

**XVème Rencontres internationales
francophones des infirmier(e)s
en hygiène et prévention de l'infection
6-7 octobre 2016 à Lille**



**Le parcours de soins des résidents d'une
Mas, porteurs de Bactéries Hautement
Résistantes émergentes (BHRe)**

Ivana Novakova

Infirmière Hygiéniste

Arlin en Ile-de-France du Cclin Paris-Nord

Maison d'accueil spécialisée (Mas)

...un peu d'histoire...

- ❑ Au début la création des structures familiales, associatives (des parents)
- ❑ **Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970** portant réforme hospitalière
- ❑ **Loi n° 75-534 du 30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées (Art 46) ..décret d'application, circulaires....
- ❑ **Circulaire n° 86-6 du 14 février 1986**: l' expérimentation de la création des foyers d'accueil médicalisés (à double tarification)
- ❑ **Loi 2002-02 du 2 janvier 2002** rénovant action sociale et médico-sociale
- ❑ **Création progressive des nouveaux établissements d'hébergement, des aides à domicile,...**
- ❑ **Loi 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté: MDPH, SAMSAAH,...
- ❑ **Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009** relatif aux obligations des établissements accueillant les personnes handicapées sans minimum d'autonomie.....

Nombreux textes législatifs
« Boom » de la création des structures
Focus sur l'accueil, les conditions du suivi, ...la qualité de vie...

Maisons d'accueil spécialisées

❑ **Personnes relevant d'une MAS**

- Existence d'un handicap chez un sujet adulte
- Absence d'un minimum d'autonomie
- Besoin d'une surveillance médicale et des soins constants (handicap physique, déficience mentale profonde, handicaps associés)

❑ **Les Mas doivent assurer**

- L'hébergement
- Les soins médicaux et paramédicaux
- Les aides à la vie courante selon l'état de dépendance
- Les activités de la vie sociale, d'animation et d'occupation afin de maintenir les acquis et de prévenir la régression

❑ **Le financement assuré principalement par la caisse d'assurance maladie**

**Etablissements
médico-sociaux**

Prévention du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux: Contexte

- ❑ Circulaire interministérielle DGCS/DGS n°2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social

Auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux
Manuel du GREPHH

Élaboration du document d'analyse du risque infectieux
Dari

- ❑ Missions des Cclin-Arlins étendues sur ce secteur
- ❑ Plan national 2015 (Propias)
- ❑ Avant il n'y avait pas d'exigence formalisée concernant la gestion de ce risque
- ❑ Très peu d'infirmières parmi les professionnels (en Ehpad + d'aide-soignantes; en Mas et Fam + de personnels éducatifs, AMP, animateurs...)

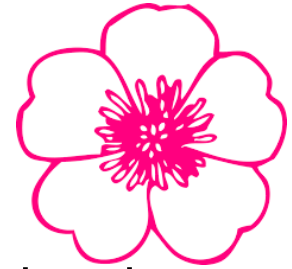


- ❑ Historiquement la philosophie de ces structures « c'est comme à la maison »
- ❑ Absence de culture de la gestion du risque, notamment du risque infectieux

Gestion du risque infectieux dans une Mas

- ❑ L'approche « à priori » rencontre souvent des sous-estimations
- ❑ Elle devient le sujet de préoccupations seulement lors d'un événement particulier (épidémies, BMR,..)
- ❑ En lien avec l'historique (clivage des secteurs, le profil du personnel,..)
- ❑ Le manque de connaissances, l'hétérogénéité quant au profil des résidents accueillis → l'absence (méconnaissance) des personnes (structures) ressources → « l'incompétence à s'adapter »
- ❑ L'inquiétude générant des actions démesurées (ou banalisées)
- ❑ Le sentiment de « transformer des lieux de vie en hôpital »
- ❑ L'évolution progressive, hétérogène sur tout le territoire
- ❑ Les structures régionales d'appui de plus en plus connues

Mas « Fleur rose »



