

CAHIER DES CHARGES

**Pour la création d'équipes mobiles d'hygiène
en EHPAD**

2020

Sommaire

1 - Le contexte	3
2 - Les objectifs	6
3 - Les porteurs et les bénéficiaires du dispositif	6
4 - Les missions des EMH	6
5 - L'organisation et le fonctionnement des EMH	8
6 – Les moyens déployés pour l'EMH	8
7 – La gouvernance du dispositif	9
8 – Les modalités d'évaluation et de suivi du dispositif	10
9 – Les textes de référence	10

1 - Le contexte

La prévention du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux (EMS) s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dont le principe est prévu au 1er alinéa de l'article L.312-8 du Code de l'action sociale et des familles.

Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) s'appuie sur le parcours du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'ils s'agissent des établissements de santé, des établissements ou services médico-sociaux ou des soins de ville¹.

Le PROPIAS vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours, en se focalisant sur les activités les plus à risque entraînant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs.

Le PROPIAS tient compte des autres plans, programmes nationaux et de l'évolution récente et à venir de la politique de santé :

- Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, dont le bilan de la mise en œuvre du programme 2011-2013² réalisé avec les Agences régionales de santé (ARS) a permis de faire les principaux constats suivants³ :
 - La mobilisation des EMS est inégale (un tiers a fait leur document d'analyse du risque infectieux (DARI), un tiers est en cours et un tiers n'a pas commencé) et très hétérogène, selon les régions et à l'intérieur même des régions.
 - Le concept du DARI est souvent réduit à la réalisation de l'étape d'autoévaluation (c'est-à-dire au remplissage de l'outil du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH)).
 - Le score des objectifs atteints pour les sept chapitres du manuel du GREPHH est souvent surestimé.
 - La contrainte principale, outre le manque de moyens humains, est d'ordre culturelle avec la réticence à s'impliquer dans la gestion d'un risque sanitaire, par la crainte d'une « sanitisation » des EMS qui viendrait impacter défavorablement la qualité de vie des résidents.
 - La démarche d'analyse des risques est relativement nouvelle dans le secteur des EMS par rapport au secteur des établissements de santé, ce qui nécessite son appropriation et fait apparaître le besoin de l'appui d'un hygiéniste dans la démarche les premières années du programme, le temps pour le personnel d'acquérir les connaissances de base en hygiène. Mais la coopération avec les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) se révèle parfois difficile à formaliser en raison de leur charge de travail.
- Le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 ;
- Le programme national pour la sécurité du patient (PNSP) 2013-2017 ;
- Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale (2012-2017) ;
- La réorganisation des vigilances dans le contexte de la nouvelle loi de santé.

¹ PROPIAS juin 2015 : www.sante.gouv.fr/propias

² Circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

³ 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 (Anne-Marie TAHRAT- Gaëlle LAVANANT) - mai 2015

Le PROPIAS prévoit la réalisation d'une enquête nationale de prévalence (ENP) tous les cinq ans dans le secteur médico-social : la première enquête dénommée « Prev'EHPAD », conduite sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui en a confié la réalisation au CCLIN Sud-est, a lieu en 2016 dans les EHPAD. Elle a permis de mesurer la prévalence des infections et des traitements antibiotiques prescrits aux résidents sur un échantillon de 719 Etablissements tirés au sort.⁴

Le PROPIAS s'articule autour de trois axes principaux qui reflètent les priorités actuelles en matière de prévention des infections associées aux soins (PIAS). La définition de ces priorités s'appuie sur l'état des lieux disponible à partir des données de surveillance, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et des systèmes d'alerte et des enquêtes, du bilan du précédent programme, de l'évolution des structures de soins et des prises en charge, de l'évolution vers une gestion des risques coordonnée et intégrée aux pratiques de soins et enfin des réorganisations territoriales.

Cet appel à projet s'intègre à l'axe 1 du PROPIAS, qui a pour objectif de développer la prévention des infections associées aux soins (IAS) tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents, en utilisant les ressources régionales et en favorisant leur interopérabilité. Il s'intègre également à l'axe 3 du PROPIAS, qui porte sur la réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé. En effet, bien que les soins dans les EMS consistent principalement en soins de « nursing » (toilettes, changes, soins d'hygiène, de confort, prévention de la dénutrition, de la survenue d'escarres...), y sont également réalisés des soins techniques ou de rééducation/réadaptation qui nécessitent la réalisation d'actes invasifs.

