maillons représentés sont rassemblés : un agent infectieux (1) sort d'un réservoir (2) par une porte de sortie (3) se déplace par une voie de transmission (4) et entre par une porte d'entrée (5) dans un hôte réceptif (6).

### Les facteurs favorisant la contamination

Certains individus sont plus susceptibles de contracter une infection du fait :

- De facteurs de risques liés à la personne :
  - En cas de pathologies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, incontinence, immunodépression) ;
  - Certaines pathologies aiguës comme le polytraumatisme ou des brûlures importantes ;
  - Si l'état nutritionnel est perturbé ;
  - En fonction de l'âge : avant un an et après 65 ans, le risque infectieux est majoré.
  
- De facteurs de risques liés aux actes de soins :
  - Actes ou dispositifs invasifs (endoscopie, dialyse, sondage, intubation, ventilation, perfusion, alimentation parentérale, cathétérisme...) ;
  - La prise de certains traitements réduit la résistance à l'infection comme la corticothérapie prolongée ou la chimiothérapie ;
  - Une défaillance dans l'organisation des soins : une hygiène des mains mal réalisée, une stérilisation inefficace, une désinfection ou une asepsie insuffisante, une antibiothérapie mal conduite peuvent avoir des conséquences graves.
  
- De facteurs de risques liés à l'environnement :

La place de l'environnement dans la chaîne de transmission des infections est complexe car l'environnement peut être à la fois émetteur et récepteur. Il est tout de même admis qu'il existe un risque potentiel et que de fait, plus l'environnement sera maîtrisé, plus le risque infectieux diminuera.

Les quatre infections nosocomiales les plus fréquentes en 2017 sont les infections urinaires, les infections sur site opératoire, les pneumonies et les bactériémies (présence de germe dans le sang) [2].

Les germes les plus fréquemment mis en cause dans les infections nosocomiales sont des bactéries : l'*Escherichia Coli* (naturellement présent dans le tube digestif), le *Staphylococcus Aureus* (présent dans les muqueuses du nez et de la gorge) et le *Pseudomonas Aeruginosa* (qui se développe dans les sols et les milieux humides tels que les tuyauteries ou robinetterie) [3].

La particularité de ces germes est qu'ils ont souvent acquis des résistances aux antibiotiques, comme les SARM (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) ou les EBLSE (entérobactéries productrices de Bêtalactamase à spectre étendu). L'antibiorésistance est une menace sanitaire croissante qu'il faut prendre en compte dans la prévention et la maîtrise du risque infectieux au vu des conséquences qu'elle peut engendrer :

- des maladies plus longues et plus difficiles à soigner ;
- des complications de la maladie ;
- des consultations médicales supplémentaires ;
- l'utilisation de médicaments plus puissants et plus chers ;
- des risques plus élevés lors d'interventions médicales, pour lesquelles les antibiotiques sont indispensables pour réduire les risques infectieux ;
- des décès causés par des infections bactériennes jusqu'alors faciles à traiter.

Le terme "Infection Associée aux Soins" a été employé pour la première fois en 2007 par le Comité Technique des Infections Nosocomiales et des Infections Liées aux Soins (CTINILS\*), la volonté publique étant de considérer l'intégralité du parcours de soins de la personne (établissement de santé - EMS – soins de ville), quel que soit l'endroit où le soin est prodigué [4].

L'acronyme « IAS » inclut donc les infections nosocomiales et tend à remplacer ce terme dans la législation.

## 2. Enjeux et périmètre de la maîtrise du risque infectieux

La démarche de gestion des risques a pour objectif d'assurer et d'améliorer la sécurité des patients dans le secteur sanitaire et celle des usagers dans le secteur médico-social. Cela va passer notamment par la volonté de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins [5].

La maîtrise des risques, et notamment celle du risque infectieux, est une démarche à la fois managériale mais aussi technique du fait de sa spécificité et permet donc de réduire les risques à l'aide d'outils adaptés.

La prise en compte de la prévention et de la maîtrise du risque infectieux doit répondre à quatre enjeux majeurs :

- Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS\*) ;
- La qualité et la sécurité des soins (via la certification des établissements) ;
- Les exigences de la nouvelle gouvernance sanitaire ;
- L'adaptation des ressources et l'équilibre des comptes des établissements de santé et des structures médico-sociales.

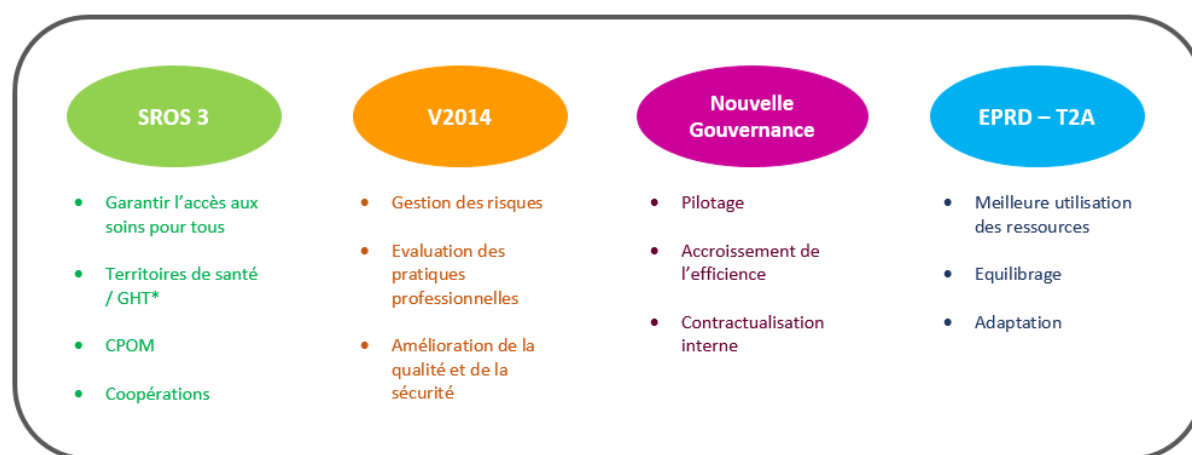


Figure 2 - Enjeux majeurs de la prévention du risque infectieux

Dans les suites des Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS\* 1 et 2), les pouvoirs publics ont décidé en 2009 de mettre la sécurité des patients et la gestion des risques associés aux soins au rang de leurs priorités.

Le risque infectieux était une préoccupation bien avant que la notion de gestion des risques soit instaurée par la HAS.



Le législateur n'a donc pu y surseoir, ce qui explique que le risque infectieux n'est pas traité dans la gestion des risques de façon globale mais reste un risque à part entière. Il s'agit d'ailleurs d'une Pratique Exigible Prioritaire (PEP\*) dans le manuel de certification des établissements de santé, pour laquelle des attendus spécifiques sont clairement définis.

La politique de gestion des risques déployée dans les établissements de santé vise une approche transversale et pluriprofessionnelle du risque ; ainsi, l'intégration de la maîtrise du risque infectieux dans une logique de gestion des risques globale s'impose et suppose une coordination des actions entre les différents acteurs [6].

### 3. Vers une démarche institutionnelle de la maîtrise du risque infectieux

#### a) Un dispositif national de prévention des Infections Associées aux Soins

La politique de lutte contre les IAS repose sur un programme national qui fixe des objectifs aux trois champs de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux et médecine de ville) plus connu sous le nom de PROPIAS\*.

L'organisation du dispositif de lutte contre les IAS se fait à trois niveaux :

- ❖ **Au niveau national** : Coordonné par le Ministère de la Santé, un comité de suivi du PROPIAS a été créé en 2010 afin d'assurer la coordination et le suivi des actions du programme ; ce comité travaille en lien avec la commission « Sécurité des patients » du Haut Conseil de Santé Publique qui intervient en qualité d'expert pour l'analyse des risques liés aux infections nosocomiales, à des soins ou à des pratiques pouvant avoir un impact sur la santé de la population tandis que la Commission Santé Publique France de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP\*) remplit des missions de veille, de surveillance, d'alerte et de soutien aux actions de prévention.
- ❖ **Au niveau régional** : Jusqu'à 2017, les actions de prévention du risque infectieux étaient surtout centrées sur le secteur sanitaire. Suite à la réforme territoriale et à la réorganisation des vigilances, le décret n°2017-129 du 03 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins a institué la création de dix-sept Centres d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPIAS\*) ;

ces structures régionales implantées dans des Centres Hospitaliers Universitaires ont pour missions :

- *« L'expertise et l'appui aux professionnels de santé, quels que soient leurs lieux et modes d'exercices, pour la prévention des IAS et de la résistance aux anti-infectieux ;*
- *La coordination ou l'animation de réseaux de professionnels de santé concourant à la prévention des IAS ;*
- *L'investigation et le suivi des déclarations obligatoires et l'appui à leur gestion à la demande des professionnels concernés ou de l'ARS » [7].*

Les CPIAS sont intégrés au Réseau Régional de Vigilance et d'Appui (RREVA\*) issu de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui, sous la coordination de l'ARS, vise à optimiser et à simplifier le dispositif de vigilance en région, notamment en facilitant et en promouvant la déclaration et la gestion des événements sanitaires indésirables. Il est composé de différentes structures de vigilances et de sécurités sanitaires ainsi que des structures chargées d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge en santé [8].

- ❖ **Au niveau local** : Le décret du 06 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé instaure l'obligation pour tous les établissements de santé, publics ou privés, de se doter d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN\*) pour le 31 décembre 2001, d'une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH\*) et de définir un programme annuel d'actions.

Ce décret définit les missions du CLIN qui sont les suivantes :

- « 1. *Coordonner l'action des professionnels de l'établissement de santé dans les domaines visés à l'article R. 711-1-1 ;*
- 2. *Préparer, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;*
- 3. *Elaborer le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités, établi selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé*

*de la santé ; ce bilan est transmis annuellement, par le représentant légal de l'établissement de santé, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales » [9].*

En 2005, le législateur marque la volonté de simplifier la gestion hospitalière en responsabilisant les établissements de santé et en leur donnant une plus grande autonomie. Le CLIN, jusqu'alors obligatoire, devient une « instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales » qui peut prendre la forme d'une sous-commission spécialisée de la Commission Médicale d'Etablissement (CME\*). Le but de cette transformation est de rendre plus souple l'organisation des CLIN en permettant aux établissements de santé de s'adapter à leurs besoins et à leurs contraintes, tout en conservant les missions initiales du CLIN.

L'annexe IV de la circulaire du 18 novembre 2011 définit les missions de l'EOH, qui sont complémentaires à celles du CLIN :

- *« impulser et coordonner la gestion a priori du risque infectieux nosocomial dans ses différentes dimensions (environnement, acte de soin, état de santé du patient) ;*
- *impulser et coordonner la gestion a posteriori du risque infectieux nosocomial par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, les surveillances épidémiologiques, le suivi d'indicateurs, etc.) ;*
- *promouvoir la formation et l'information sur le risque infectieux nosocomial, pour les professionnels, les patients et les usagers » [10].*

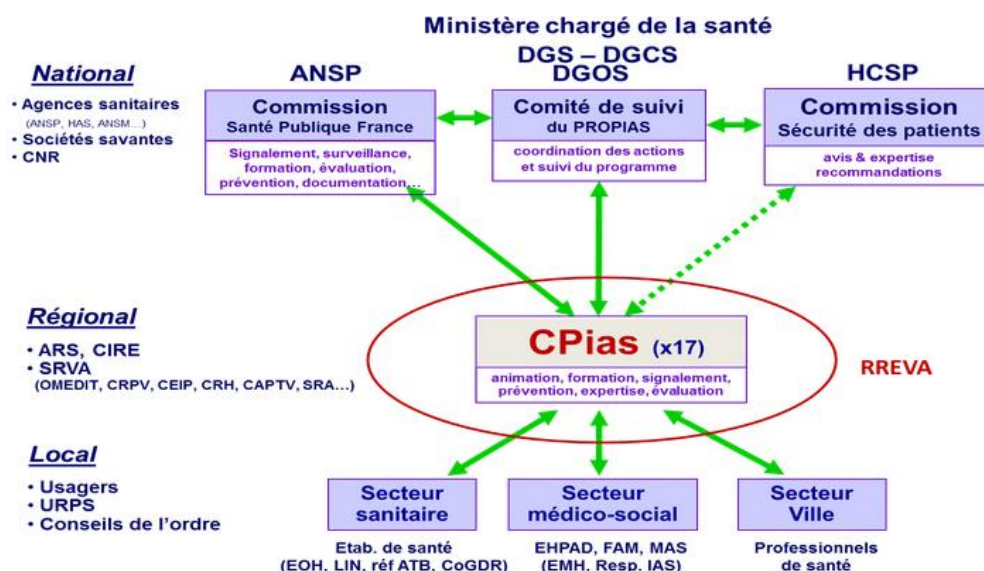


Figure 3 - Organigramme du dispositif national de prévention des IAS<sup>3</sup>

### Le signalement des IAS

Alors que la déclaration aux autorités compétentes des infections nosocomiales est obligatoire depuis 2001 dans le secteur sanitaire, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a renforcé la politique de prévention et de signalement des IAS en étendant le système de signalement à tous les secteurs de soins, toujours dans une logique de parcours patient global.

Le signalement des IAS est primordial puisque la déclaration d'infections graves, épidémiques ou inhabituelles peut nécessiter la mise en place de mesures de prévention et de contrôle à l'échelle locale, régionale voire nationale [11].

La déclaration des infections associées aux soins peut se faire à deux niveaux :

- **Au sein même de la structure** lorsque la situation ne nécessite pas un signalement aux autorités sanitaires mais doit tout de même permettre la mise en place de mesures correctives en interne afin d'éviter une récurrence.
- Un **signalement aux autorités sanitaires**, dans le respect des règles de confidentialité des données personnelles et médicales, doit être fait dans les cas suivants :

<sup>3</sup> Figure extraite du site Internet du Cpias Auvergne Rhône-Alpes

"Tout professionnel de santé ou tout représentant légal d'établissement de santé, d'établissement ou service médico-social ou d'installation autonome de chirurgie esthétique déclare sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé la survenue de toute infection associée aux soins répondant à l'un au moins des critères suivants :

1. L'infection associée aux soins est **inattendue ou inhabituelle** du fait :
  - a) Soit de la nature, des caractéristiques, notamment du profil de résistance aux anti-infectieux, de l'agent pathogène en cause ;
  - b) Soit de la localisation ou des circonstances de survenue de l'infection chez les personnes atteintes ;
2. L'infection associée aux soins survient sous forme de cas groupés ;
3. L'infection associée aux soins a provoqué un décès ;
4. L'infection associée aux soins relève d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en application de l'article L. 3113-1 » [7].

Malgré cette obligation de signalement, les épisodes infectieux sont souvent gérés en interne dans le cadre de la gestion des risques mais pas forcément déclarés aux autorités.

Le point focal ARS est le point d'entrée unique pour recueillir les réclamations des usagers, les signalements et les alertes ainsi que les déclarations d'évènements à conséquences sanitaires et médico-sociales. Il est joignable 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour pouvoir répondre à tout moment. Le signalement peut aussi s'effectuer via l'adresse mail mise en place (✉ [ars-hdf-signal@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)).

En 2017, un portail de signalement intitulé « e-sin » a été créé afin de permettre aux professionnels de santé mais aussi aux usagers de déclarer les événements sanitaires indésirables, dont les IAS, via un portail unique. Chaque signalement est automatiquement adressé à l'ARS et au CPIAS dont dépend l'établissement, puis transmis à Santé Publique France.

Chaque établissement de santé doit désigner un responsable de signalement parmi l'ensemble des professionnels de santé, toute fonction confondue, ainsi que son suppléant.

## b) Déclinaison dans le secteur sanitaire

- **Une fonction de gouvernance pour anticiper**

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est élaborée et validée par la CME bien souvent en lien avec le gestionnaire des risques.

La fonction de gouvernance a pour but d'initier, d'organiser et de piloter la démarche de management du risque infectieux. Son engagement dans cette démarche doit être clairement formulée dans le projet d'établissement.

Cet engagement est d'autant plus repéré dans la mesure où l'organisation des CLIN ayant évoluée, cette instance à part entière n'est plus obligatoire et peut prendre la forme d'une sous-commission spécialisée de la CME ; néanmoins, certains établissements ont fait le choix de conserver cette instance, ce qui marque pleinement leur implication dans la démarche de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

- **Une fonction de pilotage pour agir**

En matière de risque infectieux, la fonction de pilotage est une obligation légale comme cela a pu être explicité précédemment. Cette fonction est remplie soit par le CLIN, soit par la sous-commission spécialisée de la CME.

