



# **Bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013**

**par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

Réalisé par Anne-Marie TAHRAT, chargée de mission  
Service des politiques d'appui de la DGCS  
avec la contribution pour la gestion informatique de l'enquête  
de Gaëlle LAVANANT  
Mission management de l'Information et gouvernance des Systèmes d'Information  
de la DGCS

**mai 2015**

## Synthèse

La gestion du risque infectieux dans le secteur médico-social constitue un enjeu important de santé publique en raison de la vulnérabilité particulière des résidents des établissements médico-sociaux (EMS), mais aussi de la possible transmission d'agents infectieux d'un secteur à l'autre lors du parcours de soins ou du retentissement sur les autres secteurs de l'offre de soins (ex : tensions hospitalières lors d'épidémies de grippe saisonnière).

Ce rapport présente le bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, qui constitue la déclinaison pour ce secteur du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

Ce programme, diffusé aux agences régionales de santé (ARS) par la circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012, vise à mobiliser les équipes des 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.

Les établissements concernés par ce premier programme sont les établissements pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD), les établissements où résident des personnes handicapées recevant des soins lourds, les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM). Il prévoit à la fin du programme et après évaluation de sa mise en œuvre, une éventuelle extension à d'autres établissements du secteur handicapés notamment aux établissements d'enfants.

Prenant en compte les spécificités du secteur médico-social et notamment le moindre encadrement en personnel de santé des résidents des établissements médico-sociaux concernés qu'en établissement de santé le programme 2011-13 dans le secteur fixe pas des règles détaillées applicables uniformément à tous les établissements, mais vise à promouvoir une démarche permettant à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'élaborer ou d'adapter son programme d'action.

Pour aider les établissements dans cette démarche, celle-ci a été formalisée dans un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) et des outils ont été mis à leur disposition : le manuel national d'auto-appréciation du niveau de maîtrise du risque infectieux en EHPAD, (adapté secondairement pour les MAS/FAM) du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalières (GREPHH), ainsi que des fiches techniques pour répondre aux critères du manuel élaborées par un groupe de travail inter-CCLIN (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales).

La mise en œuvre opérationnelle du programme est placée sous l'autorité des directeurs généraux des Agences Régionales de Santé qui présentent le programme et ses outils aux établissements, en lien avec les acteurs ou experts régionaux près de l'ARS qui pourront être sollicités par les établissements pour un accompagnement méthodologique. L'objectif est de parvenir à ce que l'ensemble des établissements concernés s'engagent dans la démarche, d'une part, en formalisant leur DARI et d'autre part, en mettant en place les mesures organisationnelles propres à soutenir la mobilisation de leurs équipes et à réagir de manière adaptée à la survenue d'éventuels phénomènes épidémiques.

Le bilan de la mise en œuvre du programme a été réalisé à partir des multiples échanges avec les professionnels des CCLIN/ARLIN et les professionnels des EMS, à l'occasion notamment des journées régionales organisées par les ARS et les CCLIN/ARLIN (Cf. annexe n° 5) et par l'exploitation des données transmises par les 23 ARS (sur 26) qui ont répondu via l'outil de gestion d'enquête CINODE.

Les actions de promotion et d'accompagnement du programme par les ARS sont présentées dans la partie 3 du rapport. On constate que les ARS ont fortement mobilisé les ARLIN pour collaborer à la mise en œuvre opérationnelle du programme, allant parfois jusqu'à une délégation totale des actions.

Des **sessions de présentation du programme et de ses outils** ont été organisées dans toutes les régions, permettant ainsi de sensibiliser près de la moitié des établissements au risque infectieux.

La **formation** constitue une demande forte et récurrente des professionnels des EMS. 19 régions ont organisé des sessions de formation. Néanmoins, la situation demeure hétérogène selon les ARS, au regard du nombre de sessions organisées et du calendrier. Certaines ARS n'ont à ce jour organisé aucune formation. Par ailleurs, les modalités sont variables allant de sessions régionales ou départementales réunissant un grand nombre de participants à des petites sessions réunissant un nombre limité de stagiaires ou encore des sessions sur site. Dans un contexte de rareté des ressources humaines tant au niveau des EMS que des ARLIN, on peut s'interroger sur la pertinence de la tenue de formation regroupant un faible nombre de participants. Un recours à l'« e-formation » pourrait ainsi être envisagé, utilisant des séquences vidéo courtes aisément accessibles sur internet. Il convient enfin d'être attentif au contenu des formations qui doit être plus adapté au public ciblé et aux objectifs à atteindre.

Le **besoin d'outils** simple et adapté est unanimement exprimé par les professionnels des EMS qui n'ont ni les compétences dans le domaine, ni le temps pour rédiger des procédures. 22 sur 23 ARS répondantes indiquent avoir développé ces dispositifs. La production d'outils par les ARS, le réseau des CCLIN/ARLIN et d'autres opérateurs comme les OMEDIT a été intense dans ce domaine. Aujourd'hui, les outils sont nombreux et variés et couvrent quasiment tous les sujets. Il convient désormais de mieux les faire connaître.

**L'accompagnement** des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux constitue le levier essentiel de leur engagement.

En l'état actuel des moyens et l'absence quasi-générale de compétences internes en hygiène, si les EMS ne sont pas accompagnés, ils ne parviennent pas à s'engager dans la démarche. 18 ARS sur 23 indiquent avoir organisé un accompagnement des EMS pour élaborer leur DARI. Mais l'analyse des modalités de cet accompagnement montre que la situation est très contrastée entre les régions.

Les réponses laissent en effet apparaître deux situations très tranchées :

- Soit l'accompagnement repose entièrement et uniquement sur l'ARLIN, dont les possibilités sont très limitées car dépendantes à la fois de ses capacités (ETP disponibles) et de sa marge de disponibilité au regard de ses autres missions. Il ne peut donc pas se rendre sur site ou seulement dans un nombre très limité d'EMS.
- Soit l'accompagnement par les ARLIN est renforcé par du personnel hygiéniste supplémentaire financé par l'ARS ou directement dans le cadre d'un dispositif d'appui territorialisé et la dynamique s'enclenche alors de manière assez spectaculaire au regard du pourcentage d'EMS ayant réalisé leur DARI.

Avec la mise en place de ces dispositifs expérimentaux d'appui territorialisé, de configurations très diverses, mobilisant selon les possibilités locales différents acteurs, il s'agit pour les ARS d'apporter aux EMS l'expertise en hygiène qui leur fait défaut. Mais ces dispositifs sont fragiles car financés le plus souvent par des crédits non pérennes. Un retour d'expérience partagé inter acteurs au niveau national, régional ou local de ces dispositifs serait de nature à ouvrir des pistes de réflexion pour le futur programme (PROPIAS).

L'état des lieux de **l'engagement des EMS** dans la démarche d'analyse du risque infectieux présenté dans la partie 4 du rapport, **apparaît très hétérogène** selon les régions et à l'intérieur même des régions.

Un nombre important d'ARS ne peut indiquer à la date de l'enquête, à quel stade en sont les EMS de leur territoire, ni quelles mesures organisationnelles ont pu être mises en place, n'ayant pas directement le retour des DARI, ceux-ci ayant vocation à être utilisés dans le cadre de l'évaluation interne, procédure échelonnée dans le temps en fonction des dates d'autorisation.

S'agissant du pourcentage des EMS qui ont réalisé leur DARI, l'enquête ne permet pas de disposer de beaucoup de données chiffrées. Toutefois, selon les professionnels des ARLIN à l'occasion du retour d'expérience réalisé à la DGCS en janvier 2014, il ressort plusieurs tendances compatibles avec les premières données de l'enquête, à savoir :

- les EHPAD sont plus avancés dans la démarche que les MAS/FAM sensibilisés plus tardivement à ce risque,
- en moyenne, la situation nationale se répartit en trois tiers :
  - un tiers d'EMS ont réalisé leur DARI,
  - un tiers sont en cours de réalisation mais souvent bloqués au stade de l'auto-évaluation et nécessitant un accompagnement par les ARLIN pour passer à la formalisation du plan d'actions,
  - un tiers d'EMS ne sont pas encore engagés dans la démarche.

La mise en place des mesures organisationnelles constitue un axe de progrès important pour les établissements. Les mieux assurés sont dans les EHPAD avec la désignation d'un responsable mandaté pour conduire la démarche et l'élaboration d'un plan de crise. Le comité de suivi n'est pas souvent mis en place et moins encore la politique de surveillance.

L'enquête montre que les EMS ont rarement conventionné avec une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et les commentaires des ARS/ARLIN l'expliquent par la saturation des équipes par le travail hospitalier. C'est notamment cet état de fait qui a conduit les ARS à rechercher d'autres moyens pour permettre aux EMS d'accéder à l'indispensable expertise en hygiène et à financer des dispositifs d'appui territorialisés.

S'agissant des contraintes relatives à l'engagement des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux, la partie 4.4 du rapport montre que si les aspects financiers et les contraintes organisationnelles sont toujours évoqués pour expliquer les difficultés sur le terrain, les contraintes sociotechniques paraissent prédominantes. C'est au regard des contraintes de moyens que certaines ARS répondant sur la question de l'extension du champ des EMS concernés, se prononcent défavorablement, même si les besoins d'accompagnement des structures des enfants handicapés sont présentés à l'esprit de tous. Ce point délicat nécessite de poursuivre la réflexion avec les professionnels du secteur des personnes handicapées pour étudier quelles pourraient être les solutions d'une prise en compte adaptée du risque infectieux.

Les thèmes abordés dans les suggestions des ARS pour la suite du programme, reprennent souvent les contraintes déjà citées : prendre en compte de la réalité du terrain, assurer le financement du programme, permettre l'accès à l'expertise en hygiène et optimiser le travail inter acteurs dans l'accompagnement des EMS.

Au total, si le bilan de ce premier programme fait apparaître une hétérogénéité dans l'engagement des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux, il démontre qu'une **dynamique s'est** engagée sur le terrain, grâce à l'action conjuguée des acteurs au niveau des EMS et des experts régionaux qui leur apporte un appui **méthodologique** indispensable, soutenue par une politique régionale souvent volontariste des ARS.

## Table des matières

<b>1. Le cadre</b> .....	<b>7</b>
<b>2. La démarche</b> .....	<b>8</b>
2.1 L'enquête CINODE .....	8
2.2 Les réponses reçues et leur exploitation.....	9
2.3 La répartition des établissements par région.....	9
<b>3. Les actions de promotion et d'accompagnement du programme par les ARS</b> .....	<b>10</b>
3.1 Sessions de présentation aux EMS du programme et de ses outils.....	10
3.2 Organisation de formations pour les professionnels des EMS .....	12
• L'organisation des formations .....	12
• Le nombre de sessions de formation .....	12
• La date de début des formations.....	12
• Les thématiques abordées et le nombre de professionnels participants.....	13
• Le nombre de professionnels formés.....	13
3.3 Développement d'outils .....	15
3.4 Organisation d'un accompagnement des EMS pour élaborer leur DARI .....	17
3.5 Mise en place d'un dispositif territorialisé d'appui aux EMS .....	18
<b>4 L'engagement des EMS dans la démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux</b> .	<b>22</b>
4.1 La réalisation du DARI.....	23
4.2 Les mesures organisationnelles.....	26
4.3 La prise en compte de la gestion du risque infectieux dans les conventions tripartites et les CPOM .....	27
4.4 Les principales contraintes identifiées pour la mise en œuvre du programme par les EMS .....	27
<b>5. Les perspectives</b> .....	<b>29</b>
5.1 Avis des ARS sur l'extension du champ concerné .....	29
5.2 Suggestions des ARS à la lumière de leur retour d'expérience.....	30
<b>Annexes</b> .....	<b>34</b>
Annexe 1 : Questionnaire .....	34
Annexe 2 : Répartition des établissements médico-sociaux dans les régions.....	39
Annexe 3 : Action des ARS.....	40
Annexe 4 : Engagement des établissements médico-sociaux dans la démarche .....	44
Annexe 5 : Liste des réunions en régions .....	50
Annexe 6 : Liste des sigles .....	51

## 1. Le cadre

Le présent rapport vise à réaliser le bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, afin d'en tirer les enseignements utiles à intégrer dans la rédaction du programme suivant.

Ce programme, qui est le premier programme pour le secteur médico-social, a constitué la déclinaison du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins élaboré par la Direction générale de la santé qui s'est appuyée sur trois orientations pour développer une politique globale de prévention des infections associées aux soins (IAS) :

- confronter l'expérience des établissements de santé aux autres secteurs de soins,
- adapter l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités des catégories d'établissements, dont les établissements médico-sociaux (EMS),
- régionaliser la mise en œuvre de la politique de gestion des risques associés aux soins.

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social a été diffusé aux agences régionales de santé (ARS) par la [circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012](#). Il ne concernait que les établissements hébergeant les adultes les plus vulnérables : les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les établissements où résident des personnes handicapées recevant des soins lourds, les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM). Il prévoyait à la fin du programme et après évaluation de sa mise en œuvre, une éventuelle extension aux établissements recevant des enfants handicapés.

L'enjeu de ce programme était donc, conformément au plan stratégique national, de mobiliser les équipes de ces établissements 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.

Les spécificités du secteur médico-social ont été prises en compte dans la construction du programme. Ce secteur regroupe en effet un grand nombre de structures, souvent de taille modeste (86 places en moyenne pour un EHPAD). Certaines peuvent bénéficier de ressources ou de compétences de l'établissement de santé ou du groupe auquel elles sont adossées, mais les structures autonomes ne peuvent compter que sur leurs moyens propres. Ces établissements sont par ailleurs avant tout des lieux de vie, où par conséquent, la majorité des personnels au lit du résident ne sont pas des soignants, la médicalisation étant assurée de manière individualisée par l'intervention de multiples professionnels libéraux. Enfin, la vie en collectivité fermée et avec de nombreux contacts rapprochés entre les résidents et les personnels, à l'occasion de l'aide à la vie quotidienne et des soins, peut favoriser la transmission des germes et la survenue d'épidémies.