- ❑ L'ouverture date d'1 an, le bâtiment a 3 étages, toutes les chambres sont individuelles, avec la salle d'eau attenante
- ❑ Prise en soins de 30 personnes, dont 4 en accueil temporaire, souffrant d'un handicap moteur sévère et présentant des déficiences neuro-respiratoires et/ou post-traumatiques importantes
- ❑ Le cadre de santé parti au bout de 6 mois, l'IDE coordinatrice peu expérimentée
- ❑ Personnel incomplet, avec de nombreux départs, vacataires,..
- ❑ Les équipes pluri-professionnelles (les missions ne sont pas clairement définies)
- ❑ Les mobiliers et les équipements incomplets (aucune analyse à priori de la gestion du risque, y compris du risque infectieux)
- ❑ L'arrivée progressive des résidents (hébergement, séjours temporaires)
- ❑ L'organisation de la prise en soins n'est pas formalisée

Porteurs de BHRe au sein d'une Mas: une réalité surprenante?

- ❑ **Décembre 2015:** découverte de colonisation à *Klebsiella pneumoniae* oxa 48 chez un des résidents lors de son hospitalisation en réanimation signalement (« e-sin »: ARS, ANSP, Cclin, Arlin)

❑ **Prise de contact avec la Mas par l'Arclin**



résumé de recommandations des actions

- ❑ **Fin janvier 2016:** le signalement de colonisation chez un autre résident de la Mas, hospitalisé dans l'hôpital de proximité (même germe)



hypothèse de la transmission croisée au sein de Mas; l'EOH donne des recommandations avant de consulter l'Arclin : dépistages de tous les résidents

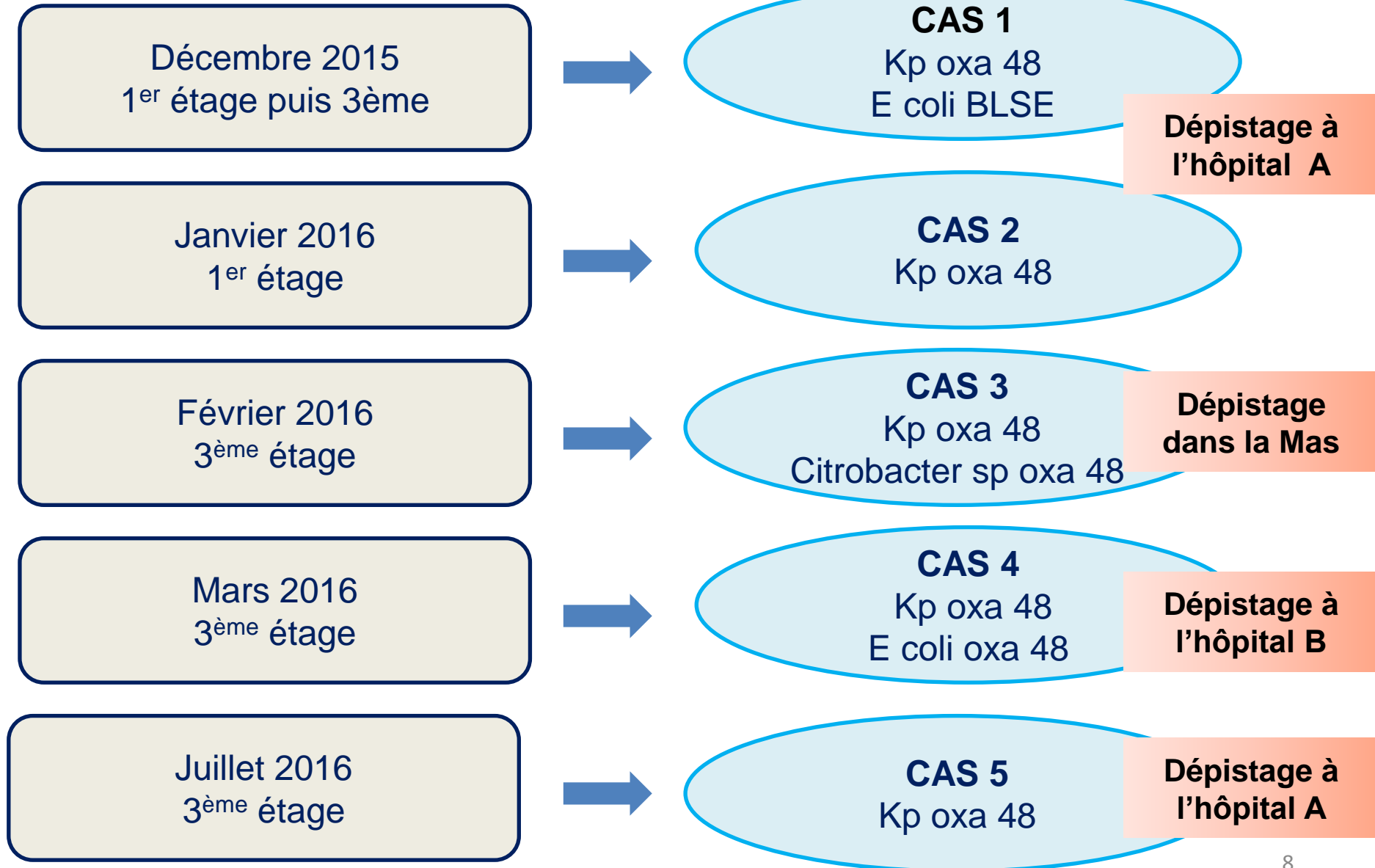
- ❑ **Début février 2016:** «panique » dans la Mas, première visite, repérage des points à risque

