

5<sup>es</sup> Journées  
de Formation  
et d'Échanges

7 et 8 septembre  
2006  
Montpellier



# Infections, risques et qualité en gériatrie et gérontologie

**HEALTH&CO**

Coorganisées par Health & Co, le C.CLIN Sud-Est  
et les Sociétés de Gériatrie et Gérontologie du Sud-Est



**5<sup>es</sup> Journées  
de Formation  
et d'Échanges**

7 et 8 septembre  
2006  
Montpellier

Infections, risques et qualité  
en gériatrie et gérontologie

## Programme définitif et résumés des interventions



### **Comité scientifique**

Président : Pr FABRY (Lyon)

Mme AUBERTIN (Lyon), Pr BELMIN (Paris), Dr BERTHELOT (St Etienne),  
Pr BROCKER (Nice), Pr CASSOU (Paris), Mme CHAUDIER-DELAGE (Lyon),  
Dr COUTURIER (Grenoble), Pr De WAZIERES (Nîmes), Dr DONNAREL (Marseille),  
Dr FERRY (Valence), Pr FRANCO (Grenoble), Pr GONTHIER (St Etienne),  
Pr JEANDEL (Montpellier), Pr JONCQUET (Montpellier), Dr LOTTHE (Montpellier),  
Dr MALLARET (Grenoble), Pr PUISIEUX (Lille), Dr SAVEY (Lyon), Pr SOTTO (Nîmes),  
Dr TALON (Besançon), Dr WOLMARK (Paris).

### **Comité d'Organisation**

Président : Pr De WAZIERES (Nîmes)

Dr COUTURIER, Pr FABRY, Pr GONTHIER, Pr JEANDEL, Dr SAVEY, Dr WOLMARK

**5<sup>es</sup> Journées  
de Formation  
et d'Échanges**

7 et 8 septembre  
2006  
Montpellier

Infections, risques et qualité en gériatrie et gérontologie

# Exposition Partenariat

Le Comité d'organisation des 5<sup>es</sup> Journées  
de Formation et d'Échanges remercie :

AJC L'AUTHENTIC

CEDIAS

CIM FRANCE

GEROSCOPIE MAGAZINE

GILBERT Laboratoires

HYGIENES

JANSSEN CILAG

MSD Laboratoires

NESTLE Laboratoires

NORGINE PHARMA

NOVARTIS

PFIZER Laboratoires

PH2 INTERNATIONAL

RISQUES & QUALITE EN MILIEU DE SOINS

ROPIMEX FRANCE

SANOVI AVENTIS France

SERVIER Laboratoires

SOLVIREX Laboratoires

## Jeudi 7 septembre 2006

### 9 h 00 Séance d'accueil – Introductions

### 9 h 30 Session plénière

#### Les gastroentérites nosocomiales

- Diarrhée à *Clostridium Difficile* : données actuelles  
*Dr Marchandin (Montpellier)*
- Gestion d'une épidémie d'entérocoques résistant à la vancomycine en gériatrie – *Pr Belmin (Ivry)*
- Diarrhées bactériennes nosocomiales  
*Pr Sotto (Nîmes)*

10 h 45 Pause – visite des stands

### 11 h 15 Session plénière – Les Toxi-Infections Alimentaires Collectives

- Les Toxi-Infections Alimentaires Collectives : le point de vue de l'infectiologue – *Dr Lechiche (Nîmes)*
- Toxi-Infections Alimentaires Collectives : le point de vue de l'hygiéniste  
*Dr Cazaban (Nîmes)*
- Toxi-Infections Alimentaires Collectives investigations et mesures de santé publique  
*Dr Cicchero (Montpellier)*

12 h 30 Repas

### 14 h 00 Atelier A1 - Comment assurer la sécurité du traitement médicamenteux en gériatrie et gérontologie ?

#### Coordination : Dr Kinowski (Nîmes), Dr Wolmark (Paris)

- Mise en place d'une prescription informatisée en court séjour – *Dr Kinowski (Nîmes)*
- Apport de la dispensation nominative centralisée dans un établissement gériatrique – *Dr Baune (Paris)*
- Programme HAS d'amélioration des pratiques professionnelles sur le médicament – *Pr Legrain (Paris)*

### 14 h 00 Atelier B1 - Mesures d'isolement spécifiques en EHPAD

#### Coordination : Pr De Wazières (Nîmes)

- Sur quels critères prescrire un isolement (et le lever) ?  
*Dr Mallaret (Grenoble)*
- Mesures d'isolement spécifiques en EHPAD  
*Pr De Wazières (Nîmes)*
- Isolement en Établissement de Long Séjour  
*Mme Paute (Ivry)*

15 h 30 Pause – visite des stands

### 16 h 00 Atelier A2 – Actualité des BMR. Maîtrise de leur émergence et de leur transmission en gériatrie et gérontologie

#### Coordination : Dr Talon (Besançon)

- Les BMR en gériatrie, principales espèces (incidence), espèces émergentes et celles qui peuvent émerger  
*Dr Bertrand (Besançon)*
- La place du dépistage dans la maîtrise du risque lié aux BMR dans la filière du patient âgé – *Dr Eveillard (Paris)*
- Le Staphylocoque doré résistant à la méticilline en gériatrie et gérontologie : quelle stratégie de prévention de la transmission croisée mettre en place ? Place de la chimiodécontamination – *Dr Talon (Besançon)*
- Le bon usage des antibiotiques – *Dr Lavigne (Nîmes)*

### 16 h 00 Atelier B2 – Qualité et sécurité alimentaires en gériatrie et gérontologie

#### Coordination : Pr Brocker (Nice), Dr Ferry (Valence)

- Les difficultés de faire reconnaître les spécificités gériatriques dans les différentes structures officielles  
*Dr Ferry (Valence)*
- Itinéraire d'un plateau-repas – *M. Champenaud (Grenoble)*
- Adaptation qualitative de l'alimentation de la personne âgée – *Mme Vaillant (Grenoble)*
- Que peuvent apporter les CLAN à la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée hospitalisée ? – *Pr Brocker (Nice)*

17 h 30 Fin de la première journée

## Vendredi 8 septembre 2006

### 9 h 00 **Atelier A3 – L'architecture peut-elle contribuer à la qualité et à la sécurité des soins ?**

**Coordination : Mme Hospital (Lyon),  
Dr Couturier (Grenoble)**

- L'architecture peut-elle contribuer à la qualité et à la sécurité des soins ? – *Mme Hospital (Lyon)*
- Impact de l'environnement sur la qualité des soins  
*Mme Engelstein (Grenoble)*
- Hygiène et contraintes architecturales  
*Dr Mallaret (Grenoble)*

### 9 h 00 **Atelier B3 – Organisation de la fonction hygiène en hôpital local et EHPAD**

**Coordination : M. Bruguier (Uzès), Dr Savey (Lyon)**

- La fonction hygiène en milieu de soins : les incontournables – *Pr Fabry (Lyon)*
- Organisation de la fonction hygiène en hôpital local et EHPAD – Pathologies et germes associés en Hôpital local – *Mme Montbrun (Uzès)*
- La fonction hygiène en Hôpital local : aspect environnemental – *Mme Valmalle (Uzès)*
- Intérêt d'un inter - Clin entre HL et EHPAD : retour d'expérience – *Dr Hoffet-Guilo (Uzès)*
- La formation à distance en hygiène hospitalière dans les EHPAD – *Dr Mallaret (Grenoble)*
- Expérience du Réseau Départemental d'Hygiène des Hôpitaux Locaux de Lozère  
*Mme Marques (Florac)*

10 h 30 Pause – visite des stands

### 11 h 00 **Atelier A4 – Matériel hôtelier : qualité et sécurité pour les patients et le personnel**

**Coordination : M. Nouvel (Nîmes)**

- Le problème spécifique des obèses  
*M. Nouvel (Nîmes)*
- Le choix des fauteuils – *Mme Allier (Nîmes)*
- La contention : oui, mais à quelles conditions ?  
*Dr Dorey (St Étienne)*

### 11 h 00 **Atelier B4 – Le transport des patients âgés : organisation pratique et conditions de sécurité**

**Coordination : Pr Gonthier (St Étienne)**

- Charte de l'unité de brancardage  
*Mme Coves (Nîmes)*
- Transport en ambulance – *Pr Fabry (Lyon)*
- Le transport des patients âgés à l'hôpital est-il un problème ? résultat de l'enquête réalisée au CHU de St Étienne – *Pr Gonthier (St Étienne)*

12 h 30 Repas

### 14 h 00 **Session plénière – Accréditation et évaluation de la qualité**

**Coordination : Dr Mounic (La Plaine St Denis), Dr Arich (Nîmes)**

- Démarches qualité en gériatrie et gérontologie : les référentiels et les dispositifs  
*Dr Wolmark (Paris)*
- Évaluation des pratiques professionnelles en gériatrie et gérontologie : la dynamique à mettre en œuvre  
*Dr Mounic (Plaine St Denis)*
- Certifier la prise en charge du grand âge  
*Dr Triadou (Paris)*
- Évaluation de la qualité en EHPAD : utilisation pratique d'Angélique  
*Mme Oumahi (Montpellier)*

---

## Diarrhées à *Clostridium difficile* : données actuelles

---

Hélène Marchandin

Laboratoire de Bactériologie – Hôpital Arnaud de Villeneuve – 371, avenue du Doyen Gaston Giraud – 34295 Montpellier Cedex 5

*Clostridium difficile* est responsable de plus de 95 % des cas de colites pseudomembraneuses, de 15 à 25 % des diarrhées post-antibiotiques et représente la principale étiologie des diarrhées nosocomiales chez l'adulte. Il s'agit d'un bacille à Gram positif anaérobie sporulé pouvant produire jusqu'à 3 toxines. Les toxines A et B sont le plus souvent produites simultanément par les souches toxigènes, seules pathogènes, de *C. difficile*. Plus récemment, des souches ayant un profil toxinique différent ont été mises en évidence : certaines souches pathogènes produisent uniquement la toxine B (< 3 % des souches) et ne sont dépistées que par certains tests de laboratoire, certaines souches produisent une autre toxine appelée toxine binaire (5-10 % des souches). La survenue d'une infection digestive liée à *C. difficile* dépend de 3 éléments : une perturbation de la flore intestinale le plus souvent induite par une antibiothérapie ; une contamination, le plus souvent d'origine exogène, par une souche de *C. difficile* productrice de toxines ; un déficit de la réponse immunitaire. Le traitement comprend l'arrêt de l'administration de l'antibiotique incriminé et la prescription de métronidazole ou de vancomycine. La fréquence des récurrences est importante, de l'ordre de 20 %, liée principalement à la capacité de *C. difficile* de persister dans le tube digestif et dans l'environnement sous forme sporulée très résistante.

Les infections digestives à *C. difficile* ont connu, ces dernières années, une évolution préoccupante. Depuis 2003, une augmentation de l'incidence et de la létalité de ces infections chez les patients de plus de 65 ans, ainsi qu'une augmentation de la sévérité des formes cliniques ont été observées aux USA et au Canada. Des épidémies nosocomiales d'infections sévères liées à *C. difficile* ont été rapportées en Amérique du Nord puis en Europe (Grande-Bretagne, Belgique, Pays-Bas). Les investigations moléculaires menées ont permis de mettre en évidence qu'une souche particulièrement virulente de *C. difficile* est impliquée dans la survenue de ces formes groupées sévères : la majorité des souches produisent la toxine binaire, sont de PCR-ribotype 027 et contiennent une délétion dans le gène *tdcC* s'accompagnant d'une hyperproduction des toxines A et B *in vitro*. Ces souches présentent, de plus, une résistance aux fluoroquinolones et aux macrolides. La France a connu, début 2006, 2 premiers épisodes de cas groupés d'infections à *C. difficile* impliquant la souche « 027 ». Cette souche circule donc en France et la survenue d'autres épisodes est probable. La mise en place actuelle d'un réseau de surveillance et d'alerte par l'Institut national de veille sanitaire en collaboration avec le Centre national de référence des bactéries anaérobies et des laboratoires experts répartis en France devrait permettre une détection précoce des cas d'infections digestives sévères à *C. difficile* et des cas groupés afin de mieux les maîtriser.

---

### Mots clés

*Clostridium difficile* – Diarrhée – Colite pseudomembraneuse – Infection nosocomiale – Virulence – Toxines.

---

# La gestion d'une épidémie d'entérocoques résistants à la vancomycine en service de gériatrie

J. Belmin

Service de gériatrie – Hôpital Charles Foix et Université Paris 6 – Ivry-sur-Seine

L'infection nosocomiale représente une préoccupation majeure de l'hygiène des établissements de santé, et les services hospitaliers de gériatrie n'échappent pas à cela. L'infection nosocomiale est particulièrement préoccupante quand elle concerne des germes résistants aux antibiotiques conventionnels et la menace de voir apparaître des souches bactériennes à haute résistance aux antibiotiques est réelle.

