

DUI Médecin Coordonnateur

UNIVERSITE RENE DESCARTES-PARIS V
Faculté Cochin-Port Royal

LE MEDECIN COORDONNATEUR ET LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

TCHODIBIA HEMO

Marie Agnès

DIU MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

2012



« L' instrument de soin » le
plus employé sont les
MAINS

REMERCIEMENTS

Merci à Madame Marie Noëlle Visseaux Praticien Hygiéniste au CH Marescot de Vimoutiers et à L'EHPAD de Marescot Vimoutiers pour son accompagnement et ses conseils tout au long de cette recherche.

Mes plus chaleureux remerciements s'adressent à :

Corinne Sabardak Psychologue à l'EHPAD de Marescot pour les relectures et ses conseils, et pour son aide pratique.

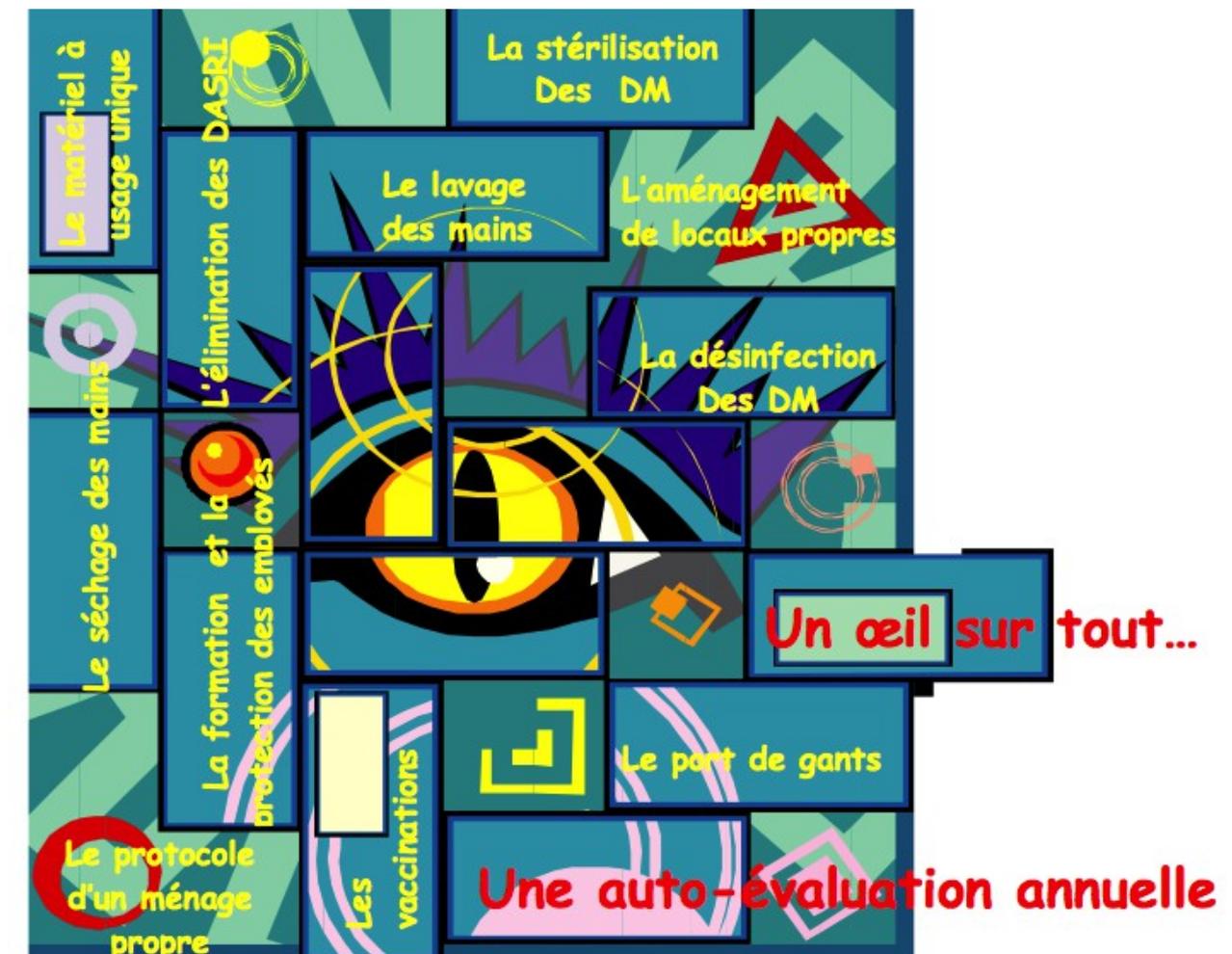
Dr Evelyne Marrière Présidente Amceor 61 qui m'a supervisée pendant mon stage à l'EHPAD de Saint Joseph de Sées.

Merci également à toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

GLOSSAIRE

AMCEOR 61 : Association des Médecins Coordonnateurs de l'Orne 61	GPEM : Guide du Bionettoyage
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du médicament	GREPHH : Groupe Evaluation Pratique hygiène hospitalière
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	HALT : Healthcare Associated infections in European long term care facilities
ARLIN : Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales	HAS : Haute Autorité de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé	HCSP : Haut Conseil de la santé Publique
AVC : Accident Vasculaire cérébral	HTA : hypertension Artérielle
BLSE : entérobactéries productrices de bêta-lactamase	IAS : Infection associée aux soins
BMR : Bactéries Multi Résistantes	IN : Infections nosocomiales
BPCO : Bronchopathie chronique obstructive	INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
CLIN : Comité de Lutte contre les infections nosocomiales	InVS : Institut de Veille sanitaire
CCLIN : Centre de coordination de Lutte contre les infections nosocomiales	MC : Médecin Coordonnateur
CTIN : Comité technique National des Infections Nosocomiales	SARM : staphylococcus aureus résistant à la méticilline
DARI : Document d'analyse du risque infectieux	ORIG : Observatoire du Risque Infectieux
DASRI : Déchets d'activités des Soins à Risque Infectieux	PIAS : Prévention des Infections associées aux soins
DGS : Direction Générale de Santé	PC : Précautions Complémentaires
DM : Dispositifs médicaux	PHA : Produit hydroalcoolique
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	PRIAM : programme de surveillance et de prévention des infections en EHPAD
EMS : Etablissements Médico Sociaux	PS : Précaution standard
EOH : Equipe Opérationnelle d'hygiène	RAISIN : Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
FAM : Foyer d'accueil médicalisé	RIA : Risque d'infection aux soins
GIR : Groupe Iso Ressource	SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
	SFHH : Société Française d'hygiène hospitalière
	TIAC : Toxi infection alimentaire

UN PUZZLE DES PRATIQUES DE PREVENTION



Les actions de prévention de risque infectieux sont nombreuses. Voici un aperçu de ce qui est déjà fait :

- Gestion de situations épidémiques (mise en place de procédures de signalement avec les ARS)
- Enquêtes de prévalence
- Nombreuses recommandations : SFHH/ORIG, DGS/DGCS/SFGG, HCSP, CCLIN/ARLIN ...
- Programmes divers (tutelles, ARLIN, CCLIN)
- Outils pratiques, formations, évaluations,
- Campagnes de prévention : de l'INPES (sur l'hygiène des mains), de la CNAMTS (sur le bon usage des antibiotiques), deux campagnes nationales " missions mains propres"