- **Pas d'auto-évaluation effectuée ni Dari rédigé**
- Manque d'une organisation réfléchie, le bionettoyage non formalisé, gestion des DM absente
- Les circuits (linges et déchets) problématiques
- Hygiène des mains: multi-produits, formats inadaptés
- Transmission des informations inefficace

Compte rendu

- les recommandations des actions à mettre en place
- la proposition de « sensibilisation » des professionnels

Découverte des nouveaux porteurs de BHRe : chronologie de découverte des colonisations



La synthèse du parcours de santé des résidents porteurs de BHRé

- ❑ **Cas 1:** 51 ans; arrivé en sept 2015; tumeur ventriculaire avec hydrocéphalie depuis 2013, l'intervention et la pose de la DVP, les complications infectieuses +, nombreuses hospitalisations depuis 2013; gastrostomie, trachéotomie
- ❑ **Cas 2:** 32 ans; arrivé en nov 2015; paraplégie congénitale, gastrostomie, hospitalisations multiples
- ❑ **Cas 3:** 19 ans; arrivé en oct 2015; poly-malformations congénitales avec l'IMC; gastrostomie, hospitalisations
- ❑ **Cas 4:** 56 ans; arrivé en mars 2016; tétraplégie secondaire depuis 2014; trachéotomie, gastrostomie; hospitalisations, complications infectieuses, diarrhée récidivante à Cd
- ❑ **Cas 5:** 35 ans; arrivé en sept 2015; maladie évolutive neurologique; en institution depuis des nombreuses années; trachéotomie, gastrostomie; hospitalisations

