Apport d'une expertise en hygiène en EHPAD via la mutualisation d'un infirmier hygiéniste pour structurer la maitrise du risque infectieux : évolution des scores des DARI en 2 ans

P 187

Véronique Jan[1], Marion Brasseur[2], Brice Carré[3], Marie Février[4], Corinne Frémont[2], Cécile Lagree[5], Valéry Le Guen[6], Valérie Le Grand[6], Dominique Martin[7], Chantal Nicolas[3], Maggy Reffray[8], Sylvie Jourdain[1], Jeanne-Marie Germain[1].

[1]CPias Bretagne, [2]réseau du CH de Quimperlé, [3]réseau du CH de Morlaix, [4]réseau du CH de Dinan, [5]réseau de l'EHPAD La Chesnardière, [6]réseau du CH de Guingamp, [7]réseau de l'association Les Amitiés d'Armor, [8]réseau du CH de Redon.

Contexte

Afin d'apporter une expertise en prévention du risque infectieux, la mutualisation d'un infirmier hygiéniste (IH) par 10 à 15 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été soutenue par l'ARS. Sept projets ont bénéficié d'un financement pour une durée de 2 ans. La première mission de ces IH était d'aider les EHPAD à réaliser une auto-évaluation (DARI) et à formaliser un programme d'actions de prévention du risque infectieux. Ils devaient aussi assurer des formations, des audits et intervenir en cas d'événements infectieux, notamment épidémiques.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'apport d'une expertise en hygiène via l'évolution des scores des DARI entre le début et la fin de l'expérimentation.

Matériel et méthodes

Les 7 projets retenus et financés par l'ARS concernaient 96 EHPAD. L'accompagnement et l'animation du réseau des IH mutualisés ont été assurés par l'Arlin (puis le CPias) notamment par l'organisation de réunions de coordination bimestrielles facilitant la création d'un réseau d'IH, favorisant le partage d'expériences, le suivi des actions et la mise en œuvre de travaux communs. Pendant l'expérimentation, 2 DARI ont pu être réalisés dans 81 EHPAD (6 réseaux regroupant 6 392 lits).

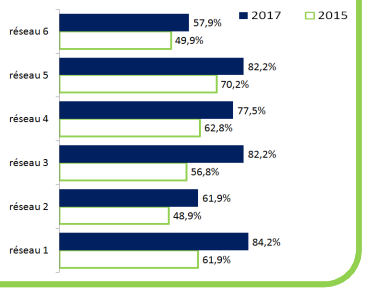
L'outil utilisé était celui du Grephh (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière). **Il permettait de visualiser les points forts et les points faibles de chaque organisation et d'aider à l'élaboration d'un programme d'actions.**

Résultats

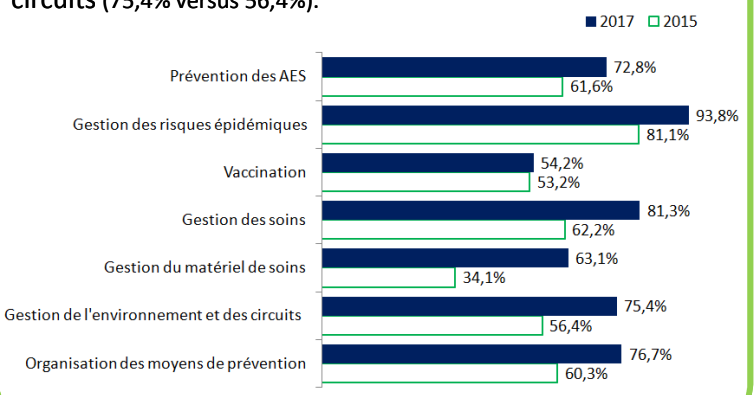
La comparaison des scores du DARI réalisé en début d'expérimentation avec ceux du DARIN réalisé à la fin a montré une forte augmentation du score global de 16,4 points (59,9% en 2015 versus 76,3% en 2017).

	Dari 2015	Dari 2017
Score global moyen	59,9%	76,3%
Score minimum	48,9%	57,9%
Score maximum	70,2%	84,2%

Cette augmentation a été observée pour l'ensemble des réseaux et pour tous les chapitres sauf la vaccination (53,2% versus 54,2%), domaine dans lequel les hygiénistes n'ont souvent qu'une influence limitée.



Les évolutions les plus fortes étaient à noter pour la gestion du matériel de soins (34,1% versus 63,1%), la gestion des soins (62,2% versus 81,3%) et la gestion de l'environnement et des circuits (75,4% versus 56,4%).



Conclusion

Cette évaluation ne tient pas compte des possibles économies induites (achats raisonnés de produits d'entretien, prévention et meilleure gestion des épidémies, ….) mais uniquement des scores des DARI. Devant ces résultats, 70 EHPAD (86%) se sont engagés pour poursuivre la mutualisation de l'IH en assurant dorénavant son financement. Le CPias a également souhaité poursuivre le soutien et l'animation du réseau des IH mutualisés. Outre le suivi des actions en cours et le maintien d'un relai de terrain efficace, l'objectif pour le CPias est de proposer un espace de partage d'expériences et de travaux communs.