SOMMAIRE

I) INTRODUCTION	Page 6
II) ETAT DES LIEUX	Page 7
III) EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS EN EHPAD	Page 9
IV) LES BACTERIES MULTIRESISTANTES	Page 11
V) CADRE LEGISLATIF	Page 11
VI) FACTEURS DE FRAGILITE DU SUJET AGE	Page 13
VII) LES MESURES DE PREVENTION	Page 14
VIII) CONTROLE DES INFECTIONS	Page 18
IX) LES METHODES D'EVALUATION	Page 22
X) DISCUSSION	Page 22
XI) CONCLUSION	Page 23
XII) BIBLIOGRAPHIE	Page 25
XIII) RESUME	Page 27
XIV) ANNEXES	Page 26

I) INTRODUCTION

De nombreuses maisons de retraite disposent de protocoles d'hygiène mais le manque d'effectifs soignants et l'insuffisance de formation en hygiène entravent le bon déroulement de la prévention qui passe par une surveillance épidémiologique des infections et un bon dépistage. Le programme proposé doit être réaliste, logique et adapté au niveau de risque et aux possibilités de ces établissements situés entre la ville et l'hôpital.

Ce travail a été motivé suite aux nombreux décès survenus lors de l'épidémie de grippe en fin d'année 2011 à l'EHPAD de Marescot. Le retard dans le signalement des événements infectieux et la mise en place tardive des précautions standards et complémentaires ont conduit au décès de plusieurs résidents. Malgré une équipe d'IDE hygiéniste, la présence d'une Biologiste praticienne hospitalière, et des protocoles actualisés, nous avons été surpris par ce retard de réactivité qui a conduit à une épidémie.

En tant que Médecin coordonnateur, je me suis trouvée en difficultés dans ma fonction alors que j'avais la conviction d'avoir bien accompli ma tâche avec mes collègues.

Nous avons mis en place un classeur où sont repris tous les protocoles et les feuilles d'émargement pour le personnel qui doit régulièrement consulter ces documents. A la suite de cet événement, j'ai souhaité faire une revue de la littérature sur les moyens de prévention des infections aux soins afin de proposer un outil de formation au personnel plus efficace que celui en cours. Ce document n'a pas vocation de reprendre les règles d'hygiène de base, ni de se substituer aux guides des précautions « standard » et « particulières ». Il a pour but d'essayer de proposer un outil simple et actualisé pour aider le Médecin coordonnateur à remplir une de ses nombreuses missions et ce dans le peu de temps qui lui est imparti. Il propose d'adapter certaines des précautions « standard » à la vie des personnes âgées en institution.

Les établissements pour personnes âgées sont des "réservoirs" de colonisation par des bactéries multirésistantes (BMR). Les résidents vont et viennent entre leur institution et les hôpitaux. Il est donc essentiel de limiter la diffusion des BMR entre résidents, mais ceci ne doit pas se faire au prix d'une désocialisation des résidents.

Depuis 2008, les EHPAD ont la possibilité d'avoir recours aux conseils et expertise de l'antenne régionale du C.CLIN. Des sessions de formation (hygiène des mains et précautions standard) et de sensibilisation pour les personnels des EHPAD ont été mises en œuvre depuis fin 2009 par l'ARLIN. De nombreux auteurs pensent qu'un programme de prévention des infections devrait inclure la surveillance des Infections, la conduite à tenir pour la gestion des épidémies, la politique

DUI Médecin Coordonnateur

de formation du personnel, des audits, et des pratiques. Le programme doit également prendre en compte la sécurité du résident, l'environnement, la surveillance de l'antibiothérapie, l'évaluation des ressources, et le signalement des infections. Ce type de programme, adapté à la population particulière hébergée en ÉHPAD, aurait des finalités qui lui sont propres :

- diminuer la morbidité et la mortalité attribuables aux infections.
- prévenir et contrôler les épidémies;
- prévenir la transmission des infections au personnel;
- limiter les coûts des soins attribuables aux infections.
- limiter l'usage des antibiotiques;
- maintenir un bon statut fonctionnel du résident;
- maintenir un bon environnement social pour le résident.

II) ETAT DES LIEUX

Les EHPAD sont des structures où les personnes âgées souvent dépendantes vivent en collectivité pour de longues périodes, souvent jusqu'à leur décès. Le monde des EHPAD, anciennement «maisons de retraites», est très hétérogène. Le niveau de dépendance des résidents en EHPAD a augmenté ces dernières années et va continuer à augmenter, ce qui va accroître la charge en soins et le risque infectieux dans ces établissements. Les EHPAD sont des structures particulières qui se situent entre un domicile privé et un hôpital: elles représentent une forme d'hébergement collectif et pour le résident un domicile privé. Il existe ainsi un équilibre à respecter impérativement entre la qualité de vie, la convivialité, et le «tout sécurité» qui prédominent dans l'organisation hospitalière et qui devrait aussi être pris en compte dans un établissement d'hébergement regroupant de nombreuses personnes fragiles et malades. (Sachant que ces établissements présentent parfois une forte densité de soins).

Les infections acquises en EHPAD présentent des problématiques qui les différencient par de nombreux aspects des infections acquises à l'hôpital. En particulier, le terme «d'infection nosocomiale» n'est pas adapté aux EHPAD. En effet, si l'on garde la définition classique d'une infection survenant après 48h de séjour, toutes les infections en EHPAD seraient nosocomiales. L'infection en EHPAD est vraiment située à mi-chemin entre le «communautaire» et le «nosocomial». Les grands mécanismes qui conduisent à ce type d'infection sont souvent complexes et intriqués. Certains auteurs proposent de différencier quatre mécanismes :

DUI Médecin Coordonnateur

- 1) *Les infections liées à l'état de santé des personnes et à leur état de dépendance* (alitement, dénutrition, incontinence, matériel étranger à plus ou moins long cours, troubles du comportement ou de la compréhension, troubles de la déglutition...)
- 2) *Les infections liées à la vie en collectivité* (par contagion présumée) comme la grippe, les pneumopathies transmissibles en période hivernale (pneumocoque en particulier), des épisodes de diarrhée, la gale, les infections transmises par le personnel ou les visiteurs (grippe en particulier)
- 3) *Les infections liées à un agent exogène de l'environnement* (légionellose...)
- 4) *Les infections liées aux soins prodigués aux résidents.*

Les mécanismes sont souvent associés et intriqués, ce qui ne permet pas d'utiliser ces catégories pour réellement classer les événements. Il faut également indiquer que l'infection ne représente que la partie visible de l'iceberg. De nombreux micro-organismes sont certainement transmis aux pensionnaires des EHPAD par les visiteurs, le personnel, les autres pensionnaires à l'occasion des activités de la vie collective ou par les mains du personnel sans que la plupart du temps aucune infection ne se développe (colonisation simple). Dans ces structures, il existe certainement une multitude de petites épidémies, limitées, et le plus souvent sans conséquences cliniques.