Cela implique la mise en place des dispositifs d'appuis territorialisés pour la qualité et la sécurité des soins et le renforcement des actions de prévention des IAS par des équipes de professionnels formés et spécialisés en hygiène et en prévention du risque infectieux, en soutien aux trois secteurs de l'offre de soins.

Les établissements médico-sociaux (EMS), et notamment les EHPAD sont des lieux de vie. Les personnes accueillies y séjournent le plus souvent jusqu'à la fin de leur vie. Il y a donc un équilibre à trouver entre les deux impératifs que sont la sécurité sanitaire et la préservation de la qualité de vie. La recherche de l'amélioration des pratiques professionnelles en matière d'hygiène doit être compatible avec celle de la préservation d'un cadre de vie le plus normal possible.

Des facteurs de fragilité liés à l'âge, aux pathologies et au niveau de dépendance, rendent les personnes accueillies dans les EMS, vulnérables au risque infectieux. De plus, la vie en collectivité et les contacts rapprochés entre les résidents et les personnels à l'occasion des tâches d'aide à la vie quotidienne et des soins, favorisent la transmission croisée des germes.

Les taux d'encadrement et le ratio de personnels ne permettent pas le plus souvent de disposer en interne de compétences spécialisées en hygiène.

De ce fait, les EHPAD sont souvent confrontés à des épidémies (notamment de grippe et de gastro-entérites) avec des taux d'attaque élevés chez les résidents mais aussi chez le personnel. Elles sont pourvoyeuses de complications, entraînant hospitalisation ou décès chez les résidents et des arrêts maladie du personnel soignant, ce qui déstructure la prise en charge des autres résidents. Par ailleurs, ces épidémies peuvent impacter directement les établissements de santé tant sur le plan des moyens (mise sous « tension » des établissements) que celui du risque infectieux (hospitalisations des personnes âgées fréquentes et répétées, portage de bactéries multi ou hautement résistantes, ...).

Si certains EHPAD, rattachés à un établissement hospitalier, peuvent bénéficier de l'aide d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH), la plupart des EHPAD sont le plus souvent démunis en matière de conseils en hygiène et de prévention des épidémies.

⁴ Enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Résultats nationaux 2016

Dans la région des Hauts de France, au 1er janvier 2019, on compte 582 EHPAD installés, dont 122 rattachés à un centre hospitalier, soit 1 EHPAD sur 5.

En 2018, 222 signalements provenant d'EHPAD ont été traités par la cellule de veille sanitaire de l'ARS Hauts de France :

- Plus de la moitié concernent le département du Nord et 1/5 le Pas de Calais.
- Plus de la moitié correspondent à des épidémies de gastro-entérite (GEA) et près d'un tiers à des épidémies d'insuffisance respiratoire aiguë (IRA). On observe une décroissance du nombre de ces signalements de janvier à juin 2018, et une augmentation à partir d'octobre 2018.
 - ⇒ Concernant les GEA :
 - Aucune coproculture n'a été réalisée dans 42% des signalements ;
 - Le taux d'attaque est de 28 % au niveau des résidents et de 10% au niveau du personnel.
 - ⇒ Concernant les IRA :
 - Des critères de sévérité sont présents dans 40% des signalements ;
 - Le taux d'attaque est de 21% au niveau des résidents et de 4% au niveau du personnel ;
 - Aucun test rapide d'orientation diagnostique (TROD) n'a été réalisé dans 29% des signalements ;
 - Le Tamiflu en préventif est prescrit dans 38% des signalements dès lors que le résultat des TROD (ou PCR) est positif ;
 - La couverture vaccinale contre la grippe varie de 62 à 100% pour les résidents et 0 à 93% pour le personnel.
- 12 déclarations de cas groupés de gale ont également été réceptionnées, ainsi que 5 cas de BMR/BHRe et 3 cas isolés d'infection à clostridium difficile.
- 4% des résidents malades ont été hospitalisés pour une IRA dans la majorité des cas et un peu moins de 1% sont décédés, le plus souvent en lien avec une IRA.

Ces données chiffrées montrent l'importance des épidémies développées au sein des EHPAD de la région et leurs difficultés à les maîtriser, d'où l'intérêt de mobiliser des équipes d'hygiène pour les aider à mieux organiser la prévention du risque infectieux et la gestion des épisodes infectieux.

L'exploitation des DARI réalisés par 87 EHPAD a été réalisée par le CPias. Elle met en avant les progrès à réaliser, en particulier en matière d'élaboration de procédures de soins et d'entretien du matériel, d'évaluation des pratiques de soins et de promotion du bon usage des antibiotiques⁵.

