Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction Générale de la
cohésion sociale
Service des politiques
d'appui
Personne chargée du dossier :
Dr. Anne-Marie Tahrat
Chargée de mission
auprès de la cheffe de service
Tel : 01 40 56 75 07
Mel. : anne-marie.tahrat@social.gouv.fr

Direction Générale de la santé
Sous direction de la prévention
des risques infectieux
Personne chargée du dossier :
Dr. Philippe Garnier
Tel : 01 40 56 50 06
Mel : philippe.garnier@sante.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé
(pour attribution et diffusion)

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013
Date d'application : immédiate
NOR : SCSA1207825C
Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP le 9 mars 2012 - Visa CNP 2012- 76
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : le programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial vise à la prise en compte du risque infectieux par une démarche d'analyse de risque. Les établissements concernés (EHPAD, MAS et FAM) pourront utilement s'appuyer dans cette démarche sur les outils d'autoévaluation y compris informatique développés à cette fin.
Mots-clés : risque infectieux - programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social - analyse des risques
Textes de référence : Le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L.312-8 - Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins – Circulaire interministérielle n° DGS /D HOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins – Recommandation ANESM de bonnes pratiques professionnelles : « L'évaluation interne : Repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » de janvier 2012
Textes abrogés : circulaire interministérielle N°DGCS /DGS/2011/377 du 30 septembre 2011.relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013
Textes modifiés : Néant
Annexe : Annexe 1 : Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social constitue pour les années 2011 à 2013 la déclinaison dans les établissements médico-sociaux du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

Il vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble au delà du risque des infections associées aux soins stricto sensu qui s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les établissements concernés par ce premier programme sont, comme annoncé dans la circulaire du 19 août 2009, les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'enjeu du programme est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse de risque qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou adapter son programme d'action.

Pour aider les établissements dans la démarche, un manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, dont la réalisation a été demandée au groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), disponible sur internet, est proposé.

Cet outil déjà expérimenté sur le terrain, permet aisément aux établissements de visualiser les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires.

Un « document d'analyse de risque du risque infectieux » (DARI) a été élaboré afin d'aider les établissements médico-sociaux à formaliser leur analyse de risque. Ce document a vocation à être utilisé dans le cadre de l'évaluation interne, selon la fréquence prévue au deuxième alinéa de l'article D. 312-203 et à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles, relative à la communication des résultats de l'évaluation interne.

Vous voudrez bien présenter la démarche d'analyse du risque infectieux et les outils proposés pour sa mise en œuvre aux établissements médico-sociaux et inciter les établissements à s'engager activement dans cette démarche.

Vous voudrez bien assurer une large diffusion de cette circulaire aux établissements médico-sociaux et aux professionnels concernés, ainsi que pour information au président du Conseil Général, et veiller au suivi de ces dispositions.

Pour les ministres et par délégation

La directrice générale
de la cohésion sociale

Signé

Sabine Fourcade

Le directeur général de la santé

Signé

Jean-Yves Grall

ANNEXE 1

PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DES INFECTIONS DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

INTRODUCTION

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) élaboré par le Direction générale de la santé, qui définit les orientations de la stratégie nationale, doit être décliné par un programme national spécifique à chacun des trois secteurs de l'offre de soins : établissements de santé, secteur médico-social et soins de ville.

Deux autres champs d'action complètent le dispositif et doivent également être pris en compte par les 3 secteurs: la préservation de l'efficacité des antibiotiques (un troisième plan est en cours d'élaboration) et le renforcement de la maîtrise des bactéries multi résistantes (BMR).

Le présent programme constitue la déclinaison dans les établissements médico-sociaux (EMS) du plan stratégique national. Au delà de la lutte contre les infections associées aux soins stricto sensu, ce programme vise plus globalement à la prise en compte du risque infectieux dans son ensemble. En effet, le risque infectieux dans les EMS résulte de mécanismes complexes et intriqués, liés tant à l'état de santé et de dépendance des résidents qu'aux soins qui leur sont prodigués, à la vie en collectivité (par contagion présumée) ou à la présence d'agents exogènes dans l'environnement (légionellose).