L'infection et le portage de staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) sont très répandus dans les centres de gériatrie. Le portage ou l'infection par une souche d'entérocoques porteurs d'un gène de résistance à la vancomycine (VRE) est particulièrement redouté, en raison du risque potentiel de transmission de ce gène de résistance à un SARM, qui rendrait ce germe résistant à tous les antibiotiques. La mise en évidence d'épidémie de VRE a été décrite dans les hôpitaux américains, mais ont été pu fréquentes en France jusque-là. En 2005-2006, notre service de gériatrie a connu une épidémie de VRE qui a concerné des patients hospitalisés en court séjour, en soins de suite-réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SDL). Le premier cas était une infection urinaire à VRE chez une femme âgée porteuse d'une sonde urinaire et hospitalisée en SSR. Le portage de VRE a été recherché par écouvillonnage anal chez tous les patients hospitalisés dans le même bâtiment. Une épidémie de portage de VRE a été ainsi identifiée. Les mesures visant à limiter la diffusion de cette bactérie ont eu un retentissement majeur sur la vie du service : regroupement des patients porteurs, isolement

septique de ces derniers, arrêt des admissions, renforcement des mesures d'hygiène dans les unités concernées, limitation des mouvements du personnel dans le service. Ces mesures ont été appliquées durant plusieurs semaines en raison de la persistance de la bactérie chez la plupart de ces patients lors des prélèvements successifs.

Compte tenu de la longue durée de séjour des patients concernés (patients de SSR et SDL), cette situation a soulevé des questions éthiques qui ne se seraient pas posées chez des patients de court séjour (la bactérie partant avec le patient lorsqu'il quitte l'hôpital). En effet, ces mesures ont eu des contraintes réelles dans la vie de tous les jours de ces patients (limitation de la circulation et des échanges sociaux), alors que le portage de VRE représentait un risque faible pour eux-mêmes (même si le risque collectif était potentiellement plus important). Par ailleurs, des patients en attente d'entrée en institution en EHPAD se sont vus refuser leur admission lorsque l'existence d'un portage d'une bactérie résistante a été connue du médecin coordonnateur. Au plus fort de l'épidémie, le groupe hospitalier a même souhaité créer une unité spécialement dédiée aux patients porteurs de VRE, ce qui aussi a soulevé des interrogations sur le plan du fonctionnement institutionnel.

Les gériatres qui travaillent en hôpital ou en institution gériatrique devraient être informés des risques liés aux épidémies de VRE.

---

## Diarrhées bactériennes nosocomiales

---

**Albert Sotto**

Service de Médecine Interne B – CHU Nîmes – Place Pr Robert Debré – 30029 Nîmes cedex 9

Les étiologies infectieuses des diarrhées nosocomiales sont principalement virales, surtout chez les enfants, et bactériennes. Les principales causes bactériennes de diarrhées nosocomiales, hormis *Clostridium difficile* qui est le germe le plus fréquemment identifié, sont : *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Cl. perfringens*.

En fonction des étiologies, ces diarrhées peuvent être induites par la prise d'antibiotiques, la contamination de l'alimentation, la transmission croisée et survenir dans le cadre d'épidémies hospitalières. Les principaux facteurs de risque de survenue d'une diarrhée infectieuse nosocomiale sont l'allongement de la durée de nutrition entérale, de la durée de séjour, l'âge avancé et le nombre important d'antibiotiques reçus.

Le diagnostic de certitude repose sur la coproculture. La rentabilité de cette coproculture chez des patients hospitalisés au-delà de 72 heures est faible et des auteurs ont proposé de la limiter à certains patients pour des raisons de coût. Cette

limitation permettant une bonne rentabilité diagnostique de la coproculture au-delà de 72 heures s'adresse aux patients âgés de plus de 64 ans avec comorbidité(s), aux patients immunodéprimés et aux situations épidémiques.

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge symptomatique, la maîtrise des facteurs favorisants et du mode de contamination sont fondamentales. Dans les formes peu sévères, une antibiothérapie spécifique n'est habituellement pas nécessaire. Bien entendu, un isolement septique de type entérique doit être prescrit.

Les diarrhées nosocomiales ont pour conséquence d'allonger la durée de séjour des patients, d'augmenter le risque de contracter d'autres infections nosocomiales. Elles auraient également un impact sur la mortalité hospitalière.

Si *Cl. difficile* reste l'agent bactérien le plus souvent isolé dans les diarrhées bactériennes nosocomiales, il ne faut pas négliger les autres bactéries, certes moins fréquentes mais qui nécessitent une prise en charge spécifique et une enquête épidémiologique adaptées.

---

**Mots clés**

Diarrhées – Infections nosocomiales – Infections bactériennes

---

# Les toxi-infections alimentaires collectives

## le point de vue de l'infectiologue

---

**C. Lechiche**

Service de Médecine Interne B – CHU Caremeau – Place Pr Robert Debré – 30029 Nîmes cedex 9

Les toxi-infections alimentaires (TIAC) sont des pathologies peu fréquentes, peu graves sauf si survenant sur des terrains débilisés, nécessitant surtout la mise en place d'enquêtes épidémiologiques afin de découvrir la source de l'infection et de l'éradiquer.

On estime actuellement en France qu'il y a 500 à 600 foyers de TIAC par an, représentant 6 000 à 8 000 personnes atteintes. Ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait de la mauvaise exhaustivité de la déclaration obligatoire et car, étant une maladie le plus souvent fugace, la majorité des patients ne consultent pas.

Sur ces 6 000 à 8 000 cas, moins de 10 % seront hospitalisés et le taux de décès est estimé à 0,5 pour 1 000.

Les germes les plus fréquemment rencontrés et engendrant le plus de complications sont les salmonelles, quel que soit leur type. Viennent ensuite le staphylocoque doré et le *Clostridium perfringens*. Enfin, d'autres bactéries peuvent être en cause (*Bacillus cereus*, *Shigella*, *Campylobacter*...) mais aussi des virus (norovirus), des parasites (trichinose, microspori-

diose) et des molécules particulières comme l'histamine que l'on retrouve dans certains poissons.

Cliniquement, le délai de survenue par rapport à l'ingestion du repas contaminant, le type d'aliment concerné, la symptomatologie clinique (syndrome toxinique, cholériforme ou dysentérique) permet de faire un pari bactériologique permettant une prise en charge optimale du patient. Effectivement si une pathologie de type salmonellose est suspectée, il sera licite d'introduire une antibiothérapie en plus des mesures de réhydratation et de ralentissement de la diarrhée habituellement mise en place.

### Références

- *Les toxi-infections alimentaires collectives en France en 2001-2003. Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. InVS, décembre 2005*
- *Les toxi-infections alimentaires collectives. Pilly 20e édition. Vivactis plus, Paris, 2006*

---

### Mots clés

Toxi-infection alimentaire collective – Déclaration obligatoire – Salmonellose

---

## TIAC : le point de vue de l'hygiéniste

---

**M. Cazaban, C. Defez**

Département de l'information médicale - Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière  
CHU de Nîmes - Place Pr Robert Debré - 30029 Nîmes cedex 9

Le rôle de l'hygiéniste se situe à deux niveaux : en amont, empêcher la survenue des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) et en aval, donner l'alerte et mettre en place rapidement les mesures nécessaires et les investigations pour en comprendre les causes et en limiter les conséquences.

L'importance du nombre de repas servis en établissement de santé tant aux patients qu'au personnel (5000 par jour au CHU de Nîmes) ainsi que la fragilité des personnes hospitalisées imposent le respect de mesures strictes d'hygiène visant à éviter la survenue de TIAC.

Le rôle de l'hygiéniste est essentiel dans cette prévention primaire. En collaboration avec de nombreux autres acteurs hospitaliers il participe à la surveillance du processus allant

de l'arrivée de l'aliment à la cuisine jusqu'à sa consommation (assurance qualité, information et formation des personnels, évaluation).

Une fois averti de la survenue d'une TIAC, l'hygiéniste devra sans délai informer les services de l'Etat dans le cadre de la déclaration obligatoire (DDASS et DDSV) et signaler le caractère nosocomial de la TIAC à la DDASS et au CCLIN. Il devra par ailleurs mettre en place les mesures d'urgence et participer à l'investigation de l'épidémie.

Même si les TIAC nosocomiales sont vraisemblablement sous-déclarées, il est rassurant de constater que leur nombre est extrêmement faible.

---

### Mots clés

TIAC – Prévention primaire – Investigation d'une épidémie

---

# Toxi-infections alimentaires collectives : investigation et mesures de santé publique

V. Cicchelerio

Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) Languedoc-Roussillon – DRASS – 615, boulevard Antigone – 34064 Montpellier cedex 2

## La surveillance des toxi-infections alimentaire collectives (TIAC) en France

### La déclaration obligatoire (DO)

Un foyer de TIAC est défini par la survenue d'au moins deux cas groupés, d'une symptomatologie similaire, en général digestive, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire (y compris l'eau d'alimentation). Toute suspicion de TIAC doit faire l'objet d'un signalement précoce à la DDASS. Ce signalement permet la mise en œuvre précoce d'une investigation en lien avec la direction départementale des services vétérinaires (DDSV) à la fois épidémiologique et environnementale destinée à identifier l'aliment responsable et les facteurs favorisants afin de mettre en place les mesures spécifiques pour prévenir les récurrences. D'autre part, la transmission des fiches de « DO » à la DDASS puis à l'institut de veille sanitaire (InVS) permet de réaliser une analyse des tendances au niveau national ou local.

### Les centres nationaux de référence (CNR)

Onze CNR contribuent à la surveillance épidémiologique de certains des agents à transmission alimentaire pouvant être à l'origine de TIAC (*Salmonella*, virus entériques, *E Coli*, *Shigella*...) à partir des souches adressées par les laboratoires hospitaliers et d'analyse de biologie médicale privés.

### Principales caractéristiques 2001-2003 (source : InVS)

- 1 656 foyers de TIAC déclarés impliquant 22 113 malades dont 2 005 hospitalisés et 11 décédés (mais il faut tenir compte de la sous-déclaration des TIAC par le système de la DO ; pour les TIAC à salmonelles celle-ci a été estimée à 26 % pour l'année 2000)
- 65 % des foyers survenus en restauration collective
- parmi les décès, 4 sont survenus en maison de retraite
- *Salmonella* à l'origine de 60% des foyers pour lequel l'agent causal a été identifié (sérotypage *Enteritidis* prédominant)
- Une fois sur deux, parmi les facteurs ayant contribué à la sur-

venue de la TIAC, figure une contamination des aliments par l'environnement (principalement un équipement de cuisine)

## Quand suspecter une TIAC en institution pour personnes âgées ?

Dès la survenue de cas groupés de symptomatologies digestives.

### Investiguer : pourquoi et comment ?

La description des cas (signes cliniques chez résidents et personnel, date des premiers signes, résultats biologiques) permet de confirmer ou non une probable origine alimentaire et de déclencher.

- l'enquête de consommation alimentaire chez les résidents (+/- les membres du personnel)
- l'enquête vétérinaire

La recherche d'un agent pathogène chez quelques malades (principalement dans les selles) permet de cibler le même type de recherche dans les aliments et identifier formellement la source de contamination.

Les résultats de ces investigations donnent lieu à la mise en place de mesures de santé publique permettant d'éliminer la source de contamination et de prévenir d'éventuelles transmissions interhumaines secondaires.

### Conclusion

Le signalement de toute suspicion de foyer de TIAC doit être encouragé en particulier en institution pour personnes âgées compte tenu de la vulnérabilité de cette population. Ce signalement est nécessaire à la mise en œuvre des investigations pour rechercher la source de contamination et mettre en place les mesures de santé publique adaptées.

### Mots clés

TIAC – Maladie à déclaration obligatoire – Signalement

# Mise en place d'une prescription informatisée en court séjour

J.-M. Kinowski, A. Develay, H. Poujol

Pharmacie – CHU Nîmes – Place Pr Robert Debré – 30029 Nîmes cedex 9

La prescription médicale est le point de départ du circuit du médicament, elle contient un ensemble de données utilisées par les différents acteurs de ce circuit. La qualité de ces données et de leur transmission entre les acteurs est au cœur de la problématique « iatrogénie médicamenteuse ». Informatiser le circuit du médicament doit contribuer à la sécurisation de ses différentes étapes et donc de la prescription. Le succès de cette démarche est lié à l'implication des différents acteurs.

## Matériel et méthodes

Après une validation institutionnelle forte par l'inscription au projet d'établissement et au contrat de bon usage, l'établissement met en place un comité de pilotage du système d'information. Ce comité étudie et accompagne l'intégration des applications informatiques dans notre système d'information. Un groupe pluridisciplinaire composé de médecins, pharmaciens, informaticiens, cadres infirmiers et d'un directeur est chargé de l'informatisation du circuit du médicament.

Les différentes étapes du projet sont les suivantes :

- rédaction d'un cahier des charges détaillant de manière très précise l'organisation des processus à informatiser ;
- procédure adaptée d'appel d'offre et choix d'un applicatif et du matériel associé ;
- paramétrage de l'outil et intégration dans le système d'information (interfaçages) ;
- choix d'un service « pilote » le plus représentatif possible, mise en place du test sur la totalité du circuit du médicament (prescription, dispensation, administration), rapport d'évaluation en fin de test validé par le comité de pilotage ;
- plan de formation et de déploiement sur l'ensemble de l'établissement.

## Résultats

Les impacts de l'informatisation sur le circuit du médicament sont multiples.

- Sécurisation : pas de re-saisie des données, identification précise du patient et du prescripteur, lisibilité et exhaustivité de la prescription, détection des interactions médicamenteuses, contrôle automatisé des posologies.
- Amélioration des pratiques professionnelles : protocoles pré-établis, thésaurus, respect des référentiels, gestion des équivalences thérapeutiques, informations sur le bon usage des médicaments, données patient partagées (administrations, avis pharmaceutiques, données biologiques...).
- Productivité : assistance à la planification des soins, préparation individuelle des doses, gestion des stocks, ordonnances de sorties pré-remplies.
- Traçabilité : identification et archivage des actes et des acteurs.