Les évaluations d'autres ARS, qui ont expérimenté le déploiement d'équipes mobiles d'hygiène (EMH) au sein des EHPAD, montrent un impact positif de leur mise en place sur la gestion des alertes, notamment pour l'aide à la gestion des épidémies d'IRA (grippe) et de GEA, avec une baisse du nombre d'hospitalisations des personnes âgées et du nombre d'arrêts de travail chez les soignants et pour les conseils en hygiène sur la gestion des BMR/BHRe⁶.

Pour répondre à un des objectifs du PROPIAS d'une part et au regard du bilan régional et de ces retours d'expériences positifs d'autre part, l'ARS des Hauts de France a inscrit, dans le cadre de son projet régional de santé 2018-2028⁷ (orientation stratégique 5 : Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires ; objectif 1 : Prévenir l'émergence et la diffusion de BMR/BHRe dans les trois secteurs de soins), la mise en place et le déploiement d'EMH dans la région, qui s'inspirent des modèles des autres régions.

⁵ Auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD – Région Hauts de France – Mai 2019

⁶ Retour d'expérience de la région Bourgogne Franche Comté

⁷ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028> (p157 à 160)

2 - Les objectifs

Il s'agit de déployer des dispositifs d'appuis territorialisés, composés de professionnels formés à la prévention et à la gestion du risque infectieux, appelés « Equipes Mobiles d'Hygiène » (EMH) qui seront adossées à des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, au bénéfice des EHPAD. Ces EMH auront pour missions d'aider les EHPAD à poursuivre leur mobilisation sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, afin d'assurer une meilleure sécurité des résidents et des usagers et de limiter la diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe)⁸.

3 - Les porteurs et les bénéficiaires du dispositif

Les organisations susceptibles de déployer des équipes mobiles d'hygiène en EHPAD sont les établissements de santé publics et privés à but non lucratif, les établissements support des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et les groupements de coopération sanitaires (GCS) disposant d'une EOH déjà existante et bien structurée, conformément à la réglementation en vigueur⁹.

L'ensemble des 582 EHPAD de la région est concerné par la prévention des IAS.

Cependant, les EHPAD hospitaliers ne seront pas inclus dans le dispositif car ils bénéficient déjà de l'intervention de l'EOH pour la maîtrise du risque infectieux.

4 - Les missions des EMH

L'implication et l'adhésion du trinôme direction, médecin et infirmier(e) coordinateur (trice) coordonnateur ou cadre de santé de l'EHPAD est indispensable à la réalisation des missions de l'EMH qui sera appuyée par le CPIas des Hauts de France.

L'équipe mobile d'hygiène aura pour missions :

→ de concourir à l'élaboration :

- d'un état des lieux dans une démarche de gestion des risques, réalisé sur la base du manuel d'autoévaluation du GREPH¹⁰, qui est un préalable nécessaire avant de définir un programme d'actions ;
- d'un programme d'actions pour chaque EHPAD ;

L'ensemble de la démarche, allant de l'état des lieux à l'élaboration d'un programme d'actions, sera formalisé par l'EHPAD dans un document d'analyse du risque infectieux (DARI), conformément à l'instruction du 15 juin 2016.

- et à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques en hygiène.

→ de contribuer à :

- la diffusion et à l'adaptation de protocoles (soins, environnement, organisation..) ;
Une aide sous forme de tutorat pourra être apportée par l'équipe mobile à l'établissement médico-social. L'EHPAD désignera un correspondant parmi son personnel soignant sur la prévention du risque infectieux.

⁸ INSTRUCTION N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018

⁹ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34191.pdf et articles [R.6111-1](#) et [R.6111-8](#) du code de la santé publique

¹⁰ <https://www.preventioninfection.fr/base-documentaire/>

Le rôle du correspondant est particulièrement important dans l'élaboration des protocoles et dans la diffusion de l'information au personnel et aux professionnels de santé salariés ou non intervenant dans l'établissement. Le correspondant est formé à l'hygiène, a du temps dédié pour cette mission, et est reconnu par l'encadrement et par les autres professionnels de la structure.

L'EHPAD devra disposer d'un volet infectieux du plan bleu opérationnel (incluant un plan de gestion des épidémies).

- la prévention et à la surveillance des infections associées aux soins (maladies à déclaration obligatoire comme la légionellose, cas groupés de BMR/BHRe, ...).

→ d'effectuer :

- l'information et la formation sur site des professionnels de l'établissement en matière de lutte contre les infections associées aux soins : précautions standard (hygiène des mains, gestion des excréta, ...) ;
- le rapport annuel de son activité au sein des différents EHPAD.