Comme annoncé par la circulaire interministérielle N° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du PSNP IAS 2009-2013, le champ concerné par le programme national dans le secteur médico social, est :

- celui d'établissements pour personnes âgées : les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- celui d'établissements pour personnes handicapées : les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM), qui sont des établissements où résident des adultes handicapés qui reçoivent souvent des soins lourds.

En 2013, après évaluation de la mise en œuvre du présent programme, il pourra être envisagé son extension à d'autres établissements du secteur des personnes handicapées, notamment aux établissements d'enfants.

LE CONTEXTE

En 2007, de nouvelles définitions ont élargi le concept hospitalier « d'infections nosocomiales » à celui « d'infections associées aux soins », ce qui a ouvert la voie à une vision globale de la prévention centrée sur le patient et sur son parcours dans la chaîne de soins.

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins vise donc, d'une part, à couvrir l'ensemble du parcours de soins, pour une meilleure sécurité au bénéfice du patient ou du résident dans les 3 secteurs : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins ambulatoires et, d'autre part, à faire face plus

efficacement aux phénomènes infectieux endémiques et épidémiques qui diffusent de plus en plus souvent d'un secteur à l'autre.

Même s'il y a des points communs avec les établissements de santé, l'élaboration d'un programme de prévention des infections spécifique pour le secteur médico-social est nécessaire du fait d'un contexte particulier :

- Les établissements médico-sociaux sont de statuts divers, publics et parfois situés au sein d'un établissement hospitalier, privés à but non lucratif ou privés commerciaux. Sous ces différents statuts, certains ne doivent compter que sur leurs moyens propres alors que d'autres peuvent bénéficier de ressources, de compétences ou de moyens provenant de l'organisme gestionnaire.
- Souvent, il s'agit d'établissements de taille modeste (environ 80 places en moyenne pour un EHPAD).
- Certaines de ces structures peuvent être anciennes, ce qui peut rendre plus difficile la mise en œuvre de certaines mesures de gestion du risque. (ex réseau d'eau)
- Une multiplicité des professionnels interviennent chacun de façon ponctuelle, individualisée, du fait d'une prise en charge des résidents par des professionnels de santé libéraux.
- Ces établissements sont des lieux de vie, les résidents y séjournant souvent pendant de longues années, parfois jusqu'à la fin de leur vie comme en EHPAD. Il y a donc un équilibre à trouver entre les impératifs de sécurité et la nécessaire convivialité attachée au lieu de vie que constituent ces établissements.
- La vie en collectivité fermée favorise la transmission croisée des germes et la survenue de phénomènes endémiques ou épidémiques, du fait des nombreux contacts rapprochés indispensables entre les résidents et les personnels à l'occasion notamment des nombreuses tâches de soins et d'aide à la vie quotidienne.

Dans les EMS, la prévention du risque infectieux est particulièrement difficile du fait que les personnes résidant dans ces établissements présentent des facteurs de fragilité qui les rendent vulnérables au risque infectieux compte tenu de :

- leur âge: l'admission en EHPAD se fait de plus en plus tardivement, les résidents ont une moyenne d'âge qui ne cesse d'augmenter (elle est actuellement de 86 ans) et cette tendance va se poursuivre. Or le risque d'infection croît significativement avec l'âge du fait des modifications physiologiques de l'organisme : changements anatomiques, modifications des fonctions physiologiques et dysfonctions du système immunitaire entraînant des altérations des mécanismes de défense anti-infectieuse ;
- leurs pathologies : en EHPAD les résidents sont souvent poly pathologiques (ils cumulent en moyenne 7 maladies diagnostiquées) et, dans les MAS et les FAM, nombre de résidents, tels les polyhandicapés ou les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) présentent des pathologies ou handicaps lourds qui favorisent la survenue d'infections et nécessitent des soins actifs permanents, également sources potentielles d'infections;
- leur niveau de dépendance pour l'hygiène, la toilette, l'alimentation, les déplacements (fréquence de l'incontinence et de troubles cognitifs).