La lutte contre les infections en EHPAD est rendue particulièrement difficile en raison de nombreux facteurs : très faibles ratios de personnel, structures parfois anciennes (réseaux d'eau incertains), formation en hygiène insuffisante chez le personnel, en particulier les agents de service , absence de diagnostic bactériologique précis des pathologies infectieuses et traitements antibiotiques empiriques, antibiothérapie à large spectre probablement excessive, difficultés pour expliquer les mesures de prévention aux pensionnaires et aux familles, diversité de la prise en charge médicale par les nombreux médecins de ville, mise en place récente et encore imparfaite des médecins coordonnateurs, formation des médecins de ville et des médecins coordonnateurs limitée dans le domaine du risque infectieux. De plus, dans les EHPAD, la vie collective des résidents est encouragée (animations, sorties, rééducation en groupe) ce qui peut aussi favoriser la dissémination infectieuse. Le niveau de vaccination en particulier anti-grippal, probablement acceptable chez les résidents, est très insuffisant chez les différents types de personnel. Il faut absolument tenir compte de ces difficultés et y apporter des solutions réalistes lorsque ceci est possible, ce qui n'est pas toujours le cas.

Jusqu'aux enquêtes du programme Priam,(programme de surveillance et de prévention des infections en EHPAD), porté par l'Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), aucune donnée française concernant la prévalence des infections en EHPAD n'était disponible.

III) EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS EN EHPAD

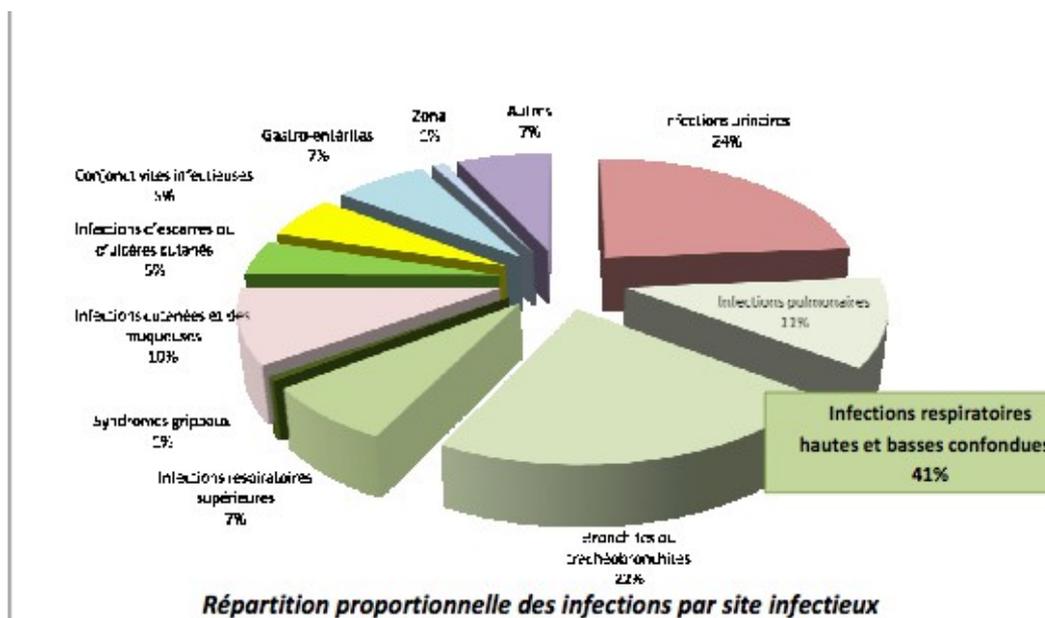
Les infections nosocomiales compliquent 5 à 10% des admissions en soins aigus. Les infections les plus fréquentes sont:

- Les infections urinaires (sur sonde à demeure),
- Les infections de la peau et des tissus mous,
- Les infections respiratoires.

Malgré une amélioration de la réactivité des établissements accueillant des personnes âgées pour identifier et contrôler les épisodes infectieux depuis les recommandations de 2006, il apparaît toujours nécessaire de renforcer la surveillance et la prise en charge de ces épisodes. La protection du personnel et de son entourage est, par ailleurs, un objectif important. Malgré les efforts de prévention et de traitement, ces infections ont une morbi mortalité élevée.

Selon l'enquête PRIAM 2006-2007 :

le taux de prévalence des infections était de 11,23%



L'étude Priam 2 a concerné 44 869 résidents répartis dans 578 établissements.

L'âge moyen était de 86 ans.

Le sexe féminin prédominait (76 %), la moitié des résidents (49 %) étaient très dépendants (GIR 1 ou 2), 5 % étaient porteurs d'escarres, 2 % étaient sondés, 93 % étaient vaccinés contre la grippe et 13 % contre le pneumocoque.

DUI Médecin Coordonnateur

Le taux de prévalence des infections toutes localisations confondues était de 11,23 % , dont 4,60 % pour les cas confirmés, et 6,63 % pour les cas probables.

Les infections respiratoires basses et hautes représentaient le premier site infectieux (41 %), suivies des infections urinaires (24 %) puis des infections cutanées (10 %). Le taux global de prévalence des infections respiratoires basses était de 4 % ; celui des pneumonies certaines de 0,39 % , des pneumonies probables de 0,89 % , des bronchites confirmées de 0,10% et des bronchites probables de 2,39%.

Les premiers résultats de l'étude européenne HALT (Healthcare Associated infections in European long term care facilities) ont été présentés en 2011.

Cette étude, à un jour donné et menée dans 722 établissements d'hébergement pour personnes âgées de 28 pays européens, rassemblait 67 735 places (avec une moyenne de 94 places par établissement). 64700 résidents ont été inclus. Parmi eux 2 803 recevaient un traitement anti-infectieux le jour de l'étude (antibiotique, antimycotique ou antituberculeux) qui était prescrit à titre thérapeutique (73 % des cas) pour traiter une infection urinaire (36 %) ou une infection respiratoire (36 %), ou prescrit à titre prophylactique (27 % des cas) pour prévenir une infection urinaire.

La prévalence des infections était de 5% en moyenne (médiane: 3,5 %) avec des écarts selon les pays allant de 0,4 % à 11,9 %.

Les principales localisations étaient respiratoires (34 %), urinaires (22 %) ou cutanées (22 %).

Ces infections engendrent des coûts non négligeables en termes de soins de médicaments et d'hospitalisations. La prise de conscience du danger de l'antibiorésistance et de la transmission de germes est plus lente et relativement récente dans ces structures. Ce constat justifie la mise en place d'un programme de prévention dont l'objectif final est la diminution de ces infections.

Le diagnostic des infections repose le plus souvent sur l'examen clinique et est moins souvent confirmé à l'aide de techniques de laboratoire ou radiologiques. Le soin médical aux résidents vivant en EHPAD est le plus souvent assuré par le médecin généraliste, sachant qu'un nombre important de médecins traitants différents visitent l'établissement.

Le diagnostic de l'infection est quelquefois plus difficile chez la personne âgée car l'infection se déroule de façon atypique ou est asymptomatique. Il s'agit d'une collectivité de vie avec des contacts fréquents entre résidents et des actes de soins importants. La prise en charge reste assez difficile car ces institutions connaissent une pénurie en personnel (infirmier) quasi permanente.