→ d'aider à la gestion des alertes sanitaires :

- L'EMH rappellera les critères du signalement à effectuer par l'établissement au point focal régional de l'ARS et incitera à la déclaration, conformément à l'article L 1413-14 du code de Santé Publique¹¹.
- L'EMH interviendra lors de la survenue de cas groupés de gastroentérites aiguës (GEA), d'infections respiratoires aiguës (IRA), de cas groupés de gale, d'infection à clostridium difficile, de portage de BMR/BHRe parmi les résidents ou de tout événement infectieux nécessitant une intervention rapide afin d'aider et d'accompagner l'établissement dans la mise en place de l'investigation d'une épidémie, des mesures de contrôle, et le cas échéant participer à la cellule de crise mise en place par celui-ci.

→ d'encadrer :

- la mise en place d'indicateurs spécifiques à chaque EHPAD et leur suivi à partir de leur DARI,
- l'évaluation périodique des actions mises en place.

Des audits pourront, le cas échéant, être réalisés avec l'aide de l'équipe mobile.

→ de promouvoir :

- l'amélioration de la couverture vaccinale, notamment grippale, auprès des résidents et du personnel,
- la lutte contre les bactéries multi et hautement résistantes par les mesures de prévention de la transmission croisée (entre les personnes via les mains du personnel ou le matériel).

→ de participer, aux instances de l'EHPAD (instance spécifique au risque infectieux, conseil de la vie sociale, commission de coordination gériatrique...) sur la thématique du risque infectieux.

→ de conseiller et orienter l'EHPAD sur les actions concernant l'environnement (bionettoyage, matériel, circuits, architecture, ...).

¹¹ Articles [R.1413-79](#) à [R.1413-82](#) concernant les dispositions relatives à la déclaration des infections associées aux soins

5 - L'organisation et le fonctionnement des EMH

L'intervention des équipes mobiles d'hygiène au sein des EHPAD devra s'opérer à l'échelle des territoires de proximité de l'offre médico-sociale. Une EMH pourra intervenir sur une ou plusieurs zones de proximité en fonction de son implantation, de la dimension de son périmètre d'intervention et des actions qu'elle a précédemment engagées avec les EHPAD. Le projet défini par le porteur pourra s'appuyer sur le tableau de recensement des EHPAD par département et territoire de proximité de l'offre médico-sociale qui complète l'annexe de l'avis de l'appel à candidature et est fourni à la demande. L'idéal est de faire correspondre le territoire d'intervention des EMH à celui de l'implantation des EHPAD afin de mettre en relation les EHPAD avec l'EMH d'un centre hospitalier de référence tout en restant dans la proximité.

L'organisation de l'EMH sur son territoire d'intervention prendra en compte les dispositifs préexistants mis en place à l'initiative d'acteurs locaux et traduira un véritable projet de territoire avec tous les acteurs déjà engagés pour permettre le développement de ses actions.

Le déploiement du dispositif fera l'objet d'une convention entre l'établissement de santé, porteur de l'EMH, et l'EHPAD.

6 – Les moyens déployés pour l'EMH

Le financement de chacune de ces EMH sera assuré par l'ARS Hauts de France sur le fonds d'intervention régional pendant 3 ans de manière dégressive. Pour chaque EHPAD engagé dans la démarche, la prise en charge de l'ARS se fera sous forme de forfait alloué à l'établissement porteur de l'EMH à hauteur de :

- 4000 € la 1^{ère} année (100%) ;
- 4000 € * 2/3 la 2^{ème} année, 1/3 restant à la charge de l'EHPAD ;
- 4000 € * 1/3 la 3^{ème} année, 2/3 restant à la charge de l'EHPAD.

A partir de la 4^{ème} année, l'EHPAD assurera totalement l'autofinancement de ce dispositif afin de le responsabiliser dans le processus de maîtrise de la gestion du risque infectieux.

Les crédits alloués comprennent, les frais de personnel (IDE hygiéniste), la prise en charge des frais de déplacement, de formation et de dépenses logistiques afférents au poste de l'IDEH.

Les moyens matériels et logistiques (locaux, véhicules, informatique...) seront mis à disposition par l'établissement porteur.

Le mode de calcul des moyens attribués est fondé sur le ratio suivant : 1 ETP d'IDE hygiéniste intervenant auprès de 14 EHPAD.

L'attribution de ces moyens se fera au regard du territoire d'intervention et prendra en compte l'activité des dispositifs préexistants.

L'établissement porteur recrutera, hébergera et assurera la gestion administrative de ou des IDE hygiénistes qui composer(a)ont l'équipe.