Par rapport à ces facteurs de fragilité, cette population ne diffère pas beaucoup de celle qui réside dans les unités gériatriques hospitalières ou dans les unités de soins de longue durée, mais les taux d'encadrement, le ratio de personnels au lit des résidents sont plus faibles dans les EMS et ne permettent pas de dégager des ressources en interne pour acquérir des capacités d'expertise par rapport aux infections associées aux soins ou aux infections communautaires.

LE PROGRAMME

1- Les principes qui ont guidé l'élaboration du programme :

1-1 Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social doit tenir compte :

- du niveau de risque en EMS, qui est moindre qu'à l'hôpital (moins d'actes diagnostiques ou curatifs invasifs)

  L'état des connaissances épidémiologiques est encore limité dans le secteur médico-

  social ; toutefois les quelques études de prévalence déjà réalisées en EHPAD

  montrent que les infections gériatriques les plus fréquentes sont celles de la peau et

  des tissus mous, les infections urinaires et les infections respiratoires (bronchites,

  pneumopathies, infections respiratoires hautes, grippe). (cf. programme : annexe A)

- des spécificités du secteur et des moyens disponibles (ressources humaines et financières) ;
- du degré d'engagement dans la prévention des infections, variable selon les établissements : si certains établissements sont déjà très impliqués dans ce domaine, d'autres y sont moins investis. Toutefois, la plupart ont déjà eu à gérer des situations épidémiques ou ont bénéficié de programmes mis en place par les autorités sanitaires locales ou le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins (CCLIN) ou ont déjà conduit quelques actions à la faveur des diverses campagnes de prévention de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur l'hygiène des mains , de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le bon usage des antibiotiques ou dans le cadre des dernières campagnes nationales « mains propres »,
- des dispositions relatives aux modalités de fonctionnement de l'établissement, en particulier du développement de la démarche qualité instituée par la loi du 2 janvier 2002 et appuyée sur les cahiers des charges et référentiels du secteur.

1-2 L'option retenue n'est pas de donner des règles détaillées applicables uniformément à tous les établissements, mais 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 adapter son programme d'action.

Cette démarche sera formalisée dans un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI). (Cf. programme : annexe B)

1-3 Ce programme national de prévention s'accompagnera d'un nombre limité d'indicateurs permettant essentiellement de suivre le degré d'engagement de chaque établissement médico-social dans la démarche

Par ailleurs, une étude nationale de prévalence est prévue à l'issue du plan stratégique national ; elle permettra de faire un point de situation.

1-4 L'objectif est de parvenir à ce que tous les gestionnaires d'EMS concernés mobilisent leurs équipes et mettent en place une démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux afin d'aboutir à une organisation et à un programme d'actions prioritaires à mener qui leur permettront de progresser au quotidien et d'agir plus efficacement en cas de crise.

2- Les éléments du programme

2-1 Au niveau national

Pour aider les établissements à élaborer leur DARI, l'État met à disposition différents outils que pourront utiliser les établissements s'ils ne disposent pas par ailleurs d'outils propres d'un niveau au moins équivalent :

- un manuel national permettant aux établissements de faire leur auto-appréciation de leur niveau de maîtrise du risque infectieux, dont la réalisation a été demandée au Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalières (GREPHH) qui réunit les cinq CCLIN. Ce manuel leur permettra de visualiser, grâce à une aide informatisée, les points forts et les points faibles de leur organisation, pour dégager ensuite les actions prioritaires à inclure dans leur politique de gestion du risque.