Cette instance veille au suivi de la politique de l'établissement du programme annuel en matière de lutte contre les infections nosocomiales et diffuse les informations à l'ensemble des services. C'est aussi une instance de consultation pour tous projets pouvant avoir des conséquences en termes d'hygiène.

Le pilotage est également assuré par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins qui a pour rôle de veiller à la mise en œuvre du programme d'actions défini par l'établissement et de contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture de sécurité. Le coordonnateur de la gestion des risques associées aux soins travaille en lien direct avec l'EOH, il est « *garant de la cohésion des actions conduites en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins* ». L'ensemble de ses missions et activités sont énumérées dans l'annexe II de la circulaire du 18 novembre 2011 [12].

- **Une fonction opérationnelle pour évaluer et maîtriser**

Selon la circulaire du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, l'EOH doit être composée *a minima* d'un médecin ou pharmacien et d'un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE\*), à hauteur d'un Equivalent Temps Plein (ETP\*) IDE pour un établissement de santé de 400 lits (les recommandations sur la prévention des IAS en 2016 préconisant un ETP médecin ou IDE pour 250 lits) et d'un ETP médecin ou pharmacien pour un établissement de santé de 800 lits. Ces professionnels doivent disposer d'une formation universitaire diplômante en hygiène hospitalière

Cette équipe peut être complétée par d'autres professionnels en fonction des ressources humaines disponibles et des objectifs fixés en matière de prévention du risque infectieux [13].

- **Un système de management de la qualité pour coordonner**

La gestion du risque infectieux est une des thématiques du référentiel de certification V2014 de la HAS. Les critères de rattachement sont :

- ✓ *8g : Maîtrise du risque infectieux*
- ✓ *8h : Bon usage des antibiotiques*
- ✓ *7d : Hygiène des locaux*

Ces critères sont également évalués à l'aide d'indicateurs nationaux définis par le ministère de la santé, qui permettent de mesurer l'engagement des établissements de santé dans la lutte contre les IAS ; les tableaux de bord qui en découlent peuvent être complétés par des indicateurs institutionnels.

Lors de la campagne 2019, un seul Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS\*) était recueilli pour le thème "Infections Associées aux Soins" : l'indicateur de consommation des solutions hydro alcooliques (ICSHA.3) qui doit être renseigné sur la plateforme QUALHAS.

Trois IQSS sur le thème des « IAS » sont expérimentés sur l'année 2019 :

- « **ATBIR** » : indicateur de bonnes pratiques d'antibiothérapie ; il est mesuré après audit de dossiers patients et exprime le taux de patients hospitalisés traités par antibiotiques sept jours maximum pour une infection respiratoire basse ; prévu en octobre 2019
- « **PCC** » : indicateur de bonnes pratiques de précautions complémentaires contact ; il est mesuré à partir de l'audit de dossiers patients et exprime le taux de patients adultes ou enfants porteurs ou infectés par une BLSE (Bactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi), BHRE (Bactéries Hautement Résistantes Emergentes), SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline), *Clostridium difficile* ou gale pour lesquels la mise en place des précautions complémentaires contact a été réalisée selon les recommandations nationales ; prévu de septembre à octobre 2019.
- « **VAG** » : indicateur d'évaluation de la vaccination antigrippale des professionnels de santé ; mesure le pourcentage de personnels hospitaliers vaccinés contre la grippe saisonnière (réalisé en mars / avril 2019) [14].

La démarche de certification des établissements de santé et le suivi des tableaux de bord d'indicateurs contribuent à la mise en œuvre par les établissements de santé d'une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques.

#### c) Déclinaison dans le secteur médico-social

Dans cette partie, je m'appuierai sur l'organisation mise en place au sein de l'association « Les Papillons Blancs » du Douaisis où j'ai effectué mon stage de 1<sup>ère</sup> année de Master et mon contrat de professionnalisation en 2<sup>ème</sup> année, afin d'illustrer l'organisation du dispositif de lutte contre les infections associées aux soins dans le secteur médico-social.



- **Une fonction de gouvernance pour anticiper**

La prise en compte du risque infectieux dans la politique d'établissement dépend de l'engagement de la Direction.

Même si certains types de structures du secteur médico-social sont soumis à des obligations légales en matière de risque infectieux, il revient aux Directions d'impulser une véritable dynamique de management du risque infectieux.

Cet engagement peut se traduire par la mention dans le projet d'établissement, notamment dans les fiches action, d'objectifs spécifiques et par la mise en place d'une instance dédiée.

- **Une fonction de pilotage pour agir**

Même si la prévention du risque infectieux semble être une préoccupation majeure pour certains ESM du fait des spécificités des personnes accompagnées, à ce jour, il n'existe pas d'instance dédiée au pilotage du risque infectieux dans nos structures. Néanmoins, il existe une instance appelée « Groupe Gestion des Risques » qui se réunit six fois par an et qui traite de l'ensemble des risques auxquels peuvent être confrontés nos structures et lors de laquelle des problématiques ou des questionnements liés au risque infectieux peuvent être abordés.

L'une des ressources sur laquelle il serait possible de s'appuyer est le médecin coordinateur : en effet, une des missions qui lui est allouée est « *d'identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques* », ce qui démontre la place centrale qu'occupe le médecin coordinateur dans la prévention du risque infectieux [15].

- **Une fonction opérationnelle pour évaluer et maîtriser**

Certaines ARS demandent à ce que soit désigné dans chaque ESM un Responsable IAS. Cependant, il ne s'agit pas d'une obligation légale et aucun texte ne vient préciser ses missions dans le secteur médico-social.

L'évaluation et la maîtrise du risque infectieux passe par l'élaboration du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI\*) qui s'impose à certains établissements. Ce document est actuellement réalisé par la Responsable Qualité Gestion des Risques (RQGDR\*) qui établit ensuite un plan d'actions et en assure le suivi, en lien avec la Direction d'Etablissement.

Il convient tout de même de se questionner : *la RQGDR dispose t'elle des compétences techniques inhérentes à la réalisation du DARI ? Une formation complémentaire afin de disposer de l'expertise nécessaire sur cette thématique ne devrait-elle pas être envisagée ?*

Face au constat d'isolement de certains ESM en matière d'hygiène des soins, la région Auvergne – Rhône-Alpes a lancé un appel à projet en 2018 pour étendre le dispositif d'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH\*), jusqu'alors expérimenté dans les EHPAD, aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap.

Le cahier des charges de l'appel à projet de l'ARS Auvergne Rhône Alpes définit les missions qui incomberaient à ces EMH tout en respectant les principes énoncés dans le PROPIAS [16].

Cette initiative montre la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les ESM dans la démarche de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

- **Un système de management de la qualité pour coordonner**

Depuis la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui fixe des orientations et des objectifs de qualité, les EMS doivent réaliser une évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations, sur la base de référentiels de recommandations de bonnes pratiques, notamment sur l'organisation et la qualité des soins.

Dans le référentiel d'évaluation interne des Papillons Blancs du Douaisis, un thème est consacré à la "Gestion des risques". On y retrouve une thématique "Risques assimilables au secteur sanitaire" (2.5.5) ; cette thématique aborde notamment les maladies infectieuses, les accidents d'exposition au sang ou encore le matériel de soins.

Un autre thème intitulé “Hygiène et environnement” aborde quant à lui la démarche *Hazard Analysis Critical Control Point* (HACCP\*) dont les Toxi-Infections Alimentaires Collectives (TIAC\*), l’hygiène du linge et des locaux, la gestion de l’environnement (→ *Annexe n°1 : extrait du référentiel d’évaluation interne des Papillons Blancs du Douaisis*)

Du fait des évolutions législatives et d’une prise de conscience collective quant aux conséquences d’une non-maîtrise du risque infectieux, une certaine culture du risque s’est développée dans le secteur médico-social et tend à se renforcer depuis ces dix dernières années.

Néanmoins, le risque infectieux reste encore sous-estimé et il serait trop ambitieux de parler d’un véritable système de management de la qualité du risque infectieux dans un secteur qui tend à privilégier les lieux de vie aux lieux de soins. En effet, la mission première des structures médico-sociales n’est pas de prodiguer des soins mais bien d’apporter aux usagers une réponse à leurs besoins grâce à une prise en charge de vie globale.

#### d) Comparaison

Après avoir décrit l’organisation du management du risque infectieux dans les deux secteurs qui nous intéressent, j’ai choisi de me baser sur les cinq niveaux définis dans la matrice de maturité de la HAS afin de déterminer le niveau de maturité de chacune des fonctions citées précédemment (→ *Annexe n°2 : Grille de maturité de la HAS – Guide méthodologique de certification des établissements de santé – V2014*)

La matrice de maturité correspond à la traduction du niveau atteint par l’établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d’évaluation et d’amélioration du ou des processus concernés [17].

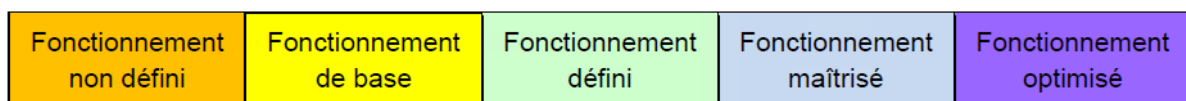


Figure 4 - Les cinq niveaux de la grille de maturité de la HAS

		Secteur sanitaire	Secteur médico-social
<b>P – Une fonction de gouvernance pour anticiper</b>	P1	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement de base
	P2	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement de base
<b>D – Une fonction de pilotage pour agir</b>	D1	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement de base
	D2	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement de base
	D3	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement défini
<b>C – Une fonction opérationnelle pour évaluer et maîtriser</b>	C1	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement défini
<b>A – Un système de management de la qualité pour coordonner</b>	A1	Fonctionnement optimisé	Fonctionnement de base
<b>Conclusion</b>			

*Figure 5 - Comparaison de l'organisation du processus de management du risque infectieux dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social*

Alors que le management du risque infectieux est optimisé dans le secteur sanitaire, seul le socle de base semble être posé dans le secteur médico-social et de nombreux efforts sont encore à fournir afin de parvenir à un véritable management du risque infectieux.

#### 4. Les impacts d'une non-maîtrise du risque infectieux

Les IAS sont un véritable enjeu de santé publique dans la mesure où leurs conséquences peuvent être bénignes mais parfois plus graves, allant de l'allongement de l'hospitalisation avec des séquelles plus ou moins importantes, voire l'engagement du pronostic vital et mener jusqu'au décès.

Ces conséquences vont également se mesurer sur un aspect humain et économique. C'est pourquoi il est indispensable de prendre en compte les conséquences d'une infection associée aux soins sous tous ses aspects afin de mesurer l'importance de la mise en place d'un véritable management du risque infectieux.

##### **Coût humain :**

- Evènement indésirable pour le patient qui peut être source d'inquiétude pour le patient lui-même et pour son entourage.
- Conséquences graves sur l'état de santé du patient, pouvant parfois aller jusqu'au décès.

##### **Coût financier :**

- Arrêt maladie, voire invalidité en cas de séquelles importantes.
- Perte de revenus, voire perte d'emploi.

##### **Coût économique et social :**

- Augmentation du nombre d'examens.
- Augmentation de la durée des traitements par antibiotiques.
- Augmentation du prix des soins : le surcout moyen par patient étant de 10 942€, ce qui revient à près de 46 238 384 € par an **[18]**.
- Allongement de la durée d'hospitalisation : de quelques jours à quelques semaines supplémentaires par patient, l'allongement de la durée moyenne de séjour étant de 14,7 jours **[18]**.

##### **Impact assurantiel :**

- Cotisations modulables.
- Augmentation des franchises.

### Réputation de l'établissement :

- Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales disponibles sur ScopeSanté.
- Plaintes et procès qui pourraient être médiatisés.
- Image de marque de l'établissement qui pourrait être entachée.

### **Synthèse des principes généraux :**

*“La gestion des risques peut être définie comme la fonction qui, au sein d'une entreprise ou d'une institution, vise à identifier, évaluer, éviter les risques ou à réduire leurs conséquences” [6].*

Dans les établissements de santé, et plus largement dans le domaine de la santé, la gestion des risques s'inscrit dans un management global de la qualité et de la sécurité des patients. La démarche de gestion des risques va donc reposer sur une démarche institutionnelle, impulsée par la Direction mais qui nécessite aussi l'implication de l'ensemble des professionnels de la structure.

La prévention des IAS comme nous avons pu le voir précédemment est complexe car plusieurs facteurs sont à prendre en compte : si l'état de santé du patient est un facteur qu'il n'est pas toujours possible de contrôler, la qualité des soins dispensés et l'environnement de soins doivent quant à eux être maîtrisés afin de réduire la part des événements indésirables « évitables » liés aux IAS.

La maîtrise du risque infectieux est un enjeu de santé publique depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire. La prise en compte du parcours de soins global du patient, quel que soit l'endroit où le soin est prodigué fait évoluer le périmètre de la maîtrise du risque infectieux, ce qui va nécessiter une coopération entre tous les acteurs intervenant dans la prise en soins de l'individu (→ [Annexe n°3 - Synthèse des principaux enjeux](#)).

Le risque infectieux va alors être envisagé de façon plus générale dans un Programme national de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS\*) qui va décliner des objectifs dans les trois secteurs de l'offre de soins : Etablissements de Santé, Etablissements Médico-Sociaux et soins de ville.

## PARTIE II : VERS UNE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX A COURT TERME DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL ?

### 1. Une veille réglementaire qui s'accélère – le PROPIAS

La gestion des risques, notamment des risques sanitaires, est un concept nouveau dans le secteur médico-social, instauré par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM<sup>4</sup> « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes ».

L'emploi du terme « IAS » par le CNITILS en 2007 amène le législateur à avoir une approche du risque infectieux plus large, surtout basée sur la prévention comme le démontre le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS. L'idée principale est de conforter l'expérience des établissements de santé dans le domaine de la prévention des IAS et de l'étendre au secteur médico-social et aux soins de ville, l'objectif étant d'assurer la meilleure qualité et sécurité des soins tout au long du parcours de soins de l'individu. Le niveau d'exigences attendu est identique pour tous mais ce plan permet la mise en place de dispositifs différents en fonction des structures **[19]**.

La déclinaison de ce plan stratégique national se fait à travers le PROgramme de Prévention des Infections Nosocomiales (PROPIN\*) 2009 - 2013 pour le secteur sanitaire et le Programme National de Prévention des Infections (PNPI\*) 2011 - 2013 pour le secteur médico-social, aucune déclinaison n'étant formalisée pour le secteur ville.

L'objectif de ce PNPI est de *“promouvoir une démarche qui permette à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'élaborer ou d'adapter son programme d'action”* **[20]**.

La circulaire du 12 mars 2012 instaure une démarche d'évaluation du risque, formalisée dans le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI\*) qui s'impose aux EHPAD, aux MAS et aux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM\*) .

---

<sup>4</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> Avril 2018, l'ANESM a rejoint la HAS

Alors que les programmes de prévention des infections étaient scindés en fonction du secteur qu'ils concernaient, le législateur vient marquer la volonté des autorités publiques à prendre en compte le risque infectieux dans le parcours patient et vient préciser dans l'instruction de 2016 les nouvelles orientations visées par le PROPIAS pour les trois secteurs de soins.

Le PROPIAS 2016-2018 intègre les programmes mis en place ultérieurement, à savoir :

- Le plan national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 ;
- Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 ;
- Le programme national de sécurité du patient 2013-2017 ;
- Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 [21].

Le PROPIAS est un programme qui s'inscrit dans la durée : dans le PNPI de 2011, seuls les EHPAD, les MAS et les FAM étaient concernés ; en 2016, ce programme a été élargi aux Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP\*) et aux Instituts d'Education Motrice (IEM\*), la volonté étant qu'à terme, la totalité des structures médico-sociales s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et se mobilise dans la prévention du risque infectieux.

Trois axes principaux sont développés dans le PROPIAS 2016 – 2018 dont le fil conducteur est le parcours de soins du patient /résident dans les trois secteurs de soins que sont les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et la médecine de ville :

- **Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé en y associant les patients et les résidents ;**
- **Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins :** le développement des résistances aux antibiotiques est une menace de santé publique majeure. Ce plan vise à maîtriser et à rationaliser la prescription d'antibiotiques, en se fixant un objectif de 25% de diminution de prescriptions d'antibiotiques sur cinq ans. Mais en 2016, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé (ANSM\*) publie un rapport alarmant dans lequel il est indiqué que le



taux de prescriptions d'antibiotiques, notamment dans le secteur ville, reste préoccupant et a augmenté de 5,6% entre 2011 et 2016 [22].