## Discussion

Un tel projet doit reposer sur une volonté institutionnelle forte ainsi que sur une équipe pluridisciplinaire motivée, le déploiement s'inscrivant sur plusieurs années. Le choix du service pilote est stratégique car il doit permettre de tester le maximum de situations avant le déploiement sur l'ensemble de l'hôpital. La sécurisation de l'accès aux données est un élément essentiel de la réussite du projet. On doit non seulement s'assurer de la sécurité de connexion (accès nominatif et mot de passe) mais surtout de la continuité d'accès aux données. La permanence des soins reposant sur un outil dont les défaillances éventuelles doivent être maîtrisées, l'établissement doit mettre en place une organisation garantissant son fonctionnement optimal et, en cas de panne, une procédure dégradée permettant l'accès aux prescriptions en cours.

Si l'ensemble des pré-requis est respecté, la mise en place de l'informatisation du circuit du médicament est un des éléments clé de sa sécurisation.

# Apport de la dispensation nominative centralisée dans un établissement gériatrique

B. Baune, Y. Wolmark

Hôpital Bretonneau – 23 rue Joseph de Maistre – 75018 Paris

La iatrogénie médicamenteuse est un problème de santé publique important : la prévalence des événements indésirables liés aux médicaments (EIM) est d'environ de 10 % et 25 à 30 % de ces EIM sont évitables. Ces EIM peuvent survenir à tous les stades du circuit du médicament : prescription, validation pharmaceutique, préparation des doses à administrer, administration des médicaments. La dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) réalisée par la pharmacie à usage intérieur (PUI) permet de sécuriser au moins deux étapes de ce circuit : la prescription et la préparation des doses. En gériatrie, le risque et les conséquences de ces erreurs médicamenteuses sont exacerbés du fait de la nature des patients pris en charge (polypathologiques et polymédicamentés, fragiles, moins vigilants) et d'une densité en personnel soignant moindre.

Dès la mise en fonctionnement en juillet 2001 de l'hôpital Bretonneau, établissement gériatrique de 205 lits, le circuit du médicament a été entièrement informatisé et la DJIN effective sur 96 % des lits. L'organisation retenue a été la suivante : vérification pharmaceutique des prescriptions (interactions médicamenteuses, contre indications, posologies, durées de traitement, relais IV/PO, alertes informatiques permettant détecter quelques situations à risque iatrogène...), répartition des médicaments pour un patient dans un bac, par jour de traitement, en fonction des moments d'administration, double contrôle sur 10 % des bacs préparés et enfin, prise en compte biquotidienne des modifications de prescription.

Les différents bénéfices lors de la mise en place de la DJIN sont de cinq ordres :

- augmentation de la *sécurité du patient* du fait de la valida-

tion pharmaceutique, de la répartition des doses par moment d'administration, des contrôles de dispensation réalisée sur 10 % des bacs, de la préparation des doses à administrer (1/4 ou 1/2 comprimé d'AVK) et du contrôle externe et ultime de l'infirmier lors de l'administration des médicaments ;

- sécurité supplémentaire pour les *médecins* en raison du contrôle à posteriori par le pharmacien des ordonnances et collaboration plus aisée avec celui-ci ;

- gain de temps *infirmier* à consacrer aux patients, échange facilité entre les infirmières et les préparatrices lors de la prise en charge des modifications de prescriptions biquotidiennes ;

- *activité pharmaceutique cohérente* avec les missions des PUI et les exigences réglementaires (décret 31/03/1999, missions de la PUI, décret de bon usage des médicaments) : le pharmacien redevient au quotidien un expert du médicament au contact des cliniciens ;

- renforcement de la lutte de la iatrogénie médicamenteuse pour la *collectivité médicale*, meilleure adéquation entre les rôles des différents acteurs et l'expertise de chacun et gain financier (diminution des stocks de médicaments et des produits périmés dans les services, recours à des thérapeutiques moins onéreuses (IV/PO, dispensation contrôlée de certains médicaments...).

L'intérêt de la DJIN centralisée est de sécuriser le circuit du médicament en détectant les erreurs plus aisément, en fiabilisant la préparation des doses administrées, de faciliter le travail de chacun en fonction de ses compétences propres et d'obtenir des gains financiers.

## Programmes HAS d'amélioration des pratiques professionnelles sur le médicament (PMSA)

S. Legrain<sup>1</sup>, A. Desplanques<sup>2</sup>, J.-P. Emeriau<sup>3</sup>, J.-M. Chabot<sup>2</sup>

1- CHU Bichat, 46, rue Henri Huchard - 75018 Paris

2- Haute Autorité de santé - 2, avenue du Stade de France - 93218 La Plaine Saint-Denis

3- CHU de Bordeaux - 12, rue Dubernat - 33404 Talence cedex

L'évaluation des pratiques professionnelles est devenue obligatoire pour tous les médecins français depuis la loi de santé publique d'août 2004. Dans ce cadre, la Haute autorité de santé élabore des outils permettant aux praticiens d'améliorer leurs pratiques tout en s'évaluant.

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (SA) peut être optimisée : la polymédication est la règle du fait de la polypathologie, mais elle expose le SA à un risque iatrogénique accru (20 % des hospitalisations chez l'octogénaire) et diminue l'observance. De plus, certaines pathologies sont insuffisamment traitées, comme la dépression et l'insuffisance cardiaque.

Des programmes ont été conçus pour l'ensemble des prescripteurs : généralistes ou spécialistes, hospitaliers ou travaillant en ambulatoire, avec un double objectif :

- les aider à formaliser leur démarche de prescripteur : à titre d'exemple, deux tableaux de suivi des pathologies et des

traitements sont mis à disposition des utilisateurs, par voie informatique ou sous forme papier. L'accent est mis sur l'importance de préciser l'indication des traitements et de hiérarchiser les pathologies, mais aussi, de définir des modalités précises de suivi des traitements, tant en terme d'efficacité que de tolérance ;

- leur permettre de s'auto évaluer par une révision formalisée des dossiers de leurs patients ou de leurs ordonnances, avec l'établissement de critères de qualité (exemples : prescription de deux AINS : CI formelle, critère de niveau A ; prescription de plus de deux psychotropes : non souhaitable mais pas toujours facile à mettre en œuvre, critère de niveau C).

Ces programmes sont disponibles *on line* sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr), et feront l'objet de sessions de formation médicale continue. Les professionnels doivent s'approprier ces outils qui sont appelés à évoluer pour répondre au mieux à leurs besoins et à leur pratique.

# Sur quel critère prescrire un isolement et le lever ?

**M.-R. Mallaret**

Unité d'hygiène hospitalière - CHU de Grenoble – 38043 Grenoble cedex 9

Dans certaines situations, il est nécessaire d'instaurer des précautions complémentaires d'hygiène (anciennement appelé isolement septique) pour des patients infectés. Ces précautions comportent des mesures techniques variables selon le type de micro-organisme en cause (protection de la tenue vestimentaire, masque, gants, signalisation) et des mesures géographiques (chambre individuelle, restriction de la circulation du patient et plus rarement regroupement des patients ayant une même infection transmissible). Cette démarche relève d'une décision médicale qui peut faire l'objet d'un protocole de service. Pour mettre en œuvre ces précautions complémentaires, il faut faire la synthèse de plusieurs informations médicales :

## Quel micro-organisme est en cause ?

Les micro-organismes nécessitant des mesures complémentaires d'hygiène sont variés : les plus couramment rencontrés en gériatrie sont :

- des virus : virus de la grippe, rotavirus ;
- des bactéries : bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR : staphylocoque doré, entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa*), *Clostridium difficile* ;
- des parasites (essentiellement *Sarcoptes scabiei* responsable de la gale).

Parfois, en attendant l'identification du micro-organisme, on peut prescrire des précautions complémentaires devant des signes cliniques faisant redouter une épidémie : les situations cliniques les plus à risque de dissémination sont les diarrhées, les conjonctivites aiguës d'allure virale, les infections cutanées avec prurit ou suintement, les tableaux infectieux respiratoires. Il vaut mieux lever des précautions d'hygiène mises en place précocement que gérer une épidémie par mise en place trop tardive des mesures de protection.

## Où est localisé le micro-organisme chez le patient ?

Les précautions complémentaires d'hygiène sont surtout nécessaires lorsque le patient est disséminant : ces situations concernent en général des patients porteurs d'une infection

extériorisée : infection respiratoire, infection ORL, infection cutanée, diarrhée ou infection urinaire (aggravation du risque de dissémination liée à l'incontinence).

Dans l'état actuel des connaissances, l'utilité des précautions complémentaires pour un patient simplement colonisé (notamment par des BMR) est d'un intérêt incertain ; des précautions lors des soins (soin de plaie par exemple) peuvent être utiles, il est inutile dans la majorité des cas de restreindre la circulation du patient.

## Quel est le mécanisme possible de transmission ?

On distingue trois mécanismes de transmission : la transmission peut se faire par :

- contact des mains ou de la tenue vestimentaire du soignant ou d'un dispositif médical avec le site infecté du patient ou ses liquides biologiques ;
- gouttelettes d'origine salivaire ou rhinopharyngée : patient ayant une infection des voies aériennes supérieures, grippe par exemple ;
- particules d'origine pulmonaire : tuberculose pulmonaire active.

## Existe-t-il une situation épidémique ?

Certaines infections n'ont classiquement pas de potentiel épidémique mais peuvent donner lieu à une réelle épidémie avec des souches particulières. Il a été décrit des épidémies de pneumonies à pneumocoques dans des services de gériatrie ; habituellement, ces infections ne nécessitent pas de précautions complémentaires d'hygiène mais en raison d'une épidémie, il faut adapter la réponse. et étendre les indications de mise en œuvre des précautions complémentaires.

## Quand lever les mesures complémentaires d'hygiène ?

Les mesures complémentaires d'hygiène doivent être levées lorsqu'il n'y a plus de risque de dissémination du micro-organisme en cause, le plus souvent lorsque l'infection est guérie.

## Mesures d'isolement spécifiques en EHPAD

**B. de Wazières**

Service de Médecine Interne – Gériatrie – CHU de Nîmes – Place Pr Robert Debré – 30029 Nîmes cedex 9

L'essentiel des infections nosocomiales survient après l'âge de 60 ans (64 %). Les personnes âgées de 80 ans ont un risque multiplié par 10 de faire une infection nosocomiale lors d'une hospitalisation.

Prendre en charge le risque infectieux et l'hygiène en gériatrie peuvent amener à proposer des attitudes incompatibles avec les spécificités du grand âge et surtout la vie en collectivité. Tout concourt chez la personne âgée à favoriser les infections. Celle-ci est de principe immuno-déprimée, volontiers dénutrie, les fécalomes et les rétentions urinaires sont monnaie courante amenant leur cortège d'infections urinaires sur sonde et/ou de diarrhées à *clostridium*. Déshydratation et grabatisation favorisent les escarres, les fausses routes les pneumopathies. Dans ce contexte de haute prévalence de pathologies infectieuses volontiers à germes multi-résistants il semblerait logique de proposer un isolement des patients en chambre seule. L'isolement social et l'enfermement sont de bons moyens de faire décompenser psychologiquement une personne âgée : confusion, agitation, sédation, grabatisation, escarres, décès...

Les personnes âgées du fait de leur dépendance sont amenées à vivre en collectivité, la fréquence des accidents et incidents aigus amène à de multiples hospitalisations toutes facteurs d'infections nosocomiales. Les durées d'hospitalisation sont elles-mêmes plus longues chez la personne âgée. Enfin le problème spécifique de la démence et particulièrement des déments déambulant rend impossible toute tentative d'isolement de ces patients.

En plus des précautions standards qui doivent être appliquées dans tout établissement de soins il peut être nécessaire de procéder à des isolements septiques selon trois niveaux, la précaution air pour les particules fines, exemple tuberculose ; les précautions gouttelettes, exemple grippe ou méningite ; les précautions contacts pour les abcès avec des isolements spécifiques pour les problèmes entériques (*Clostridium*), les

isolements spécifiques pour les bacilles multi-résistants (staphylocoques résistants à la méticilline) et contacts spécifiques pour la gale. Toutes ces procédures sont normalement définies, rédigées et validées par les cellules d'hygiène et le Comité de lutte contre les infections nosocomiales de chaque établissement. L'application de ces mesures se heurte à des problèmes spécifiques aux personnes âgées. Plus de 80 % des patients hospitalisés dans les EHPAD ont des troubles cognitifs et toutes tentatives d'éducation du patient, particulièrement le lavage des mains est voué à l'échec. La prescription d'un isolement strict aggrave l'état confusionnel et l'anxiété naturelle des déments. Parallèlement au problème spécifique lié aux malades se pose le problème du manque de moyen des services de Gériatrie qui souvent ne disposent pas du personnel et des moyens nécessaires pour mettre en œuvre ces mesures. Enfin de nombreux établissements ne disposent pas de chambre seule, les points d'eau sont rares et les solutions hydro-alcooliques méconnues. La solution la plus couramment proposée est le regroupement des patients dans une même unité géographique, tout en procédant à l'éradication du germe. En fait même cette recommandation est inapplicable en EHPAD ou le patient a sa chambre souvent aménagée comme son domicile. Il est préférable de concentrer les moyens et recommandation sur quelques pathologies très contagieuses comme la tuberculose (mais les patients baccifères doivent être hospitalisés jusqu'à négativation des tubages), la coqueluche, la colite à *clostridium*... En cas d'infection respiratoire dès le début des symptômes, et la confirmation du diagnostic par le médecin, la personne malade doit être maintenue dans sa chambre en limitant tout contact avec son entourage. Les patients souffrant d'infection respiratoire ne devraient sortir de leur chambre que pour des interventions essentielles. En cas d'épidémie, tous les visiteurs doivent recevoir les consignes dès l'entrée dans la résidence (y compris les livreurs...).