IV) LES BACTERIES MULTIRESTITANTES

Les bactéries sont dites multi-résistantes aux antibiotiques lorsque, du fait de l'accumulation des résistances naturelles et acquises, elles ne sont plus sensibles qu'à un nombre restreint d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique.

La maîtrise de l'émergence et de la diffusion des BMR repose sur deux axes:

- éviter la transmission croisée (c'est-à-dire d'un patient à un autre);
- diminuer la pression de sélection exercée par les antibiotiques.

Des BMR acquises lors d'un séjour hospitalier peuvent persister après la sortie de l'hôpital. Ces infections sont souvent associées à une mortalité et une morbidité élevées. La transmission croisée de ces BMR par l'intermédiaire des soignants peut expliquer la survenue de ce type de micro-organisme chez des patients n'ayant pas eu de contact direct avec un établissement de santé. Ces BMR pourraient, à l'avenir, devenir plus fréquentes car les durées d'hospitalisation se raccourcissent et les malades admis en EHPAD présentent des polypathologies qui rendent lourdes leur prise en charge.

Les principales BMR hospitalières sont :

- Les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (MRSA),
- Les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE),
- Les *Pseudomonas aeruginosa* et les *Acinetobacter baumannii* multi-résistants.

La transmission des BMR se fait essentiellement par contact et en particulier par manuportage. A partir d'un patient porteur, il s'agit, dans la majorité des cas, soit d'un contact direct entre deux personnes, soit d'un contact indirect par l'intermédiaire de matériel contaminé (stéthoscope, brassard à tension, thermomètre, surfaces,...) Le risque de transmission est directement lié à la fréquence des contacts avec les patients porteurs de BMR et au non-respect des précautions générales.

V) CADRE LEGISLATIF

Les institutions publiques impliquées dans la gestion des risques liés aux soins :

Au niveau national :

- Pour la Haute Autorité en Santé (HAS), la gestion des risques fait partie de la certification des établissements de santé mise en œuvre par elle. Elle observe, surveille et alerte en partenariat avec le réseau d'alerte et d'investigation et de surveillances des infections nosocomiales (RAISIN)
- L'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), quant à elle, rassemble, expertise et valorise les

DUI Médecin Coordonnateur

connaissances sur les risques sanitaires telles: la canicule, la grippe aviaire, les épidémies, etc.

Il assure en seconde ligne une fonction de conseil et d'expertise au même titre que les CCLINs

- L'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) anciennement Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) coordonne, plusieurs vigilances

réglementaires. Par exemple: la pharmacovigilance (médicaments), l'hémovigilance (sang), la matériovigilance (dispositifs médicaux), la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*), et la biovigilance (éléments du corps humain)

- Le haut conseil de la santé publique (HCST) a un rôle d'expertise en matière de gestion du risque infectieux en milieu de soins. En collaboration avec les sociétés savantes, il élabore les avis et les recommandations sur les questions techniques ou scientifiques relative au risque infectieux chez l'homme en milieu de soins.

- L'agence Régionale de Santé (ARS) intervient au titre de l'autorité sanitaire soit dans le cadre des visites d'expertise de l'ARLIN ou du CCLIN, soit pour vérifier la mise en œuvre des recommandations faites à l'établissement. Elle est également destinataire des Infections Nosocomiales (IN) qui sont en même temps des maladies à déclaration obligatoire MDO (légiellose, tuberculose, listériose...). Une coopération étroite entre CCLIN, ARLIN et ARS est donc indispensable.

Au niveau régional :

- L'infectiologie est coordonnée, par les cinq centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Leurs antennes régionales (ARLIN) assurent le relais de proximité auprès des établissements (EHPAD, FAM,...) Ils ont un rôle de formation, de conseil d'assistance et d'animations de réseaux.

Au niveau local :

- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est une instance rendue obligatoire par le décret de 1988 dans chaque établissement de santé pour réduire la fréquence des infections nosocomiales et du portage des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (infectiovigilance). C'est une instance de consultation et de suivi qui doit avoir un programme annuel évalué par les indicateurs du tableau de bord national de lutte contre les infections nosocomiales.

Le plan stratégique national 2009-2013 de la prévention des infections associées aux soins (IAS) veut généraliser ces mesures en les adaptant aux établissements médicosociaux (EMS) avec un plan annuel. Cela nécessite la création d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) interne ou externe et une instance de consultation et de suivi. Il pose aussi le principe d'un indicateur national.

VI) FACTEURS DE FRAGILITE DU SUJET AGE

La plus grande vulnérabilité aux infections des personnes âgées résidant en EHPAD s'explique par des facteurs généraux et des facteurs locaux.

Les facteurs généraux sont le vieillissement du système immunitaire, la dénutrition protéino-énergétique, les carences en oligo-éléments, et en certaines vitamines (vitamine B6, D, E, ..), les maladies chroniques ou dégénératives associées (bronchopathie chronique, diabète, cancers, éthylisme, certaines maladies neurologiques, etc.), certains traitements favorisant (corticoïdes, immunosuppresseurs...) et la dépendance. Le rôle de la dénutrition qui est une cause d'institutionnalisation, forme avec l'infection un «cercle vicieux» est essentiel, l'une favorisant et aggravant l'autre.

Le processus de vieillissement par différents mécanismes est en lui-même un facteur de risque.

– *Des déficits fonctionnels* associés tels que démence, incontinence, chutes à répétition, dépendance pour les soins et les activités quotidiennes.

– *De multiples comorbidités*, telles que maladies cardiaques, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, diabète, HTA, BPCO pour lesquels ils reçoivent quantité de traitements dont certains ont des effets secondaires favorisant l'acquisition d'une infection.

– *La diminution de la réponse immunitaire de type cellulaire*

– *Les infections cutanées: ulcères, escarres et autres infections cutanées* :(fragilité cutanée et mauvaise cicatrisation associées à une mobilité réduite, un diabète ou une insuffisance veineuse)

– *La réactivation d'infections latentes (tuberculose ou zona)*

– *La réponse imparfaite aux vaccins contre le pneumo ou la grippe*

– *Les infections urinaires: (la stase urinaire – l'hypertrophie de la prostate – la carence oestrogénique – la perte de la capacité du rein à excréter de l'urine acide – l'incontinence)*

– *La polymédication (en moyenne entre 6 et 8 médicaments sont administrés/J)*

Les sédatifs, narcotiques ou tranquillisants favorisent les broncho aspirations. Les beta2-agonistes, les benzodiazépines, les anticalciques, en diminuant la pression du sphincter du bas oesophage, favorisent également le reflux gastro-oesophagien et donc les broncho aspirations. Les antibiotiques perturbent la flore gastrointestinale, vaginale et oropharyngée et favorisent leur colonisation par des germes multirésistants. Les anti-acides, les inhibiteurs de la pompe à proton et les médicaments qui interfèrent avec la motilité gastro-intestinale prédisposent aux infections entériques. Les antidépresseurs tricycliques et certains autres antidépresseurs favorisent la rétention urinaire.

DUI Médecin Coordonnateur

Les facteurs locaux favorisant les infections respiratoires basses sont la diminution de l'efficacité de la toux, de l'élasticité bronchiolaire, de l'efficacité du système muco-ciliaire, de l'immunité locale (fonctions lymphocytaires T et production d'immunoglobulines) et de la modification de la flore oropharyngée avec la multiplication de bacilles à Gram négatif à la place de bactéries à Gram positif.