- **Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.**

Pour chacun de ces axes, le PROPIAS décline :

- Un algorithme des actions par secteur (Hôpital-EMS-Ville) ;
- Une déclinaison en Thèmes-Objectifs-Actions ;
- Des orientations de recherche ;
- La répartition des actions par niveau d'action : local/régional/national (→ *Annexe n°4 - Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'axe 1 selon les niveaux de mises en œuvre*) ;
- Des cibles quantitatives en ES, EMS et Ville (→ *Annexe n°5 - Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 1 par secteurs d'offre de soins*).

Pour accompagner les ESM dans la mise en œuvre du PROPIAS, les ARS pourront organiser des sessions d'informations et d'échanges afin d'assurer la formation continue des professionnels et la diffusion des outils pédagogiques créés ; les ESM pourront également solliciter l'expertise des ARS pour l'élaboration du DARI [21].

#### Le Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI)

Rendu obligatoire par la circulaire de 2012, le DARI a pour ambition de favoriser une meilleure prise en compte du risque infectieux dans les ESM, tout en tenant compte des spécificités et des ressources propres aux structures.

En 2015, un bilan permet d'établir plusieurs constats quant à la réalisation du DARI :

- au niveau national seulement 33% des ESM ont réalisé leur DARI ;
- 50% sont bloqués à l'étape d'auto-évaluation et n'ont pas élaboré de programme d'actions d'amélioration ;
- les scores ont tendance à être surestimés [23].

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
I - Moyens de prévention	10	17	58,8
II - Environnement et circuits	63	80	78,8
III - Gestion du matériel	7	16	43,8
IV - Gestion des soins	26	32	81,3
V - Vaccinations	4	4	100,0
VI - Risques épidémiques	22	30	73,3
VII - Prévention des AES	11	11	100,0

Figure 6 - SCORE DARI 2016 par chapitres obtenu par la MAS « Le Chemin Vert » de DECHY

Comme le précise l'instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins dans le secteur médico-social 2016/2018, le PROPIAS vise à pérenniser les actions engagées dans les ESM depuis 2011 mais aussi à encourager ceux qui ont pris du retard dans le cadre de l'évaluation du risque infectieux. Ainsi, tous les ESM doivent sensibiliser les professionnels au risque de la transmission croisée, au respect des précautions standard des règles d'hygiène et à la gestion des excréta. Les ESM concernés doivent formaliser pour fin 2018 leur DARI et élaborer un plan d'actions [24].

Cette démarche d'analyse du risque infectieux va se faire en trois étapes :

- Une **évaluation du risque**, en se basant sur les épisodes infectieux survenus lors des trois dernières années ;
- Une **analyse du niveau de maîtrise du risque infectieux** : des outils ont été développés en 2012 par le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH\*). Un manuel d'auto-évaluation informatique spécifique aux MAS et aux FAM a été mis à disposition des ESM afin de leur permettre d'identifier leurs points forts et leurs points faibles selon sept grands chapitres et d'élaborer un programme d'actions prioritaires qui sera évalué à échéances régulières. (→ *Annexe n°6 – Les différents chapitres du DARI*). Des fiches pratiques sont également diffusées ;
- La **communication** autour des résultats : cette communication doit se faire à l'attention des professionnels, des familles et des usagers mais plus largement auprès des professionnels extérieurs, des bénévoles ou des partenaires. Cet

axe est primordial car il assure la transparence et donne du sens aux actions menées par l'établissement.

Des mesures organisationnelles préalables doivent être mises en place pour faciliter la mise en œuvre de cette démarche ; il est préconisé aux établissements de désigner un responsable IAS et de mettre en place un comité de suivi composé *a minima* du Directeur, du responsable désigné, d'un médecin et d'un cadre infirmier.

Contrairement au secteur sanitaire, nous disposons de peu de chiffres dans le secteur médico-social sur la prévalence des IAS. De ce fait, même si les établissements disposent d'une fonction opérationnelle, le fait de ne pas avoir de données factuelles rend difficile la définition d'objectifs clairs.

Mais d'autres difficultés se posent dans les ESM afin de pouvoir répondre aux exigences réglementaires.

## 2. De la difficulté à décliner les exigences réglementaires – Focus sur les Maisons d'Accueil Spécialisées

### Des lieux de vie avant tout

L'un des plus grands freins dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention du risque infectieux dans les ESM est la philosophie même de ces structures : les professionnels qui accompagnent les usagers insistent sur le fait que ces structures sont avant tout des lieux de vie et non pas des lieux de soins : on ne soigne pas des patients, on accompagne des personnes qui ont besoin de soins.

Cette crainte de voir le secteur médico-social se « sanitiser » s'est d'autant plus renforcée lorsque la HAS a intégré les missions de l'ANESM au 1<sup>er</sup> avril 2018.

La vie en collectivité favorise les contacts rapprochés entre les usagers et les professionnels et renforce le risque de transmission croisée. A cela s'ajoutent les pathologies de certains usagers mais aussi le vieillissement de la population qui n'échappe pas au secteur du handicap, ce qui amène les professionnels à prodiguer des soins et donc renforce le risque infectieux. C'est pourquoi une culture du risque et surtout une culture du risque infectieux doit se développer.

### La diversité des structures du secteur médico-social

La diversité des structures médico-sociales nécessite un accompagnement progressif et spécifique dans cette démarche afin de s'adapter à chaque type de structures.

En effet, la prise en compte du risque infectieux ne peut s'effectuer de la même manière dans une structure d'hébergement ou dans un service de milieu ouvert, ou encore dans un foyer de vie qui accompagne des personnes en situation de handicap où l'effectif médical est quasi inexistant que dans une MAS qui accueille des adultes en situation de polyhandicap et dont la prise en charge nécessite des soins médicaux importants. La prévention à destination des usagers peut alors être rendue compliquée à mettre en œuvre, voire impossible.

De la même manière, si nous nous intéressons plus spécifiquement aux MAS, ce sont des établissements qui accueillent « *des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et des soins constants* »<sup>5</sup>. Du fait de leur pathologie et de leur haut niveau de dépendance, les usagers accompagnés en MAS sont particulièrement vulnérables au risque infectieux.

Mais il est important de garder en tête que là encore, chaque MAS a un projet d'établissement spécifique.

Il existe trois MAS au sein des Papillons Blancs du DOUAISIS, chacune ayant sa spécificité :

- La MAS « Le chemin vert » de DECHY implantée à proximité immédiate du Centre Hospitalier de DOUAI, est un lieu de vie qui a pour vocation d'assurer l'hébergement d'adultes en situation de polyhandicap pour lesquels les soins infirmiers et paramédicaux sont nécessaires au quotidien et pour qui le « prendre-soin » et le soin sont prévalents dans le Projet Personnalisé.
- La MAS « La Sensée » de FECHAIN qui accompagne des adultes présentant des Troubles Envahissants du Développement (TED) et qui ont besoin d'un

---

<sup>5</sup> (Art. R344-1 CASF)

accompagnement dans les actes de la vie courante tout en veillant à respecter et à maintenir leurs acquis.

- La MAS « Le Moulin des Augustins » de DOUAI qui accompagne des adultes en situation de poly ou de pluri-handicap, principalement une déficience intellectuelle associée à des troubles et pathologies physiques et psychiques.

La prise en compte du risque infectieux sera donc abordée différemment dans ces trois établissements dans la mesure où la part des soins et l'organisation de travail sont différentes.

### *Des ressources insuffisantes en l'état actuel*

D'un point de vue architectural, certaines structures sont assez anciennes et ne peuvent pas toujours répondre aux exigences d'hygiène qui se renforcent (des réseaux d'eau parfois vétustes, circuit linge propre et sale inadapté, absence de possibilité d'avoir des chambres d'isolement éloignées géographiquement...)

Les formations en hygiène restent insuffisantes dans le secteur médico-social. La formation initiale des IDE comprend un volume horaire très faible de formation en hygiène.

Cela nécessite donc que les structures organisent des formations en interne, parfois coûteuses. Mais il est important de considérer que les sources de financement sont inférieures au secteur sanitaire. L'établissement doit alors axer ses actions de prévention sur le respect des précautions standard d'hygiène

Il faut aussi prendre en compte que les ratios d'encadrement médicaux et infirmiers sont faibles, voire parfois inexistant dans certaines structures ; il paraît donc difficile de pouvoir affecter des professionnels à temps plein sur des problématiques telles que l'hygiène ou les IAS.

### *Un manque d'implication des professionnels dans la démarche de prévention du risque infectieux*

Le rapport de la cour des comptes de 2019, dans son chapitre III sur la politique de prévention des IAS, fait état de règles d'hygiène négligées, ce qui témoigne du manque d'implication des professionnels (lavage des mains mal effectué, frictions

hydro-alcoolique pas assez fréquentes, pas de port des Equipements de Protection Individuelle (EPI\*)...)

*Ce manque d'implication des professionnels est-il lié à une sous-estimation du risque infectieux et de ses conséquences ? A une méconnaissance des précautions standard ?*

Plusieurs actions de communication ont été menées au niveau associatif par les Papillons Blancs du DOUAISIS afin de sensibiliser les professionnels sur le risque infectieux. L'une des actions menées récemment concerne la couverture vaccinale des professionnels ; l'association souhaitait connaître, à la demande de l'ARS, le nombre de professionnels vaccinés.

Nous avons profité de la mise à jour annuelle de la fiche signalétique des salariés pour questionner les professionnels sur leurs vaccinations : sur 929 professionnels en Contrat à Durée Indéterminée, 50% seulement ont rendu la fiche signalétique (soit 468 professionnels) ; sur ces 50%, si l'on prend l'exemple du vaccin contre la grippe, seuls 6% des professionnels sont vaccinés (*→ Annexe n°7 - Répartition des vaccinations Global association*)

Là encore nous pouvons nous questionner : *est-ce lié à une inquiétude quant à la vaccination ? les conséquences d'une pandémie grippale sont-elles sous-estimées ?*

#### Difficulté de coordination entre les professionnels

Les professionnels intervenant dans la prise en charge des usagers peuvent parfois être nombreux et l'échange d'informations entre les professionnels, internes ou externes, est très important dans la maîtrise du risque infectieux.

Des outils existent pour renforcer la coordination entre les professionnels des différents secteurs de soins tels que la lettre de liaison ou le Dossier Médical Partagé (DMP\*) mais leur appropriation semble encore légère dans le secteur médico-social.

#### Un portail de signalement pas forcément adapté au médico-social

Une première évaluation du portail de signalement des Evénements Sanitaires Indésirables est parue en juin 2018. L'un des constats établis concernant l'utilisation de ce portail par le secteur médico-social est qu'il ne permet pas la déclaration des dysfonctionnements autres que les événements indésirables graves associés à des soins.

De même, en pratique, l'utilisation du portail est rendue difficile car il faut s'y identifier avec un identifiant / mot de passe propre à chaque structure.

Aux Papillons Blancs du DOUAISIS, la gestion des signalements est gérée au niveau associatif par la Responsable Qualité Gestion des Risques associative. Or, le fait de ne pas pouvoir disposer d'une identification unique pour l'ensemble des structures de l'association complique son utilisation.

Des réflexions sont en cours afin d'améliorer l'interface du portail de signalement et de permettre une utilisation exhaustive par tous les secteurs de l'offre de soins.

Il est donc primordial de considérer d'une part les spécificités du public accompagné par la structure mais également les ressources dont la structure dispose afin de pouvoir mettre en œuvre une politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

### 3. Une participation pluridisciplinaire dans le parcours de l'utilisateur

Il me semblait intéressant de pouvoir travailler sur une cartographie concernant le processus de prise en charge de l'utilisateur qui pourrait être transposable dans toutes les structures de l'association.

Un processus est défini comme " *un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* " <sup>6</sup> ; un processus est donc un enchaînement d'étapes successives qui vont permettre de répondre aux besoins et attentes des usagers et donc concourir à leur satisfaction.

Pour construire cette cartographie du processus de prise en charge de l'utilisateur, j'ai sollicité plusieurs de mes collaborateurs :

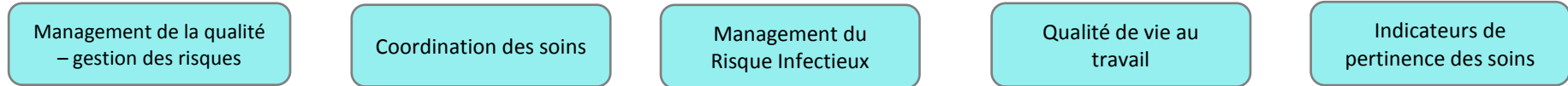
- Deux chefs de services paramédicaux ;
- Une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE\*) ;
- Une étudiante infirmière.

---

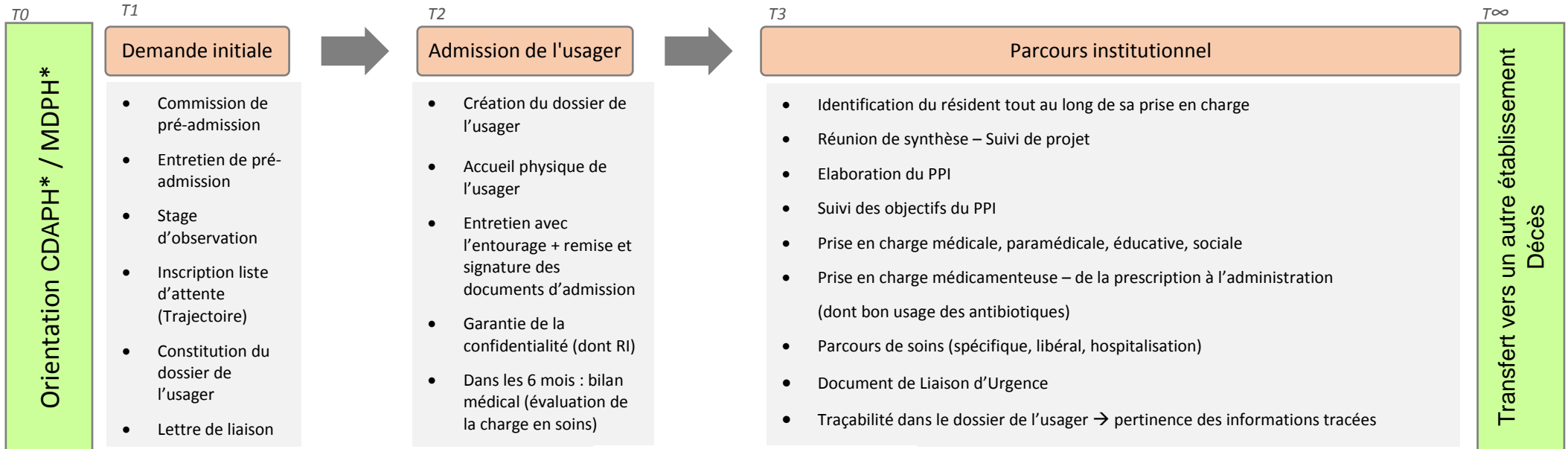
<sup>6</sup> Définition extraite du référentiel qualité - Norme ISO 9001

# PRISE EN CHARGE DE L'USAGER AU SEIN DE L'APEI DU DOUAISIS

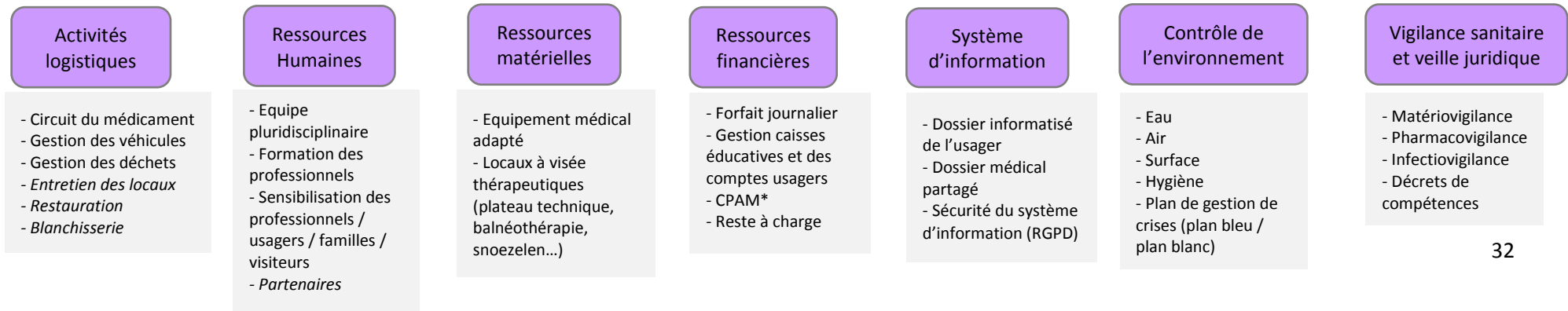
## MANAGEMENT D'ETABLISSEMENT



## PRISE EN CHARGE DE L'USAGER



## FONCTIONS SUPPORT





Formaliser le processus de prise en charge de l'utilisateur va permettre de décrire toutes les dimensions de la prise en charge (managériale, réalisation et fonctions support). L'intérêt de réaliser cette cartographie est d'apporter aux professionnels une vue d'ensemble sur le processus de prise en charge de l'utilisateur, de son admission dans la structure jusqu'à sa sortie, ce qui permet aussi d'appréhender de façon objective l'organisation de travail mise en place.

