



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Journée du CPIAS
Le 1^{er} octobre 2020
Actualités sur les EHPAD**

Direction de l'autonomie

avec documents Valérie QUERMELIN et le CNEH

1. L'hygiène en EHPAD

L'hygiène en EHPAD : une histoire récente

2017	Organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaire (RREVA) et de la déclaration des EIGAS
2017	Création des CPIAS
2016	Création de l'Agence nationale de Santé publique (Santé publique France)
2015	Programme national commun aux 3 secteurs de soins (PROPIAS)
2013	Programme national Sécurité pour la sécurité du patient PNSP 2013-2017
2013	Politique du médicament □ Référent en antibiothérapie (décret)
2012	1er programme DGCS pour les EMS (obligation du DARI)
2011	Création de la COSPIN (DGOS) : commission de suivi des programmes de prévention (ES+ville)
2011	Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016
2010	Lutte contre les EIAS (décret GDR / LIN + circulaire du 18 nov. 2011)
2009	Loi HPST instaurant la nouvelle gouvernance
2009	IQSS Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins mise à disposition du public par les ES
2008	Création de la commission Sécurité du patient du HCSP
2006	Création des antennes régionales de la lutte contre les IN (Arlin) (arrêté)
2005	Transformation du CLIN en "instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les IN" (ordonnance de simplification du régime juridique des établissements et décrets 2006)
2005	Démarrage du tableau de bord et des indicateurs de suivi
2004	Création du CTINILS
2001	Création du RAISIN issu de la coopération entre les 5 Cclin et l'InVS
2001	Création du dispositif national du signalement des épisodes inhabituels ou phénomènes émergents concernant les infections nosocomiales (décret et circulaire)
1999 2000	Obligation de CLIN et EOH pour TOUT établissement de santé avant le 31 déc. 2001 (décrets et circulaires)

2015 : Propias
 2013 : ARS IDF 3 IHM
 2012: Mise en œuvre du document d'analyse du risque infectieux
 2012 : Circulaire DGCS/DGS no 2012-118 du 15 mars 2012 - Mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013
 2008 : 6^{ème} assises nationales des associations de médecins coordonnateurs questionnements / hygiène ?

Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins dans le secteur médico-social 2016/2018

Objectifs de l'instruction pour les EHPAD :

- Formalisation du DARI dans chaque établissement:
 - Plan d'actions prioritaires formalisé avant fin 2018
- Formation des professionnels avant fin 2017
- Information des personnels sur l'antibio-résistance, les BMR et BHRé
- Sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale
- Élaboration d'un plan de crise en cas d'épidémie (cellule de crise).
- Réseau Référents et Correspondants Hygiène

Historique ARS - IDF

DD 91 pilote en
2011

Aujourd'hui 11 IMH

1 dans le 75
2 dans le 77
2 dans le 78
2 dans le 91
1 dans le 92
1 dans le 93
1 dans le 94
1 dans 95

Arlin puis le Cpias
IDF

L'électrochoc Covid

- Mesures barrières - EPI
- Elimination des déchets - DASRI
- Bio nettoyage
- Unités Covid
- ...

2. Le bilan du CNEH

L'intervention du CNEH

La progression très rapide des cas groupés de COVID 19 en ESMS a fait ressortir dès le mois de mars un besoin d'appui et de conseil à ces derniers dans la maîtrise du risque infectieux, dans un contexte rendant particulièrement difficile la mise en œuvre des règles d'hygiène :

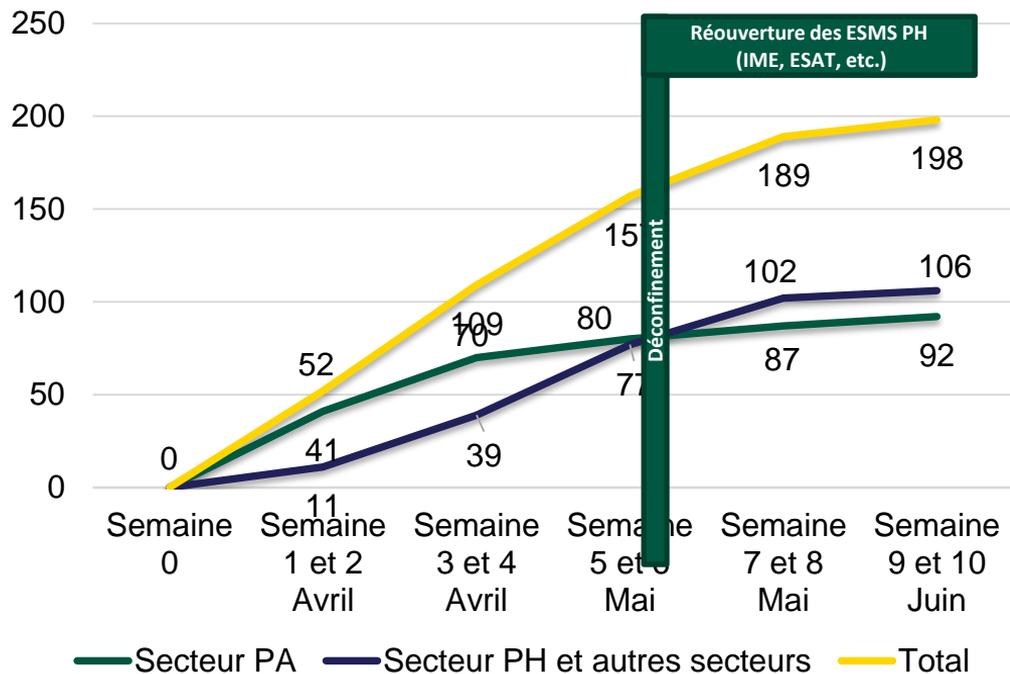
- manque de personnel et d'équipements individuels de protection,
- besoin de connaissances et compétences essentielles à la maîtrise du risque infectieux,
- locaux souvent peu adaptés,
- proximité des résidents et des soignants,...

Pour répondre à ce besoin, en appui des IMH, et des équipes de veille, l'ARS a sollicité le CNEH - Dispositif activé le 6 avril 2020.

Ce dispositif comporte 3 niveaux d'expertise –

- Niveau 1 : Conseil à distance par la cellule d'appui CNEH
 - Niveau 2 : Intervention des IMH-EOH : en priorité pour des interventions in situ et appui EHPAD
 - Niveau 3 : CPIas pour des interventions sur des situations complexes et un appui expert transverse
-

Une évolution logique dans les demandes d'intervention dans les secteurs PA/PH



- Une demande d'intervention en cohérence avec l'évolution de l'épidémie et les problématiques rencontrées par les établissements.

Difficultés rencontrées par les établissements PA

- Dès le début :
 - Un **manque accru de matériel** - un sentiment de culpabilité des professionnels face aux nombreux décès pouvant avoir eu comme conséquence la transmission par les professionnels eux-mêmes,
 - Un **manque de personnel majeur de toutes compétences** : administratif, hôtelier et soignant.
 - ✓ l'absence **d'IDE coordinatrice et/ou de Médecin coordonnateur** ont impacté l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels (après l'arrivée des EPI)
 - ✓ **Un manque de temps** pour les directeurs afin de trier et analyser les informations descendantes
 - Le **droit de retrait exercé par les personnels**
 - Au fil de la crise, **une régulation en matière de personnel**, les renforts RH mais d'autres problématiques en lien avec des compétences insuffisantes :
 - **infectieuse et prévention** (isolement, gestes barrières, organisation des soins Sur les spécificités du secteur médico-social : lieu de résidence, besoins des personnes âgées en matière d'assistance, de prévenance
 - **hôtelière** : ménage (stratégie, protocoles), restauration (vaisselle, service en salle, plateaux préparés, décontamination), circuit des déchets, circuit du linge et notamment des effets personnels. (protocoles ? à fréquence de l'entretien des surfaces (murs, locaux sanitaires, surcharge de travail dans un contexte de pénurie de personnel.)
-

Difficultés rencontrées par les établissements PA

- Au fil de la crise, il y a eu **une régulation en matière de personnel**, les renforts RH ont assuré une présence auprès des usagers, mais ont créé d'autres problématiques en lien avec des compétences insuffisantes :
 - Sur la problématique infectieuse et la prévention (isolement, gestes barrières, organisation globale des soins et services aux usagers)
 - Sur les spécificités du secteur médico-social : notion de lieu de résidence, besoins particuliers des personnes âgées en matière d'assistance, de prévention
 - Les difficultés concernant le **matériel** se sont déplacées, les établissements ont progressivement disposés de masques mais la pénurie s'est faite ressentir sur les tabliers à usage unique et les sacs hydrosolubles pour la gestion du linge
 - Enfin, de nombreux recours à la cellule ont concerné la **gestion hôtelière** : ménage (stratégie, protocoles), restauration (vaisselle, service en salle, plateaux préparés, décontamination), circuit des déchets, circuit du linge et notamment des effets personnels. Les questions les plus fréquentes ont eu pour sujet : les protocoles à appliquer, la fréquence de l'entretien des surfaces (murs, locaux sanitaires) mais aussi la façon d'assumer la surcharge de travail dans un contexte de pénurie de personnel.
-

Difficultés rencontrées par les établissements PA

- **La multiplication des doctrines**, et la génération de documents successifs de sources diverses sur le même sujet
 - La **sectorisation COVID** : évidente en théorie, souvent peu ou difficilement applicable.
 - architecture peu adaptée au déménagement des résidents et à la création d'un secteur « confiné »,
 - mise en œuvre complexe et décourageante par la multiplicité des opérations tiroirs nécessaires,
 - refus des résidents percevant ces changements d'espace de vie personnel comme agressants, déstabilisants.
 - **Inquiétude forte des équipes en lien avec les incertitudes** : l'appui téléphonique a comporté, quasiment systématiquement, une dimension de réassurance : « vous avez bien fait, vos réactions sont adaptées, nous restons à votre disposition, ... »
 - Concernant les **professionnels intervenant à domicile** le constat est :
 - Très forte diminution de l'activité avec de nombreuses personnes âgées laissées pour compte sans visite
 - Défaut de formation et d'information des professionnels sur le respect des mesures d'hygiène, les mesures barrière, l'emploi du matériel disponible
 - Crainte très importante induite autour du risque de contamination pour le professionnel et les personnes visitées et désarroi en lien avec la pénurie des équipements au début de l'épidémie
-

Ce qui a manqué dans les établissements PA

Le quotidien des établissements aurait pu être amélioré par les éléments suivants :

- **La disponibilité dès le début de la crise de matériels en quantité suffisantes** : masques chirurgicaux, surblouses, SHA, sacs hydrosolubles
 - **La maîtrise par toutes les catégories de personnels des gestes barrières et de l'emploi adapté des EPI**
 - **La compréhension des mécanismes de la contamination** pour éviter les contre-emplois, les idées fausses générant des fantasmes et des peurs irrationnelles
 - **Une gestion des personnels plus attentive** : identification des personnels « **à risque d'absentéisme** » fort pour les entendre et les aider à gérer leur situation personnelle, communication et information systématique quotidienne par de courtes réunions, véritable coaching d'équipe pour galvaniser, encourager et rassurer les personnels
 - **La présence d'experts sur le terrain par une disponibilité immédiate** pour analyser les pratiques et apporter un complément de réponse sur les observations faites et les diagnostics à distance. En effet la demande d'intervention sur site s'est révélée plus importante que l'offre potentielle
-

2. Les réflexions/objectifs de la direction de l'autonomie

Les réflexions de la direction de l'autonomie

- Concilier 3 objectifs :
 1. Hygiène
 2. Projet médical
 3. Projet de vie

- Un outil d'évaluation de la situation sanitaire pour les EMS
- Les unités Covid ou infectieuses
 - Unités Covid , Unités Covid éclatées, Zones Covid, SSR Covid
- Des webinaires
 - Gestion des risques: grille Alarm
 - Unités Covid /infectieuses
 - Projet de soins

« Seul on va plus vite,
ensemble on va plus loin »