VII) LES MESURES DE PREVENTION

Ce sont des mesures appliquées à toute personne soignée, quel que soit son statut infectieux et son environnement, afin d'assurer une protection systématique des patients et du personnel vis à vis du risque infectieux, et notamment du risque de transmission par le sang ou les liquides biologiques. On décrit 3 niveaux de prévention:

Niveau 1: ce sont les mesures élémentaires d'hygiène qui ont pour objectif d'appliquer une hygiène des mains adaptée à chaque activité, afin d'éviter la transmission croisée manuportée des micro-organismes

Niveau 2: ce sont les précautions «standard»: elles ont pour objectifs d'éviter tout risque de transmission d'infection par le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine et tout autre risque de transmission croisée de micro-organismes. Elles doivent être respectées systématiquement et permettent d'éviter la transmission croisée de micro-organismes. Elles concernent:

L'hygiène des mains, le port de gants, de surblouse, de lunettes, de masque en cas de contact à risque, la gestion du matériel, la gestion des surfaces souillées, le transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériel souillés, la conduite à tenir en cas de contact avec du sang ou des liquides biologiques.

Niveau 3: ce sont les précautions complémentaires qui se définissent en fonction de l'agent infectieux (réservoirs, mode de transmission, résistance) et en fonction de la localisation et la gravité de l'infection. Leur mise en œuvre et leur interruption sont des **prescriptions médicales**. Elles doivent faire l'objet d'une signalisation (dans le dossier et sur la porte), et d'une information lors du transfert du résident. Elles visent à mettre en place des mesures d'hygiène en complément des Précautions Standards afin de prévenir la transmission croisée de certains microorganismes. Elles sont de trois types: précautions complémentaires contact, gouttelettes et air.

La démarche de prise en compte du risque infectieux:

La démarche de réflexion prend en compte l'identification et l'évaluation du risque infectieux lors de situations de soins.

DUI Médecin Coordonnateur

Ainsi, le soignant pourra déterminer et mettre en place des mesures préventives appropriées afin de dispenser un soin de qualité.

La prévention des risques liés à l'état de la personne soignée :

La prévention sera fonction du statut du résident.

1) *Personne soignée sans facteur de risque infectieux identifié*: elle n'a aucun statut de colonisation connue, ni aucun statut d'infection connue.

2) *Personne soignée à risque infectieux intermédiaire* : Elle est infectée par des agents infectieux habituels, ou elle est colonisée par les bactéries multirésistantes (BMR), ou elle est fragile et vulnérable donc plus à risque d'infection

3) *Personne soignée à risque infectieux élevé* : elle est infectée par un agent infectieux spécifique (Bacille de Koch, Clostridium...) et/ou elle est infectée par un BMR, et/ou elle est en immunodépression sévère

La prévention des risques liés à l'acte de soin

Tableau récapitulatif d'aide à la réflexion

PATIENT	Personne soignée sans facteur de risque infectieux connu saine non infectée non immunodéprimée	Personne soignée à risque infectieux intermédiaire - infectée - fragile vulnérable à l'infection - colonisée à BMR	Personne soignée à risque infectieux élevé - infectée à BMR - infectée à agents infectieux spécifiques (BK, Clostridium...) - immunodépression sévère	
SOIN	Recommandations incontournables de l'acte de soin	Recommandations incontournables de l'acte de soin	Recommandations incontournables de l'acte de soin	
		Notions d'hygiène de base + Précautions Standards + + Précautions Particulières + Isolement protecteur à la carte		
	d'isolement		+ Précautions Particulières d'isolement	+ Isolement protecteur strict
ENVIRONNEMENT	Classique, habituel : bionettoyage	Classique, habituel : bionettoyage	Classique, habituel : bionettoyage Et/ou environnement maîtrisé : bionettoyage à répéter	Environnement maîtrisé éventuel : bionettoyage à répéter

Des exigences générales d'asepsie sont définies en fonction du degré de risque infectieux lié à l'acte de soin. Elles concernent notamment l'hygiène des mains des soignants, l'antisepsie cutanée, le matériel médico-chirurgical, la tenue de l'opérateur, l'environnement directement lié à l'acte de soin (guéridon de soin...): Ce sont les recommandations incontournables liées à l'acte (RIA). Ces mesures de prévention sont citées selon les étapes chronologiques de la réalisation du soin. Certains principes doivent être respectés pour assurer cette gestion du risque infectieux :

DUI Médecin Coordonnateur

- Assurer un soin individualisé.
- Regrouper des soins pour un même patient.
- Réaliser un soin aseptique dans un environnement propre.
- Regrouper les tâches contaminantes
- Travailler avec rigueur et calme.
- Assurer la traçabilité des actes accomplis.

On distingue 3 catégories d'actes:

1) Les actes de soins à risque infectieux faible : Lorsqu'il y a contact direct avec une peau saine : on parle de geste non critique,

2) Les actes de soins à risque infectieux potentiel ou intermédiaire : Lorsqu'il y a contact avec des muqueuses ou des peaux lésées superficiellement : on parle de geste semi-critique,

3) Les actes de soins à risque infectieux élevé : Lorsqu'il y a pénétration dans les tissus ou cavités stériles, ou introduction dans le système vasculaire, quelle que soit la voie d'abord : on parle de geste critique.

Tableau récapitulatif des catégories d'actes.

<i>Pour les actes de soins à risque infectieux faible</i>	<i>Pour les actes de soins à risque infectieux potentiel ou intermédiaire</i>	<i>Pour les actes de soins à risque infectieux élevé</i>
<i>Nécessité d'un environnement propre,</i>	<i>Nécessité d'un environnement propre et désinfecté avant le soin,</i>	<i>Nécessité d'un environnement propre et désinfecté et/ou stérile avant le soin,</i>
<i>Prévoir une désinfection de bas niveau concernant le matériel médico-chirurgical,</i>	<i>Utiliser prioritairement du matériel à usage unique stérile, ou du matériel recyclable stérilisé, ou à défaut du matériel recyclable qui aura subi une désinfection de niveau intermédiaire,</i>	<i>utiliser prioritairement du matériel à usage unique stérile, ou du matériel recyclable stérilisé, ou à défaut du matériel recyclable qui aura subi une désinfection de haut niveau,</i>
<i>Effectuer une hygiène des mains (désinfection par friction).</i>	<i>Prévoir une tenue adaptée de l'opérateur,</i>	<i>Prévoir une tenue adaptée stérile de l'opérateur (une surblouse, et des gants stériles, éventuellement une charlotte et un masque),</i>
	<i>Effectuer une hygiène des mains (désinfection par friction),</i>	<i>Effectuer une hygiène des mains (désinfection chirurgicale des mains par friction),</i>
	<i>Utiliser une technique de soin aseptique.</i>	<i>Utiliser une technique de soin aseptique, de type chirurgical.</i>

La prévention des risques liés à l'environnement

Le degré de maîtrise de la qualité de l'environnement est défini par l'état immunitaire de la personne soignée et par le degré d'asepsie de l'acte qui est réalisé dans cet environnement. La qualité et la sécurité de l'environnement supposent plusieurs méthodes qui n'assureront pas toutes le même degré de maîtrise.