---

## Isolement en établissement de Long séjour

---

**A. Aubry<sup>2</sup>, A. Gouot<sup>1</sup>, V. Jarlier<sup>2</sup>, C. Khavas<sup>1</sup>, S. Lefrançois<sup>2</sup>, J. Paute<sup>1</sup>, M.-L. Rouquet<sup>1-2</sup>**

1- Équipe opérationnelle d'hygiène

2- Laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène

Hôpital Charles Foix - 7, avenue de la République - 94200 Ivry sur Seine

La mise en isolement des patients hospitalisés en unité de long séjour est un sujet qui suscite toujours beaucoup d'interrogations de la part du personnel soignant.

En effet, comment mettre en isolement des patients, souvent atteints de pathologies démentielles et/ou cognitives, dans un établissement de santé dont la vocation est de dispenser des soins, tout en respectant la socialisation du patient (cet établissement étant son lieu de vie et souvent le dernier) ?

Tous les gériatres et experts en hygiène semblent d'accord pour reconnaître que les mesures d'isolement doivent être adaptées à la personne âgée et que l'absence de socialisation aurait un impact négatif sur la qualité de vie.

Des solutions alternatives à l'isolement doivent être mises en place, avec l'implication de tous les acteurs de soins.

L'isolement doit donc être discuté par les équipes soignantes et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Il doit faire l'objet d'un consensus en réfléchissant tout d'abord à la terminologie et ensuite au rôle du personnel soignant pour la prise en charge des patients dont le statut infectieux n'est pas toujours connu.

- Le terme "isolement" est-il bien adapté dans une telle structure ?
- Qui doit-on isoler, le patient ou le site colonisé ou infecté ?

---

### Mots clés

Isolement – Personne âgée – Socialisation – Établissement de long séjour.

---

# Les bactéries multi-résistantes en gériatrie : principales espèces (incidence), espèces émergentes et celles qui peuvent émerger

**X. Bertrand**

C.CLIN Est - Hôpital Brabois – CHU Nancy - Rue du Morvan – 54500 Nancy

Compte tenu des facteurs de risque de colonisation par les bactéries multi-résistantes (BMR), les patients gériatriques constituent une population particulièrement exposée au problème de la multi-résistance bactérienne. Parmi l'ensemble des BMR, *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) occupe une place de choix dans les établissements de soins français, même si d'autres BMR (entérobactéries productrices de BLSE, *Acinetobacter baumannii* multi-résistant, entérocoques résistants à la vancomycine...) peuvent être impliqués dans des épidémies au sein de services gériatriques de court, moyen ou long séjour.

Les études françaises disponibles montrent que l'incidence des colonisations/infections par SARM dans les services de moyen et long séjour est importante (0,40 pour 1 000 jours d'hospitalisation, données Raisin 2004). La fréquence de la résistance à la méticilline dans l'espèce est élevée, supérieure à 50 % dans la plupart des études publiées. Concernant les autres BMR, l'incidence est moins élevée que celle de SARM. À titre d'exemple, celle des entérobactéries productrices de BLSE était 0,10 pour 1 000 jours d'hospitalisation au cours de la surveillance RAISIN 2004.

Malgré ces chiffres, l'impact direct des infections à BMR dans les établissements de moyen et long séjour est limité car la grande majorité des patients sont simplement colonisés. Cependant, compte tenu des transferts permanents entre les centres de moyen et long séjour et les services de court séjour, il est légitime de replacer ceux-ci dans le cadre général de

l'ensemble des établissements de soins et de mesurer l'impact des BMR non pas au niveau d'un service ou d'un établissement mais plutôt au niveau d'un réseau de soin régional. De ce point de vue, les rares chiffres disponibles montrent une amplification importante du « portage » de SARM au sein des services de moyen et long séjour. De plus, de nombreuses études conduites dans les services de court séjour ont démontré qu'un séjour en institution de moyen et long séjour était un facteur de risque de portage de BMR.

Parmi les espèces émergentes, *E. coli* producteur de BLSE de type CTX est particulièrement inquiétante. La description récente de leur diffusion dans les hôpitaux français fait craindre une évolution de type SARM de cette BMR dans les services de gériatrie français.

Deux autres BMR pourraient également causer des épidémies majeures dans les services de moyen et long séjour : les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) et les « SARM communautaires ». L'émergence, à partir de 2004, des ERV dans les hôpitaux français pourrait entraîner l'« installation » de cette BMR dans les services de long séjour à l'instar de l'évolution observée aux États-Unis. L'émergence récente de SARM communautaires dont le fond génétique et les facteurs de risque d'acquisition sont différents des SARM hospitaliers représente également un risque pour les unités de long séjour.

La mise en place de stratégies visant à maîtriser la diffusion des BMR dans les services de gériatrie est indispensable pour préserver les ressources antibiotiques.

# La place du dépistage dans la maîtrise du risque lié aux bactéries multirésistantes dans la filière du patient âgé

---

**M. Éveillard**

Service de bactériologie-hygiène – CHU Angers – 4, rue Larrey – 49033 Angers cedex 9

Il est bien reconnu aujourd'hui que les bactéries multirésistantes (BMR) ne sont plus la particularité des services de réanimation et de soins intensifs, mais qu'elles concernent également les autres structures de soins, en particulier les services accueillant de manière spécifique les personnes âgées (EHPAD, services de soins de longue durée, services de gériatrie aiguë). La BMR la plus souvent rencontrée est *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM). La mesure de la prévalence du portage de SARM dans les SLD et les maisons de retraite montre une grande variabilité en fonction des études. Elle peut dépasser 50 % dans certains établissements.

Les transferts de patients entre les établissements de soins et entre les services d'un même hôpital participent largement à la dissémination des BMR. Ainsi, le dépistage des patients porteurs à l'admission occupe une place centrale dans les programmes de lutte contre les BMR. Cet aspect est d'autant plus important pour les sujets âgés qui sont souvent transférés.

Dans les EHPAD et les SLD, même si les risques de transmission croisée sont faibles en raison de la faible utilisation des dispositifs invasifs, il est intéressant d'identifier les patients porteurs de BMR à l'admission, afin de mettre en place certaines mesures de prévention. Idéalement, ce dépistage devrait concerner tous les patients admis. Cependant, en raison du coût non négligeable d'une telle politique, il est possible de cibler de manière préférentielle les patients provenant d'un autre établissement (soins de suite et de réadaptation ou court séjour), atteints de lésions cutanées chroniques, ou porteurs de sondes urinaires à demeure. Il peut également être utile de quantifier le réservoir de BMR en dépistant tous les patients présents dans la structure sur une période assez courte. Ceci peut permettre de prévenir les services où les patients porteurs

vont être transférés le cas échéant. Le niveau de la prévalence du portage peut également avoir des conséquences sur la politique de maîtrise à l'intérieur d'un EHPAD ou d'un SLD.

Les services de gériatrie de court séjour accueillent souvent des patients institutionnalisés, régulièrement hospitalisés ou bénéficiant de soins à domicile, et donc à haut risque de portage de BMR. Dans ces services, la prévalence du portage à l'admission peut être proche de 15 %. De plus, la densité des soins peut être importante, entraînant un risque non négligeable de transmission croisée. La mise en place d'une politique de dépistage y est donc particulièrement recommandée. Ce dépistage doit également être ciblé sur les patients à plus haut risque de portage. En fait, une politique raisonnée d'identification des porteurs de BMR à l'admission des personnes âgées peut être réalisée dans tout service de court séjour. Une étude récente réalisée à l'hôpital Bichat a montré que la fréquence du portage de SARM chez les patients de plus de 75 ans était de 8 %, quels que soient leurs antécédents. Cette fréquence est bien entendu supérieure chez les personnes présentant des facteurs de risque. Enfin, les résidents d'EHPAD ou de SLD peuvent également être prélevés dès leur admission aux urgences. Dans le service d'accueil urgences de l'hôpital Louis Mourier (AP-HP) qui a adopté cette pratique depuis plusieurs années, la prévalence du portage de SARM parmi les patients prélevés est de plus de 30 %.

Ainsi, le dépistage des patients porteurs occupe une place centrale dans la maîtrise de la diffusion des BMR, à plusieurs étapes de la filière du patient âgé. En effet, ces patients présentent souvent des facteurs de risques connus (risque de portage) et sont fréquemment transférés (risque de diffusion).

---

**Mots clés**

Patient âgé – Bactéries multirésistantes – Dépistage

# Le staphylocoque doré résistant à la méticilline en gériatrie et gérontologie : quelle stratégie de prévention de la transmission croisée mettre en place ?

## Place de la chimiodécontamination ?

**D. Talon**

Service d'hygiène hospitalière – CHU Jean Minjot – 25030 Besançon cedex  
Tél. : 03 81 66 82 86 – Fax : 03 81 66 89 14 – daniel.talon@ufc-chu.univ-fcomte.fr

Alors que le risque infectieux lié à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SAMR) est considéré comme un marqueur de qualité des soins en matière d'hygiène hospitalière, les établissements de long séjour apparaissent comme des établissements « exemplaires ». En effet, en Franche-Comté, sur une période de trois ans de surveillance, l'incidence des colonisations/infections à SAMR pour 1 000 jours d'hospitalisation était en moyenne de 0,09 en long séjour et de 0,9 en court séjour.

Les objectifs de cette étude étaient d'établir la fréquence d'acquisition de SAMR dans un centre de long séjour de 250 lits et de discuter à travers l'expérience acquise dans ce centre de la place du dépistage des patients porteurs de SAMR, du mode d'isolement à mettre en place et de l'efficacité de la chimiodécontamination (nasale par mupirocine + cutanée par toilettes à la chlorhexidine). Les résultats d'une enquête de prévalence de portage de SAMR confrontés aux données de dépistage à l'admission des patients ont permis de mesurer le risque d'acquisition selon les caractéristiques des patients en terme d'autonomie et les caractéristiques des « circuits » hospitaliers de ceux-ci.

L'enquête de prévalence menée sur un mois a montré un taux de portage de SAMR de 15,2 %. À leur arrivée dans l'établissement, 23,3 % des patients étaient positifs. Parmi les

patients exempts de portage à l'admission et n'ayant fait l'objet d'aucun transfert, 14 % sont devenus positifs, tous parmi les patients ayant perdu toute autonomie.

La chimiodécontamination évaluée chez 25 patients a été efficace chez 22 (88 %). Dans les services et/ou établissements de long séjour, la fréquence de la transmission croisée ne peut pas être identifiée par les seuls prélèvements à visée diagnostique. L'acquisition de SARM concerne exclusivement les patients totalement dépendants. Aussi, l'isolement géographique strict qui s'oppose à la « resocialisation » est sans doute inutile. Mais ceci ne doit pas conduire à l'abandon de l'isolement technique lors des soins qui reste indispensable. La chimiodécontamination (nasale et sur peau saine) apparaît fréquemment efficace et son application peut permettre la levée de l'isolement technique dans une proportion non négligeable de cas. Face à l'augmentation de la morbidité liée à SARM observée dans de nombreux hôpitaux, à l'émergence d'une pathologie communautaire liée à ces souches et à l'évolution de ces souches vers la résistance aux glycopeptides, la mise en place d'une stratégie volontariste incluant dépistage, isolement technique et chimiodécontamination dans les services et établissements de long séjour apparaît comme une urgente nécessité.

## Bon usage des antibiotiques

**J.-P. Lavigne**

Laboratoire de bactériologie – CHU de Nîmes – Place Pr Robert Debré – 30029 Nîmes cedex 9

La résistance bactérienne est un phénomène adaptatif et évolutif. Elle influence les coûts de prise en charge des malades infectés par notamment l'utilisation d'antibiotiques à large spectre, coûteux et non dénués de risque sur l'émergence de nouveaux mutants résistants. En France, le taux de la résistance bactérienne est l'un des plus élevés d'Europe notamment chez les bactéries responsables d'infections nosocomiales. L'évolution de la multirésistance bactérienne est particulièrement inquiétante. La lutte contre ces infections a été décrétée comme une des priorités nationales par le ministère de la Santé en 2004.

Un plan d'action est donc nécessaire promouvant le bon usage des antibiotiques aussi bien dans les structures hospitalières, les centres de soins qu'en extra\_hospitalier. Ce plan est indispensable car le mésusage des antibiotiques a un impact direct sur l'écologie bactérienne, individuelle et collective à l'origine des bactéries multirésistantes. Or ces bactéries sont sources d'échec thérapeutiques pouvant dans certains cas, aboutir à des décès du fait des impasses thérapeutiques. Actuellement très peu de nouvelles molécules sont mises sur le marché et aucune nouvelle famille d'antibiotique semble arriver dans les prochaines années.

Le plan d'action nécessite une formation et une information du personnel soignant et des patients. Au niveau national, des campagnes publicitaires d'information et des consensus

sur la prise en charge des différents types d'infection ont été promulgués. Au niveau hospitalier, il paraît essentiel :

- de promouvoir la prise en charge multidisciplinaire des patients et de leur pathologie ;
- de connaître l'écologie bactérienne des services ou des unités de soins ;
- de constituer un comité des anti-infectieux et des équipes opérationnelles d'infectiologie avec un référent en infectiologie ;
- d'établir des référentiels ou des recommandations dans un but d'aide à la prescription ;
- de promouvoir des politiques vaccinales notamment chez les personnes âgées en institution (pneumocoque, virus grip-pal).