La stratégie retenue a été de proposer aux établissements d'inscrire leur action dans une démarche d'analyse de risque qui permette à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque et de le gérer, c'est à dire de mettre en place un programme d'actions prioritaires.

Pour aider les établissements dans cette démarche, celle-ci a été formalisée dans un document d'analyse du risque infectieux (DARI) et des outils ont été mis à leur disposition : le manuel national d'auto-appréciation du niveau de maîtrise du risque infectieux en EHPAD (adapté secondairement pour les MAS/FAM) du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalières (GREPHH), ainsi que des fiches techniques et des documents d'aide élaborées par un groupe de travail inter-CCLIN (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) pour répondre aux critères du manuel (une version 2, élaborée en 2013 avec la collaboration de professionnels du secteur, est disponible depuis).

La démarche d'analyse de risque est en cohérence avec celle de l'amélioration continue de la qualité, objectif de la procédure d'évaluation interne concernant tous les EMS.

## 2. La démarche

Le bilan de la mise en œuvre du programme est réalisé d'une part, à partir d'échanges avec les professionnels des EMS à l'occasion notamment des journées régionales annuelles organisées par les ARS et les CCLIN/ARLIN (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales) et avec les professionnels des CCLIN/ARLIN, notamment lors de la journée de retour d'expérience organisée à la DGCS le 22 janvier 2014 et, d'autre part, de l'exploitation des réponses des ARS à une enquête nationale.

Les données générales synthétisées à partir des réponses au questionnaire sont peu nombreuses et très disparates d'une ARS à l'autre. Si elles ne permettent pas d'avoir une vision très précise de la réalité de l'action des ARS/ARLIN, ni a fortiori celle des EMS, elles fournissent cependant les grandes tendances ainsi que certaines informations utiles pour tracer les lignes de progression à venir pour la maîtrise du risque infectieux dans le secteur médico-social

### 2.1 L'enquête CINODE

Cette enquête avait pour objectifs de permettre à la DGCS d'une part, d'apprécier le niveau d'engagement dans la démarche d'analyse du risque infectieux des EMS concernés et d'autre part de capitaliser les expériences des ARS dans l'accompagnement de ces établissements.

S'agissant du premier point, afin de ne pas peser sur leur charge de travail, il avait été spécifié aux ARS qu'il n'était pas nécessaire de relancer les établissements concernés, mais simplement de noter les données dont elles (ARS/ARLIN) disposaient actuellement ; c'est pourquoi les questions étaient très ouvertes, laissant aux ARS la possibilité de répondre « je ne sais pas » à certains items.

Sur le second point, ce questionnaire visait à connaître les actions qui se sont mises en place (ou vont se mettre en place) sur tout ou partie du territoire régional et de mesurer l'ampleur des dynamiques impulsées sur le terrain.

Le projet de questionnaire CINODE de remontée des données ARS a été transmis pour avis aux ARS référentes et aux administrations centrales concernées : Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

L'enquête a été validée par le Conseil national de pilotage (CNP) des ARS le 24 octobre 2014 et diffusée aux directeurs généraux d'ARS le même jour.

Le questionnaire, figurant en annexe n°1, est organisé en quatre parties :

- Les actions de promotion et d'accompagnement du programme par les ARS,
- Les statistiques relatives aux EMS concernés dans chaque région : EHPAD-MAS et FAM,
- L'engagement des EMS dans la démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux,
- Les perspectives vues par les ARS.

Ce questionnaire comprend des questions fermées et/ou ouvertes ainsi que des espaces de commentaires libres afin de mieux capitaliser les expériences de chaque ARS. S'agissant des questions relatives aux actions menées par les ARS, il s'agissait de décrire les différentes actions mises en place au niveau de la région par l'ARS et/ou l'ARLIN.

## 2.2 Les réponses reçues et leur exploitation

23 ARS ont répondu au questionnaire, la plupart au-delà de la date limite, ce qui a nécessité plusieurs messages collectifs ou individuels de relance. Certaines ARS ont envoyé le questionnaire aux EMS. Malgré les relances, trois ARS n'ont pas répondu.

La remontée des informations s'est faite par la saisie en ligne des données régionales par la personne désignée par le directeur général de l'ARS pour renseigner et valider le formulaire. La forme régionale du questionnaire a posé à certaines ARS des problèmes d'homogénéisation des réponses, notamment dans les grandes régions lorsque la mise en œuvre du programme était hétérogène selon les délégations ou unités territoriales. Par conséquent, certaines ARS ont parallèlement au retour du questionnaire, envoyé des documents ou transmis par mél ou téléphone des informations complémentaires qui ont été prises en compte dans l'analyse.

Trois tableaux (annexes n° 2-3 et 4) synthétisant les réponses aux questions fermées sont insérés dans les annexes. Les commentaires libres ainsi que les réponses aux questions ouvertes sont traités dans le corps du rapport. Dans ces tableaux, les ARS sont regroupées en cinq catégories selon des critères déterminés par la Direction finances, achats et services (DFAS), notamment le nombre d'habitants sur leur territoire de compétence.

## 2.3 La répartition des établissements par région

Le regroupement par catégories d'ARS montre que le nombre d'EMS concernés varie de quelques dizaines dans les petites régions d'outre-mer (le maximum étant de vingt-neuf en Martinique) à plusieurs centaines, de l'ordre de cinq cents à huit cents pour les régions de catégories 1 et 2 (le maximum étant de huit cent soixante-dix en Ile de France ), de l'ordre de 300 à 400 en catégorie 3, de 100 à 200 en catégorie 4 avec dans cette dernière un minimum de 32 en Corse.

Ces chiffres sont à corrélés d'une part, aux effectifs affectés à la mise en œuvre du programme en ARS et dans les ARLIN et d'autre part, aux moyens des autres structures ressources existantes possiblement mobilisables par l'ARS : équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), cellule de l'Institut de veille sanitaire

en région (Cire), réseau régional des hygiénistes, observatoire des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT), structure régionale d'évaluation et d'appui (SRE).

S'agissant des EMS concernés, la plupart des EHPAD, qui représentent 83% des établissements pour les ARS répondantes, sont engagés depuis 2009 dans la gestion du risque infectieux, accompagnés par le réseau des CCLIN-ARLIN, alors que les MAS-FAM ne le sont que depuis le présent programme.

Selon les professionnels de terrain, les EMS adossés à un établissement de santé (13% de l'ensemble) se sont plus facilement engagés dans la démarche, car pouvant bénéficier de son expérience et de ses diverses compétences hospitalières mobilisables (qualiticien, gestionnaire de risque, hygiénistes, infectiologues, gériatres, nutritionnistes). Dans la même logique, les établissements privés adossés à un groupe ont pu bénéficier des ressources du siège, notamment des compétences disponibles. Les établissements autonomes ou isolés connaissent plus de difficultés et ont besoin d'un accompagnement plus important par l'ARS.

### **3. Les actions de promotion et d'accompagnement du programme par les ARS**

Par les dispositions de la circulaire interministérielle du 15 mars 2012, il était demandé aux ARS d'organiser des sessions départementales ou régionales pour présenter le programme et ses outils aux EMS en lien avec les experts régionaux susceptibles d'être sollicités par les établissements pour un accompagnement méthodologique.

#### **3.1 Sessions de présentation aux EMS du programme et de ses outils**

Dans leurs commentaires littéraires, certaines ARS ne font parfois pas la distinction entre l'item du questionnaire relatif aux réunions de présentation du programme et le suivant, relatif aux journées de formation. Quoiqu'il en soit, le programme et les outils ont été présentés aux EMS dans toutes les régions (pour 23 ARS ayant répondu au questionnaire). L'ARLIN est toujours associée à ces sessions, l'animation lui est parfois (dans 10 régions) entièrement déléguée par l'ARS.

Selon la taille de la région, ces sessions, le plus souvent une à deux, ont été organisées soit au niveau régional, soit au niveau de chaque département, ce qui signifie une forte mobilisation des ARS/ARLIN (ex : sept journées de présentation du DARI et des outils en Aquitaine ou 12 réunions départementales en Midi-Pyrénées).

L'ARS d'Ile-de-France de son côté signale qu'il n'y a pas encore pu y avoir de session de présentation du programme dans deux délégations territoriales sur huit.

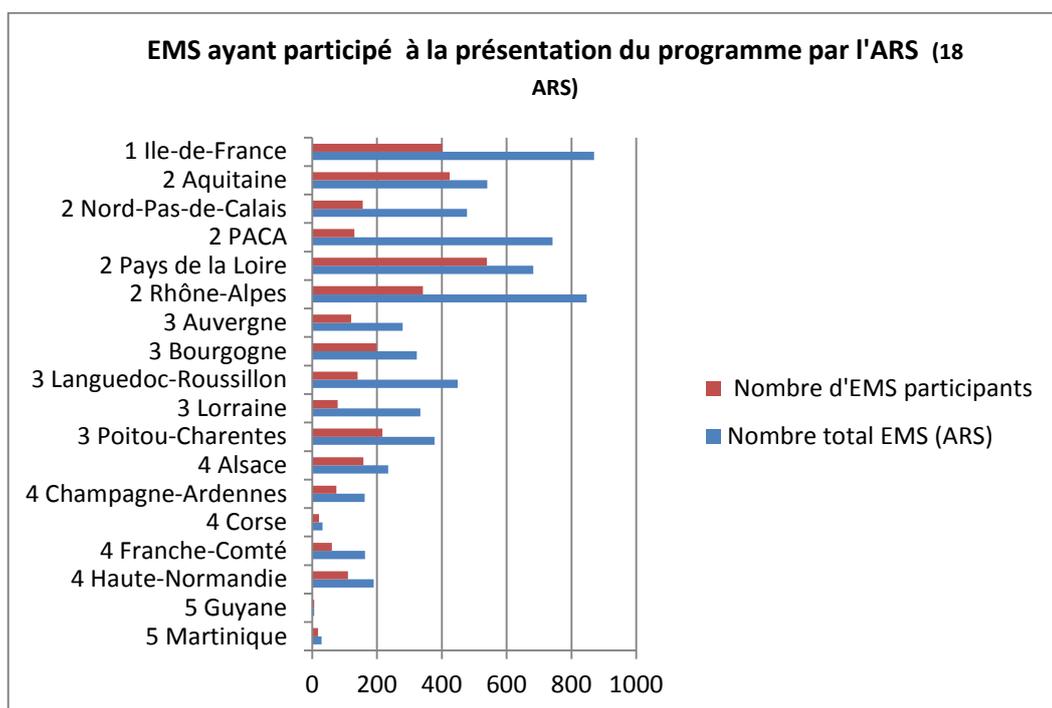
En outre-mer, en lien avec le faible nombre de structures, des présentations individuelles directement sur site ont parfois pu être faites (ex en Martinique pour neuf des vingt-trois EHPAD, ou en Guyane pour un établissement ouvert en 2014).

D'autres partenaires sont parfois associés à ces présentations comme le centre hospitalier universitaire et la CIRE Sud en Corse ou l'URAPEI lors de la réunion organisée en Lorraine pour les MAS/FAM. Certaines de ces sessions sont organisées dans le cadre du réseau régional ou interrégional d'hygiène (ex : Basse-Normandie, Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA)). Dans la majorité des cas, l'ensemble des établissements médico-sociaux (EMS) ont été conviés. Parfois des sessions ont été spécifiquement organisées pour les MAS/ FAM (ex en Bourgogne ou en Lorraine). Sur le nombre d'EMS participants à ces sessions, pour les dix-huit ARS sur vingt-trois qui ont répondu à la question, trois mille cent quatre-vingt-treize EMS ont participé, ce qui représente 47,4 % des six mille sept cent trente-sept établissements concernés. Considérant les non répondants, **ce premier programme aura donc permis de sensibiliser près de la moitié des établissements du secteur au risque infectieux.**

Sur le nombre de professionnels, pour 21 ARS sur 23 qui ont répondu à cette question, ces sessions de présentation du programme ont réuni sept mille quatre cent soixante professionnels, soit environ deux personnes par établissement.

La question n'était pas posée sur la typologie des participants. Une ARS indique cependant que les professionnels invités sont les directeurs, médecins coordonnateurs et cadres, sans que l'on sache quels sont les catégories de professionnels ayant effectivement pu participer.

Graphique n° 1 : Nombre d'EMS ayant participé aux sessions de présentation du programme



Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

## 3.2 Organisation de formations pour les professionnels des EMS

---

### ● L'organisation des formations

Il a été nécessaire de réinterpréter les réponses à certaines questions ou interroger quelques ARS pour tenir compte de discordances entre les données relatives aux questions fermées et les commentaires littéraires. Ainsi par exemple, (au regard du tableau relatif à l'action des ARS en annexe 3), 15 régions ont indiqué avoir organisé des sessions de formations, alors qu'en fait des formations ont également eu lieu dans quatre autres régions : PACA, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes et Lorraine (la cause en est notamment la forme du questionnaire pouvant prêter à une double interprétation, soit organisation par l'ARS seule soit organisation par l'ensemble « ARS/ARLIN »).

De plus, comme indiqué ci-dessus, la frontière n'est pas bien marquée entre les réponses relatives aux sessions de formation et aux sessions de présentation du programme et des outils. L'analyse des commentaires littéraires montrent qu'en réalité, les sessions de formation sont plus nombreuses qu'à la seule lecture des réponses mentionnées dans le tableau. Au total, ce sont donc 19 régions sur les 23 qui ont répondu au questionnaire qui ont organisé des formations.