Pour un environnement classique, habituel, l'application du bionettoyage des surfaces (réduire de façon temporaire la contamination des surfaces) est suffisante.

Pour un environnement dit « maîtrisé », l'installation d'un réel système de maîtrise (traitement de l'air et/ou de l'eau) qui, non seulement, limite l'apport de contaminants exogènes, mais assure, en

DUI Médecin Coordonnateur

continu, un niveau déterminé de maîtrise de la contamination de l'environnement, est en place.

L'application du bionettoyage est non seulement maintenue mais répétée, plusieurs fois par jour.

Une classification par zone à risque progressif des locaux des établissements de soins est proposée dans le Guide du bionettoyage GPEM19945 .

La présence de micro-organismes dans l'environnement peut être réduite par des procédures de nettoyage des surfaces et des sols avec des produits détergents et/ou désinfectants. Ces procédures sont définies selon le risque et peuvent être répétées à des fréquences différentes selon les exigences. Selon le degré de risque des zones dans lesquelles on se trouve, la maîtrise de la contamination passera par la mise en œuvre de procédures différentes.

VIII) CONTROLE DES INFECTIONS EN EHPAD

La lutte contre la transmission d'infections lors de soins repose sur des obligations professionnelles, réglementaires, déontologiques et éthiques qui s'appliquent à tous les professionnels de la santé. Une bonne hygiène des mains doit être appliquée par tous les professionnels de la santé et pour tous les résidents sans distinction.

Selon l'organisation générale : extrait des recommandations ORIG 2009

«Il est recommandé que les responsables des EHPAD fassent en sorte que l'hygiène des mains constitue une priorité dans leur établissement »:

- en veillant que les distributeurs de Produits Hydro alcooliques (PHA) soient accessibles au moment où les soins sont dispensés.
- que les points d'eau soient équipés en conformité avec les recommandations,
- en favorisant des produits en conditionnement unitaire et non remplissables,
- en organisant la formation et l'information des professionnels et des intervenants de leur établissement,
- en sensibilisant les résidents et leurs proches à l'hygiène des mains ».

Au niveau national/: Certains outils ont été mis à la disposition des établissements pour l'élaboration du Document d'Analyse du Risque Infectieux(DARI). Parmi ceux ci , on note:

- Le manuel d'évaluation national réalisé par GREPHH
- Les fiches techniques et documents d'aide tels les critères du manuel groupe de travail interCCLIN.
- Le nouveau volet du programme MOBQUAL: risque infectieux en EHPAD (pas encore accessible sur le site)

DUI Médecin Coordonnateur

- Le kit de formation relatif au bon usage des antibiotiques : destiné aux médecins généralistes

Le Groupe d'Evaluation de Pratiques d'Hygiène Hospitalière (GREPHH) a publié en janvier 2011 un manuel d'auto-évaluation pour la maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Tous les aspects de la prévention du risque infectieux en EHPAD pour sa maîtrise sont envisagés en 7 chapitres, depuis l'organisation des moyens jusqu'à la prévention des accidents d'exposition au sang. Les différents CCLIN ont élaborés des fiches de bonnes pratiques sur l'hygiène et la prévention du risque infectieux en établissements médico sociaux (EMS). L'objectif étant de proposer des recommandations pour les différentes classes de personnels. Ces fiches qui viennent en complément du guide d'auto-évaluation du GREPHH sont proposées dans le cadre du Programme National de Prévention des Infections médico-social 2011-2013.

Au niveau régional : des sessions départementales ou régionales de sensibilisation ont été organisées par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les protocoles de signalements de phénomènes infectieux et des maladies à déclaration obligatoire (MDO) (article R 3113-4 du code de santé publique) ont été mis en place pour la gestion des situations de crise sanitaire.

Le signalement se fera au médecin de l'ARS pour:

- les cas groupés tels les infections respiratoires basses , les gastro- entérites en collectivité (circulaire du 22 novembre 2006)
- certaines pathologies infectieuses potentiellement transmissibles au sein de la collectivité (Gale, tuberculose)
- certaines situations à risque : telle la contamination du réseau d'eau chaude sanitaire par des legionelles

Le document d'analyse du risque infectieux (DARI) sera annexé au rapport annuel d'activité médicale (art.D.312-158 du code de l'action sociale et des familles). Il devra comporter un nombre limité d'indicateurs. En principe tous les EHPAD devront avoir un DARI un an après la publication du programme PIAS dans le secteur médico-social c'est à dire en décembre 2012. Ce document sera réalisé par le MC ou l'équipe référente d'hygiène. Il devra comporter les items suivants.

- 1) L'hygiène des soins: Cela prend en compte l'entretien du matériel de soins collectifs qui a pour but d'éviter la transmission croisée d'infections en utilisant du matériel nettoyé et désinfecté entre chaque patient. Elle prend aussi en compte la mise en place de différents protocoles. (soins vasculaires, soins cutanés, soins respiratoires, hygiène des médicaments, antiseptiques, alimentation entérale, précautions complémentaires contact et gouttelettes, soins esthétiques)

La prévention comporte aussi la vaccination des résidents et du personnel. (Grippe, Pneumocoque, Tétanos)

- 2) L'hygiène du personne : qui prend en compte la tenue professionnelle, l'hygiène des mains par les protocoles de lavage de mains, de friction hydro-alcoolique, des précautions «standard». Elle prend aussi en compte la prévention des Accidents avec exposition au sang (AES) et l'utilisation du matériel de protection (gants, masques de soins, vêtements de protection)
- 3) L'hygiène des locaux: Cela nécessite de classifier les différentes zones de risque infectieux qui vont alors permettre de déterminer la fréquence d'entretien et le type de matériel et de produits à utiliser pour le nettoyage.
- 4) L'hygiène du résidant: qui détermine les protocoles de la toilette, de l'hygiène bucco dentaire, des soins de bouche, de la prévention des escarres, du changement des protections d'incontinence.
- 5) L'hygiène de l'environnement : qui prend en compte l'hygiène alimentaire, le tri des déchets, la gestion du linge, la gestion de situation de crise telles les toxi infection alimentaires (TIAC) et surtout le contrôle de la qualité de l'eau. (réseau pour les légionelles, ou contrôle des fontaines,...)

En annexe 1, on retrouvera le document des 10 recommandations sur la prévention. L'ensemble de ces mesures est résumé dans le document suivant.

RESUME DES MESURES DE PREVENTION

Mesures concernant directement le patient

- > Vacciner chaque année contre la grippe.
- > Vacciner tous les 5 ans contre le pneumocoque les insuffisants respiratoires et insuffisants cardiaques.
- > Favoriser l'hygiène corporelle.
 - > Surveiller et favoriser l'hygiène dentaire et proposer une consultation annuelle.
- > Surveiller tout signe de dénutrition et traiter rapidement.
- > Surveiller la déglutition et rééduquer si possible et/ou adapter l'alimentation.
- > Prévenir et surveiller l'apparition d'escarres et traiter rapidement.
- > Prescrire une kinésithérapie (respiratoire, marche,...)
- > Veiller à une bonne hydratation.