#### 4. Identification des points de rupture – Focus sur le risque infectieux

Dans le cadre de ce mémoire, la cartographie a été présentée uniquement aux professionnels de la MAS « Le Chemin Vert ». Des soins tels que les gastrostomies ou les trachéotomies y sont prodigués et l'aspect « médical » y est prégnant, d'où l'importance de vraiment prendre en compte cette problématique au vu des conséquences que peuvent avoir les IAS pour les usagers que nous accompagnons.

L'importance de questionner mes collaborateurs sur les sous-processus facteurs de risque en fonction de leur profil de poste est déterminante.

J'ai présenté la cartographie de processus aux professionnels que j'ai ciblé et leur ai expliqué qu'il s'agissait ici de représenter de façon pragmatique les différentes étapes de prise en charge des usagers au sein de la structure.

Je leur ai demandé d'identifier les étapes qui selon eux étaient à risque en terme de risque infectieux grâce à une méthode visuelle de collage, inspirée du diagramme de FARMER.

Le diagramme de FARMER est un outil de gestion des risques qui permet de hiérarchiser les risques identifiés via la criticité d'un événement (fréquence x gravité) afin d'éclairer la prise de décision et de programmer les actions prioritaires à mener.

MATRICE DE CRITICITE				
	M1	M2	M3	M4
G4	4	16	36	64
G3	3	12	27	48
G2	2	8	18	32
G1	1	4	9	16
	F1	F2	F3	F4

Figure 7 - Matrice de criticité selon le diagramme de Farmer

Le niveau de criticité selon le Diagramme de FARMER a été adapté selon le code couleur suivant :

- Une pastille **verte** : risque faible → niveau **C1** du diagramme de Farmer = risques acceptables
- Une pastille **orange** : risque modéré → niveau **C2** du diagramme de Farmer = risques à surveiller, mesures adaptées de réduction du risque
- Une pastille **rouge** : risque important → niveau **C3** du diagramme de Farmer = risques inacceptables, à traiter en priorité, mesures indispensables de réduction du risque

Il me semblait important de solliciter l'avis d'un maximum de professionnels afin d'avoir une vue d'ensemble sur l'appropriation du concept de risque infectieux au sein de la structure. De même, j'ai souhaité faire participer des profils de poste différents car le risque infectieux concerne l'ensemble des professionnels, chacun à leur niveau.

Les personnes interrogées sont les suivantes :

- 2 chefs de service paramédicaux
- La Directrice d'Etablissement
- Une Elève IDE
- Une IDE
- Une Aide Médico-Psychologique
- Une Aide-Soignante
- Une éducatrice Spécialisée
- Un médecin interne

- Une secrétaire d'établissement

(→ *Annexe n°8 : « Identification des étapes à risques » par un professionnel + commentaires quant à la hiérarchisation des risques*)

Ces échanges avec les professionnels ont été très intéressants : le fait de « visualiser » l'ensemble des activités relevant du processus de prise en charge de l'utilisateur à travers cette cartographie leur ont permis d'illustrer par des situations concrètes leurs choix de hiérarchisation des risques.

Je ne suis volontairement pas intervenue dans lors de cette phase afin de ne pas influencer leurs choix.

Les codes couleurs utilisés et présents sur les cartographies ont permis de faire prendre conscience aux professionnels de l'omniprésence du risque infectieux dans le processus de prise en charge de l'utilisateur mais également de l'intérêt de mettre en œuvre une démarche de prévention et de donner du sens aux actions envisagées ou menées.

Ce travail servira de base à un prochain groupe de travail transversal afin de réaliser une cartographie des risques ; la cartographie des risques est un levier indispensable au pilotage des risques et constitue le socle de la stratégie de gestion des risques. Cet outil permet d'appréhender l'ensemble des facteurs susceptibles d'affecter les activités. L'objectif est de mettre en place les actions nécessaires afin de se prémunir autant que possible des conséquences que représentent les risques identifiés.

## PARTIE III : PERSPECTIVES ET REPONSES AUX ENJEUX

Comme nous avons pu le voir dans les parties précédentes, le risque infectieux est omniprésent dans la prise en charge des usagers que nous accompagnons. Les structures du secteur médico-social ne sont pas toujours dotées des ressources humaines et matérielles nécessaires à une bonne maîtrise de ce risque. Cependant, il est indispensable de mener une politique de prévention du risque infectieux.

C'est pourquoi j'ai proposé à la Directrice de la MAS de DECHY le modèle qui va suivre qui pourrait nous permettre de répondre aux exigences réglementaires qui s'imposent au secteur médico-social.

### 1. Proposition d'un modèle pour répondre aux exigences réglementaires



## PRESENTATION D'UN PROJET A LA DIRECTION GENERALE

### LE RISQUE INFECTIEUX : RISQUE OU OPPORTUNITE ?

**Objectif du projet** : Maîtrise du risque infectieux

**Action** : Mise en œuvre du PROPIAS au sein de la Maison d'Accueil Spécialisée « Le Chemin Vert » de DECHY

### IDENTITE DU PROJET

**INTITULE DU PROJET** : La maîtrise du risque infectieux

**PORTEUR DU PROJET** : Virginie AST – Responsable Qualité Gestion des risques –  
Secteur accueil spécialisé

**AUTRES REFERENTS** (Médecin, Cadre Gestionnaire, etc.) :

- Bénédicte BAYOT – responsable Qualité Gestion des Risques associative

**POLE / STRUCTURE** : Maison d'Accueil Spécialisée « Le chemin vert » - DECHY  
(+ déploiement éventuel sur le secteur Accueil Spécialisé)

**REFERENCES** :

- **Projet d'établissement** : 2017 -2022
- **CPOM** : Fiche action

- **Réglementaires** : PROgramme National de Prévention des Infections Associées aux Soins 2016 – 2018 ; instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 Juin 2016 relative à la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social 2016/2018
- **Référentiel d'évaluation interne** :
  - Thème 1.3 : Promotion de la santé et du prendre soin
    - Thématique 1.3.1 : Organisation de la santé et du prendre soin
  - Thème 2.5 : Gestion des risques
    - Thématique 2.5.5 : Risques assimilables au secteur sanitaire
  - Thème 4.1 : Hygiène et environnement
    - Thématique 4.1.1 : Démarche HACCP dont TIAC
    - Thématique 4.1.2 : Hygiène du linge et des locaux
    - Thématique 4.1.3 : Gestion de l'environnement
- **Projets associatifs** :
  - « Campagne de vaccination des professionnels et des résidents »
  - Chambre des bonnes pratiques

Préciser s'il s'agit d'un projet de :

- Croissance
- Efficience
- Reconnaissance

Identifier l'impact du projet sur l'activité de la structure :

Il s'agit :

- d'une activité constante
- du développement d'une activité existante
- de la création d'une nouvelle activité

## DESCRIPTION DU PROJET ET OBJECTIFS

Les exigences en matière de maîtrise du risque infectieux ne cessent de s'accroître dans le secteur médico-social.

Dans le cadre du PROPIAS 2016 – 2018 (Programme National de Prévention des Infections Associées aux Soins », trois axes majeurs sont abordés :

- Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé en y associant les patients et les résidents ;
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

L'instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social 2016/2018 impose à certains établissements médico-sociaux, en l'occurrence les Maisons d'Accueil Spécialisées, les Foyers d'Accueil Médicalisés et les Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés, de mettre en œuvre une démarche d'évaluation du risque infectieux et d'en apprécier son niveau de maîtrise. Chaque établissement devra évaluer sa maîtrise du risque infectieux et élaborer un plan d'actions.

Compte tenu des nouvelles dispositions réglementaires et des situations épidémiologiques survenues au niveau associatif, la mise en place d'un management du risque infectieux ayant pour objectif de renforcer les exigences à atteindre en matière de qualité et de sécurité des soins apportée aux usagers que nous accompagnons est indispensable.





- Septembre 2019 :
  - Mise à jour de l'ensemble des plans de nettoyage / désinfection de l'office.
  - Rencontre avec le service qualité – gestion des risques du CH de DOUAI
  - Présentation du projet à la Direction d'Etablissement puis à la Direction Générale
- 4<sup>ème</sup> trimestre 2019 : formalisation des DARI dans les cinq établissements concernés + plan d'actions pour envoi à l'ARS

### **Objectifs : les actions prioritaires**

- Créer un comité « Hygiène » qui pourrait être composé de :
  - Représentant Direction ;
  - Représentant Chef de service paramédical ;
  - Référents hygiène désignés dans chaque établissement ;
  - Médecin coordinateur ;
  - Médecin interne Accueil Spécialisé ;
  - Responsable Qualité Gestion des Risques Associative ;
  - Responsable Qualité Gestion des Risques Accueil Spécialisé.

La création de ce comité nécessite la validation de la Direction Générale et des Directions d'établissement.

- Campagne de vaccination grippale 2019
- Formalisation des DARI et élaboration des plans d'actions pour envoi à l'ARS fin 2019

## RESSOURCES HUMAINES MOBILISEES

3 opportunités peuvent être envisagées dans le cadre de ce projet :

### ✧ **Scénario 1 : Formation d'un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat hygiéniste à l'interne**

L'université de Lille propose un Diplôme Universitaire « hygiène hospitalière et prévention des infections associées aux soins »

- ➔ Formation en présentiel d'un coût de **800€ / personne** - en attente d'informations complémentaires pour le rythme de formation

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Professionnel(le) qui aura déjà connaissance de l'établissement, des spécificités de la structure et du public accompagné</li><li>• Possibilité de mutualisation avec les autres structures du secteur Accueil Spécialisé</li><li>• Possibilité de former les professionnels à l'interne</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Absence de l'IDE pendant la formation, nécessitera son remplacement et donc coût supplémentaire</li><li>• Ne pourra pas exercer les missions d'IDE hygiéniste à temps plein (risque de manque d'effectif)</li></ul>

❖ **Scénario 2 : Recrutement d'un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Hygiéniste**

Création de poste qui pourrait être envisagée

➔ Salaire estimé : 2350€ brut mensuel (début de carrière)

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences et connaissances requises en hygiène</li> <li>• Possibilité de mutualisation avec les autres structures du secteur Accueil Spécialisé</li> <li>• Possibilité de former les professionnels à l'interne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de connaissance de l'association et des spécificités de chaque structure</li> <li>• Coût financier supplémentaire pour la structure</li> </ul>

❖ **Scénario 3 : Convention avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales du Centre Hospitalier de DOUAI**

Dans le cadre du partenariat organisé avec le Centre Hospitalier de DOUAI (Plan de gestion de crises – Plan Bleu Plan de sécurisation Plan Vigipirate), possibilité d'ajouter un volet « CLIN – EOH » à la convention déjà signée afin que les référents hygiène désignés dans les établissements puissent intégrer le CLIN du CH de DOUAI

➔ Modalités financières à déterminer

<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bénéficiaire de l'expertise d'une instance déjà effective</li> <li>• CH de DOUAI favorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EOH fortement sollicitée à l'interne et qui ne pourra peut-être pas forcément être disponible pour nos structures</li> <li>• En cas d'urgence, pas de ressources à l'interne</li> </ul>

→ Annexe n°9 : Propositions de contractualisation CLIN CH de DOUAI - Papillons Blancs du Douaisis

Les différents scénarios peuvent être cumulatifs ; il appartient à l'établissement d'atteindre l'objectif de la maîtrise du risque infectieux en fonction des moyens dont il dispose.

## INVESTISSEMENT

La réalisation du projet implique-t-elle des dépenses d'investissement ?

OUI Préciser : Sensibilisation : boîtes à coucou, chambre des bonnes pratiques... ; matériel spécifique (laves-bassins...) + bionettoyage à déterminer après expertise.

NON

Si oui, le projet est-il inscrit au Plan Pluriannuel d'Investissement ?

OUI

NON

## EXPLOITATION

La réalisation du projet implique-t-elle des dépenses d'exploitation ?

Titre 1 (charges de personnel) – Précisions : à définir selon le scénario choisi

Titre 2 (charges à caractère médical) – Précisions :

Titre 3 (charges générales et hôtelières) – Précisions :

Titre 4 (amortissements, etc.) – Précisions :

## FINANCEMENT DU PROJET

Le projet est-il financé par des réductions de charges ?

OUI – Préciser :

NON

Le projet est-il financé par des recettes additionnelles ?

OUI

NON

Existe-t-il des partenaires extérieurs intéressés par la réalisation du projet ?

OUI – Précisions : CH de Douai – CPIAS Hauts-de-France ; Verspieren contacté – en attente de retour

NON

Peuvent-ils participer au financement du projet ?

OUI en subvention d'investissement

OUI en subvention d'exploitation – Précision : en attente de savoir si Verspieren susceptible de diminuer les franchises

NON

## IMPACTS DU PROJET

AUCUN IMPACT

Service Ressources Humaines

Service Comptable et Financier

Service Qualité Gestion des Risques

## CALENDRIER DU PROJET ET CONTRAINTES

### Echéances :

- Formalisation du DARI et élaboration des plans d'actions pour fin 2019 (réglementairement, envoi des plans d'actions à l'ARS initialement prévu en fin d'année 2018) ;
- Mise en place du comité de suivi « Hygiène » au plus tard 1<sup>er</sup> trimestre 2020

### Existence de contraintes liées à la réalisation du projet

- contrainte réglementaire :

INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 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.

- contrainte institutionnelle :

Politique d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques

- contrainte organisationnelle :

Rythme de travail, effectifs

- **autre(s) contrainte(s) : répondre aux enjeux internes et externes**

ARS (point focal, CPOM, ...)

Evaluations internes, évaluations externes

Verspieren (contentieux, assurantiel, ...)

Accueil des nouveaux arrivants

Date de présentation du projet à la Direction d'Etablissement : 11 Septembre 2019

**Remarques de la Direction d'Etablissement :**

Le management du Risque infectieux vise à améliorer la sécurité des résidents et des professionnels et à maintenir un bon fonctionnement de l'établissement.

Cette dimension est une des dimensions du management global de la structure.

Cela passe par l'élaboration de solutions qui permettront de gérer et réduire autant que faire se peut les risques repérés et évalués.

Les propositions qui ont été faites doivent prendre en compte la réalité du terrain et ses contraintes, tant financières que RH.

Nous nous orienterons donc actuellement vers la proposition d'une convention avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales du Centre Hospitalier de Douai, d'autant que dans d'autres domaines, un partenariat a déjà été mis en place entre notre Association, notre établissement et certains services du CHD.

Nous retenons bien sûr, la solution de la nomination à l'interne d'un référent hygiène, qui pourra bénéficier de liaisons privilégiées avec le CLIN de l'hôpital et participera aux formations de celui-ci.

P. BARBRY – Directrice de la MAS « Le Chemin Vert » - DECHY

Date de présentation du projet à la Direction Générale : A définir

**Remarques de la Direction Générale :**

## 2. Vers la V2020

Depuis le développement de la certification des établissements de santé en 1999, conduite par la HAS, les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins se sont renforcées et il a fallu tenir compte de ces évolutions.

La certification a pour objectif d'évaluer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux usagers afin de favoriser l'amélioration continue de la prise en charge. L'un des points sur lequel s'attarde principalement cette évaluation est la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques professionnelles.

Dans ses premières versions, la démarche de certification restait toutefois assez paternaliste : le manuel de certification était composé de telle sorte que chaque critère évalué était décrit de manière à informer l'établissement sur la norme attendue puis d'évaluer la manière de faire des établissements en fonction des éléments d'appréciation figurant dans le référentiel.

Dans sa version 2014, la certification des établissements de santé s'appuyait sur une démarche participative des professionnels et des patients avec pour fondements le compte qualité, le parcours patient « patient traceur » et les audits de processus.

La volonté de la démarche de certification dans sa version 2014 était d'évaluer la réalité de la prise en charge des patients et d'optimiser ainsi la charge de travail, d'où la mise en place de méthodes de visite plus performantes :

- L'audit de processus, méthode d'investigation qui consiste à investiguer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de la capacité de l'établissement à atteindre les objectifs à l'aide d'une grille générique.
- Le patient traceur est « *une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de*



*mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches »<sup>7</sup>*

La démarche de certification dans sa version 2020 va permettre de se recentrer sur les pratiques professionnelles des équipes de soins et sur l'expérience patient pour mesurer la qualité de la prise en charge et les résultats pour le patient.