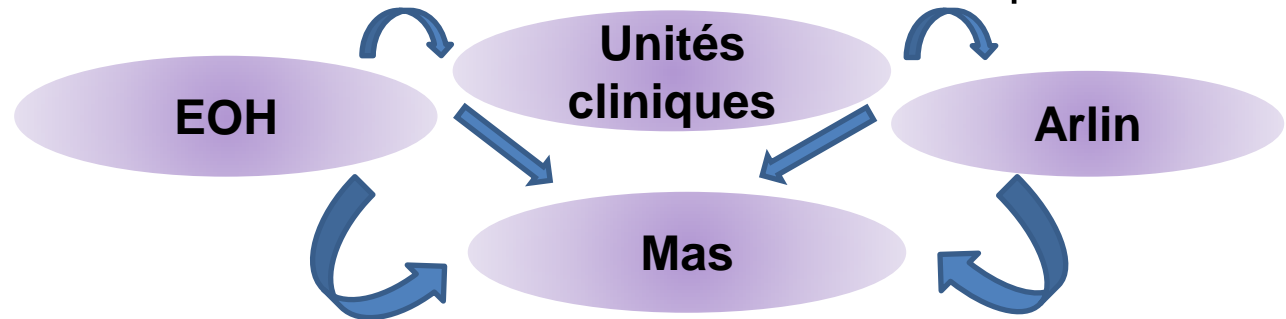
Les points communs repérés

- ❑ Pathologies lourdes
- ❑ Parcours de soins riche avant d'arriver en MAS
- ❑ Nombreuses hospitalisations: bilans réguliers; complications infectieuses (respiratoires,...)...antibiothérapies,...
- ❑ Absence d'un médecin traitant (difficulté majeure des Mas)
- ❑ Leurs proches préoccupés suite à la découverte de colonisation à BHRé
- ❑ L'expérience hospitalière « traumatisante » en lien avec des précautions complémentaires BHRé (témoignage des résidents),



L'appréhension des cas groupés au sein de la Mas « Fleur rose »

- ❑ Aucune réponse active aux relances de l'Arlin (février – mai)
- ❑ L'information progressive sur la découverte des nouveaux cas (signalement de l'hôpital, le parent d'un résident, l'IDE de la MAS)
- ❑ L'EOH de l'hôpital A: les liens plus étroits avec l'Arlin: les recommandations en cohérence et adaptées
- ❑ L'EOH de l'hôpital B: l'information tardive
- ❑ Le manque de fluidité d'information ...recommandations parfois inadaptées



- ❑ Le contact téléphonique, le courriel et la proposition d'un audit, des formations et de l'accompagnement (pas d'EOH de proximité disponible)
- ❑ Les difficultés persistantes au sein de la Mas...prise de conscience du problème à gérer?

Le projet d'accompagnement « sur mesure »

- ❑ Les dates (juin 2016) pour un **audit d'observation** des précautions d'hygiène et d'organisation et des premières séances de « **la formation-sensibilisation** »

1. **L'audit le matin (8H00- 14H00) : 2 jours**
2. **La formation du groupe 1 et 2 l'après midi (14H30 – 17H00)**

- **Prévention du risque infectieux à la « Fleur rose »**
- **Précautions standard d'hygiène 1**
- **Échange (cas groupés BHRé, les résidents BMR)**

- ❑ **La restitution des observations**

1. **Le jour d'audit à l'Idéc et la direction (précision sur les enjeux)**
2. **Immédiatement auprès des professionnels présents et intéressés**
3. **Un résumé écrit avec les actions prioritaires à mettre en place**
4. **Un compte rendu en copie à la DT ARS**

- **L'échange téléphonique avec la direction et l'Idéc de la Mas**
- **L'échange téléphonique avec la DT ARS (juillet)**
- **Points téléphoniques réguliers avec la Mas (suivi de la mise en place des actions, programmation des prochaines formations et réunion avec les résidents et les proches**