Les MAS et FAM pourront utilement s'appuyer sur ce manuel, initialement conçu pour les EHPAD, mais qui semble tout à fait transférable aux établissements hébergeant des personnes handicapées. (Dans ce cadre, une expérimentation est en cours avec quelques établissements qui se sont portés volontaires pour expérimenter ce manuel afin d'y apporter les modifications ou compléments d'items nécessaires pour leur secteur).

- des fiches techniques et des documents d'aide, élaborés par un groupe de travail inter CCLIN, sont proposés pour répondre aux critères de ce manuel. (Une première version est disponible, une version 2 intégrant des fiches complémentaires est en préparation et sera disponible courant 2012) ;
- Ces documents sont téléchargeables sur le portail internet des CCLIN (http://www.cclin-france.fr/) et sur le site internet du ministère des solidarités et de la cohésion sociale. : http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/programme-national-de-prevention,13830.html

Par ailleurs, les EMS pourront utilement se référer à d'autres outils de formation ou d'aide à la pratique en cours d'élaboration :

- un nouveau volet du programme MOBIQUAL de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) portant sur le risque infectieux dans les EMS, dont la réalisation est en cours. Ce programme national est développé dans le cadre d'une convention passée entre la SFGG et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de support au développement de la qualité dans les EMS. Ce volet risque infectieux sera disponible à la fin du second semestre 2011. Les outils sont attribués, soit à la suite de réunions régionales ou territoriales co-organisées avec les agences régionales de santé (ARS), soit sur demande individuelle à mobiqual@sfgg.org . Pour plus d'information cf. le site www.mobiqual.fr)
- un « kit » de formation relatif au bon usage des antibiotiques, destiné aux médecins libéraux. (Direction Générale de la Santé) qui sera disponible fin 2011.

2-2 Au niveau régional

Pour faciliter la mise en œuvre du programme, des sessions départementales ou régionales de sensibilisation seront organisées par les ARS pour présenter le programme et ses outils aux directeurs des EMS et aux professionnels responsables identifiés dans les établissements, en lien avec les acteurs ou experts régionaux notamment les Cellules de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en région (Cire), les CCLIN –ARLIN (Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) qui pourront également si besoin être sollicités par les établissements pour un accompagnement méthodologique.

2-3 Au niveau des établissements

Il est proposé aux responsables des établissements qui doivent mettre en place la démarche d'analyse du risque infectieux dans leur établissement, d'établir leur document d'analyse du risque infectieux (DARI) ; Ce document a vocation à être utilisé dans le cadre

de l'évaluation interne, selon la fréquence prévue au deuxième alinéa de l'article D. 312-203 et à l'article D. 312-204 du code de l'action sociale et des familles, relative à la communication des résultats de l'évaluation interne.

La prise en compte du risque infectieux s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité.

L'expérience montre que la conduite de projet de ce type (démarche qualité, gestion de risques) dépend de l'engagement du directeur dans la démarche et est facilitée par la mise en place de mesures organisationnelles notamment : la désignation d'un responsable mandaté, la constitution d'un comité de suivi composé au minimum du directeur ou de son représentant, d'un médecin intervenant dans l'établissement (le médecin coordonnateur dans les EHPAD) et d'un cadre infirmier ou d'un infirmier référent.

Pour les EMS ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, il est recommandé de passer une convention avec une équipe opérationnelle d'hygiène, soit celle de l'établissement auquel est rattaché l'EHPAD, soit celle d'un autre établissement de proximité ou d'une équipe inter-établissements.

Certains dispositifs de coopération, notamment les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) visés à l'article L 312-7 du CASF ou les groupements de coopération sanitaires (GCS) visés à l'article L 61331-1 du CSP, peuvent fournir des opportunités de mutualisation de fonctions ou de compétences entre établissements, utiles notamment dans le cadre de ce programme (infirmier hygiéniste, qualiticien, gestionnaire de risque…)

Dans le programme d'actions prioritaires qui sera défini par l'établissement, une attention toute particulière sera portée aux points suivants :

- la connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents, des règles d'hygiène standard dont l'hygiène des mains,
- la sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale,
- s'agissant de la surveillance et du signalement de certains phénomènes infectieux, chaque établissement définira sa politique de surveillance en interne en tenant compte des spécificités de son activité clinique, des éventuelles contraintes réglementaires et des moyens qu'il peut mobiliser pour cette activité.