Le nouveau référentiel de certification est structuré autour de quatre chapitres pour une meilleure lisibilité :

- **Le développement de l'engagement du patient** → s'assurer que le respect et la recherche du consentement du patient sont assurés tout au long de sa prise en charge.
- **Le développement de la culture de la pertinence et du résultat** → apprécier la capacité des équipes de soins à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient, à maîtriser les risques liés à sa prise en charge, à vérifier que les décisions médicales sont argumentées (pertinence des soins) et à analyser les résultats de la prise en charge.
- **Le développement du travail en équipe** → vérifier que l'établissement a défini sa stratégie en fonction des besoins de son territoire, qu'il est en capacité d'impulser une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à tous les niveaux de l'organisation, qu'il porte une politique de qualité de vie au travail, qu'il garantit l'accessibilité et la sécurité de tous et qu'il est en capacité de répondre aux situations exceptionnelles
- **L'adaptation aux évolutions du système de santé**, notamment les Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT\*) → évaluer le niveau de maturité de leur coopération pour organiser des filières de prise en charge et coordonner leur politique de qualité et de sécurité des soins [25].

---

<sup>7</sup> Définition extraite du site internet de la Haute Autorité de Santé [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante)

Chacun de ses axes va être décliné en objectifs puis en critères ; on va retrouver des critères transversaux qui vont s'appliquer à tous les établissements puis des critères spécifiques qui se déclineront en fonction du profil de l'établissement (public, modalités de prise en charge et activités).

La v2020 s'inscrit donc vraiment dans une démarche de partenariat qui repose sur :

- le déploiement du Programme collaboratif pluri-professionnel d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE\*) qui vise à sécuriser la prise en charge du patient. L'idée est de réduire la survenue d'EIAS en s'appuyant sur le travail d'équipe mais aussi en impliquant les patients.
- une certification par indicateurs qui sera d'autant plus valorisée par l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)
- une certification par la méthode du patient-traceur qui sera démultipliée et par la méthode du traceur-système qui sera instaurer pour observer la mise en œuvre des processus sur le terrain.

L'esprit de la V2020, notamment à travers la volonté d'impliquer le patient dans sa prise en charge mais aussi de valoriser la coordination entre les professionnels tout au long du parcours du patient, peut avoir un impact conséquent sur la prévention du risque infectieux. Certains critères reprennent d'ailleurs ce thème dans le nouveau référentiel, à la fois dans le chapitre concernant le patient mais aussi dans celui relatifs aux soins (*→ Annexe n°10 – Extraits du référentiel de certification v2020*)

Mais cette démarche de certification ne reste applicable qu'aux établissements de santé.

#### *Qu'en est-il du secteur médico-social ?*

La volonté des pouvoirs publics de considérer le parcours de soins dans sa globalité s'est également traduite par l'intégration des missions de l'ANESM à la HAS depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018.

L'ANESM avait entre autre pour mission l'élaboration et la diffusion de références, procédures et recommandations de bonnes pratiques professionnelles servant de base aux établissements médico-sociaux pour leurs évaluations internes.

Jusqu'à maintenant, chaque établissement médico-social avait un référentiel d'évaluation qui lui était propre. L'un des premiers axes de travail de la HAS dans le champ médico-social vise à l'élaboration d'un référentiel d'évaluation commun à tous les ESM, auquel s'ajouteront des volets spécifiques en fonction du type d'établissement et de l'activité exercée. Cela permettra aussi de pouvoir comparer de façon beaucoup plus objective les établissements ayant des activités similaires.

La satisfaction des usagers accompagnés dans les ESM pourra également être recueillie à travers des indicateurs développés par la HAS, de la même façon que cela est fait dans le secteur sanitaire.

Un grand nombre d'acteurs du secteur médico-social s'inquiète de voir ce secteur se sanitariser, au risque de calquer les méthodes déployées dans le secteur sanitaire sans prendre en compte les spécificités des structures médico-sociales.

Afin de répondre à cette crainte, une direction dédiée a été mise en place : la Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social (DiQASM\*).

## CONCLUSION

Même si la prévalence des infections associées aux soins a significativement baissé au cours des 20 dernières années, elles restent liées à une morbi-mortalité conséquente qui nécessite la mise en place d'un véritable management du risque infectieux.

Malgré une volonté des pouvoirs publics de prévenir le risque infectieux dans les trois secteurs de l'offre de soins, la politique publique de prévention des IAS reste encore fortement concentrée sur les établissements de santé et n'est pas forcément élargie au secteur médico-social et à la médecine de ville.

Malgré les réticences des professionnels du secteur médico-social de voir leurs structures se sanitariser, la majorité s'accorde pour dire que la prévention et la maîtrise du risque infectieux sont indispensables pour assurer une prise en charge sécurisée et de qualité aux usagers accompagnés.

Les exigences réglementaires relatives à la prévention du risque infectieux se sont renforcées. Il semble difficile de pouvoir s'acquitter des mêmes réglementations que les établissements de santé ; de plus, la volonté initiale d'étendre la mise en œuvre du PROPIAS à l'ensemble des structures du secteur médico-social s'avère compliquée : les ressources allouées aux ESM pour la prévention du risque infectieux restent à ce jour insuffisantes et les ressources extérieures telles que les Equipes Opérationnelles d'Hygiène ou le CPIAS sont trop sollicités pour pouvoir répondre à l'ensemble des demandes des ESM.

Le bilan à venir du PROPIAS 2016 – 2018 permettra peut-être de faire émerger certains leviers qui faciliteront l'engagement des établissements médico-sociaux dans cette démarche.

Le management du risque infectieux repose en premier lieu sur l'implication de la Direction d'Etablissement dans ce processus. De leur engagement dépendra l'implication des professionnels de terrain. Des actions de communications ciblées sur les demandes des professionnels permettront d'une part de donner du sens aux actions menées mais aussi d'insister sur la responsabilité engagée de chacun.

La prévention du risque infectieux est encore à ses prémices dans le secteur médico-social et tout semble à construire. L'émergence de facilitateurs ou de coopérations entre établissements permettra peut-être aux établissements médico-sociaux de se doter des ressources nécessaires afin de répondre aux exigences qui leur incombent mais il semble primordial de garder à l'esprit que la mission première de ces établissements reste la prise en charge de vie globale des usagers...

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] GARROS B. Décembre 1998. Contribution du HCSP aux réflexions sur la lutte contre l'iatrogénie, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°25
- [2] Cour des comptes. Février 2019. Rapport public annuel 2019 – La politique de prévention des infections associées aux soins : une nouvelle étape à franchir. Disponible sur <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/04-politique-prevention-infections-associees-soins-Tome-1.pdf> (consulté le 06 Février 2019)
- [3] Infections nosocomiales, ces microbes qu'on « attrape » à l'hôpital. En collaboration avec LUCET J.-C. Février 2015. INSERM. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infections-nosocomiales> (consulté le 22 Juillet 2019)
- [4] CNITILS. Mai 2007. Définition des Infections Associées aux Soins. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_vcourte.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf) (consulté en janvier 2019)
- [5] Haute Autorité de Santé. Mars 2012. La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associées aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_gdr\\_pages1a64.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages1a64.pdf)
- [6] Les infections liées aux soins médicaux. Mars 2002. Coordonné par CARLET J. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 38. Disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=74> (consulté le 14 Janvier 2019)
- [7] Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n°2017-129 du 03 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins
- [8] Ministère des affaires sociales et de la santé. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- [9] Ministère – Décret n°99-1034 du 06 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- [10] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- [11] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Novembre 2018. Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-

1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

[12] Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n°DGS/VSS1/DGOS/PF2/DGCS/SPA/2019/97 du 17 Mai 2019 relative aux signalements des infections associées aux soins en ville, en établissement de santé et en établissement et service médico-social.

[13] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

[14] HAS. Juin 2019. IQSS 2019 - IAS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du thème « Infections Associées aux Soins ». Disponible sur [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2022303/fr/iqss-2019-ias-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-infections-associees-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2022303/fr/iqss-2019-ias-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-theme-infections-associees-aux-soins) (consulté le 14 Janvier 2019)

[15] Code de l'action sociale et des familles. Article D312-158.

[16] ARS Auvergne Rhône Alpes. Juin 2018. Appel à projet « Equipe Mobile d'Hygiène à destination des établissements accueillant des personnes en situation de handicap » - Cahier des charges. Disponible sur <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/equipe-mobile-dhygiene-destination-des-etablissements-accueillant-des-personnes-en-situation-de> (consulté le 04 Juillet 2019)

[17] HAS. Décembre 2018. Guide méthodologique à destination des établissements de santé – Certification V2014 page 62. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide\\_methodologique\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf)

[18] IRDES. Février 2012. Estimation du surcout des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France. Document de travail. Disponible sur <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf> (consulté le 06 Février 2019)

[19] Ministère de la santé et des sports. Juillet 2009. Plan stratégique national 2009 – 2013 de prévention des infections associées aux soins. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_strategique\\_national\\_2009-2013\\_de\\_prevention\\_des\\_infections\\_associees\\_aux\\_soins.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_national_2009-2013_de_prevention_des_infections_associees_aux_soins.pdf)

[20] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé – Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/11-8 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

[21] Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Juin 2015. Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015.pdf>

[22] ANSM. Décembre 2017. La consommation d'antibiotiques en France en 2016. Disponible sur <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/L-ANSM-publie-un-rapport-sur-la-consommation-des-antibiotiques-en-France-en-2016-Point-d-Information>

[23] TAHRAT A.-M et LAVANANT G. Mai 2015. Bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 par la direction générale de la cohésion sociale. Disponible sur [http://www.ebola.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan\\_de\\_mai\\_2015\\_de\\_la\\_mise\\_en\\_oeuvre\\_du\\_programme\\_national\\_de\\_prevention\\_des\\_infections\\_dans\\_le\\_secteur\\_medico-social\\_2011-2013.pdf](http://www.ebola.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_de_mai_2015_de_la_mise_en_oeuvre_du_programme_national_de_prevention_des_infections_dans_le_secteur_medico-social_2011-2013.pdf) (consulté le 03 Juillet 2019)

[24] Ministère des affaires sociales et de la famille. Instruction n°DGCS/SPA/2016/195 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

[25] Haute Autorité de Santé – Avril 2019 – Dispositif de certification V2020 Référentiel de certification – Document de travail. Disponible sur [https://www.focusqualite.fr/wp-content/uploads/2019/05/HAS\\_concertation\\_referentielV2020.pdf](https://www.focusqualite.fr/wp-content/uploads/2019/05/HAS_concertation_referentielV2020.pdf) (Consulté le 03 Mai 2019)

### Ouvrages

La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2ème édition, Eric Zolla, Editions DUNOD



# ANNEXES

→ Annexe n°1 - Extrait du référentiel d'évaluation interne de l'APEI du DOUAISIS

EVALUATION INTERNE - APEI DOUAI - ANNEE 2015	
<b>DOMAINE 2 : LE MANAGEMENT</b>	Date :
<b>THEME 2.5 : GESTION DES RISQUES</b>	Structure :
<b>THEMATIQUE 2.5.5 : RISQUES ASSIMILABLES AU SECTEUR SANITAIRE</b>	Service / Secteur ou usager concerné :
<b>OBJECTIFS</b> : Evaluer les actions mises en oeuvre afin de limiter, de prendre en compte et de traiter les risques liés au parcours de l'usager et à la vie en collectivité	
Nom - Prénom - Fonction évaluateur(s) :	
Nom - Prénom - Fonction personne(s) évaluée(s) :	
<b>METHODE DE COTATION</b> : Premièrement répondre aux questions par oui, non ou N/A Puis au niveau des lignes orangées préciser la cotation globale retenue au vu des réponses aux questions <b>Cotation 4</b> : La pratique est conforme au critère, formalisée, mesurée et déployée systématiquement, pour toutes les équipes et pour la quasi-totalité des usagers <b>Cotation 3</b> : La pratique est conforme au critère, formalisée et déployée la plupart du temps, pour la plupart des équipes et pour la plupart des usagers <b>Cotation 2</b> : La pratique est conforme au critère, elle n'est déployée que parfois, pour certaines équipes ou pour une partie des usagers <b>Cotation 1</b> : La pratique n'est pas conforme au critère, elle n'est jamais déployée pour aucune équipe ou pour quelques usagers ou aucun <b>N/A</b> : critère non applicable pour la structure	
<b>DOCUMENTS DE REFERENCE</b> : 10-SUP-M-03 : Mode opératoire de gestion des risques - Accident d'Exposition au Sang 10-SUP-M-10 : Mode opératoire de gestion des risques - maladies infectieuses 10-SUP-F-06 : Fiche de déclaration d'AES	
<b>REGLEMENTATION DE REFERENCE</b> : CASF : Code de l'action sociale et des familles CSP : code de la santé publique circulaire interministérielle 2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants	
<b>RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE - RBPP</b> RBPP 028 : L'accompagnement à la santé de la personne handicapée RBPP 033 : Qualité de vie en MAS-FAM (Volet III) - Le parcours et les normes souples d'accueil et d'hébergement	
<b>ECHANTILLON</b> :	
<b>METHODE D'EVALUATION</b> :  Ne pas omettre d'utiliser la case commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère Ne pas omettre d'utiliser les cases remarques générales / appréciations globales et propositions d'amélioration	

Critères				Commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère	Aide à l'analyse	référence réglementaire
	oui	non	N/A			
<b>ASSOCIATION</b>						
<b>Partie 1 : Gestion associative</b>						
Le siège décline un processus précis quant à la mise en œuvre par les structures des modes opératoires et formulaires relatifs aux risques assimilables au secteur sanitaire						
Le siège veille à la mise en œuvre par les structures des modes opératoires et formulaires relatifs aux risques assimilables au secteur sanitaire						
Le siège assure la veille réglementaire relatifs aux risques assimilables au secteur sanitaire						
Cotation globale suite constat partie 1						
<b>POLE</b>						
<b>Partie 2 : Gestion de pôle</b>						
Y a-t-il en codir pôle une information régulière et/ou une présentation des nouveaux documents à mettre en œuvre par les structures ?					ex : maladies infectieuses, accident d'exposition au sang...	
Cotation globale suite constat partie 2						
<b>STRUCTURE</b>						
<b>Partie 3 : Maladies infectieuses</b>						
Le mode opératoire maladies infectieuses diffusé par l'association est-il à disposition Il est connu des professionnels					vérifier le numéro de version en vigueur Version 2	
Ce mode opératoire est-il à l'affichage dans l'infirmierie, le cas échéant						
Le circuit d'information est-il connu ?					cadre de permanence, DE/DP, famille, tuteur, DG, Président, toute autre structure concernée	
La direction s'assure t'elle du contrôle médical par les services de médecine du travail quant aux vaccins obligatoires pour les salariés et travailleurs d'ESAT					BCG, DT Polio, Hépatite B	code de la santé publique
Des campagnes de promotion de vaccinations relatives aux risques infectieux spécifiques à l'activité ou saisonniers sont-elles organisées					exemple : grippe saisonnière	
Existe-t-il des protocoles d'hygiène dans la structure						
Les conditions pour le lavage des mains sont-elles réunies aussi bien pour le personnel, pour les usagers, pour les visiteurs					savon liquide, solution hydro-alcooliques, essuie-mains...	
Les infections font-elles l'objet d'une surveillance						
Les protocoles nécessaires à la prévention des risques infectieux sont-ils élaborés, diffusés et respectés					au minimum gale, gastro-entérite, infection respiratoire, tuberculose	
En cas de situation épidémique, la déclaration obligatoire est-elle systématiquement réalisée par un médecin ?						
Si oui, la structure garde t-elle la preuve de cet envoi à la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS						
Le document d'analyse des risques infectieux (DARI) existe-t-il					valable pour le pôle AS	circulaire 2012/118 du 15 mars 2012