Cette politique, impulsée par les pouvoirs publics ces dernières années, a démontré déjà des résultats avec notamment une prise de conscience générale de ce problème soulignée par la diminution de la prescription des antibiotiques aussi bien en ville que dans les structures de soins notamment concernant les infections de la sphère ORL (angine, rhinopharyngite...) ou lors des dernières épidémies de grippe. Pour corollaire a été notée une stabilité voire une diminution de la résistance de certaines bactéries vis-à-vis de certains antibiotiques (pneumocoque et pénicilline par exemple).

# Qualité et sécurité alimentaire en gériatrie et gérontologie

## De la difficulté de faire reconnaître les spécificités gériatriques dans les différentes structures officielles

**M. Ferry**

CHValence et Centre départemental de prévention – 44, avenue Victor Hugo – 26000 Valence

Le « sujet âgé » est diversement apprécié selon le niveau où sera fixée la limite concernant l'âge. Il existe autant de personnes âgées que de modalités de vieillissement individuel. Ce qui est difficile à faire entrer dans un cadre strict, comme l'enfant de moins de trois ans, ou la femme enceinte. C'est donc une population très hétérogène selon son état fonctionnel. On peut être, au même âge, en très bonne santé ou déjà dépendant. Comme on peut être à domicile ou déjà dans une structure de soins. Ce qui explique la variation des besoins nutritionnels en particulier, et des facteurs de risque alimentaires.

L'aspect sécurité alimentaire est bien documenté et toutes les structures sont actuellement déjà sous le mode HACCP, ou en cours de mise en place. On peut donc penser le problème résolu. Mais ce n'est que la partie émergée de l'iceberg. En effet, la personne âgée soumise à une alimentation collective a plusieurs particularités, dont l'une est que son séjour est le plus souvent très long et qu'il s'agit d'une population « captive ». Par ailleurs elle présente très souvent des incapacités qui peuvent être sensorielles, comme les problèmes de vision, ou motrices, en particulier les séquelles d'AVC, avec hémiplégie droite en particulier. S'il n'y a pas une préparation par aide humaine, aussi bien pour la présentation des plats (ouvertures des opercules) que par les aides techniques, comme les rebords d'assiette, la préparation du repas pourra être de qualité et sécurisée, l'apport alimentaire sera réduit. Or tout apport alimentaire inférieur au niveau des besoins entraîne une dénutrition, dont la première conséquence est de diminuer les capacités de défense immunitaire, donc de favoriser les infections, y compris les infections nosocomiales. Et si le patient n'est pas tenté par une nourriture fade ou mal reconnaissable, il va se dénourrir.

La perte de poids est le risque majeur de la personne âgée car ses conséquences sont délétères. Fonte musculaire, donc risque de chute et de fracture accru, moins grande mobilité qui fait la part belle à la sédentarité, source d'une augmentation de la perte de masse musculaire remplacée par de la masse grasse, créant ainsi le syndrome « d'obésité sarcopénique », avec fausse obésité mais vrai risque de dépendance rapide. Or le problème actuel en nutrition et santé publique est celui de la prévention de l'obésité. Problème qui ne se pose plus dans les mêmes termes chez un sujet âgé de plus de 75 ans.

C'est ainsi qu'il est difficile de faire admettre pour la restauration collective que la diminution des portions peut être licite chez les jeunes adolescents en se référant au bilan nutritionnel moyen, qui est à 30 % inférieur à celui des apports nutritionnels conseillés (ANC), mais que le sujet âgé a besoin des ANC pour obtenir l'apport nécessaire qui est équivalent à celui d'un adulte d'âge moyen, à activité physique équivalente, du fait d'une moins bonne utilisation métabolique des nutriments. Mais comment alors trouver une frontière entre la volonté de ne pas accroître l'effet marketing du marché des « seniors » et celle de ne pas assurer les besoins d'un sujet beaucoup plus âgé, mais pour lequel l'état physiologique est plus important que l'âge lui-même ? La prévention a un rôle à jouer, mais doit être adaptée.

C'est ainsi que donner un « âge » pour une « population particulière » de personnes dites âgées, anciens « vieillards », terme aujourd'hui devenu impropre, peut s'apparenter à de la discrimination, mais ne pas donner la possibilité de s'alimenter en fonction des besoins réels s'apparente à une forme de maltraitance. Où se situe le juste milieu ?

# Itinéraire d'un plateau repas

**J.-M. Champernaud**

Responsable restauration – CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble cedex 9

La spécificité du repas à l'hôpital est qu'il concerne une population, par définition, à risque et qu'il s'inscrit dans un contexte de soins : contexte post-opératoire, patients aux extrêmes de la vie...

À ce titre, il est plus que nécessaire de rechercher une approche globale de la qualité.

Cette qualité peut tourner autour de la règle des 4S :

- *Service* : à savoir la dimension organisationnelle de la fonction restauration (achat, préparation en cuisine, liaison froide/chaude, formations des personnels) et ses conséquences en termes économiques et sociaux ;
- *Satisfaction* du patient par le soin apporté à faire du repas un moment privilégié, un moment « plaisir », par la maîtrise de l'environnement, de la vaisselle, du lieu de repas et la variété des plats ;
- *Santé* du repas par la recherche de l'équilibre nutritionnel, par le choix des plats et par la préparation des repas diététiques ;
- *Sécurité* aux plans de l'hygiène alimentaire.

À cet égard, la dimension hygiénique a été insufflée par les autorités sanitaires européennes à travers des textes appelés Packs hygiènes règlements CE 178/2002 ; 852/2004, 853/2004, 882/2004, 854/2004, Directives CE 2004/41, 2002/99.

## La méthode Haccp

Le système d'analyse des risques et de maîtrise des points critiques (traduction littérale de « *Hazard Analysis Critical Control Point* ») est né au USA vers la fin des années 1960 et s'est considérablement développé depuis.

Le système HACCP est une démarche de maîtrise sanitaire dont le premier objectif est d'analyser les dangers potentiels d'une opération menée dans le cadre des activités d'une entreprise du secteur alimentaire.

### Les 7 principes de l'HACCP

- Procéder à l'analyse des dangers
- Déterminer les points critiques
- Établir des limites critiques
- Établir un système de surveillance
- Établir des actions correctives
- Établir des procédures
- Établir un système documentaire

La mise en place de ces nouveaux règlements ne pousse pas à tout reconstruire et fort heureusement, puisque l'HACCP est connu dans la restauration collective depuis plusieurs années.

Cependant quelques obligations nouvelles posent des craintes de mise en œuvre. L'une des plus importantes est celle de la traçabilité tant du point de vue des moyens humains que techniques. Le professionnel gestionnaire de la restauration doit continuer à s'adapter et à acquérir les outils nécessaires pour mener à bien la sécurité alimentaire. Ces réglementations embrassent toute la filière alimentaire de la production à la consommation, avec pour finalité de protéger parfaitement les consommateurs.

### Mots clés :

Service – Satisfaction – Santé – Sécurité

# Adaptation qualitative de l'alimentation de la personne âgée

**M.-F. Vaillant**

Diététicienne – CLAN – CHU de Grenoble – BP 217 – 38043 Grenoble cedex 9

L'adaptation qualitative des repas proposés aux personnes âgées ne relève pas seulement d'un savant dosage entre protéines et énergie.

Elle dépend de nombreux facteurs dont la prise en compte est indispensable :

- 1- Les goûts des personnes âgées et leurs habitudes alimentaires : ils sont à considérer dans l'élaboration des menus, le choix et la fréquence des aliments proposés.
- 2- L'offre alimentaire doit être la plus diversifiée possible, afin de ne pas entraîner de lassitude, surtout chez les personnes ayant des repas à texture modifiée.
- 3- L'environnement lié aux repas intervient à travers : la convivialité des repas pris en commun, l'éclairage, la décoration, le niveau sonore de la salle de restauration.
- 4- L'ergonomie rentre en jeu à travers le mobilier, mais aussi les assiettes, couverts et verres proposés aux résidents (dans certains cas : bords d'assiettes plus hauts, verres à préhension facile...).
- 5- Les contraintes d'hygiène et de sécurité alimentaire (voir intervention de J.-M. Champernaud).
- 6- Les aspects économiques limitent quelquefois le choix et la diversité des aliments proposés. Il est important de défendre ses choix nutritionnels, en montrant leurs effets et intérêts pour les résidents (enquêtes de satisfaction, études de consommation...).
- 7- Le risque nutritionnel, en particulier de dénutrition, est un risque majeur et il doit être évalué. L'amaigrissement se détecte par une pesée régulière de la personne (une fois/mois par exemple). Il est souvent multifactoriel : isolement de la personne, dépression, pathologie aiguë ou chronique, perte d'appétit, altération de l'odorat, du goût, problèmes buccaux (dentition, mycose, sécheresse de la bouche), polymédication, régimes stricts et inadaptés, transit perturbé...
- 8- Les initiatives de type repas à thème permettent de faire participer les résidents, les aidants et les familles. Elles sont aussi l'occasion de lancer de nouvelles recettes.
- 9- Amélioration qualitative des repas : notre expérience de travail en collaboration avec la restauration nous a permis de mettre en œuvre des recettes très appréciées des personnes âgées : flans de légumes, soufflés de viande ou de poisson, potages de légumes enrichis. La densité nutritionnelle des desserts peut également être améliorée avec des recettes d'entremets, compotes, fromages blancs enrichis...

Des stratégies de prise en charge doivent être mises en œuvre par les personnels, intégrant la prise en compte de la personne âgée et de ses envies, la surveillance, la qualité nutritionnelle et organoleptique de l'offre alimentaire.

Des actions de sensibilisation et de formation de tous les personnels intervenant auprès des personnes âgées (cuisiniers, soignants, aidants...) devraient avantageusement compléter cette approche.

**Mots clés**

Convivialité – Adaptation – Enrichissement – Surveillance – Formation

## Que peuvent apporter les « CLAN » à la prise en charge nutritionnelle de la personne âgée hospitalisée ?

---

**P. Brocker**

CHU de Nice – Hôpital Cimiez – Fédération gérontologie – BP 1179 – 06003 Nice cedex 1 – brocker.p@chu-nice.fr

Le rapport sur l'alimentation en milieu hospitalier de B. Guy-Grand (1997) ainsi que l'expertise Inserm (1999) ont démontré que près de la moitié des patients hospitalisés sont dénutris ou à risque de l'être. Toutes les études gériatriques menées bien avant ce rapport avaient déjà alerté l'ensemble du corps soignant sur la dénutrition, fréquente chez les personnes âgées hospitalisées, et insisté sur la nécessité d'une évaluation nutritionnelle et d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle.

La dénutrition a des conséquences importantes en terme de mortalité, de morbidité, d'augmentation des durées d'hospitalisation, de surcoûts, sans oublier l'impact sur la qualité de vie.

La fonction restauration a évolué ces dernières années, marquée par des innovations majeures tant au niveau du matériel que des unités de production. L'idée originale étant d'apporter une réponse globale et pluridisciplinaire en plaçant le repas

comme élément de soin. Par ailleurs, l'hygiène et la sécurité alimentaire ont fait l'objet d'une attention particulière dès 1997 par une nouvelle réglementation.

L'absence de communication et de coordination entre les acteurs impliqués dans le processus alimentation-nutrition a entraîné la création dans chaque hôpital d'un CLAN (Comité de liaison alimentation nutrition) regroupant l'ensemble des professionnels concernés.

Le manuel d'accréditation de l'HAS en souligne l'importance et offre aux établissements engagés dans la procédure d'accréditation (V1) ou de certification (V2) de réfléchir à leurs pratiques et à leurs modes d'organisation.

Le CLAN doit être intégré à tout projet d'établissement, et à la démarche qualité en matière de nutrition et de prévention des toxi-infections alimentaires, mais également à la valorisation de l'activité « prise en charge nutritionnelle ».

---

**Mots clés**

Nutrition – Personne âgée – Alimentation hospitalière – Clan

# L'architecture peut-elle contribuer à la qualité et à la sécurité des soins ?

## C. Hospital

Architecte DPLG – Programmiste Hospitalier – Conseillère en Ergonomie – 12, avenue Foch – 69006 Lyon

### Présentation du métier de programmiste hospitalier.

- Qu'est ce que la programmation ?
- Qui participe ?
- Quelle méthodologie de travail ?

Objectif principal = prise en compte de l'usager quel qu'il soit (son vécu, ses pratiques, ses besoins) par une méthode participative. De la réflexion à l'appropriation d'un nouvel outil. Tous les établissements de soins se posent un jour ou l'autre la question des travaux, qu'il s'agisse de rénovation de locaux anciens ou de la construction de nouveaux bâtiments.

Une programmation, établie selon une méthode de travail précise, représente une étape clé dans ces questionnements, d'où l'importance d'un accompagnement adapté du maître d'ouvrage par des professionnels du domaine de la construction et de la santé.

Avant toute réflexion sur la programmation à proprement dite de l'habitat des personnes âgées, il convient de déterminer, à travers l'analyse des besoins locaux et le choix du mode de prise en charge, les moyens conceptuels d'une *bonne adéquation de l'architecture aux demandes des utilisateurs*. Un travail de concertation préalable, qui peut adopter différentes procédures, doit définir le *projet de vie* de l'établissement le plus précisément possible afin de permettre ensuite sa *transcription concrète dans le bâtiment*.