  Le signalement de certains cas isolés ou groupés d'infections par les médecins intervenant dans l'établissement se fera à l'Agence régionale de santé (ARS) ; il concerne :

  - o les maladies à déclaration obligatoire (MDO) (Art. R.3113-1 à 5 et Art D. 3113-6 et 7 du code de la santé publique.),
  - o les cas groupés d'infections respiratoires aigues basses (IRAB) chez les personnes âgées (circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD5C/DG AS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006),
  - o tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population. (Art. L.1413-14 et 15 du code de la santé publique).

  L'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de proximité, de la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire) ou du réseau C CLIN –ARLIN pourra être sollicitée en cas de difficulté.

- L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie , prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (la Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec le réseau CCLIN-ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à

la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (la cellule de suivi du programme renforcée le cas échéant par un professionnel de l'EOH), renforcer les mesures d'hygiène standard, d'autant plus nécessaire que le regroupement des cas dans une même zone est souvent impossible à réaliser dans ces établissements.

- Les actions à mener par rapport au «plan antibiotique » et pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) sont de :
    - promouvoir les mesures de prévention de la transmission croisée des phénomènes infectieux (dont l'hygiène des mains et l'utilisation des produits hydro-alcooliques, ainsi que le respect des précautions standard),
    - améliorer la couverture vaccinale des infections bactériennes et/ou virales à l'occasion desquelles des surinfections bactériennes peuvent survenir (la grippe, pneumonies à pneumocoques),
    - encourager le bon usage des antibiotiques.

2-4 En 2013, une évaluation du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, sera réalisée par la DGCS, à partir notamment des indicateurs de niveaux de mobilisation des EMS tirés du DARI.

Elle sera suivie par une étude nationale de prévalence qui sera conduite sous l'égide de l'InVS.

Annexe A

Typologie des infections

I- Principaux éléments de repère pour le personnel au contact des résidents

1- Les infections peuvent être classées selon

1-1 les principaux germes responsables (essentiellement les deux premières catégories…)

- Les bactéries

Les bactéries sont ubiquitaires (on les trouve partout) : dans le sol, l'eau, l'air, les surfaces, sur la peau… La plupart des espèces sont inoffensives, certaines sont bénéfiques (flore intestinale), d'autres sont pathogènes (ex : staphylocoque-streptocoque-pneumocoque, salmonelles …)

- Les virus

ex : hépatites virales A-B-C, virus digestif (Nonovirus…), grippe saisonnière, herpès de la peau et des muqueuses, zona

- les parasites

Parasites rencontrés outre-mer (ex : parasite du paludisme..), parasites intestinaux (ex : le Tænia), ou cutanés (ex : la gale)

- Les mycoses

ex : de la peau, du cuir chevelu (teigne) …

1-2 Le site infecté
Tous les organes peuvent être touchés :
ex : angines et pharyngites, rhinopharyngites, sinusites, infections dentaires, otites, bronchites, pneumopathies (dont tuberculose), grippes, méningites, infections digestives (diarrhées aigues infectieuses, toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ou infections digestives chirurgicales), infections urinaires, infections cutanées, infections de l'œil (conjonctivites.) …

Les infections peuvent être bénignes, comme les infections locales (un furoncle, une angine, une infection urinaire), ou elles peuvent induire une maladie grave si elle touche un organe vital (ex broncho-pneumonie) ou s'il y a une toxi-infection, (ex botulisme), mais la gravité peut aussi tenir au terrain, c'est-à-dire aux personnes qui présentent une vulnérabilité particulière au risque infectieux (ce qui est le cas des personnes âgées ou des personnes diabétiques…)