Critères				Commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère	Aide à l'analyse	référence réglementaire
	oui	non	N/A			
Un plan d'action suite à la mise en place du DARI est-il réalisé					valable pour le pôle AS	
Ce plan d'action est-il mis à jour régulièrement					valable pour le pôle AS, si oui à quelle fréquence	
Le DARI est-il mis à jour à fréquence déterminée					valable pour le pôle AS, si oui à quelle fréquence	
Les professionnels font-ils le lien entre ce mode opératoire et le MO maltraitance pour la démarche en suivre en cas de signalement					déclaration à l'ARS selon le même process que pour les signalements de cas de maltraitance	
Des informations spécifiques sont-elles à disposition quant à la conduite à tenir en cas de gale						
Des informations spécifiques sont-elles à disposition quant à la conduite à tenir en cas de gastro-entérite						
Des informations spécifiques sont-elles à disposition quant à la conduite à tenir en cas d'infection respiratoire						
Des informations spécifiques sont-elles à disposition quant à la conduite à tenir en cas de tuberculose pulmonaire						
Cotation globale suite constat partie 3						
<b>Partie 4 : Accident d'Exposition au Sang</b>						
Le mode opératoire AES diffusé par l'association est-il à disposition					vérifier le numéro de version en vigueur Version 2	
Est-il connu des professionnels						
Ce mode opératoire est-il à l'affichage dans l'infirmerie, le cas échéant						
Le circuit d'information est-il connu ?					cadre de permanence, DE/DP, famille, tuteur, DG, Président, toute autre structure concernée (+ secrétariat DG et service juridique siège)	
Les numéros d'urgence sont-ils à l'affichage						
L'affichage spécifique dédié aux AES est-il effectif					lien avec le dossier d'affichage sur le T (fiche conduite à tenir et document pôle santé travail)	
Les équipements de protection individuelle sont-ils à disposition					gants, lunettes, blouses...	
Sont-ils portés, le cas échéant, par les professionnels concernés						
Les équipements de protection collective sont-ils à disposition					type collecteurs adaptés	
Des formations sur le sujet sont-elles mises en place						
Les professionnels font-ils le lien entre ce mode opératoire et le MO maltraitance pour la démarche en suivre en cas de signalement					déclaration à l'ARS selon le même process que pour les signalements de cas de maltraitance	

EVALUATION INTERNE - APEI DOUAI - ANNEE 2015	
DOMAINE 4 : Fonctions Supports	Date :
THEME 4.1 : Hygiène et Environnement	Structure :
THEMATIQUE 4.1.2 : Hygiène du linge et hygiène des Locaux	Service / Secteur ou usager concerné :
OBJECTIFS : S'assurer de l'application des réglementations, procédures et modes opératoires . Vérifier les bonnes pratiques professionnelles	
Nom - Prénom - Fonction évaluateur :	
Nom - Prénom - Fonction personne évaluée :	
<b>METHODE DE COTATION :</b> Premièrement répondre aux questions par oui, non ou N/A Puis au niveau des lignes orangées préciser la cotation globale retenue au vu des réponses aux questions <b>Cotation 4 :</b> La pratique est conforme au critère, formalisée, mesurée et déployée systématiquement, pour toutes les équipes et pour la quasi-totalité des usagers <b>Cotation 3 :</b> La pratique est conforme au critère, formalisée et déployée la plupart du temps, pour la plupart des équipes et pour la plupart des usagers <b>Cotation 2 :</b> La pratique est conforme au critère, elle n'est déployée que parfois, pour certaines équipes ou pour une partie des usagers <b>Cotation 1 :</b> La pratique n'est pas conforme au critère, elle n'est jamais déployée pour aucune équipe ou pour quelques usagers ou aucun <b>N/A :</b> critère non applicable pour la structure	
<b>DOCUMENTS DE REFERENCE :</b> DARI : Document d'Analyse du Risque Infectieux (pour MAS et FAM)	
<b>REGLEMENTATION DE REFERENCE :</b>	
<b>RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE - RBPP</b>	
<b>ECHANTILLON :</b> /	
<b>METHODE D'EVALUATION :</b> entretien collectif ou individuel au choix de la direction Tous documents en lien avec la thématique Ne pas omettre d'utiliser la case commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère Ne pas omettre d'utiliser les cases remarques générales / appréciations globales et propositions d'amélioration	

Critères	oui	non	N/A	Commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère	Aide à l'analyse	référence réglementaire, RBPP, orientations stratégiques
<b>POLE</b>						
<b>Partie 2 : Auxiliaires</b>						
Des audits pôle sont-ils mis en œuvre sur l'hygiène du linge						
Des audits pôle sont-ils mis en œuvre sur l'hygiène des locaux						
<b>Cotation globale suite constat partie 2</b>						
<b>STRUCTURE</b>						
<b>Partie 3 : Hygiène du linge</b>						
Un document détaillant les rythmes de changement du linge (draps, serviettes de toilettes, bavoirs...) existe-il au sein de la structure ?					Procédure, Mode Opératoire ou affichage	
Un document détaillant les rythmes de changement des blouses (tenues) des professionnels existe-il au sein de la structure ?						
Un document détaillant le tri du linge à la source existe-il au sein de la structure ?					Procédure, Mode Opératoire ou affichage	
Les professionnels respectent-ils le tri du linge à la source ?					Observation sur le terrain	
Un document rappelant l'obligation de marquage des vêtements et du linge (draps, serviettes de toilettes, bavoirs...) existe-il au sein de la structure ?					Procédure, Mode Opératoire ou affichage	
Les chariots de collecte disposent-ils des différents sacs permettant le tri à la source ?					Sacs de couleurs différentes en fonction des familles textiles (litérie, vêtements, serviettes éponges, vêtements professionnels...)	
Les chariots de collecte disposent-ils d'un système d'ouverture « mains libres » ?					Chariots dont l'ouverture n'est pas réalisée avec les mains : commande aux pieds par exemple	
Le linge est-il évacué à la fin de chaque soin ou changement de litérie, sans déposer au sol ?					Observation sur le terrain	
Les professionnels vérifient-ils l'absence d'objet dans le linge ?					Observation sur le terrain	
Les professionnels portent-ils des gants lors de la manipulation de linge ?					Observation sur le terrain	
Les professionnels portent-ils un tablier ou une surblouse lors de la manipulation de linge					Observation sur le terrain	
Les professionnels connaissent-ils la procédure pour l'envoi en blanchisserie du linge souillé par des liquides biologiques ou du linge provenant d'un résident atteint d'une BMR ?					BMR : Bactérie Multi Résistante	
Les sacs à linge sont-ils correctement fermés après remplissage ?					Le jour de l'observation tous les sacs stockés dans le local de stockage répondent à cette exigence	
Les sacs de linge sont-ils transportés sans être trainés par terre lors du transport vers le local "linge sale" ?					Observation sur le terrain	

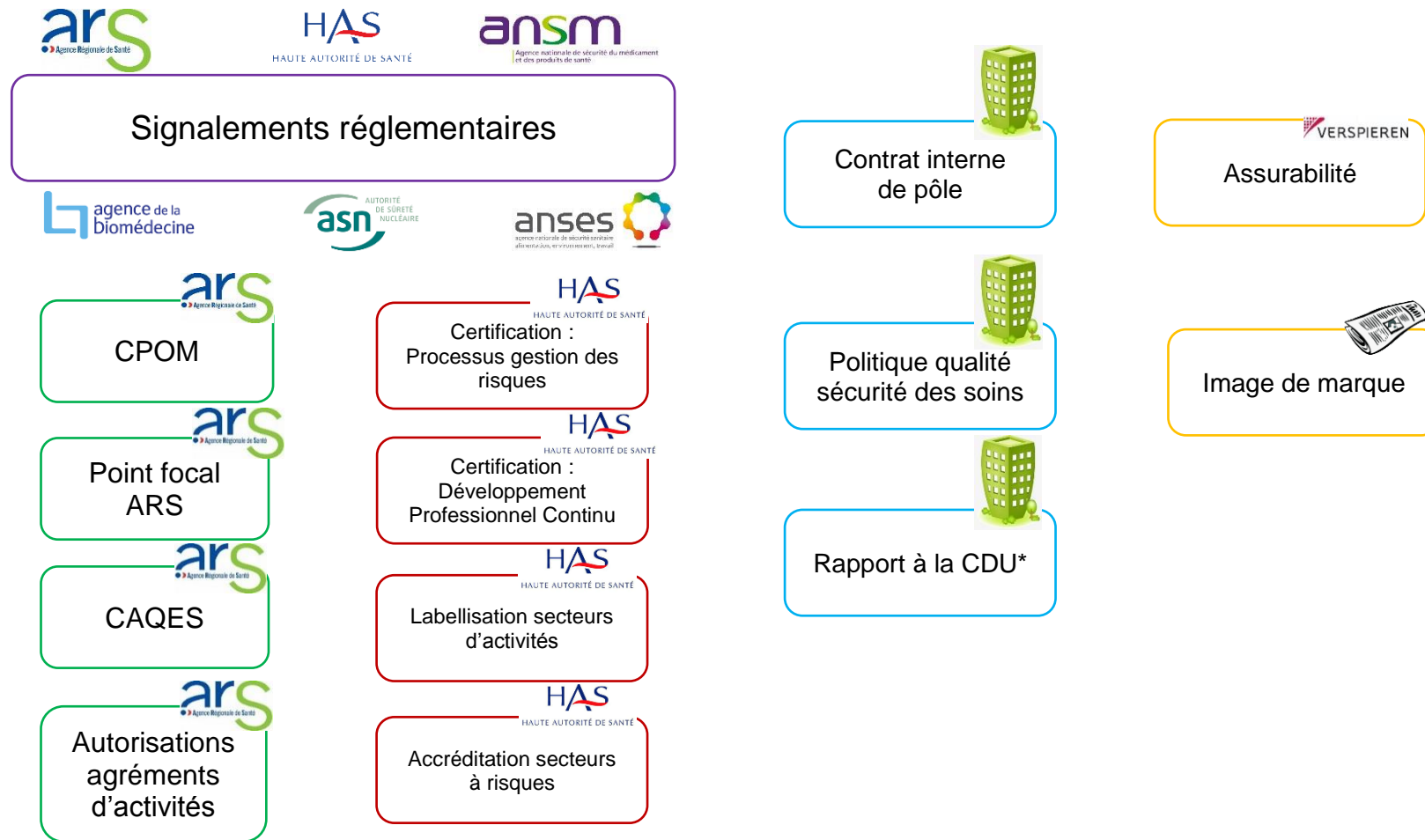
Critères	oui	non	N/A	Commentaires, constats et remarques liés à l'évaluation du critère	Aide à l'analyse	référence réglementaire, RBPP, orientations stratégiques
Les locaux de stockage "linge propre" et "linge sale" sont ils séparés physiquement et identifiés ?					Observation sur le terrain dans les groupes et au niveau de la structure	
Les sacs sont ils stockés sur un support dans le local « linge sale » ?					Les sacs de linge sale ne sont pas posés à même le sol	
Le transport du linge "sale" est-il réalisé dans des chariots, rolls ou armoires ?					Observation sur le terrain	
Le linge propre est il livré dans des chariots housés, des armoires fermées ou emballé sous film ?					Les organisations doivent permettre la protection du linge	
Les professionnels réalise-t-il une hygiène des mains avant de manipuler le linge propre ?					Observation sur le terrain	
Le linge est-il déconditionné au fur et à mesure des besoins ?					Linge de literie, serviettes éponges	
Une rotation des stocks est elle mise en place ?					Le principe du « dernier arrivé, dernier utilisé » est respecté	
<b>Cotation globale suite constat partie 3</b>						
<b>Partie 4 : Hygiène des locaux</b>						
L'hygiène des locaux est-elle réalisée par un prestataire extérieur						
Un document détaillant les fréquences d'entretien des locaux existe-t-il au sein de la structure ?					Contrat, cahier des charges, planning,...	
Un document détaillant les techniques d'entretien des locaux existe-il au sein de la structure ?					Plan de nettoyage et de désinfection, mode opératoire, fiches techniques, dosage ...	
Un document de traçabilité de l'entretien des locaux est-il en place pour assurer de la bonne réalisation de la prestation ?					Oui, si un document est mis en place et que l'on retrouve le nom du local, la date et à minima les initiales du professionnel ayant réalisé le nettoyage	
Les professionnels en charge de l'entretien des locaux sont ils avertis en cas de résident porteur de BMR ?					Affichage, mise en place de précautions standard (port de masque, surblouse, surchaussures,...) <b>BMR : Bactérie Multi Résistante</b>	
Les produits d'entretien sont ils stockés dans une enceinte fermant à clé ?					Observation sur le terrain	
Les produits d'entretien sont ils stockés sur des bacs de rétention limitant les fuites potentielles de produits chimiques ?					Observation sur le terrain	
Un affichage d'incompatibilité des produits chimiques est-il mis en place dans le lieu de stockage ?					Observation sur le terrain	
L'incompatibilité est-elle respectée ?					Observation sur le terrain	
Les Fiches de Données de Sécurité (FDS) des produits d'entretien utilisés sont-ils à disposition ?					Choisir un produit d'entretien et vérifier de la disponibilité de la FDS	
Des EPI sont-ils à disposition pour les professionnels en cas d'utilisation de produits chimiques spécifiques ?					EPI : Equipements de Protection Individuelle. (Lunettes, masque, gants, ...)	Mettre lunette à disposition

→ Annexe n°2 - Grille de maturité de la HAS – Certification V2014

		Fonctionnement Non défini	Fonctionnement de base	Fonctionnement Défini	Fonctionnement Maitrisé	Fonctionnement Optimisé
<b>P</b>	<b>P1 / Définition de la politique</b>	La politique sur la thématique n'est pas établie. Il n'y a pas de conscience des risques. Les risques ne sont pas identifiés.	Le processus n'est pas défini de façon exhaustive ou structurée. Il n'y a pas d'objectif(s) établi(s). Faute d'identification formelle, les risques ne sont repérés qu'en fonction de l'intuition.	Le processus est établi, sur la base d'une méthode, en fonction des risques et besoins propres de l'établissement. Les objectifs sont identifiés	Le processus est établi en fonction de l'évaluation structurée des risques. Les mesures de traitement sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.	L'analyse des risques est intégrée et mise à jour régulièrement. Les résultats servent à ajuster la politique. L'évolution du processus est anticipée.
	<b>P2 / Organisation interne, pilotage, rôle et responsabilité, ressources, gestion des interfaces</b>	Il n'y a pas de pilotage	Les missions ne sont pas toutes définies, mais chacun sait ce qu'il doit faire. Les interfaces ne sont pas identifiées ou ne reposent que sur des efforts individuels.	Les missions sont définies, les ressources sont identifiées. La gestion des interfaces est organisée formellement.	Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.	L'organisation est revue régulièrement et à chaque événement ayant une incidence sur le fonctionnement. La gestion des interfaces est revue régulièrement avec les clients et les fournisseurs du processus et améliorée.
<b>D</b>	<b>D1/ Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle</b>	La politique n'est pas déclinée au niveau des secteurs. Les professionnels ne sont pas informés. Le responsable ne s'assure pas de la conformité des pratiques	La déclinaison de la politique au niveau des secteurs n'est pas exhaustive ou formelle. L'information repose sur des contacts informels et ponctuels. L'évaluation de la conformité des pratiques n'est pas structurée.	La politique est déclinée par secteur. Un dispositif d'information des professionnels est opérationnel. Le responsable s'assure de la conformité des pratiques de manière structurée. Le cas échéant, des actions correctives sont identifiées.	Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Suite aux évaluations des pratiques, les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.	Les professionnels participent à la définition et à la mise en œuvre d'actions correctives. Le retour d'expériences est en place.
	<b>D2 / Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel...</b>	Aucune compétence n'est disponible. Aucune procédure n'est définie. Les ressources ne sont pas disponibles.	Les procédures ne sont pas toutes établies et formalisées. Les connaissances sont transmises oralement. Les ressources ne sont pas toujours adaptées aux besoins, en quantité et en qualité. Il n'y a pas de réflexion sur l'adéquation des ressources aux besoins.	Le personnel est formé. Les procédures sont disponibles et actualisées. Les ressources sont en adéquation avec les besoins, en quantité et en qualité.	Le maintien des compétences est assuré. Les procédures sont actualisées. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.	Les emplois et compétences sont gérés de façon prévisionnelle. Les bases de connaissances sont actualisées et enrichies. Les besoins en ressources sont anticipés.
	<b>D3 / Effectivité de la mise en œuvre (dont traçabilité)</b>	La mise en œuvre du processus n'est pas organisée. Il n'y a aucune traçabilité.	La mise en œuvre se fait au cas par cas sans articulations des actions. La traçabilité n'est pas structurée : il existe quelques enregistrements individuels (cahier, papier libre...).	La réalisation des activités est conforme aux instructions. La traçabilité est assurée.	Le travail en équipe est encouragé. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévus et de recours à l'équipe. La traçabilité est réalisée et partagée.	L'habitude du travail en équipe permet une capacité collective d'analyse et de récupération. Le dispositif de traçabilité est facilitant.
<b>C</b>	<b>C1/ Evaluation du fonctionnement du processus</b>	Il n'existe aucune évaluation	L'évaluation est informelle ou ponctuelle. Il n'existe pas de système de suivi formalisé.	Le dispositif d'évaluation est structuré (critères, périodicité, outils, indicateurs, etc.)	L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives	L'exploitation des résultats, notamment des indicateurs, permet la comparaison avec des structures similaires et le travail sur les causes profondes.
<b>A</b>	<b>A1/Mise en place des actions d'amélioration. Communication sur les résultats</b>	Il n'y a pas d'action d'amélioration.	Les actions d'amélioration ne relèvent pas d'un dispositif institutionnel structuré. La communication est informelle.	Les actions mises en œuvre sont articulées au sein du dispositif institutionnel. Le plan d'amélioration formalisé fait l'objet d'un suivi structuré et prévoit des actions de communication.	L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et à fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Les résultats sont diffusés aux professionnels et aux équipes.	L'analyse des résultats obtenus conduit à réajuster la politique. L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et actions mises en place.