Mesures à réaliser par le personnel

- > Désinfecter les mains avec une solution hydroalcoolique avant chaque soin et chaque examen et après les soins.
- > Désinfecter le matériel (type stéthoscope...) et l'environnement proximal.
- > Former chaque année le personnel à la désinfection des mains, aux précautions standards et spécifiques, à l'hygiène corporelle des patients.
- > Détecter et gérer rapidement les épidémies.
- > Former les médecins aux règles de prescription antibiotique.
- > Ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques de la femme.
- > Inciter à vacciner tout le personnel de soin contre la grippe chaque année.

Mesures à réaliser par l'établissement

- > Vérifier la contamination de l'environnement (principalement eau).
- > Vérifier l'approvisionnement des ressources pour l'hygiène des mains (savon liquide, essuie-mains, solution hydroalcoolique) et autres équipements de protection individuel (gants, tabliers à usage unique, masques, lunettes).
- > Apporter une alimentation saine et équilibrée.
- > Fournir suffisamment de ressources humaines pour mettre en place les mesures de prévention.
- > Mettre en place des programmes de surveillance et de prévention avec une forte implication de la direction.
- > Travailler en réseau ou proposer des conventions avec des établissements qui ont un Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et une Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

IX) LES METHODES D'EVALUATION

Suite à la mise en place des procédures, le MC ou la référente Hygiène organisera des sessions d'informations pour le reste du personnel. Il faudrait que le document édité soit accessible à tout le personnel nouveau et ancien. Nécessité que les référents soient bien répertoriés dans l'établissement et surtout que les procédures de signalement soient bien connues. L'évaluation de ces procédures se fait souvent sous forme d'audit.

L'on distingue plusieurs types d'audit tels les audits des pratiques, des ressources et des organisations. Ils seront réalisés soit par le MC soit par la référente dans le cadre de suivi de formation, ou d'évaluation de pratiques professionnelles. Ils seront réalisés au moins une fois par an.

Sachant que la prévention des risques infectieux figure obligatoirement dans la convention tripartite, la finalité de cette évaluation sera de proposer des mesures correctives pour améliorer la prise en compte du risque infectieux de l'établissement.

X) DISCUSSION

La prévention du risque infectieux en milieu hospitalier, en milieu médico social et en médecine libérale a été largement étudiée. De nombreuses études Européennes et Américaines montrent l'impact de cette stratégie de prévention sur la diminution de la mortalité dans les structures. Les infections liées aux soins affectent chaque année des centaines de millions d'individus dans le monde. Elles constituent un problème majeur de santé publique et contribuent à des décès évitables. La multitude d'établissements avec des statuts juridiques différents, parfois isolés, complique la tâche. La solution passera probablement par le recours à l'expertise auprès des équipes spécialisées et l'élaboration de programmes adéquats.

Les EHPAD connaissent des difficultés à entrer dans la démarche de la qualité des soins et de la prévention des risques infectieux pour des raisons de médicalisation limitée, d'absence d'équipes d'hygiène type EOHH et de manque de formation du personnel. La priorité réside dans l'homogénéisation des pratiques.

Les protocoles établis en milieu hospitalier sont revus et adaptés pour les généraliser en EHPAD. Plusieurs établissements ont mis en place des protocoles d'hygiène dans le but de limiter le risque d'infections liés aux soins.

La mise en place de ces protocoles nécessite d'avoir du personnel qualifié en l'occurrence une IDE hygiène, ce qui n'est pas encore le cas dans bon nombre d'établissements.

DUI Médecin Coordonnateur

La problématique reste aussi de pouvoir maintenir le niveau de prévention avec un personnel qui change régulièrement.

La mise en place d'un tel programme nécessite la collaboration de la direction.(dégager une personne référente Hygiène qui se consacrerait exclusivement à cette tâche avec l'aide du médecin coordonnateur).

L'alternative aujourd'hui reste la mutualisation des moyens en passant des conventions avec des établissements de proximité qui ont des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH). la mise en place de procédures de prévention et de formation doit prendre en compte le statut composite des personnels (personnel titulaire et professionnels en activité libérale : médecins, kinésithérapeutes, infirmier(e)s, ergothérapeutes...).

Ce rôle de prévention est plus souvent assuré par le Médecin Coordonnateur qui rédige les protocoles. Le temps de formation restant très limité. Une des grandes difficultés en EHPAD est liée au fait que la charge de travail est évaluée par le ration infirmière- patient, qui ne prend pas en compte la charge de travail demandée par chaque patient.

En ce qui concerne mon expérience personnelle, nous avons proposé de nouvelles formations de prévention de précaution « standard » et de précautions complémentaires. Ce qui a été validé dans notre expérience est l'importance de l'isolement des résidents dans le risque infectieux. En fait l'épidémie de Grippe s'est disséminée dans les unités où le turn over du personnel est important. Par contre à l'Unité Protégée et dans une autre unité isolée, nous n'avons décelé aucun cas de grippe dans ces unités qui sont fermées et ne connaissent pas cette diversité de personnel.

XI) CONCLUSION

La prévention du risque infectieux en EHPAD s'inscrit dans le cadre du programme national des infections dans le secteur médico social (2011-2013) qui est la déclinaison dans les EMS du plan stratégique national de prévention 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins. Ce programme donne une vision élargie du parcours de soin centré sur le patient. Cette démarche permettra à chaque structure:

- d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique
- d'apprécier son niveau de maîtrise du risque infectieux
- d'élaborer ou d'adapter son programme d'actions prioritaires.

Cette démarche devrait aboutir à la rédaction d'un document d'analyse du risque infectieux (DARI) que l'on inclurait dans le rapport d'activité annuel.

Le choix de ce thème est motivé par la problématique suivante : la fréquence des infections

DUI Médecin Coordonnateur

dans ces structures n'est pas parfaitement connue, mais peut être élevée ou apparaître sous forme d'épidémies, le coût engendré par cette situation tant du point de vue humain que financier peut être important. La situation des bactéries multi-résistantes (BMR) aux antibiotiques représente un problème préoccupant, le risque infectieux nosocomial est parfois méconnu par les professionnels travaillant ou intervenant dans ces structures. De ce fait les actions nécessaires à engager dans ce domaine peuvent se trouver délaissées.

Le risque infectieux en établissement est accru par la vie en collectivité qui facilite la transmission des germes et des épidémies, par la multiplicité des intervenants qui participent à la transmission d'infections, par la charge de soins importante pour un personnel peu nombreux. Afin de mobiliser les établissements un certain nombre d'outils ont été mis à leur disposition. (outils d'évaluation du Grephh, les fiches pratiques INTER-CLIN, l'outil Mobiquial)

XII) BIBLIOGRAPHIES

1. Carratala J, Mykietiuk A, Fernandez-Sabe N, et al. Health care-associated pneumonia requiring hospital admission: epidemiology, antibiotic therapy, and clinical outcomes. **Arch Intern Med** 2007;167:1393e9.
2. Aronow WS. Clinical causes of death of 2 372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. **J Am Med Dir Assoc.** 2000;1:95-6.
3. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ_489.pdf
4. <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>
5. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2009_ehpad_SFHH.pdf
6. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin/2011_EHPAD_CCLIN_Version2_13_12_11.pdf
7. <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2009/Circulaire/190809.pdf>
8. http://www.grephh.fr/PDF/Eval_risq-inf_EHPAD/maitrise-du-risque-infectieux-en-EHPAD_manuel-d-auto-evaluation.pdf [visité le 11/04/2012]
9. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2009_BMR_SFHH.pdf
10. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2010_recommandations_SFHH.pdf
11. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales Ministère de l'emploi et de la solidarité 1999.
12. XXXIèmes Journées régionales d'hygiène hospitalière 12 et 13 mars 2009 – Bordeaux
13. Infections en Gériatrie «Création d'un observatoire du risque infectieux en gériatrie.
14. Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD – DGAS
15. Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées – C.CLIN Ouest 2002
16. Guide d'auto-évaluation «ANGELIQUE»
17. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Ministère de la Santé 2004.
18. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médicaux sociaux. CCLIN Sud-Ouest.