1-3 L'infection dans les EMS résulte de mécanismes complexes et intriqués, liés tant à l'état de santé et de dépendance des résidents qu'aux soins qui leur sont prodigués (ex : sondes urinaires, cathéters sous cutanés), à la vie en collectivité (par contagion présumée) ou à la présence d'agents exogènes dans l'environnement (réseaux d'eau et légionellose)

2- Doit être signalé à l'infirmière qui alertera si besoin le médecin, tout signe susceptible de révéler une infection : fièvre, toux, diarrhée, douleur, modification de la peau (rougeur, chaleur, gonflement…), démangeaisons, urines troubles, modification de l'état de conscience...

3- Il devra être bien veillé tout au long des tâches quotidiennes au respect strict des règles d'hygiène, spécialement lors du nettoyage des surfaces et des locaux, de la réalisation des toilettes et des changes, de l'aide lors des repas, des soins.

L'hygiène des mains doit rester une préoccupation constante de toute la communauté car c'est le facteur le plus efficace pour éviter les infections tant pour les résidents que pour le personnel (frictions avec une solution hydro alcoolique).

II- Les données épidémiologiques

1- Les données épidémiologiques dont nous disposons en France sont issues d'une part des quelques études de prévalence des IAS locales ou nationales menées dans les EHPAD ou en USLD et d'autre part des données des signalement mises en œuvre par l'InVS en lien avec ses cellules en région (les Cires) et les autorités sanitaires locales (ARS) et par le dispositif de signalement des épisodes d'IAS via les ARS et les CCLIN pour les EHPAD rattachés à des établissements de santé .

1-1Enquêtes de prévalence

- Résultats de 3 enquêtes : EHPAD Drôme-Ardèche 2008- ORIG 2006- ENP2006

Ces résultats sont globalement concordants entre eux (à quelques variantes près dues à des protocoles ou des périodes différentes de réalisation de l'enquête), ainsi qu'aux résultats du volet français de l'enquête européenne HALT menée en décembre 2010 par le RAISIN (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).

Comparaison des résultats (in : Hygiène -2010- Volume XVIII-N°3)

	Prévalence infectés	Prévalence infections	Localisations des infections
ENP 2006 SLD	5,3	5,5	1/ Urinaire 2 / Peau/ tissus mous 3/ Respiratoire 4/ Oculaire-ORL
ORIG EHPAD 2006-2007		11,2	1/ Respiratoire 2/ Urinaire 3 / Peau/ tissus mous 4/ Digestif
EHPAD Drôme-Ardèche 2008	5,9	6,0	1/ Peau/ tissus mous 2/ Urinaire 3/ Respiratoire 4/ Oculaire

- Localisation des infections (exemple du taux de prévalence de l'enquête EHPAD Drôme-Ardèche 2008)

Peau/tissus mous : 34,8% - Urinaire : 25,8% - Respiratoire : 14,6% - oculaire : 11,2% -

ORL/stomatologie : 6,7% - Gastro-intestinale :6,7% - Génitale : 2,2% - autres : 1,1%

- Résultats de l'enquête HALT

Prévalence globale des résidents infectés : 3,9%

Les trois localisations les plus fréquentes : peau/tissus mous (31%), urinaires (30%), respiratoires (23%)

1-2 Surveillance

Dans les EMS, les cibles actuellement identifiées par l'InVS pour le signalement des IAS sont deux des infections les plus fréquemment rencontrées dans ces structures, à potentiel épidémique et responsable d'une morbidité et mortalité significative : les cas groupés d'infections respiratoires aigües (IRA) et de gastro-entérites aigües (GEA), ainsi que certaines maladies à déclaration obligatoire (MDO), légionellose par exemple

2- La survenue des épisodes épidémiques est un problème majeur dans le secteur médico-social en termes de fréquence, de morbidité, de mortalité, de coûts induits et de charge en soins.

