



ASSOCIATION  
DES RÉSIDENCES  
POUR PERSONNES AGÉES



# GESTION DES IAS EN EHPAD

## ROLE D'UN MEDECIN REFERENT D'UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE

Docteur Pierre BERT

Direction Médicale AREPA (MALAKOFF)  
Hôpital BROCA (Paris)

# AREPA

Association à but non lucratif régie par la Loi de 1901, créée en 1964 à l'initiative de la Société Centrale Immobilière de la Caisse des Dépôts et Consignations (SCIC)

42 Logements Foyers

2500 résidents - Moyenne d'âge = 80 ans

25 EHPAD

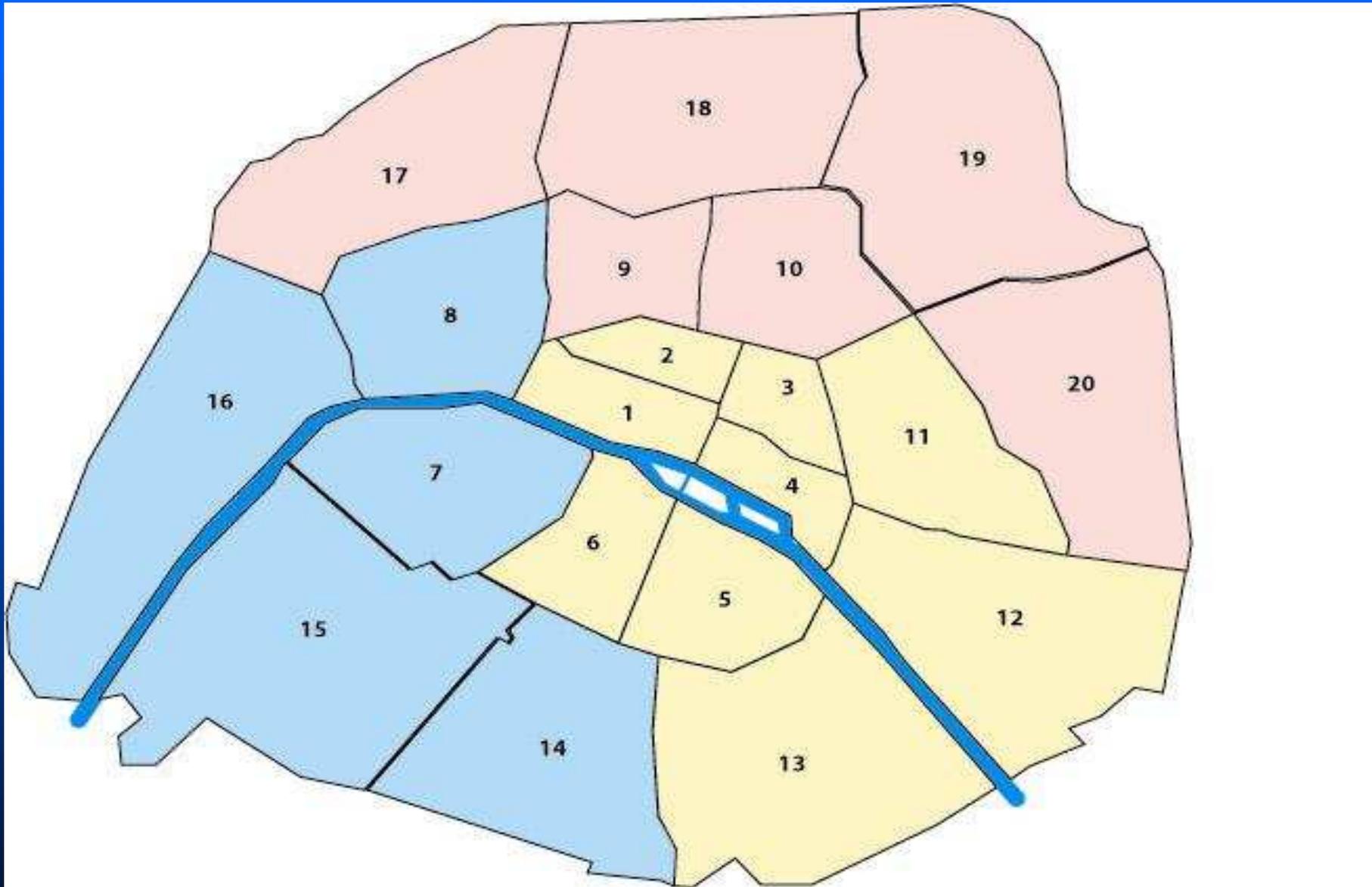
1800 résidents - Moyenne d'âge = 86 ans

2500 salariés ETP

SAM AREPA : 800 salariés / 2000 personnes âgées au domicile

2008 : création d'une Direction Médicale et d'une Direction des Soins

# EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE BROCA - PARIS SUD EST



■ Bretonneau - Bichat

■ Broca - Cochin - Hôtel Dieu

■ Européen Georges Pompidou

# OBJECTIFS DES EMGE

- Développer des liens entre les secteurs médico-social et sanitaire (filière gériatrique territoriale)
- Limiter le passage par les urgences et favoriser les hospitalisations directes et programmées
- Soutien du Médecin Coordonnateur et de l'Equipe Soignante
- Echanges de pratiques et partage des connaissances pour diffusion d'une culture gériatrique

# LES MISSIONS DE L' EMGE

- Missions d'animation sur un territoire
- Missions d'expertise et/ou d'intervention sur site
- Missions de régulation
- Missions de veille sanitaire et médico-sociale

## DEFINITION DES IAS (CTINILS, 2007)

Le CTINILS propose, qu'à l'instar des pays anglo-saxons et de la Commission européenne, soit utilisé le concept d' Infection Associée aux Soins (IAS), qui englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large.

Le terme « associée aux soins » est préféré à « liée au soins », car il n'implique pas d'interprétation sur la causalité.

L'IAS comprend donc l' « infection nosocomiale » (IN qui garde le sens de « contractée dans un établissement de santé »), et recouvre également les soins délivrés en dehors des établissements de santé, au sens large.

# LE CHAMP DES IAS

- Sont susceptibles d'être concernés, outre les structures de soins aigus ou de courte durée (liste non limitative) :
- les hôpitaux de jour et de nuit,
- les consultations ambulatoires,
- les services de soins de suite ou de réadaptation,
- les unités de soins de longue durée,
- les établissements de psychiatrie,