19. Chami K, Gavazzi G, de Wazières B, Lejeune B, Piette F, Lietard Cl, Mouala C, Rothan Tondeur M. Prévalence des infections dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse régionale, Enquête Priam, France, 2006-2007. **Bull Épidémiol Hebd** 2009 ; 2009; 31-32: 349-352.
20. Chami K, Gavazzi G, Lejeune B, de Wazières B, Piette F, Rothan Tondeur M. Prevalence of infections in 44,469 elderly residents in Nursing Homes in France: a nationwide crosssectional cluster survey. **Journal of Hospital Infection**. 2011;79:254-9.
21. Garibaldi RA, Brodine S, Masumiya S. Infections among patients in nursing homes: policies, prevention and problems. **N Engl J Med** 1981;305:731-5
22. Aronow WS. Clinical causes of death of 2372 older persons in a nursing home during 15-year follow-up. **J Am Med Dir Assoc**. 2000;1:95-6.
23. Utsumi M, Makimoto K, Quroshi N, Ashida N. Types of infectious outbreaks and their impact in elderly care facilities: a review of the literature. **Age Ageing**. 2010;39:299-305.
24. « Surveiller et Prévenir les Infections liées aux soins » HCSP – 2010.
25. « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Octobre 2007 Ministère de la Santé de la Jeunesse et des sports. Société Française de gériatrie et Gérontologie.
26. Hygiène en pratique libérale de distribution de soins URML Rhône Alpes
27. Approche-anthropologique_comportement-des-soignants-face-aux-mesures-de-prevention-des infections

RESUME

La prévention du risque infectieux en EHPAD est un objectif national. Cette lutte contre la transmission d'infections lors de soins repose sur des obligations professionnelles, réglementaires, déontologiques et éthiques qui s'appliquent à tous les professionnels de la santé. L'EHPAD reçoit des patients présentant des facteurs de fragilité importants. Les agents contaminants ne distinguent ni le personnel ni les patients. Comment adapter les recommandations qui sont souvent hospitalières dans notre secteur médico social alors que nous ne disposons pas de la même diversité de personnels ?

L'objectif de notre travail étant d'apporter des outils au médecin coordonnateur dans ses différentes missions (Mission 5 : veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, Mission 7 : contribuer à la politique de formation et d'information des professionnels, et Mission 12 : identifier et mettre en œuvre les mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge des risque pour la santé publique.) Notre but étant de proposer un document simplifié pour le médecin coordonnateur qui lui sera utile à la formation du personnel dans la prévention des infections liés aux soins.

La volonté de faire la prévention existe mais la réalité du terrain rend cela difficile. Le manque d'effectifs du personnel soignant et l'insuffisance de formation en hygiène sont les causes d'échec de ce plan de formation. Les C.CLINS qui ont élaborés plusieurs protocoles ont contribué à améliorer la prise en compte du risque infectieux en EHPAD

ANNEXES

ANNEXE 1

Il existe de nombreuses actions de prévention mais certaines revêtent une importance toute particulière. **Disons que ce sont les «10 commandements» :**

1. Renforcer les précautions standard, et tout particulièrement utilisation des solutés ou gels hydro-alcooliques pour la désinfection des mains (SHA). En effet, ces produits, de part leur action rapide et largement supérieure au simple lavage des mains à l'eau et au savon, leur caractère «portatif», leur bonne tolérance, le succès de leur utilisation dans le monde hospitalier (campagne BMR), sont susceptibles à la fois d'augmenter la compliance au «lavage des mains» d'en améliorer l'efficacité et de «**faciliter la vie**» des soignants, ce qui est fondamental. Il n'est pas question de mettre en place dans les EHPAD, sauf exception, des mesures complexes d'isolement des pensionnaires même porteurs de bactéries multi-résistantes. **Les précautions «standard» sont ainsi fondamentales et la désinfection des mains en est l'élément essentiel.**

2. Attirer l'attention sur **les risques du port de gants** s'ils sont utilisés pour plusieurs patients et /ou si une désinfection des mains n'est pas effectuée à leur ablation. Une désinfection des mains bien faite vaut mieux que des gants mal portés.

3. Mettre en place un programme de vaccination volontariste :

a) Vaccination annuelle contre la grippe de tous les pensionnaires.

b) Vaccination anti-pneumococcique des pensionnaires tous les 5 ans (en particulier chez les bronchiteux chroniques et insuffisants cardiaques).

c) Vaccination anti-grippale annuelle de tous les membres du personnel de l'EHPAD. Une incitation très forte à la vaccination anti-grippale de tout le personnel, soignant ou non et des proches des pensionnaires les plus fragiles est indispensable. La famille doit être actrice de la prévention au même titre que les soignants. Il faut réfléchir à l'utilisation, chez ces soignants jeunes et devant ainsi subir de multiples vaccinations au cours de leur vie, à des vaccins plus faiblement dosés et à des vaccinations tous les 2 ou 3 ans (utiliser en médecine militaire).

4. Prescrire de façon prophylactique du Tamiflu en cas d'épidémie avérée de grippe (qs avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique du 22 janvier 2004 et le document InVS de septembre 2004).

5. Remettre aux proches une documentation simple leur déconseillant les visites s'ils sont souffrants, en particulier d'une infection respiratoire.

6. Insister sur le port du masque pour les professionnels victimes d'une affection respiratoire (grippe en particulier) et devant travailler ou en contact rapproché avec un pensionnaire victime

DUI Médecin Coordonnateur

d'une infection respiratoire aiguë manifeste. Le port du masque par le résident lui-même porteur d'une infection respiratoire paraît difficile à mettre en place et doit être réservé aux situations où il doit circuler dans les zones communes, ce qui doit être limité au maximum.

7. Vérifier annuellement l'absence de contamination de l'eau (légionelles en particulier) et mettre en place un entretien régulier du circuit d'eau.

8. Prévenir des états morbides prédisposant à l'infection, en particulier lutter contre la dénutrition et les escarres. Ces facteurs sont absolument fondamentaux, car ils conditionnent en bonne partie le risque infectieux. Mettre en place un programme de prévention du risque infectieux sans lutter contre ces facteurs de risque n'aurait pas de sens.

9. Limiter la sur-consommation des antibiotiques (en particulier limiter la durée des traitements, et ne pas traiter les bactériuries asymptomatiques).

10. Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire. :

DUI Médecin Coordonnateur

ANNEXE 2

Fiches techniques récapitulatives du CLIN Paris Nord