CAS 5

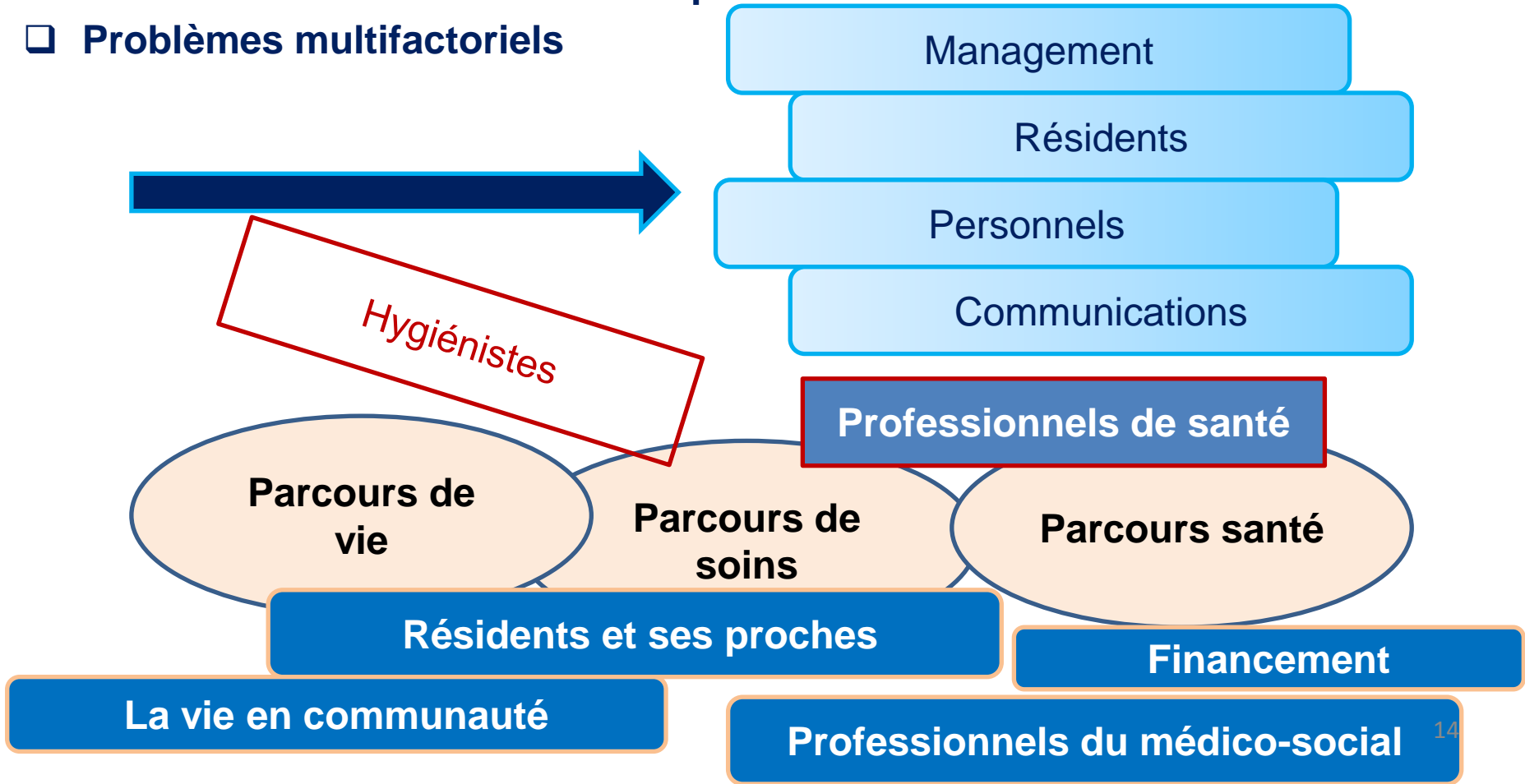
Un petit focus sur l'audit 1

- ❑ L'auto-évaluation ni le Dari ne sont toujours pas rédigés
- ❑ **Manque d'organisation adaptée** (la succession incessante des soins à risque de transmission avec les soins d'accompagnement, la coordination des soins n'est pas cohérente,...)
 - Les exigences des résidents parfois incompatibles avec une organisation de la prise en soins (positionnement de la direction, du personnel,...livret d'accueil?)
- ❑ Les supports avec des produits hydro-alcooliques ne sont pas installés
- ❑ **L'hygiène des mains**: n'est pas maîtrisée (les opportunités non saisies, la méthode et la technique non maîtrisées,..)
- ❑ **L'utilisation des gants irraisonnable**
- ❑ L'utilisation du matériel commun, le lève-personne, 1-2 harnais pour un étage,..)
- ❑ La prise en charge des DM non maîtrisée (transvasement des cuvettes d'une chambre à l'autre et aucune désinfection absence du nettoyage systématique des aspirateurs, des générateurs d'oxygène, des fauteuils,..)
- ❑ Le bionettoyage de l'environnement proche n'est pas systématique
- ❑ **Les résidents BHRé stigmatisés (Mas et l'hôpital)**