« Problème humain avant d'être une question d'architecture, l'hébergement des personnes âgées doit prendre en compte les caractères spécifiques d'une partie de la population, dépendante et fragilisée par le vieillissement. C'est un domaine où l'évolution dans le temps des structures sociales et des données démographiques, dessinant un champ mouvant de contraintes et de besoins, influe directement sur la conception. C'est également un secteur qui reflète les politiques, et les divergences, des différents décideurs et financeurs concernés »

Différentes échelles de regard : l'architecture.

- En amont, la programmation.
- En second plan, la conception et l'accompagnement du projet jusqu'à son appropriation.

- De plus, se nourrir de plus du vécu et des retours d'expériences sur des structures livrées, des structures ayant déjà un vécu.

« Les établissements ne sont équivalents ni en termes d'architecture, ni en termes de prise en charge. Il en est dans lesquels la qualité des espaces et l'humanité de la prise en charge apparaissent plus clairement. En effet, par-delà la virtuosité du maître d'œuvre, c'est dans l'adéquation de l'architecture aux demandes des utilisateurs et aux pratiques locales que se joue la qualité d'un établissement. L'élaboration du projet de vie, en reléguant au second plan les concepts passifs de soins et d'hébergement, aide à définir, en amont à la programmation proprement dite, besoins locaux et exigences architecturales et fonctionnelles »

Élaboration du projet de vie en parallèle à la phase de programmation – des réflexions menées en commun avec les Groupes Utilisateurs rencontrés afin de mettre en place une réflexion commune d'accompagnement de la personne âgée et de la prise en charge projetée (idée de feuille de route quotidienne par résident).

Objectif de prise en charge – Notion d'accompagnement de la personne âgée dans son sens le plus large.

« Les établissements d'accueil des personnes âgées ne sont pas uniquement des lieux de « soins » mais avant tout des lieux de vie. Il est donc nécessaire de se démarquer de la notion de « faire du soin » (technique de soins hospitaliers) pour s'orienter vers une philosophie de « prendre soins de » (privilégiant une qualité de vie personnalisée). »

### Un établissement d'hébergement médico-social : qu'est ce que c'est ? D'une manière synthétique

- un lieu de vie,
- un lieu de travail,
- des flux de personnes,
- des flux de matières.

Notion de projet de vie : d'accompagnement de la personne âgée, qu'elle soit dépendantes, démentes, déambulantes. But = adapter l'architecture aux grands types de patholo-

gies, adapter les principes de conception.

Idée : on ne traite par le sujet « architecture » de la même manière si l'on parle maladie Alzheimer, dépendance physique, dépendance affective...

Il est de la même manière important de se raccrocher aux actes de soins et aux actes de prises en charge.

- Vers une prise en charge individualisée et non plus collective
- Maintien de la vie sociale – Ouverture de la structure sur l'extérieur, sur la ville...
- Atmosphère type familial facilitant et recherchant la coopération et la participation des Résidants aux actes du quotidien, repère temps, mise en place d'activités adaptées dans des lieux adaptés et modulable...
- Savoir écouter, savoir entendre, savoir cerner les besoins pour y répondre au mieux...
- *Qualité de vie et d'accueil à la fois pour les personnes hébergées mais aussi pour leur famille et les soignants.*

#### « Établissement spécialisé ou maintien à domicile ?

- Le recours à l'institution est de plus en plus fréquent.
- Un choix qui est parfois infléchi par les moyens financiers.
- La population hébergée en institution, toujours plus âgée et plus dépendante.
- Rester chez soi = un souhait dominant.
- Un problème social et politique : le débat sur l'allocation dépendance – un enjeu politique face à une population en croissance. »

#### « Le cas spécifique des personnes désorientées

Depuis qu'une distinction a été opérée entre vieillissement et « sénilité », on considère cette dernière comme une véritable maladie. Qu'il s'agisse de la maladie d'Alzheimer ou d'une démence d'origine vasculaire, ces affections cérébrales détériorent progressivement les fonctions intellectuelles et altèrent la personnalité. Un environnement adapté et répondant à ce type de pathologie est la base de la réflexion. Des retours

d'expériences sont aujourd'hui quantifiables et permettent de mieux cerner ce que peut être ce type de prise en charge identifié ».

#### « Le projet de vie : un moyen de favoriser et de maintenir l'autonomie

- Se sentir chez soi. Exemple : on utilise librement les espaces collectifs, on peut participer de manière autonome ou accompagné aux activités offertes par l'établissement.
- Garder l'esprit et les sens en éveil.
- Garder le corps en mouvement.
- Développer la vie sociale.

#### Une dialectique entre liberté et sécurité... »

#### Le cadre de vie, d'une manière générale :

- Architecture en lien avec les droits et les libertés fondamentales,
- Architecture en lien au droit, au respect, à la dignité, à l'intimité et au confort,
- Architecture en lien avec l'autonomie, avec la notion d'accessibilité en son sens le plus large,
- Architecture en lien avec les espaces collectifs,
- Architecture en lien avec les conditions de travail.

Architecture = lieu de travail. Organisation des locaux de soins (localisation, notion de nombre de pas, de surveillance, d'accès, sécurité des personnes, accessibilité personnes et matières).

Adaptation aux actes pratiqués : notion d'ergonomie. Étude des équipements, réalisation de micro-implantation d'équipements... Organisation des locaux logistiques (des exemples simples : le trajet du chariot déchets, notion du qui fait quoi, la question de la gestion de l'ensemble des flux...).

#### Exposé de retours d'expériences

Exposé d'exemples d'aménagements de site avec retours d'expériences.

# Impact de l'environnement sur la qualité des soins

## A. Engelstein

Cadre supérieur de santé – Direction des soins – Centre Hospitalier de Voiron – BP 208 – 38506 Voiron cedex

Dans un contexte sociétal orienté vers l'individualisme, la mise en œuvre d'une prise en charge globale et néanmoins individualisée dans un environnement collectif, cherche à répondre au mieux aux besoins et aux souhaits des personnes accueillies.

Les réalisations architecturales essaient de prendre en compte les multiples aspects de la dépendance physique et psychique.

### La structure d'hébergement

Lorsque l'environnement du domicile n'est plus adapté ou plus adaptable, la structure collective prend le relais et propose une prise en charge la plus en adéquation possible avec les besoins et les souhaits de la personne.

La reproduction du « chez soi » reste néanmoins complexe. Le « chez soi » est basé sur une histoire de vie et des exigences

personnelles peu partageables en totalité. Aucune structure aussi bien pensée soit-elle ne pourra répondre en totalité au sentiment du bien être chez soi de chaque personne hébergée. La qualité des soins est fondée sur des concepts de prise en charge humanistes et de soins répondant à des règles précises.

### L'environnement peut-il optimiser la qualité des soins ?

Le postulat est de penser que lorsque l'architecture et l'environnement sont plus adaptés, la qualité des soins est améliorée.

Chacun voudrait une structure plus belle, plus grande, plus spacieuse plus lumineuse et plus fonctionnelle.

### Quelques exemples (Tableau)

Architecture et environnement	Impact sur la qualité des soins
Le passage des chambres à plusieurs lits à des chambres individuelles d'au moins 20 m <sup>2</sup> avec cabinet de toilette et douche.	Respect de l'intimité Possibilité de douches plus fréquentes Mobilité à l'intérieur de la chambre plus aisée
Les salles à manger et les lieux de vie sont plus spacieux.	Échanges, maintien du lien social Lieux de rencontre (famille, proches, activités...) Convivialité autour des repas, surveillance de l'alimentation
Les locaux sont rafraîchis voire climatisés	Respect des besoins fondamentaux Diminution des déshydratations
Les nouvelles structures ont des jardins aménagés et souvent ombragés	Orientation dans le temps et l'espace Lien social autour des activités de jardinage, de compétences antérieures, liens avec le passé
Les locaux de stockage	Stockage et rangements optimisés Perte de temps évité Matériel adapté nécessaire pour les soins
Le respect des règles d'hygiène est une priorité	Procédures adaptées, applicables dans un souci de prise en charge adaptée

### Mots clés

Environnement – Qualité des soins – Besoins des personnes âgées – Concepts de prise en charge – Projet d'équipe

Les conditions de travail des soignants sont prises en compte et des systèmes techniques sophistiqués agrémentent de plus en plus les chambres (ex : les lèves malades sur rails au plafond, lits et fauteuils électriques...)	Avoir du matériel pour répondre aux besoins des personnes : - lever aisé, - mobilisation simplifiée, - rester au plus près de la personne dans un souci d'accompagnement lors des manutentions
Les mobiliers sont réfléchis et les choix sont souvent judicieux en terme d'ergonomie et d'installation.	Faciliter au maximum le déplacement des personnes pour maintenir une autonomie ou ré autonomiser
Les éclairages et les couleurs ont fait l'objet de plusieurs études et sont choisies.	Prise en charge des personnes âgées atteintes de démence dans un univers adapté et le plus sécurisé possible

Très souvent, un projet de soins et de vie argumente les choix de construction et/ou de restructuration. Dans ce contexte, il est judicieux de penser qu'un tel environnement ne peut qu'améliorer la qualité des soins. D'autant que très souvent, les équipes ont pris part aux concertations et ont influencé les choix.

Pourtant, les difficultés de fonctionnement ne disparaissent pas dans un nouveau bâtiment, aussi fonctionnel soit-il. Le souci permanent de répondre aux besoins et aux attentes des personnes accueillies ne doit pas faire oublier les autres contraintes de fonctionnement notamment lorsque les constructions sont réalisées sur des sites différents :

- les personnels de soins en nombre et en qualification soit par mise à niveau de l'existant soit par augmentation
- les personnels hôteliers (surfaces plus grandes et espaces plus nombreux)
- les approvisionnements (distances de livraison)
- les transports (vers les plateaux techniques).

En restructuration comme en nouvelle construction, l'appropriation des nouveaux locaux ne devrait se faire qu'après une

réflexion des équipes sur les valeurs qui animent les acteurs de soins ainsi que les concepts de prise en charge.

La réflexion peut se décliner en deux étapes pour une équipe de soins :

- ce que je ne veux plus faire ou voir
- ce que je voudrais faire, pour qui, comment

Un consensus doit s'établir dans l'équipe afin de s'accorder sur les objectifs et d'apporter collectivement des réponses adaptées et adaptables, au service de la qualité des soins et donc des personnes accueillies.

### Conclusion

La qualité des soins et de prise en charge globale et individualisée des personnes âgées est optimisée par un environnement adapté et conçu pour elles. Si les concepteurs répondent de très belle manière aux contraintes nombreuses et parfois complexes des besoins, les équipes doivent être accompagnées dans ces changements organisationnels indispensables afin de donner une âme et une cohérence à l'ensemble.

Le manque de lits d'hébergement ne doit pas faire oublier que la quantité de lits doit rimer avec qualité.

# Hygiène et contraintes architecturales

**M.-R. Mallaret**

Unité d'Hygiène hospitalière – CHU de Grenoble – 38043 Grenoble cedex 9

Les principes d'hygiène imposent le respect de contraintes architecturales structurantes qui contribuent à une bonne organisation du travail. L'hygiène est cependant indissociable de l'ergonomie : les contraintes imposées doivent être réalistes pour être respectées par les professionnels de santé et constituer une avancée dans le domaine de l'hygiène. Ces contraintes doivent être prises en compte lors de la construction de nouvelles structures de soins.

## Locaux indispensables

La 1<sup>re</sup> contrainte est la nécessité de l'existence de certains locaux ; leur absence aura des répercussions négatives sur l'hygiène et l'ergonomie du service. La taille de chaque local doit être adaptée à l'activité.

- office propre de préparation des soins : sa fonction est la préparation des soins (injections, perfusions, pansements, plaquettes de médicaments) et le stockage de la pharmacie de service ; il doit être nettement séparé de la fonction écriture-bureau et ne pas servir de salle de pansement ou de consultation où plusieurs patients vont se succéder.
- office d'entretien du matériel : il permet le nettoyage et la désinfection du matériel réutilisable, il peut accueillir l'appareil lave-bassins.
- office d'entretien des locaux : il a pour fonction le stockage et le nettoyage du matériel d'entretien des locaux.
- local de stockage du linge propre : il accueille le linge propre mais aussi le linge à usage unique non stérile.
- 3 types de locaux réserves sont à distinguer : réserve de matériel stérile, réserve de matériel non stérile, et réserve de gros matériel (potences, pousse-seringues) ; en gériatrie, le matériel de rééducation et de kinésithérapie est important et peut nécessiter une réserve spécifique. Ces réserves sont

importantes pour ranger tout le matériel dans un lieu fermé.

- local de stockage du linge sale et des déchets : la nécessité de ce local peut être réévaluée en fonction de l'organisation de l'établissement ; il permet un stockage intermédiaire des déchets et du linge sale en attendant son évacuation quotidienne sans imposer des déplacements au personnel au cours de la journée de travail.
- locaux destinés au professionnel de santé : des vestiaires, sanitaires et salle de détente doivent être réservés au personnel.

## Marche en avant

La marche en avant consiste à réaliser une activité en faisant se succéder les différentes étapes du plus sale au plus propre sans jamais retourner en arrière pour ne pas passer d'une étape propre à une étape septique (pas de « marche arrière »). Il s'applique pour la désinfection ou la stérilisation des dispositifs médicaux et la fonction restauration. L'application de ce principe nécessite un aménagement particulier des pièces pour permettre sa réalisation : mobiliers et plans de travail disposés de façon adéquate.