### ● Le nombre de sessions de formation

On ne peut reconstituer le nombre précis des sessions de formations, car d'une part, 4 régions ne les ont pas comptabilisées et d'autre part, les modalités d'organisation sont très différentes entre des séances de formation en amphithéâtre (à l'occasion par exemple de colloques ou lors des quasi générales journées annuelles de prévention en EMS organisées par le réseau des CCLIN-ARLIN) et les nombreuses sessions organisées pour des groupes limités de stagiaires sur des thématiques données, voire des formations réalisées in situ par certains ARLIN à la demande de certains établissements ou par des infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat (IDE) territorialisé(e)s intervenant dans le cadre de dispositifs d'appui de mis en place par certaines ARS.

On s'en tiendra donc au seul décompte du tableau renseigné par les ARS, soit 140 sessions organisées par 11 régions répondantes. Cette information, sans doute sous évaluée, reflète par ailleurs bien la disparité de l'action menée en matière de formation par les régions : de 1 à 45 sessions de formation. Cette disparité étant sans lien avec la taille des régions.

### ● La date de début des formations

Avec la mise en place du premier programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, des formations organisées le plus souvent conjointement par l'ARS et l'ARLIN, ont été proposées aux EMS. La situation est assez disparate selon les ARS : on relève quelques sessions organisées dès 2011, mais la plupart n'ont commencé qu'en 2013 ou 2014. Certaines ARS n'ont pu encore en organiser jusqu'à ce jour et d'autres en ont programmées pour 2015 ; c'est le cas notamment des régions Bretagne et Pays de Loire.

Quelques ARS ont établi une programmation annuelle régulière, à l'exemple de la Bourgogne qui assure chaque année 15 sessions de formation par an depuis 2012.

## Les thématiques abordées et le nombre de professionnels participants

Les deux thématiques les plus fréquentes et très souvent associées sont :

- Les règles d'hygiène standard : 12 régions avec un total de 2543 professionnels participant
- L'hygiène des mains : 12 régions avec un total de 1879 professionnels.

Puis, par ordre décroissant :

- Le signalement des cas isolés ou groupés d'infections : 12 régions : avec un total de 1749 professionnels
- Les bactéries multi résistantes et les bactéries hautement résistantes émergentes (BMR-BHRe): 12 régions avec un total de 1209 professionnels
- Le bon usage des antibiotiques : 8 régions avec un total de 1117 professionnels
- La vaccination : 8 régions avec un total de 1075 professionnels

Autres thématiques : 11 régions avec un global de 1553 professionnels participants.

Parmi celles-ci sont les plus fréquemment citées :

- Le risque infectieux et l'environnement-le bio nettoyage et entretien des locaux-le risque de légionellose- les risques liés à l'eau
- Le plan de maîtrise des épidémies- la gestion des épidémies (infections respiratoires aiguës (IRA)-gastro entérites aiguës (GEA), grippe saisonnière ou gale)
- La gestion des excréta
- La gestion de l'alimentation
- Le circuit du linge
- Le risque infectieux associé au soin (plaies, escarres, pansements)
- La prévention et conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES)

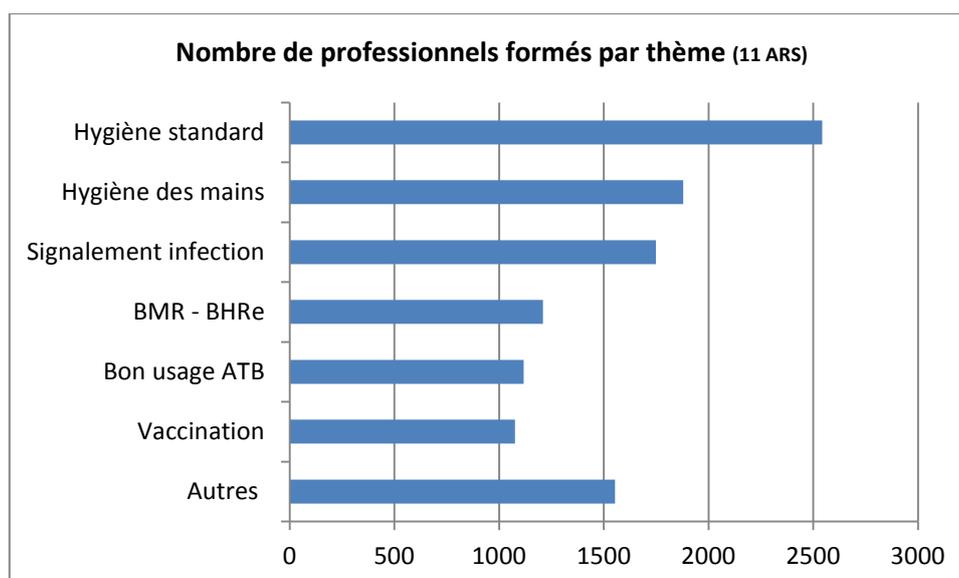
## Le nombre de professionnels formés

Tableau n°1 Nombre de professionnels formés selon les thèmes pour 11 ARS

Thèmes	Hygiène standard	Hygiène des mains	Bon usage ATB	BMR-BHRe	Signalement infection	Vaccination	Autres
1 Ile-de-France	665	503	395	272	415	395	290
2 Midi-Pyrénées	175	175		175	175		175
3 Bourgogne	265	265		265	265	265	265
3 Centre	160			72			231
3 Languedoc-Roussillon	266	266	266		266		266
3 Poitou-Charentes	60	60					
4 Alsace	180	180	300		300	300	
4 Champagne-Ardenne	176	30		79	92		206
4 Corse						21	
5 Guyane	400	400	150	150	40	20	80
5 Martinique	196		6	196	196	74	40
Total	2543	1879	1117	1209	1749	1075	1553

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

Graphique n°2 Nombre de professionnels formés selon les thèmes pour 11 ARS



Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

Les réponses montrent que le nombre de professionnels ayant bénéficié de formations dans le domaine du risque infectieux reste encore limité au regard de l'ensemble de ceux intervenant en EMS. On ne peut par ailleurs estimer l'impact quantitatif réel de ces sessions en faisant la somme des professionnels et des établissements touchés par ces sessions, car ce sont possiblement les mêmes qui se seront mobilisés sur ces différentes formations.

Le questionnaire CINODE n'a pas cherché à apprécier le poids relatif des formations en fonction des différents types d'EMS concernés, mais l'enquête pilote nationale réalisée au premier semestre 2014 par le réseau CCLIN-ARLIN au niveau d'un échantillon de trente MAS et de trente FAM (disponible sur le site de l'ARLIN d'Ile-de-France) montre des différences dans ce domaine : les deux tiers des FAM ayant engagé des mesures de formations et de sensibilisation de leurs personnels contre seulement la moitié en MAS.

On observe que les thématiques sont inégalement suivies : celles relatives aux règles d'hygiène standard, dont l'hygiène des mains, arrivent en tête, ce qui est un point positif puisque leur connaissance et leur stricte observance au quotidien doivent rentrer dans les pratiques professionnelles de tous les personnels au contact des résidents. Par contre, celles relatives au bon usage des antibiotiques ou à la vaccination mobilisent moins les professionnels, alors qu'elles sont également importantes eu égard pour la première, à la problématique du développement des résistances antibiotiques qui fait planer la menace d'impasses thérapeutiques (Cf. le plan national d'alerte antibiotique piloté par la DGS) ou, pour la seconde, à celle des tensions hospitalières en cas d'épidémies notamment de gripes saisonnières. La formation constitue donc un axe de progrès important dans la lutte contre les infections, qu'il faut maintenir et renforcer. Ce renforcement devrait être facilité par le fait qu'elle rencontre des professionnels des EMS qui se trouvent démunis face à ce risque et prennent progressivement conscience de la menace qu'il fait peser sur la santé des résidents et de son impact sur le bon fonctionnement de leur structure.

A ce sujet, il faut veiller à ce que le contenu des interventions soit d'une part adapté aux objectifs ( des formations destinées aux directeurs et à l'encadrement plus axées sur le management du risque ou des formations plus pratiques pour les professionnels qui effectuent au quotidien les tâches de soins ou d'aide à la dépendance auprès des résidents), et d'autre part, adapté aux besoins réels et au niveau de connaissance des professionnels – peut être cité à titre de contre exemple une présentation d'études universitaires de haut niveau en anglais au contenu théorique très éloigné des réalités des professionnels en EMS.

### 3.3 Développement d'outils

---

Pour mémoire, dans certaines régions, le réseau des CCIN-ARLIN a commencé à produire des outils pour les professionnels des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dès 2009, lors de la diffusion du plan national stratégique de prévention des infections associées aux soins 2009-2013. On doit citer ici l'action prépondérante de l'équipe du CCLIN Sud-ouest qui a notamment élaboré un guide d'auto-évaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux en EHPAD qui a été testé dans les EHPAD du sud-ouest. C'est cet outil qui a été repris et promu au niveau national par le GREPHH et dans un second temps, adapté pour les MAS-FAM par un groupe de travail constitué des représentants de chaque CCLIN et des professionnels du secteur du handicap.

Doter les EMS d'outils est considérée comme une action très importante par les ARS, puisque 22 sur les 23 ARS répondantes indiquent avoir développé cette action. Cela répond à un besoin unanimement exprimé par les professionnels des établissements médico-sociaux (EMS) qui, n'ayant ni les compétences dans le domaine ni assez de temps à consacrer à la rédaction des procédures, demandent des outils simples et adaptés.

Les outils développés par les ARS/ARLIN/CCLIN sont nombreux (indiqués ci après, liste non exhaustive) et de différents types :

- **Des fiches techniques, guides ou procédures**

C'est dans cet esprit que les fiches venant en complément du manuel du GREPHH (V 2 de 2013), ont été rédigées par le **groupe de travail inter-CCLIN**, permettant leur appropriation rapide par les professionnels. Parmi les pistes d'amélioration identifiées lors de l'étude nationale MAS/FAM ci dessus mentionnée, figure l'adaptation de ces fiches techniques aux spécificités des établissements pour personnes handicapées.

Aujourd'hui, les outils sont nombreux et couvrent quasiment tous les sujets. Ils ont été développés ces dernières années d'abord par les directions départementales des affaires sanitaires et sociale (DDASS) - et les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), puis par les ARS et/ou leurs partenaires, essentiellement le réseau des ARLIN-CCLIN mais aussi les OMEDIT, les Cire et le réseau des Hygiénistes.

Certaines ARS ont financé la diffusion des principaux outils à l'ensemble de leurs EMS sous différents vecteurs (classés papier, clés USB). Ces outils sont également quasiment tous disponibles par internet. Dans ce domaine les ARLIN/CCLIN ont réalisé un imposant travail de recensement et d'actualisation de tous les outils élaborés par leur réseau ces dernières années. Ces outils sont intégrés à **la base de données NOSOBASE** et mis gratuitement à la disposition de

tous. Les professionnels trouveront également dans cette base, différents guides comme [celui relatif à l'entretien des locaux](#).

Les ARS ont également contribué à l'élaboration de nombreux documents, la plupart également disponibles sur leur site, comme par exemple :

- ↗ Bourgogne : le protocole de traitement des dispositifs médicaux réutilisables,
- ↗ Provence-Alpes-Côte-D'azur: l'outil GIGGA (gestion de la gale en EHPAD),
- ↗ Basse-Normandie/réseau régional d'hygiène : Les protocoles d'hygiène «clé en mains»,
- ↗ Pays-de-Loire : le protocole d'hygiène bucco-dentaire,
- ↗ Champagnes-Ardenne : le kit EHPAD relatif à la sensibilisation à la vaccination antigrippale des professionnels de santé,
- ↗ Nord-Pas-de-Calais/ les services de maladies infectieuses du centre hospitalier(CH) de Tourcoing et du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille : le [triptyque sur l'utilisation des antibiotiques \(ATB\) en EHPAD](#),
- ↗ Rhône-Alpes : le guide d'élaboration du volet infectieux du plan bleu,
- ↗ Ile-de-France : le Kit antibiotiques en EHPAD (plaquette d'information résidents, power point de formation pour les soignants, affiche bonnes pratiques des prélèvements microbiologiques, guide de recommandations de prescription) - le guide d'aide à l'élaboration du DARI (élaboré par la délégation territoriale (DT) 91),
- ↗ Haute-Normandie: le document d'aide à l'élaboration du DARI.

- **Des dossiers relatifs à la surveillance et au signalement des épisodes infectieux**

Téléchargeables sur la plupart des sites des ARS, dont celui de [l'ARS Nord-Pas-de-Calais](#), précurseur des travaux en la matière.

- **Des outils de formation**

- ↗ Aquitaine : [le kit pédagogique antibiotique](#) / les [films pédagogiques](#) réalisés par le CCIN Sud Ouest

A noter qu'un film fait par les ARLIN Martinique et Guyane sur la gestion des BMR en EHPAD est en fin de montage.

- **Des outils d'évaluation des pratiques professionnelles à partir de signalement**

- ↗ Basse-Normandie : « Hygiène des mains » : un quizz, un diaporama et trois films
- ↗ Provence-Alpes-Côte-D'azur : un Kit hygiène des mains
- ↗ Bourgogne : des supports de formation dans la boite à outils destinées aux EMS
- ↗ Haute-Normandie : un film « gestion des excréta en ESMS »

- **Des retours d'expérience**

Sur le [site CCLIN/ARLIN national](#), 7 retours d'expérience (REX) à consulter dans la rubrique EHPAD/Gériatrie.

- **Deux jeux sérieux (« serious games ») à destination des EHPAD**

Sur le site CCLIN/Sud Ouest, les jeux **Grippe et Gale**

- **Il faut également citer comme annoncé dans le premier programme : « MOBIQUAL risques infectieux »**

**MOBIQUAL RI** est un outil d'amélioration des pratiques professionnelles élaboré par l'intergroupe SFGG/SPILF (Société française de gériatrie gérontologie-Société de pathologie infectieuse de langue française). Il a été financé par la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA).