→ Annexe n°3 – Synthèse des principaux enjeux



→ Annexe n°4 - Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'axe 1 selon les niveaux de mise en œuvre

Répartition synthétique des objectifs et actions de la PIAS de l'Axe 1 selon les niveaux de mise en œuvre\*

Objectifs (O)	Actions (A)		
	Local	Régional	National
<b>O1 : Cohérence, efficacité, synergie de la PIAS dans les 3 secteurs</b>	<b>A1</b> : Patient/résident, partenaire de l'équipe soignante <b>A2</b> : Améliorer le travail en équipe/tutorat	<b>A2</b> : Diffusion des recommandations actualisées de PIAS	<b>A2</b> : S'appuyer sur les objectifs d' « Hôpital numérique » et « territoire de soins numérique » <b>A2</b> : Guide de gestion du risque IAS en ville <b>A3</b> : Utilisation des médias sociaux
<b>O2 : La PIAS déclinée en région</b>	<b>A1</b> : Missions élargies pour les EOH/création d'EMH <b>A1</b> : Coopération EOH/GDR/Référent ATB et dans les 3 secteurs <b>A4</b> : Conformité des EOH au ratio	<b>A1</b> : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB <b>A1</b> : Réseaux EOH/EMH/GDR et référents en antibiothérapie, centres de conseil en antibiothérapie; <b>A2</b> : Coopération des réseaux avec les SRVA (Arlin/CClin/Omedit/SRA), Cire, coordination par ARS <b>A3</b> : Valorisation de l'accompagnement des ARS en EMS et soins de ville	<b>A1</b> : Annuaire des professionnels en hygiène et référents ATB <b>A4</b> : Ratio des professionnels en hygiène en ES
<b>O3 : Compétences des professionnels de santé et connaissances des usagers sur la PIAS</b>	<b>A1</b> : Formation continue de tous professionnels de santé en hygiène <b>A1</b> : Formation continue des professionnels spécialisés en hygiène <b>A2</b> : Méthodes d'apprentissage par simulation <b>A3</b> : Informer et associer le patient à sa PEC <b>A4</b> : Former les RU	<b>A1</b> : Formation continue des professionnels en hygiène en SRVA <b>A1</b> : Outils métiers <b>A1</b> : Supports de formation <b>A2</b> : Outils de GDRAS, RMM, REX... <b>A4</b> : Former les RU <b>A4</b> : Version grand public des résultats des surveillances	<b>A1</b> : Formation initiale en hygiène obligatoire pour tous professionnels de santé dans tous les secteurs <b>A1</b> : Référentiels métier d'hygiéniste <b>A1</b> : Supports de formation <b>A2</b> : Outils de GDRAS, RMM, REX... <b>A4</b> : Former les RU <b>A4</b> : Version grand public des résultats des surveillances
<b>O4 : Le signalement des IAS par tous</b>	<b>A1</b> : Tous les ES ont une connexion opérationnelle à e-SIN <b>A2</b> : Analyse approfondie des causes pour certaines IAS signalées en externe (en ES)	<b>A1</b> : Promouvoir le signalement des IAS en ville et en EMS <b>A1</b> : Evaluation qualitative et quantitative du signalement <b>A2</b> : Analyse de REX	<b>A1</b> : Indicateurs qualitatifs et quantitatifs <b>A1</b> : SNS/réorganisation des vigilances : mise en place du portail commun de déclaration
<b>O5 : Etat des lieux des IAS (ES, EMS, ville)</b>	<b>A1</b> : Surveillance automatisée à partir des SIH (actes ciblés)	<b>A2</b> : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville <b>A4</b> : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance	<b>A2</b> : ENP en EMS et état des lieux en soins de ville <b>A3</b> : ENP des IAS en ES <b>A4</b> : Renforcer l'utilisation des données issues des réseaux de surveillance

\* les niveaux de mise en œuvre: local, régional et national ; certaines actions peuvent concerner plusieurs niveaux

→ Annexe n°5 – Répartition des cibles quantitatives de l'axe 1 par secteurs d'offre de soins

Répartition des cibles quantitatives de l'Axe 1 par secteurs d'offre de soins :

Etablissements de santé		Niveau	Echéance Périodicité	Source
<b>Formation des RU</b>	100% des ES ont partagé avec les RU l'élaboration de leur plan d'action Lin	Local	Annuel	BilanLin
<b>Communication</b>	100% des ES ont recours aux outils de communication validés pour faciliter la compréhension du risque infectieux par le patient	National	2016	BilanLin
<b>EOH</b>	100% des ES sont en conformité avec les ratios de personnels des EOH	National	2015/Annuel	BilanLin
<b>Signalement</b>	100% des ES en capacité d'émettre un signalement via e-SIN	National	2015/Annuel	InVS
<b>Surveillance</b>	Enquête nationale de prévalence des IAS en ES	National	2017/5 ans	InVS
Etablissements médicaux-sociaux Secteurs des soins de ville		Niveau	Echéance Périodicité	Source
<b>Signalement</b>	Mise en place du signalement dans le cadre de la SNS	National	2016/Annuel	SNS vigilances
<b>Surveillance</b>	Enquête nationale de prévalence des IAS en EMS (Ehpad en priorité) et état des lieux en soins de ville	National	2016/5 ans	InVS

### **Chapitre I : Moyens de prévention dans l'établissement**

- Moyens
- Surveillance / Alerte
- Antibiotiques
- Tenues du personnel

### **Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits**

- Entretien des locaux
- Hygiène en restauration
- Gestion du linge
- Gestion des déchets
- Gestion de la qualité de l'eau

### **Chapitre III : Gestion du matériel de soins**

### **Chapitre IV : Gestion des soins**

- Actes infirmiers et de nursing
- Hygiène corporelle des usagers, prestations de soins et d'accompagnement des usagers
- Précautions « standard »
- Précautions complémentaires
- Antiseptiques

### **Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires**

### **Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques**

- Gale
- Tuberculose pulmonaire
- Gastro-entérite
- Infection respiratoire basse aigüe

### **Chapitre VIII : Prévention des accidents d'exposition au sang**

→ Annexe n°7 – Synthèse vaccination globale de l'association

FOCUS GLOBAL BCG			TOTAL
Rendus		Non Rendus	
50%		50%	100%
Vaccinés BCG	Non Vaccinés BCG		
49%	2%		

FOCUS GLOBAL DTP			TOTAL
Rendus		Non Rendus	
50%		50%	100%
Vaccinés DTP	Non Vaccinés DTP		
50%	1%		

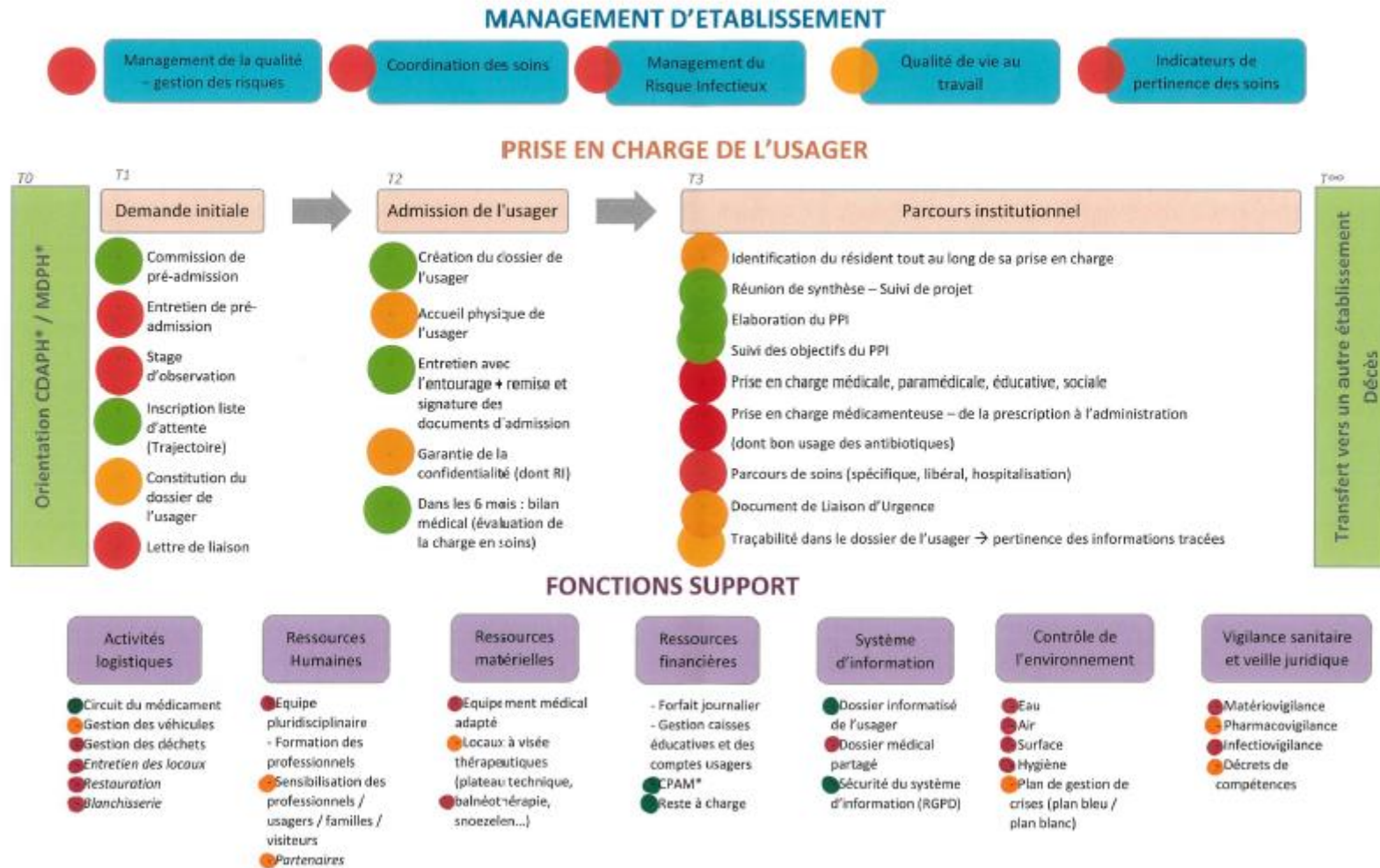
FOCUS GLOBAL HEPATITE B			TOTAL
Rendus		Non Rendus	
50%		50%	100%
Vaccinés HEPATITE B	Non Vaccinés HEPATITE B		
45%	5%		

FOCUS GLOBAL GRIPPE			TOTAL
Rendus		Non Rendus	
50%		50%	100%
Vaccinés GRIPPE	Non Vaccinés GRIPPE		
6%	45%		

FOCUS GLOBAL HEPATITE A			TOTAL
Rendus		Non Rendus	
50%		50%	100%
Vaccinés HEPATITE A	Non Vaccinés HEPATITE A		
4%	46%		

→ Annexe n°8 – Identification des points de rupture par un professionnel + commentaires quant au choix de hiérarchisation des risques

## Prise en charge de l'usager à l'APEI du DOUAISIS



## **MANAGEMENT D'ETABLISSEMENT**

**Management de la qualité – gestion des risques** : « c'est ce qui va permettre de mettre en place le DARI et d'écrire toutes les procédures qui vont justement nous permettre d'éviter la survenue d'un épisode infectieux dans la structures »

**Coordination des soins** : « il faut insister sur le travail en équipe et en réseau ; ça passe par la transmission d'information, par l'uniformisation des pratiques et le médecin coordinateur a aussi un rôle à jouer »

**Management du risque infectieux** : « c'est la base de tout ; s'il n'y a pas de management du risque infectieux avec une Direction engagée et impliquée, on ne réussira jamais à accrocher les équipes »

**Qualité de vie au travail** : « on n'y pense pas assez mais un professionnel qui se sent bien au travail va vouloir bien faire, va respecter les précautions standard... alors que quelqu'un qui ne va pas bien n'aura peut-être pas la même vigilance »

**Indicateurs de pertinence des soins** : « c'est pas quelque chose qui est développé dans le secteur médico-social mais ça pourrait nous aider ; on a quand même quelques indicateurs comme la consommation du SHA ou le nombre d'hospitalisation des résidents mais ça reste assez léger »

## **PRISE EN CHARGE DE L'USAGER**

**Entretien de pré-admission** : « c'est là que l'on recueille toutes les informations et que l'on a accès au dossier médical ; la famille peut omettre de nous avvertir que l'utilisateur a une BMR par exemple. Si l'on envisage d'accueillir un résident qui est séropositif ou qui a une hépatite A ou B, c'est important de mesurer le risque que l'on prend »

**Stage d'observation** : « risque si l'on n'a pas toutes les informations de l'établissement d'origine ou de la famille »

**Inscription sur la liste d'attente** : ./.

**Constitution du dossier de l'utilisateur** : « à nous d'être vigilant pour récupérer toutes les informations nécessaires à la constitution du dossier, comme le carnet de vaccinations par exemple »

**Lettre de liaison** : « La lettre de liaison sert justement à communiquer les informations entre établissements donc si le résident à une infection on est censé le savoir dans ce document ; mais même si c'est obligatoire, on ne l'a pas toujours à la sortie d'hospitalisation »



**Accueil physique de l'usager** : « pareil si on accueille un résident porteur d'une infection sans le savoir il y a un risque »

**Entretien avec l'entourage + remise et signature des documents d'admission** : « là aussi, si la famille vient avec la grippe ou la gale... »

**Garantie de la confidentialité** : « là c'est compliqué parce qu'on est obligé de garantir la confidentialité des informations médicales et pourtant, si il y a des précautions complémentaires à appliquer à l'entrée dans la chambre du résident on va l'afficher sur sa porte... Si on a un cas d'hépatite B par exemple, on va devoir avertir les professionnels pour s'assurer aussi de leurs vaccinations et de celles des autres résidents »

**Bilan médical** : /

**Identification du résident tout au long de sa prise en charge** : « ca passe par le nom / prénom / photo sur la porte de la chambre, sur les piluliers pour les médicaments, certain matériel est nominatif... ça permet aussi de limiter la transmission du risque infectieux »

**Réunion de synthèse – Elaboration et suivi des objectifs du PPI** : /

**Prise en charge médicale, paramédicale, éducative et sociale** : « le risque est lié aux activités »

**Prise en charge médicamenteuse** : « Surtout l'antibiorésistance qui peut porter atteinte au résident »

**Parcours de soins** : « si au retour d'une hospitalisation le patient à une BMR comme c'est déjà arrivé, est ce qu'on est obligé de le récupérer à la MAS ? là encore, quelle prise de risque le directeur d'établissement, en lien avec le médecin co, est prêt à prendre ? Est-ce qu'on peut gérer toutes les situations si ça nécessite des EPI ou un isolement ? »

**Document de Liaison d'Urgence** : « à nous aussi d'être à jour dans nos DLU le jour où on devra l'utiliser »

**Traçabilité dans le dossier de l'usager** : « Ca nous ramène à la pertinence des informations tracer dans le dossier de l'usager. Il y a certaines informations sur lesquelles on ne peut pas faire l'impasse »

## **FONCTIONS SUPPORT**

**Circuit du médicament** : /

**Gestion des véhicules** : « C'est vrai qu'on n'y pense pas mais si un usager est malade, grippe ou gastro on devrait désinfecter les véhicules complètement, siège, plastique... »



**Gestion des déchets** : « On essaye vraiment d'être vigilants, les DASRI, les OM, la gestion des excréta... »

**Entretien des locaux** : « Ça nécessite d'être carré sur toutes les procédures : gestion des tenues professionnelles, la blouse, les gants... les produits et méthodes utilisées »

**Restauration** : « comme on passe par un prestataire extérieur, il faut s'assurer du respect des normes HACCP mais il y a déjà eu des cas de TIAC et on a renforcé la vigilance sur les liaisons froides et chaudes »

**Blanchisserie** : « on a des sacs de couleurs pour le linge qui pourrait être contaminé. Et on utilise aussi de plus en plus de lessives antibactériennes »

**Equipe pluridisciplinaire** : « à l'embauche, on demande le carnet de vaccination des professionnels. On a aussi beaucoup de profils de poste différents et les connaissances en hygiène diffèrent beaucoup selon la formation reçue ; les éducateurs par exemple n'ont pas de formation en hygiène alors que dans certaines structures ils peuvent être amenés à faire des toilettes »