## Séparation du propre et du sale

La séparation du propre et du sale est un principe classique en hygiène hospitalière. Il est essentiel de l'appliquer au stockage (stockage séparé du stérile, du propre et du sale) et aux activités (pas d'entretien du matériel dans l'office de préparation de soins) ; la séparation des circuits est une notion désormais dépassée puisqu'il est admis que le sale et le propre peuvent se croiser dans des circulations du moment qu'ils sont emballés dans des contenants (caisses, chariots conteneurs...) propres extérieurement.

# Maîtrise des infections et soins de long séjour

## Les incontournables

J. Fabry

Lyon

Quelles que soient les politiques menées pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ou pour réduire le poids de leur dépendance, les soins de « long séjour » ont de beaux jours devant eux. Aujourd'hui il y a déjà plus de personnes séjournant dans les différents types d'institutions accueillant des personnes âgées, que dans les établissements de « court séjour ». On estime que 50 % environ des Français de plus de 65 ans seront accueillis dans de tels établissements pour une période plus ou moins longue. L'évolution démographique et épidémiologique, l'élévation du seuil de gravité pour une admission en court séjour et la sortie plus rapide des patients âgés vers les établissements de suite, tout concourt à élargir et alourdir les services à rendre aux patients/résidents, notamment sur le plan de la prise en charge médicale. Pourtant les risques infectieux en gériatrie-gérontologie n'ont pas autant retenu l'attention ni mobilisé autant de ressources que cela a été le cas en hospitalisation de court séjour. Longtemps la fréquence des infections acquises pendant le séjour est restée méconnue, jusqu'à ce que les études de prévalence nationales 1996 et 2001 montrent des taux plus élevés en moyen et long séjours qu'en court séjour. Il est aujourd'hui incontournable que ces établissements soient associés à l'avenir au dispositif mis en place pour réduire les risques infectieux et maîtriser la résistance aux antibiotiques.

De nombreux changements physiologiques et physio-pathologiques sont associés à une élévation des risques infectieux en gériatrie-gérontologie. Les conditions de la vie en collectivité contribuent elles aussi à faciliter la diffusion des micro-organismes résistants ou non. Les infections respiratoires, urinaires et des tissus mous dominant le tableau clinique. La fréquence élevée des colonisations et infections par une BMR a été très souvent rapportée.

Tout ceci conduit à définir le contenu de base d'un programme de prévention dans ce contexte, avec huit éléments incontournables :

- vaccinations : patients et personnels ;
- surveillance, vigilance et alerte adaptées ; maîtrise des épidémies ;
- hygiène manuelle et précautions standard ;
- précautions additionnelles en cas de besoin ;
- hygiène environnementale ;
- bonnes pratiques de nursing et de soin : évaluation et formation ;
- santé des personnels ;
- gestion des antibiotiques.

La mise en œuvre de ces huit éléments dans le contexte actuel des établissements de gériatrie-gérontologie se heurte à de nombreux obstacles qui ne peuvent être surmontés que dans le cadre de coopérations et de réseaux partageant informations, expertises et ressources.

### Pour en savoir plus :

- *Hygiène et prévention des infections dans les établissements de soins pour personnes âgées (SFHH et C.CLIN Sud-Est). Hygiènes 1997, 5, 6, 319-366.*
- *Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. C.CLIN Ouest, 2002.*
- *Long term care issues for the XXI<sup>st</sup> century. In: R. Wenzel (edit.) Prevention and control of nosocomial infections. Lippincott & Co, 2003, p. 66-86.*
- *Infection control guidance for care homes. UK Department of Health. June 2006.*

# **L'organisation de la fonction hygiène en hôpital local et en EHPAD**

## **Pathologies et germes associés en hôpital local**

---

**M. Montbrun**

Cadre supérieur de santé - Hôpital local - 1 et 2, avenue Foch - BP 81050 - 30701 Uzès cedex

**E**n Hôpital local les patients hospitalisés sont âgés et atteints de polyopathologies. Cette population est fragile, souvent immunodépressive.

La prévention, l'identification, la prise en charge et le suivi des infections sont une priorité au quotidien.

# La fonction hygiène en hôpital local : aspect environnemental

---

**M. -F. VALMALLE**

Infirmière hygiéniste – Hôpital local – 1 et 2, avenue Foch – BP 81050 – 30701 Uzès cedex

Quel que soit l'Hôpital, la fonction hygiène fait face aux mêmes obligations fondées sur l'application d'une réglementation et de règles de bonnes pratiques.

À cet effet, l'hôpital local a mis en place des procédures, des protocoles et des tableaux de bord. La taille de la structure,

dans ce domaine, peut même être un atout. L'organisation, la proximité et l'articulation des différents secteurs concernés permettent d'optimiser la réactivité lors de situations à risques.

## Intérêt d'un inter-clin entre HL et EHPAD : retour d'expérience

---

**F. Hoffet-Guilo**

Praticien hospitalier gériatre - Hôpital local - 1 et 2, avenue Foch - BP 81050 - 30701 Uzès cedex

Les établissements de santé de petite taille, privés et publics, sont tenus d'organiser la vigilance sanitaire à travers notamment la constitution d'un CLIN.

Mais dans ces structures, l'effectif limité et le manque de compétence spécifique en infectiologie et en hygiène hospitalière compliquent l'action.

Il apparaît indispensable d'une part de relier ces CLIN aux structures hospitalo-universitaires, pour leur permettre de bénéficier d'un relais d'organisation. D'autre part il existe un réel besoin d'homogénéisation des pratiques en accord avec les recommandations nationales.

Cette amélioration des standards de qualité passe par une mise en commun des différentes situations rencontrées.

L'hôpital d'Uzès a mis en place un travail en réseau des CLIN de certaines structures publiques et privées du département du Gard. Organisées deux fois par an, sous l'égide du président du CLIN du CHU de Nîmes, les réunions avec des responsables et équipes des CLIN, comportent une partie thématique et une partie interactive pouvant déboucher sur un travail commun dans le domaine épidémiologique et statistique. Elles sont à la fois un outil de formation et une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

# La formation à distance en hygiène hospitalière dans les EHPAD

M.-R. Mallaret<sup>1</sup>, M.-C. Hurard<sup>2</sup>

1- Unité d'hygiène hospitalière – CHU de Grenoble – 38043 Grenoble cedex 9

2- Société Mille Images – Grenoble

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont éloignés des lieux de formation traditionnelle et il apparaît difficile de satisfaire tous les besoins au moyen de formations classiques en présentiel. Cette situation a conduit à mettre en œuvre un dispositif de formation à distance. Suite à 3 années d'expérience en EHPAD et services de soins à domicile (SSIAD), il paraît possible de recommander ce mode de formation pour améliorer le niveau d'hygiène dans les EHPAD et dégager les facteurs de réussite d'une telle démarche menée dans le cadre d'un partenariat avec l'Union nationale mutualiste personnes âgées-personnes handicapées (Mutualité française) et le concours du Fond social européen.

## Matériel et méthode

Le contenu de la formation (précautions standard et problèmes d'hygiène spécifiques des EHPAD) a été défini par une équipe d'hygiénistes et vérifié par des responsables d'EHPAD. Il a été validé collectivement par une équipe d'hygiénistes et revu deux fois par an pour s'adapter aux actualités et aux questions des personnes suivant la formation. Il est disponible sur une plate-forme en ligne à laquelle chaque inscrit se connecte au moyen d'un code d'accès. Une implication de la direction de l'établissement est requise pour permettre au personnel de réaliser les objectifs de la formation. Un infirmier de l'établissement est correspondant et anime le groupe de quatre à six agents (infirmier, aide-soignante, auxiliaire de vie). Le correspondant participe à trois journées de formation en présentiel en début, milieu et en fin de formation. Les autres étapes se déroulent dans le cadre d'une formation à distance, les bénéficiaires de la formation ne quittant pas l'établissement. La formation comporte les étapes suivantes : évaluation initiale des connaissances, 10 séances à distance de 2 heures (une séance tous les 15 jours), évaluation finale des connaissances. Toute la durée de la formation, le corres-

pondant entre en relation avec le tuteur spécialiste en hygiène grâce à une messagerie interne à la plate-forme pour poser des questions et disposer de conseils pratiques selon le contexte particulier de son établissement. Chaque séance en ligne se déroule selon une méthodologie identique : regroupement des inscrits et du correspondant devant l'ordinateur, connexion à la plate-forme et suivi du parcours pédagogique ; le parcours pédagogique s'appuie sur 3 principes : groupe multi-professionnel, analyse collective des pratiques d'hygiène en vigueur avant l'acquisition des nouvelles connaissances, résolution d'études de cas pour appliquer les connaissances. En fin de séance, chaque personne reçoit un résumé en image reprenant les points clés de la séance. Le dispositif a été évalué sur les critères suivants : nombre d'abandons en cours de formation et cause, taux de présence aux séances, nombre de questions posées lors du tutorat en ligne, progression des scores lors des évaluations de connaissances initiale et finale, questionnaire de satisfaction.

## Résultats

En trois ans, 54 établissements ont formé leur personnel à distance dans le domaine de l'hygiène grâce au dispositif. Aucun établissement ne disposait d'une équipe d'hygiène et aucun n'avait accès à une expertise spécialisée dans ce domaine. 285 personnes se sont inscrites à la formation (66 infirmiers, 123 aides-soignantes, 26 auxiliaires de vie, 70 personnes d'autres catégories). Seulement 15 personnes (5 %) l'ont interrompu en raison soit de maladie de longue durée soit de changement d'établissement. Aucun abandon de formation pour une autre cause n'a été enregistré. Le taux de présence aux séances de formation a été de 90 %. L'ensemble des sessions a représenté 8 388 heures de formation ; seules 823 heures, soit 9,8 %, n'ont pas été réalisées par les participants sans pouvoir être rattrapées ultérieurement. Le score obtenu lors de l'évaluation des connaissances finales a progressé pour toutes les personnes

## Mots clés

Formation continue – Hygiène – EHPAD

inscrites de façon importante et significative et le questionnaire de satisfaction a objectivé la satisfactions des personnes formées.

### **Discussion-Conclusion**

La formation à distance en EHPAD constitue une proposition crédible pour former efficacement un grand nombre de personnes en peu de temps. Les personnes formées soulignent l'intérêt que présentent la dynamique du travail collectif, l'évaluation objective et approfondie des connaissances et l'outil multimédia pour des métiers qui n'ont en général pas accès à ce mode de formation.

La durée de la formation nous paraît être un facteur de réussite ; ces 20 heures se déroulent en 10 séances réparties sur 6 mois permettant aux personnes formées d'assimiler les connaissances progressivement et sans stress en revoyant à plusieurs reprises beaucoup de notions. Le rythme ainsi choisi paraît favorable à l'acquisition durable de connaissances théoriques et pratiques.

L'existence d'un tutorat prolongé exercé par un spécialiste en hygiène permet aux personnes formées de se familiariser avec le raisonnement des hygiénistes et de bénéficier de conseils personnalisés pour s'adapter au contexte local de l'établissement. Ce tutorat permet de palier le manque de personnel spécialisé en hygiène mis à leur disposition ; il est particulièrement utile à l'infirmier correspondant qui peut être conforté

dans les messages qu'il fait passer aux agents formés et qui bénéficie d'un recours scientifique autorisé.

La formation à distance nécessite que chaque établissement fasse un effort pour se prendre en charge, être actif et autonome. Elle a constitué un outil de management dans la mesure où les groupes d'agents ont fonctionné de façon autonome et active sans qu'il y ait besoin de les relancer pour poursuivre la formation et créant une dynamique de changement favorable à tout l'établissement. Cette responsabilisation a été un succès si l'on en juge par l'implication de tous les formés, notamment celle des infirmiers correspondants. Leur rôle est majeur dans le dispositif et les conduit à rester référent en hygiène dans leur établissement au-delà de la formation. Ce rôle de correspondant peut être reconduit par la même personne si la formation est renouvelée pour former progressivement l'ensemble du personnel. L'investissement constitué par la formation du correspondant est ainsi valorisé et amorti.

Il paraît essentiel de proposer des parcours pédagogiques proposant un cheminement rigoureux et encadré, alternant diverses méthodes d'apprentissage en privilégiant les méthodes où les agents sont actifs car la simple lecture de pages d'écran ou de document téléchargés ne suffit pas à maintenir l'intérêt. L'analyse collective des pratiques à la lumière du référentiel contenu dans la formation, les évaluations de connaissances et les études de cas sont plébiscitées par les agents.

# Expérience du réseau départemental d'hygiène des hôpitaux locaux de Lozère

---

**N. Marques**

IDÉ hygiéniste coordinatrice - Hôpital Local - Quartier de l'Oultra – 48400 Florac

Depuis plusieurs années s'est progressivement constitué un réseau de professionnels en hygiène hospitalière, regroupant tous les HL de la Lozère, coordonné par une IDÉ hygiéniste basée à l'HL de Florac et au CH de Mende. Ses missions consistent à soutenir et appuyer le travail des EOH et des CLINs de chaque établissement dans les domaines de la prévention et de la surveillance du risque infectieux. Le bilan des activités menées par le réseau montre une réelle dynamique inter-établissement, qui rayonne au-delà des seuls HL. En effet, les EHPAD du département sont fréquemment associés aux formations organisées dans le cadre du réseau, qu'ils

sollicitent de plus en plus souvent : demandes d'interventions sur site, de formations, de conseils techniques... La coordination actuelle tâche de répondre au mieux à ces demandes, dans la mesure où les EHPAD ne disposent pas, à ce jour, d'instance coordinatrice de la lutte contre les infections nosocomiales. Cependant il se pose le problème de la légitimité des personnels hospitaliers intervenant en EHPAD, vis-à-vis notamment des tutelles sanitaires et sociales, des relais médical et paramédical internes, et des moyens nécessaires à ce surcroît d'activité, dans un département rural.