excrétas

Un petit focus sur l'audit 2

- ❑ Les cartons Dasri et leur circuit non maîtrisés
- ❑ Les manques des fondamentaux dans la maîtrise des mesures d'hygiène de base
- ❑ **Le personnel « en souffrance »...questionnement, incompréhension, les idées reçues,...**
- ❑ **Les résidents demandant des explications**
- ❑ **Problèmes multifactoriels**



Les conséquences

- ❑ L'inspection de l'ARS
 - des problématiques non résolues depuis l'ouverture
 - d'autres dysfonctionnements
 - des injonctions drastiques

L'audit de l'Arlin sur la gestion du risque infectieux a incité les autorités à vérifier la qualité et la sécurité de l'hébergement des résidents...?

Le maintien de la position « soutien et accompagnement » de l'Arlin

- ❑ Le changement de l'Idéc, l'arrivée d'un directeur intérimaire

Poursuite des actions mises en place en lien avec l'Arlin
L'auto-évaluation et le Dari
La réévaluation

Communication sincère centrée sur la qualité et la sécurité de la prise en soins des résidents

...Nous avons dit « parcours de soins »?...



Le projet d'accompagnement par l'Arlin et ses enjeux 1

- ❑ L'aide dans l'application des actions en matière de la gestion du risque infectieux

Acquérir les connaissances pour la maîtrise des bonnes pratiques de base

- ❑ La relecture des nouvelles procédures, fiches techniques

S'assurer de la pertinence en cohérence avec les recommandations nationales

- ❑ La réévaluation: un nouvel audit à distance

Constater l'impact des actions mises en place et ajuster si besoin

- ❑ La formation hygiène des mains pour tous, la formation précautions standard

Développer un regard critique permettant d'adapter les actions

Le projet d'accompagnement par l'Arlin et ses enjeux 2

- ❑ La communication avec les EOH des hôpitaux concernés par le parcours de soins des résidents

Déstigmatiser les résidents porteurs de BHRe et leurs contacts (toute la Mas)

- ❑ Le partage de l'expérience au niveau régional

Communiquer au sein du réseau des hygiénistes, des référents en hygiène,...journées régionales organisées par l'Arlin