### 3.4 Organisation d'un accompagnement des EMS pour élaborer leur DARI

18 ARS sur 23 indiquent avoir organisé un accompagnement des EMS pour élaborer leur DARI. Si l'on considère les modalités de cet accompagnement, la situation est très contrastée entre les régions. Ainsi l'analyse des réponses fait apparaître deux situations très tranchées :

- ↗ soit l'accompagnement repose entièrement et uniquement sur l'ARLIN et dans ce cas ses possibilités sont dépendantes à la fois de ses capacités (nombre d'équivalents temps plein (ETP) disponibles) et de sa marge de disponibilité au regard de ses autres missions (gestion de proximité des signalements des IAS, gestion de situations épidémiques, conseil et assistance aux établissements de santé (ES) et aux EMS, expertise et formation...),
- ↗ soit l'accompagnement repose sur du personnel supplémentaire dans le cadre d'un dispositif d'appui territorialisé mis en place par l'ARS et venant toujours en complément du travail réalisé par l'ARLIN.

Au total :

- ↗ Dans deux régions : les modalités de l'accompagnement ne sont pas précisées,
- ↗ Dans trois régions : les ARLIN assurent un accompagnement uniquement à distance (conseils téléphoniques, échanges de courriels, envoi de documents),
- ↗ Dans huit régions, l'ARLIN, en complément des actions citées précédemment, fait des visites ponctuelles sur place à la demande des établissements médico-sociaux (EMS) (le réalisé indiqué allant de trois à dix-huit EMS accompagnés par région au jour de l'enquête, Midi-Pyrénées par exemple donnant le chiffre de dix établissements accompagnés sur site par an),
- ↗ Dans cinq régions, les visites sont systématiquement proposées à tous les EMS. Dans ce cas il s'agit soit de petites régions avec un petit nombre d'établissements (Guyane et Réunion), soit de trois régions dans lesquelles les ARS ont mis en place un dispositif d'appui (Corse, Bourgogne, Franche-Comté).

Dans les commentaires littéraires, l'accompagnement cible soit tous les EMS, soit uniquement les EHPAD (une ARS précise qu'il ne peut à ce stade concerner les MAS/FAM).

### 3.5 Mise en place d'un dispositif territorialisé d'appui aux EMS

---

La mise en place par certaines ARS de dispositifs d'appui constitue un facteur déterminant de l'engagement des EMS dans la démarche de gestion du risque infectieux. 10 ARS sur les 23 répondantes ont un dispositif d'appui opérationnel ou en cours de déploiement. On note des réponses dans toutes les catégories (4 ARS du groupe 1, 2 ARS du groupe 2, 2 du groupe 3, 2 du groupes 4). Par ailleurs, 3 autres régions signalent avoir envisagé cette possibilité, mais les projets n'ont pu aboutir faute de moyens : il s'agit de Champagne-Ardenne, Charente-Poitou et Basse-Normandie. Dans cette dernière une réflexion régionale avait été initiée sur la mutualisation d'hygiénistes entre EMS : une réunion ARS/ARLIN avait été organisée pour étudier les possibilités, mais le projet n'a pu aboutir pour des raisons d'ordre pratique.

Avec la mise en place de ces dispositifs, il s'agit pour les ARS d'apporter aux EMS l'expertise en hygiène qui leur fait défaut pour, selon les projets:

- ↪ assurer la surveillance, l'alerte et la gestion du risque infectieux dans les EMS concernés,
- ↪ aider à la gestion d'événements infectieux à potentiel épidémique,
- ↪ aider à l'auto-évaluation, à la formalisation et à la mise en œuvre du plan d'actions,
- ↪ réaliser des formations,
- ↪ réaliser des audits de bonnes pratiques.

Ces dispositifs expérimentaux sont de configurations très diverses : ils peuvent couvrir tout ou partie du territoire régional, être proposés à l'ensemble des EMS ou seulement à certains d'entre eux, être conçus comme des organisations ayant vocation à être pérennisées ou n'apportant qu'un appui transitoire. L'ARS peut les financer seule, en général de façon non pérenne, ou rechercher des cofinancements auprès soit de partenaires (ex collectivités territoriales) soit des établissements bénéficiaires. Un cahier des charges définit le plus souvent les territoires d'interventions, les EMS cibles, le profil des professionnels recherchés et les modalités d'accompagnement.

Les modalités d'organisation sont variables et parfois mixées selon les projets :

- ↪ Recrutement d'IDE hygiénistes de territoire
- ↪ Création d'équipes mobiles d'hygiène inter-EHPAD ou inter-EMS
- ↪ Création d'équipes opérationnelles d'hygiène mobiles
- ↪ Renforcement de l'ARLIN.

#### ● Présentation des dispositifs d'appui

##### ● Ile-de-France

- ✓ L'ARS a acté la mise en place progressive (en fonction des fonds disponibles) **d'équipes opérationnelles d'hygiène mobiles inter-EHPAD sur la région.**
- ✓ Un budget a été alloué par l'ARS au deuxième trimestre 2013 permettant l'embauche de 3 infirmières hygiénistes. Une fiche de poste commune a été élaborée pour ces IDE hygiénistes. Ce dispositif est coordonné par l'ARLIN (une IDE hygiéniste couvrant un territoire pour environ une douzaine EHPAD).

- ✓ Un appel à candidature a été lancé auprès des EHPAD. Le comité de pilotage ARS/ARLIN a sélectionné trois projets sur les dix-huit dossiers de candidatures reçus, provenant d'EHPAD de divers départements (un dans le 78, un dans le 95 et un dans le 77).
  - ✓ Les conventions entre les EHPAD référents et l'ARS ont été signées en décembre 2013. La constitution du réseau est effective depuis la signature des conventions entre les EHPAD et la structure de référence au premier trimestre 2014.
- **Bretagne**
    - ✓ L'ARS expérimente en 2014 et pour deux ans, un **dispositif fondé sur un poste d'IDE hygiéniste pour un pool d'EHPAD** (de 10 à 15).
    - ✓ L'appel à candidature a eu pour objet de recruter à titre expérimental des IDE hygiénistes sur une durée déterminée de 2 ans, chacun(e) IDE intervenant pour plusieurs EHPAD regroupés autour d'un EHPAD référent. Quinze dossiers ont été reçus qui fédèrent un total de quatre-vingt-quinze EHPAD.
    - ✓ Ces expérimentations sont financées avec des crédits médico-sociaux non reconductibles à hauteur de 700 000€ pour 2 ans (55 000€/IDE hygiéniste et 40 000€ pour l'ARLIN dans le cadre de l'accompagnement du projet).
    - ✓ Cahier des charges : ces IDE hygiénistes seront chargées d'assurer des actions de prévention et de maîtrise du risque infectieux : aide à l'auto-évaluation, formations, élaboration des protocoles mutualisés, surveillance, audits de bonnes pratiques et mise en place des premières mesures de gestion en cas d'infections, particulièrement dans un contexte épidémique.
- **Midi-Pyrénées**
    - ✓ **Mise à disposition de l'ARLIN d'une IDE hygiéniste** (le recrutement est en cours par le CHU) pour aider les EMS à réaliser leur DARI : auto-évaluation et surtout au plan d'actions qui en découle. Cette mise à disposition est prévue pour une durée de 3 ans.
    - ✓ Le dispositif cible l'ensemble des établissements médico-sociaux (EMS) de la région non rattachés à une structure sanitaire.
    - ✓ L'ARS finance le poste et les frais de fonctionnement dans le cadre du FIR.
- **Rhône-Alpes**
    - ✓ A l'initiative d'équipes opérationnelles d'hygiène hospitalières (EOH), des **expérimentations d'équipes mobiles d'hygiène** (EMH) dédiées aux EHPAD avaient été financées, certaines dès 2007, par différentes DDASS (Ardèche-Drôme-Rhône), puis par l'ARS Rhône-Alpes. Ces dispositifs, notamment en Drôme - Ardèche (service d'hygiène et d'épidémiologie, centre hospitalier de Valence) ont fait l'objet d'une évaluation qui a servi de base à la rédaction d'un cahier des charges pour le présent dispositif. Sur la base de ce cahier des charges, l'ARS Rhône-Alpes a lancé en mars 2013 un appel à projet « Equipe mobile d'hygiène à destination des EHPAD » (EMH EHPAD). Le programme développé par l'ARS concerne plus de 700 EHPAD pour 53 900 lits environ.
    - ✓ La cible du programme concerne les EHPAD non gérés par établissement de santé (ES) et ne bénéficiant donc pas de l'intervention d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (dans ce cas, l'EOH continuant à intervenir).

- ✓ Les missions des équipes mobiles d'hygiène (EMH) : Elles apportent leur concours aux EHPAD dans leur démarche d'analyse de risque, pour la diffusion et l'adaptation de protocoles, pour l'élaboration d'un plan bleu opérationnel avec un volet infectieux et d'un plan de continuité des activités (PCA), elles aident à la gestion des alertes sanitaires et environnementales, aux formations sur l'hygiène de base. Elles participent aux instances de l'EHPAD ou aux filières gérontologiques, au bon usage des antibiotiques.
- ✓ Les équipes mobiles d'hygiène (EMH) sont adossées aux EOH des centres hospitaliers de référence des filières gérontologiques. A terme, (montée en charge sur 2013-2014-2015) une vingtaine d'EMH couvriront tout le territoire de Rhône Alpes. Dix-sept EMH sont déjà financées ou en cours de financement (Sur le fonds d'intervention régional (FIR): 2,7 Millions d'euros. au titre de 2004).

- **Bourgogne**

- ✓ L'ARS a déployé, dès janvier 2012 un **dispositif d'accompagnement régional pour tous les EMS volontaires** (EHPAD-MAS-FAM) en créant des **Equipes Opérationnelles d'Hygiène de Territoire (EOHT)**, composées d'IDE Hygiénistes rattachées à des EOH existantes et d'IDE appartenant à une équipe totalement mobile. Leurs missions et modalités d'interventions ont été précisées dans des conventions. Ce dispositif, coordonné par le cadre de santé de Bourgogne, a pour objectif que tous les EMS aient réalisé leur DARI lors de leur évaluation interne. Tous les EMS volontaires ont bénéficié de l'accompagnement d'une IDE hygiéniste.
- ✓ Le taux de participation et de transmission des données de l'auto-évaluation proche de 90%, témoigne de l'engagement fort des EMS dans la démarche.
- ✓ Ce dispositif a été financé durant les deux premières années par des crédits FIR. Fin 2014, l'option a été retenue de la pérennisation des EMHT, dont le financement sera repris par les EMS.
- ✓ Sur les 10 territoires prédéfinis dans le deuxième dispositif, 9 se sont organisés pour rendre possible la mise en œuvre du cahier des charges régional. Dans l'ensemble de ces neuf territoires, 15% des EMS (au début janvier 2015) ne souscrivent pas au dispositif (il s'agit soit d'EMS appartenant à des groupes privés qui ne sont pas volontaires pour entrer dans le dispositif, soit d'EMS n'ayant pas de moyens suffisants pour contribuer).
- ✓ L'animation, la coordination et l'harmonisation des travaux conduits dans chaque EMS comme la formation continue de la quarantaine d'IDE hygiénistes amené(e)s à intervenir en EMS dans la région, sont assurées par le cadre hygiéniste de l'ARLIN, épaulée par un praticien hygiéniste hospitalier dont la moitié du poste est financée sur le FIR pour l'aide aux EMS.

- **Languedoc-Roussillon**

- ✓ Mise en place **d'équipes mobiles d'hygiène hospitalière**.
- ✓ Suite à un bilan (mai 2012) réalisé par l'ARLIN des coopérations existantes en matière d'hygiène entre EMS et établissements sanitaires, il est apparu que 78% des EHPAD de la région ne bénéficiaient d'aucun appui dans la gestion du risque infectieux. L'ARS a donc décidé de développer progressivement (en fonction des financements disponibles) un réseau de prévention et de gestion du risque infectieux dans les EHPAD en s'appuyant sur les compétences des EOH d'établissements sanitaires.

- ✓ Le dispositif préexistait dans le territoire des Pyrénées-Orientales (PO) où la dynamique avait été initiée par l'EOH du centre hospitalier de Perpignan (dix-neuf EHPAD signataires de la convention avec le centre hospitalier pour la mise à disposition d'un praticien hospitalier (PH) hygiéniste à hauteur de cinq jours par an et par structure, coût pour l'EHPAD : de 2375€/an).
- ✓ Les établissements ciblés en priorité sont les EHPAD « isolés », non rattachés à un CH ou ne faisant pas partie d'un groupe. Un critère d'accessibilité a été retenu : les EHPAD concernés ne doivent pas être à plus de 40 mn de l'ES pivot.
- ✓ Cofinancement ARS-EHPAD du dispositif: l'ARS finance l'IDE Hygiéniste qui intervient sur dix à vingt EHPAD (crédits FIR), et l'EHPAD participe à hauteur de cinq jours par an d'appui médicalisé sur site (soit 2600€ par an). Les EMS ont la possibilité de solliciter des crédits non reconductibles (CNR) auprès de leur DT.
- ✓ Le modèle prévoit : 0,5 ETP de praticien financé par vingt EHPAD et 1 ETP IDE hygiéniste financé par l'ARS.
- ✓ Les priorités d'actions sont fixées entre les deux équipes des deux établissements et formalisées sous forme de plan d'actions (il porte soit uniquement sur la prévention des IAS comme dans les PO, soit sur la prévention des IAS puis s'élargit secondairement à la gestion des risques liés aux soins).