Une EMH comportera à minima 0,5 ETP d'IDE hygiéniste pour assurer le bon fonctionnement de l'équipe et encadrera au minimum 7 EHPAD, le temps de trajet aller ne devant pas excéder 1h lors de ses interventions en EHPAD.

Pour 1 EHPAD, le temps de travail annuel de l'EMH est fixé à 16 jours, à répartir sur site et sur des temps dits de « bureau », pour accomplir les missions détaillées au chapitre 4 et participer aux journées régionales, ainsi qu'aux réunions de coordination animées par le CPIas.

Chaque EHPAD devra signer une convention avec l'établissement porteur dans laquelle apparaîtra le montant versé. Celui-ci est forfaitaire, annuel, non proratisé en fonction du nombre de lits.

Une convention financière sera établie entre l'ARS et le porteur de l'EMH précisant l'objet de l'action financé, les conditions de sa prise en charge financière, les engagements pris par le bénéficiaire, ainsi que les conditions de son évaluation.

7 – La gouvernance du dispositif

Un comité de pilotage du dispositif EMH sera mis en place en 2020. Il sera composé à minima de représentants de l'ARS, de la cellule régionale de Santé Publique France (SPF), du CPias et des EMH des Hauts de France.

Ses missions seront :

- d'organiser dans le cadre du dispositif EMH, un programme d'actions en lien avec le PROPIAS,
- d'orienter les réflexions et travaux à mettre en place,
- d'accompagner l'évaluation du dispositif EMH,
- d'établir l'ordre du jour des journées annuelles d'échanges EMH/CPias/ARS.

Le CPias donne son avis sur le recrutement de l'IDEH, organise le comité de pilotage du dispositif EMH et procède à l'analyse du bilan régional d'activités des EMH en lien avec l'ARS. Il assure le suivi de l'annuaire des EMH et des EHPAD en convention et la communication en direction des EMH.

Le comité de pilotage se réunit au moins une fois par an pour faire le point sur les actions menées, présenter le bilan de l'année en cours et le plan d'actions pour l'année à venir.

Les modalités de fonctionnement du comité de pilotage seront définies dans le règlement intérieur.

L'ARS co-anime avec le CPias la communication auprès des EOH et des EHPAD sur ce dispositif et participe aux groupes de travail et aux réunions de coordination avec les EMH.

L'ARS s'assure de la bonne utilisation des crédits octroyés aux porteurs des EMH.

Le CPias ¹²a un rôle :

- de ressource régionale d'expertise pour les équipes mobiles ;
- d'animation du réseau des EMH en lien avec l'ARS : réunions de travail permettant une actualisation des connaissances, développement d'outils régionaux supports (ex : kit AES), mutualisation des outils, retours d'expérience ;
- de coordination en termes d'harmonisation des pratiques, des outils (documents, protocoles, ...), des formations et de la gestion de situations à risque (ex : kit épidémie) ;
- de conseil et de soutien des EMH en cas d'évènement d'une ampleur particulière.

Un appel à candidature, un cahier des charges, un dossier de candidature, une fiche de poste IDE hygiéniste, une convention de partenariat établissement porteur/EHPAD, des indicateurs d'évaluation et un rapport d'activités ont été élaborés par l'ARS et le CPias, à partir des retours d'expérience d'EMH existantes au niveau national. Ils sont mis à disposition des EMH et des EHPAD participant au dispositif.

¹² Arrêté du 7 mars 2017 relatif aux déclarations des infections associées aux soins et fixant le cahier des charges des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins

8 – Les modalités d'évaluation et de suivi du dispositif

Chaque équipe mobile d'hygiène élaborera un bilan annuel d'activité de l'année N (cf. modèle de rapport d'activités EMH) pour le 31 mars N+1, à transmettre à l'ARS et au CPIAS Hauts de France. L'établissement de santé porteur de l'EMH produit un tableau récapitulatif des versements des EHPAD partenaires engagés dans le dispositif, pour le 31 mars N+1, à transmettre à l'ARS Hauts de France.

Chaque EHPAD intégré dans le dispositif, colligera les indicateurs de prévention du risque infectieux concernant l'année N (annexe), en collaboration avec les représentants de la structure, pour le 31 mars N+1, qu'il transmettra à l'EMH.

9 – Les textes de référence

- Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS 2015-202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).
- Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016/2018.
- Projet régional de santé Hauts de France 2018-2028 (arrêté de la directrice générale de l'agence régionale de santé Hauts-de-France du 5 juillet 2018).