**Formation des professionnels** : « il faut vraiment insister là-dessus. Si les professionnels sont formés au risque infectieux, on diminuera la prévalence »

**Sensibilisation des professionnels / usagers / familles / visiteurs** : « c'est primordial, ça passe par les affichages pour la campagne de sensibilisation à la vaccination grippale à l'entrée et sorties de l'établissement, la mise à disposition de SHA, il faut vraiment que tout le monde ait conscience des conséquences que ça peut avoir sur nos résidents »

**Partenaires** : « pareil que pour l'item précédent et je rajouterai aussi les fournisseurs : il faut aussi s'assurer qu'à leur niveau ils appliquent bien les protocoles de nettoyage et de désinfection. Par exemple pour la location des fauteuils roulants manuels ou les matelas à variation de pression »

**Equipement médical adapté** : « il faut s'assurer des bons usages de certains matériels. J'ai déjà vu une professionnelle faire une aspiration sans filtre.... Les tuyaux étaient bons à jeter »

**Locaux à visée thérapeutique** : « le matériel de rééducation comme les spiromètres doivent être nettoyés et désinfectés. La consultation avec le médecin de médecine physique se fait également sur le plateau technique »

**Balnéothérapie** : « c'est un endroit à risque car les germes se développent à partir de 32° et la température minimale pour une balnéo doit justement être de 32. Un contrôle mensuel est effectué (recherche d'aldéhydes ou de germes spécifiques) »

**CPAM et reste à charge** : « ça reste un risque car si la pathologie n'est pas prise en charge par la CPAM et que c'est du reste à charge, le résident peut très bien ne pas avoir les moyens de se soigner et donc l'infection va perdurer. Pose la question du rôle de l'établissement dans ce genre de cas »

**Dossier informatisé de l'utilisateur / Sécurité du système d'information :** ./.

**Dossier médical partagé :** « c'est surtout si l'un des professionnels oublie de reporter le risque infectieux au niveau du dossier médical partagé »

**Eau :** « pour la légionellose, l'ARS demande un contrôle du réseau municipal par an et un du bâtiment et on a des procédures de gestion des risques en cas de légionelle »

**Air :** « le risque, ce sont les bactéries aéroportées, on a un contrat d'entretien aussi pour le nettoyage et la désinfection des filtres et des stocks de masques au cas où »

**Surface :** « il faut être rigoureux et utiliser le bon produit, avec la bonne méthode et le bon matériel »

**Hygiène :** « L'hygiène c'est vraiment général, ça va passer juste par le lavage des mains, parce que les professionnels passent tellement de résidents en résidents qu'il faut qu'ils soient vigilants là-dessus, c'est un gros risque de transmission croisée »

**Plan de gestion de crises :** /

**Matérovigilance :** « on a beaucoup de résidents qui ont des gastrostomies ou des trachéotomies dont on doit être très vigilant par rapport au risque d'infection »

**Pharmacovigilance :** « c'est la pharmacie qui nous avertit quand un médicament est retiré du marché par exemple. Le risque serait qu'un antibiotique prescrit n'ait plus le spectre qu'il doit atteindre. »

**Infectiovigilance :** « il faut aussi qu'on soit en mesure de repérer les risques d'infections pour pouvoir réagir assez vite et alerter »

**Décrets de compétence :** /

## → Annexe n°9 - Proposition de contractualisation maîtrise du risque infectieux CH DOUAI – Papillons Blancs du DOUAISIS

### CONVENTION DE COOPÉRATION EN MATIÈRE DE MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX (Hygiène)

#### ENTRE

Le Centre Hospitalier de DOUAI, ci-après désigné "CH de Douai",  
représenté par son Directeur Général, M Laureyns, d'une part,

#### ET

représenté par son Directeur, \_\_\_\_\_ d'autre part,

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique,

Vu le plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques,

#### IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

##### ARTICLE 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités fonctionnelles, juridiques et financières de l'organisation du développement au sein (\_\_\_\_\_), du conseil thérapeutique, de la formation et de l'information sur les risques infectieux.

Elle vise, en particulier, à définir les conditions de la participation de l'équipe opérationnelle d'hygiène du CH de Douai, à l'activité (\_\_\_\_\_) sollicitant des avis, expertises et formations auprès du CH de Douai.

Elle vise ainsi à répondre aux obligations de moyens et de résultats incombant à l'établissement partenaire en matière de maîtrise du risque infectieux, mesurées au moyen de l'Indice Composite de bon usage des Antibiobiotiques (ICATB) et de l'Indice Composite de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN).

##### ARTICLE 2 : Modalités de la coopération et obligations du CH de Douai

Un ou plusieurs membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène peu(ven)t être sollicité(s) pour réaliser des :

##### 1- Missions d'audits et de conseil

La réalisation d'un audit spécifique (préparation de la grille d'évaluation, évaluation sur le site, exploitation, restitution) débouchant sur des propositions de plans d'actions ainsi que les interventions s'effectuent à un tarif comportant :

##### - le coût horaire du spécialiste :

- Praticien hospitalier biologiste 77,5 euros/heure
- Cadre ou infirmière hygiéniste 44 euros/heure

##### - des frais :

- de déplacements (véhicule personnel) : coût moyen Selon la tarification en vigueur
- d'indemnité de repas Selon la tarification en vigueur

##### - des frais de reproduction de documents y compris le papier

- noir et blanc : 0,05 € TTC par page
- couleur : 0,12 € TTC par page

##### 2- Missions de formation

Ces missions ont pour objet de diffuser les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène. Les formations sont données par un intervenant spécialiste.

Le prix forfaitaire indiqué correspond à l'intervention d'un formateur pour un groupe de 15 agents maximum.

Les tarifs sont réévalués au 1er janvier de chaque année par voie d'avenant adressé au plus tard 3 mois avant la fin de la période.

A la date de réception de l'avenant au contrat, le co-contractant dispose d'un mois pour adresser ses observations ou transmettre au Centre Hospitalier de Douai l'avenant dûment signé. Dans le cas contraire, la convention se termine automatiquement à la fin de la période en cours.

##### 3- Interventions ponctuelles

Des interventions ponctuelles peuvent être programmées pour :

- la réalisation d'interventions sur des thèmes ciblés (les déchets, mesures de précautions spécifique...),
- l'aide technique en cas de survenue d'événements infectieux inhabituel,
- la participation à l'élaboration de documents qualifiés,
- la participation à la surveillance épidémiologique et environnementale,
- la participation au CLIN, dont l'animation incombe au (\_\_\_\_\_)

##### Taux horaire à définir

##### Modalités pratiques :

Le Centre Hospitalier de Douai, s'engage à mettre à disposition les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène selon les disponibilités de ce dernier, dont le temps d'intervention sera défini, par ce dernier au cas par cas, selon les demandes formulées par \_\_\_\_\_ donnant lieu à contrepartie financière.

### ARTICLE 3 : Obligations du Centre Léonard de Vinci

Il garantit la disponibilité du personnel concerné pour les interventions de l'équipe de prévention du risque infectieux du CH de Douai, en mettant à disposition les conditions matérielles adéquates.

### ARTICLE 4 : Conditions financières

Les prestations (salaires et charges, frais de déplacement) seront facturées au [REDACTED] selon un forfait défini en annexe.

Les prestations annexe de type action de formation seront définies, validées et prises en charge par le service Ressources Humaines [REDACTED].

### ARTICLE 5 : Responsabilité

Le Directeur [REDACTED] et le Directeur général du CH de Douai sont responsables de l'application de la présente convention, pour ce qui les concerne.

Les accidents de trajet et de travail qui pourraient survenir aux membres de l'équipe du CH de Douai relèvent de la responsabilité du CH. Le [REDACTED] s'engage à prévenir le CH dans les 48 heures au plus tard au cas où surviendrait un accident de trajet ou de travail en son sein.

Le CH de Douai et le [REDACTED] sont garantis contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité qu'ils peuvent encourir à l'égard des tiers à l'occasion de l'exercice de leur activité dans chacun des établissements de santé.

### ARTICLE 6 : Litiges et contestations

En cas de difficulté sur l'interprétation ou l'exécution de la présente convention, les parties s'efforceront de résoudre leur différend à l'amiable. En cas de désaccord persistant, la juridiction territorialement compétente est celle dont relève le CH de Douai.

### ARTICLE 7 : Prise d'effet, durée et résiliation de la convention

La présente convention prend effet à compter du 1<sup>er</sup> Octobre 2018.

Elle est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction dans la limite de 3 ans.

Elle pourra, le cas échéant, être modifiée par voie d'avenant.

En cas de non-respect par l'une ou l'autre partie des engagements respectifs inscrits dans la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'une ou l'autre partie à l'expiration d'un délai de trois mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure.

A Dechy, le 01/10/2018

Fait en deux exemplaires

Le Directeur du Centre Hospitalier de Douai

Le Directeur de [REDACTED]

### ANNEXE 1

I-Aide du praticien à la mise en place et à la réalisation du programme d'actions relatif au risque infectieux

#### Tarifification

Coût horaire du spécialiste :  
Praticien : 77.50 € / Heure

Frais de déplacement : Coût déterminé en fonction de la puissance fiscale du véhicule selon la distance à parcourir selon la tarification en vigueur  
Indemnité de repas : selon la tarification en vigueur

#### II-Missions de formation

Formation	Coût par ¼ journée	Coût par journée
[REDACTED]	320 € TTC	560 € TTC
Au CH de Douai	250 € TTC	450 € TTC

**► Objectif 1.1.3 : Tout patient a la liberté d'aller et venir excepté en cas de restriction pour raisons médicales**

**Description de l'objectif :**

Le patient a la liberté d'aller et venir à l'exception des patients placés en précautions complémentaires d'hygiène, des patients immunodéprimés en isolement protecteur, des patients placés en soins sans consentement et des personnes âgées présentant un comportement à risque.

<b>Critère 1.1.3-02 : Les déplacements des patients porteurs de microorganismes nécessitant la mise en place de précautions complémentaires, et des patients immunodéprimés en isolement protecteur, sont réduits au strict nécessaire et sont soumis à des conditions d'hygiène</b>	
<b>Champ d'application du critère</b>	Tout l'établissement
<b>Description du critère</b>	<p>Tout patient porteur d'un microorganisme à risque de transmission croisée est mis sous précautions complémentaires d'hygiène. Ces mesures, qui viennent s'ajouter aux précautions standard, visent à maîtriser le risque de transmission croisée de ces microorganismes et à prévenir leur diffusion dans l'environnement. Elles doivent être appliquées par le personnel soignant, mais également par les visiteurs et les patients.</p> <p>Les patients immunodéprimés, particulièrement à risque de contracter une infection, doivent également appliquer des mesures d'hygiène lorsqu'ils se déplacent en dehors des secteurs à environnement maîtrisé dans lesquels ils sont généralement hospitalisés.</p> <p>Les déplacements des patients immunodéprimés ou sous précautions complémentaires d'hygiène doivent être réduits au minimum, tout en garantissant un accès aux plateaux medicotechniques sans perte de chance sous réserve d'une organisation ad hoc. A sa sortie de la chambre, le patient sous précautions complémentaires air ou gouttelettes doit porter un masque type chirurgical et doit donc recevoir une information sur le rôle du masque et son utilisation. Le patient sous précautions complémentaires contact devra respecter les précautions standard et donc avoir reçu une information sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains.</p> <p>Le patient immunodéprimé sous isolement protecteur doit porter un masque FFP2 à la sortie du secteur à environnement maîtrisé pour se protéger du risque aspergillaire.</p>

## 2.1 Sous-chapitre 2.1 : La pertinence est recherchée par les équipes

### ► Objectif 2.1.1 : Les décisions de prise en charge médicale (actes diagnostiques ou thérapeutiques, prescriptions) sont argumentées et partagées

#### Description de l'objectif :

Ces décisions sont argumentées, prenant en compte la situation clinique du patient, l'état des connaissances scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques et les attentes du patient. Cette argumentation est retrouvée dans le dossier du patient. Les différents choix possibles sont proposés par le médecin en tenant compte de tous ces éléments. Les décisions sont prises en association avec le patient, après information claire et adaptée sur les bénéfices et les risques des différentes alternatives (y compris l'abstention). Dans tous les cas, l'adhésion du patient est recherchée.

<b>Critère 2.1.1-08 : La pertinence du choix des prescriptions antibiotiques est argumentée et réévaluée</b>	
<b>Champ d'application du critère</b>	Tout l'établissement
<b>Description du critère</b>	Le respect des recommandations en matière de prescriptions antibiotiques et des bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes est indispensable pour lutter contre l'accroissement des résistances bactériennes et l'émergence de nouveaux mécanismes de résistance. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72ème heure est tracée dans le dossier du patient



## 2.3 Sous-chapitre 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

### ► Objectif 2.3.3 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux

#### Description de l'objectif :

Les infections associées aux soins sont prévenues, surveillées et des actions correctives sont mises en œuvre pour les éviter.

<b>Critère 2.3.3-01 : Les équipes sont à jour de leurs vaccins recommandés : coqueluche, rougeole et grippe saisonnière</b>	
<b>Champ d'application du critère</b>	Tout l'établissement
<b>Description du critère</b>	L'objectif est que la couverture vaccinale des équipes soit suffisante pour limiter le risque de transmission au patient.

<b>Critère 2.3.3-02 : Les équipes appliquent les bonnes pratiques de précautions standard et de précautions complémentaires</b>	
<b>Champ d'application du critère</b>	Tout l'établissement
<b>Description du critère</b>	Les précautions standard constituent le socle indispensable de prévention des infections associées aux soins et s'appliquent toujours pour tous les patients, notamment en terme d'hygiène des mains et des excréta. Les précautions complémentaires viennent en complément et sont indiquées pour maîtriser la diffusion de certains micro-organismes à transmission aérienne ou par gouttelettes ou à transmission manuportée : bactéries multi-résistantes ou hautement résistantes émergent.

<b>Critère 2.3.3-03 : Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs intravasculaires</b>	
<b>Champ d'application du critère</b>	Tout l'établissement
<b>Description du critère</b>	Les infections liées aux dispositifs intravasculaires surviennent lorsque les conditions de pose, d'asepsie et ou d'entretien après la pose ne sont pas adaptées. Une bonne maîtrise du risque infectieux lié à ces dispositifs permet de prévenir toute complication septique pouvant parfois avoir de graves conséquences pour le patient.





AST Virginie

La prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social

Des **Infections Nosocomiales** aux **Infections Associées aux Soins**, la prise de conscience de l'omniprésence du **risque infectieux** et de ses conséquences dans les trois secteurs de l'offre de soins (établissements de santé – établissements médico-sociaux – soins de ville) a conduit à de nombreuses évolutions réglementaires au cours de ces vingt dernières années.

Alors que le **management du risque infectieux** semble bien en place dans le **secteur hospitalier**, il n'en est qu'à ses prémices dans le **secteur médico-social**.

Pourtant, les exigences réglementaires se renforcent, notamment à travers le **PROPIAS**, et les établissements médico-sociaux doivent se doter des ressources nécessaires afin de **prévenir le risque infectieux**.

Ce mémoire de fin d'études vise à comparer les organisations mises en place dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social afin de proposer un modèle inspiré du secteur sanitaire. Ce modèle permettrait aux établissements médico-sociaux de répondre aux exigences qui leur incombent, en tenant compte de leurs ressources (à la fois matérielles et financières) et de leurs spécificités.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue la mission première de ces établissements qui est de proposer aux usagers accompagnés une prise en charge de vie globale, et non pas une prise en soins.

Mots clés : Infections nosocomiales – infections associées aux soins – management du risque infectieux - risque infectieux – secteur hospitalier – secteur médico-social – PROPIAS – prévention du risque infectieux

---

From **Hospital-acquired infection** to **care-associated infection**, the awareness of the omnipresence of the **infectious risk** and its consequences in the three sectors of the supply of care (healthcare facilities – health and social care facilities – town medicine) led to many regulatory evolutions during these last twenty years.

While **infectious risk management** seems to be in place in the **hospital sector**, it is still in its early stages in **the health and social sector**. However, the regulatory requirements are strengthening, particularly through the « **PROPIAS** », and health and social facilities must acquire the necessary resources **to prevent** the risk of infection.

This final dissertation aims to compare the organizations set up in the health sector and in the health and social sector in order to propose a model inspired by the health sector. This model would enable health and social facilities to meet the requirements of their sector, in considering their resources (material and financial) and their specificities.

However, we must not forget the primary mission of these institutions : to provide care to accompanied people for all their activities and not just medical care.

Key word : hospital-acquired infection – care-associated infection – infectious risk management – infectious risk – hospital sector – health and social sector – PROPIAS - prevention