#### **Modalités de mise en œuvre : deux conventions**

- ✓ La convention EHPAD/ ES pivot (convention type établie à partir du modèle du CH de Perpignan et des documents ARLIN pour le projet du Gard : Objectifs-Modalités d'intervention-Tarifification-Suivi-Evaluation/indicateurs définis).
- ✓ La convention ARS de notification de crédit à l'ES pivot (un pré-requis pour les ES pivot: Disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) interne correspondant au ratio du secteur sanitaire (1ETP de PH hygiéniste pour 800 lits et 1 ETP d'IDE hygiéniste pour 400 lits :-EHPAD à prioriser-Axes d'intervention-Conventionnement et participation financière des EHPAD-Suivi-Indicateurs définis).
- ✓ Les crédits ont été délégués fin décembre 2013 pour une mise en œuvre progressive en 2014 La montée en charge (les conventionnements avec les EHPAD) a été un peu lente au début, mais les retours des EHPAD qui s'engagent sont très positifs sur chaque territoire, créant une dynamique d'entraînement des autres EHPAD du territoire.

#### ● **Corse**

- ✓ Création en 2014 d'une **équipe opérationnelle d'hygiène mobile (EOHM)** pour la Corse du sud. Cette équipe est composée de 0,4 ETP de PH Hygiéniste, de 0,8 ETP IDE hygiéniste, et de 0,5 ETP IDE hygiéniste (mis à disposition par l'ARLIN Corse) et 0,5 ETP d'agent administratif.
- ✓ Financée par un versement unique de 300 000€ de crédits non reconductibles par l'ARS au centre hospitalier de Sartène (exercices 2014-2015-2016).
- ✓ A noter le versement par le Conseil général de Corse du sud de 25 475€ pour l'année 2014. La participation du conseil général pour 2015 et 2016 sera conditionnée aux dispositions de la convention (délibération de la commission permanente, indicateurs de suivi).
- ✓ Le financement actuel n'est pas pérenne. Un bilan sera effectué fin 2016, permettant une réévaluation de l'intérêt et la poursuite de ce dispositif dont le financement sera conditionné aux possibilités de l'enveloppe notifiée par la CNSA.

- **Franche-Comté**

Le dispositif d'appui aux établissements volontaires (EHPAD, MAS, FAM) a été installé en 2012, il comprend deux volets :

- ✓ **1er volet** : établissements cibles : tous les EMS qui requièrent **l'appui de l'ARLIN** pour la réalisation du DARI (auto-évaluation et programme d'actions), accompagnement sur site. Moyens en 2014 : 1 ETP réparti en : 0,6 ETP de PH gériatre hygiéniste : 0,2 (MIG) + 0,4 (crédits CNSA), 0,4 ETP de Pharmacien hygiéniste attaché (crédits CNSA)
- ✓ **2ème volet** : établissements cibles : les cent soixante-six EMS de Franche-Comté ayant signé la convention tripartite, adossés ou non à établissement de santé (ES). Soutien aux médecins coordonnateurs (par les médecins de l'ARLIN) et aux référents en hygiène des EMS (par les IDE de territoire) pour aider à la mise en œuvre du programme d'actions et à la gestion d'événements infectieux à potentiel épidémique : Création par l'ARS de 8,5 ETP d'IDE de territoire (correspondant à dix personnes). Recrutement dès septembre 2012. Intégration des IDE assuré par l'ES pivot ; formation et tutorat assurés par l'ES pivot et l'ARLIN.

Au 31/12/2013 : cent quinze EMS ont signé la convention spécifique EMS-ES pivot pour bénéficier du 2<sup>ème</sup> volet du dispositif.

- **Guyane**

Dispositif transitoire (sur l'année 2011) ayant consisté en la mise à disposition de l'ARLIN d'une technicienne bio-hygiéniste en cours de formation ingénieur gestion des risques pour un temps de 20h par mois.

- **Réunion**

Renforcement de l'ARLIN : financement d'1 ETP d'IDE hygiéniste dédié aux EMS

## **4. L'engagement des EMS dans la démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux**

Un nombre important d'ARS ne peuvent au moment de l'enquête indiquer à quel stade en sont les EMS de leur territoire d'engagement dans la démarche d'analyse du risque infectieux, ni quelles mesures organisationnelles ont pu être mises en place. En effet, n'ayant pas directement le retour des DARI puisque ceux-ci ont vocation à être utilisés dans le cadre de l'évaluation interne, procédure qui s'est mise en place selon un calendrier échelonné dans le temps en fonction des dates d'autorisation, toutes les ARS n'ont pas les moyens à court terme d'apprécier l'engagement des EMS dans la démarche, sauf à demander aux ARLIN de suivre leurs travaux ou à s'engager elles même activement dans le suivi du programme, comme c'est le cas par exemple de la DT 91 d'Ile de France qui réalise un point trimestriel. Suite à ce même constat, l'ARS Charente-Poitou a décidé en juin 2013 de faire un état des lieux de l'entrée des EHPAD dans la démarche. Un questionnaire a été adressé aux 326 EHPAD de la région. Le taux de réponse a été de 55,8%. Cette enquête a par ailleurs permis à l'ARS de recueillir les besoins des

structures et de mettre en place en lien avec l'ARLIN des actions d'accompagnement validées par deux EHPAD.

Les deux premières questions (C1-1 et C1-2) du tableau l'annexe n° 4 relatif à l'engagement des EMS dans la démarche concernent la réalisation du DARI, les suivantes (C-1-3 à C-1-6) sont des mesures d'ordre organisationnelles pour gérer ce risque. La dernière (C1-8) a trait à la prise en compte par les ARS de la gestion du risque infectieux dans les conventions tripartites et les contrats d'objectifs et de moyens (CPOM).

Comme indiqué supra, le questionnaire CINODE laissait aux ARS la possibilité de répondre « ne sait pas » à certains items.

Le tableau ci-dessous reprenant les réponses totales « ne sait pas » par type d'EMS du tableau de l'annexe 4 montre que la situation des EHPAD est mieux connue par les ARS que celle des MAS FAM, que la réalisation de l'étape d'élaboration du programme d'actions est moins connue que celle relative à l'auto-évaluation, et que parmi les mesures organisationnelles, celle qui est le mieux appréhendée par les ARS est celle relative aux conventions passées avec les EOH.

Tableau n° 2 Engagement des EMS dans la démarche : Réponses « se sait pas » par type d'EMS

	EHPAD	MAS	FAM	TOTAL
Auto-évaluation (manuel GREPHH)	7	9	10	26
Programme d'actions prioritaires	13	12	12	37
Désignation d'un responsable mandaté	13	13	13	39
Constitution d'un comité de suivi	11	13	14	38
Convention avec une EOH	6	9	11	26
Définition de leur politique de surveillance	13	11	15	39
Elaboration d'un plan de crise	11	13	15	39
TOTAL	74	80	95	

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

## 4.1 La réalisation du DARI

Le concept du DARI (document d'analyse du risque infectieux) est désormais connu et utilisé par tous les EMS, mais l'acronyme semble pour l'essentiel assimilé à la réalisation de l'étape d'auto-évaluation du niveau de maîtrise du risque infectieux, c'est-à-dire au remplissage du questionnaire de l'outil du GREPHH, sans aller jusqu'à retracer la démarche de gestion du risque pouvant découler de l'analyse, incluant la formalisation d'un plan d'action. Ceci s'explique autant par les difficultés concrètes des établissements médico-sociaux (EMS) pour mobiliser les moyens disponibles, que par le temps nécessaire à l'appropriation de cette culture nouvelle de la gestion du risque par le secteur.

De ce fait les autres étapes de la démarche sont souvent oubliées : l'identification du risque, la formalisation du programme d'actions prioritaires, l'élaboration du calendrier de réalisation du programme d'actions et de son évaluation, ainsi que le volet communication indispensable pour mobiliser les personnels et les usagers : les résidents et leurs proches.

L'état des lieux de la réalisation des deux étapes majeures du DARI que sont l'autoévaluation et la réalisation d'un programme d'actions prioritaires est le suivant :

- ✚ La majorité des EHPAD a fait son auto-évaluation dans 12 régions sur les 23 répondantes, mais seulement la moitié de celles-ci parviennent au stade suivant de l'élaboration du programme d'actions prioritaires.
- ✚ La majorité des MAS a fait son auto-évaluation dans 7 régions et des FAM dans 5 régions. Mais comme pour les EHPAD, l'étape de l'élaboration du programme n'a été atteinte dans cinq régions et dans trois régions pour les FAM

S'agissant du pourcentage des EMS qui ont réalisé leur DARI, on dispose d'assez peu de données, mais les chiffres disponibles sont les suivants dans les quelques régions qui ont répondu. Concernant l'auto-évaluation : de 43 à 100 % dans les EHPAD, de 66,66 à 100% pour les MAS, de 73 à 87 % pour les MAS. Concernant la réalisation des programmes d'actions, de 26 à 100% en EHPAD, de 50 à 100% dans les MAS et de 74 à 87% dans les FAM.

A l'intérieur des régions, la situation peut être disparate, comme le montre la communication par l'île de France des chiffres de réalisation du DARI par DT : dans 6 départements le taux de réalisation de leur l'auto-évaluation par les EHPAD varie de 50 à 81%, mais la moyenne régionale tombe à 46,25 % du fait que deux DT n'ont pas répondu. Il en est de même pour la réalisation du programme, où le pourcentage régional (14, 37% ) n'est pas indiqué puisqu'il n'atteint pas la majorité des établissements médico-sociaux (EMS) du fait que cinq DT ont répondu « ne sait pas » alors que sur deux autres DT, le pourcentage d'élaboration des programmes par les EHPAD est respectivement de 55 et 60 %.

L'enquête ne permet ni de connaître le niveau de réalisation du DARI dans les régions où celui-ci n'est réalisé que par une minorité des établissements médico-sociaux (EMS), ou dans lesquelles les ARS ont pas répondu « ne sait pas », ni même de préjuger quel est le pourcentage d'EMS qui sont entrés dans la démarche.

Toutefois, selon les professionnels des ARLIN lors du retour d'expérience réalisé en janvier 2014. Il ressort plusieurs tendances compatibles avec ces premières données de l'enquête:

- ✚ les EHPAD sont plus avancés dans la démarche que les MAS/FAM mobilisés plus tardivement sur ce risque,
- ✚ en moyenne, la situation nationale se répartit en trois tiers : un tiers d'EMS ayant réalisé leur DARI, un tiers en cours de réalisation, mais souvent bloqués au stade de l'auto-évaluation et nécessitant un accompagnement par les ARLIN pour les aider à formaliser leur plan d'actions, et un tiers d'EMS non encore engagés dans la démarche.

La démarche de gestion du risque infectieux ne consiste pas pour l'établissement à satisfaire à une obligation administrative (rédiger le DARI), ni à afficher pour l'autorité sanitaire un score satisfaisant d'objectifs atteints mais bien de s'engager dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

Il est ainsi souvent nécessaire de rappeler aux professionnels lors des sessions de sensibilisation ou de formation que le but de l'auto-évaluation n'est pas d'afficher d'emblée le score le plus haut mais bien d'évaluer le niveau réel de maîtrise du risque dans l'établissement.

Du retour d'expérience des ARLIN, la tendance des professionnels qui réalisent pour la première fois leur auto-évaluation est de surestimer le score des objectifs atteints pour les sept chapitres du manuel du GREPHH.

L'accompagnement des auto-évaluateurs sur site par les ARLIN permet, en leur demandant de fournir les éléments de preuve (ex : présentation des procédures écrites et vérification de leur appropriation par les agents, disponibilité du matériel, formations réalisées ou programmées etc..) de faire un point plus rigoureux permettant de mettre en évidence les points forts et les points faibles de la structure et donc de dégager plus clairement les axes de progrès.

Ce qui importe, c'est l'amélioration du score au fil du temps par la mise en œuvre du programme d'actions prioritaires, témoignant de l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'établissement. L'amélioration du score est alors de nature à conforter les professionnels dans la démarche.

Le retour d'expérience sur l'utilisation du manuel montre que les EMS surévaluent leurs performances et peuvent avoir un sentiment de fausse sécurité. De ce fait, il semble nécessaire, dans le cadre d'un groupe de travail inter-acteurs (EMS, mais aussi accompagnateurs, comme ceux du réseau CCLIN-ARLIN ayant réalisé l'enquête pilote nationale de 2014 au niveau des MAS/FAM) d'affiner le manuel en y intégrant toutes les indications relatives aux éléments de preuve, de sorte de faire gagner du temps dans la réalisation de l'enquête et surtout de donner aux EMS une meilleure sécurité.

## 4.2 Les mesures organisationnelles

Les données chiffrées résultant de l'enquête sont les suivantes :

Tableau n° 3 Mise en place des mesures organisationnelles dans la majorité des EMS

	EHPAD		MAS		FAM	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Désignation d'un responsable mandaté	7	3	5	5	2	8
Constitution d'un comité de suivi	10	11	1	9	0	8
Convention avec une EOH	5	12	2	12	2	8
Définition de leur politique de surveillance	1	10	2	10	1	7
Elaboration d'un plan de crise	8	4	3	7	2	6
TOTAL	31	40	13	43	7	37

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

La mise en place des mesures organisationnelles constitue un axe de progrès important pour les établissements. Pour les ARS répondantes sur ces items, on constate que les mesures organisationnelles ne sont en place que dans une minorité des EMS de leur région. Leur mise en œuvre est toujours minoritaire dans les MAS/FAM alors qu'elle est variable selon les items dans les EHPAD.

La désignation d'un responsable mandaté pour conduire la démarche est faite dans la majorité des EMS de 7 régions sur 10 répondantes. Un comité de suivi est constitué dans la majorité des EMS de 10 régions sur 12 répondantes.

S'agissant des conventions passées avec les EOH, l'enquête montre un nombre faible de signatures quel que soit le type d'EMS concerné, la majorité des EHPAD par exemple n'en ayant passé que dans 5 régions sur les dix-sept ARS répondantes. Le manque d'expertise en hygiène constitue une contrainte majeure dans les établissements comme le montrent les retours d'expériences des ARS qui ont mis en place des dispositifs d'appui pour optimiser la coopération inter acteurs sur ce sujet.