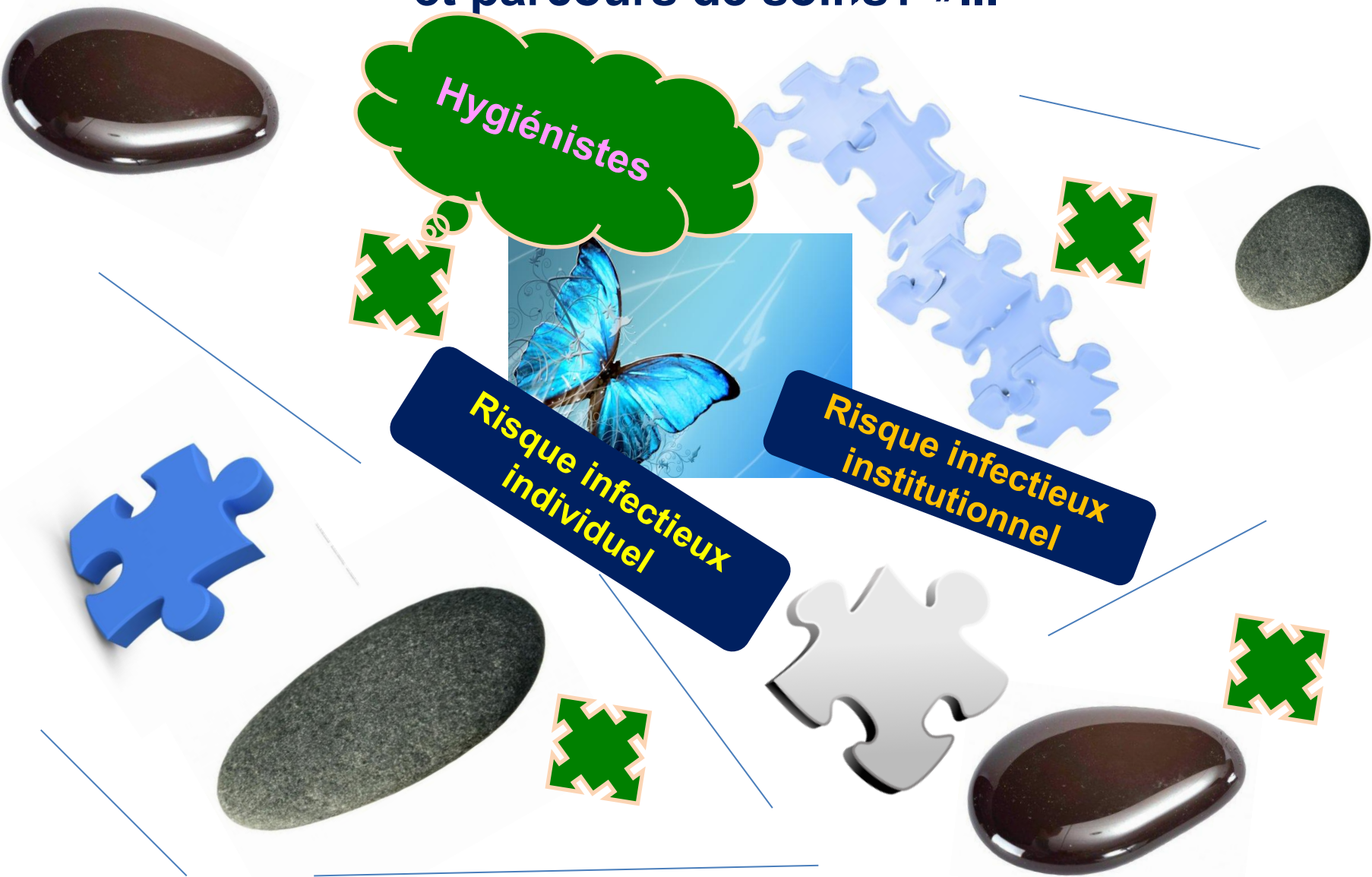
- ❑ L'évolution d'un accompagnement proximal vers un soutien raisonné

Donner les moyens pour les professionnels pour trouver les bonnes clés

- ❑ La rencontre avec les résidents et leurs proches

Dédramatiser, reprendre confiance, rassurer

...Nous avons dit « gestion du risque infectieux et parcours de soins? »...



Conclusion 1



- ❑ La gestion du risque infectieux doit être considérée tout au long du parcours de soins (de santé)
- ❑ L'existence de clivages dans le parcours de soins des personnes atteintes d'handicaps lourds nécessitant des soins: **communication efficace**
- ❑ Les recommandations « BHRé » pour le secteur sanitaire, les ajustements pour le secteur médico-social: **besoin d' « un interprète »**
- ❑ Les bonnes pratiques de soins dans les Mas: **approfondir les connaissances et compétences**