Ex : Grippe ou cas groupés de pneumopathies évoquant une transmission croisée ou une cause environnementale, cas groupés de gale, de toxi-infections alimentaires collectives ou cas groupés de diarrhée.

Annexe B

Le document d'analyse du risque infectieux (DARI)
Méthode d'élaboration

La démarche d'analyse de risque préconisée pour guider la réflexion des responsables d'établissements comporte classiquement trois étapes :

1 Évaluation du risque

2 Gestion du risque

3 Communication sur le risque

Ce sont ces trois étapes qui doivent conduire à l'élaboration du DARI.

● **Evaluation : Identifier et analyser le risque**

- Recenser les épisodes infectieux survenus au cours des trois dernières années :

On repère les événements infectieux qui se sont produits dans l'établissement et qui ont pu toucher aussi bien les résidents que les personnels (cf. annexe A)

Cette étape, qui n'a pas besoin d'être exhaustive, a le mérite, si elle est menée en associant toutes les catégories de personnels, de faciliter la mobilisation sur la démarche en faisant prendre conscience à chacun du risque infectieux dans l'établissement ; elle contribue aussi permettre à dégager les premières priorités pour le programme de travail .

- Déterminer leur criticité

Chaque risque se caractérise par deux variables principales : la fréquence et la gravité.

La criticité est obtenue en multipliant la gravité par la fréquence (C= G x F)

On utilise des échelles de mesures simples, à 4 niveaux par exemple.

Echelle de gravité :

1 : gravité mineure (sans dommage sur la santé)

2 : gravité moyenne (dommages, sans altération de l'état général)

3 : gravité élevée (altération de l'état général, mais sans risque vital)

4 : gravité très élevée (risque vital)

Echelle de fréquence :

1 : possibilité faible de survenue

2 : possibilité moyenne de survenue

3 : risque récurrent

4 : possibilité très élevée

Cette cotation est subjective, mais elle permet toutefois facilement de classer les risques infectieux selon l'importance ressentie.

- Hiérarchiser les phénomènes infectieux selon leur criticité décroissante.

Cette cartographie contribuera à déterminer les priorités du programme de prévention de l'établissement.

● **Gestion du risque infectieux**

- Analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans l'établissement

Le manuel d'auto-évaluation proposé pour accompagner cette étape permet de faire le point sur les organisations, les protocoles et autres moyens de prévention implantés dans l'établissement. Il permet de dégager rapidement les points positifs et ceux qui sont à améliorer.

L'application informatique de l'outil permet l'édition des résultats sous forme de scores d'objectifs atteints pour chacun des sept chapitres. Au terme de l'exercice, les priorités d'amélioration sont tracées pour l'établissement. A noter que ce score calculé automatiquement, constitue l'indicateur de suivi retenu par l'ANESM dans la recommandation relative à l'évaluation interne ci-dessus référencée.

- Elaborer le programme d'actions prioritaires

La gestion du risque consiste à élaborer les solutions qui permettront de gérer le risque c'est-à-dire de le réduire autant que faire se peut. Cela passe par la construction et la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La deuxième étape du DARI consiste donc pour l'établissement à construire son programme d'actions prioritaires en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Si l'établissement fait le choix de passer des conventions avec d'autres établissements, organismes ou professionnels sur ce sujet, ces conventions seront jointes en annexe.

S'inscrivant dans la politique de gestion des risques de l'établissement, le DARI tient compte des moyens humains et financiers disponibles et des autres priorités de l'établissement.

- prévoir le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires

- prévoir la périodicité des évaluations du programme

Ces évaluations périodiques permettront de mesurer les progrès accomplis et le réajustement du programme d'actions dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident.

● **La communication** :

Prévoir d'informer à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés : personnels, professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi résidents, familles, et visiteurs et partenaires extérieurs, de telle sorte que les mesures soient comprises, spécialement celles concernant les règles d'hygiène qui requièrent la vigilance de toute la communauté.