La politique de surveillance est rarement définie dans les EMS surtout dans les EHPAD : elle ne l'est que dans une seule région sur les 11 ARS répondantes. Cette action devra être renforcée pour mieux prendre en compte les phénomènes infectieux qui diffusent d'un secteur à l'autre, notamment l'émergence des BMR et BHRé.

Les plans de crise qui visent à savoir détecter précocement une épidémie et mettre en place les premières mesures qui s'imposent, en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux, sont plus souvent élaborés dans les EHPAD (dans la majorité des EHPAD de 8 régions sur les 12 répondantes) que dans les MAS/FAM. La gestion des épidémies est un sujet important du point de vue de la morbi-mortalité des résidents, de l'impact sur le fonctionnement de la structure, mais aussi du fait de leur possible retentissement sur les établissements de santé (ex les tensions hospitalières fréquentes lors des épidémies de grippe saisonnière)

L'expérience montre que l'engagement du directeur dans la démarche est essentielle, de lui dépend la désignation d'un responsable dûment mandaté et la décision de mettre en place un comité de suivi, mesures organisationnelles essentielles pour mobiliser d'une part, l'ensemble du personnel sur la gestion de ce risque et d'autre part, y associer autant que faire se peut, les résidents eux même et leurs proches.

### 4.3 La prise en compte de la gestion du risque infectieux dans les conventions tripartites et les CPOM

---

Tableau n° 4 prise en compte du risque infectieux dans les conventions tripartites et CPOM

	OUI	NON	Non renseigné
Conventions tripartites( EHPAD)	19	3	1
Contrat d'objectifs et de moyens(MAS)	11	11	1
Contrat d'objectifs et de moyens(FAM)	10	11	2

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

Le risque infectieux est pris en compte dans 86% des conventions tripartites et dans 50% des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des MAS/FAM.

### 4.4 Les principales contraintes identifiées pour la mise en œuvre du programme par les EMS

---

Si les aspects financiers sont toujours évoqués pour expliquer les difficultés sur le terrain, les contraintes sociotechniques paraissent prédominantes. S'y rajoutent des contraintes organisationnelles.

- **Les contraintes financières**

S'agissant des contraintes financières, outre l'absence de financement national dédié au programme, c'est le manque de moyens humains dans les EMS qui est le plus souvent mis en avant : notamment la faiblesse de l'effectif infirmier, son turn-over fréquent, et l'impossibilité pour le(a)réfèrent(e) en hygiène (qui est souvent par ailleurs multitâche) de pouvoir disposer d'un temps dédié à l'hygiène du fait de la charge de travail dans l'établissement.

Les aides soignantes sont également soumises à fortes contraintes, particulièrement au moment des toilettes et des changes, ce qui est préjudiciable à la mise en œuvre des bonnes pratiques lors notamment de la gestion des excréta, indispensables dans le contexte de l'incidence croissante des BMR-BHRe.

L'absence de médecin coordonnateur dans certains EHPAD est également citée à plusieurs reprises ou son temps de présence insuffisant, laissant l'infirmier(e) coordonnatrice seule ou insuffisamment épaulée. Le rôle du médecin coordonnateur est essentiel à la mise en œuvre du programme et une ARS va jusqu'à indiquer que : « plus le médecin coordonnateur s'implique moins il y a de contraintes ... ».

Cette faiblesse du personnel dans les EMS se double de l'insuffisance actuelle des moyens des ARLIN au regard de leurs missions nouvelles dans le médico-social pour accompagner les EMS dans la démarche, voire de celle des autres partenaires ressources comme les EOH qui souvent saturées par le travail hospitalier, ne sont pas disponibles pour apporter l'expertise dont auraient besoin des établissements médico-sociaux (EMS). Sont également cités le coût des équipements, des matériels de protection, l'achat du matériel de bio-nettoyage, la vétusté de certains locaux (réseau d'eau) et le coût financier d'accès à l'expertise.

- **Les contraintes sociotechniques**

La composante principale est d'ordre culturelle avec la réticence d'une part encore non négligeable des professionnels du médicosocial à s'impliquer dans la gestion d'un risque sanitaire. La réalité est pourtant que ces « lieux de vie » doivent désormais du fait notamment du vieillissement des résidents, en plus de leurs fonctions traditionnelles d'aide et d'accompagnement, remplir la relativement nouvelle fonction « soins ». Cela ne va pas sans la crainte chez les professionnels de devoir faire primer des impératifs de sécurité sanitaire sur des impératifs de qualité de vie, ce qui engendre une certaine réticence à prendre en compte des risques sanitaires (risque infectieux ou médicamenteux) dont la fréquence leur paraissent par ailleurs au quotidien bien inférieure à celles d'autres risques (ex de maltraitance- fugues- chutes...).

De plus, la culture est différente à l'intérieur du secteur médico-social entre le secteur des personnes âgées, et celle des personnes handicapées où domine la culture éducative et à l'intérieur même du secteur des MAS-FAM, où les intervenants (ARLIN-Hygiénistes) vont se trouver parfois confrontés à des problématiques de santé complètement différentes selon le type de handicap des résidents accueillis (handicap intellectuel, moteur, somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels).

Si les professionnels du médico-social ont à se rapprocher du sanitaire, l'inverse est également vrai et les hygiénistes ont un effort à faire pour intégrer les spécificités du secteur médicosocial, comprendre ses besoins et à adapter leur pédagogie, en évitant notamment une terminologie trop technique. Des changements dans les pratiques professionnelles sont attendus (ex. respect des précautions standard et de la première d'entre elles : l'hygiène des mains- vaccination des professionnels) et cela demande du temps et requiert la vigilance de tous.

Est également pointé par les ARS le besoin d'appropriation de la démarche d'analyse de risque qui apparaît relativement nouvelle et que certains professionnels vivent comme une démarche quelque peu bureaucratique avant d'en comprendre le sens et d'en percevoir l'intérêt pour le bon fonctionnement de la structure. La grande majorité des professionnels auprès des résidents ne sont pas comme à l'hôpital des soignants (personnels médicaux et paramédicaux), mais des agents de service, des éducateurs ou des auxiliaires de vie qu'il faut former aux connaissances de base en hygiène.

- **Les contraintes organisationnelles**

Les ARS pointent une implication très hétérogène des responsables d'établissement dans la démarche suivant leur parcours, ceux qui ont exercés dans le secteur sanitaire comprennent mieux les enjeux du programme et leur attitude est déterminante pour la mobilisation du personnel. La dynamique résulte également de la bonne coordination entre le directeur, le médecin coordonnateur et le cadre infirmier.

Dans l'organisation des soins, l'établissement est dépendant de l'intervention des médecins libéraux. Or la démographie médicale actuelle sur certains territoires ruraux ou suburbains ne favorise pas leur implication dans la politique de prévention du risque infectieux de l'établissement, notamment celle relative au bon usage des antibiotiques impliquant leur réévaluation à 48/72H .

Les structures médico-sociales sont très nombreuses, parfois de petite taille et de statut divers. Elles peuvent être adossées à un établissement de santé, bénéficiant alors de son expérience et de ses compétences en hygiène (EOH), ou elles sont autonomes et parfois isolées (si elles ne font pas partie d'un groupe). Dans ce dernier cas, il faut pouvoir les accompagner dans la démarche, tout au moins les deux ou trois premières années, le temps pour l'encadrement de s'approprier la démarche d'analyse de risque et de constituer un vivier de personnels formés. Cet accompagnement idéalement démultiplié pour chaque structure représente une lourde charge de travail pour les ARLIN surtout s'il faut intervenir physiquement sur certains sites, les temps de transport s'ajoutant alors aux temps de réunions.

L'accès à l'expertise en hygiène est complexe à organiser de manière pérenne et homogène sur la région. Les ARS/ ARLIN signalent que les EOH sont souvent saturées et qu'il est souvent impossible aux EMS de passer convention (comme vu supra). C'est pourquoi certaines ARS ont mis en place de manière expérimentale des dispositifs d'appui territorialisés qui permet aux EMS isolés de bénéficier des compétences nécessaires. Ces organisations dépendent toutefois des possibilités de financement restreintes en général sur crédits non pérennes. Par ailleurs le recrutement des professionnels hygiénistes est parfois difficile obligeant à une montée en charge progressive du dispositif.

Dans les contraintes organisationnelles est aussi mentionnée l'absence de dossier médical informatisé (difficulté de recenser les événements infectieux).

## 5. Les perspectives

### 5.1 Avis des ARS sur l'extension du champ concerné

Les réponses des régions sont les suivantes :

- ↗ Non pour 9 régions
- ↗ Oui pour 7 régions
- ↗ Réticences pour 3 régions
- ↗ Sans réponse pour 4 régions

Il ne semble actuellement pas possible à certaines ARS d'étendre le champ des établissements médico-sociaux (EMS) concernés par le programme, non pas que cela ne serait pas souhaitable pour d'autres

établissements ou services (établissements pour enfants handicapés et spécialement pour enfants polyhandicapés, foyers logements, services de soins infirmiers à domicile-SSIAD) au regard du risque potentiel, mais parce que les moyens actuels en particulier ceux des ARLIN, ne le permettent pas. Ces ARS indiquent qu'il faut d'abord poursuivre avec les EMS concernés : consolider prioritairement le programme dans les EHPAD et le déployer dans les MAS/FAM qui ne sont pas au même niveau de connaissances que les EHPAD dans ce domaine.

↳ *L'ARS de Midi-Pyrénées souligne bien la contrainte de moyens « Le travail de fond (acculturation des personnels) est déjà très lourd à mener dans les EMS où tout est à créer comme en témoignent les demandes croissantes et continues de ces établissements. Le champ pourrait bien évidemment être étendu aux autres structures type institut médico-éducatif (IME), sous réserve de renforcement des structures d'appui ».*

Pour autant les régions sont bien conscientes des besoins dans le secteur de l'enfance handicapée.

↳ *Rhône-Alpes : « Il semblerait important d'associer à cette démarche les établissements pour enfants, IME. Nous avons associé à nos formations les établissements accueillant des enfants handicapés. Il pourrait aussi être très utile d'associer les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées et handicapées ».*

↳ *Haute-Normandie : «L'ARLIN est sollicitée par les ESMS du secteur enfance handicapée (établissements d'hébergement et structures d'accueil de jour) pour la maîtrise du risque infectieux (réalisation de soins invasifs (sondage urinaire, aspirations trachéales, alimentation entérale...)*

## 5.2 Suggestions des ARS à la lumière de leur retour d'expérience

Les thèmes abordés dans les suggestions des ARS pour la suite du programme, outre des points techniques particuliers, reprennent souvent les contraintes déjà citées : prendre en compte de la réalité du terrain, assurer le financement du programme, permettre l'accès à l'expertise en hygiène, optimiser le travail inter acteurs dans l'accompagnement des établissements médico-sociaux (EMS).

Verbatim des quinze ARS faisant part de leurs suggestions :

- **Corse**

*«développer la prise en compte du risque infectieux lié aux soins sur l'ensemble du parcours de soins afin de pouvoir s'adapter aux réalités des différentes catégories d'établissements de santé et médico-sociaux. Se rapprocher de la DGOS pour permettre la transposition de certains dispositifs mis en place pour les ES: BMR, bon usage des ATB, sécurisation du circuit du médicament, gestion des épidémies..., de l'HAS pour la gestion du risque : Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée-Le DPC avec le programme prioritaire pour 2015 sur la prévention des risques infectieux en ESMS, le parcours de soins des PA, la déclaration des événements indésirables graves (EIG)-Permettre le financement d'une programmation pluriannuel par les ARS pour la mise en œuvre des actions de lutte contre le risque infectieux dans le cadre de programmes nationaux »*

- **PACA**

«ARS : étendre le travail des EOH dans les EHPAD

ARLIN :-Rendre obligatoire le DARI et le renvoyer tous les deux ans – évaluations comme ICALIN (Tableau de bord : consommation produits hydro-alcooliques, tabliers)-Obligation de formation DPC par an comme pour les infirmières libérales-Enquête de prévalence des IAS type EPIPA »

- **Bourgogne**

« Un dispositif harmonisé sur le plan national devrait être proposé, accompagné de ses modalités de financement, pour donner les moyens aux établissements médico-sociaux de disposer d'équipes d'hygiène partagées. /.../ »

- **Franche-Comté**

« Travailler avec les professionnels libéraux (médecins, IDE, Kinésithérapeutes, pédicures ...) intervenant dans les EMS/ rejoint axe développement des actions à décliner dans le cadre du PROPIAS en secteur ambulatoire »

- **Midi-Pyrénées**

« Les EMS rencontrés à ce jour manifestent une volonté évidente de s'engager dans une démarche d'amélioration des pratiques. Cependant le plan d'actions trouve vite des limites à sa mise en œuvre sur les points pour lesquels l'établissement doit engager des moyens (personnel, aspects équipements, architecturaux) - Il semble nécessaire d'acter la légitimité du médecin coordonnateur afin qu'il soit en capacité de promouvoir et d'accompagner les actions permettant d'atteindre les objectifs du plan national »

- **Languedoc- Roussillon**

« Nécessité de dégager des financements pour accompagner la prévention du risque infectieux dans les EMS »

- **Centre**

« Structures très demandeuses et conscientes de la nécessité de la prévention du risque infectieux, mais trop peu de personnes dégagées pour être formées à l'hygiène et ayant du temps dédié pour cela -Déploiement d'hygiénistes dédiés aux EMS nécessaire selon les besoins et avec l'ARLIN - Les établissements se sont beaucoup investis sur les évaluations : gros travail et surcharge - Mener le programme de prévention du risque infectieux en même temps que l'évaluation pour l'intégrer à la démarche qualité de l'établissement »

- **Nord-Pas-de Calais**

*« Consolider la culture sur la prévention du risque infectieux en EHPAD, pour le champ PH : poursuivre la sensibilisation à la prévention du risque infectieux »*