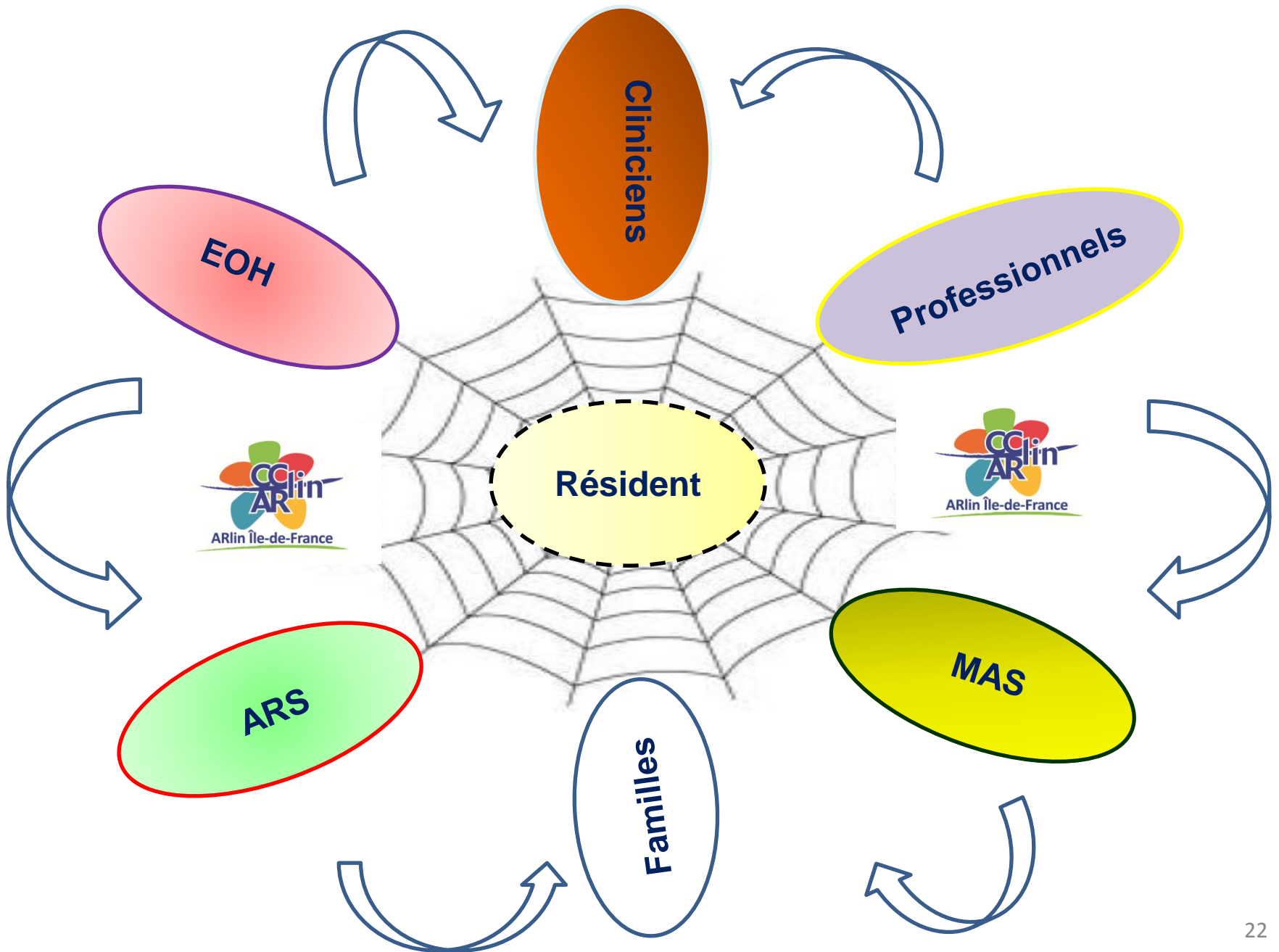
Conclusion 2

- ❑ Les résistances aux changements des professionnels et les habitudes de vie des résidents: **accompagner sans se substituer**
- ❑ **Un réel problème lors de l'hospitalisation** des personnes en situation d'handicap (guide de l'HAS en cours de rédaction)



La gestion du risque infectieux ne peut pas coordonner un parcours de soins toutefois les professionnels spécialisés en prévention du risque infectieux contribuent considérablement à la prise en soins de qualité

La transversalité macroscopique de la structure régionale d'appui permet de (ré)tisser les liens dans le suivi tout au long du parcours



**« *Tout seul on va plus vite,
ensemble on va plus loin* ».**

proverbe africain