- les maisons d'enfants à caractère sanitaire et social,
- les centres d'hémodialyse,
- les dispensaires de soins,
- les services de la protection maternelle et infantile (PMI),
- les services ou établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou réseaux de soins,
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- les laboratoires de ville et les centres de dépistage VIH/VHC,
- les cabinets des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, chirurgiens dentistes, sage-femmes, kinésithérapeutes, cabinets de radiologie,...),
- les ambulances, véhicules des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),
- le domicile des patients (consultation à domicile) ou tout autre lieu public (accident de la voie publique) ou privé au sein duquel peut être régulièrement, occasionnellement ou exceptionnellement délivré un acte de soins.

# L'EHPAD : lieu complexe ... aux multiples contraintes mais aussi possibilités !

Lieu de vie et lieu de soins

Population hébergée particulièrement à risque d'infections

EHPAD = communauté « ouverte » et à géométrie variable !

- résidents, familles, amis ...
- personnel salarié (administratif et soignant)
- professionnels libéraux
- bénévoles
- visiteurs
- personnels des sociétés prestataires et sous-traitantes ...
- mouvements extra  intra

PREVALENCE ELEVEE DES INFECTIONS

(INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES +++)

DDASS = PROMOTION DEMARCHE QUALITE DES SOINS (CONVENTIONS  
TRIPARTITES) AVEC PRISE EN COMPTE DU RISQUE INFECTIEUX +++

## Quelques Missions du Médecin Coordonnateur ...

### Décret no 2005-560 du 27 mai 2005

5° « il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins »

7° « il contribue à la mise en oeuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement »

8° « il élabore un dossier type de soins »

### Décret no 2007-547 du 11 avril 2007

12° « il identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques.»

**UNE SITUATION VECUE ...**

**SURVENUE DE 14 CAS DE PNEUMOPATHIES  
SEVERES A PNEUMOCOQUE EN 1 MOIS  
DONT 9 DECES**

## LE DECOR ...

### 132 PLACES SUR 3 ETAGES

- RDC: 1 Aile de 17 résidents et 1 CANTOU de 9 personnes
- 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> étage : 3 Ailes de 15 résidents
- Un bâtiment annexe dit « Cantou Extérieur » de 16 résidents avec une petite infirmerie

### LE PERSONNEL SALARIE:

- 0,8 ETP de Médecin Coordonnateur (0,4 effectif)
- 6 ETP IDE
- 22 ETP AS (4 ETP la nuit)

17 médecins libéraux

### LES RESIDENTS:

81% de femmes

Age Moyen = 90 ans

DMS = 3,5 ans

20 DC/an en moyenne

Décembre 2007-Janvier 2008 = 10 DC

# CHRONIQUE DES EVENEMENTS ...

1<sup>er</sup> cas diagnostiqué le 08/12/2007

14<sup>ème</sup> cas diagnostiqué le 10/01/2008

→ durée totale de l'épidémie de 34 jours

## Caractéristiques générales des malades:

- Sex ratio = 0,21
- Moyenne d'âge = 92 ans avec un âge médian de 94 ans
- un intervalle interquartile de 10 ans (Q1=88 ans et Q3= 98,75 ans)
- GIR moyen = 2

## Caractéristiques

## Effectif

## %

Dénutrition

8

57%

Déshydratation

10

71%

Pathologie BP

3

21%

Vaccination antigrippale

14

100%

Vaccination antipneumoc

0

0

Forme sévère

13

93%

# LE SIGNALEMENT DE L'ÉPIDÉMIE

1<sup>ère</sup> semaine de février 2008

La gravité des infections (9 hospitalisations nécessaires / 64% des cas) et la létalité associée (4 décès directement attribuables et 5 décès à distance) ont conduit le Médecin Coordonnateur de l'EHPAD à signaler l'épidémie au Médecin Référent Gériatrique

→ Constatation des mesures prises dans la résidence:

- \* renforcement et information du personnel sur l'hygiène des mains
- \* nettoyage des rampes et barrières à l'aide de lingettes désinfectantes
- \* mesures barrières

→ Constatation des mesures non prises :

- \* absence de signalement au CCLIN
- \* retard de signalement au Médecin Référent Gériatrique
- \* absence de vaccination antipneumococcique des résidents
- \* absence de traçabilité des consultations et des soins
- \* aucune couverture vaccinale anti-grippale du personnel

# MESURES ET PROPOSITIONS PRISES PAR LE MEDECIN REFERENT GERIATRIQUE

SIGNALEMENT AU CCLIN PARIS NORD POUR ETUDE DE L'EPIDEMIE

→ Visite de l'équipe du CCLIN le 26 février 2008

## Conclusion et recommandations du CCLIN Paris Nord

- Personne source : membre du personnel (et non la résidente suspectée initialement)
- Transmission secondaire de résidents à résidents
- Recommandations émises :
  - \* vaccination antipneumococcique tous les 5 ans
  - \* amélioration de la traçabilité des consultations médicales, des prescriptions et des soins infirmiers
  - \* vaccination antigrippale du personnel
  - \* renforcement de l'hygiène des mains des personnels et des résidents
  - \* éviction précoce des personnels malades (ou port du masque si éviction impossible)

# ACTIONS ULTERIEURES DU MEDECIN REFERENT GERIATRE SUR LA BASE DU RAPPORT DU CCLIN

## 1- Elaboration du guide méthodologique du dossier du résident:

dossier administratif, médical, de soins et de vie sociale

Quoi ? Qui ? Comment ?

Objectif : Amélioration de la traçabilité des consultations médicales, des prescriptions et des soins

## 2- Elaboration des protocoles de soins et des procédures d'hygiène (en lien avec le CCLIN)

- 4 réunions des médecins coordonnateurs sur le territoire
- 4 réunions des Cadres de Santé/IDEC sur le territoire
- Formation continue du personnel dans l'établissement

## 3- Mise en place de la procédure de déclaration de cas groupés d'IRA

## 4- Campagne de Vaccination contre la Grippe Saisonnière du personnel avec facilitation de la vaccination

## 5- Diffusion du site du CCLIN à l'ensemble des Médecins Coordonnateurs et Cadres de Santé / IDEC

## 6- Rappel des recommandations vaccinales chez les résidents et le personnel (en lien avec le Médecin du Travail)

# ROLE DU MEDECIN GERIATRE REFERENT

## CONCLUSION

### PARTENARIAT ETROIT AVEC DIRECTEUR / MEDECIN CO / CADRE-IDEC /MEDECIN DU TRAVAIL

- Aide à l'Evaluation Gériatrique (prévention et traitement des états morbides)
- Recommandations sur les bonnes pratiques d'hygiène de base,
- Recommandations sur les bonnes pratiques d'hygiène des soins,
- Recommandations sur la traçabilité des consultations, des prescriptions et des soins
- Recommandations sur l'optimisation de l'organisation des circuits (ex : circuit du médicament)
- Aide à la formation du personnel à l'hygiène et au risque infectieux (formation initiale et continue)
- Incitation et soutien dans l'évaluation des pratiques professionnelles
- Incitation au travail en réseau avec l'aide du CCLIN
- Facilitation pour l'inscription de l'EHPAD dans la filière gériatrique du territoire (conventions, outils de communication web ...)