- **Auvergne**

*« Définir deux ou trois priorités très simples, réalistes, faisables à mettre en place dans ces établissements »*

- **Alsace**

*« Plusieurs piste d'actions sont à explorer, mais la plus porteuse me semble être celle du développement d'EOH inter ES pour avoir des équipes fortes et expérimentées (et non des EOH parfois représentées par une seule personne à temps partiel) avec des IDE dédiées au secteur médico-social participant à un réseau animé par l'ARLIN pour mieux identifier et répondre aux besoins spécifiques. Ces IDE pouvant bénéficier quand elles en ont besoin de l'appui de PH de leur EOHH »*

- **Rhône-Alpes**

*« Il peut être compliqué pour les EMS de s'y retrouver entre plan bleu, plan de crise, plan local de maitrise d'une épidémie. Il peut être judicieux d'unifier les choses sous l'appellation plan bleu qui comporterait différents volets, dont le volet infectieux, volet qui correspondrait au plan local de maitrise d'une épidémie »*

- **Ile-de-France**

*« Améliorer la PEC des RI dans les EMS en développant les liens EOHH et EMS-Conforter la mise en place du DARI dans les EMS. Encore trop de disparités dans la mise place du dispositif. Conforter la mise en place du DARI auprès des MAS/FAM qui semblent avoir plus de mal à mettre en place le dispositif-Maintenir la sensibilisation et suivre les EMS qui n'ont pas mis en place leur DARI, introduire la gestion du risque infectieux dans les CPOM-Ne pas relâcher l'élan initié dans l'accompagnement; préciser des échéances au EMS. »*

- **Haute-Normandie**

*« Dans le cadre de ses missions de conseil et d'expertise, l'ARLIN ne peut pas répondre à l'ensemble de la demande- Si l'extension de la réalisation d'un DARI devient obligatoire pour tous les ESMS (en HN : environ 500 ESMS), les moyens actuels de l'ARLIN ne lui permettent pas de répondre aux besoins des ESMS. Il sera nécessaire de les renforcer, par ailleurs, le PROPIAS cible l'extension de la prévention des infections associées aux soins au secteur des soins de ville. Les missions des ARLIN seront concernées. »*

- **Poitou-Charentes**

*« Nécessité de poursuivre les actions de formation/information et l'accompagnement individuel »*

- **Guyane**

*« Le cœur de métier des établissements médico-sociaux (EMS) n'est pas l'hygiène. Il me paraît donc logique de pérenniser un dispositif d'appui régional aux EMS comme celui que nous avons mis en place par l'intermédiaire de l'ARLIN : L'ARLIN fait AVEC les établissements. Ceux ci se sentent valorisés dans leurs pratiques. »*

## Annexe 1 : Questionnaire

### BILAN DU PREMIER PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DES INFECTIONS DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL 2011/2013

Le premier programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, qui a constitué la déclinaison du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS dans les établissements médico-sociaux, a été diffusé aux ARS par la CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012.

L'objet de cette enquête est de procéder au bilan de la mise en œuvre de ce programme afin de tirer les enseignements utiles en vue de la rédaction du programme suivant.

**Votre réponse est attendue pour le 12 décembre 2014**

Votre Région : .....

#### A - PROMOTION ET ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME PAR LES ARS

Il s'agit ici de décrire les différentes actions mises en place au niveau de la région par l'ARS et/ou l'ARLIN, les acteurs concernés et le nombre d'établissements en bénéficiant.

##### 1 - Sessions de présentation aux EMS du programme et de ses outils

- ✓ Q A-1-1 : des sessions de sensibilisation ont-elles été organisées pour présenter aux EMS le programme et ses outils ?                    oui  non
- ✓ Q A-1-2 : si oui indiquer qui les a organisées ?    ARS                     ARLIN                     ARS + ARLIN   
Si oui à Q A-1-1 : Nombre d'EMS participants : .....  
Si oui à Q A-1-1 : Nombre total de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-1-3 : Commentaires libres : .....

##### 2 - Organisation de formations complémentaires (le cas échéant)

- ✓ Q A-2-1 : l'ARS a-t-elle organisé des sessions de formation pour les professionnels? oui  non   
Si oui, combien ? .....                    Si oui, quand ? .....  
Si oui, à l'initiative de qui ? .....  
Si oui, thématiques abordées : .....
- ✓ Q A-2-2 : Les règles d'hygiène standard                    oui  non   
Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-3 : L'hygiène des mains                    oui  non   
Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-4 : Le bon usage des antibiotiques                    oui  non

- Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-5 : Les BMR - BHRé      oui  non
- Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-6: Le signalement de cas isolés ou groupés d'infection      oui  non
- Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-7: La vaccination      oui  non
- Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-8: Autres thèmes      oui  non
- Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-2-9 : Commentaires libres .....

### 3 - Développement d'outils

- ✓ Q A-3-1: Des outils ont-ils été développés par l'ARS et/ou l'ARLIN ?      oui  non
- ✓ Q A-3-2 : Si oui lesquels ? Si oui : nombre de professionnels participants : .....  
(Vous pouvez indiquer le chemin d'accès si vos documents sont accessibles sur un site web)

### 4 - Organisation d'un accompagnement des établissements médico-sociaux (EMS) pour élaborer leur DARI

- ✓ Q A-4-1: Avez-vous organisé un accompagnement des établissements médico-sociaux (EMS) pour élaborer leur DARI ?      oui  non
- Si oui, décrire succinctement les acteurs, les modalités retenues et le nombre d'EMS en ayant bénéficié : Si oui : nombre de professionnels participants : .....
- ✓ Q A-4-2 : Si vous avez mis en place un dispositif territorialisé d'appui aux EMS (création d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) mobile, réseau inter EHPAD, etc.) le décrire, indiquer le nombre d'EMS en ayant bénéficié. Dans le cas où des moyens (subventions) ont été alloués, en préciser la nature, le montant et le caractère pérenne ou non : .....

## B - LES ETABLISSEMENTS MEDICO SOCIAUX DE VOTRE REGION

### 1 - EHPAD

- ✓ Q B-1-1 : Nombre d'EHPAD : .....
- ✓ Q B-1-2 : Dont nombre d'EHPAD adossés à un établissement de santé : .....  
**Attention : Q B-1-2 < ou = à Q B-1-1**

### 2. MAS

- ✓ Q B-2-1 : Nombre de MAS : .....
- ✓ Q B-2-2 : Dont nombre de MAS adossés à un établissement de santé : .....  
**Attention : Q B-2-2 < ou = à Q B-2-1**

### 3. FAM

- ✓ Q B-3-1 : Nombre de FAM : .....
- ✓ Q B-3-2 : Dont nombre de FAM adossés à un établissement de santé : .....  
**Attention : Q B-3-2 < ou = à Q B-3-1**
- ✓ 4. TOTAUX (les calculs se font automatiquement à partir des données rentrées ci-dessus)  
Q B-4-1 : Nombre total d'établissements : .....
- ✓ Q B-4-2 : dont établissements adossés à un établissement de santé: .....

## C - ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

### 1 - EHPAD

- ✓ Q C-1-1 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité réalisé l'étape d'auto évaluation (outil GREPPH) relative au DARI ?    oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-1a : Si oui, pouvez vous nous préciser le pourcentage des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant réalisé leur autoévaluation: .....  
**Précision : si 50% des EHPAD de votre région ont réalisé leur auto évaluation, rentrer le chiffre : 50. L'application requiert une réponse numérique.**
- ✓ Q C-1-2 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité élaboré un programme d'actions prioritaires pour gérer le risque infectieux ?    oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-2a : Si oui, pouvez vous nous préciser le pourcentage des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ayant élaboré leur programme d'actions prioritaires ?  
**Précision : si 25% des EHPAD de votre région ont élaboré leur programme d'actions prioritaires, rentrer le chiffre : 25. L'application requiert une réponse numérique.**
- ✓ Q C-1-3 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité désigné un responsable mandaté ?  
oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-4 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité constitué un comité de suivi du risque infectieux ?  
oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-5 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité conventionné avec une équipe opérationnelle d'hygiène ?  
oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-6 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité défini leur politique de surveillance interne ?  
oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-7 : Les EHPAD ont-ils dans leur majorité élaboré un plan de crise ?  
oui  non  ne sait pas
- ✓ Q C-1-8 : Avez-vous introduit la gestion du risque infectieux dans les conventions tripartites ?  
oui  non



- ✓ Q C-3-1a : Si oui, pouvez vous nous préciser le pourcentage des FAM ayant réalisé leur autoévaluation : .....  
Précision : si 50% des FAM de votre région ont réalisé leur auto évaluation, rentrer le chiffre : 50. L'application requiert une réponse numérique.
- ✓ Q C-3-2 : Les FAM ont-ils dans leur majorité élaboré et mis en œuvre un programme d'actions prioritaires pour gérer le risque infectieux ?    oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-2a : Si oui, pouvez vous nous préciser le pourcentage des FAM ayant élaboré leur programme d'actions prioritaires : .....  
Précision : si 25% des FAM de votre région ont élaboré leur programme d'actions prioritaires, rentrer le chiffre : 25. L'application requiert une réponse numérique.
- ✓ Q C-3-3 : Les FAM ont-ils dans leur majorité désigné un responsable mandaté ?  
                  oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-4 : Les FAM ont-ils dans leur majorité constitué un comité de suivi du risque infectieux ?  
                  oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-5 : Les FAM ont-ils dans leur majorité conventionné avec une équipe opérationnelle d'hygiène ?    oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-6 : Les FAM ont-ils dans leur majorité défini leur politique de surveillance interne ?  
                  oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-7 : Les FAM ont-ils dans leur majorité élaboré un plan de crise ?  
                  oui     non     ne sait pas
- ✓ Q C-3-8 : Avez-vous introduit la gestion du risque infectieux dans les CPOM ?    oui     non
- ✓ Q C-3-9 : Quelles sont les principales contraintes que vous avez identifiées pour la mise en œuvre du programme par les FAM ? .....
- ✓ Q C-3-10 : Commentaires libres .....

#### D- PERSPECTIVES

- ✓ Q D-1 : Vous semble-t-il nécessaire d'étendre le champ des établissements médico-sociaux (EMS) concernés ? .....
- ✓ Q D-2 : Autres suggestions à la lumière de votre retour d'expérience : .....

**MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REpondre A CETTE ENQUETE.  
N'OUBLIEZ PAS DE VALIDER VOTRE FORMULAIRE AFIN QUE LES DONNEES SOIENT ENREGISTREES  
VOUS POUVEZ REVENIR SUR L'APPLICATION AUSSI SOUVENT QUE NECESSAIRE  
AVANT LA DATE LIMITE FIXEE.**

## Annexe 2 : Répartition des établissements médico-sociaux dans les régions

REPARTITION DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX DANS LES REGIONS																												
Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	Total	
<b>1 EHPAD</b>																												
Q B-1-1 : Nombre d'EHPAD	688	479	478	414	391	635	580	697	237	286	318	371	271		327	194	210	131	26	134	143				4	23	15	7052
Q B-1-2 : Dont EHPAD adossés à un ES	45	52	65	74	65	71	60	131	13	50	42	52	47		44	37	30	24	5	45	27				2	10	4	995
<b>2 MAS</b>																												
Q B-2-1 : Nombre de MAS	98	26	26	41	36	44	42	48	12	9	26	39	33		22	22	23	12	2	19	16				2	3	4	605
Q B-2-2 : Dont MAS adossés à un ES	10	5	2		5	6	7	4	3	2	4	2	4		4	5	3	6	1	3	2				0	1	0	79
<b>3 FAM</b>																												
Q B-3-1 : Nombre de FAM	84	35	75	50	51	63	60	102	30	28	55	39	30		28	18	12	19	4	10	31				0	3	7	834
Q B-3-2 : Dont FAM adossés à un ES	2	3	2	0	3	7	5	6	1	5	3	1	2		5	4		0	0	1	1				0	2	0	53
<b>Totaux</b>																												
Nombre total d'établissements	870	540	579	505	478	742	682	847	279	323	399	449	334		377	234	245	162	32	163	190				6	29	26	8491
dont établissements adossés à un ES	57	60	69	74	73	84	72	141	17	57	49	55	53		53	46	33	30	6	49	30				2	13	4	1127

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

## Annexe 3 : Action des ARS

PROMOTION ET ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME PAR LES ARS																											
Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	Total
1- Sessions de présentation aux EMS du programme et de ses outils																											
Q A-1-1 : sessions de sensibilisation organisées dans votre département pour présenter aux EMS le programme et ses outils	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			oui	oui	oui	
Q A-1-2 : si oui, Qui les a organisées	ARS ARL	ARL	ARL	ARS ARL	ARL	ARS ARL	ARL	ARS ARL	ARS ARL	ARS ARL	ARL	ARS ARL	ARL	ARS ARL	ARS ARL	ARL	ARL	ARL	ARS ARL	ARS ARL	ARL			ARS ARL	ARL	ARS ARL	
Si oui à Q A-1-1 : Nombre d'EMS participants	401	424			156	130	539	342	120	199		140	78		216	158		74	21	61	110			6	18		3193
Si oui à Q A-1-1 : Nombre total de professionnels participants	628	846	246		426	454	1812	619	140	252	81	266	98		351	218		112	22	177	524			13	119	56	7460