---

## La contention, oui, mais à quelle condition ?

---

**J.-M. Dorey, R. Gonthier**

CHU de Saint-Étienne – Hôpital de la Charité – 42055 Saint-Étienne cedex 1

Les motifs invoqués pour l'usage de contention en gériatrie sont, d'une part, la prévention des chutes, et d'autre part la prise en charge des états d'agitation, d'agressivité et de confusion. Dans les faits, la contention va concerner des patients vulnérables souffrant très fréquemment d'un déficit cognitif. La conférence de consensus ANAES (2000) précise les risques liés à cette pratique : majoration du risque de chute et de la gravité de celle-ci, aggravation des états d'agitation. La contention en tant que privation des libertés pose également un questionnement légal et éthique. Malgré des arguments qui semblent évidents pour limiter la contention, celle-ci reste largement utilisée (un état des lieux de la pratique de

la contention dans le service de gérontologie clinique du CHU de Saint-Étienne sera exposé).

Comment analyser ce paradoxe ? Les soignants sont confrontés à une situation qui oppose « les règles de bonne pratique » à la réalité de la clinique, qui loin de s'appuyer uniquement sur des éléments objectifs, intègre aussi enjeux institutionnels et relationnels. Encadrer et améliorer l'usage de la contention nécessite de réfléchir sur ces enjeux subjectifs et notamment la triangulation soignant/patient/famille. Enfin, l'approche de la contention doit dépasser le clivage en tout ou rien, pour l'intégrer dans un soin individualisé.

---

### Mots clés

Contention – Éthique – Agitation – Chute

---

# Le transport des patients âgés à l'hôpital est-il un problème ? Résultat de l'enquête réalisée au CHU de Saint-Étienne

**R. Gonthier, A.-F. Chanelière**

CHU de Saint-Étienne - Hôpital de la Charité - 42055 Saint-Étienne cedex 1

Le transport des patients âgés suppose, en raison de leur vulnérabilité, une organisation spécifique pour prévenir un événement indésirable consécutif au déplacement.

Des enquêtes ont identifié certains événements indésirables graves impliquant les professionnels (défaut de qualification des professionnels chargés du soin, défaut de communication interne), les tâches à accomplir (retard), l'organisation (gestion du personnel, défaut d'adaptation à une situation imprévue), l'institution (ressources sanitaires insuffisantes, sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants) [DRESS 2005; 398: 1-15].

Le CHU de Saint-Étienne doit assurer 300 transports par jour en moyenne avec 80 % des trajets de type interpavillonnaire (Ex: service de soin -> plateau technique) de durée moyenne de 15 minutes et 20 % de trajets plus longs de durée moyenne de 45 minutes. Chaque déplacement est assuré par une équipe de deux ambulanciers avec au moins un titulaire du certificat de Capacité d'ambulancier ou à défaut d'un permis jaune (visite médicale tous les 5 ans) avec formation aux gestes de premiers secours. Cependant, pour faire face aux nombres fluctuants de transports, 10 % en moyenne des transports sont réalisés

par le privé (le service ayant chaque jour 5 à 10 % du personnel en absence de poste).

Parmi 1 288 fichiers d'alerte adressés à la cellule vigilances et risques sur la période 2004-2005, 15 déclarations concernent les transports de sujets âgés (six déclarations faites par le pôle Gériatrie - neuf déclarations par le service ambulancier) : trois concernent une mauvaise coordination avec le service de soins, trois concernent des erreurs de site avec des sujets désorientés, trois concernent des annulations imprévues de consultation ou d'examen favorisées par des retards, six sont des négligences ou des erreurs humaines (problème de dossier ou de bordereau d'examen). Par contre, on ne dénombre pas de chute de brancard, sachant que les professionnels utilisent une contention lorsque les patients sont agités et totalement désorientés. Une sous-déclaration des événements est probable.

L'analyse systématique deux fois par an des événements « transports » signalés à la cellule vigilances et risques a un rôle essentiel pour optimiser le fonctionnement du service ambulancier et améliorer la qualité.

# Démarches qualité en gériatrie et gérontologie : les référentiels et les dispositifs

---

**Y. Wolmark**

Hôpital Bretonneau - 23 rue Joseph de Maistre - 75018 Paris

Président du club qualité de la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)

Les structures de soins et d'hébergement destinées aux personnes âgées se doivent, de par la loi, d'entrer dans le processus d'amélioration de la qualité.

La démarche qualité en établissement s'appuie sur deux dispositifs : la certification dans les établissements hospitaliers pilotée par la Haute autorité de santé (HAS) et l'évaluation de la qualité entrant dans le cadre des conventions tripartites en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette démarche qualité en établissement concerne les fonctions transversales de l'établissement et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). De plus les gériatres sont soumis à l'obligation légale d'une EPP individuelle.

## La démarche d'amélioration de la qualité en EHPAD

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a prévu, dans le cadre de la réforme de la tarification et de financement des EHPAD la formalisation systématique des démarches d'évaluation et d'amélioration systématique de la qualité dans le cadre des conventions tripartites. Cette évaluation est fondée sur l'outil d'auto-évaluation Angélique qui comprend quatre parties principales : attentes et satisfaction des résidents et familles, besoins d'accompagnement et de soins des résidents comportant certaines EPP, l'établissement et son environnement. et la démarche qualité.

## La démarche de certification V2

Des aspects relativement spécifiques à la gériatrie sont pré-

sents dans le manuel de certification. Dans le chapitre sur « la prise en charge des patients » des critères spécifiques au court séjour (CS), soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD) sont apparus, permettant d'affiner l'évaluation des établissements.

L'EPP est introduite dans la procédure de certification et doit être adaptée à la qualification des lits en CS, SSR et SLD introduisant une nécessaire approche gériatrique. Afin de conduire ces EPP un certain nombre de référentiels gériatriques sont disponibles sur le site de l'HAS, soit spécifiques à la prise en charge des patients âgés, soit plus généraux mais applicables à cette population. La SFGG a pu participer largement à leur élaboration et/ou à leur validation par la présence de certains de ses membres dans les groupes de travail de l'HAS.

## L'EPP individuelle

L'EPP individuelle des gériatres qui peut s'intégrer aux EPP collectives et leur formation médicale continue sont des enjeux importants pour la discipline.

Le Collège professionnel des gériatres français, organe issu de la SFGG, du Collège des enseignants de gériatrie et du Syndicat national de gérontologie clinique s'est saisi de ces dispositifs au niveau national. Ainsi l'implication la discipline dans la démarche qualité est forte représentant un réel effort pour tous les acteurs en vue de l'amélioration de la prise en charge des patients, mais elle doit prendre en compte les spécificités gériatriques en terme de typologie des patients et de ressources disponibles.

---

### Mots clés

Démarche qualité – Certification – Évaluation des pratiques professionnelles – Gériatrie

## Certifier la prise en charge du grand âge

**P. Triadou**

Santé Publique – Hôpital Necker – MP5 – 75743 Paris cedex 15

La certification V2 fournit l'occasion de faire le bilan des actions entreprises après la première démarche d'accréditation, et de mesurer l'écart avec les nouvelles exigences contenues dans le référentiel. Pour l'essentiel, la culture qualité, considérée comme acquise, doit s'ancrer dans des projets structurés de gestion des risques, et bénéficier d'une attention toute particulière aux évaluations des pratiques professionnelles, conçues sur le mode de grands processus, auxquels participent différentes catégories de professionnels et d'acteurs.

L'accent est mis sur la coordination entre les processus de prise en charge proprement dits, éminemment dépendant des projets d'établissements, et l'ensemble des activités transversales dévolues de façon spécifique, pour chacune d'entre elles, à des problèmes tels que les vigilances sanitaires, la douleur ou la nutrition. Le maillage de ces types de formalisations des activités de soins doit faire la preuve, à l'aide de procédures, d'évaluations et d'indicateurs, de son actualité et de son efficacité.

Les chapitres et paragraphes centraux du référentiel sont encadrés par des chapitres consacrés à la politique et à la stratégie avec une mention particulière pour la politique qualité d'une part, et l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité d'autre part.

Ce dispositif référentiel conçu sur les bases de démarches projet dans le cadre d'une amélioration continue de la qualité, invite à une double lecture, une généraliste concernant l'ensemble des établissements de santé, et une plus spécifique traduisant la spécificité de la prise en charge des personnes âgées. De cet exercice sont attendus un bilan argumenté de l'existant, et les pistes d'amélioration organisées et planifiées pour la suite.

Parmi les grands axes à prendre en considération figurent : le circuit de l'information avec le dossier patient, la confidentialité et la communication avec les médecins, les réseaux, et les autres établissements médicaux ou médico-sociaux, la sécurité sous toutes ces formes, avec notamment la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et des infections nosocomiales, et les processus de prise en charge avec leurs interfaces, sources potentielles de dysfonctionnements.

La préparation à la certification V2 est un processus long, qui nécessite la présence de quelques permanents capables de veiller à la répartition du travail entre les groupes d'auto-évaluation pluri-professionnels, par obligation. L'essentiel, dans un premier temps est la chasse à l'information bien souvent dispersée, et la compréhension des demandes faites dans le référentiel qui peuvent, du fait de leur formalisme, paraître éloignées du terrain et redondantes, avec des réponses qu'il est tentant de répéter pour des références distinctes. Une lecture continue par les permanents des réponses apportées par les groupes, dont la composition doit être le plus adaptée aux capacités à apporter des réponses, permet de palier cette difficulté et de formuler des demandes d'informations complémentaires. De ce bilan construit progressivement, émerge, avec la cotation, les actions d'amélioration à conduire. La liste de ces actions autorise dans un second temps l'élaboration d'un calendrier et la distribution des responsabilités de conduite de projets. La gestion documentaire, qui est la mémoire vive du système qualité, trouve ici toute son importance.

La spécificité de la gériatrie apparaît avec des thèmes comme les chutes, les escarres, la prévention des fugues pour les patients souffrant d'affections psychiatriques, les consultations mémoire, la disponibilité des fauteuils roulants et de salles climatisées, et la rééducation faisant appel à l'urodynamique ou à la psychomotricité. Le circuit du médicament, aussi bien du côté médical qu'infirmier, fait l'objet d'une attention particulière. Il en est de même pour le partage de l'information avec les patients et/ou les personnes de confiance.

Le choix des programmes d'amélioration de la qualité et le choix de processus de prise en charge des patients pour l'évaluation des pratiques professionnelles sont d'autant plus efficaces qu'ils sont représentatifs d'activités et de préoccupations principales de l'établissement, et ce, aussi bien pour les activités de soins que pour les activités logistiques. Les mêmes critères de choix ont force d'explication pour justifier de la pertinence des hospitalisations. Le pragmatisme est d'une grande aide à la décision tout au long d'un processus qui a pour intérêt d'aider à faire une photographie de ce qu'on est trop habitué à voir pour en déceler les points d'excellence comme ceux qui méritent une attention plus importante.

## **Évaluation de la qualité en EHPAD : utilisation pratique du référentiel Angélique\***

**J. Oumahi**

Ingénieur qualité CHRU de Montpellier - 191, avenue Doyen Giraud – 34295 Montpellier cedex 5

**T**out comme dans les établissements publics de santé, la démarche d'amélioration continue de la qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est aujourd'hui mieux structurée. En effet, depuis 1999 avec la réforme de la tarification, les EHPAD sont tenus de signer une convention pluriannuelle tripartite avec l'État et le département dans laquelle apparaît un volet essentiel relatif à la qualité.

Dans ce dernier, on demande aux établissements de lancer une démarche qualité qui passe par l'auto-évaluation de leur structure. L'outil proposé est le référentiel Angélique élaboré par la mission Marthe (Mission d'appui de la réforme de la tarification d'hébergement en établissement).

Ce référentiel comporte quatre chapitres :

- 1- Attentes et satisfaction des résidents et des familles
- 2- Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins
- 3- L'établissement et son environnement
- 4- Démarche qualité

L'objectif d'une telle démarche est d'aider les établissements

à établir dans un premier temps un bilan de l'existant pour apprécier la situation initiale de leur structure et dans un deuxième temps d'identifier les points forts et les points faibles. Ces derniers devront faire l'objet d'un plan d'amélioration continue de la qualité pour déterminer les priorités d'action dans leur projet de convention.

Au-delà de l'aspect réglementaire, les EHPAD appartenant au secteur sanitaire sont également soumis par la Haute autorité de santé à la procédure de certification qui dans sa nouvelle version du manuel prend mieux en compte les filières spécifiques telles que les soins de longue durée (SLD). En effet, un volet du chapitre « prise en charge du patient » du nouveau manuel d'accréditation est consacré aux services de SLD. Il serait donc souhaitable en fonction du degré d'engagement des établissements de santé dans la procédure de certification d'utiliser les résultats d'Angélique pour leur auto-évaluation afin de ne pas démultiplier les démarches déjà existantes et pérennes.

*\*ANGÉLIQUE : Application Nationale pour Guider une Évaluation Labelisée Interne de Qualité pour les Usagers des Établissements*

**Mots clés**

Angélique – Auto-évaluation – Certification



HEALTH&CO