**PROMOTION ET ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME PAR LES ARS**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	Total
<b>2- Organisation de formations complémentaires à ces sessions</b>																											
Q A-2-1:ARS a-t-elle organisé des sessions de formation pour les professionnels	oui	oui	non	oui	non	oui	non	non	non	oui	oui	oui	non		oui	oui	oui	oui	oui	non	non			oui	oui	oui	
Si oui, combien	6	6				1				45	10	5			4	14	3		6					40			140
Si oui, quand	2014	Chaque année				nov-2013				Depuis 2012	2012 - 2013	mai-juin 2011			2013-2014	2011 à 2015	2011 - 2012 - 2013		2014					de 2010 à ce jour			
Si oui, à l'initiative de qui	Autres	ARL				ARS				ARL	ARL	ARS			ARS	ARS	ARS		ARS					Autres	ARL	ARL	
QA-2-2: règles d'hygiène standard	oui	oui		oui	non	non				oui	oui	oui	non		oui	oui		oui	non					oui	oui	oui	
Si oui: nombre professionnels participants	665			175						265	160	266			60	180		176						400	196		2543
QA-2-3: règles d'hygiène des mains	oui	oui		oui	non	non				oui	oui	oui			oui	oui		oui	non					oui	oui	oui	
Si oui: nombre professionnels participants	503			175						265		266			60	180		30						400			1879

**PROMOTION ET ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME PAR LES ARS**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	Total	
Q A-2-4 : Le bon usage des antibiotiques	oui	oui		non	non	non		non		non	non	oui				oui		oui	oui					oui	oui	non		
Si oui : nombre de professionnels participants	395											266				300									150	6		1117
Q A-2-5 : Les BMR - BHRé	oui	oui		oui	non	non				oui	oui	non				non		oui	oui					oui	oui	oui		
Si oui : nombre de professionnels participants	272			175						265	72							79							150	196		1209
Q A-2-6: Le signalement de cas isolés ou groupés d'infection	oui	oui		oui	non	non				oui	non	oui				oui	oui	oui	oui					oui	oui	oui		
Si oui : nombre de professionnels participants	415			175						265		266				300		92							40	196		1749
Q A-2-7: La vaccination	oui	non		non	non	non				oui	non	non				oui	oui	oui	non					oui	oui	oui		
Si oui : nombre de professionnels participants	395									265						300			21						20	74		1075

**PROMOTION ET ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME PAR LES ARS**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	Total
QA-2-8: autres thèmes	oui	oui		oui	non	non				oui	oui	oui				non	oui	oui	non					oui	oui	oui	
Si oui: nombre professionnels participants	290			175						265	231	266						206							80	40	1553
<b>3- Développement d'outils</b>																											
Q A-3-1: outils ont-ils été développés par l'ARS et /ou l'ARLIN	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			oui	oui	oui	
<b>4- Organisation d'un accompagnement des EMS pour élaborer leur DARI</b>																											
Q A-4-1 : Avez vous organisé au niveau départemental un accompagnement EMS pour élaborer leur DARI	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	non		oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui		oui	non	oui	
Q A-4-2 : Existe-t-il un dispositif territorialisé d'appui aux EMS	oui	non	oui	oui	non	non	non	oui	non	oui	non	oui	non		non	non	non	non	oui	oui	non			oui	non	oui	

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

## Annexe 4 : Engagement des établissements médico-sociaux dans la démarche

ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX																											
Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	
<b>1- EHPAD</b>																											
Q C-1-1: EHPAD ont-ils réalisé l'étape d'auto évaluation (outil GREPPH) relative DARI	oui	non	oui	non	non	ne sait pas	oui	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		oui	oui	oui	ne sait pas	oui	oui	ne sait pas				oui	oui	oui
Q C-1-1a : Si oui, % d'EHPAD l'ayant réalisée	46,25		50				49			89					43	94			50	90					100	66	80
Q C-1-2: EHPAD ont-ils élaboré un programme d'actions prioritaires pour gérer le RI	non	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		oui	oui	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas			oui	oui	oui
Q C-1-2a : Si oui, % d'EHPAD l'ayant élaboré										89					26	70									100	66	80
Q C-1-3: EHPAD ont-ils désigné un responsable mandaté	oui	non	oui	oui	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	oui	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas		oui	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas			oui	non	ne sait pas

**ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	
Q C-1-4: EHPAD ont-ils constitué un comité de suivi du RI	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas		oui	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas			non	non	non	
Q C-1-5: EHPAD ont-ils conventionné avec une EOH	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	oui	non	non	ne sait pas		non	non	non	ne sait pas	oui	oui	ne sait pas			oui	non	non	
Q C-1-6: EHPAD ont-ils défini leur politique de surveillance interne	non	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas		oui	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas			non	non	non	
Q C-1-7: EHPAD ont-ils élaboré un plan de crise	non	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas	oui	ne sait pas	ne sait pas		oui	ne sait pas	oui	ne sait pas	non	oui	ne sait pas			oui	oui	oui	
Q C-1-8 : Avez vous introduit la gestion du RI dans conventions tripartites	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			non		oui	
<b>2- MAS</b>																											
Q C-2-1: MAS ont-ils réalisé l'étape d'auto évaluation relative au DARI	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	oui	oui	oui	non	oui	ne sait pas			oui	non	oui	

**ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	
Q C-2-1a : Si oui, % des MAS l'ayant réalisé										90						74		66,66		87				100		100	
Q C-2-2 : MAS ont-elles élaboré et mis en œuvre un programme d'actions prioritaires pour gérer le RI	non	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	oui	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas			oui	non	oui	
Q C-2-2a : Si oui, 100% des MAS l'ayant élaboré										90						72		66,66							50		100
Q C-2-3: MAS ont-elles désigné un responsable mandaté	oui	oui	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	non	non	ne sait pas			oui	non	ne sait pas	
Q C-2-4 : Les MAS ont-elles constitué un comité de suivi du risque infectieux	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas			non	non	ne sait pas	

**ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'ÉVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion	
Q C-2-5 : MAS ont-elles conventionné avec une EOH	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	non	non	non	non	oui	ne sait pas			non	non	ne sait pas	
Q C-2-6 : MAS ont-elles défini leur politique de surveillance interne	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	non	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	non	ne sait pas			non	non	ne sait pas	
QC-2-7:MAS ont-elles élaboré un plan de crise	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	oui	oui	non	ne sait pas	ne sait pas			non	non	ne sait pas	
Q C-2-8 : Avez-vous introduit la gestion du RI dans les CPOM	non	non	oui	non	non	oui	oui	non	non	oui	oui	non	oui		non	oui	non	non	oui	oui	oui			non		oui	
<b>3-FAM</b>																											
Q C-3-1 : FAM ont-ils réalisé l'étape d'auto évaluation (outil GREPPH) relative au DARI	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	oui	oui	non	non	oui	ne sait pas			ne sait pas	non	oui	
Q C-3-1a : Si oui, % FAM l'ayant réalisé										85						74				73						87	

**ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'ÉVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion
Q C-3-2 : FAM ont-ils élaboré mis en œuvre un programme d'actions prioritaires pour gérer le RI	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui		ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas			ne sait pas		oui
Q C-3-2a: Si oui, % FAM l'ayant élaboré										85						74										87
Q C-3-3 : FAM ont-ils désigné un responsable mandaté	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	oui	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	non	ne sait pas			ne sait pas	non	ne sait pas
Q C-3-4 : FAM ont-ils constitué un comité de suivi du RI	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas			ne sait pas	non	ne sait pas
Q C-3-5 : FAM ont-ils conventionné avec une EOH	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas		non	ne sait pas	oui	non	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	non	ne sait pas	non	oui	ne sait pas			ne sait pas	non	ne sait pas
Q C-3-6 : FAM ont-ils défini leur politique de surveillance interne	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	non	non	ne sait pas			ne sait pas	non	ne sait pas

**ENGAGEMENT DES EMS DANS LA DEMARCHE D'EVALUATION ET DE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX**

Questions	1 Ile-de-France	2 Aquitaine	2 Bretagne	2 Midi-Pyrénées	2 Nord-Pas-de-Calais	2 PACA	2 Pays de la Loire	2 Rhône-Alpes	3 Auvergne	3 Bourgogne	3 Centre	3 Languedoc-Roussillon	3 Lorraine	3 Picardie	3 Poitou-Charentes	4 Alsace	4 Basse Normandie	4 Champagne-Ardenne	4 Corse	4 Franche-Comté	4 Haute-Normandie	4 Limousin	5 Guadeloupe	5 Guyane	5 Martinique	5 Réunion
Q C-3-7 : FAM ont-ils élaboré un plan de crise	non	non	non	non	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas	ne sait pas		ne sait pas	ne sait pas	oui	ne sait pas	non	ne sait pas	ne sait pas			ne sait pas	non	ne sait pas
Q C-3-8 : Avez-vous introduit la gestion du RI dans les CPOM	non	non	oui	non	non	oui	non	non	non	oui	oui	non	oui		non	oui	non	non	oui	oui	oui					oui

Source : DGCS à partir des données transmises par les ARS

## Annexe 5 : Liste des réunions en régions

---

- ✚ **11 décembre 2014** : Journée interdépartementale de prévention du risque infectieux en EHPAD/MAS/FAM à l'université D'Evry Val d'Essonne, organisée par l'ARS IDF (DT de l'Essonne –DT de Seine et Marne)
- ✚ **6 novembre 2014** : Journée interrégionale « Stratégie de prévention du risque infectieux en secteur médico-social - rôle des décideurs » à la faculté de médecine de Nancy, organisée par le CCLIN Est et l'ARLIN de lorraine
- ✚ **3 avril 2014** : Journée prévention du risque infectieux en EHPAD Ile de France, organisée à Paris par l'ARLIN d'IDF
- ✚ **6 juin 2013** : printemps des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Aquitaine à Bordeaux- Journée organisée à Talence par la Fédération Française des associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD et l'organisation de l'AMC du sud-ouest, l'AMC Dordogne-Périgord et l'AMC Poitou-Charentes
- ✚ **18 octobre 2012** : 13<sup>ème</sup> journée méditerranéenne de prévention des infections nosocomiales à Saint Raphaël, organisée par l'association Méditerranéenne d'Hygiène et l'ARLIN PACA
- ✚ **11 octobre 2012** : Réunion des hygiénistes de la région Alsace à Strasbourg, organisée par l'ARLIN d'Alsace
- ✚ **9 octobre 2012** : journée régionale de formation à la prévention des infections à l'intention des professionnels des établissements médico-sociaux (EMS) (FOREMS) à Amiens, organisée par le CCLIN Paris Nord et l'ARLIN de Picardie
- ✚ **6 décembre 2011** : Journée de présentation du programme de prévention des IAS en EMS de Poitou-Charentes, à Poitiers, organisée par l'ARS de Poitou-Charentes
- ✚ **29 septembre 2011** : 10<sup>ème</sup> Journée d'automne « Hygiène, risques et qualité chez la personne âgés », à Lyon, organisée par Le CCLIN Sud Est et les Sociétés de gériatrie et gérontologie du Sud-est
- ✚ **23 juin 2011** : 2<sup>ème</sup> journée régionale de prévention du risque infectieux en EHPAD, à Bron, organisée par le CCLIN Sud Est et l'ARLIN Rhône-Alpes
- ✚ **20 juin 2011** : Réunion des professionnels d'EHPAD de la région Auvergne à la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, organisée par l'ARLIN Auvergne
- ✚ **16 juin 2011** : 3<sup>ème</sup> journée interrégionale de formation et d'information « prévention du risque infectieux en EHPAD » à Rennes, organisée par le CCLIN Ouest
- ✚ **28 janvier 2011** : 2<sup>ème</sup> journée de formation et d'information destinée aux EHPAD d'IDF, à l'Institut des Cordeliers Paris, organisée par le CCLIN Paris Nord et l'ARLIN d'IDF.

## Annexe 6 : Liste des sigles

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>ARLIN</b>	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ATB</b>	Antibiotiques
<b>BMR -BHRe</b>	Bactéries multi résistantes –Bactéries hautement résistantes émergentes
<b>CCLIN</b>	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>CHRU</b>	Centre hospitalier régional universitaire
<b>CHU</b>	Centre hospitalo-universitaire
<b>CINODE</b>	Collecte d'information pour l'outil décisionnel
<b>CIRE</b>	Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région
<b>CNP ARS</b>	Comité national de pilotage des ARS
<b>CNR</b>	Crédits non reconductibles
<b>CNSA</b>	Caisse nationale solidarité autonomie
<b>CPOM</b>	Contrat d'objectifs et de moyens
<b>DARI</b>	Document d'analyse du risque infectieux
<b>DDASS</b>	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
<b>DFAS</b>	Direction <i>finances, achats et services</i>
<b>DG ARS</b>	Directeur général d'agence régionale de santé
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DPC</b>	Développement professionnel continu
<b>DRASS</b>	Direction générale des affaires sanitaires et sociales
<b>DT ARS</b>	Délégation territoriale des ARS
<b>EHPAD</b>	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
<b>EMH</b>	Equipes mobiles d'hygiène
<b>EMHT</b>	Equipes mobiles d'hygiène de territoire
<b>EMS</b>	Etablissement médico-social
<b>EOH</b>	Equipe opérationnelle d'hygiène
<b>EOHM</b>	Equipe opérationnelle mobile d'hygiène
<b>EOHT</b>	Equipe opérationnelle d'hygiène de territoire
<b>ES</b>	Etablissement de sante
<b>ESMS</b>	Etablissements et services médico-sociaux
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>FIR</b>	Fond d'intervention régional
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>GCSMS</b>	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
<b>GEA</b>	Gastroentérite aigüe

<b>GREPHH</b>	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
<b>IAS</b>	Infection associée aux soins
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'Etat
<b>IME</b>	Institut médico-éducatif
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>IRA</b>	Infection respiratoire aigüe
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée
<b>PCA</b>	Plan de continuité des Activités
<b>OMEDIT</b>	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PROPRIAS</b>	programme de prévention des infections associées aux soins
<b>PRS</b>	Programme régional de santé
<b>RI</b>	Risque infectieux
<b>SFGG</b>	Société française de gériatrie gérontologie
<b>SPILF</b>	<i>Société de pathologie infectieuse de langue française</i>
<b>SRE</b>	<i>Structures régionales d'évaluation</i>
<b>SSIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>URAPEI</b>	Union régionale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis